

img1

LIETUVOS AUKŠČIAUSIASIS TEISMAS

NUTARTIS

LIETUVOS RESPUBLIKOS VARDU

2022 m. gegužės 23 d.
Vilnius

Lietuvos Aukščiausiojo Teismo Civilinių bylų skyriaus teisėjų kolegija, susidedanti iš teisėjų Godos Ambrasaitės-Balynienės, Sigitos Rudėnaitės (kolegijos pirmininkė ir pranešėja) ir Egidijos Tamošiūnienės,

teismo posėdyje kasacine rašytinio proceso tvarka išnagrinėjo civilinę bylą pagal ieškovės **Klaipėdos teritorinės ligonių kasos** kasacinį skundą dėl Klaipėdos apygardos teismo Civilinių bylų skyriaus teisėjų kolegijos 2021 m. rugsėjo 29 d. sprendimo peržiūrėjimo civilinėje byloje pagal ieškovės Klaipėdos teritorinės ligonių kasos ieškinį atsakovei D. B. dėl žalos atlyginimo.

Teisėjų kolegija

nustatė:

I. Ginčo esmė

1. Kasacinėje byloje sprendžiama dėl materialiosios teisės normų, reglamentuojančių privalomojo sveikatos draudimo galiojimą, kai asmuo laiku nesumoka privalomojo sveikatos draudimo įmokos ir atitinkamu laikotarpiu pasinaudoja sveikatos priežiūros paslaugomis, aiškinimo ir taikymo.
2. Ieškovė kreipėsi į teismą su ieškiniu, prašydama priteisti iš atsakovės 1727,88 Eur žalos atlyginimo. Ieškovė nurodė, kad 2019 m. gruodžio 17 d. atsakovei buvo suteiktos ir Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – ir PSDF) biudžeto lėšomis apmokėtos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, kurių kaina – 1727,88 Eur. Anot ieškovės, remiantis Lietuvos Respublikos draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registro duomenimis, atsakovė privalomuoju sveikatos draudimu buvo drausta iki 2019 m. lapkričio 30 d., o sveikatos draudimo įmoka už atsakovę per 2019 m. gruodžio mėnesį nebuvo sumokėta. Ieškovė pažymėjo, kad jei asmuo, kuriam per vieną mėnesį po to, kai už jį nustota mokėti arba kai jis pats nustojo mokėti privalomojo sveikatos draudimo įmokas, buvo suteiktos ir iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų apmokėtos sveikatos priežiūros paslaugos, iki šio mėnesio pabaigos neįgyja apdraustojo privalomuoju sveikatos draudimu teisinio statuso, jis turi pareigą sumokėti už jam per šį laikotarpį suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas.

II. Pirmosios ir apeliacinės instancijos teismų procesinių sprendimų esmė

3. Klaipėdos apylinkės teismas 2021 m. gegužės 7 d. sprendimu ieškinį tenkino ir priteisė iš atsakovės ieškovės naudai 1727,88 Eur žalos atlyginimo, taip pat priteisė valstybės naudai iš atsakovės 39 Eur žyminio mokesčio.
4. Teismas nustatė, kad atsakovė (registruota kaip bedarbė laikotarpiu nuo 2019 m. rugsėjo 26 d. iki 2019 m. lapkričio 5 d.) buvo drausta iki 2019 m. lapkričio 30 d., o naujas draustumo laikotarpis (kaip mokančio asmens) registruotas nuo 2020 m. sausio 17 d. Atsakovei nuo 2019 m. gruodžio 11 d. iki 2020 m. sausio 17 d. buvo suteiktos asmens sveikatos priežiūros paslaugos. Laikotarpiu nuo 2019 m. gruodžio 1 d. iki 2019 m. gruodžio 31 d. asmens sveikatos priežiūros paslaugos apmokėtos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, šių paslaugų kaina – 1727,88 Eur. Teismas nurodė, kad iš Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos Klaipėdos skyriaus pateiktų duomenų apie sumokėtas privalomojo sveikatos draudimo įmokas matyti, jog atsakovė 38,74 Eur privalomojo sveikatos draudimo įmoką už 2019 m. gruodžio mėn. sumokėjo 2020 m. sausio 15 d. Kitos įmokos sumokėtos 2020 m. sausio 17 d. (už sausio mėn.), 2020 m. vasario 3 d. (už vasario mėn.), 2020 m. kovo 10 d. (už kovo mėn.), 2020 m. balandžio 10 d. (už balandžio mėn.), 2020 m. gegužės 21 d. (už gegužės mėn.).
5. Teismas, remdamasis Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 8 straipsnio 1, 4 ir 5 dalimis, nurodė, kad atsakovė, netekusi bedarbio statuso, galėjo gauti paslaugas, kompensuojamuosius vaistus ir medicinos pagalbos priemones, už kuriuos mokama iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, už 2019 m. gruodžio mėnesį, tačiau privalėjo sumokėti sveikatos draudimo įmoką iki paskutinės gruodžio mėnesio dienos, t. y. iki 2019 m. gruodžio 31 d. Teismo vertinimu, kadangi atsakovė pavėlavo sumokėti privalomojo sveikatos draudimo įmoką nors ir viena darbo diena, laikytina, kad ji, atlikdama prievole, elgėsi nerūpestingai. Teismas kritiškai vertino atsakovės ir jos rūpintojo nurodytas aplinkybes, jog imoka buvo pavėluota sumokėti dėl informacinės sistemos rodomo atsakovės statuso kaip apdraustojo asmens ir dėl to, kad atsakovė tikėjosi, jog jai bus grąžintas bedarbčio statusas Užimtumo tarnyboje.
6. Teismas pažymėjo, kad nors atsakovės atstovas pateikė įrodymus, jog 2019 m. gruodžio 13 d. buvo kreiptasi į Užimtumo tarnybą su prašymu gražinti atsakovei Užimtumo tarnybos sarašus, tačiau, teismo vertinimu, pateiktas įrodymas ir tikėjimasis atsakovei atgauti bedarbčio statusą nepanaikino atsakovei prievolės mokėti privalomojo sveikatos draudimo įmokas laikui.
7. Teismas atkreipė dėmesį, kad pati atsakovė žinojo apie nutrūkusį savo, kaip bedarbės, statusą, prieš kreipdamasi medicinos pagalbos 2019 m. gruodžio mėnesį kėlė abejones, ar jai tokia pagalba gali būti suteikta, tikrino elektroninių registrų informaciją apie draustumo statusą kartu su

savo rūpintoju, tačiau informacinėse sistemose matydama, jog jos statusas rodomas kaip apdraustojo asmens, nesiėmė pareigos išsiaiškinti, iki kada privalo sumokėti privalomojo sveikatos draudimo įmoką, ir priėmė sprendimą įmoką už 2019 m. gruodžio mėn. sumokėti tik 2020 m. sausio 15 d.

8. Teismas nepripažino, kad aplinkybė, jog atsakovė iš gydymo įstaigos išleista tik 2020 m. sausio 17 d., sudarytų pagrindą pripažinti, jog apmokėjimo terminas praleistas dėl svarbių priežasčių, atsakovei turint rūpintoja, kuris, anot teismo, galėjo išsiaiškinti privalomojo sveikatos draudimo įmokos mokėjimo tvarką laiku. Teismas pažymėjo, kad vėlesniais mėnesiais privalomojo sveikatos draudimo įmokos už atsakovę buvo mokamos laiku ir laikantis Sveikatos draudimo įstatymo nustatytos tvarkos iki einamojo mėnesio paskutinės dienos.
9. Teismas taip pat nurodė, kad Sveikatos draudimo įstatymas nenustato galimybių atkurti privalomojo sveikatos draudimo galiojimo atgaline data. Turintis privalomojo sveikatos draudimo skolų draudžiamasis, kai jis apmoka mokestinę nepriemoką (skolą), netampa apdraustas už tą praėjusį laikotarpį, kai jis buvo laikomas nedraustu dėl laiku nesumokėtų privalomojo sveikatos draudimo įmokų.
10. Teismas, įvertinęs byloje nustatytas faktines aplinkybes ir teisinį reglamentavimą, konstatavo, kad atsakovė neįvykdė Sveikatos draudimo įstatymo 8 straipsnio 4 dalyje nustatytos pareigos laiku sumokėti sveikatos draudimo įmoką ir vėliau neatlygino Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidų, todėl tokiu būdu atsakovė atliko neteisėtus veiksmus. Atsakovei suteiktų ir iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų apmokėtų gydymo paslaugų kainos dalį (1727,88 Eur) teismas laikė žala Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui. Atsakovės naudos (asmens sveikatos priežiūros paslaugų) gavimą teismas laikė tiesiogiai susijusį su jos pareiga, įtvirtintą įstatymo, neįvykdymu – neteisėtais veiksmais, o atsakovės kaltę teismas nustatė, konstatavęs, kad atsakovė nebuvo rūpestinga ir apdairi.
11. Klaipėdos apygardos teismo Civilinių bylų skyriaus teisėjų kolegija, išnagrinėjusi bylą pagal atsakovės apeliacinį skundą, 2021 m. rugsėjo 29 d. sprendimu panaikino Klaipėdos apylinkės teismo 2021 m. gegužės 7 d. sprendimą ir priėmė naują – ieškinį atmetė.
12. Teisėjų kolegija nurodė, kad Sveikatos draudimo įstatymo 8 straipsnio 4 dalyje iš esmės yra įtvirtinta nuostata, jog valstybės lėšomis privalomuoju sveikatos draudimu draudžiami asmenys medicinos paslaugas, už kurias mokama iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, gauna dar vieną mėnesį po to, kai nustoja galioti privalomasis sveikatos draudimas pagal Sveikatos draudimo įstatymo 8 straipsnio 1 ir 3 dalis. Kolegijos vertinimu, Sveikatos draudimo įstatymo 8 straipsnio 4 dalies 2 sakinyje ši nuostata apibūdinama kaip garantija. Šią garantiją gaunantiems asmenims įstatymas nustato tik pareigą sumokėti Sveikatos draudimo įstatymo 17 straipsnyje nustatytą dydžio įmokas. Anot teisėjų kolegijos, įstatymas nesieja aptariamų paslaugų apmokėjimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto supervalomąjį sveikatos draudimo įmokos (ne)sumokėjimu, įmokos (ne)sumokėjimas nenulemia pareigos apmokėti paslaugas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo atsiradimo. Tai reiškia, kad įmokos nesumokėjimas už tą mėnesį, kurį taikoma Sveikatos draudimo įstatymo 8 straipsnio 4 dalies 1 sakinyje įtvirtinta garantija, nėra susijęs priežastiniu ryšiu su paslaugų apmokėjimu iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo.
13. Teisėjų kolegijos vertinimu, vieną mėnesį po to, kai nustoja galioti privalomasis sveikatos draudimas pagal Sveikatos draudimo įstatymo 8 straipsnio 1 ir 3 dalis, iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų paslaugos yra apmokamos nepriklausomai nuo to, ar minėta privalomojo sveikatos draudimo įmoka yra (laiku) sumokama. Dėl šių priežasčių, teisėjų kolegijos manymu, už per Sveikatos draudimo įstatymo 8 straipsnio 4 dalies nustatytą vieną mėnesį už Sveikatos draudimo įstatymo 9–12 straipsniuose nurodytas paslaugas, kompensuojamuosius vaistus ir medicinos pagalbos priemones iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo sumokėtos sumos negali būti laikomos teisiškai reikšminga ir ieškovei atlygintina žala. Kolegijos vertinimu, tarp ieškovės nurodomų neteisėtų veiksmų (ne laiku sumokėtos įmokos) ir reikalaujamos atlyginti žalos (sumų, sumokėtų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo) nėra teisiškai reikšmingo priežastinio ryšio, nes už paslaugas, suteiktas per aptariamą laikotarpį, kompensuojamuosius vaistus ir medicinos pagalbos priemones visais atvejais turi būti sumokama iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo. Teisiškai reikšmingas priežastinis ryšys šiuo atveju egzistuoja tik su pačios įmokos suma, nes dėl nesumokėtos įmokos Privalomojo sveikatos draudimo fondas negauna numatytų lėšų. Todėl teisėjų kolegija konstatavo, kad atlygintina žala šiuo atveju gali būti tik pati laiku nesumokėtos privalomojo sveikatos draudimo įmokos suma.
14. Teisėjų kolegija taip pat pabrėžė, kad asmenų turtinės pareigos viešosios teisės srityje turėtų būti nustatomos aiškiai ir nedviprasmiškai. Sveikatos draudimo įstatyme, kolegijos vertinimu, nėra konkrečiai nustatyta, kad, nesumokėjus įmokos už Sveikatos draudimo įstatymo 8 straipsnio 4 dalies nurodytą vieną mėnesį, asmeniui atsiranda pareiga atlyginti visas Privalomojo sveikatos draudimo fondo išlaidas už tą mėnesį asmens gautas paslaugas, kompensuojamuosius vaistus ir medicinos pagalbos priemones. Sveikatos draudimo įstatymo 8 straipsnio 4 dalies paskutinis sakinyss, teisėjų kolegijos manymu, šiuo aspektu yra abstraktus ir jame nustatytas tik žalos atlyginimas, tačiau jame nesukonkrečiuojama, kokia tai žala. Kolegija nurodė, kad Sveikatos draudimo įstatymo 8 straipsnio 5 dalis šiuo atveju nėra taikytina, nes Sveikatos draudimo įstatymo 8 straipsnio 4 dalis yra speciali teisės norma Sveikatos draudimo įstatymo 8 straipsnio 5 dalies atžvilgiu. Anot kolegijos, Sveikatos draudimo įstatymo 8 straipsnio 7 dalis taip pat abstrakti ir neįtvirtina konkrečios taisyklės, kurios pagrindu būtų galima konstatuoti pareigą apmokėti ieškovės reikalaujamas pinigų sumas.
15. Kolegija konstatavo, kad atsakovė, 2020 m. sausio 15 d. sumokėjusi 38,74 Eur privalomojo sveikatos draudimo įmoką, padarytą žalą atlygino, todėl nenustačiusi daugiau žalos teisėjų kolegija nusprendė, kad ieškovės ieškinio nagrinėjamu atveju tenkinti nėra pagrindo.

III. Kasacinio skundo ir atsiliepimo į jį teisiniai argumentai

16. Kasaciniu skundu ieškovė prašo panaikinti Klaipėdos apygardos teismo Civilinių bylų skyriaus teisėjų kolegijos 2021 m. rugsėjo 29 d. sprendimą ir palikti galioti Klaipėdos apylinkės teismo 2021 m. gegužės 7 d. sprendimą. Kasacinis skundas grindžiamas šiais argumentais:
 - 16.1. Apeliacinės instancijos teismas neteisingai teisiškai įvertino Sveikatos draudimo įstatymo 8 straipsnio 4 ir 5 dalis, todėl nepagrįstai nusprendė, kad nagrinėjamu atveju už 2019 m. gruodžio mėn. suteiktas medicinos paslaugas atsakovei vienintelė pareiga ir kartu žala Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui buvo laiku nesumokėta 38,74 Eur Privalomojo sveikatos draudimo įmoka, nes ieškovės reikalauja 1727,88 Eur suma pagal Sveikatos draudimo įstatymo 8 straipsnio 4 dalies 1 punktą bet kuriuo atveju turėjo būti apmokėta iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, ir kad atsakovė, 2020 m. sausio 15 d. sumokėjusi 38,74 Eur privalomojo sveikatos draudimo įmoką, padarytą žalą atlygino.
 - 16.2. Sveikatos draudimo įstatymo 8 straipsnio 1 dalyje nustatyta, kad privalomojo sveikatos draudimo įmokas mokančių asmenų privalomasis sveikatos draudimas įsigalioja nuo tos dienos, kurią už juos buvo pradėtos mokėti arba jie patys pradėjo mokėti privalomojo sveikatos draudimo įmokas, ir galioja iki apmokėto mėnesio paskutinės dienos. Valstybinės mokesčių inspekcijos prie Lietuvos Respublikos finansų ministerijos viršininko 2015 m. gruodžio 14 d. įsakymu Nr. VA-112 patvirtintų Valstybinės mokesčių inspekcijos prie Lietuvos Respublikos finansų ministerijos administruojamų privalomojo sveikatos draudimo įmokų administravimo taisyklių (toliau – Taisyklės) 11 punkte nustatyta, kad privalomojo sveikatos draudimo įmoka už atitinkamą mėnesį sumokama iki to mėnesio paskutinės dienos.
 - 16.3. Sveikatos draudimo įstatymo 8 straipsnio 4 dalyje nustatyta, kad sveikatos priežiūros paslaugos yra teikiamos tik apdraustiesiems asmenims. Vykdamas Teritorinės ligonių kasos ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutartis dėl apdraustųjų gydymo išlaidų apmokėjimo iš PSDF biudžeto lėšų, gydymo išlaidos buvo apmokėtos, nes atsakovei paslaugų gavimo metu galiojo paslaugų gavimo garantija su prievole iki einamojo mėnesio paskutinės dienos apsidrausti, tapti apdraustuoju teisės aktuose nustatytais terminais. Priešingu atveju Sveikatos draudimo įstatymo 8 straipsnyje 4 dalyje aiškiai ir nedviprasmiškai nustatyta, kad jeigu įmokos nesumokamos, asmenys, kuriems tą mėnesį

Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšomis buvo suteiktos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, atlygina Privalomojo sveikatos draudimo fondui žalą.

- 16.4. Apeliacinės instancijos teismo pateiktas aiškinimas, kad įstatymas nesieja paslaugų apmokėjimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto su privalomojo sveikatos draudimo įmokos (ne)sumokėjimu, įmokos (ne)sumokėjimas nenulemia pareigos apmokėti paslaugas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo atsiradimo; kad įmokos nesumokėjimas už tą mėnesį, kurį taikoma Sveikatos draudimo įstatymo 8 straipsnio 4 dalies pirmajame sakinyje įtvirtinta garantija, nėra susijęs priežastiniu ryšiu su paslaugų apmokėjimu iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo, yra klaidinantis, nes teismas gretina du visiškai skirtingus teisinius santykius. Prievolė asmeniui mokėti privalomojo sveikatos draudimo įmokas nustatyta teisės aktuose juose įtvirtinta tvarka ir terminais, o sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų vykdomas pagal Teritorinės ligonių kasos ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sudarytas sutartis teisės aktuose nustatyta tvarka. Žalos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui atlyginimas iš fizinių asmenų Sveikatos draudimo įstatymo, Teritorinės ligonių kasos nuostatuose nurodyta tvarka yra visiškai skirtingi ir nesiejami procesai.
- 16.5. Byloje nustatyta, kad atsakovė buvo drausta valstybės lėšomis kaip bedarbis asmuo, registruotas darbo biržoje, iki 2019 m. lapkričio 30 d. Nutūkus bedarbio statusui, norėdama gauti Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis kompensuojamas gydymo paslaugas, atsakovė 2019 m. gruodžio mėn. privalėjo drausti savarankiškai, t. y. iki 2019 m. gruodžio 31 d. sumokėti už save 6,98 proc. minimalios mėnesinės algos privalomojo sveikatos draudimo įmokas, nes ji jau nebebuvo asmuo, priskiriamas Sveikatos draudimo įstatymo 6 straipsnio 4 dalyje išvardytiems asmenims.
- 16.6. Lietuvos Respublikos Konstitucinis Teismas 2013 m. gegužės 16 d. nutarime pabrėžė, kad įstatymų leidėjui pasirinkus sveikatos priežiūros finansavimo modelį, grindžiamą, *inter alia* (be kita ko), privalomuoju sveikatos draudimu, šio draudimo lėšomis gali būti finansuojamos tik tos apdraustų asmenų sveikatos priežiūros paslaugos, kurių neapima nemokama medicinos pagalba, kuri visiems piliečiams, neatsižvelgiant į tai, ar jie yra apdrausti privalomuoju sveikatos draudimu, turi būti teikiama valstybės biudžeto lėšomis. Tačiau už sveikatos priežiūros paslaugas, teikiamas privalomuoju sveikatos draudimu neapdraustiems (neapsidraudusiems) asmenims, iš šio draudimo lėšų negali būti apmokama.
- 16.7. Apeliacinės instancijos teismo išvada, kad ieškovė neįrodė visų būtinų sąlygų atsakovės civilinei atsakomybei atsirasti, yra nepagrįsta ir prieštarauja Lietuvos Respublikos civilinio kodekso (toliau – CK) 6.246 straipsnio 1 daliai, 6.248 straipsnio 3 daliai.
- 16.8. Pirmosios instancijos teismas teisingai ir pagrįstai nustatė, kad atsakovė neįvykdė Sveikatos draudimo įstatymo 17 straipsnyje nustatytos pareigos laiku sumokėti sveikatos draudimo įmokos ir vėliau neatlygino Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų (neįvykdė Sveikatos draudimo įstatymo 8 straipsnio 4 dalyje nustatytos pareigos), todėl tokiu būdu atsakovė atliko neteisėtus veiksmus. Privalomojo sveikatos draudimo fondui buvo padaryta žala, nes atsakovė, neturinti apdrausto privalomuoju sveikatos draudimu asmens statuso, buvo suteiktos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo kompensuojamos sveikatos priežiūros paslaugos. Atsakovei suteiktų ir iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų apmokėtų gydymo paslaugų kainos dalis (1727,88 Eur) sudaro žalą Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui. Atsakovės naudos gavimas yra tiesiogiai susijęs su jos pareigų, įtvirtintų įstatymo, neįvykdymu, apdraustojo statuso neįgijimu – neteisėtais veiksmais. Taigi byloje buvo nustatytos visos atsakovės deliktinės atsakomybės sąlygos: neteisėti veiksmai, žala, kaltė, priežastinis ryšys tarp neteisėtų veiksmų ir padarytos žalos.
- 16.9. Palikus galoti apeliacinės instancijos teismo sprendime pateiktą teisinį aiškinimą, būtų suformuota ydinga teismų praktika kitose tokio pobūdžio civilinėse bylose ir neliktų galimybės ateityje ieškovei išieškoti Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui padarytos žalos atlyginimą. Tokiu atveju Sveikatos draudimo įstatymo 34 straipsnio 1 dalies 10 punkte įtvirtinta teritorinių ligoninių kasų funkcija netektų prasmės, nes Teritorinė ligonių kasa, kontroliuodama iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo neteisėtai apmokėtas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, negalėtų išieškoti Privalomojo sveikatos draudimo fondo išlaidų atlyginimo ir tokiu atveju nebūtų pasiekti ir įgyvendinti įstatymo vykdymo užtikrinimo ir prevenciniai tikslai.
17. Atsakovė atsiliepimu į kasacinį skundą prašo atmesti ieškovės kasacinį skundą ir apeliacinės instancijos teismo sprendimą palikti nepakeistą. Atsiliepinamas grindžiamas šiais argumentais:
- 17.1. Ieškovė nepagrįstai nurodo, kad Sveikatos draudimo įstatymas taikomas tik apdraustam asmeniui. Pagal Sveikatos draudimo įstatymo 2 straipsnio 5 dalį? nustatyta garantija privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamiesiems (ne išskirtinai apdraustiems) asmenims, įvykus draudžiamajam įvykiui, teikti sveikatos priežiūros paslaugas ir apmokėti šių paslaugų? išlaidas. Sveikatos draudimo įstatymo 6 straipsnio 1 dalyje nustatyta, kas yra laikomi privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamaisiais asmenimis, o to paties straipsnio 3 dalyje – kas yra laikomi privalomuoju sveikatos draudimu apdraustais asmenimis, t. y. įstatymas diferencijuoja draudžiamus ir apdraustuosius asmenis. Šios teisinės kategorijos Sveikatos draudimo įstatymo prasme yra skirtingos. Atsakove?, kaip nuolatine? Lietuvos gyventoja, patenka į? Sveikatos draudimo įstatymo 6 straipsnio 1 dalies 1 punkto teisinio reglamentavimo sritį ir turi draudžiamą asmens statusą, atitinkamai, remiantis Sveikatos draudimo įstatymo 2 straipsnio 5 dalimi, privalomuoju sveikatos draudimu garantuojama privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamiesiems asmenims, įvykus draudžiamajam įvykiui, sveikatos priežiūros paslaugų? teikimas ir šių paslaugų? išlaidų apmokėjimas Sveikatos draudimo įstatyme nustatytais pagrindais, taip pat įvertinus sąlygas, nustatytas Sveikatos draudimo įstatymo 8 straipsnio 4 dalyje, kurias atsakovė? atitinka ir de?l kurių? nėra ginčo, atsakovėi garantuojamas, įvykus draudžiamajam įvykiui, sveikatos priežiūros paslaugų? teikimas ir šių paslaugų? išlaidų apmokėjimas.
- 17.2. Ieškovė, klaidingai aiškindama byloje nustatytas aplinkybes, nepagrįstai nurodo, kad atsakovė? pati mokėjo privalomojo sveikatos draudimo įmoką iki 2019 m. lapkričio 30 d. Pirmosios instancijos teismas byloje nustatė, kad atsakovė? (registruota kaip bedarbe? laikotarpiu nuo 2019 m. rugsėjo 26 d. iki 2019 m. lapkričio 5 d.) buvo drausta iki 2019 m. lapkričio 30 d. Pagal byloje nustatytus faktus aišku, kad atsakovė? iki 2019 m. lapkričio 5 d. buvo bedarbe? ir buvo apdrausta privalomuoju sveikatos draudimu valstybės lėšomis kaip priklausanti bedarbių? grupei iki 2019 m. lapkričio 30 d., t. y. priklausė draudžiamųjų asmenų grupei, nurodytai Sveikatos draudimo įstatymo 6 straipsnio 4 dalyje.
- 17.3. Teritorinės ligonių kasos funkcijos nurodytos Sveikatos draudimo įstatymo 33 straipsnyje. Tarp šiame straipsnyje išvardytų Teritorinės ligonių kasos funkcijų tokios funkcijos kaip išieškoti iš privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamųjų ar apdraustųjų asmenų, kuriems iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto buvo apmokėtos sveikatos priežiūros paslaugų? teikimo išlaidos ar buvo kitaip padaryta žala Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui, nėra.
- 17.4. Apie tai, kad už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas ieškovė reikalauja sumokėti iš atsakovės, ši sužinojo praėjus daugiau nei metams, t. y. gavusi 2021 m. kovo 2 d. Klaipėdos apylinkės teismo pranešimą de?l atsiliepimo į? ieškinį pateikimo. Ieškovė? byla? nepateikė jokių? duomenų, kaip ir kuo remiantis buvo apskaičiuota sveikatos priežiūros paslaugų? ligoninėje kaina (neįrodinėjo žalos dydžio). Ieškovė? iki šiol nėra pateikusi duomenų?, kokios yra suteiktų? asmens sveikatos priežiūros paslaugų? detalios išlaidos, šių paslaugų? suteikimo datos.
- 17.5. Ieškovė? nėra suteikta teisė administruoti privalomojo sveikatos draudimo įmokas. Pagal Sveikatos draudimo įstatymo 18 straipsnio 1 dalį privalomojo sveikatos draudimo įmokas administruoja (tam tikrais atvejais išskaito) Valstybinio socialinio draudimo fondo administravimo įstaigos Lietuvos Respublikos valstybinio socialinio draudimo įstatymo nustatyta tvarka. Be to, Sveikatos draudimo įstatymo 19 straipsnyje yra nustatyta atsakomybė? už privalomojo sveikatos draudimo įmokų mokėjimą – asmenims, kurie yra pažeidę įmokų? apskaičiavimo ir mokėjimo tvarką?, baudos, delspinigiai, palūkanos ir padidintos palūkanos skaičiuojami, priverstinai

išieškoni, priverstiniai išieškojimai atidedami, pradėtos priverstinio išieškojimo procedūros pratęsimas, priverstinio išieškojimo senaties terminas taikomas, nuo baudų ir dėsningųjų mokėjimo atleidžiama Valstybinio socialinio draudimo įstatymo nustatyta tvarka.

- 17.6. Ieškovė klaidingai aiškina ir taiko Sveikatos draudimo įstatymo nuostatas, laikydama, kad atsakovės sumokėta privalomojo sveikatos draudimo įmoka 2020 m. sausio 15 d. už 2019 m. gruodį buvo sumokėta praleidus nustatytą terminą. Sveikatos draudimo įstatymo 8 straipsnio 4 dalis nustato Sveikatos draudimo įstatymo 6 straipsnio 4 dalyje ir 17 straipsnio 2–11 dalyse nurodytiems asmenims garantiją gauti sveikatos priežiūros paslaugas, kurios apmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto. Sveikatos draudimo įstatymo 8 straipsnio 4 dalyje nustatyta pareiga asmenims sumokėti privalomojo sveikatos draudimo įmoką, tačiau nenurodyta, kada privalomojo sveikatos draudimo įmoka privalo būti sumokėta? Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetą, Istatymų leidėjas, nustatydamas pareigą sumokėti privalomojo sveikatos draudimo įmoką už garantinį? mėnesį, Sveikatos draudimo įstatymo 8 straipsnio 4 dalyje akcentuoja šiame įstatyme nustatyta? privalomojo sveikatos draudimo įmokos dydį?, bet ne sumokėjimo terminą. Įstatymų leidėjas nesusiejo privalomojo sveikatos draudimo įmokos sumokėjimo laiko su sveikatos priežiūros paslaugų? apmokėjimu iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto. Įstatyme nustatyta tik pareiga sumokėti privalomojo sveikatos draudimo įmoką.
- 17.7. Ieškovė nepagrįstai teigia, kad apdraustojo statusas yra būtinas paslaugos suteikimo momentu. Sveikatos draudimo įstatymo 8 straipsnio 1 dalyje nustatyta, kad asmenų, nurodytų Sveikatos draudimo įstatymo 17 straipsnio 2, 3 ir 9 dalyse (išskyrus draudėjus), privalomasis sveikatos draudimas įsigalioja nuo tos dienos, kuria? atsirado pagrindas mokėti privalomojo sveikatos draudimo įmokas (nuo Sveikatos draudimo įstatymo 17 straipsnio 2, 3 ir 9 dalyse nurodyto statuso įgijimo dienos), ir galioja iki Sveikatos draudimo įstatymo 17 straipsnio 2, 3 ir 9 dalyse nurodyto statuso netekimo dienos. Asmenų, nurodytų Sveikatos draudimo įstatymo 17 straipsnio 4, 5, 6, 8 ir 11 dalyse, privalomasis sveikatos draudimas įsigalioja nuo tos dienos, kuria? buvo pradėtos mokėti privalomojo sveikatos draudimo įmokos, ir galioja iki mėnesio, buvusio prieš ta? mėnesį, kuri? privalomojo sveikatos draudimo įmokos nebuvo sumokėtos, paskutinės dienos. Taikant Sveikatos draudimo įstatymo 8 straipsnio 1 dalį?, net ir sumokėjus privalomojo sveikatos draudimo įmoką gruodžio mėnesį sveikatos priežiūros paslaugų? gavimo (hospitalizavimo) metu, šis veiksmas nesuteiktų? atsakovei draudimo laikotarpio ir apdraustojo asmens statuso atgaline data, kadangi privalomasis sveikatos draudimas įsigaliojė nuo privalomojo sveikatos draudimo įmokos sumokėjimo dienos.
- 17.8. Ieškovė klaidingai aiškina Sveikatos draudimo įstatymą, kad privalomojo sveikatos draudimo įmoka privalo būti sumokėta ta? pati? mėnesį, kai asmeniui galioja Sveikatos draudimo įstatymo 8 straipsnio 4 dalyje nustatyta garantija. Jei atsakove? būtų sumokėjusi privalomojo sveikatos draudimo įmoką 2019 m. gruodžio mėn. (hospitalizavimo metu), ji būtų laikoma apsidraudusia savarankiškai privalomuoju sveikatos draudimu pagal Sveikatos draudimo įstatymo 17 straipsnio 11 dalį, todėl? Sveikatos draudimo įstatymo 8 straipsnio 4 dalyje nustatyta garantija neatliktų? įstatymo leidėjo nustatytos papildomo mėnesio garantijos funkcijos.
- 17.9. Atsakovei atvykus į? psichiatrijos departamentą hospitalizuotis, buvo patikrinti atsakovės dokumentai bei gydymo kompensavimo galimybės Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšomis. Psichiatrijos departamente nebuvo nustatyta, kad atsakove? neapdrausta privalomuoju sveikatos draudimu priėmimo į? psichiatrijos skyrių metu, todėl? atsakove? buvo hospitalizuota, o jos gydymo išlaidos buvo kompensuojamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšomis, todėl? reikalaujant atlyginti tariamai ieškovės patirta? žalą pažeidžiami atsakovės teisėti lūkesčiai, kad gydymo išlaidos bus kompensuotos Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšomis.
- 17.10. Ieškovė klaidingai aiškina Sveikatos draudimo įstatymo 8 straipsnio 4 dalies nuostatas. Šioje teisės normoje nustatyta, kad asmenys, nurodyti šio įstatymo 6 straipsnio 4 dalyje ir 17 straipsnio 2–11 dalyse (išskyrus draudėjus), šio įstatymo 9–12 straipsniuose nurodytas paslaugas, kompensuojamuosius vaistus ir medicinos pagalbos priemones, už kuriuos mokama iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, gauna dar viena? mėnesį po to, kai nustoja galioti privalomasis sveikatos draudimas pagal šio įstatymo 8 straipsnio 1 ir 3 dalis. Ši garantija neatleidžia nuo prievolės mokėti minėto įstatymo 17 straipsnyje nustatyto dydžio įmokas. Jeigu įmokos nesumokamos, asmenys, kuriems ta? mėnesį Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis buvo suteiktos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, atlygina Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui padarytą? žalą. Tam, kad būtų galima taikyti Sveikatos draudimo įstatymo 8 straipsnio 4 dalies nuostatas ir draudžiamajam asmeniui suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas kompensuoti Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšomis, turi būti įvykdytos šios sąlygos: pirmą, asmuo iki privalomojo sveikatos draudimo galiojimo pabaigos turi priklausyti bent vienai Sveikatos draudimo įstatymo 6 straipsnio 4 dalyje ir 17 straipsnio 2–11 dalyse nurodytai draudžiamųjų asmenų grupei; antra, tokiam asmeniui privalomasis sveikatos draudimas pagal Sveikatos draudimo įstatymo 8 straipsnio 1 ir 3 dalis turi būti nustojęs galioti; trečia, sveikatos priežiūros paslaugos asmeniui kompensuojamos dar viena? mėnesį?, kai nustoja galioti jo privalomasis sveikatos draudimas; ketvirta, Sveikatos draudimo įstatymo 17 straipsnyje nustatyto dydžio įmoka privalo būti sumokėta.
- 17.11. Byloje pateikti duomenys įrodo, kad atsakove? privalomuoju sveikatos draudimu valstybės lėšomis buvo apdrausta bedarbių? grupėje iki 2019 m. lapkričio 30 d., t. y. priklausė? draudžiamųjų asmenų grupei, nurodytai Sveikatos draudimo įstatymo 6 straipsnio 4 dalyje (tenkinama pirmoji sąlyga). Netekus bedarbio statuso, atsakovės privalomasis sveikatos draudimas valstybės lėšomis nustojo galioti 2019 m. lapkričio 30 d. (tenkinama antroji sąlyga). Atsakove? buvo hospitalizuota į? psichiatrijos departamentą 2019 m. gruodžio 12 d., t. y. kitą mėnesį?, kuris įstatymu garantuoja sveikatos priežiūros paslaugų? kompensavimą (tenkinama trečioji sąlyga). Byloje pateikti įrodymai, kad privalomojo sveikatos draudimo įmoka už valstybės garantuojama? papildoma? mėnesį sumokėta 2020 m. sausio 15 d. Įmokos dydis (38,74 Eur) atitinka Sveikatos draudimo įstatymo 17 straipsnyje nustatytą? dydį?. Taigi įrodytas faktas, kad nustatyto dydžio įmoka yra sumokėta (tenkinama ketvirtoji sąlyga).
- 17.12. Ieškovė nepagrįstai kasacini? skunda? grindžia Konstitucinio Teismo nutarimu, nes jame buvo sprendžiama de?l kitų?, bylos sprendimui neaktuali?, teisės normų galimo prieštaravimo Lietuvos Respublikos Konstitucijai.
- 17.13. Byloje pateikti įrodymai ir faktinės aplinkybės bei atsakovės argumentai įrodo, kad atsakovei nekyla prievole? atlyginti žalą ieškovei, nes nebuvo konstatuota, jog nagrinėjamu atveju yra visos deliktinės atsakomybės sąlygos, kurios yra būtinos turinės žalos atlyginimo prievolei atsirasti.

Teisėjų kolegija

konstatuoja:

IV. Kasacinio teismo argumentai ir išaiškinimai

Dėl Sveikatos draudimo įstatymo 8 straipsnio 4 dalies aiškinimo ir taikymo

18. Byloje kilo ginčas dėl Sveikatos draudimo įstatymo 8 straipsnio 4 dalies nuostatų, reglamentuojančių privalomojo sveikatos draudimo

galiojimą, asmeniui netekus Užimtumo tarnyboje registruoto bedarbio asmens statuso, ir Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui padarytą žalą, šiam asmeniui pasinaudojus sveikatos priežiūros paslaugomis po apdraustojo asmens statuso netekimo.

19. Privalomasis sveikatos draudimas – tai valstybės nustatyta asmens sveikatos priežiūros ir ekonominių priemonių sistema, Sveikatos draudimo įstatymo nustatytais pagrindais ir sąlygomis garantuojanti privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamiems asmenims, įvykus draudžiamajam įvykiui, sveikatos priežiūros paslaugų teikimą ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimą, taip pat vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimo išlaidų bei medicinos priemonių (prietaisų), būtinų apdraustųjų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti, nuomos išlaidų kompensavimą (Sveikatos draudimo įstatymo 2 straipsnio 5 dalis).
20. Nagrinėjamų santykių susiklostymo metu (2019 m. lapkričio–gruodžio mėn.) galiojusios Sveikatos draudimo įstatymo redakcijos 6 straipsnio 3 dalyje nustatyta, kad skiriamos dvi apdraustųjų privalomuoju sveikatos draudimu asmenų grupės: 1) šio įstatymo 17 straipsnio 2–11 dalyse nurodyti asmenys (išskyrus draudėjus), kurių privalomasis sveikatos draudimas galioja šio įstatymo 8 straipsnio 1 ir 2 dalyse nustatyta tvarka; 2) šio straipsnio 4 dalyje nurodyti valstybės lėšomis draudžiami asmenys, kurių privalomasis sveikatos draudimas galioja šio įstatymo 8 straipsnio 3 dalyje nustatyta tvarka.
21. Pagal Sveikatos draudimo įstatymo 6 straipsnio 4 dalies 2 punktą, apdraustaisiais, kurie draudžiami valstybės lėšomis, be kita ko, laikomi Užimtumo tarnyboje įsiregistravę bedarbiai ir asmenys, dalyvaujantys Užimtumo tarnybos organizuojamose profesinio mokymo priemonėse, jeigu su jais nesudaromos darbo sutartys.
22. Privalomojo sveikatos draudimo galiojimas reglamentuojamas Sveikatos draudimo įstatymo 8 straipsnyje. Šio straipsnio 3 dalyje nustatyta, kad asmenys, nurodyti Sveikatos draudimo įstatymo 6 straipsnio 4 dalyje, apdraustaisiais laikomi nuo šio įstatymo 6 straipsnio 4 dalyje nurodyto statuso įgijimo dienos iki jo netekimo dienos. Asmenys, nurodyti Sveikatos draudimo įstatymo 6 straipsnio 4 dalyje ir 17 straipsnio 2–11 dalyse (išskyrus draudėjus), Sveikatos draudimo įstatymo 9–12 straipsniuose nurodytas paslaugas, kompensuojamuosius vaistus ir medicinos pagalbos priemones, už kuriuos mokama iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, gauna dar vieną mėnesį po to, kai nustoja galioti privalomasis sveikatos draudimas pagal Sveikatos draudimo įstatymo 8 straipsnio 1 ir 3 dalis. Ši garantija neatleidžia nuo prievolės mokėti Sveikatos draudimo įstatymo 17 straipsnyje nustatyto dydžio įmokas. Jeigu įmokos nesumokamos, asmenys, kuriems tą mėnesį Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis buvo suteiktos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, atlygina Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui padarytą žalą (Sveikatos draudimo įstatymo 8 straipsnio 4 dalis).
23. Nagrinėjamoje byloje ieškovė pareiškė ieškinį atsakovei dėl 1727,88 Eur išlaidų, atsiradusių atsakovei naudojantis Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto kompensuojamomis sveikatos priežiūros paslaugomis neįėjus apdrausto privalomuoju sveikatos draudimu asmens statuso, atlyginimo priteisimo.
24. Nagrinėjamu atveju nėra ginčo, kad atsakovė pavėlavo sumokėti privalomojo sveikatos draudimo įmoką už Sveikatos draudimo įstatymo 8 straipsnio 4 dalyje nustatytą papildomą privalomojo sveikatos draudimo laikotarpį po savo netekto bedarbio asmens statuso. Šiuo atveju byloje išsiskyrė pirmosios ir apeliacinės instancijos teismų pozicijos dėl ieškovės pareikšto ieškinio reikalavimo dėl žalos atlyginimo pagrįstumo.
25. Minėta, kad Sveikatos draudimo įstatymo 8 straipsnio 4 dalyje įtvirtinta nuostata, kuria savo ieškinio reikalavimą grindžia ieškovė: įstatyme įtvirtinta privalomojo sveikatos draudimo valstybės lėšomis garantija neatleidžia nuo prievolės mokėti Sveikatos draudimo įstatymo 17 straipsnyje nustatyto dydžio įmokas, o jeigu įmokos nesumokamos, asmenys, kuriems tą mėnesį Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis buvo suteiktos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, atlygina Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui padarytą žalą. To paties straipsnio 7 dalyje nustatyta, kad išlaidos, susijusios su sveikatos priežiūros paslaugų teikimu, ir nesumokėtos privalomojo sveikatos draudimo įmokos iš asmens išieškomos šio ir kitu įstatymu bei teisės aktu nustatyta tvarka. Pažymėtina, jog Sveikatos draudimo įstatymo 8 straipsnio 4 dalyje nėra nuostatos, pagal kurią asmuo, pavėlavęs sumokėti draudimo įmoką, privalėtų atlyginti jam suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų kainą.
26. Civilinės deliktinės atsakomybės prievolei konstatuoti būtinas jos sąlygų visetas: žala, neteisėti veiksmai, priežastinis ryšys tarp neteisėtų veiksmų ir žalos ir žalą padariusio asmens kaltė (išskyrus įstatyme nustatytus atsakomybės be kaltės atvejus) ([CK 6.246–6.249](#) straipsniai). Nenustačius bent vienos būtinųjų sąlygų, civilinės atsakomybės prievolė negali būti konstatuota.
27. Ieškovė Sveikatos draudimo įstatymo 8 straipsnio 4 dalies nuostatą, pagal kurią, jeigu įmokos nesumokamos, asmenys, kuriems tą mėnesį Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis buvo suteiktos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, atlygina Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui padarytą žalą, aiškina kaip nustatančią teisę susigrąžinti Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išmokėtas asmens naudas ir tuo atveju, kai asmuo Sveikatos draudimo įstatymo 17 straipsnyje reglamentuojamą privalomojo sveikatos draudimo įmoką sumoką pavėlavęs, tačiau, teisėjų kolegijos vertinimu, toks aiškinimas neatitinka šioje teisės normoje įtvirtinto reglamentavimo. Kaip teisingai nurodė apeliacinės instancijos teismas, viešosios teisės aktai turi būti aiškūs ir konkrečiai apibrėžiantys asmens ir viešojo administravimo subjektų teises ir pareigas. Šiame kontekste pažymėtina, kad viešojo teisė grindžiama principu „galima tai, kas tiesiogiai nustatyta“.
28. Teisėjų kolegijos vertinimu, nagrinėjamu atveju taip pat aktualus kaltės, kaip vienos civilinės atsakomybės sąlygų viseto, klausimas. [CK 6.248 straipsnio](#) 3 dalyje nustatyta, kad asmuo kaltas, jeigu atsižvelgiant į prievolės esmę bei kitas aplinkybes jis nebuvo tiek rūpestingas ir apdairus, kiek atitinkamomis sąlygomis buvo būtina. Pagal to paties straipsnio 4 dalį, jeigu dėl žalos atsiradimo kaltas ir kreditorius, tai atlygintini nuostoliai mažinami proporcingai kreditoriaus kaltei arba skolininkas gali būti atleistas nuo civilinės atsakomybės.
29. Atsakovė teismui paaiškino, kad 2019 m. žiemą, sustiprėjus ligų simptomams, ji nenuvyko į Užimtumo tarnyboje suplanuotą apsilankymą ir nepranešė apie savo negalėjimą atvykti jai paskirtu laiku. Dėl šios priežasties atsakovė buvo išbraukta iš Užimtumo tarnyboje registruotų bedarbių sąrašo. Pažymėtina, kad byloje nėra duomenų apie tai, kad ieškovė ar kitos valstybės institucijos būtų informavusios atsakovę apie atsiradusią pareigą mokėti privalomojo sveikatos draudimo įmokas ir jų mokėjimo tvarką. Atsakovės teigimu, prieš vykstant pas gydytoją dėl siuntimo gydytis psichiatrijos ligoninėje stacionare, atsakovės rūpintojas patikrino Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registrą; jame, suvedus atsakovės duomenis, buvo gauta informacija, kad atsakovė yra apdrausta, o duomenų apie privalomojo sveikatos draudimo įmokų įsiskolinimą sistema nerodė. Taip pat, atsakovei atvykus į ligoninę, prieš priimant ją gydyti stacionare, buvo patikrinti jos dokumentai ir informacija, ar pacientė yra apdrausta privalomuoju sveikatos draudimu. Ligoninėje priimant atsakovę gydyti, taip pat nebuvo nustatyta, kad atsakovė turi privalomojo sveikatos draudimo įmokų įsiskolinimą ar kad atsakovė nebuvo apdrausta priėmimo į ligoninę metu. Ieškovė šių aplinkybių neginčijo.
30. Remiantis Sveikatos draudimo įstatymo 33 straipsnio 3 punktu, viena iš teritorinės ligonių kasos funkcijų Valstybės registrų įstatymo, Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo, Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registro nuostatų ir kitų teisės aktų nustatyta tvarka tvarkyti Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registrą. Teisėjų kolegijos vertinimu, šios nutarties 29 punkte aptartos aplinkybės sudarė atsakovei klaidingą lūkestį dėl jos draustumo privalomuoju sveikatos draudimu, jos veiksmų, atsižvelgiant į susiklosčiusią individualią situaciją, vertintini kaip pakankamai rūpestingi ir paneigiantys jos kaltę dėl sveikatos draudimo įmokos mokėjimo tvarkos pažeidimo.
31. Šiame kontekste svarbu pažymėti, kad kiekviena valdžios institucija yra saistoma bendrųjų, be kita ko, konstitucinių teisės principų, pagal kuriuos valdžios istaigos tamauja žmonėms, turi paisyti teisės viršenybės, proporcingumo, gero administravimo, atsakingo valdymo principų (teisėtumo, objektyvumo, nepiktnaudžiavimo valdžia, skaidrumo ir kt.). Pažymėtina, kad viešojo administravimo subjektu veiksmai turi sudaryti palankias sąlygas įstatymų nustatytiems tikslams pasiekti. Vienas iš gero administravimo principų – konstitucinė nuostata, kad visos valdžios

istaigos tarnauja žmonėms. – reiškia ir administravimo procedūrose dalyvaujančių šalių bendradarbiavimą (Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2005 m. gegužės 31 d. nutartis administracinėje byloje Nr. A10-655/2005; 2011 m. spalio 27 d. nutartis administracinėje byloje Nr. A662-3137/2011, kt.).

32. Byloje nustatyta, kad atsakovė 38,74 Eur privalomojo sveikatos draudimo įmoką už 2019 m. gruodžio mėn. sumokėjo 2020 m. sausio 15 d. Minėta, byloje nėra duomenų, kad iki šios įmokos sumokėjimo ieškovė atsakovei būtų siuntusi pranešimus ar įspėjimus dėl pareigos mokėti draudimo įmoką ir jos nevykdymo padarinių. Ieškinys dėl sveikatos paslaugų išlaidų išieškojimo atsakovei pareikštas praėjus daugiau nei metams po skolos atsiradimo ir sumokėjimo. Teisėjų kolegija konstatuoja, kad, atsižvelgiant į nagrinėjamų santykių specifiką, jiems taikytino teisinio reglamentavimo sudėtingumą, aptartas ieškovės ir kitų už sveikatos draudimo sistemą atsakingų valstybės institucijų elgesys vertintinas kaip neatitinkantis taikytinų principų ir suponuojantis kreditoriaus – valstybės kaltę.

Dėl bylos procesinės baigties

33. Apibendrinama tai, kas pirmiau išdėstyta, teisėjų kolegija konstatuoja, kad byloje nenustatyta atsakovės civilinės deliktinės atsakomybės prievolė, todėl apeliacinės instancijos teismas pagrįstai atmetė ieškinį, ir toks apeliacinės instancijos teismo sprendimas paliktinas nepakeistas.
34. Kiti kasacinio skundo ir atsiliepimo į jį argumentai laikytini teisiskai nereikšmingais kitokio sprendimo byloje priėmimui bei vienodos teismų praktikos formavimui, todėl jie nevertintini.

Dėl bylinėjimosi išlaidų

35. Pagal [CPK](#) 93 straipsnio 1 dalies, 98 straipsnio nuostatas bylinėjimosi išlaidos, tarp jų išlaidos advokato pagalbai apmokėti, atlyginamos šaliai, kurios naudai priimtas sprendimas, jas priteisiant iš antrosios šalies. Teisėjų kolegijai konstatavus, kad kasacinis skundas netenkintinas ir skundžiamas apeliacinės instancijos teismo procesinis sprendimas paliktinas nepakeistas, teisę į bylinėjimosi išlaidų atlyginimą turi atsakovė.
36. Atsakovė atsiliepime į kasacinį skundą prašo priteisti iš ieškovės 600 Eur bylinėjimosi išlaidų, patirtų už advokato pagalbą parengiant atsiliepimą į kasacinį skundą, atlyginimą. Kartu su atsiliepimu atsakovė pateikė šias išlaidas patvirtinančius įrodymus (advokato Igno Dargužo 2021 m. lapkričio 30 d. sąskaitą, seriją ID, Nr. 120, ir AB „Swedbank“ banko 2021 m. lapkričio 30 d. mokėjimo nurodymą Nr. 1). Prašomas priteisti bylinėjimosi išlaidų atlyginimo dydis neviršija Rekomendacijų dėl civilinėse bylose priteistino užmokesčio už advokato ar advokato padėjėjo teikiamą pagalbą maksimalaus dydžio, patvirtintų Lietuvos Respublikos teisingumo ministro 2004 m. balandžio 2 d. įsakymu Nr. 1R-85 ir Lietuvos advokatų tarybos 2004 m. kovo 26 d. nutarimu (redakcija, galiojanti nuo 2015 m. kovo 20 d.), 7 ir 8.14 punktuose nurodytų dydžių, todėl šių išlaidų atlyginimas priteistinas atsakovei iš ieškovės.
37. Pagal Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2022 m. balandžio 12 d. pažymą apie išlaidas, susijusias su procesinių dokumentų įteikimu, kasacinis teismas patyrė 2,41 Eur tokių išlaidų, tačiau, ieškovei esant atleistai nuo žyminio mokesčio ir kitų bylinėjimosi išlaidų mokėjimo [CPK](#) 83 straipsnio 1 dalies 10 punkto ir 2 dalies pagrindu, šių išlaidų atlyginimas valstybei iš ieškovės nepriteistinas.

Lietuvos Aukščiausiojo Teismo Civilinių bylų skyriaus teisėjų kolegija, vadovaudamasi Lietuvos Respublikos civilinio procesokodekso 359 straipsnio 1 dalies 1 punktu, 362 straipsnio 1 dalimi,

nutaria:

Klaipėdos apygardos teismo Civilinių bylų skyriaus teisėjų kolegijos 2021 m. rugsėjo 29 d. sprendimą palikti nepakeistą.

Priteisti atsakovei D. B. (a. k. *duomenys neskelbtini*) iš ieškovės Klaipėdos teritorinės ligonių kasos (j. a. k. 188783981) 600 (šešis šimtus) Eur bylinėjimosi išlaidų, patirtų kasaciniame teisme, atlyginimo.

Ši Lietuvos Aukščiausiojo Teismo nutartis yra galutinė, neskundžiama ir įsiteisėja nuo priėmimo dienos.

Teisėjos Goda Ambrasaitė-Balynienė

Sigita Rudėnaitė

Egidija Tamošiūnienė