863/11

Den 14. marts 2011 blev i sag nr. 78.346:

xxxxxxxxx xxxxxxxx
xxxxxxxxxx xx
xxxx xxxxxxxx

mod

Danica Pension
Parallelvej 17
2800 Lyngby

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikrede er omfattet af en Sundhedssikring i Danica Pension. Hun klager over, at selskabet har afvist at dække diverse udgifter i forbindelse med sygdom.

Selskabet henviser til, at de afholdte udgifter vedrører kontrolundersøgelse og måling af en allerede diagnosticeret sygdom. Da der er forløbet mere end ét år siden første behandlingsdag, er udgifterne ikke omfattet af forsikringen, jf. forsikringsbetingelserne.

Af klageskemaet, der er underskrevet af klageren den 12/5 2010, fremgår:

"1. Sagsfremstilling, kort redegørelse for sagen. …

Jeg fik i nov. 2000 konstateret knogleskørhed efter at jeg den 6/1/2000 brækkede mit højre håndled.
Efterfølgende blev jeg Osteoporosescannet efter 5 år på … sygehus, da dette resultat var blevet forværret blev det sat ned til hvert 2. år. På …hospitalet blev jeg Osteoporosescannet den 22/10/07, her blev der foreslået ny konsultation om 2 år og igen den 26/10/09 hvor der var fald i knogletætheden, derfor blev jeg sendt til yderligere konsultation m.h.p. evt. yderligere behandling. hos reumatolog.
Danica har betalt konsultation til …hospitalet for Osteoporosescanning i 2007, uden problemer.

2. Hvad vil De konkret opnå hos selskabet? …
At selskabet betaler mine regninger fra henholdsvis …hospitalet på Osteoporosescanning + konsultation samt undersøgelse hos reumatolog … på … privathospital fordi overlæge … ønskede yderligere udredning, da han syntes min knogleskørhed var blevet forværret."

Selskabet har i brev af 7/6 2010 til nævnet redegjort for sagen og sin afgørelse således:

"**Sagsforløb**
Den 29. oktober 2009 modtager vi anmeldelse (bilag …) samt journaloplysninger fra …l Privathospital. (bilag …)
Det fremgår af anmeldelsen, at [klager] ønsker dækning for behandling af knogleskørhed og at diagnosen er stillet i november 2000 jfr. spørgsmål 1 og 4.

Det fremgår desuden af journaloplysningerne fra … Privathospital, at [klager] blev skannet i januar 2000, og der blev påvist Osteoporose, samt at hun siden 2006 har været i behandling med Fosamax, kalk og D-vitamin på grund af kalksvind i knoglerne.

Den 12. november 2009 skriver vi til [klager], (bilag …) at vi desværre ikke kan dække hendes udgifter til undersøgelse for knogleskørhed, idet hun allerede i 2000 og 2005 er blevet skannet og har fået stillet diagnosen Osteoporose, samt er sat i behandling herfor.

Ifølge forsikringsbetingelserne dækker forsikringen efterkontrol af en dækningsberettiget behandling. Forsikringen dækker flere efterkontroller, hvis de er nødvendige og sker senest et år efter, den sidste behandlingsdag/diagnosen er stillet.

Den 19. februar klager [klager] telefonisk over vores afgørelse. Sagen vurderes på ny, og vi fastholder vores afslag den 2. marts 2010. (bilag …)

[Klager] oplyser i sin klage, at Danica Pension i 2007 har betalt for en konsultation samt Osteoporoseskanning uden problemer.

Vi modtager en anmeldelse den 2. november 2007 (bilag …). Det fremgår af anmeldelsen, at [klagers] diagnose knogleskørhed er stillet i 2000. Det fremgår af side 4, at der anmodes om en konsultation, og sagsbehandlingen har koncentreret sig om, at der ikke var tale om en forudbestående lidelse og ikke, at der var tale om en efterkontrol af en allerede stillet diagnose. Danica Pension burde have afvist sagen på daværende tidspunkt.

**Danica Pensions afgørelse**
Til klagen kan vi anføre, at vi fastholder den trufne afgørelse, og vi henviser i den forbindelse til de vedlagte bilag.

[Klager] har en Danica Sundhedssikring, der blandt andet dækker udgifter til konsultation og forundersøgelse. Derudover dækker vi andre undersøgelser i forbindelse med konsultationen/forundersøgelsen - som for eksempel røntgenfotografering og laboratorieanalyser - der er nødvendige for at stille en diagnose. Det er en forudsætning, at konsultationen/forundersøgelsen enten fører til en diagnose og behandling på et privathospital eller hos en speciallæge, eller efter vores lægelige skøn er rimelig og relevant for at afklare, om den forsikrede er syg. Jfr. forsikringsbetingelserne, grundmodul afsnit 1.

Vi dækker den forsikredes udgifter til efterkontrol af en dækningsberettiget behandling. Forsikringen dækker flere efterkontroller, hvis de er nødvendige og sker senest et år efter den sidste behandlingsdag. Jfr. forsikringsbetingelserne, grundmodul, afsnit 5.

[Klager] har fået stillet diagnosen knogleskørhed ved en skanning foretaget efter en knoglebrud i 2000. Hun har fået foretaget en kontrolskanning i 2005, hvor hun opstartede medicinsk behandling for knogleskørhed.

Da forsikringen kun dækker kontrol i op til 1 år efter, at diagnosen er stillet, fastholdes at behandlingen/efterkontrollen ikke kan dækkes af forsikringen."

Hertil har klageren i brev af 25/6 2010 til nævnet bemærket:

"Danica skriver, at da jeg fik betalt knogletæthedsprøve i nov. 2007 uden problemer, skyldtes det en fejl hos Danica. Det kunne jo også tænkes, at det er fordi forsikringen blev ændret fra den 1. oktober 2008 og at Danica da strammede betingelserne. Det er ikke et ukendt fænomen hos privathospitalerne, der får opringninger fra patienter, der er kede af at de pludselig selv skal betale. Det er muligt nok også løbet løbsk med udgifter, men denne drejning må kunne mærkes på privathospitalerne.

Jeg tolker og læser ikke at ved konsultation og forundersøgelse nogen tidsbegrænsning, men ved efterkontrol står der senest et år efter 1. behandlingsdag - der forsvandt rigtig mange sygdomme som ikke kan behandles indenfor et år!! - virkelig gennemtænkt.
Eftersom overlæge … syntes, at der var sket en kraftig ændring, er det efter min mening ikke en efterkontrol - godt nok samme sygdom - men en ny forundersøgelse.

Vi må tage en sådan radikal ændring op til grundig overvejelse, om det overhovedet kan betale sig at have en sådan forsikring, får når ikke man kan bruge den ved sygdomme man trækkes med hele livet - så er man sat noget i bås, og det virker lidt nytteløst at betale."

Herefter har selskabet i brev af 7/7 2010 til nævnet anført:

"[Klager] har tegnet en Sundhedssikring den 1. januar 2001, og denne forsikring er ændret den 1. oktober 2008. Forsikringen er fra denne dato udvidet til at dække forudbestående lidelser i bevægeapparatet. Der er altså ikke tale om en stramning.

Som tidligere oplyst har Danica Pension dækket knogletæthedsprøve i november 2007.

Det fremgår af journaloplysningerne fra … osteoporoseklinik, at der er foretaget en knogletæthedsmåling. Det fremgår ikke af journalen, at der er sket en kraftig forværring, men alene, at der er tale om en knogletæthedsmåling efter en årrække med behandling af bisfosfonat. Det er således ikke en undersøgelse, der fører til en ny diagnose eller yderligere behandling på et privathospital.

Det fremgår af forsikringsbetingelserne, at en forundersøgelse skal føre til en diagnose eller en behandling på privathospital. Det fremgår videre, at andre undersøgelser i forbindelse med en konsultation / forundersøgelse - som for eksempel røntgenfotografering og laboratorieanalyser - alene er dækket, hvis de er nødvendige for at stille en diagnose.

I [klagers] tilfælde er der allerede stillet en diagnose.

Danica Pension fastholder derfor, at der er tale om en kontrolundersøgelse og måling af en allerede diagnosticeret sygdom.

Da betingelserne for dækning af kontrolundersøgelse heller ikke er opfyldt, fastholdes det derfor, at der ikke er dækning."

Nævnet har fået forelagt de bilag, som parterne har fremlagt, herunder diverse lægelige oplysninger.

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**Dækning ved Sundhedssikring**
…
**Grundmodulet**
…
**1. Konsultation og forundersøgelse**
Vi dækker den forsikredes udgifter til konsultation og forundersøgelse. Derudover dækker vi andre undersøgelser i forbindelse med konsultationen/forundersøgelsen - som for eksempel røntgenfotografering og laboratorieanalyser - der er nødvendige for at stille en diagnose.

Det er en forudsætning, at konsultationen/forundersøgelsen enten fører til en diagnose og behandling på et privathospital, en privatklinik eller hos en speciallæge, eller efter vores lægelige skøn er rimelig og relevant for at afklare, om den forsikrede er syg.
…
**5. Efterkontrol**
Vi dækker den forsikredes udgifter til efterkontrol af en dækningsberettiget behandling, som for eksempel røntgenundersøgelse og laboratorieanalyser. Forsikringen dækker flere efter kontroller, hvis de er nødvendige og sker senest et år efter den første behandlingsdag."

Nævnet udtaler:

Nævnet finder, at de udgifter, som klageren kræver at få dækket, vedrører efterkontrol. Da der er forløbet mere end et år siden den første behandlingsdag, har klageren ikke krav på dækning. Nævnet kan derfor ikke kritisere selskabets afgørelse, som findes at være i overensstemmelse med forsikringsbetingelserne. Det, som klageren i øvrigt har anført, kan efter nævnets opfattelse ikke føre til et andet resultat.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

_____

Klager får ikke medhold.

J. Hermann