814/09

Den 2. marts 2009 blev i sag nr. 74.320:

xxxxxxxxx xxxxxxxx
xxxxxxxx xxxx xxxxxx
xxxx xxxxxxxx

mod

Finanssektorens
Pensionskasse
Amaliegade 27
1256 København K

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikrede, der er omfattet af en sundhedsforsikring i Finanssektorens Pensionskasse, klager over selskabets afvisning af at dække de af hende afholdte udgifter til operation for diskusprolaps.

Selskabet har principalt gjort gældende, at den omhandlede lidelse er omfattet af den for forsikringen gældende toårige karensperiode vedrørende lidelser opstået før forsikringstidens begyndelse, jf. forsikringsbetingelsernes § 5, stk. 2. Subsidiært har selskabet gjort gældende, at der er tale om en kronisk lidelse opstået før forsikringens ikrafttrædelsesdato, hvorfor den ikke er omfattet af forsikringen, jf. forsikringsbetingelsernes § 5, stk. 3.

Af den til nævnet fremsendte klage fremgår bl.a.:

"**Sagsfremstilling - Kort redegørelse for sagen**
Jeg er meget utilfreds med den måde, hvordan FSP har behandlet min sag på.

Jeg havde i god tro forventet at de ville betale for min operation, da de på intet tidspunkt i løbet af forundersøgelserne havde stillet tvivl om, at de ville betaler for den. Sammen med lægerne fra Hospital D., har jeg i hele forløbet fået grønt lys fra FSP for dækningen af undersøgelse/behandling af min akutte sygdom. Både lægerne og jeg havde forstået, at FSP havde givet betalingsgaranti til en neurokirurgisk vurdering med henblik på en kirurgisk intervention da de henviste mig til en forundersøgelse hos overlæger og neurokirurg K.D. Resultaterne af MR-scanning var allerede tilgængelige d. 23/05/08. FSP bad først om at læse

min journal den 26/06/08, da operationen var aftalt. Jeg synes, at deres procedure har været uprofessionel og uansvarlig. Jeg mener, at jeg er blevet tvunget til at betale min operation selv, da operationen ikke kunne undgås, og jeg havde en berettiget forventning om, at FSP ville betale. Men på grund af deres meget uheldige måde at arbejde på, har jeg været nødt til selv at finansiere operationen.

Jeg er uenig i FSP's afgørelse om, at det er en gammel skade der bryder op igen. Jeg mener ikke at min ny prolaps har med en gammel skade at gøre.
I 2004 blev jeg indlagt på B. Hospital og fik konstateret diskusprolaps i lænden. Jeg blev opereret på R. og gennemførte bagefter en effektiv genoptræning. Jeg blev helbredt efter operationen i 2004. I maj 2008, fik jeg konstateret en ny prolaps. Jeg mener ikke, at denne nye skade har direkte eller indirekte sammenhæng med den tilstand der indtrådte før forsikringsikrafttrædelsesdatoen. Den nye skade har ikke relation til den tidligere helbredte skade. Det er ikke fordi man har brækket benet to gange i løbet af 5 år, at den anden gang har med den første at gøre.

Derudover mener jeg, at FSP må være ansvarlig for den udgift, jeg har fået fordi, de ikke på et tidligere tidspunkt har undersøgt journalen m.v. og end ikke overfor Hospital D. har taget forbehold for dækning af operationen.
Hvis jeg havde fået afslag i god tid og efter de første undersøgelser, kunne jeg have kontaktet egen læge og være blevet opereret i det almindelige hospitalssystem gratis.

Derfor ønsker jeg at klage over FSP's afgørelse.

Hvad vil De konkrete opnå hos selskabet?
Betaling af operation: 50.000 DKR samt min udgift til låneoprettelse og renter."

Heroverfor har selskabet i skrivelse af 4/8 2008 til nævnet anført:

"**Sagsfremstilling**
C.B. blev omfattet af FSP Sundhedssikring den 1. januar 2007 gennem sin arbejdsgiver. Hun har ikke tidligere været omfattet af en tilsvarende sundhedsforsikring, hvorfor hun er omfattet af 2 års karens, jf. forsikringsbetingelserne for FSP Sundhedssikring - Udvidet, § 5, stk. 2.

C.B. kontaktede den 14. januar 2008 FSP og ønskede behandling hos fysioterapeut på grund af smerter i skulder og arm. Der blev sendt anmeldelsesblanket den 15. januar 2008, og af følgebrevet fremgik det, at FSP Sundhedssikring kun dækker, hvis de første symptomer viser sig i forsikringstiden.

Den 21. januar 2008 modtog FSP anmeldelsesblanketten retur og godkendte 12 behandlinger hos en fysioterapeut.

Den 5. maj 2008 kontaktede C.B. igen FSP med henblik på MR-scanning, da der var mistanke om diskusprolaps. FSP godkendte dette.

Den 2. juni 2008 oplyste C.B. telefonisk, at hun havde fået svar på MR-scanningen, der viste, at hun havde en diskusprolaps i lænden. Hun havde fået besked på at genoptræne intensivt i 3 uger, hvorefter det skulle besluttes, om hun skulle opereres. FSP bevilgede 12 nye behandlinger hos en fysioterapeut.

Den 17. juni 2008 kontaktede Privathospitalet D. telefonisk FSP og anmodede om en betalingsgaranti til videre udredning hos en neurolog. FSP godkendte dette.

Den 25. juni 2008 kontaktede Privathospitalet D. igen FSP og anmodede om en betalingsgaranti til operation. FSP modtog i denne forbindelse kopi af journalen og blev først her opmærksom på, at der var tale om en reprolaps.

Da C.B. er omfattet af 2 års karens, blev der i brev af 25, juni 2008 givet afslag på dækning af operationen.

C.B. kontaktede efterfølgende FSP flere gange telefonisk, hvor afslaget blev fastholdt.

Begrundelse for afgørelse
C.B. blev i 2004 opereret for en diskusprolaps. Det fremgår af resultatet af MR-scanningen af 23. maj 2008, at '...viser følger efter højresidig laminektomi svarende til 4. Der ses tegn til en højresidig paramedian reprolaps.' Samtidig fremgår det, at '...4. discus svært degenereret og med Modic-forandringer grad III'.

Det er således FSP's primære påstand, at der er en så klar sammenhæng mellem diskusprolapsen i 2004 og reprolapsen i 2008, at C.B. er omfattet af karens, jf. forsikringsbetingelserne § 5, stk. 2.

Subsidiært er det FSP's påstand, at den svære degenerering af 4. discus er af en sådan grad, at der er tale om en kronisk lidelse, der er opstået før forsikringens ikrafttræden den 1. januar 2007. I henhold til forsikringsbetingelserne § 5, stk. 3, dækker forsikringen aldrig behandling af kronisk sygdom og følgesygdomme heraf, der er opstået før forsikringens ikrafttrædelsesdato.

C.B. fremfører desuden i sin klage, at hun havde forventet, at FSP ville betale for operationen, da FSP ikke havde stillet tvivl om at ville betale for den.

Det fremgår imidlertid allerede af følgebrevet til anmeldelsesblanketten af 15. januar 2008, at FSP Sundhedssikring kun dækker, hvis de første symptomer viser sig i forsikringstiden. Herudover fremgår det af alle tilkendelsesbrevene - herunder det sidste af 18. juni 2008 - at FSP først skal have resultatet af undersøgelsen, før det kan afgøres, om FSP Sundhedssikring også dækker den eventuelle videre behandling/operation.

Det er således FSP's vurdering, at C.B. ikke har fået en berettiget forventning til dækning."

Hertil har klageren i skrivelse af 19/8 2008 til nævnet bemærket:

"Jeg kontaktede FSP den **14. Januar 2008** på grund af **smerter i venstre skulder og udstråling i arm og hånd**. I anmeldelsesblanket og i følgebrevet fra 15. Januar 2008, relaterede FSP præcist til behandlingsgaranti for skuldersmerter. Jeg fik godkendt 12 behandlinger hos en fysioterapeut og blev rask.

Da jeg kontaktede FSP på ny, den **5. Maj 2008**, oplyste jeg klart, at det var vedrørende **smerter i lænder og iskias på højre ben**. Jeg blev henvist til en reumatolog samt til en MR-scanning. I brevet fra FSP af 7. maj 2008, som relaterede til smerter i lænden, **fik jeg overhovedet ikke specificeret og oplyst**, at FSP kun vil dække behandlingen, hvis de første symptomer havde vist sig i forsikringstiden. Tværtimod, efter MR-scanning og undersøgelse hos en reumatolog, gav FSP betalingsgaranti til 12 behandlinger hos en fysioterapeut

(brev af 2. Juni 2008), og til en neurokirurgiske vurdering med henblik på en operation (brev af 18. Juni 2008).

Jeg mener, at FSP har begået flere fejl i deres behandling af min sag.

1. FSP har blandet to forskellige sygdomsforløb sammen. Henvendelsen af 5. Maj 2008 havde ingen relation til tidligere henvendelse af 14. Januar 2008.
2. Jeg mener, at jeg blev dårligt vejledt af FSP, vedr. karens ift. mine lidelser i lænden og iskias.
3. På baggrund af de undersøgelser og behandlinger som FSP henviste mig til mellem den 7. maj 2008 og d. 25. juni 2008, var jeg i den tro, at der var givet 'grønt lys' til den egentlige operation.

Derudover, mener jeg ikke at jeg har en kronisk lidelse.

Derfor er jeg uenig med FSPs svar på min klage."

Efterfølgende har selskabet i skrivelse af 5/9 2008 til nævnet anført:

"FSP har været af den opfattelse, at klagerens smerter i venstre skulder og udstråling i arm og hånd var en forløber for smerterne i lænden og iskias på højre ben, som viste sig at være en reprolaps. De har derfor været behandlet som ét sygdomsforløb.

Hvorvidt der er tale om to sygdomsforløb, ændrer dog ikke på, at klageren er omfattet af karens, hvilket fremgår af forsikringsbetingelserne for FSP Sundhedssikring - Udvidet, § 5, stk. 2.

Herudover henviser vi til vores tidligere brev af 4. august 2008."

Afslutningsvis har klageren i skrivelse af 16/9 2008 til nævnet anført:

"FSP henviste mig til diverse behandlinger og undersøgelser som førte mig til en aftale for en operation for diskusprolaps i lænden. Det med, at jeg er omfattet af karens vedrørende min diskusprolaps i lænden kom pludseligt i sidste øjeblik (da operationen var allerede planlagt - 4 dage før operationen selv) .

Jeg henviser til min tidligere beskrivelse af sygdoms og sagsbehandlingsforløb af 12/07/08.

Jeg er af den opfattelse, at FSP prøver at skjule deres sagsbehandlingsfejl og procedurefejl vedr. dækningen af min operation for diskusprolaps i lænden ved, blandt andet, at blande de to sygdomsforløb sammen.

Derfor vedlægger jeg hermed kopier af Diagnose + Henvisning + Godkendelse af behandling for smerter i skulder og arm + regningen for afslutningen af behandlingen. Det viser at FSP viste godt, at der var talt om et specifikt sygdomsforløb vedr. skulder og arm, som ikke havde haft med min senere prolaps i lænden at gøre."

Nævnet har fået forelagt de af parterne fremlagte bilag, herunder de omtalte skrivelser samt diverse lægelige oplysninger.

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**§ 5 Dækning og karens**
Stk. 1. Forsikringen dækker behandling af sygdomme og ulykker, der er opstået i forsikringstiden, hvilket vil sige, at det første symptom skal have vist sig efter, at forsikringen er trådt i kraft. …

Stk. 2. Forsikringen dækker også behandling af sygdomme eller ulykkestilfælde, der er opstået før forsikringstiden, når forsikringen har været i kraft i 2 år, jf. dog stk. 3. …

Stk. 3. Uanset bestemmelsen i stk. 2 dækker forsikringen aldrig behandling af kronisk sygdom og følgesygdomme heraf, der er opstået før forsikringens ikrafttrædelsesdato."

Nævnet udtaler:

Nævnet finder det godtgjort, at der er tale om et recidiv og dermed behandling af en sygdom omfattet af karensperioden på 2 år. Da selskabet endvidere i skrivelser af 7/5 og 18/6 2008 har anført, at selskabet skal kende resultatet af undersøgelsen, før det afgør, om den videre behandling kan betales, kan nævnet ikke kritisere selskabets afgørelse.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

_____

Klagen kan ikke tages til følge.

Marianne Højgaard Pedersen