

Behandlingsudgifter som følge af en arbejdsskade

Dækning af udgifter til behandling, medicin, transport og hjælpemidler i forbindelse med en arbejdsskade

Det fremgår af § 15 i Arbejdsskadesikringsloven, at den person, der er kommet til skade (skadelidte), har ret til at få betalt sine udgifter til behandling, medicin, transport og hjælpemidler under arbejdsskadesagens behandling. Udgifterne betales af forsikrings-selskabet, Sektion for arbejdsskade og erstatning når der er tale om ulykker, og Arbejdsmarkedets Erhvervssikring når der er tale om erhvervssygdomme. Visse betingelser skal dog være opfyldt, inden udbetaling kan ske, jf. nedenfor.

Arbejdsulykke = en skade der sker pludseligt eller indenfor 5 dage
Erhvervssygdom = en skade eller påvirkning der opstår over 5 dage, fx stres, musearm

De udgifter, der eventuelt kan dækkes, er bl.a. udgifter til fysioterapi, kiropraktorbehandling, psykologbehandling (hvis der er tale om en anerkendt psykisk arbejdsskade), osteopati og akupunktur (kun hvis den udføres af en læge).

Derimod kan der som altovervejende hovedregel ikke betales for eksempelvis massage, afspænding, laserbehandling eller alternative behandlinger i form af zoneterapi, kinesiologi, naturmedicin m.v. For nogle af disse behandlingstyper gælder, at der ikke er lægelig dokumentation for helbredende effekt af behandlingerne; for andre gælder, at betaling af udgifterne kan ske, hvis ganske særlige betingelser er opfyldt.

Hvem vurderer, om der kan betales behandlingsudgifter?

Inden for Forsvaret er det Sektion for arbejdsskade og erstatning, der behandler arbejdsulykker pådraget af forswarets medarbejdere. Sektion for arbejdsskade og erstatning er i den forbindelse et forsikrings-selskab, og det er kun Sektion for arbejdsskade og erstatning, der har bemyndigelsen til at dække behandlingsudgifter. Vurderingen sker efter reglerne i Arbejdsskadesikringsloven (ASL). Denne lov gælder for alle ansatte i Danmark og dermed også for Forsvaret.

Må andre myndigheder betale for behandlingsudgifter for deres medarbejdere?

Det er ikke lovmæssigt grundlag for, at andre myndigheder inden for Forsvaret kan betale for behandlingsudgifter. I forbindelse med Operation Bedre Hverdag i 2007 fastslog Finansministeriet, at behandlingsudgifter og sundhedsudgifter ikke kan afholdes over den almindelige drift.

Skulle en myndighed alligevel beslutte at betale en given behandling, vil det være ulovligt. Der vil være tale om en beslutning, der ikke er fagligt funderet, der vil ikke ske en ensartet behandling af dækning af behandlingsudgifter og endelig vil den skadelidte blive skattepligtig af det pågældende beløb.

Den behandling, som Sektion for arbejdsskade og erstatning kan betale, er inden for praksis og lovlig, skattefri for skadelidte og betyder, at der kan tilvejebringes et fuldt overblik over skader og erstatninger. Endelig er skadelidte sikret klageadgang, idet Sektion for arbejdsskade og erstatnings afgørelser kan påklages til Arbejdsmarkedets Erhvervssikring og Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings afgørelse kan derudover påklages til Ankestyrelsen af såvel skadelidte som af Sektion for arbejdsskade og erstatning.

Betingelser for dækning af udgifter til behandling

Behandlingsudgifter efter § 15 i ASL kan kun betales, hvis skaden kan anerkendes som en arbejdsskade. Der skal være en årsagssammenhæng mellem skaden og behandlingen. Jo længere tid, der er gået efter arbejdsskaden, desto større er kravet til dokumentation for årsagssammenhæng mellem skaden og behandlingens nødvendighed.

Derudover er det en betingelse, at behandlingen skal være nødvendig, for at den skadelidte kan opnå bedst mulig helbredelse af arbejdsskadens følger. Begrebet "bedst mulig helbredelse" skal forstås som tidspunktet, hvor en bedring af skadelidtes tilstand ikke længere er mulig. Det betyder ikke, at skadelidte skal være blevet rask som følge af behandlingerne, men derimod at man er nået til et tidspunkt, hvor bedring af gener/smerter ikke længere er muligt.

Hvis behandlingen foretages længe efter, at skaden er sket eller der allerede er givet mange behandlinger, vurderes det oftest, at eventuelle yderligere behandlinger ikke kan anses for at have en helbredende effekt. Derfor vil sådanne behandlinger ikke kunne betales. I forlængelse heraf følger, at såfremt der er tale om en behandling, der alene har en symptomlindrende effekt, vil denne som udgangspunkt ikke kunne betales.

Hvor kan behandling finde sted og af hvem?

Behandlingen skal som udgangspunkt foretages af en behandler med overenskomst med sygesikring. Overenskomst med sygesikring betyder, at det offentlige yder tilskud til behandlingen, og behandling derfor bliver billigere for patienten der vælger en behandler fx. læge, fysioterapeut, kiropraktor, psykolog mv. med overenskomst, frem for en behandler uden overenskomst. Hvis en skadelidt vælger en behandler uden overenskomst, kan der dog ydes refusion for den del af regningen, som han/hun selv skulle have betalt, hvis der var overenskomst.

Der kan ikke betales for behandlinger som den skadelidte kan få uden omkostning for denne på et offentligt sygehus som fx operationer og MR-scanninger på private hospitaler eller klinikker. Dette gælder dog ikke, hvis der er tale om en behandling, der ikke kan foretages på et af landets offentlige sygehuse. Eventuel ventetid på offentlige sygehuse berettiger ikke til betaling af behandlinger på private hospitaler.

For så vidt angår behandling i udlandet vil denne alene kunne betales, hvis den er nødvendig for at opnå bedst mulig helbredelse af arbejdsskadens følger. På EU-området finder særlige regler anvendelse.

Hvad gælder mens sagen behandles?

Mens sagen er under behandling, i Sektion for arbejdsskade og erstatning eller Arbejdsmarkedets Erhvervssikring, kan skadelidte rette henvendelse til Sektion for arbejdsskade og erstatning, som vil tage stilling til, om udgifterne til den ønskede behandling kan dækkes. Med en mundtlig eller skriftlig tilkendegivelse fra Sektion for arbejdsskade og erstatning minimerer skadelidte risikoen for ikke at kunne få dækket sin regning. Det forudsætter naturligvis, at der er fremsendt en anmeldelse på den pågældendes arbejdsulykke, og at hændelsen vil kunne anerkendes som en arbejdsulykke.

Såfremt skadelidte selv har lagt ud for behandlingen, kan han/hun få udgifterne refunderet, hvis betingelserne for dækning af behandlingen er opfyldt. Imidlertid kan det anbefales, at skadelidte indhenter forhåndstilsagn fra Sektion for arbejdsskade og erstatning, hvis han/hun ønsker sikkerhed for refusion.

Hvad gælder når arbejdsulykken er oversendt til Arbejdsmarkedets Erhvervssikring?

Selv om spørgsmålet omkring gener som følge af arbejdsulykken behandles i Arbejdsmarkedets Erhvervssikring, kan det stadig være Sektion for arbejdsskade og

erstatning, der tager stilling til om, og i givet fald hvor mange, behandlinger der kan dækkes. Det hænder, at Sektion for arbejdsskade og erstatning og skadelidte/behandlere/læger ikke er enige i for eksempel antallet af behandlinger, og størrelsen af regningerne. Ligeledes sker det, at Sektion for arbejdsskade og erstatning afviser betaling af behandlingsudgifter under henvisning til, at den tidsmæssige sammenhæng mellem skaden og behandlingen ikke er til stede, dvs. hvis behandlingerne starter lang tid efter, at skaden er indtrådt, eller hvis der er en længere pause i behandlingsforløbet. I disse tilfælde vurderer Sektion for arbejdsskade og erstatning, hvorvidt behandlingen har helbredende effekt. Sektion for arbejdsskade og erstatning har kun hjemmel til at dække udgifter til behandlinger, der har en helbredende effekt. Hvis der blot er tale om lindrende effekt, må skadelidte som nævnt selv betale. Som ovenfor anført, kan Sektion for arbejdsskade og erstatnings afgørelser vedrørende behandlingsudgifter ankes til Arbejdsmarkedets Erhvervssikring, der har den endelige afgørelseskompetence.

Du finder mere detaljerede oplysninger om behandlingsudgifter på Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings hjemmeside: www.aes.dk