

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 5. januar 2022 blev i sag nr. 97044:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Forsikringsselskabet Dansk Sundhedssikring
Hørkær 12B
2730 Herlev

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har sundhedsforsikring. I klageskema af 5/7 2021 til nævnet har klageren bl.a. anført:

"Jeg søger via deres web om dækning til shockwave behandling af en hælsore jeg har fået diagnosticeret via ultralydsklinik. Jeg skriver specifik shockwave. Jeg får den 7.5.2021 svar at de dækker "Vi er glade for at kunne bekræfte, at du via din forsikring har fået godkendt op til 5 behandlinger hos en fysioterapeut." Da jeg uploader de 2 første regninger får jeg besked at de ikke dækker shockwave og derfor ikke vil refundere mine regninger. Jeg protesterer da jeg jo netop udtrykkeligt har beskrevet det var shockwave jeg havde brug for og søgte tilskud til. Efter lidt frem og tilbage vil de pludselig dække de 2 regninger, men ikke de 3 resterende behandlinger (de bevilgede 5). Jeg protesterer igen og undres ... skriver om jeg så havde fået dækket alle 5 hvis jeg havde ventet med at indsende. Men de mener de har været flinke og dækket de 2 regninger og vil ikke dække de 3 resterende. Og derfor denne klage.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Jeg vil have dækket de 5 behandlinger de har bevilget mig. Jeg har efter afslaget nærlæst godkendelsen og der nævnes shockwave som undtaget, men da jeg specifikt har nævnt det var shockwave jeg søgte tilskud til OG de straks sendte en godkendelse, mener jeg de har lavet fejlen og derfor må dække det de har lovet. I min verden er en godkendelse bindende når alle relevante oplysninger er givet af mig - jeg har ikke forsøgt at skjule det var shockwave jeg søgte og der var ingen steder der stod det ikke dækkes (før det står i en godkendelse som kommer på min ansøgning om shockwave).

Ærlig talt undrer det mig de ikke har større professionalisme end at indrømme de har begået en fejl og får en tilfreds kunde. Men sådan er vi jo så forskellige."

Ankenævnet for Forsikring

2.

97044

Selskabet har i brev af 26/7 2021 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Klageren er dækket af en sundhedsforsikring hos Forsikringsselskabet Dansk Sundhedssikring A/S (herefter 'DSS'), som Klagerens arbejdsgiver har tegnet til sine medarbejdere jf. bilag 2. Klageren er indtegnet under vilkårene 6.0, med en basisdækning samt tilvalg A, B, C og E jf. bilag 1 og bilag 2. Klageren er utilfreds med DSS' dækning af tre shockwave-behandlinger, som Klageren har modtaget i forbindelse med behandlingen af en konkret skade.

Klagerens forsikringsdækning omfatter ikke shockwave-behandling. Klager fik i forbindelse med sin skadesanmeldelse til DSS godkendt fem almene behandlinger hos en fysioterapeut, men sendte to kvitteringer på shockwave-behandlinger, som DSS ikke ville dække jf. Klagerens forsikringsdækning. Da DSS' kommunikation i forbindelse med Klagerens fremsendelse af de to kvitteringer på shockwave-behandlinger gav anledning til misforståelse hos Klageren, valgte DSS per kulance at dække dem. Tvisten vedrører tre yderligere shockwave-behandlinger som Klageren siden angiveligt har modtaget og nu ligeledes ønsker dækket af forsikringen.

...

Resumé af skadessag

Sag oprettet elektronisk af Klager på DSS' hjemmeside d. 07.05.2021 (bilag 3).

Klager får automatisk godkendelse af fysioterapi ved egenvalgt behandler. Der tilkendes kaution for i alt 5 behandlinger ved elektronisk tilsendelse af betalingsgaranti til Klagers profil på DSS' kundeportal mit-ds d. 07.05.2021 kl. 07:57. Betalingsgaranti udløst elektronisk med ref. nr. ... (jf. bilag 3 pkt. 3.1). Der kræves log-in med NemID for at Klager kan hente betalingsgarantioplysninger. Klager tilgår sin betalingsgaranti på mit-ds d. 07.05.2021 kl. 07:58 (bilag 3, pkt. 3.2)

I betalingsgaranti står der nævnt, at der er givet tilsagn til fysioterapi. I alt kaution til fem behandlinger. Yderligere fremgår der på betalingsgarantien, at behandlingsformen shockwave, ej er dækket af forsikringen (jfr. bilag 3 pkt. 3.1).

17.05.2021 uploader Klager to stk. kvitteringer til refusion (jf. bilag 4). Behandlingsform er shockwave til en samlet pris på kr. 1.100. Klager ønsker refusion for sine behandlinger.

Betalingsgarantien (bilag 3) som er udstedt af DSS, dækker alene fysioterapeutisk behandling og ikke shockwave-behandling, hvorfor klager modtager afslag på refusion til shockwave-behandling. Afslaget gives pr. e-mail (bilag 5 pkt. 5.1)

I korrespondancen mellem Klager og DSS' Regningsteam tilbyder DSS, at Klageren kan få lavet sin betalingsgaranti om. Klageren er dog ikke indtegnet med dækning for shockwave-behandling, som alene kan dækkes, hvis indtegningen indeholder Tilvalg F (bilag 1 pkt. 6.5). Dermed kan betalingsgarantien forsikringsteknisk ikke laves om, da tilvalg F ikke er en del af Klagers police og indtegn.

Klager klager d. 27.05.2021 via mail til regningsteam (bilag 5 pkt. 5.2)

Sagen sendes til klageinstansen og overgår til klagebehandling.

I klageregi gennemgås sagen og man skønner det rimelig, at de to indsendte kvitteringer på shockwave-behandling dækkes pr. kulance og til vanlig dækningstakst (bilag 1 pkt. 6.5) på baggrund af den skriftlige korrespondance, hvor man spørger Klager, om han ønsker betalingsgaranti lavet om. I korrespondancen kan Klager have fået opfattelsen af, at shockwave alligevel ville blive dækket og at det alene omhandlede at betalingsgarantien skulle tilrettes. Kulancedækningen finder således sted alene på baggrund af, den i korrespondancen, kommunikative fejl fra DSS' side. Der sendes svar 04.06.2021 på klagehenvendelse til Klager (bilag 5 pkt. 5.3). Svaret sendes direkte fra skadessystemets korrespondancemulighed, hvor svaret går til Klager på hans profil på mit-ds.

Klager sender efterfølgende yderligere korrespondance (bilag 5 pkt. 5.4)

15.06.2021 retter Klager henvendelse til regningsteam, og søger oplysninger om hvorledes han kan klage (bilag 5 pkt. 5.5). Regningsteam oplyser 22.06.2021, at tidligere tilsendte klagehenvendelse er videregivet til klageinstansen og refusion af de indsendte regninger har fundet sted 08.06.2021. (bilag 5 pkt. 5.6)

22.06.2021 retter Klager på ny henvendelse til regningsteam (bilag 5 pkt. 5.7). I denne giver han udtryk for at han ikke har modtaget bekræftelse på modtagelse af klagen eller svar herpå. Denne mail videresendes fra regningsteam til klageinstansen.

Klager gensesendes tidligere tilsendte svar på klagen (bilag 5 pkt. 5.8) og oplyses om mulighed for at anke afgørelsen jfr. pkt. 8.11 i vilkår.

Klager retter igen henvendelse og spørger ind til ankemulighed. (bilag 5 pkt. 5.9)

Klager svares og der oplyses igen om mulighed for at anke afgørelsen ved Ankenævnet for Forsikring (bilag 5 pkt. 5.10)

Selskabets påstand

Af Klagerens klage ved Ankenævnet for Forsikring fremgår det, at Klager ønsker fem behandlinger med shockwave dækket, da der på tilsendte betalingsgaranti på forhånd er givet kaution for fem behandlinger med fysioterapi. På tidspunktet for klagehenvendelse til DSS d. 27.05.2021, har DSS alene dokumentation på, at Klager har fået to behandlinger med shockwave, da det er disse to behandlinger Klager har indsendt kvitteringer på. Således er klagebehandlingen foretaget på baggrund af disse oplysninger og kulancedækningen ligeså. DSS har ikke modtaget kvitteringer eller anden dokumentation på, at der er foretaget yderligere behandling, hverken inden eller efter klagebehandlingen har fundet sted.

Kvittering på behandlinger viser, at første behandling er foretaget 06.05.2021 og anden behandling

13.05.2021 (bilag 4). Klager opretter sin skade 07.05.2021, hvorfor at første behandling har fundet sted inden skaden anmeldes til forsikringen, og dermed inden DSS har godkendt skaden for dækning. Jfr. Gældende vilkår skal al behandling godkendes inden den påbegyndes, da DSS ellers kan afvise dækningen (bilag 1 pkt. 4.2).

På baggrund af ovenstående er DSS af den opfattelse, at Klager flere gange har handlet i strid med forsikringsaftalen. Klager ønsker refusion for en modtaget behandlingsform, som ikke er omfattet

af Klagers forsikringsdækning. Dette fremgår både af forsikringsvilkårene, samt af den konkrete betalingsgaranti, som Klager modtog og som DSS kan dokumentere, at Klager har åbnet.

Endvidere modtog Klager behandling inden skaden blev anmeldt hos DSS. Ifølge forsikringsvilkårene skal DSS have godkendt skaden og behandlingen, inden behandlingen igangsættes.

Da DSS i et enkelt tilfælde i sagsforløbet kommunikerede uklart, hvilket kunne give anledning til misforståelse hos Klageren, godkendte DSS undtagelsesvist og per kulance, dækning af de to dokumenterede shockwave-behandlinger, som Klageren allerede havde modtaget, på trods af, at det ifølge DSS var en mindre kommunikativ uklarhed.

Da DSS ikke ønsker at anvende yderligere ressourcer på klagen, vil DSS derfor undtagelsesvist dække de resterende tre shockwave-behandlinger under betingelse af:

- at dokumentation for modtagelse af 3 shockwave-behandlinger modtages senest 3 mdr. fra sidste behandlingsdato, dog inden d. 01.10.2021, og
- at refusion alene sker til DSS' faste takst, som der ligeledes er givet refusion for på de to første shockwave-behandlinger.

Endvidere vil DSS fastslå, at DSS' forslag om forlig i denne sag, ikke danner intern præcedens hos DSS for hvordan lignende sager vil blive afgjort i fremtiden."

Klageren har i brev af 2/8 2021 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg søger specifikt shockwave i den ansøgning jeg sender til DSS - det er da et problem hvis de ikke læser hvad de godkender. Så skriver de at jeg har fået lavet behandling før godkendelse. Det er ikke sandt! Først og fremmest har jeg via min HR og DSS sikret mig. DSS sagde at vi ikke endnu var aktiveret i systemet, men jeg kunne påbegynde shockwave behandlinger og så lave ansøgningen når systemet kunne tage imod. Desuden får jeg fra min HR den 3. maj dette mail:

'Vi har i dag, fået bekræftet, at I kan blive tilmeldt sundhedsforsikringen hos Dansk Sundhedssikring pr. 1. maj 2021. Vi tilmelder derfor jer alle pr. 1. maj så vi sikre, at hvis der sker en skade efter 30. april 2021 er i dækket.'

Så jo jeg er dækket på tidspunktet OG jeg har sikret mig ved henvendelse til jer at jeg kunne påbegynde behandling og få formalia på plads når vi var aktiveret i systemet. Det gjorde jeg så, som aftalt.

Så set herfra:

- Jeg har udtrykkeligt i ansøgning OG ved henvendelse skrevet at det var shockwave jeg bad om dækning for
- Jeg har kontaktet DSS for at sikre jeg kunne påbegynde behandling før systemet kunne modtage min ansøgning.
- Jeg laver fejl og jeg står på mål for dem. I denne sag har DSS tydeligvis IKKE læst min ansøgning (= fejl), men de har så ikke formatet til at indrømme fejlen og stå ved de behandlinger de har godkendt. Og de har heller ikke checket baggrunden må jeg tro, når påstanden om jeg får behandling før ok fremsættes.
- Jeg havde en forsikring os DSS, via AT&T, som gjaldt indtil 31.marts så uanset er jeg dækket hele 2021"

Selskabet har i brev af 3/9 2021 til nævnet bl.a. anført:

"Forsikringsselskabet Dansk Sundhedssikring A/S (DSS) har i sit svarskrift af 26. juli 2021 redegjort for sit synspunkt i sagen.

Da DSS i svarskriftet har tilkendegivet, at DSS undtagelsesvist vil dække de i sagen omhandlende 3 behandlinger, på de i svarskriftet angivne betingelser og da det er DSS' opfattelse, at klagerens yderligere bemærkninger i sagen, hverken tilføjer noget nyt eller ændrer ved DSS' tilkendegivelse i svarskriftet, har DSS ikke yderligere kommentarer til sagen.

DSS bemærker dog, at DSS endnu ikke har modtaget dokumentation på, at klager har modtaget de 3 behandlinger, som klager ønsker dækket af sundhedsforsikringen."

Til dette har klageren fremsendt breve af 13/9 2021, hvori det bl.a. er anført:

"Og lige vise endnu mere at de slet ikke ar styr på hvad de laver - De siger de har pr kulance dækket 3 behandlinger ... sandheden er 2 som [selskabets sagsbehandler] skriver – se mailsnak herunder.

I sit svar skriver DSS:

Da DSS i svarskriftet har tilkendegivet, at DSS undtagelsesvist vil dække de i sagen omhandlende 3 behandlinger, på de i svarskriftet angivne betingelser.

Men sandheden er denne - fra deres beskeder til mig i deres sagssystem - den fuld korrespondance kan fremsendes:

På baggrund af dette, kan der imødekommes med dækning af to behandlinger med shockbølger med op til 500 kr. pr behandling. Dette er en kulancedækning, og yderligere dækning af shockbølgebehandling vil ikke kunne tilbydes. Regningsafdelingen vil sørge for refusion, såfremt du har oplyst dine kontooplysninger. I så fald dette ikke er sket, kan kontooplysningerne sikkert indsendes via refusionsportalen på mit-dss."

...

"Yderligere mht. de siger de ikke har fået regningerne. Nedenfor den bekræftelse de selv sendte mig - de er fulde af løgn!

qte

From: noreply@ds-sundhed.dk

Sent: Monday, 17 May 2021 14.38

To: ...@....dk

Subject: Dansk Sundhedssikring har registreret dit udlæg

Hej [klageren]

Vi har nu modtaget din dokumentation for udlæg. Såfremt de fremsendte oplysninger er tilstrækkelige, kan du forvente tilbageførelse til din konto inden for ca. 14 dage. Er der oplysninger der mangler eller er ukorrekte vil vi tage kontakt til dig. ..."

...

"Jeg ser at de ikke mener der kan siges mere og siger de ikke har dokumentation for behandlinger. Det uploadede jeg så da jeg bad om dækning, så det lyder meget søgt. Og jeg undrer mig så over

Ankenævnet for Forsikring

6.

97044

de udbetaler penge uden at have set regning på behandlingen. Men de kan få dem IGEN, alle 5 hvis de ikke kan finde dem.

Jeg fastholder min påstande:

Jeg søgte om dækning og skrev specifikt shockwave behandling. De svarede med et dokument som hed "payment guarantee". At udstede en payment guarantee på en ansøgning om shockwave behandling, som de siger de ikke dækker, det er mig ubegribeligt. En afvisning der med begrundelsen at de ikke dækker det var som det skulle være gjort. Nu udstedte de betalingsgaranti og jeg tog behandlinger og først da jeg indsendte regninger for første 3 af de 5 behandlinger, gør de opmærksom på de ikke dækker det jeg har søgt om ... men en betalingsgaranti har de udstedt alligevel.

Jeg er med på at de ikke dækker shockwave men sagen her er at de har accepteret en ansøgning fra mig med at udstede en betalingsgaranti og den forventer jeg de lever op til - ellers er det jo lige meget både at søge og have en forsikring når de ikke aner hvad de godkender før regningen kommer.

Og igen må jeg undre over hvor stor mangel på alt det viser at man ikke bare indrømmer sin fejl, dækker regningerne og optimerer sine systemer så det ikke sker igen. Mangel på god forretningsmoral og viser også mangel på klasse... Kedeligt."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, hvoraf nogle gengives nedenunder. Af elektronisk skadesoprettelse af 7/5 2021 fremgår:

Ortopædkirurgi/Neurokirurgi | Fod/fodled | Hælsore | Venstre side

Beskriv skaden eller sygdommen og gerne symptomerne

B I U

Symptomer primært: Fysiske

Er symptomerne opstået som følge af en medfødt lidelse?: Nej

Beskriv dine symptomer så præcist som muligt, herunder hvordan de er opstået: Skadet til fodbold - "knæk" under fod. Skadestue + læge sagde ro i 2-3 uger. Hjælp ikke og via læge til ultralyd som sagde det er en hælsore. Behandling der virker er shockwave som jeg vil prøve.

Er du blevet undersøgt af en læge?: Ja

Tidligere behandling: Nej

Baseret på de oplysninger du netop har afgivet, vil vi anbefale at du visiteres til fysioterapeut. Jeg er enig

Af brev af 7/5 2021 fra selskabet til klageren fremgår:

"Betalingsgaranti til dækning af følgende:

Speciale: Ortopædkirurgi/Neurokirurgi **Anatomi:** Fod/fodled

...

Vi er glade for at kunne bekræfte, at du via din forsikring har fået godkendt **op til 5 behandlinger** hos en **fysioterapeut**.

Betalingsgarantien er gyldig i op til 6 måneder fra udstedelsesdatoen (under forudsætning af at forsikringen er aktiv) og dækker en problematik. Der dækkes klinikens gældende takst for fysioterapibehandling- dog kan der maksimalt refunderes 465 kr. for første behandling og 300 kr. for efterfølgende behandlinger.

Forsikringen dækker ikke behandlinger uden for normal arbejdstid (weekend-, aften- eller lignende tillæg), rykkergebyr, ekstraudgifter til såler. Indlæg, bandager, tape med mere samt tillægsydelser som shockwave, laserbehandling, ultralyd, akupunktur, massage og lignende. Udgifter hertil vil være egenbetaling.

Sådan kommer du i gang med dit behandlingsforløb

Du har fået dækket behandling hos en fysioterapeut efter eget valg. Du kan medbringe din betalingsgaranti til behandleren, da mange behandlere tilbyder at afregne direkte med forsikringen. Du er altid velkommen til kontakte Sundhedsteamet, hvis du ønsker vores hjælp til at bestille tid hos en behandler eller hvis du har spørgsmål til din forsikring. Sundhedsteamet kan kontaktes i tidsrummet 9-17.

...

Bemærk, at forsikringen ikke dækker behandlinger, hvor forsikrede er udeblevet eller behandlinger, som ikke på forhånd er godkendt af forsikringen. Man kan derfor ikke få refunderet udgifter til behandlinger, der er foretaget mere end 14 dage før, forsikringen har modtaget skadesansøgningen.

Betaling - hvis du selv har lagt ud for dine behandlinger

Hvis du selv har lagt ud for dine behandlinger, så sender du efterfølgende dine udlæg til refusion via vores refusionsportal, som du kan finde her ... "

Af brev af 26/5 2021 fra selskabet til klageren fremgår:

"Din betalingsgaranti Ref. ... dækker behandlinger til en normal fysioterapeutisk behandling.

Som det fremgår på fakturaen, dækker denne garanti ikke tillægsydelser som shockwave.

Derfor kan vi desværre ikke dække dine to fremsendte fakturaer.

Hvis du ønsker en ny garanti eller har yderligere spørgsmål, bedes du kontakte vores Sundhedsteam".

Selskabet har fremsendt kopi af to kvitteringer fra den 6/5 2021 og den 13/5 2021. Det fremgår heraf, at der for hver af de pågældende dage er betalt 560 kr. for shockwave behandling af klageren. Af brev af 4/6 2021 fra selskabet til klageren fremgår:

" Vi har modtaget din klagehenvendelse, som du har sendt til regningsafdelingen i forbindelse med afslag på dækning af 2 behandlinger med shockbølge hos en fysioterapeut.

Indledningsvist fik du, via online skadesansøgning, godkendt fysioterapi som automatisk straks-godkendelse. Du har modtaget en betalingsgaranti til 5 behandlinger ved en fysioterapeut. I betalingsgarantien står der nævnt, at shockbølgebehandling ikke dækkes. Dette fordi du, på din forsik-

ring ikke har denne tilvalgsdækning. Dvs. at DSS kan dække grundydelsen, altså den manuelle behandling hos fysioterapeuten, men ønskes tillægsbehandling såsom eks. shockbølgebehandling, så vil denne ydelse være for egen regning.

I din efterfølgende korrespondance med regningsafdelingen spørger man dig dog, om du ønsker en anden betalingsgaranti. Dermed kan det tolkes som en godkendelse af at shockbølgebehandlingen ville kunne dækkes, hvis blot betalingsgarantien laves om. Eftersom der ikke er indtegnet dækning for shockbølgebehandling kan betalingsgarantien teknisk set, dog ikke laves om. Derfor modtager du ved din henvendelse endnu et afslag. Denne misforståelse af kommunikationen anerkendes og beklages.

På baggrund af dette, kan der imødekommes med dækning af to behandlinger med shockbølger med op til 500 kr. pr behandling. Dette er en kulancedækning, og yderligere dækning af shockbølgebehandling vil ikke kunne tilbydes.

Regningsafdelingen vil sørge for refusion, såfremt du har oplyst dine kontooplysninger. I så fald dette ikke er sket, kan kontooplysningerne sikkert indsendes via refusionsportalen på mit-dss.

Af e-mail af 22/6 2021 fra selskabet til klageren fremgår:

From: OSS Refusion <refusion@ds-sundhed.dk>

Sent: Tuesday, 22 June 2021 09.13

To: ...@....dk

Subject: SV: Vedr. Refusion

Hej ...

Vi beklager meget alt dette. Din mail er blevet sendt videre i systemet og er blevet godkendt.

Vi har derfor udbetalt dine shock behandlinger d. 08/06-2021... [1000 kr.]"

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"4 Brug af forsikringen

...

4.2 Undersøgelse og behandling skal godkendes

Vi skal altid godkende al undersøgelse og behandling inden den påbegyndes. Det er derfor vigtigt, at du ikke igangsætter behandling uden forudgående skriftlig godkendelse, da vi ellers kan afvise dækningen. Det gælder også, hvis der sker ændringer i den behandling, der er aftalt med os.

...

5.7 Fysioterapeut og kiropraktor

Forsikringen dækker rimelig og nødvendig behandling hos fysioterapeut og kiropraktor i Danmark efter henvisning fra sundhedsteamet. Det er en forudsætning for dækning, at der er et lægeligt dokumenteret behov for at behandle, og at behandlingen sikrer progression/bedring af tilstanden. Behandlinger af forebyggende og vedligeholdende karakter er ikke dækket.

Sundhedsteamet vil ud fra en faglig vurdering henvise til relevant behandlingsform. For at sikre, at du altid får den rette behandling, vil sundhedsteamet løbende vurdere, hvor mange behandlinger du har behov for, og om du modtager den rette behandling.

Du skal altid have en gyldig lægehenviisning til fysioterapi, og fysioterapeuten eller kiropraktoren skal have overenskomst med sygesikringen (ydernummer).

...

Som led i vores vurdering kan vi bede om en lægefaglig vurdering eller en skriftlig begrundelse for fortsat behandling fra fysioterapeuten eller kiropraktoren. Du afregner selv med behandleren. Når dit behandlingsforløb er afsluttet, skal du indsende en kopi af alle originale regninger. Regninger skal være indsendt senest 3 måneder efter sidste behandling for at være berettiget til refusion.

...

6.5 Tilvalg F Behandling af kroniske lidelser

Tilvalget dækker rimelig og nødvendig behandling af slidgigt eller anden varig lidelse i bevægeapparatet med op til i alt 12 fysioterapi-, kiropraktor- eller massagebehandlinger pr. kalenderår. Af de 12 behandlinger pr. kalenderår kan maksimalt 4 af dem være til fysiurgisk massage, og maksimalt 4 behandlinger kan være chokbølgebehandling udført af fysioterapeut eller kiropraktor.

Vi kan ud fra en sundhedsfaglig vurdering vælge at dække chokbølgebehandling ESWT udført af fysioterapeut eller kiropraktor ved diagnosticerede længerevarende (mere end 3 måneder) gener af tennisalbue, akillesenebetændelse, hælsore samt skuldertendionopati, hvor konservativ behandling er utilfredsstillende, eller som alternativ til kirurgi ved nonunion (manglende heling af knoglebrud). Der stilles ikke krav om lægehenviisning, men behandlingen skal være lægeligt begrundet, og vi vurderer, om du skal have en skriftlig anbefaling fra læge, kiropraktor eller fysioterapeut.

...

For chokbølgebehandling kan der maksimalt dækkes 500 kr. pr. behandling, når behandlingen udføres som selvstændig behandling.

...

Du afregner selv med behandleren. Når dit behandlingsforløb er afsluttet, skal du indsende en kopi af alle originale regninger. Regninger skal være indsendt senest 3 måneder efter sidste behandling for at være berettiget til refusion.

...

7 Hvad forsikringen ikke dækker

Udover, hvad der er nævnt i forsikringsbetingelserne, herunder bestemmelserne i de enkelte dækninger, dækker forsikringen ikke undersøgelse og behandling samt øvrige udgifter til:

...

- Behandlinger uden for normal arbejdstid (weekend-, aften- eller lignende tillæg) samt tillægsydelser som shockwave, laserbehandling, ultralyd, akupunktur, massage og lignende. Ekstraudgifter til såler, indlæg, bandager, tape med mere."

Nævnet udtaler:

Klageren ansøgte den 7/5 2021 om dækning af shockwave behandling via sin sundhedsforsikring. Han modtog betalingsgaranti for op til 5 behandlinger hos fysioterapeut. Af garantien fremgik det, at forsikringen ikke dækkede tillægsydelser som shockwave. Klageren ønsker, at

Ankenævnet for Forsikring

10.

97044

selskabet yder dækning for 5 behandlinger med shockwave hos fysioterapeut. Han har anført, at han udtrykkeligt skrev i ansøgningen, at han ønskede shockwave behandling.

Selskabet har primært afvist dækning af behandlingerne med henvisning til, at shockwave behandling er undtaget i betalingsgarantien og i forsikringsbetingelserne. Selskabet har pr. kulance tilbudt refusion til vanlig takst 500 kr. pr. behandling af klagerens første to shockwave behandlinger, som han indsendte til selskabet, inden selskabet trak betalingsgarantien tilbage, da selskabet ikke dækker shockwave. I forbindelse med behandling af klagesagen hos nævnet har selskabet oplyst, at selskabet vil dække de resterende tre shockwave behandlinger på betingelse af, at dokumentation for modtagelse af 3 shockwave behandlinger modtages senest 3 mdr. fra sidste behandlingsdato, dog inden den 1/10 2021, og at refusion alene sker til selskabets faste takst på 500 kr.

Af elektronisk skadesoprettelse af 7/5 2021 fremgår det, at "Skadet til ... Skadestue + læge sagde ro i 2-3 uger. Hjalp ikke og via læge til ultralyd som sagde det er en hælspore. Behandling der virker er shockwave som jeg vil prøve... *Baseret på de oplysninger du netop har afgivet, vil vi anbefale du visiteres til fysioterapeut. Jeg er enig.*"

Af betalingsgaranti af 7/5 2021 fremgår det, at "Vi er glade for at kunne bekræfte, at du via din forsikring har fået godkendt **op til 5 behandlinger** hos en **fysioterapeut** ... Der dækkes klinikens gældende takst for fysioterapibehandling - dog kan der maksimalt refunderes 465 kr. for første behandling og 300 kr. for efterfølgende behandlinger. Forsikringen dækker ikke behandlinger ... samt tillægsydelser som shockwave ... Udgifter hertil vil være egenbetaling."

Af selskabets brev af 4/6 2021 fremgår det, at "Vi har modtaget din klagehenvendelse, som du har sendt til regningsafdelingen i forbindelse med afslag på dækning af 2 behandlinger med shockbølge hos en fysioterapeut ... I din efterfølgende korrespondance med regningsafdelingen spørger man dig dog, om du ønsker en anden betalingsgaranti. Dermed kan det tolkes som en godkendelse af at shockbølgebehandlingen ville kunne dækkes, hvis blot betalingsgarantien laves om. Eftersom der ikke er indtegnet dækning for shockbølgebehandling kan betalingsga-

rantien teknisk set, dog ikke laves om. Derfor modtager du ved din henvendelse endnu et afslag. Denne misforståelse af kommunikationen anerkendes og beklages. På baggrund af dette, kan der imødekommes med dækning af to behandlinger med shockbølger med op til 500 kr. pr behandling. Dette er en kulancedækning, og yderligere dækning af shockbølgebehandling vil ikke kunne tilbydes."

Af forsikringsbetingelserne fremgår det, at "**6.5 Tilvalg F Behandling af kroniske lidelser...** Vi kan ud fra en sundhedsfaglig vurdering vælge at dække chokbølgebehandling ESWT... For chokbølgebehandling kan der maksimalt dækkes 500 kr. pr. behandling, når behandlingen udføres som selvstændig behandling. **7 Hvad forsikringen ikke dækker.** Udover, hvad der er nævnt i forsikringsbetingelserne, herunder bestemmelserne i de enkelte dækninger, dækker forsikringen ikke undersøgelse og behandling samt øvrige udgifter til: ... • Behandlinger uden for normal arbejdstid (weekend-, aften- eller lignende tillæg) samt tillægsydelser som shockwave, laserbehandling, ultralyd, akupunktur, massage og lignende. Ekstra udgifter til såler, indlæg, bandager, tape med mere."

Nævnet bemærker, at klageren ses at have fastholdt sin klage på trods af, at selskabet – ud over dækning af behandlingerne den 6/5 2021 og 13/5 2021 – har tilbudt at dække yderligere 3 shockwave behandlinger pr. kulance til vanlig takst på 500 kr. pr. behandling mod fremsendelse af dokumentation.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at der ikke er grundlag for at pålægge selskabet at dække yderligere behandlingsudgifter end tilbudt af selskabet.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at det fremgår af betalingsgarantien af 7/5 2021, at forsikringen ikke dækker tillægsydelser som shockwave.

Nævnet har også lagt vægt på, at det fremgår af forsikringsbetingelsernes punkt 7, at forsikringen ikke dækker udgifter til tillægsydelser som shockwave.

Ankenævnet for Forsikring

12.

97044

Nævnet har videre lagt vægt på, at der for chokbølgebehandling maksimalt kan dækkes 500 kr. pr. behandling ifølge forsikringsbetingelsernes punkt 6.5 vedrørende Tilvalg F. Nævnet er opmærksom på, at klageren ikke har denne tilvalgsdækning på sin forsikring.

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

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Klagegebyret tilbagebetales, idet selskabet under sagens behandling ved nævnet delvist har imødekommet klagerens krav.



Svend Bjerg Hansen