

ANALYSEVERSLAG 2018

OMBUDSMAN CM

Inhoudstafel

I.	Analyseverslag van de klachten die de Médiateur MCFG in 2018 ontving	3
A.	De 133 klachten die de Médiateur MC beheerde, betroffen volgende ziekenfondsen:	4
B.	Verhouding tweedelijnsklachten / eerstelijnsklachten:.....	5
C.	Categorieën klachten	5
D.	Top 4 van de klachten (81,9 % van de klachten).....	5
E.	Analyse van de klachten.....	6
F.	Aanbevelingen.....	7
II.	Analyseverslag over de klachten die in 2018 bezorgd zijn aan de CM-Ombudsman	9
A.	Aantal klachten	9
B.	De 232 dossiers hadden betrekking op volgende ziekenfondsen:	10
C.	Verhouding tweedelijnsklachten / eerstelijnsklachten:.....	11
D.	Percentage van de klachten waarop na tussenkomst van de ombudsman een wijziging van antwoord kwam.....	12
E.	Categorieën klachten	13
F.	Top 4 van de klachten (72 %van de klachten)	13
G.	Analyse van de klachten.....	14
H.	Aanbevelingen.....	17

De CM-klachtenprocedure voorziet dat klachten in eerste orde door de ziekenfondsen worden behandeld. Indien een klager niet tevreden is over de behandeling door het ziekenfonds van zijn eerstelijnsklacht, dan kan hij een tweedelijnsklacht indienen. De tweedelijnsklachten van leden van de Nederlandstalige CM-ziekenfondsen worden behandeld door de Ombudsman CM; deze van leden van de Frans- en Duitstalige CM-ziekenfondsen door de Médiateur MC.

Dit rapport biedt een overzicht van de tweedelijnsklachten die door de twee CM-ombudsmannen werden behandeld.

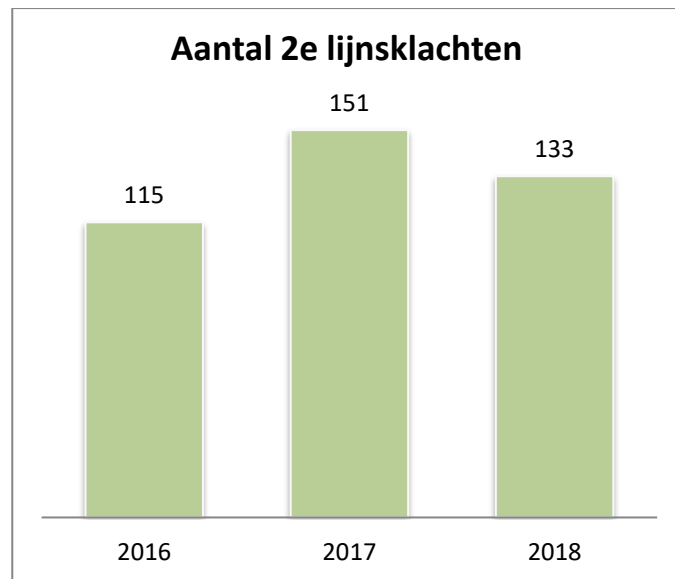
I. Analyseverslag van de klachten die de Médiateur MCFG in 2018 ontving

De Médiateur MCFG werd 229 keer rechtstreeks geïnterpelleerd (- 7,2 % ten opzichte van 2017). 96 klachten (+ 3,2% tegenover 2017) werden doorgegeven aan de regionale ziekenfondsen voor behandeling.

Van de 133¹ interpellaties die de Médiateur MCFG beheert (- 12 % ten opzichte van 2017), kwamen 20 interpellaties of 15% van externe instanties (+ 66,7% tegenover 2017): federale ombudsman (7), ombudsman van de Duitstalig gemeenschap (1), Ombudsman van de verzekeringen (10) en de CDZ (2).

81,2 % van de interpellaties werden elektronisch doorgestuurd: 52,6% via mediateur@mc.be, 28,5 % via het contactformulier van de website.

9,8% van de interpellaties werden per post ingediend en 8,3% per telefoon.



¹ Niet alle 133 klachten zijn tweedelijnsklachten in strikte zin. Leden die wanhopig zijn na een contact met hun ziekenfonds of die van zichzelf vinden dat ze in een onbegrijpelijke of onoplosbare situatie zijn, kiezen soms om rechtstreeks bij de médiateur aan te kloppen.

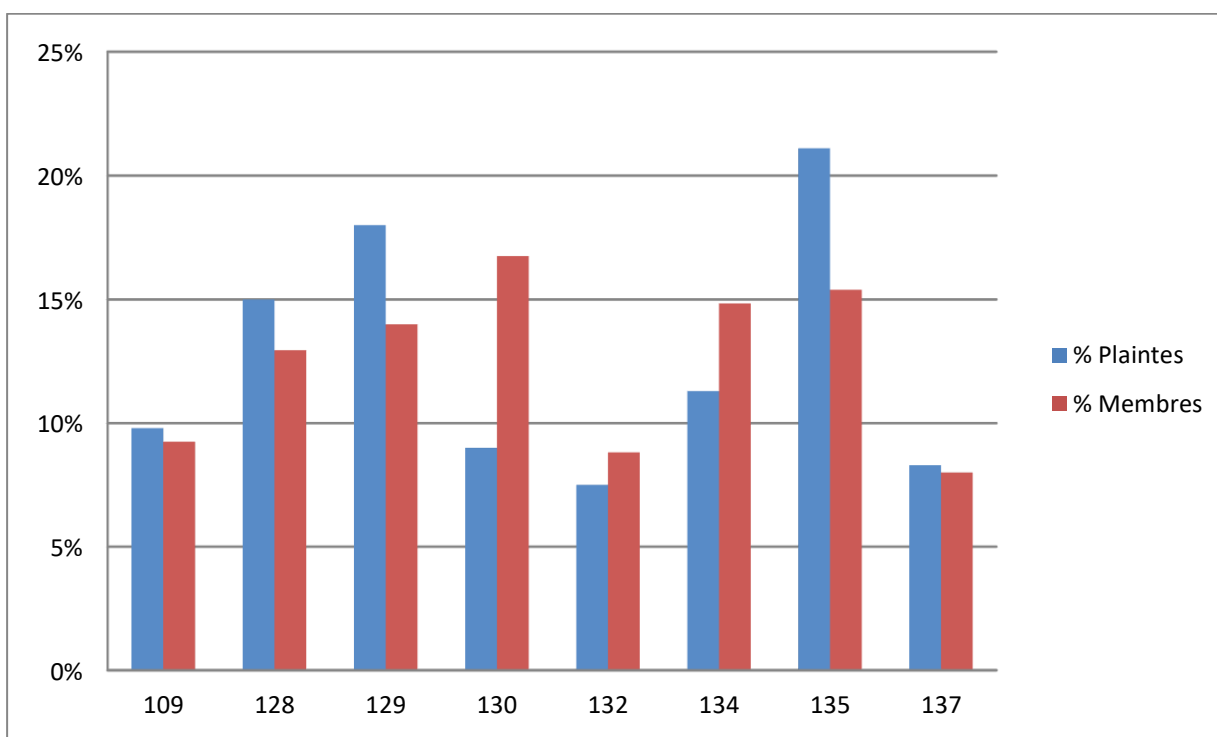
A. De 133 klachten die de Médiateur MC beheerde, betroffen volgende ziekenfondsen:

MU	MUT	Nombre de plaintes	% de plaintes
109	Brabant wallon	13	9,8%
128	Hainaut oriental	20	15%
129	Hainaut Picardie	24	18%
130	Liège	12	9%
132	Province du Luxembourg	10	7,5%
134	Province de Namur	15	11,3%
135	Saint-Michel	28	21,1%
137	Verviers-Eupen	11	8,3%
TOT		133	100%

Voor de twee ziekenfondsen (129 en 135) die in 2017 samen 51% van de klachten hadden, gaat het nu nog om slechts 39,1%.

De verhouding tussen het percentage aan klachten en het percentage aan leden is de volgende:

MUT	% de plaintes	% de membres
109	9,8%	9,25%
128	15%	12,95%
129	18%	14%
130	9%	16,75%
132	7,5%	8,82%
134	11,3%	14,84%
135	21,1%	15,39%
137	8,3%	8%
TOT	100%	100%



B. Verhouding tweedelijnsklachten / eerstelijnsklachten:

MUT	Plaintes de 2 ^e ligne	Plaintes de 1 ^{ère} ligne	%
109	13	124	10,5%
128	20	267	7,5%
129	24	192	12,5%
130	12	105	11,4%
132	10	36	27,8%
134	15	124	12,1%
135	28	189	14,8%
137	11	110	10,0%
TOT	133	1147	11,6%

C. Categorieën klachten

Catégories	Nombre de plaintes	%
Assurances facultatives	35 (Dento: 18 ; Hospi: 17)	26,31%
Soins de santé	31	23,3%
Indemnités	29	21,8%
Avantages et services	14	10,5%
Partenaires santé	6	4,5%
Assurabilité	3	2,3%
Finances	2	1,5%
Vie privée	2	1,5%
Communication/contact	2	1,5%
Récupérations	2	1,5%
Médecin-conseil	1	0,8%
Divers	6	4,5%

D. Top 4 van de klachten (81,9 % van de klachten)

- 1) Facultatieve verzekeringen: 26,3% (2017 : 38,4%; 2016: 33,9%)
- 2) Gezondheidszorg: 23,3% (2017 : 23,3%; 2016: 23,3%)
- 3) Uitkeringen: 21,8% (2017 : 9,3%; 2016: 10,4%)
- 4) Voordelen en diensten: 10,5% (2017 : 10,4%; 2016 : niet in de top 4).

Het aantal klachten over de facultatieve verzekeringen daalde met 23 eenheden. Die daling op zich verklaart de vastgestelde vermindering van het totaal aantal 2^{de} lijnsklachten in 2018. In de Top 4 blijven ze echter wel op de eerste plaats staan.

Het aantal klachten over gezondheidszorg blijft stabiel (+1).

De klachten inzake 'Uitkeringen' stegen in 2018 met 10% ten opzichte van 2017 en gaan van de vierde naar de derde plaats in de top 4.

De klachten over de 'aanvullende verzekering' dalen licht waardoor ze niet langer op de vierde plaats van de Top 4 staan.

E. Analyse van de klachten²

In 35,3% van de gevallen - hetzij 47 klachten -, leidt de klacht tot een herziening van de beslissing van het ziekenfonds bij de behandeling in 1^{ste} lijn, in het voordeel van het lid.

1) Facultatieve verzekeringen:

1.2. Het aantal klachten over de Dento+ en de hospitalisatieverzekering is nu ongeveer gelijk.

1.3. Dit jaar hebben veel klachten te maken met de problematiek van de opzegging van de contracten wegens niet-betaling van één of meerdere trimesterpremies, terwijl het lid het nodige gedaan had om per domiciliëring te betalen. De leden begrijpen de sanctie totaal niet. Het contract wordt opgezegd terwijl slechts één trimesterpremie ontbreekt en de premie voor de daaropvolgende trimesters is betaald. Het betreft gevallen waarin de domiciliëring niet doorging. Het zou goed zijn om de communicatie met het lid te herzien: enerzijds zou duidelijk vermeld moeten worden dat de eerste premie nooit per domiciliëring kan worden betaald en anderzijds kan de eerste herinneringsbrief tot vergissingen leiden want vaak staat hierin vermeld dat hiermee ingeval van domiciliëring geen rekening hoeft te worden houden.

Gezien de kwalijke gevolgen voor de leden is een meer geïndividualiseerde brief echt aangewezen. Zo zou worden vermeden dat het lid niets onderneemt.

1.4. Onze leden verwachten van hun verzekeringsagent advies en informatie naar gelang van hun situatie maar dit blijkt niet steeds het geval te zijn:

- Leden met een Dento+- verzekering ontdekten dat die verzekering voor hen nagenoeg geen nut heeft want zij hebben sinds jaren twee volledige tandprothesen; zij begrijpen niet dat ze voor hun nieuwe prothese geen terugbetaling van het remgeld krijgen. De beschikbare informatie (tenzij men de algemene voorwaarden grondig leest) is zeker niet duidelijk genoeg. Die zet immers in de verf dat 75 % van de kosten van een prothese worden terugbetaald: het zou goed zijn het verschil in dekking vóór en na 55 jaar uit te leggen. Dit werd reeds vermeld in het vorige verslag maar blijft helaas actueel vooral omdat vele contracten na een marketingcampagne werden afgesloten. Deze leden voelen zich echt bedrogen door hun hun ziekenfonds waarin zij veel vertrouwen hadden.

2) Gezondheidszorg

2.1. De klachten over de terugbetalingstermijn voor geneeskundige verzorging nemen opnieuw toe. Soms moet een goede maand worden gewacht op een terugbetaling van meerdere honderden euro's. Sommige leden moeten hierdoor zorg uitstellen. De betrokkenen worden allergisch aan de herhaalde standaardexcuses (Votre mutualité met tout en oeuvre)

2.2. Attesten die verloren gaan blijft een terugkerende bekommerning. Hier is geen verbetering merkbaar ten opzichte van het jaar voordien.

3) Uitkeringen:

3.1. Meerdere klachten gingen over de termijn voor de betaling van de eerste arbeidsongeschiktheidsuitkering (soms twee maanden of meer) of van de lagere uitkering ingeval van gedeeltelijke werkhervatting. Het lid weet niet noodzakelijk dat bepaalde elementen ontbraken (inlichtingenblad werkgever, ...). Vaak onderneemt het ziekenfonds pas actie wanneer het lid zich aanmeldt; de leden verwachten dat hun ziekenfonds proactiever optreedt.

² De meerderheid van de klachten gaan gelukkig over geïsoleerde problemen. Het punt E gaat enkel over de klachten waarvan de Médiateur MC meent dat zij duiden op een probleem dat structureel is.

3.2. Soms wordt ook slechts zeer laattijdig aan het lid gemeld dat één bepaald element de uitkering blokkeert terwijl dit bij de opening van het dossier geweten kon zijn. Als reden hiervoor wordt aangehaald dat de verzamelde gegevens pas onderzocht worden wanneer het administratief dossier volledig is. Meerdere kostbare weken gaan zo verloren en dit verergert nog de financiële onzekerheid voor het lid.

4) Communicatie met het lid:

4.1. Al te vaak wordt in een complexe problematiek vastgesteld dat naar een lid een standaardbrief wordt gestuurd en dat helpt niet om het probleem op te lossen of te begrijpen.

4.2. Soms ontbreekt zelfs een schriftelijke communicatie: een lid moest één jaar wachten vóór hij een uitkering kon krijgen. Nooit kreeg hij een brief met de melding dat de uitkeringen niet betaald werden en de reden waarom zijn dossier geblokkeerd bleef, alsook wat het ziekenfonds deed om hieraan te verhelpen of wat hij eventueel van zijn kant kon doen.

5) Bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

5.1 Bij de behandeling van een klacht (1^{ste} lijn startte in oktober 2017) iover een vermoeden van raadpleging van gezondheidsgegevens door een collega, bleek dat de toegangslogs tot xRM en Cosmos van juli 2016 niet meer beschikbaar waren omdat een verkeerd gebruikt script de logs van januari tot oktober 2016 had gewist. De gegevens betreffende de toegang tot persoonsgegevens moet absoluut beveiligd worden en de periodes dat deze gegevens bewaard worden, moeten opnieuw bepaald worden.

F. Aanbevelingen

De Médiateur MCFG wenst vooreerst te onderstrepen dat de samenwerking met de regionale klachtencoördinatoren en de verschillende diensten die in het ziekenfonds gecontacteerd werden, uitstekend verliep. Zij probeerden voortdurend de beste mogelijke oplossing voor het lid te vinden. Bij de diensten van het NS daarentegen (waarbij een belangrijke uitzondering wordt gemaakt voor het departement Gezondheidszorg en de Medische directie) duurde het vaak te lang alvorens zij reageerden op vragen van de ziekenfondsen; al te vaak moest de Médiateur MCFG tussenbeide komen op vraag van een regionale klachtencoördinator.

De Ombudsman wijst op drie specifieke aandachtspunten voor dit verslag 2018:

1. **De problematiek van de sancties:** CM zou er goed aan doen na te denken over de relevantie om bepaalde sancties in de verplichte verzekering te handhaven zoals bij laattijdige indiening van bepaalde documenten (ten opzichte van de vermelde termijnen in de regelgeving). Bij voorbeeld bij overschrijding van de indieningstermijn (termijn van 48 uur voor een werkloze of bij verlenging van een ongeschiktheid) voor het arbeidsongeschiktheidsattest werd het uitkeringsbedrag verminderd met 10% voor de dagen ongeschiktheid vóór de effectieve indiening van het attest. De indiening buiten de termijn verandert niets aan de eventuele erkenning van de arbeidsongeschiktheid en berokkent geen schade aan het ziekenfonds dat het dossier beheert. Concreet zal het lid door een indiening buiten de termijn zijn uitkering eenvoudigweg later ontvangen en dit op zich is voor hem al een sanctie is. Waarom dan een tweede sanctie toevoegen voor een publiek dat al van een vervangingsinkomen moet leven en hierdoor dus extra kwetsbaar wordt? Bijvoorbeeld, de rechten van een lid dat dakloos was, konden worden hersteld met de hulp van een naaste; zijn arbeidsongeschiktheid kon met terugwerkende kracht erkend worden maar zijn uitkeringen werden voor deze periode met 10% verminderd. In dit concreet geval kon bij het RIZIV een vraag tot opheffing van de sanctie voor behartigenswaardige gevallen worden gevraagd maar nooit werd het lid gewezen op die mogelijkheid. Deze procedure werd op uitdrukkelijke vraag van de Médiateur opgestart. De problematiek van het nut van sommige sancties werd al aangekaart in 2017 in verband met de laattijdige indiening van het logopedisch bilan. Volstaat het bijbrengen van discipline aan de sociaal verzekerden als voldoende motief voor de handhaving van dergelijke sancties?

2. Betalings- en behandelingstermijn

- 2.2. Inzake de terugbetalingstermijn voor gezondheidszorg, blijft de vraag van de Médiateur van 2018 aan de Domeinstuurgroep Gezondheidszorg aan de orde: kan CM zich in 2019 nog engageren inzake een maximumtermijn voor de terugbetaling van verstrekkingen gezondheidszorg.
- b. Inzake het onderzoek van een uitkeringsdossier bij aanvang van de arbeidsongeschiktheid, zou moeten worden nagedacht over een procedure voor het beheer hiervan waarmee sneller kan worden gereageerd bij vertraging in de verzending van het inlichtingenblad door de werkgever of blokkerende elementen die vaak de betaling van de uitkering aan het lid - vaak voorlopig - belemmeren.
Wanneer de ontbrekende elementen zijn verstrekt, zou systematisch een prioritaire procedure voor de analyse en behandeling van kracht moeten zijn. Het lid heeft vaak meer dan een maand geen inkomen met alle mogelijke gevolgen van dien.
3. **Digitalisering van onze procedures.** Bij de invoering van gedigitaliseerde procedures mag niet worden vergeten dat een deel van onze leden zich nog niet op zijn gemak voelt in de gedigitaliseerde wereld of geen toegang tot internet heeft. Zij mogen niet gestigmatiseerd worden of aan hun lot worden overgelaten; zij verdienen al onze aandacht en zij moeten vlot toegang blijven hebben tot geschikte communicatiekanalen voor hen. Om zich tot België te beperken, deed de federale Ombudsman eenzelfde oproep einde 2018 aan de overheidsadministratie naar aanleiding van de 20^{ste} verjaardag van de invoering van deze functie.
Bijvoorbeeld, de installatie van de nieuwe website leidde tot heel wat verwarring bij oudere leden. Zij moesten immers een nieuwe browser installeren op hun computer.

Eric Houtevels
Médiateur MC

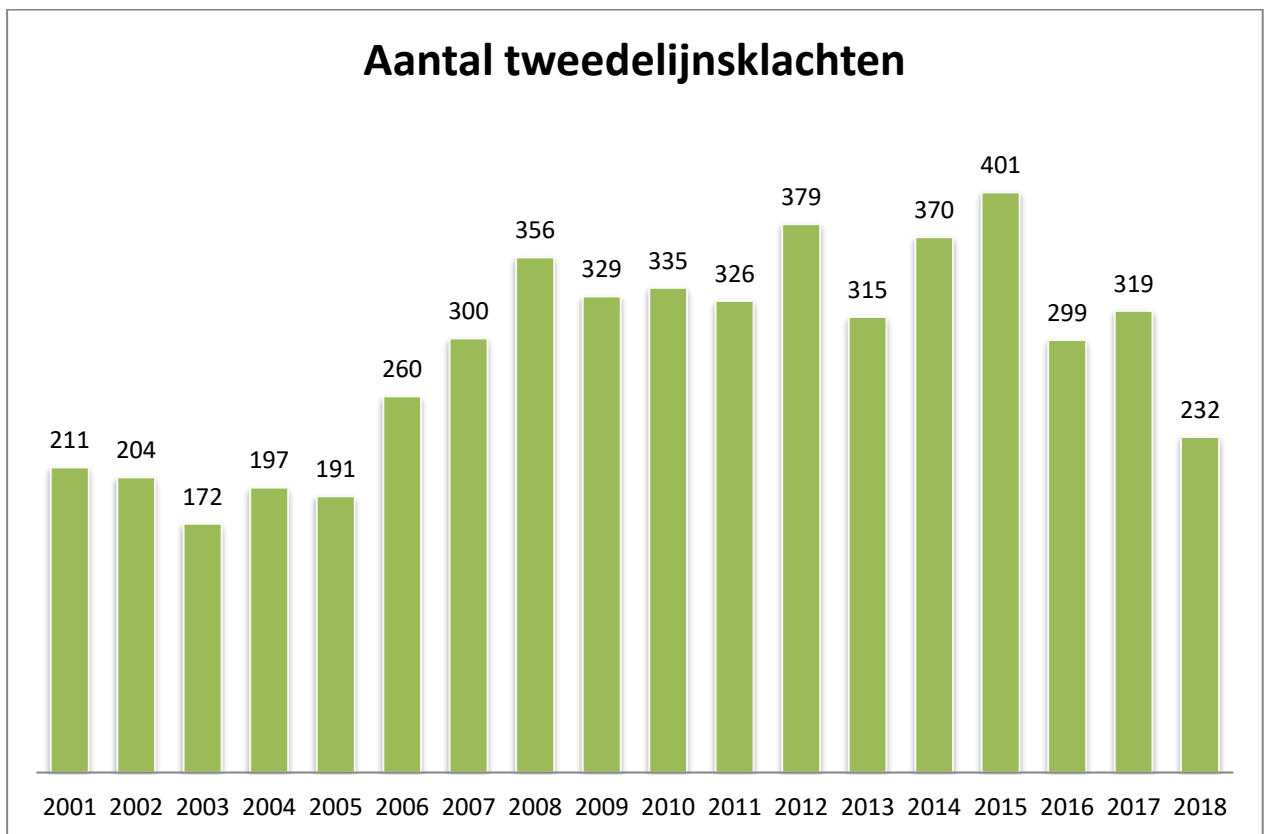
II. Analyseverslag over de klachten die in 2018 bezorgd zijn aan de CM-Ombudsman

A. Aantal klachten

De CM-Ombudsman werd in 2018 in totaal 1466 keer gecontacteerd. Ter vergelijking: 1418 in 2017, 1288 in 2016, 842 in 2015, 645 in 2014 en 546 in 2013.

Door het zeer groot aantal contacten, hebben we - zoals de 2 vorige jaren - het begrip ‘tweedelijnsklacht’ zeer strikt moeten interpreteren. Daardoor registreerden we (slechts) 232 klachten als een tweedelijnsklacht.

1234 contacten werden ter behandeling naar de ziekenfondsen doorgestuurd. Het betroffen eerstelijnsklachten, signalen, informatieve vragen, ... die we doorgaven aan de betreffende dienst of ziekenfonds.



De laatste 4 jaar kennen we een globaal dalende tendens in het aantal tweedelijnsklachten die bij de ombudsman ingediend zijn. Naar aantallen zitten we nu op hetzelfde niveau als de periode 2005-2006.

De leden namen contact op via de volgende kanalen:

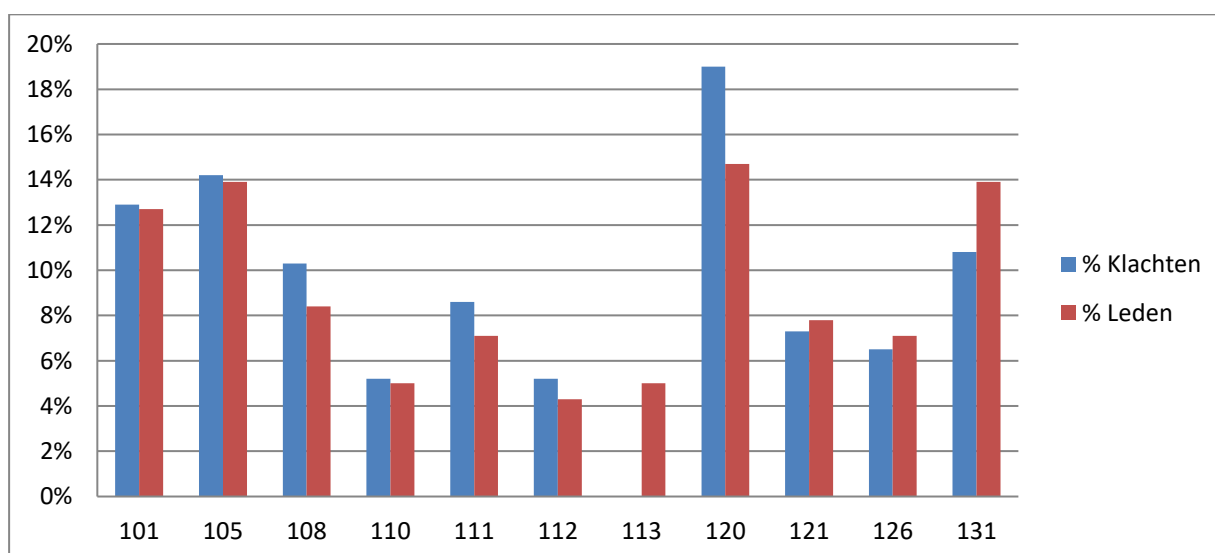
- e-mail: 76,3 %
- telefoon: 11,2 %
- brief: 6,9 %
- website: 5,6 %

B. De 232 dossiers hadden betrekking op volgende ziekenfondsen:

ZF	ZF	Aantal dossiers	% Klachten
101	Antwerpen	30	12,9%
105	Regio Mechelen-Turnhout	33	14,2%
108	Leuven	24	10,3%
110	Brugge	12	5,2%
111	Zuid-West-Vlaanderen	20	8,6%
112	Oostende	12	5,2%
113	Roeselare-Tielt	0	0,0%
120	Midden-Vlaanderen	44	19,0%
121	Waas & Dender	17	7,3%
126	Sint-Michielsbond	15	6,5%
131	Limburg	25	10,8%
TOT		232	100%

Verhouding klachtenpercentage met ledenpercentage :

	% Klachten	% Leden
101	12,9%	12,7 %
105	14,2%	13,9 %
108	10,3%	8,4 %
110	5,2%	5,0 %
111	8,6%	7,1 %
112	5,2%	4,3 %
113	0,0%	5,0 %
120	19,0%	14,7 %
121	7,3%	7,8 %
126	6,5%	7,1 %
131	10,8%	13,9 %
TOT	100%	100%



Opvallend is dat er in 2018 geen enkel lid van het ziekenfonds CM Roeselare-Tielt(113) met zijn klacht in beroep is gegaan bij de ombudsman en ook de leden van CM Limburg (131) gingen significant minder in beroep dan te verwachten was wanneer men rekening houdt met het aantal leden van dit ziekenfonds. De leden van CM Midden-Vlaanderen (120), CM Leuven (108), CM Zuid-West-Vlaanderen (111) en CM Oostende (112) doen dan weer significant meer beroep op de diensten van de ombudsman.

C. Verhouding tweedelijnsklachten / eerstelijnsklachten:

Onderstaande tabel geeft weer hoeveel tweedelijnsklachten er geformuleerd werden in verhouding tot het aantal eerstelijnsklachten.

	Tweedelijnsklachten	Eerstelijnsklachten	%
101	30	561	5,3%
105	33	401	8,2%
108	24	378	6,3%
110	12	441	2,7%
111	20	617	3,2%
112	12	98	12,2%
113	0	78	0,0%
120	44	2582	1,7%
121	17	265	6,4%
126	15	520	2,9%
131	25	1463	1,7%
TOT	232	7407	3,1%

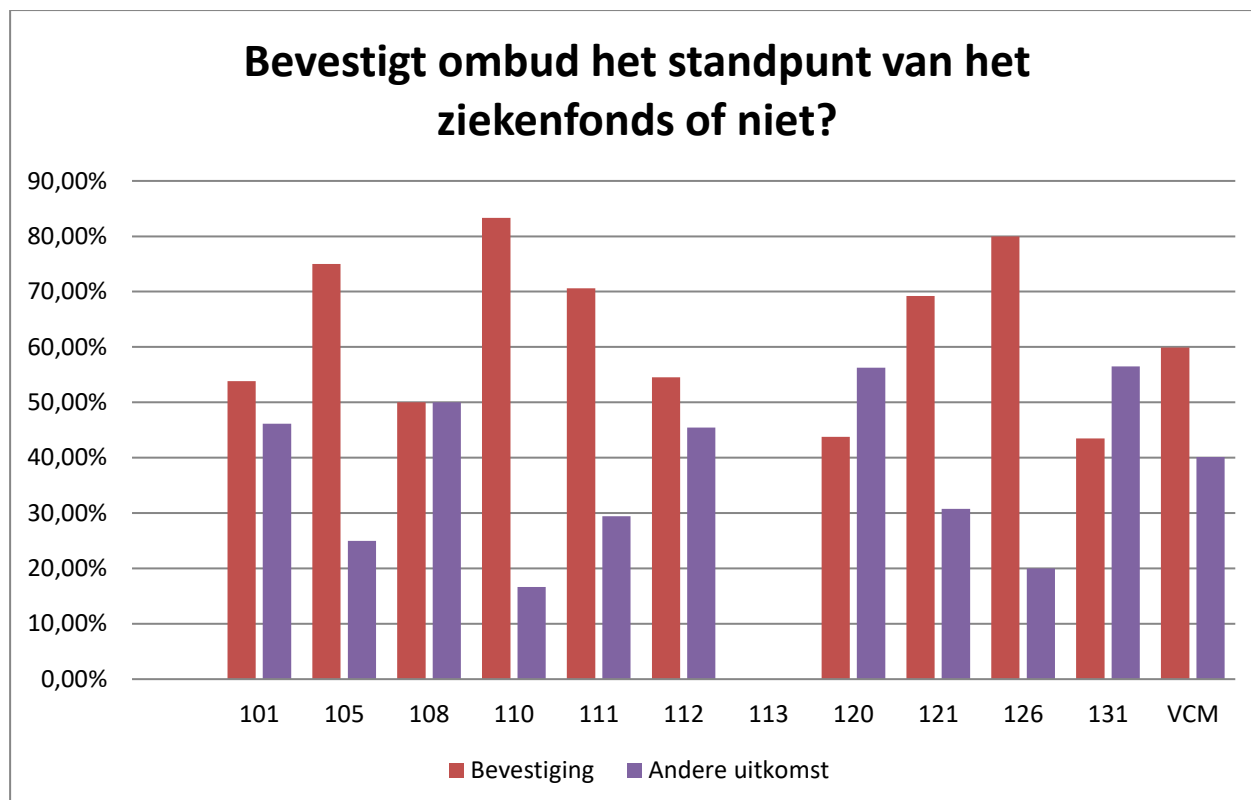
CM Roeselare-Tielt, CM Midden-Vlaanderen en CM Limburg slagen er uitzonderlijk goed in om een klacht onmiddellijk tot tevredenheid van het lid op te lossen.

Aan de andere kant van het spectrum is het opvallend dat meer dan 10% van de leden van CM Oostende die hun klacht lieten behandelen door hun ziekenfonds, nadien met hun klacht in beroep gingen bij de ombudsman.

D. Percentage van de klachten waarop na tussenkomst van de ombudsman een wijziging van antwoord kwam

In 2018 heeft men voor het eerst per klacht die behandeld werd door de ombudsman, bijgehouden of het beroep bij de ombudsman resulteerde in de bevestiging van het standpunt van het ziekenfonds of niet.

De vaststelling is dat over het geheel van de klachten over VCM waarvoor een beroep werd ingesteld bij de ombudsman, in 60 % van de gevallen de ombudsman het standpunt van het ziekenfonds bevestigt. Anders geformuleerd blijkt dat in beroep gaan bij de ombudsman in 40% van de gevallen resulteert in een meerwaarde voor de indiener van de klacht.



Per ziekenfonds kan de situatie echter grondig afwijken van dit Vlaamse gemiddelde.

Zo bevestigt de ombudsman in beroep in 83 % van de gevallen het standpunt van het ziekenfonds CM Brugge. Het standpunt van CM Limburg daarentegen wordt slechts gevolgd in 43% van de gevallen.

E. Categorieën klachten

Deze rubriek geeft een aanduiding over de inhoud van de klachten. De klachten uit de 232 behandelde dossiers rubriceren we in 17 domeinen.

	Aantal klachten	%
Uitkeringen	58	25,0%
Gezondheidszorg	51	22,0%
CM-Verzekeringen	41	17,7%
Diensten en voordelen	17	7,3%
Ledenbeheer	15	6,5%
Vlaamse Sociale Bescherming	8	3,4%
Ledenverdediging	8	3,4%
Communicatiekanalen	7	3,0%
Thuiszorgwinkels	6	2,6%
Voorhuwelijkssparen	5	2,2%
Financiën (Bankrekening, domiciliëring, betalingsoverzichten,...)	5	2,2%
Juridisch (uitvoerend beslag en privacy)	5	2,2%
Zorg	2	0,9%
Klachtendienst	1	0,4%
CM Zorgverblijven	1	0,4%
Samana	1	0,4%
Intersoc	1	0,4%
Totaal	232	100%

Van de 232 klachten die door de ombudsman behandeld zijn, zijn er 6 klachten tegen medewerkers en 2 klachten die ingediend zijn door (zorg)verstrekkers.

F. Top 4 van de klachten (72 % van de klachten)

	2018	2017	2016
1. Uitkeringen	25,0 %	20,5%	18 %
2. Gezondheidszorg	22,0 %	19,4%	21 %
3. CM-Verzekeringen	17,7 %	17,1%	22 %
4. CM Diensten & Voordelen	7,3 %	16,2%	13 %

De top 4 van de klachten bij de ombudsman is niet veranderd ten opzichte van 2017. Verontrustend is het groeiende aandeel van de tweedelijnsklachten over uitkeringen. In 2016 bedroeg het aandeel van uitkeringen 18 %, nu reeds 25 %.

Het aandeel van de klachten over Gezondheidszorg blijft stabiel op het (te) hoge niveau van iets meer dan 20 %.

CM-Verzekeringen slaagt er voor het tweede jaar op rij in het aandeel van de klachten bij de ombudsman op 17 % van het totaal te houden.

Het goede nieuws komt uit de sector CM Diensten en Voordelen, waarover het aantal klachten waarvoor de leden bij de Ombudsman een beroep aantekenden in 2018 spectaculair gedaald is.

G. Analyse van de klachten

Belangrijkste klachten

1. Uitkeringen

- 1.1. De sanctie van 10 % op de uitkering voor de periode omdat de aangifte van arbeidsongeschiktheid te laat is ingediend.
De leden aanvaarden niet dat ze een sanctie oplopen wegens laattijdige indiening van de aangifte. Ze vinden dat zij hun aangifte zo snel als mogelijk hebben ingediend en de sanctie daarom onrechtvaardig is. Ze klagen de onduidelijkheid aan over tegen wanneer de aangifte moet ingediend worden.
- 1.2. De verouderde manier om een aangifte of verlenging arbeidsongeschiktheid in te dienen.
Het RIZIV voorziet slechts twee geldige manieren om aangifte van arbeidsongeschiktheid geldig in te dienen:
 - Via B-Post waarbij de poststempel het bewijs is dat de aangifte tijdig gebeurde.
 - Door de aangifte persoonlijk te gaan aangeven bij de dienst van de adviserend arts in ruil voor een ontvangstmelding met daarop de datum van ontvangst.
 De leden aanvaarden niet dat het in deze 21^{ste} eeuw onmogelijk is om de aangifte op een digitale manier geldig in te dienen. En het wordt hen echt te veel wanneer blijkt dat wanneer hun aangifte bij B-Post verloren gaat, ze geen enkele mogelijkheid hebben om de verlaging van hun uitkering met 10 % wegens laattijdige aangifte aan te vechten.
- 1.3. De verwerkingstermijn van de uitkeringsdossiers.
Heel wat klachten hadden betrekking op het uitblijven van de uitbetaling van de ziektevergoeding. Meermaals ligt de oorzaak in de achterstand dat het ziekenfonds heeft opgelopen in de verwerking van de uitkeringsdossiers.
Een andere veel voorkomende oorzaak ligt in het feit dat er stukken ontbreken in het uitkeringsdossier. Maar in plaats om vanuit het ziekenfonds het lid daarvoor te contacteren, wacht men tot het lid contact opneemt met het ziekenfonds om het lid dan te informeren dat hij voor bijkomende attesten of andere bewijsstukken moet zorgen. Een telefoontje van het ziekenfonds naar betrokkene had de administratieve afwikkeling van het uitkeringsdossier versneld en kan financiële problemen voor betrokkene vermijden.
- 1.4. De ingewikkelde wetgeving voor het verkrijgen van een uitkering bij arbeidsongeschiktheid en invaliditeit en bij het verlengen ervan of het aanvragen van een gedeeltelijke werkhervatting of en herintegratietraject.
De (vorm)vereisten zijn ingewikkeld, de termijnen die men moet respecteren zijn voor de leden moeilijk verstaanbaar, de wetgeving en reglementen over het toewijzen en berekenen van de uitkeringen zijn ingewikkeld zodat een deel van de dossierbeheerders moeilijkheden ondervinden om de wetgeving volledig onder de knie te hebben en te houden.
Het gevolg zijn leden die fouten maken bij hun aangifte en dossierbeheerders die fouten maken in het dossierbeheer wanneer het uitkeringsdossier afwijkt van de normale situatie.
- 1.5. De uitbetalingstermijn bij progressieve tewerkstelling.
De maandelijkse berekening uitkering bij progressieve tewerkstelling zou vlotter moeten verlopen. Wanneer het loonattest van de werkgever toekomt bij het ziekenfonds (meestal de 6^{de} kalenderdag van de volgende maand), gebeurt het dat er weken gewacht wordt vooraleer de uitkering berekend en uitbetaald wordt. Dit heeft als gevolg dat leden met een progressieve tewerkstelling hun uitkering pas krijgen een maand na het einde van de maand waarin ze de prestatie leverden. Deze mensen met een erkende invaliditeit die moeite doen om terug actief te worden voelen zich dubbel bedrogen tegenover de mensen in invaliditeit die gewoon thuisblijven:
Ze doen moeite, forceren zich zelfs, om weer deeltijds aan de slag te gaan met als resultaat dat hun uitkering tot een maand later wordt uitbetaald dan voorheen.

Meerdere klachten brengen een ronduit schrijnende situatie aan het licht. Men mag niet vergeten dat de uitkering voor vele langdurige zieken hun enige inkomst is. Wanneer de uitbetaling onderbroken wordt of plots later wordt uitbetaald, brengt dit de langdurige zieken in ernstige financiële problemen. Zo ernstig dat sommigen onder hen er financieel finaal onderdoor gaan. Dit mag CM als partner in ziekte en gezondheid, niet laten gebeuren.

2. Gezondheidszorg

- 2.1. Terugbetalingstermijnen getuigschriften voor verstrekte hulp.
De tijdige terugbetaling van gezondheidszorg blijft elk jaar opnieuw een sterk op te volgen item. Een aantal ziekenfondsen slaagde er niet in om de servicelevels te halen; voornamelijk in vakantieperiodes. In enkele ziekenfondsen beperkte de achterstand zich echter niet tot de vakantieperiodes. En toch blijft dit o.i. de corebusiness van een ziekenfonds en een grote bron van frustratie bij de leden.
- 2.2. De gesplitste betalingen.
Alles wat via eenzelfde omslag bezorgd wordt, wordt niet noodzakelijk samen betaald. De tussenkomst bij courante verstrekkingen kunnen via de semi-geautomatiseerde scanningsprocedure sneller uitbetaald worden dan bij de complexe verstrekkingen
Dit leidt tot onbegrip en tot de vrees voor verloren getuigschriften/documenten.
- 2.3. Lichten van de CM-brievenbussen.
Opmerkelijk zijn het aantal klachten over het verlies van stukken die samen met de attesten van verstrekte hulp in eenzelfde omslag in de CM-briefbus worden gepost. De attesten van verstrekte hulp worden uitbetaald maar de andere stukken gaan verloren. Kan het zijn dat de scanningequipe geen weg weet met de stukken die geen attest verstrekte hulp zijn en daardoor ze verkeerd klasseert of niet doorgeeft aan de bedoelde dienst?
- 2.4. Het niet opnemen op de betalingsoverzichten van het door het lid werkelijk betaalde bedrag.
Alhoewel het door het lid werkelijk betaalde bedrag genoteerd staat op het attest voor verstrekte hulp, wordt dit bedrag niet steeds opgenomen op het betalingsoverzicht dat CM voor het lid aanlevert. Dit betekent dat het lid aan zijn bijkomende verzekeraar niet kan bewijzen wat het verschil is tussen wat hij betaald heeft en wat het ziekenfonds heeft terugbetaald. Daardoor mist het lid de bijkomende terugbetaling door zijn privéverzekering of door de MOB Verzekeringen CM-Vlaanderen.

3. CM-Verzekeringen

- 3.1. Betwistingen over een 'voorafbestaande aandoening' leidden net als in 2017 tot diverse klachten. In de 'Algemene Voorwaarden' van het CM-Hospitaalplan wordt een 'Voorafbestaande toestand' namelijk bepaald als: "Elke aandoening, ziekte of zwangerschap die de verzekerde heeft op het ogenblik van de aansluitingsdatum, die hetzij op de medische vragenlijst is vermeld, hetzij - al dan niet opzettelijk - niet op de medische vragenlijst is vermeld, maar zich op de datum van aansluiting al op de een of andere manier voor deed." En verder wordt bepaald: "Hospitalisaties ten gevolge van een voorafbestaande aandoening of ziekte worden tijdens de eerste vijf jaren van aansluiting vergoed als volgt: • bij keuze voor een gemeenschappelijke kamer of tweepersoonskamer: volgens de basiswaarborg; • bij keuze voor een eenpersoonskamer: volgens de basiswaarborg, maar zonder vergoeding van de aangerekende honorarium- en kamersupplementen."
De bevestiging van een 'voorafbestaande toestand' heeft dus financiële gevolgen voor de terugbetaling. Leden betwisten daarom regelmatig de voorafbestaandheid van hun aandoening.
- 3.2. Terugbetaling van pré- en posthospitalisatiekosten. In de Algemene Voorwaarden wordt hierover vermeld: "Het CM-Hospitaalplan vergoedt bij een door het CM-Hospitaalplan gewaarborgde hospitalisatie de hierna vermelde medisch noodzakelijke ambulante kosten die worden gemaakt in de periode van één maand voor het begin, en drie maanden na het einde van de gewaarborgde hospitalisatie ..." Patiënten hebben echter niet altijd vat op de hospitalisatiedatum, of op de

datum waarop ze na de hospitalisatie op controle moeten komen zodat de beperking van de periode van één maand pré-hospitalisatie en drie maanden post-hospitalisatie tot protesten aanleiding geeft.

- 3.3. Informatieverstrekking over bepalingen 'Algemene Voorwaarden' bij het CM-Hospitaalplan. In de Algemene Voorwaarden staan onder meer de beperkingen in terugbetaling beschreven. Het gaat over behandelingen waarvoor enkel een forfait wordt terugbetaald, de wachttijden en beperkingen bij een voorafbestaande toestand, de wachttijden en beperkingen bij overkomst van een andere mutualistische gelijkaardige verzekering en de daaraan afwijkende wachttijden en beperkingen bij overkomst van een gelijkaardige verzekering van een privéverzekeraar. Een groot deel van de klachten gaan over het niet of onvolledig toelichten van de beperkingen tijdens het contact waarbij ingeschreven wordt op de hospitalisatieverzekering.
- 3.4. De plotse en significante verhoging van de premie en de franchise bij Medikoplan heeft tot 2 klachten bij de ombudsman geleid.

H. Aanbevelingen

1. Uitkeringen:

1.1. Aangifte (verlenging) arbeidsongeschiktheid:

Beplemen bij het RIZIV om de aangifteprocedure via B-Post waarbij de poststempel het bewijs is dat de aangifte tijdig werd ingediend, te vervangen door een gedigitaliseerde aangifte vertrekkende vanuit de behandelende arts.

Vele aangiftes die bij CM binnenkomen via B-Post bezitten geen poststempel of de poststempel is niet leesbaar. Er is dus geen bewijs van tijdige indiening. Elk jaar gaan een aantal aangiftes verloren bij B-Post. B-Post is niet op de hoogte van de belangrijke rol die ze bezitten in de aangifteprocedure van een arbeidsongeschiktheid.

Het moment van digitale indienen door de behandelende arts van het aangifteformulier zal dienen als bewijs van tijdige indiening. Dit zou voor veel leden een efficiënte en handige manier zijn om aan hun verplichting te voldoen. De mogelijkheid om de aangifte persoonlijk af te geven in het ziekenfonds in ruil voor een afgestempeld ontvangstbewijs blijft het alternatief voor de situaties waarbij het niet mogelijk is om digitaal in te dienen.

Het bepleiten bij het RIZIV gebeurt het best met de andere ziekenfondslandsbonden samen.

1.2. Sancties wegens laattijdige aangifte:

Beplemen bij het RIZIV om de sanctie wegens laattijdigheid af te schaffen wanneer het gaat over het indienen van de aangifte arbeidsongeschiktheid of de indiening van een verlenging van arbeidsongeschiktheid. Het moment van indiening heeft namelijk geen invloed op het al dan niet erkend te worden door de adviserend geneesheer.

Een persoon die arbeidsongeschikt is straft zichzelf wanneer hij zijn aangifte laat indient. Zolang hij de aangifte niet doet, ontvangt hij geen uitkering. Dit op zich is reeds een aansporing om snel de aangifte te doen. De persoon daar bovenop extra beboeten door zijn uitkering voor de periode van laattijdigheid met 10 % te verminderen heeft geen nut. Men verarmt extra deze personen die door hun gezondheid reeds in een moeilijke situatie terechtkomen. Door de invoering van de voorgestelde gedigitaliseerde aangifteprocedure zou het risico op laattijdige aangifte verdwijnen of ten minste sterk verminderen, zodanig dat deze sanctie van 10% niet meer zou moeten toegepast worden.

Het bepleiten bij het RIZIV gebeurt het best met de andere ziekenfondslandsbonden samen.

1.3. De verwerkingstermijn van de uitkeringsdossiers:

Om ervoor te zorgen dat de uitkeringen op een aanvaardbare termijn vastgesteld en uitbetaald worden (= de corebusiness van de CM) zijn verschillende acties nodig:

- Samen met het RIZIV en de andere ziekenfondslandsbonden onderzoeken welke procedures en controles afgeslankt kunnen worden met behoud van de controle tegen misbruik.
- Continue opleiding van de dossierbeheerders zodat alle dossiers, ook de specifieke gevallen, efficiënt en juist worden verwerkt.
- Investeren in het domein uitkeringen zodat de dossierbeheerders de tijd hebben om, wanneer ze merken dat er informatie in een dossier ontbreekt of er een vervaltermijn in zicht komt, het lid of de arts proactief te contacteren om de zaken in orde te brengen. Een telefoontje kan heel wat problemen vermijden. Wanneer het ontbrekende stuk dan binnenkomt, kan die onmiddellijk verwerkt worden zodat de uitbetaling van de uitkering niet in het gedrang komt.

2. Gezondheidszorg:

- #### 2.1. De tijdige terugbetaling van de geneeskundige prestaties is de corebusiness die blijvende aandacht verdient. De CM kent de periodes waarop jaar na jaar vertragingen in de uitbetaling van de geneeskundige prestaties zich manifesteren. De periodes van achterstand vermeerderden zich zelfs. Daarom deze aanbeveling om te investeren in nieuwe samenwerkingsmodellen, in mankracht en in het zo efficiënt mogelijk inzetten van die mankracht om het hele jaar door te voldoen aan de doelstelling van een snelle uitbetaling.

2.2. De verwerking van de inhoud van de CM-brievenbussen:

Het aantal klachten over het verlies van documenten die ingediend zijn via de CM-brievenbussen, verdient een onderzoek op 2 aspecten en acties waar nodig:

- Gaan er bij het transport tussen de brievenbus en het ziekenfonds geen stukken verloren?
- Zijn de medewerkers van de scanningsploegen voldoende ingelicht over naar welke diensten de verschillende soorten documenten heen moeten zodat er geen documenten bij het doorsturen ergens blijven hangen?

2.3. Het opnemen op de betalingsoverzichten van het door het lid werkelijk betaalde bedrag bij de zorgverstrekker.

De scanningssequipes moeten attent gemaakt worden op het belang dat het werkelijk betaald bedrag die genoteerd staat op de attesten van verstrekte hulp meegenomen wordt door de scanningsapplicatie zodat de leden een betalingsoverzicht van CM krijgen die ze kunnen gebruiken om bij hun verzekeraar een bijkomende tussenkomst te krijgen.

3. CM-Verzekeringen

3.1. Een continue vorming en opfrissing van de kennis over de algemene voorwaarden, inclusief de beperkingen verbonden aan wachttijden en voorafbestaande toestand, is een must. Men mag er niet zomaar van uitgaan dat elke consulent op de hoogte is van wat binnen CM-Verzekeringen aanzien wordt als evidente beperkingen bij de verzekeringsproducten.

Er wordt aanbevolen om vooraf aan het afsluiten van een verzekering samen met het lid alle voorwaarden zonder uitzondering te overlopen en bij het lid vervolgens te polsen of hij de betekenis begrepen heeft. De algemene voorwaarden moeten steeds uitgedrukt worden en meegegeven worden aan het lid.

Belangrijk is ook dat aan elke consulent gevraagd wordt in xRM te noteren welke informatie er verstrekt is en welke specifieke vragen het lid had, zodat nadien bij betwisting er geen twijfel is over welke vraag er gesteld is en welke info er gegeven is.

3.2. In het kader van de pré- en postkosten bij hospitalisatie bevelen we aan om de mogelijkheid tot terugbetaling te onderzoeken van de pré- en postkosten die oorspronkelijk ingepland zijn in de periode van 1 maand vooraf aan de hospitalisatie en 3 maanden na de hospitalisatie, maar die nadien op initiatief van de zorgverstrekker verschoven worden naar een moment buiten die periode.

4. Algemene aanbeveling

Ten slotte wil ik de algemene aanbeveling doen om in deze tijden van digitale procedures en digitale contacten ook steeds een analoog contactkanaal te voorzien. CM moet er over waken dat voor elke aanvraag van het lid en voor elk voordeel dat CM biedt, er naast het digitale ook een manueel of analoog kanaal voorzien is zodat alle leden op CM een beroep kunnen blijven doen. Ook diegenen die de digitale revolutie niet (kunnen) volgen.

Het moet een aandachtspunt voor CM zijn dat de digitale vernieuwing er niet voor zorgt dat een deel van het doelpubliek, dikwijls de meest behoeftigen, vervreemdt van het ziekenfonds.