

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 16. juni 2021 blev i sag nr. 96585:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Global Dental Insurance A/S
v/Dansk Tandforsikring
Jægersborg Allé 14
2920 Charlottenlund

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har tandforsikring. I klageskema af 8/3 2021 til nævnet har klageren bl.a. anført:

"Kort redegørelse for sagen

Jeg har fået foretaget en rodspids-amputation, som er dækket af min tandforsikring (Dansk Tandforsikring - DT), men opgørelsen af erstatningen er efter min mening fejlagtig. Som det fremgår af den vedhæftede opgørelse fra selskabet, så er den samlede maksimale erstatning ud fra forsikringsselskabets beregning på kr. 6.954,67. Efter henvendelse til selskabet har de ændret dette, fordi en panoramarøntgenoptagelse ikke var medregnet. Det vil sige, at den samlede mulige erstatning nu er Kr. 7.554,67 efter korrektionen. Regningen fra tandlægen var imidlertid kun på Kr. 6.059,67, så jeg forventede selvfølgelig kun at få dækket det faktiske beløb minus selvrisikoen på 995 Kroner. Det vil sige, at jeg forventede en udbetaling på Kr. 5.044,67 - men på grund af forsikringsselskabets måde at regne på, så fik jeg kun udbetalt Kr. 2.887,67 (plus efterfølgende Kr. 600 for panorama-røntgen). Ved telefonisk klage til DT fik jeg at vide, at selskabet behandler regningerne maskinelt, og at man går ud fra enkeltelementerne i tandlægens regning. Så på grund af, at tandlægen i nogle tilfælde slår for eksempel betalingen for fire rodbehandlinger sammen på en budgetlinje, så får jeg ikke fuld erstatning. Hvis tandlægen havde fulgt DT's måde at opstille regnskabet, så ville jeg have fået en større erstatning. Min påstand, som jeg vil bede Ankenævnet om at tage stilling til, er, at min erstatning ikke skal afhænge af rent regnskabstekniske finter hos forsikringsselskabet. Set fra min side har jeg været igennem en enkelt operation, som selvfølgelig består af en række enkeltelementer. Men det er alligevel en enkelt samlet operation, hvor erstatningen ikke skal afhænge af hvordan henholdsvis tandlægen og forsikringsselskabet kommer frem til slutbeløbet. Jeg vedhæfter tandlægeregningen, DT's opgørelse og min korrespondance med DT.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Jeg ønsker, at DT skal udbetale den samlede tandlægeregning på Kr. 6.059,67 minus selvrisko på Kr. 995. Og jeg vil gerne have en principiel afgørelse fra Ankenævnet om princippet med at se en behandling som en samlet enkelt-hændelse, hvor forsikringssummen ikke er afhængig af, om tandlægens opgørelse matcher DT's budgetlinjer."

Selskabet har i brev af 21/3 2021 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"1. Dansk Tandforsikrings (DT) overordnede indstilling:

DT fastholder at regning med nummer [...] på kroner i alt 6.039,67 er udbetalt korrekt i henhold til forsikringsbetingelserne samt tilhørende ydelsesliste.

2. DT's resumé af sagen:

[Klageren] tilmelder sig til tandforsikringen 'Tryg Tand' hos Dansk Tandforsikring den 09.08.2019. Tryg Tand er en privat og individuelt tegnet forsikring. I forbindelse med købet tilsendes forsikringsbetingelserne, hvori ydelseslisten også ligger. Af ydelseslisten fremgår de priser, som DT refunderer med.

Den 01.02.2021 indsender [klageren] et overslag vedrørende rodspidsamputation på tanden 7+, og den 11.02.2021 modtages regningen. Der er tidligere godkendt og udbetalt refusion for rodbehandling - regningsnummer [...] samt krone - regningsnummer [...]. Begge gange er [klageren] gjort opmærksom på følgende:

'Behandlingerne refunderes i henhold til din forsikrings totale dækningssum samt Dansk Tandforsikrings refusionspriser. Refusionspriserne finder du bagerst i dine forsikringsbetingelser eller på vores hjemmeside under 'Praktisk Info'.

Refusionspriserne, der henvises til, er således at finde flere steder. På vores hjemmeside, hvor priserne jævnligt opdateres, samt i forsikringsbetingelserne, som skrevet i teksten.

Flere steder informerer vi også om, at forsikringen refunderer i henhold til egne priser. På hjemmesiden ligger der en 'PID', hvor følgende fremgår:

'Forsikringen er desuden omfattet af en maksimal årlig dækningssum samt en maksimal refusionspris på de forskellige tandbehandlinger uanset tandlægens behandlingspris'.

Også i forsikringsbetingelserne er det beskrevet, hvorledes der dækkes:

10 BEREGNING AF ERSTATNING

'Forsikredes udgifter til behandlinger erstattes med op til de beløb, som fremgår af den på behandlingstidspunktet gældende ydelsesliste. Listen findes bagerst i disse betingelser samt under 'praktisk info'.

Den 26.02.2021 kontakter [klageren] os, idet han er utilfreds med udbetalingen. Mailen besvares den 03.03.21, hvor der informeres om fejl af udbetaling af orthopanrøntgen, og det resterende beløb udbetales efterfølgende.

3. DT's faglige begrundelse for afgørelsen

[Klageren] skriver i sin klage, at den samlede mulige erstatning er kr. 7.554,67, hvilket ikke er korrekt. Nedenstående ses det fulde regnskab inkl. panoramarøntgen for tandlægens pris og DT's refusionspris. Det er vigtigt at have fokus på, at det er ikke muligt at udbetale en højere pris for en behandling, end tandlægen har skrevet på regningen.

Ydelse	Tandlægepris	DT's refusionspris	Difference
1300 Røntgen	154,67	154,67	0
Orthopan	687,00	600,00	-87,00
1606 rodbehandling	1.404,00	1.025,00	-379,00
1606 rodbehandling	1	1	0
1606 rodbehandling	2	2	0
1801 rodspidsamputation/amotio	3.496,00	2.450,00	-1.046,00
lokalbedøvelse	295,00	250,00	-45
I alt	6.039,67	4.482,67	1.557,00
Selvrisiko fratrukket		995,00	
Udbetalt i alt		3.487,67	

Den reelle refusionspris er således 4.482,67. Fratrukket selvriskoen er udbetalingen 3.487,67, og egenbetalingen for [klageren] er således 1.557,00.

At der udbetales et mindre beløb end betalt hos tandlægen, er ikke et spørgsmål om, at vores system regner på en 'speciel måde' eller at der tages udgangspunkt i laveste pris. Vi justerer ikke i regningerne med mindre, det er nødvendigt.

Når en regning behandles, er det primært med udgangspunkt i det ydelsesnummer, som tandlægen har skrevet på regningen, dernæst antallet af behandlinger og prisen. Vores refusionspriser er koblet op til ydelsesnummeret, og er gældende for alle regninger, der håndteres og udbetales.

Det betyder også, at tandlægens faste ydelser refunderes med eksakt samme pris, og de fri ydelser refunderes i henhold til DT's refusionspriser, som alle kunder kan finde både i deres ydelsesliste, men også på DT's hjemmeside.

Vi mener derfor, at udbetalingen er sket korrekt og i henhold til de regler, der er fastlagt for forsikringsordningen. Der kan derfor ikke refunderes yderligere."

Klageren har i brev af 23/3 2021 til nævnet bl.a. anført:

"Dansk Tandforsikring afviser i et høringssvar fra den 21/3-2021 at der er sket fejl i refusionen for min tandrodsoperation. DT henholder sig til, at refusionen er sket korrekt i henhold til forsikringsbetingelserne, men DT forholder sig ikke til hovedargumenterne i min klage, som er:

1) Fra patientside er der tale om en samlet operation, som selvfølgelig består af nogle del-elementer, men prissætningen af de enkelte elementer er mig uvedkommende. Jeg får foretaget en rodspidsoperation, og det betaler jeg Kr. 6.039,67 for. Og dette beløb forventer jeg at få dækket minus naturligvis min selvrisiko på forsikringen hos DT.

Ankenævnet for Forsikring

4.

96585

2) DT opgør selv som vist nedenfor, at den maksimale erstatningspris er Kr. 6.954,67, men fordi tandlægens faktura ikke følger DT's opstilling af del-elementerne, så kommer DT frem til en refusionspris på kun Kr. 3.882,67. Hvis tandlægen havde fulgt DT's opstilling, ville jeg få dækket det fulde beløb (selvfølgelig ikke et beløb, som overstiger tandlægens faktura). Det ville være sket, hvis tandlægen for eksempel havde delt rodbehandlingerne op på tre budgetlinjer, og hvis han havde taget et mindre beløb for selve amputationen og et større beløb for rodbehandlingerne. Men DT vælger konsekvent det beløb, som er mest fordelagtigt for selskabet. Hvis erstatningsprisen fra DT's liste er det mindste beløb, bliver dette valgt. Og hvis tandlægens er lavest, bliver dette valgt.

Antal	Behandlinger	Behandlings nr.	Tand	Tandlægepris	Erstatningspris	Behandlings- og odtgørelse
1	Røntgenoptagelse - 1300 - 501300	501300	7+	154,67 kr	154,67 kr	154,67 kr
1	ORTHOPAN RØNTGEN		Hele munden	687,00 kr	0,00 kr	0,00 kr
1	Rodbehandling (apikal amputation og rodfyldning pr. kanal) - 1606 - 501606	501606	7+	1.404,00 kr	1.025,00 kr	1.025,00 kr
1	Rodbehandling (apikal amputation og rodfyldning pr. kanal) - 1606 - 501606	501606	7+	1,00 kr	1.025,00 kr	1,00 kr
2	Rodbehandling (apikal amputation og rodfyldning pr. kanal) - 1606 - 501606	501606	7+	2,00 kr	2.050,00 kr	2,00 kr
1	Amotio - 1801 - 501801	501801	7+	3.496,00 kr	2.450,00 kr	2.450,00 kr
1	Lokalbedøvelse - 0265 - 500265	500265	7+	295,00 kr	250,00 kr	250,00 kr
Total				6.039,67 kr	6.954,67 kr	3.882,67 kr

Ankenævnet for Forsikring bedes tage stilling til det helt principielle spørgsmål om rent regnskabsteknik skal afgøre størrelsen af erstatningen. Det svarer fuldstændig til en autoforsikring, hvor en taksator laver et skøn over udgiften til reparation, og det er så den maksimale erstatning, som udbetales uanset, hvordan værkstedet udspecificerer regningen. Og samme princip må gælde her."

Ankenævnet for Forsikring

5.

96585

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, hvoraf nogle gengives nedenfor. Af tandlægeregning af 10/2 2021 fremgår bl.a.:

Antal	Ydels.nr.	Ydelse	Sikredes andel	Sygesikr. andel
			Kr.	Kr.
1	1300	Røntgenoptagelse	154,67	0,00
1		Orthopan røntgen	687,00	0,00
1	1606	Rodbehandling, apikal amputation og rodfyldning pr. kanal	1.404,00	212,32
1	1606	Rodbehandling, apikal amputation og rodfyldning pr. kanal	1,00	212,32
2	1606	Rodbehandling, rodfyldning pr. kanal i flg. kanaler	2,00	424,64
1	1801	Rodspidsamp molar	3.496,00	197,12
1		Lokalbedøvelse, injektion	295,00	0,00
Ved betaling overføres oplysningerne til danmark. Forventet beløb er kr. 1.493,00.				
I alt		Ved for sen betaling tilskrives gebyr	Kr. 6.039,67	Kr. 1.046,40

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"5 HVAD DÆKKER FORSIKRINGEN?"

Forsikringen dækker nødvendige udgifter til almindelige tandbehandlinger så som plastfyldninger, røntgenoptagelse, kroner, broer og lign. Den fulde liste over dækningsberettigede tandbehandlinger findes bagerst i disse forsikringsbetingelser samt på vores hjemmeside under 'praktisk info':

...

7 FORSIKRINGSSUM

Forsikringssummen fremgår af policen/ forsikringsbeviset og kan pristalsreguleres med det af Danmarks Statistik offentliggjorte nettopristal (juli pris-tallet). Den samlede erstatning for et forsikringsår kan ikke overstige forsikringssummen, uanset antallet af behandlinger.

...

10 BEREGNING AF ERSTATNING

Forsikredes udgifter til behandlinger erstattes med op til de beløb, som fremgår af den på behandlingstidspunktet gældende ydelsesliste. Listen findes bagerst i disse betingelser samt under 'praktisk info' på: www.dansktandforsikring.dk

For behandlinger, hvor erstatningsbeløbet for behandlingen ikke fremgår af ydelseslisten, dækkes rimelige og nødvendige udgifter, som fastsættes af DT i det konkrete tilfælde.

Den samlede erstatning for et forsikringsår beregnes som summen af dækningsberettigede udgifter for behandlinger, der er diagnosticeret/journaliseret hos forsikredes tandlæge i det pågældende forsikringsår, fratrukket selvriskoen. Det er således ikke afgørende, hvornår kravet fremsættes, eller behandlingen påbegyndes eller afsluttes, men alene hvornår den behandlingskrævende tilstand er diagnosticeret/journaliseret.

Ankenævnet for Forsikring

6.

96585

Hvis en skade eller lidelse, ud fra en normal tandlægefaglig vurdering, kræver mere end én behandling, kan DT vælge at betragte dette som én samlet skade, også selvom behandlingerne gennemføres over mere end et forsikringsår.

Erstatningen kan aldrig overstige de faktiske behandlingsudgifter."

Af ydelseslisten gældende på behandlingstidspunktet fremgår bl.a.:

Gruppe	Ydelses-nummer	Behandlinger	Uden undersøgelse og tandrensning
		Undersøgelser og tandrensning	
...			
		Bedøvelse	
2	500265	Lokalbedøvelse/lattergas/narkose	250,00
...			
		Rodbehandlinger	
4	501600	Rodbehandling (pulpaoverkapning)	206,14
4	501601	Rodbehandling (koronal amputation)	239,33
4	501605	Rodbehandling (akut oplukning)	239,33
4	501606	Rodbehandling (apikal amputation/rodfyldning pr. kanal)	1.025,00
4	509191	Retrograd rodfyldning eller rodspidsamputation en-rodet	1.850,00
4	509192	Retrogradfyldning eller rodspidsamputation fler-rodet	2.650,00
...			
		Røntgenoptagelse	
7	501150	Bitewings i forbindelse med undersøgelse	0,00
7	501300	Røntgenoptagelse	154,67
7	509944	Panoramaoptagelse (OP)	600,00
7	509944	OP & Tomografi	1.300,00
7	509987	CBCT-scanning / Conebeamoptagelse	2.200,00
...			
		Kirurgi	
9	501701	Tandudtrækning pr. tand	341,21
9	501705	Standsning af efterblødning i forbindelser med tandudtrækning	118,06
9	501801	Amotio	2.450,00

Nævnet udtaler:

Klageren har den 9/8 2019 tegnet tandforsikring. Den 11/2 2021 fremsendte han en regning vedrørende rodspidsamputation af tanden 7+ på 6.039,97 kr. Selskabet udbetalte erstatning på 3.487,67 kr.

Ankenævnet for Forsikring

7.

96585

Klageren er utilfreds med selskabets erstatningsopgørelse og ønsker, at få dækket den samlede tandlægeregning på 6.039,67 kr. minus selvrisikoen på 995 kr. Han har anført, at erstatningen ikke skal afhænge af rent regnskabstekniske finter hos selskabet, og at der er tale om en enkelt samlet operation, hvorfor erstatningen ikke skal afhænge af, hvordan tandlægen og selskabet kommer frem til slutbeløbet.

Selskabet har anført, at selskabets udbetaling er sket korrekt og i henhold til de regler, der er fastlagt for forsikringsordningen. Selskabet har anført, at tandlægens faste ydelser refunderes med eksakt samme pris, og at friydelserne refunderes i henhold til selskabets refusionspriser, som kan findes i ydelseslisten samt på selskabets hjemmeside.

Af punkt 10 i forsikringsbetingelserne fremgår det, at "Forsikredes udgifter til behandlinger erstattes med op til de beløb, som fremgår af den på behandlingstidspunktet gældende ydelsesliste. ... Erstatningen kan aldrig overstige de faktiske behandlingsudgifter".

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at der ikke grundlag for at kritisere størrelsen af erstatning, som selskabet har udbetalt til klageren.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at det af punkt 10 i forsikringsbetingelserne fremgår, at klagerens udgifter til behandlinger erstattes med op til de beløb, som fremgår af den på behandlingstidspunktet gældende ydelsesliste, og at erstatningen aldrig kan overstige de faktiske behandlingsudgifter.

Nævnet har også lagt vægt på, at der ikke er lovregler, som forhindrer selskabet i – i deres aftalegrundlag med kunden – at fastsatte maksimale dækningsbeløb, således at klageren ikke får dækket den fulde behandlingsudgift.

Nævnet bemærker, at den af selskabet udbetalte erstatning efter nævnets opfattelse ses at være i overensstemmelse med de beløb, der fremgår af ydelseslisten.

Ankenævnet *for* Forsikring

8.

96585

Det, som klageren i øvrigt har anført, kan ikke føre til andet resultat.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'P. Thønnings', is written over a light blue rectangular background.

Peter Thønnings