**Ankenævnet for Forsikring**

Den 4. februar 2015 blev i sag nr. 86431:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

Bupa Denmark Services A/S
Palægade 8
1261 København K

afsagt

k e n d e l s e :

---

Forsikringstageren har en international sygeforsikring i Bupa Denmark Services A/S. Han klager over, at selskabet alene har ydet begrænset dækning på 80 % i forbindelse med en hospitalsindlæggelse, hvor han fik foretaget flere undersøgelser af sit mave-tarmsystem.

Selskabet har anført, at hospitalsindlæggelse ikke var nødvendig til at foretage de diagnostiske undersøgelser, hvorfor selskabet har ydet dækning for undersøgelserne svarende til taksterne for ambulant behandling. For så vidt angår den ene kikkertundersøgelse har selskabet anført, at denne pr. kulance er dækket med 80 % uden et maksimum, i stedet for 80 % med et maksimum på kr. 3.000.

Klageren, der er født i 1940, var i 2007 blevet behandlet for en kræftsygdom i tarmene. Han var hospitalsindlagt i perioden fra den 10/3 til den 12/3 2014, hvor han fik foretaget diverse undersøgelser i form af bl.a. røntgenundersøgelse, CT-scanning, PET-scanning samt kikkertundersøgelser af tarm og mave. Regningerne for hospitalsindlæggelsen og undersøgelserne blev sendt til selskabet, der i refusionsopgørelse af 24/4 2014 til klageren opgjorde dækningen.

I mail af 26/4 2014 til selskabet anførte klageren bl.a.:

"Jeg har nu modtaget den sidste opgørelse, men jeg må sige, den ikke er nem at forstå.

De afregner som det er ambulant behandling, men jeg var indlagt i 2 nætter, da lægerne ville være sikre på tømte tarmkanaler, samt at behandlingen var fastsat til tidlig morgen begge dage.

Yderligere har de ikke refunderet medicinen jeg fik under behandlingen Pesos 8.020,-, selv om jeg medsendte dokumentation.

Alt i alt har jeg betalt: Pesos 173.889,45 +36.900,- + 8020,- = : Pesos: **219.809,45**
**Hvad de har refunderet er kun ca. Pesos 147.000,-.**"

Selskabet besvarede klagerens henvendelse i brev af 8/5 2014, og det fremgår bl.a.:

"Jeg kan oplyse, at vi har noteret os følgende udgifter som er blevet afregnet:

1)

På den første opgørelse (Statement of account) ser vi følgende:
Adjusted Hosptial Bill including professional fee: PHP 192.295,82.

For den gældende regning forståes udgifterne således:

| | |
|---|---|
| PHP 152.081,00 | Hospital Charges not in package |
| PHP 35.910 | Package |
| PHP 5.565 | Drs' fees |
| PHP -1260,19 | Returned Medicine, som skal trækkes fra. |

I alt giver ovenstående PHP 192.295,81, og det svarer til *Adjusted Hospital bill incl. Prof. Fee.* Derfra trækkes PHP 12.841,36 for *Additional discount,* hvorefter regningens værdi lander på PHP 179.454,46, som er hvad vi har refunderet for den regning.

2)

Dernæst har vi set på opgørelsen (statement of account) med *Total Professional Fees* på PHP 31.335. Den samlede værdi refunderet på baggrund af det bilag er PHP 31.335

3)

Dernæst har vi set på opgørelsen (statement of account) på PHP 36.900.
Eftersom den samlede værdi er afregnet med de tidligere opgørelser, er den noteret som bilag, og ingen yderligere udgifter er blevet refunderet på baggrund af den. Bemærk at PHP 31.335 fra punkt 2 og PHP 5.565 fra punkt 1 samlet giver PHP 36.900.

Vi ser på kvitteringen på i alt PHP 8020 som er specificeret som *Items used for sedation for PET CT procedure.*
Den sammenholdes med kvitteringen (Receipt) for PHP 8038,65. Beløbet PHP 8038,65 består af to betalinger, nemlig PHP 18,65 og PHP 8020,00.
Lægger man imidlertid selve udgifterne sammen på regningen, er der så udgifter for i alt PHP 7990,02, som vi har refunderet som en del af PET CT'en. Som det ses af refusionsopgørelsen er maksimum beløbet for PET CT scan på DKK 3000 desværre allerede blevet nået, og udbetalingen for de yderlige udgifter i forbindelse med PET CT er derfor desværre DKK 0.

Vi har således refunderet for afholdte udgifter for i alt PHP 218.779,48 (PHP 179.454,46 + PHP 31.335 + 7990,02).
...
Som De kan se, har vi ekstraordinært dækket Deres duodenoskopi under hospitalsdækningen jf, vores brev til dem. Der er dog tale om en ekstraordinær refusion, idet vi ikke har fulgt den almindelige takts for endoskopiske undersøgelser. Vi gør opmærksom på, at ambulante tjenester normalt ikke dækkes under hospitalsforsikringen, og at refusionen ikke er nogen garanti for, at endoskopiske ydelser dækkes på tilsvarende vis fremover.

Med hensyn til de øvrige udgifter, må vi desværre henvise til forsikringsbetingelsernes §8.2j og Ordlisten, herunder 'Hospitalsindlæggelse'. Vores lægekonsulenter har vurderet sagen, og vi fastholder, at udgifterne ikke falder under hospitalsdækningen, da en indlæggelse for undersøgelserne medicinsk set ikke er nødvendig. Vi har således dækket udgifterne i henhold til de gældende takster under ambulant behandling.

Skulle De en anden gang være i tvivl om, hvordan De er dækket, er De altid velkommen til at kontakte os forud for behandlingen.

Endelig skal vi for god ordens skyld, oplyse Dem om, at vi på baggrund af dette fastholder vores afgørelse om, at Deres udgifter beløber sig til PHP 218.779,48, og at vi ikke kan dække dem som indlæggelse på hospital med yderligere refusion."

I udtalelse af 23/5 2014 fra klagerens læge er bl.a. anført:

"This is to certify that MR [klageren] has been under my care during the period March 10-12, 2014, for the purpose of undergoing diagnostic procedures in order that he may be provided appropriate treatment.

He was admitted in ... Medical Center, … to fulfill and complete all requested tests."

I klageskema af 16/6 2014 til nævnet har klageren bl.a. gjort gældende:

1. Statement of claim, a brief outline of the case. A Supplementary statement may be enclosed.

JEG BETRAGTER SAGEN SOM INDLÆGGELSE MOD 100% DÆKNING.
IHI BETRAGTER SAGEN SOM AMBULANT MOD CA. 80% DÆKNING

SE VENLIGST VEDHÆFTET.

2. What specifically is it you want the insurance company to do? (must be filled in).

BETALE SOM INDLÆGGELSE. 100%

I selskabets brev af 4/8 2014 til nævnet hedder det bl.a.:

"Klager har tegnet en Basis Sundhedsforsikring (takstmodul C) med anciennitet fra 1. oktober 1995.
...
Vores tilknyttede læger afviser, at det var nødvendigt at indlægge klager for at få foretaget de enkelte undersøgelser, idet der var tale om ordinære undersøgelser, hvor en patient kan møde op og gå hjem igen samme dag. Havde der været tale om en medicinsk begrundet indlæggelse, ville det i øvrigt kun have været selve udgifterne til værelset alene, som ville have været dækket 100 %, op til maksimum DKK 2.100,00 per sengedag. At klager kunne blive dækket 100 % for samtlige udgifter, beror således på en misforståelse, da hans aktuelle dækningsforhold slet ikke giver mulighed for dette, uanset hvordan de betragtes.

I denne forbindelse skal det endvidere tilføjes, at vi ekstraordinært havde valgt at dække klagers endoskopiske undersøgelse foretaget den 12. marts 2014 med 80 % uden maksimum, mod normalt 80 % op til maksimum DKK 3.000,00 idet vi kulant ser bort fra dette loft, når det som her drejer sig om en større endoskopisk undersøgelse (mave/tarm), som overstiger den gældende takst. De øvrige, mindre undersøgelser (laboratorium, røntgen og scanning) blev dækket til normal takst. Der blev ikke foretaget andet under indlæggelsen, ud over at klager samtidigt fik udleveret relevant medicin.

Vi lægger til grund for vores afgørelse, at klager ikke har været indlagt som følge af en aktuel diagnosticeret lidelse eller akut opstået sygdom eller ulykke, men for at få foretaget en række diagnostiske undersøgelser (subsidiært kontrol af en tidligere konstateret og behandlet kræftsygdom tilbage i 2007), for hvilke der ikke findes medicinsk begrundelse for indlæggelse.
...
Klager har efter vores mening ikke opfyldt de nedskrevne betingelser for, at hans udgifter kan betragtes som en indlæggelse og refunderes derefter. Klager stod hverken over for en operation eller en medicinsk behandling af en diagnosticeret lidelse, men derimod en række ordinære undersøgelser uden nærmere forklaring på indlæggelsen end, at de dermed kunne udføres så omhyggeligt som muligt, jf. erklæring fra klagers læge den 23. maj 2014. En forklaring som imidlertid ikke er sagligt tilstrækkelig til, at vi kan anerkende at dække udgifterne som en hospitalsindlæggelse.
...
Af Refusionsoversigten i afsnittet 'Hospitalsophold og behandling under indlæggelse m.m.' (side 19 ff.) fremgår det, at lægebehandling og medicin under hospitalsophold dækkes 80 % uden maksimum i henhold til klagerens takstmodul C (side 20). Som beskrevet betragter vi imidlertid ikke kriterierne for indlæggelse for at være opfyldt, hvorfor der i stedet må refereres til afsnittet 'Læge- og speciallægehjælp m.v.' (side 22 ff.) som omhandler vores dækning af ambulante ydelser.

Per kulance har vi dækket den dyreste af undersøgelserne med 80 % uden maksimum, men fastholder, at de øvrige undersøgelser dækkes med 80 % op til maksimum DKK 3.000,00 for hver type i henhold til Refusionsoversigten side 22. Det er vores opfattelse, at vi i behandlingen af klagers krav har været meget rimelige i forhold til hvorledes han rent faktisk er forsikret hos os."

I forsikringsbetingelserne er det bl.a. anført:

"**§ 6**
**Hvad dækker forsikringen?**

**6.1:** Forsikringen yder dækning til forsikredes sygeudgifter i henhold til den valgte dækning og den dertil tilknyttede Refusionsoversigt. De behandlinger, hvor udgifterne er dækket, og refusionstaksterne fremgår af den gældende Refusionsoversigt.
...
**§ 8**
**Undtagelser fra dækning**
...
**8.2:** Selskabet yder endvidere ikke erstatning for udgifter, der vedrører, skyldes eller er opstået som følge af:
...
j) hospitalsindlæggelse, hvis det udelukkende eller primært bruges til nogle af følgende formål: modtagelse af generel pleje eller andre serviceydelser, der ikke kræver, at den forsikrede hospitalsindlægges, og kan finde sted på et plejehjem eller anden institution end et hospital; modtagelse af serviceydelser, der ikke normalt kræver uddannet medicinsk personale (f.eks. hjælp til at gå og tage bad) og smertelindring. Såfremt det udtrykkeligt er anført i Refusionsoversigten, vil der dog i forbindelse med overflyttelse til plejehjem i hjemlandet kunne ydes en engangserstatning til midlertidigt plejeophold på hospital eller klinik,
...
**H**
**Hospitalsindlæggelse**
Operation eller lægebehandling på et hospital eller en klinik når det er medicinsk nødvendigt at blive indlagt."

Nævnet udtaler

Det fremgår af sagen, at klageren var indlagt fra den 10/3 til den 12/3 2014, da han skulle gennemgå forskellige diagnostiske undersøgelser for gener i sit mave-tarmsystem.

Selskabet har dækket omkostningerne forbundet med indlæggelsen som havde der været tale om ambulante undersøgelser, idet selskabet har henvist til, at hospitalsindlæggelse ikke var nødvendig for at foretage undersøgelserne.

I henhold til forsikringsbetingelserne dækker selskabet ikke udgifter til "andre serviceydelser, der ikke kræver at den forsikrede hospitalsindlægges, og kan finde sted på et plejehjem eller anden institution eller hospital." Videre fremgår det, at hospitalsindlæggelse defineres som; "Operation eller lægebehandling på et hospital eller en klinik når det er medicinsk nødvendigt at blive indlagt."

6. 86431

Under henvisning til forsikringsbetingelserne og oplysningerne om de foretagne undersøgelser og formålet med indlæggelsen finder nævnet ikke grundlag for at kritisere selskabets vurdering af, at der ikke har været tale om en nødvendig indlæggelse, hvorfor selskabets dækning i henhold til vilkårene for ambulante undersøgelser ikke kan kritiseres.

Nævnet har bl.a. lagt vægt på karakteren af de foreliggende undersøgelser, og at klageren ikke har bevist, at en egentlig indlæggelse var nødvendig. Klagerens oplysning i mail af 26/4 2014 om, at "lægerne ville være sikre på tømte tarmkanaler, samt at behandlingen var fastsat til tidlig morgen begge dage" kan ikke føre til et andet resultat.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Marianne Højgaard Pedersen
formand