



# **JAARVERSLAG 2021 VAN DE OMBUDSMAN DER CHRISTELIJKE MUTUALITEITEN**

Raad van Bestuur LCM  
01/06/2022

## Inhoudstafel

I.	Analyseverslag van de interpellaties aan de ombudsman MCFG in 2021	3
A.	Aantal klachten	3
B.	De verdeling over de ziekenfondsen van de klachten die de ombudsman MC(FG) behandelde	4
C.	Verhouding tussen de klachten in eerste en in tweede lijn	5
D.	Categorieën klachten	5
E.	Top 4 van de bemiddelingen (81,8 %)	5
F.	Behandelingstermijn bij bemiddeling	6
G.	Analyse van de bemiddelingen	7
H.	Aanbevelingen	14
II.	Analyseverslag over de klachten die in 2021 bezorgd zijn aan de CM-Ombudsman	18
A.	Aantal klachten	18
B.	De 326 dossiers hadden betrekking op volgende ziekenfondsen:	20
C.	Verhouding tweedelijnsklachten tegenover eerstelijnsklachten:	21
D.	Bevestigt de CM-ombudsman het standpunt van het ziekenfonds?	22
E.	Categorieën klachten	23
F.	Top 4 van de klachten (76 % van de klachten)	24
G.	Analyse van de klachten	25
H.	Aanbevelingen	30

## Voorafgaande toelichting

### Procedure voor klachtenbehandeling bij de Groep CM

De procedure voor klachtenbehandeling voorziet eerst in een behandeling door de ziekenfondsen. Is de klager niet tevreden over de behandeling van zijn klacht door zijn ziekenfonds dan kan hij een beroep indienen bij de ombudsman/médiateur voor klachten tegen CM/MC.

### Klachtenbemiddeling

De beroepen van leden van de Nederlandstalige CM-ziekenfondsen behandelt de Nederlandstalige ombudsman CM. Die van de leden van de Frans- en Duitstalige CM-ziekenfondsen behandelt de Médiateur MC (de Franstalige ombudsman). Dit is dus een dubbel jaarverslag met de respectieve bijdrage van beiden.

### Jaarverslag en opvolging

Behalve de behandeling van het beroep bij een individuele klacht hebben de ombudsmannen ook een signaalfunctie tegenover CM/MC.

Overeenkomstig de richtlijnen van de Controledienst voor de Ziekenfondsen (CDZ) wordt dit verslag opgesteld voor de Raad van bestuur van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten die beslist over het gevolg dat eraan wordt gegeven.

Op basis van de vaststellingen en aanbevelingen naar aanleiding van bemiddelingsdossiers wordt een jaaractieplan ter attentie van de betrokken diensten opgesteld met beoordeling van de resultaten het jaar nadien.

De jaaractieplannen met de jaarlijkse beoordeling worden eveneens aan de CDZ overhandigd.

## I. Analyseverslag van de interpellaties aan de ombudsman MCFG in 2021

### A. Aantal klachten

412 interpellaties waren rechtstreeks gericht aan de ombudsman MC(FG) in 2021. Dit is een verhoging van meer dan 75 % vergeleken met 2020.

#### Doorgezonden klachten

De ombudsman onderzoekt zorgvuldig elke interpellatie die aan hem gericht werd. Als de ombudsman vaststelde dat het ziekenfonds de klacht met betrekking tot de interpellatie nog niet had onderzocht, stuurde hij deze klacht naar het ziekenfonds van de klager met zo nodig opmerkingen, observaties of aanbevelingen volgens zijn vaststellingen in het dossier. Met zijn opmerkingen, observaties of aanbevelingen wil de ombudsman het risico van een latere klacht op het 2<sup>de</sup> niveau verminderen. De ombudsman zond aldus 296 klachten (151 in 2020) naar de regionale ziekenfondsen voor behandeling (1<sup>ste</sup> niveau). Dit betekent een verhoging van 96 % ten aanzien van 2020.

#### Bemiddeling

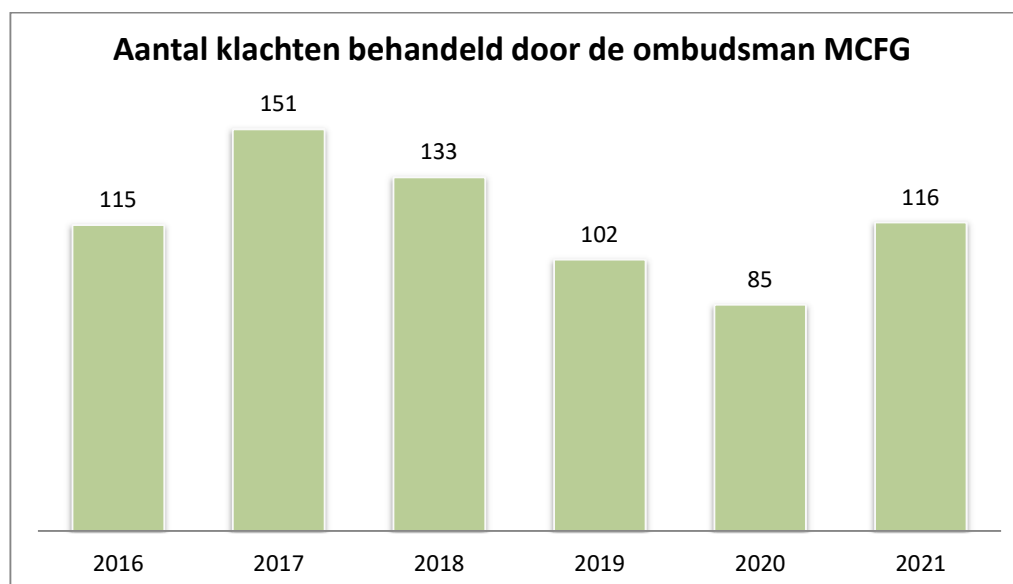
De ombudsman behandelde persoonlijk 116<sup>1</sup> klachten (+ 36,5 % tegenover 2020).

96,6 % van de klachten werden elektronisch ingezonden:

- 76 % via [mediateur@mc.be](mailto:mediateur@mc.be)
- 20,6 % via het contactformulier op de website.

3,4 % van de klachten kwamen per post (behalve uiterst dringende klachten, behandelt de ombudsman MC(FG) immers enkel schriftelijke klachten).

De ombudsman MC(FG) heeft o.a. 3 door de Federale Ombudsdienst, 1 door het Waals Gewest en 1 door een OCMW ingediende klachten, behandeld.



<sup>1</sup> Niet al deze klachten zijn in strikte zin tweedelijnsklachten. Leden die wanhopig zijn na contact met hun ziekenfonds of die vinden dat ze zich in een onbegrijpelijke of geblokkeerde situatie bevinden, maken soms de keuze om zich 'rechtstreeks' tot de ombudsman te wenden.

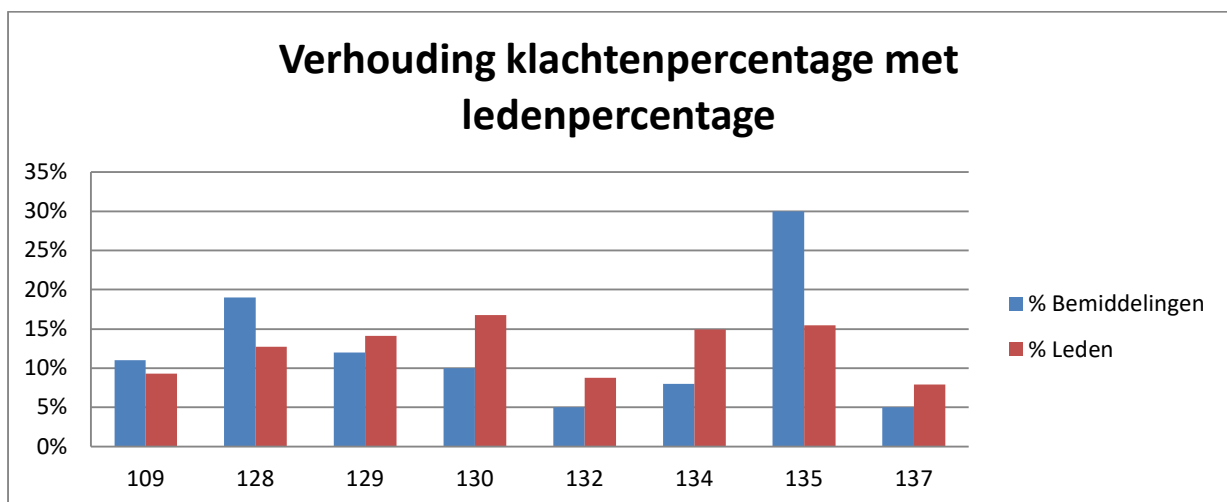
## B. De verdeling over de ziekenfondsen van de klachten die de ombudsman MC(FG) behandelde

ZF	Ziekenfonds	Aantal bemiddelingen	% bemiddelingen
109	Brabant wallon	12	11 %
128	Hainaut oriental	21	19 %
129	Hainaut Picardie	13	12 %
130	Liège	11	10 %
132	Province du Luxembourg	5	5 %
134	Province de Namur	9	8 %
135	Saint-Michel	33	30 %
137	Verviers-Eupen	5	5 %
<b>TOT</b>	<b>MCFG</b>	<b>109</b>	<b>100%</b>
108	CM Leuven	2	
112	CM Oostende	2	
126	CM Sint-Michielsbond	3	
<b>TOT</b>	<b>MC/CM</b>	<b>116</b>	

In 2021 betroffen 50 % van de bemiddelingen twee ziekenfondsen (MC135 & 128). Merk op dat de ombudsman MCFG ook 7 interpellaties voor Franstalige leden bij Vlaamse CM-ziekenfondsen behandelde.

Wanneer men de verhouding tussen het percentage bemiddelingen en het percentage MCFG-leden (rechthebbenden) in 2021 bekijkt, blijken de ziekenfondsen MC135 en 128 op een hoger niveau te zitten dan de andere ziekenfondsen. Uit de tabel komt de persistente ontevredenheid bij deze ziekenfondsen duidelijk naar voor.

ZF	% bemiddelingen	% MCFG-leden (rechthebbenden) NB: ledenbestand op 30-06-2021	Vershil tussen % bemiddelingen en % rechthebbenden
109	11%	9,3%	+ 1,7%
128	19%	12,7%	+ 6,3%
129	12%	14,1%	-2,1%
130	10%	16,8%	- 6,8%
132	5%	8,8%	-3,8%
134	8%	14,9%	- 6,9%
135	30%	15,5%	+ 14,5%
137	5%	7,9%	- 2,9 %
<b>TOT</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	



### C. Verhouding tussen de klachten in eerste en in tweede lijn

ZF	Klachten 2 <sup>de</sup> lijn (bemiddelingen)	Klachten 1 <sup>ste</sup> lijn	%
109	12	167	7,2%
128	21	360	5,8%
129	13	186	7%
130	11	202	5,4%
132	5	91	5,5%
134	5	218	4,1%
135	33	592	5,6%
137	5	80	6,2%
<b>TOT</b>	<b>109</b>	<b>1896</b>	<b>5,75%</b>

Elke bemiddeling werd in principe veroorzaakt door ontevredenheid over de behandeling van een klacht op het niveau van het regionale ziekenfonds (eerste niveau). Vermits slechts 5,75% van de klachten van het 1ste niveau gevolgd werden door een bemiddeling, stopten 94,25% van de klachten na het eerste niveau. Dit betekent dat het 1ste niveau van de klachtenbehandeling doeltreffend was in 2021.

### D. Categorieën klachten

Categorieën	Aantal bemiddelingen	% bemiddelingen
<b>Uitkeringen</b>	<b>39</b>	<b>33,6%</b>
<b>Gezondheidszorg</b>	<b>25</b>	<b>21,5%</b>
<b>Diensten &amp; voordelen</b>	<b>19</b>	<b>16,4%</b>
<b>Verzekerbaarheid</b>	<b>12</b>	<b>10,3%</b>
Facultatieve verzekeringen	10	8,6%
Communicatie/contact	2	1,7%
Adviserend geneesheer	3	2,6%
Terugvorderingen	1	0,9%
Ledenverdediging	1	0,9%
Taalgebruik	1	0,9%
Privacy	2	1,7%
Vitatel	1	0,9%
<b>TOTAL</b>	<b>116</b>	<b>100%</b>

### E. Top 4 van de bemiddelingen (81,8 %)

De bemiddeling voor de facultatieve verzekeringen daalde fors in 2021: van 30,6 % van de bemiddelingen (de eerste plaats in de top 4) in 2020 naar 8,6 % in 2021 (buiten de top 4).

De bemiddeling voor gezondheidszorg daalde niet in 2021 en komt op de tweede plaats in de top 4.

De bemiddeling voor uitkeringen bleef fors stijgen in 2021 en komt zelfs op de eerste plaats van de top 4.

De bemiddeling omtrent verzekerbaarheid blijft op de vierde plaats van de top 4.

De bemiddeling voor diensten en voordelen (aanvullende verzekering) steeg in 2021 en komt terug in de top 4, op de derde plaats.

De bemiddelingen over de verscheidene andere onderwerpen waren niet talrijk in 2021. Drie van die bemiddelingen betroffen personeelsleden (het gedrag van adviserend geneesheren).

Deze vaststellingen steunen op een klein aantal gevallen. Het volledig jaarverslag met de klachten in eerste en tweede lijn dient dus te worden geraadpleegd om te weten in welke mate deze vaststellingen bevestigd worden.

#### Belangrijke opmerking

Deze statistiek komt van het registratiesysteem van de klachten en bemiddelingen, die slechts toelaat één onderwerp per klacht of bemiddeling te registreren. Dit impliceert dat enkel en alleen het voornaamste onderwerp van elke klacht of bemiddeling erin geregistreerd wordt. Mocht het registratiesysteem toelaten om een tweede onderwerp per klacht of bemiddeling te registreren, dan zou het probleem van toegankelijkheid en communicatie met de mutualiteit zonder twijfel op de eerste plaats van de bemiddelingen gestaan hebben in 2021, met een score van bijna 60%.

Wetende dat de nabijheid en de beschikbaarheid een traditionele troef van de MC(F/G)-dienstverlening vormden, moet men bijzonder aandachtig zijn voor deze snelle en belangrijke verslechtering van de toegankelijkheid van de mutualiteit voor haar leden. De strenge maatregelen die de contactmogelijkheden hebben beperkt gedurende de Covid19-crisis kunnen zeker niet alles rechtvaardigen.

### **F. Behandelingstermijn bij bemiddeling**

Aangezien deze klachten in 2<sup>de</sup> lijn in beroep worden behandeld, is het zeker belangrijk dat de termijn tussen de ontvangst van de klacht en het definitieve antwoord zo kort mogelijk is.

In 2021 werden 75 % (87/116) van de bemiddelingen binnen 7 kalenderdagen volledig behandeld.

## G. Analyse van de bemiddelingen

### Algemene bemerkingen

In 46,5 % van de gevallen - hetzij 54 klachten -, leidde de bemiddeling tot een deblokkering of herziening van de beslissing van het ziekenfonds ten gunste van het lid, of tot de formulering van een omstandige uitleg/motivering die de klager tot dan nog niet ontvangen had.

In 50 % van de gevallen - hetzij 58 klachten - leidde de bemiddeling

- ofwel tot de bevestiging dat het betrokken ziekenfonds of MC Assure de klacht in de 1<sup>ste</sup> lijn correct had behandeld of een terechte beslissing had genomen. De klacht bij de ombudsman was dus ongegrond.
- ofwel tot de vaststelling dat het dossier door het ziekenfonds uiteindelijk behandeld werd, soms weliswaar met een (te) grote vertraging,

In 3,5 % van de gevallen moest de ombudsman MC(FG) een negatief antwoord geven aan de klager, met de beschouwing dat de klacht helemaal niet gegrond was.

Rekening houdend met de moeilijker werkomstandigheden tijdens de Covid19-crisis onderstreept de ombudsman MC(FG) dat er uitstekend is samengewerkt met de regionale klachtencoördinatoren en de verschillende diensten die in het ziekenfonds of op het nationaal secretariaat werden gecontacteerd. Er werd steeds getracht de best mogelijke oplossing volgens de noden van het lid te vinden. De ombudsman MC(FG) bedankt hen van harte voor hun efficiënte medewerking en voor hun bijzondere inspanningen in 2021.

### Bemerkingen per behandeld onderwerp

#### 1) Facultatieve verzekeringen

##### 1.1. Aantal bemiddelingen omtrent de facultatieve verzekeringen

Het aantal bemiddelingen omtrent de facultatieve verzekeringen is in 2021 sterk gedaald: van 26 in 2020 naar 10 in 2021. Deze merkwaardige verbetering vloeit namelijk uit een betere beroepsdeskundigheid van het betrokken personeel en uit de maturiteit van de processen en uit het feit de leden een praktische ervaring beginnen te hebben met de verzekeringsproducten van MC Assure.

##### 1.2. Problemen bij het beheer van de verzekeringspolis

Bemiddelingen omtrent de opzegging van verzekeringscontracten wegens niet-betaling van één of meerdere trimestriële premies waren zeldzaam in 2021. En in elk dossier moest de ombudsman vaststellen dat de beslissing tot opzegging terecht werd genomen en dat de klager geen volwaardige excuses kon invoeren.

Daarentegen waren er contradicties tussen de brieven van MC Assure en de specifieke voorwaarden bij enkele verzekeringscontracten. Het gaat dan over de betalingstermijn voor de eerste premie en de datum van ingang van het contract: de werkelijke verzendingsdatum van de betalingsuitnodiging voor de eerste premie liet in een aantal gevallen fysiek niet toe aan de verzekeringsnemer om binnen de opgelegde termijn te kunnen betalen. Het lid kreeg in die gevallen een niet coherente communicatie.

*Over deze vaststelling zal een aanbeveling worden geformuleerd op het einde van dit verslag.*

##### 1.3. Informatie over de dekking door de afgesloten verzekeringen

Het ingewikkelde karakter van de verzekeringsproducten van MC Assure maakt dat sommige verzekerden de voorwaarden tot tussenkomst niet volledig begrijpen. Misverstanden komen dus voor. De nood aan duidelijke communicatie over de voorwaarden tot tussenkomst, en aan nauwkeurige motivering van de beslissingen, blijven essentieel.

*Over deze vaststelling zal een aanbeveling worden geformuleerd op het einde van dit verslag.*

#### 1.4. Terugbetalingstermijn

De (te) lange betalingstermijn van de tussenkomsten heeft ook klachten gegenereerd. Dit probleem kwam niet alleen bij de facultatieve verzekeringen voor maar was een algemeen probleem binnen de ziekenfondsen gedurende 2021.

*Over deze vaststelling zal een aanbeveling worden geformuleerd op het einde van dit verslag.*

## 2) Gezondheidszorg

### 2.1. Terugbetalingstermijnen

Net zoals in 2020, kwamen er in 2021 zeer veel klachten over de terugbetalingstermijnen voor gezondheidszorg. In sommige ziekenfondsen bedroeg de betalingsachterstand regelmatig een maand, en soms zelfs meer. In dergelijke situaties - wanneer redelijkerwijze kon worden gesteld dat dit geen kwaliteitsvolle dienstverlening meer was - moesten ongeveer alle klachten als terecht worden beschouwd. Toen de ombudsman daarover werd bevraagd, kon hij dus enkel maar vaststellen dat de vertraging abnormaal was en bij het betrokken ziekenfonds aandringen op maatregelen om de opgebouwde vertraging weg te werken. De leden verwachten echter resultaten en toen zij vaststelden dat de vertraging nog niet was ingelopen wanneer zij een nieuwe terugbetalingsaanvraag indienden, dienden sommigen opnieuw een klacht in. Vaak was die klacht agressiever dan de vorige. Voor sommigen was de maat vol. Zij dienden geen klacht meer in en muteerden naar een andere verzekeringsinstelling.

CM moet zeer veel aandacht schenken aan de terugbetalingstermijn want dit blijft voor de leden haar kernactiviteit: het is de financiële toegankelijkheid tot de gezondheidszorg die hier op het spel staat. Het lijkt er evenwel op dat eind 2021 de vertraging in de uitbetalingen eindelijk significant verminderde.

*Over deze vaststelling zal een aanbeveling worden geformuleerd op het einde van dit verslag.*

### 2.2. Opdeling van de terugbetalingen

De termijn voor terugbetaling aan het lid bij een getuigschrift van verstrekte hulp of een factuur die gelijktijdig bij het ziekenfonds zijn ingediend, kan soms meerdere maanden verschillen.

De spreiding van die terugbetalingen in de tijd naar gelang van de respectieve tarificatieprocedure (scanning, manuele tarificatie in de verplichte verzekering, tussenkomst in de aanvullende verzekering met plafond, zorg in het buitenland, tussenkomst facultatieve verzekeringen enz.) leidt regelmatig tot onbegrip en wantrouwen bij de leden.

Het is dus belangrijk om goed te communiceren met de leden over de reële of vermoedelijke terugbetalingstermijnen.

*Over deze vaststelling zal een aanbeveling worden geformuleerd op het einde van dit verslag.*

### 2.3. M30-kwijtschrift voor de terugbetalingen gezondheidszorg (verplichte verzekering)

De MC kondigde in 2021 het voornemen aan om nog enkel M30's te versturen via mail of via Doccle. Leden die geen mailadres hebben en die geen cliënt van Doccle wensten te zijn, reageerden op deze mededeling via het invoeren van de diensten van de ombudsman.

De ombudsman van de MC(F/G) herhaalt, wat ook de beslissing is, dat het ziekenfonds de elektronische M30 niet mag opdringen. Het ziekenfonds moet het minimale recht respecteren dat de trimestriële kwijting via de post moet verzonden worden, zoals het vastgelegd is in alinea 3 van het artikel 160bis van het Koninklijk Besluit van 24-11-1997 ter uitvoering van de wet GUV-verzekering (verzekering Geneeskundige verzorging en Uitkering) . Het gaat over de toepassing van de wet van 1995 over het Handvest van de sociaal verzekerde, die versoepeld en speciaal aangepast werd voor de uitbetaling van de tussenkomsten van de ziekenfondsen. Het ziekenfonds heeft dus de wettelijke verplichting om te voldoen aan de vraag van de sociaal verzekerde om ten minste het trimestriële kwijtschrift (M30) op papier via de post te verkrijgen.

*Over deze vaststelling zal een aanbeveling worden geformuleerd op het einde van dit verslag.*



### 3) Arbeidsongeschiktheidsuitkeringen

#### 3.1. Betalingstermijn

##### 3.1.1. Impact van de stapsgewijze werkprocessen

Meerdere klachten gingen in 2021 over de vereiste termijn voor betaling van de eerste arbeidsongeschiktheidsuitkeringen (soms twee maanden of langer) of de verminderde uitkeringen bij gedeeltelijke werkhervatting. Het lid weet niet noodzakelijk welke elementen (inlichtingenblad van de werkgever, ...) ontbreken in zijn uitkeringsdossier. Het ziekenfonds treedt vaak pas in actie nadat het lid het ziekenfonds contacteert om te vragen waar zijn uitkering blijft. De leden verwachten meer proactiviteit en initiatief van hun ziekenfonds. Vaak wordt het dossier in strak gescheiden, opeenvolgende stappen behandeld:

- medische getuigschriften van arbeidsongeschiktheid
- erkenning arbeidsongeschiktheid
- inlichtingenbladen (werkgever of werkloosheidsdienst enerzijds, werknemer anderzijds)<sup>4</sup>
- bepaling van het recht op de uitkeringen
- vakantie-attest indien van toepassing
- ongevallendossier indien van toepassing
- vervolgens de berekening van de uitkeringen en ten slotte de betaling ervan.

In deze procedure zal ieder probleem bij één van deze stappen een bijkomende weerslag op de uitbetalingsdatum van de uitkeringen hebben met als uiteindelijk gevolg een soms grote vertraging. De behandeling van sommige stappen, meer bepaald de erkenning van de arbeidsongeschiktheid en het ongevallendossier, lenen zich nochtans om samen (en dus sneller) behandeld te worden.

Soms wordt pas zeer laattijdig aan het lid gemeld dat een bepaald element een voorlopige blokkering veroorzaakt terwijl dit bij de opening van het dossier geweten kon zijn. Als reden wordt dan opgegeven dat de controle van de verzamelde gegevens pas gebeurt wanneer het administratief dossier volledig is. Meerdere kostbare weken gaan zo verloren met nog grotere financiële onzekerheid voor het lid tot gevolg. De diensten uitkeringen zouden het dossierbeheer dynamisch moeten uitvoeren. De permanente leidraad bij een arbeidsongeschiktheidsdossier moet zijn dat het vervangingsinkomen zo snel mogelijk aan het lid wordt betaald.

In de loop van 2021 heeft het ziekenfonds drastische en selectieve beslissingen genomen om te verwezenlijken dat de vertragingen in de behandeling van nieuwe dossiers uitkeringen (de eerste uitbetaling) konden weggewerkt worden. Deze beslissingen hebben ervoor gezorgd dat enkele extreme achterstanden ingekort werden, maar brachten geen structurele oplossing. Deze beslissingen hebben de verwerkingstijd van enkele dossiertypes verkort maar terzelfder tijd voor andere types dossiers de achterstand net verergerd. Het gaat dan over de dossiertypes die als minder dringend ingeschat werden door de administratie.

*Over deze vaststelling zal een aanbeveling worden geformuleerd op het einde van dit verslag.*

##### 3.1.2. Impact van het tekort aan experts in de diensten uitkeringen

In 2021 waren sommige ziekenfondsen soms zelfs niet meer in staat om de ziekte-uitkeringen te berekenen: het beschikbare personeel moest de talrijke aangiftes en erkenningen van arbeidsongeschiktheid prioritair behandelen. Veel zieke personen en hun familie bevonden zich in een uiterst moeilijke financiële situatie omdat ze hun enig vervanginkomen niet tijdig hadden ontvangen. En de zieken die de moed hadden om deeltijds te werken met het akkoord van de adviserend geneesheer moesten nog langer wachten op hun ziekte-uitkeringen.

Deze toestand was absoluut onaanvaardbaar omdat die ziekenfondsen hun wettelijke opdracht m.b.t. de betaling van een vervanginkomen gewoon niet meer vervulden.

In de loop van 2021 heeft het ziekenfonds de diensten uitkeringen geherstructureerd maar de toewijzing van de nieuwe, nog onervaren medewerkers tijdens de moeilijke periode waarbij een belangrijke achterstand in de dossierverwerking moest ingelopen worden, heeft ervoor gezorgd dat er regelmatig

fouten werden gemaakt (meer specifiek in de berekening van de uitkeringsbedragen). Deze fouten zullen moeten rechtgezet worden, met het risico dat dit in de toekomst bijkomende klachten zal veroorzaken.

*Over deze vaststelling zal een aanbeveling worden geformuleerd op het einde van dit verslag.*

### 3.2. Coördinatie van de informatie afkomstig van het papieren circuit en de Kruispuntbank Sociale Zekerheid

De informatie afkomstig van die twee bronnen wordt vaak niet gelijktijdig gecontroleerd en reeds beschikbare gegevens worden pas met vertraging benut. Een dossier voor arbeidsongeschiktheidsuitkeringen zou steeds 'resultaatgericht' behandeld moeten worden. Zodra de vergoedbare periode aanvangt (vaak na de maand gewaarborgd loon) is een dagelijkse opvolging van het dossier nodig om de uitkeringen zo vroeg mogelijk aan het lid te betalen.

*Over deze vaststelling zal een aanbeveling worden geformuleerd op het einde van dit verslag.*

## 4) Communicatie met het lid

### 4.1. Standaardbrief

Er wordt regelmatig vastgesteld dat bij complexe problemen een standaardbrief naar het lid is gestuurd. Dat helpt niet om het probleem op te lossen en al evenmin om het te begrijpen. Bovendien ontslaat het gebruik van standaardbrieven het ziekenfonds niet van de verplichting om na te kijken of die brieven een antwoord te bieden aan de specifieke situatie. In dergelijke standaardbrieven kunnen variabelen ingebracht worden. Het is belangrijk om na te gaan of die variabelen er voor zorgen dat de tekst onsamenhangend wordt.

### 4.2. Automatische brief

De brief die automatisch wordt aangemaakt en blind wordt verzonden leidt vaak tot onaangepaste, overbodige of zelfs tegenstrijdige communicatie. De leden zien elke brief als een persoonlijke boodschap afkomstig van hun ziekenfonds. Zij zijn zeer gevoelig aan een dergelijk gebrek aan samenhang. Dit doet afbreuk aan het imago van een efficiënte en zorgzame administratie.

### 4.3. Brief en Handvest van de sociaal verzekerde

In bepaalde gevallen moet de communicatie met het lid verlopen overeenkomstig de wet tot invoering van het handvest van de sociaal verzekerde en destijds zijn daarvoor typebrieven gemaakt. Die typebrieven regelen echter niet alle situaties waarvoor deze wet bepaalde communicatievormen oplegt. Vastgesteld wordt dat in die gevallen de wet tot invoering van het handvest van de sociaal verzekerde eigenlijk niet gerespecteerd is omdat ad hoc typebrieven ontbreken. Het ontbreken van voldoende uitleg over een betaling of van een duidelijke motivering van een beslissing leidt regelmatig tot klachten waarop soms bemiddeling volgt.

### 4.4. Niet-digitale communicatie

Tijdens de Covid19-crisis heeft men de digitale communicatie overal gepromoot en de kloof tussen de gebruikers van die technologieën en de andere burgers is nog groter geworden. Administratieve stappen zijn eenvoudiger geworden voor de enen, en veel meer ingewikkeld of zelfs onmogelijk voor de anderen. Het sociaal isolement van deze laatsten is nu een duidelijk feit.

*Over deze vaststelling zal een aanbeveling worden geformuleerd op het einde van dit verslag.*

### 4.5. Toegankelijkheid, nabijheid en communicatiemiddelen

Nabijheid tot de leden met een lokale inplanting van het netwerk onder de bevolking waren traditioneel essentiële troeven van MC waarmee zij zich van de concurrenten onderscheidde: het ziekenfonds dichtbij de mensen.

Meer professionalisering, complexere materies en de ontwikkeling van informaticahulpmiddelen hadden tot gevolg dat geen vrijwilligers meer konden worden ingeschakeld bij de administratieve circuits. De lokale aanwezigheid van MC beperkt zich nu, in het beste geval, vaak tot een brievenbus die één of twee keer per week gelicht wordt.

In vergelijking met de plaatselijke kantoren, bieden telefoon en internet geen antwoord op de nood aan nabijheid die vele MC-leden aangeven.

In 2020 en 2021 veranderde de Covid-crisis grondig alle communicatiemiddelen; videocommunicatie werd ingevoerd. Dit blijft echter een zeer selectieve communicatiewijze.

Het gebruik van mail werd sterk aangeraden maar het ziekenfonds had onvoldoende mankracht om de berichten en documenten die via dit medium binnenkwamen, correct en snel te verwerken: bepaalde mailboxen werden in geen weken of zelfs maanden verwerkt.

Ook de telefoon werd veel gebruikt. MC moest het personeel in hun call center 0800 versterken maar de aanwerving van personeel zonder ervaring dat dan zeer snel werd opgeleid, leidde tot nog meer antwoorden die onaangepast, onvolledig of verkeerd waren bij de contacten met de leden en dus tot nieuwe klachten.

De achterstand bij het dossierbeheer was zeer groot. Het personeel van MC moest die wegwerken en daarbij moesten zij vaak keuzes maken die ten koste van de communicatie met de leden gingen. Vele leden voelden zich daardoor in de steek gelaten door MC en sommige berichten in de media hebben de kloof tussen deze leden en MC alleen maar vergroot.

Tot 2019 was de onvrede over de communicatie en nabijheid van MC vrij beperkt. In 2021 werd dit echter de vaakst voorkomende klacht in ongeveer 60 % van de bemiddelingen samen met andere motieven voor klachten.

*Over deze vaststelling zal een aanbeveling worden geformuleerd op het einde van dit verslag.*

## 5) Respect voor het Handvest van de sociaal verzekerde bij de behandeling van eerstelijnsklachten

### 5.1. Geen terugvordering van onverschuldigde betalingen met terugwerkende kracht in de verplichte verzekering (artikel 17 - wet van 1995 tot invoering van het Handvest van de sociaal verzekerde)

Wanneer de onverschuldigde betaling aan een materiele of juridische fout van het ziekenfonds te wijten is en de sociaal verzekerde redelijkerwijze niet kon weten (ter goeder trouw) dat deze geen recht had op het volledige bedrag dat werd betaald, gaat de beslissing om dit recht te zetten slechts in de eerste dag van de maand die volgt op de kennisgeving ervan als de prestatie lager is dan de oorspronkelijk erkende prestatie. Anders gezegd, het ziekenfonds mag de onverschuldigde betaling in dat geval niet terugvorderen bij de sociaal verzekerde maar moet deze specifiek ten laste van de verplichte verzekering boeken. Wij herinneren eraan dat niet de sociaal verzekerde de toepassing van deze bepalingen moet vragen. Het ziekenfonds moet immers ambtshalve de rechten die uit de wet van 11-04-1995 tot invoering van het "handvest" van de sociaal verzekerde voortvloeien, toepassen. Voor de wetgever was het legitiem vertrouwen van de burger, als deze van goeder trouw is, in de handelingen van de administratie, tegengesteld aan beslissingen van deze administratie ten aanzien van hem, waarbij de rechten, die reeds zijn toegekend, met terugwerkende kracht opnieuw in vraag worden gesteld.

De ombudsman MC(F/G) stelde vast dat het ziekenfonds regelmatig bovengenoemde wettelijke bepalingen heeft geschonden door terug te vorderen bij de leden terwijl duidelijk aan de voorwaarden voldaan was en de rechtzettingsbeslissing geen terugwerkende kracht tegenover hen mocht hebben.

*Over deze vaststelling zal een aanbeveling worden geformuleerd op het einde van dit verslag.*

### 5.2. Verplichte formele motivatie bij de beslissingen binnen de Verplichte Ziekteverzekering

De wet tot invoering van het handvest van de sociaal verzekerde bevat specifieke bepalingen voor het geval een sociaal verzekerde schriftelijk een vraag voor informatie of toelichting over een beslissing aan het ziekenfonds richt. Schriftelijke klachten over de toepassing van de verplichte verzekering zijn vaak vragen

van die aard en het antwoord hierop is dan onderworpen aan de eisen van de wet tot invoering van het handvest van de sociaal verzekerde.

Zoals in 2020 heeft de ombudsman MC(FG) moeten vaststellen dat de ziekenfondsen - zij zijn blijkbaar vergeten dat die specifieke bepalingen bestaan - de schriftelijke klachten van de sociaal verzekerden vaak beantwoorden zonder na te gaan of hun antwoord voldoet aan de eisen van de wet tot invoering van het Handvest van de sociaal verzekerde.

Het is niet de rol van de ombudsman om zich in de plaats te stellen van het ziekenfonds voor de verplichtingen inzake naleving van de wet tot invoering van het Handvest van de sociaal verzekerde.

*Over deze vaststelling zal een aanbeveling worden geformuleerd op het einde van dit verslag.*

## 6) Verzekerbareid

Internationale overeenkomsten en grensoverschrijdende akkoorden

Zoals tijdens de voorgaande jaren, betrof de bemiddeling inzake verzekerbareid meestal situaties in verband met de internationale overeenkomsten: EU-verordening, bilaterale overeenkomsten, grensarbeiders of inwoners van regio's met een grensoverschrijdend akkoord.

De ombudsman heeft vastgesteld dat slechts weinig MC-personeelsleden die materie kennen: de kennis wordt te weinig gedeeld en slechts weinig of geen vervangers kunnen overnemen. De leden hebben soms grote moeite om met de bevoegde personen te communiceren.

*Deze vaststelling leidt niet tot een aanbeveling in dit rapport omdat de beslissing van het ziekenfonds, genomen in 2021, om de experts samen te zetten in een competence center, hoogstwaarschijnlijk de oplossing is om dit probleem te verhelpen.*

## 7) Service social (dienst maatschappelijk werk)

Zoals in 2020 stelde de ombudsman MC(FG) in een aantal dossiers vast dat het lid ontredderd was door een administratieve situatie die geblokkeerd was. De bevoegde dienst van het ziekenfonds had deze situatie aan de "service social" moeten melden. De band tussen de administratieve diensten en de "service social" lijkt in bepaalde ziekenfondsen minder hecht te zijn geworden.

De "service social" is echter altijd een belangrijke troef - zelfs een kracht - geweest voor de dienstverlening aan de CM-leden. Vele voorbeelden tonen dat de complementariteit van de functies tussen de administratieve diensten en de "service social" verder benut dient te worden in het ziekenfonds. Dit zou zeker een aantal klachten - en dus ook bemiddelingen - kunnen vermijden.

*Over deze vaststelling zal een aanbeveling worden geformuleerd op het einde van dit verslag.*

## 8) Opmerkingen over de diensten en voordelen van de aanvullende verzekering

### 8.1. Overeenstemming van de statuten van MC met de wetten

De statuten van het ziekenfonds bepalen de tussenkomstvoorwaarden met betrekking tot de diensten en voordelen van de aanvullende verzekering. De Controledienst voor de Ziekenfondsen (CDZ) gaat alvorens de statuten van het ziekenfonds goed te keuren, na of deze overeenstemmen met de wet en de uitvoeringsbesluiten ervan. Vervolgens is het ziekenfonds gebonden door zijn statuten. Het ziekenfonds mag dus slechts tussenkomen in de aanvullende verzekering als aan de statutaire voorwaarden voldaan is. Het mag hiervan niet afwijken op straffe van een administratieve boete en moet daarbij de onverschuldigde betaling terugvorderen.

De statuten van het ziekenfonds moeten evenwel ook andere wetgeving naleven (geen discriminatie tussen personen, geen aankoop van nationale goederen bevorderen ten koste van leveranciers uit andere EU-landen, coherentie met de evolutie van de GUV-regelgeving enz.). De feiten hebben aangetoond dat de CDZ niet bevoegd is om te onderzoeken of de statuten conform deze regelgeving zijn. De vaststelling is dat de statutaire bepalingen van het ziekenfonds die de CDZ goedkeurde, soms regelgeving overtreedt waarvan de CDZ de toepassing niet controleerde. Anders gezegd, de goedkeuring door de CDZ

kan dus niet worden gezien als een garantie dat alle statutaire bepalingen van het ziekenfonds in overeenstemming zijn met de bepalingen van het nationaal en internationaal recht. Het Charter van MC dat op mc.be gepubliceerd werd, biedt bepaalde garanties aan de leden van MC waaronder de naleving van de wetten; MC moet dus permanent bewaken dat hun statuten overeenstemmen met de wetgeving zelfs die statuten welke aan controle door de CDZ ontsnappen. Dat de CDZ de betrokken statutaire bepalingen heeft goedgekeurd, kan geen voorwendsel zijn om te ontsnappen aan de verplichting tot verbetering van de statuten waar nodig zodat ze overeenstemmen met de overige regelgeving naast de wet op de ziekenfondsen en de uitvoeringsbesluiten ervan.

*Over deze vaststelling zal een aanbeveling worden geformuleerd op het einde van dit verslag.*

## 8.2. Onnauwkeurigheid binnen de statuten

Voor de ziekten buiten de lijst definiëren de statuten van de dienst “ernstige of dure ziekten” niet nauwkeurig genoeg wat zij onder “ernstig” of “duur” verstaan. Nauwkeurige statutaire criteria voor een objectieve en onbetwistbare beoordeling van de voorwaarden die voor de erkenning van het recht op tussenkomst door de dienst bepalend zijn, ontbreken. Daardoor is de weigering te vaag en niet overtuigend gemotiveerd. Een weigering kan daardoor als arbitrair worden beschouwd. Belangrijk is toe te zien op de rechtszekerheid van de beslissingen door lacunes in de statuten weg te werken.

*Over deze vaststelling zal een aanbeveling worden geformuleerd op het einde van dit verslag.*

### 9) Algemene opmerking

Zeere vele klachten vloeiden voort uit het onverklaarbaar verdwijnen van documenten die in het plaatselijk kantoor waren overhandigd, in een brievenbus van MW waren gestoken, verstuurd waren per post of zelfs elektronisch waren verzonden.

Sommige mailboxen van het ziekenfonds werden weken- en soms zelfs maandenlang niet geopend. Alle berichten en documenten daarin bleven dus zonder gevolg of antwoord. Daardoor moesten heel wat leden opnieuw administratieve formaliteiten vervullen om hun dossier te regulariseren en hun rechten te doen gelden, uiteraard met veel vertraging.

De omvang van deze problemen in 2021 moet het ziekenfonds aanzetten om dringend grondig na te denken over de noodzaak

- om de traceerbaarheid te garanderen,
- en kwaliteitscriteria voor de dienstverlening te bepalen (Service Level Agreements).

*Over deze vaststelling zal een aanbeveling worden geformuleerd op het einde van dit verslag.*

## H. Aanbevelingen

Op basis van zijn vaststellingen bij de behandeling van de bemiddelingen in 2021 formuleert de ombudsman MC(FG) volgende aanbevelingen ter attentie van de Raad van bestuur van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten.

### 1. Aanbevelingen inzake de facultatieve verzekeringen

*1.1. Deze aanbeveling volgt op de vaststelling die in punt G,1.2. van dit rapport is beschreven.*

Aan MC-Assure en haar verzekeringsagenten wordt gevraagd de coherentie te controleren tussen wat in de brieven staat en wat in de specifieke voorwaarden staat van de verzekeringscontracten. Meer specifiek in de overeenstemming van de betalingstermijn voor de eerste premie en de startdatum van het contract.

*1.2. Deze aanbeveling volgt op de vaststelling die in punt G,1.3. van dit rapport is beschreven.*

Aan MC-Assure en haar verzekeringsagenten wordt gevraagd te zorgen voor een zeer goede toelichting van de grenzen aan de dekking die de facultatieve verzekeringen geven, specifiek in verband met geplafonneerde tussenkomsten (Dento+) en de pré- en postkosten bij een hospitalisatie die niet gedekt worden (Hospi).

*1.3. Deze aanbeveling volgt op de vaststelling die in punt G,1.4. van dit rapport is beschreven.*

De kosten voor tandverzorging en hospitalisatie wegen zwaar op het budget van de betrokken leden. De doeltreffendheid van de verzekeringen hangt natuurlijk af van de ruimte van de dekking, maar ook van de snelheid van hun terugbetalingen.

Aan MC-Assure en haar verzekeringsagenten wordt gevraagd om ervoor te zorgen dat de verzekeringstussenkomsten vlugger betaald worden aan de verzekerden.

### 2. Aanbevelingen inzake gezondheidszorg

*2.1. Deze aanbeveling volgt op de vaststelling die in punt G,2.1. van dit rapport is beschreven.*

De veel te lange terugbetalingstermijnen die vastgesteld werden in 2021 zijn gewoon niet aanvaardbaar. De ombudsman raadt het departement Gezondheidszorg van LCM en de ziekenfondsen aan om samen te werken en alles in het werk te stellen opdat de termijn voor terugbetaling van gezondheidszorg aan de leden in het algemeen niet meer dan een tiental kalenderdagen zou duren. Inderdaad, de ervaring heeft ons geleerd dat de klachten zich vermenigvuldigen zodra de terugbetalingstermijn een tiental kalenderdagen overschrijdt.

*2.2. Deze aanbeveling volgt op de vaststelling die in punt G,2.2. van dit rapport is beschreven.*

Zoals in 2020 beveelt de ombudsman MC(FG) de ziekenfondsen aan om goed met hun leden te communiceren over de reële of vermoedelijke termijnen voor terugbetaling van gezondheidszorg. Het is belangrijk dat daarbij ook rekening wordt gehouden met de termijnen voor de verschillende tarificatieprocedures voor de betrokken getuigschriften of facturen. Zo wordt vermeden dat hun leden zich onnodig ongerust maken of ten onrechte denken dat het ziekenfonds bepaalde documenten kwijtraakte. Als de gewone terugbetalingstermijn zich tot een tiental kalenderdagen beperkt (zie de aanbeveling onder punt 2.1.) zal het risico van klachten voor verlies van documenten fors verminderen.

*2.3. Deze aanbeveling volgt op de vaststelling die in punt G,2.3. van dit rapport is beschreven.*

Het ziekenfonds wordt uitgenodigd om het (minimale) recht op een trimestrieel kwijtschrift, op papier en verstuurd via de post, te respecteren. Een recht dat vastgelegd is in alinea 3 van artikel 160bis van het Koninklijk Besluit 24-11-1997 ter uitvoering van de wet GVV-verzekering : het ziekenfonds is wettelijk verplicht te voldoen aan de vraag van elke sociaal verzekerde die dit trimestrieel kwijtschrift (M30) via de post wenst te ontvangen.

### 3. Aanbevelingen inzake arbeidsongeschiktheidsuitkeringen

#### 3.1. *Deze aanbeveling volgt op de vaststellingen die in punten G, 3.1.1., 3.1.2. & 3.2. van dit rapport zijn beschreven.*

De ombudsman beveelt het departement Uitkeringen van LCM en de ziekenfondsen aan om samen te werken en alles in het werk te stellen om de procedure voor de betaling van de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen te optimaliseren zodat:

- de betalingstermijn voor de eerste arbeidsongeschiktheidsuitkeringen zo kort mogelijk is,
- alle informatie beschikbaar is ongeacht het circuit (papier of KSZ) en ze snel gecontroleerd en gebruikt wordt om het uitkeringendossier te doen vorderen,
- het ziekenfonds proactiever is en onmiddellijk de nodige initiatieven neemt wanneer een element de betaling van de uitkeringen waarop wordt gewacht, blokkeert of vertraagt,
- elk dossier arbeidsongeschiktheidsuitkeringen 'resultaatgericht' behandeld zou worden en permanent in zijn geheel wordt opgevolgd tot het lid effectief zijn vervangingsinkomen ontvangt, om de diensten uitkeringen te bemannen met voldoende permanente expertise zodanig dat de betaling van het vervanginkomen niet meer onderbroken wordt.

#### 3.2. *Deze aanbeveling volgt op de vaststellingen die in het punt G, 3.1.2. van dit rapport is beschreven.*

De ombudsman voor de MC(F/G) doet aan het ziekenfonds de aanbeveling om dringend een volledig vormingsprogramma voor het personeel van de diensten uitkeringen te voorzien, zodat het personeel de noodzakelijke kennis kan opdoen om een kwalitatief werk te kunnen leveren die voldoet aan de reglementeringen in verband met de uitkeringen voor de leden in arbeidsongeschiktheid.

#### 3.3. *Deze aanbeveling werd reeds opgenomen in de vorige twee jaarverslagen van de ombudsman.*

De ombudsman herinnert dat hij twee jaar geleden aan het departement Uitkeringen en de Medische directie van LCM al had aanbevolen om samen met de andere landsbonden en het RIZIV een digitaal circuit voor de arbeidsongeschiktheidsaangifte op te zetten zodat de sociaal verzekerden niet meer verantwoordelijk zouden zijn voor de indieningstermijn van deze aangiften.

De ombudsman was blij daarna te vernemen dat sinds deze aanbeveling een werkgroep bij het NIC is opgericht. Intussen konden als gevolg van de Coronacrisis in 2020 en 2021 bepaalde voorlopige versoepelingsmaatregelen voor de aangifteprocedure bij arbeidsongeschiktheid met succes worden uitgeprobeerd. Op termijn zou dat alles moeten bijdragen tot een structurele oplossing die versneld wordt ingevoerd om de sociaal verzekerden definitief te beschermen tegen het risico van sanctie wegens een laattijdige aangifte.

Sindsdien heeft de wetgever de verklaringstermijn tot 7 dagen gebracht, maar de ombudsman van MC(F/G) merkt op dat de structurele oplossing zoals hierboven beschreven nog niet verwezenlijk is in 2021.

De ombudsman beveelt aan om

- zo snel mogelijk het digitaal circuit voor de arbeidsongeschiktheidsaangifte te verwezenlijken,
- et om de aanvragen bij de adviserend geneesheer voor verlenging van akkoord voor deeltijds werken erin te integreren.

### 4. Aanbevelingen voor de communicatie met de leden

#### 4.1. *Deze aanbeveling volgt op de vaststellingen die in het punt G, 4.1. & G, 4.2 van dit rapport zijn beschreven.*

De ombudsman voor de MC(F/G) doet aan het ziekenfonds de aanbeveling:

- Een vorming in mondelinge en vooral schriftelijke communicatie met de leden voor het personeel,
- Het personeel permanent sensibiliseren voor een verzorgde communicatie met het lid bij elke mededeling; daarbij nagaan of de typebrieven die worden gebruikt, passend zijn; Opletten dat de informatie die wordt verstrekt, niet incoherent of contradictorisch is.

4.2. . *Deze aanbeveling volgt op de vaststellingen die in het punt G, 4.4. van dit rapport zijn beschreven.*

Om uitsluiting als gevolg van een sociale digitale kloof te vermijden (digitale handicap), beveelt de ombudsman voor de MC(F/G) aan MC aan om in ieder geval aan de leden de keuze te laten voor een niet-digitale communicatie als alternatief voor het gebruik en de beheersing van de digitale technologieën.

4.3. *Deze aanbeveling volgt op de vaststellingen die in het punt G, 4.5. van dit rapport zijn beschreven.*

Aanbeveling van de ombudsman voor de MC(F/G) aan MC:

- in hun algemene strategie opnemen dat het absoluut nodig is om echt dichtbij de leden te zijn;
- om hun leden gemakkelijke en vlot toegankelijke communicatiemiddelen te bieden en voorrang te geven aan menselijk contact.

5. Aanbeveling inzake de naleving van het Handvest van de sociaal verzekerde bij de behandeling van klachten in 1<sup>ste</sup> lijn

*Deze aanbeveling volgt op de vaststellingen die in punten G, 4.3, 5.1 & 5.2 van dit rapport zijn beschreven.*

Zoals in zijn vorige jaarverslag beveelt de ombudsman aan het departement Verzekeringstechnische diensten van LCM aan om de ziekenfondsen niet enkel aan hun informatie- en adviesverplichting te herinneren maar ook aan de diverse verplichtingen van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het handvest van de sociaal verzekerde en vooral de bijzondere verplichtingen voor respectievelijk de gezondheidszorg en de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen die hieruit voortvloeien.

Zonder exhaustief te zijn vermelden we volgende bepalingen die meer bepaald van toepassing zijn op de behandeling van klachten in 1<sup>ste</sup> lijn:

- artikel 160quinquies, 2<sup>de</sup> lid, van het koninklijk besluit van 03-07-1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen,
- artikel 245quinquies tot 245octies van datzelfde koninklijk besluit,
- artikel 17 van de wet van 1995 ter invoering van het Handvest van de sociaal verzekerde.

Vaststellend dat het MC-personeel in het algemeen de draagwijdte - en dikwijls zelfs het bestaan - van deze wettelijke bepalingen niet kent, vraagt de ombudsman

- om hierover aan het personeel een vorming aan te bieden;
- om, indien nodig, nieuwe standaardbrieven op te stellen om de administratieve beslissingen mee te delen op de manier zoals vastgelegd in die wet.

6. Aanbeveling inzake de “service social” (maatschappelijk werk)

*Deze aanbeveling volgt op de vaststelling die in punt G, 7. van dit rapport is beschreven.*

Zoals in zijn vorige jaarverslag beveelt de ombudsman de ziekenfondsen aan om hun dienst service social (maatschappelijk werk) meer te betrekken wanneer een administratieve dienst van het ziekenfonds vaststelt dat een lid ontredderd is door een blokkering in zijn dossier.

In meerdere gevallen had de dienst Service social van het ziekenfonds een dossier kunnen doen vooruit gaan waardoor het lid binnen een kortere termijn geholpen had kunnen worden. Deze aanbeveling wordt ieder jaar gedaan waardoor de ombudsman voor de MC(F/G) aandringt dat MC hiermee echt rekening zou houden in het belang van iedereen.



## 7. Aanbevelingen voor de diensten van de aanvullende verzekering

7.1. *Deze aanbeveling volgt op de vaststellingen die in punt G, 8.1. van dit verslag zijn beschreven.*

De ombudsman voor de MC(F/G) nodigt MC uit om hun statuten in overeenstemming met de wetgeving te brengen:

- enerzijds, voor de statutaire dienst voor een adoptiepremie want die sluit elke tegemoetkoming bij intrafamiliale adoptie uit; de omschrijving omvat een discriminerend criterium, meer bepaald het bestaan van een verwantschapsband,
- anderzijds, voor de statutaire dienst voor tussenkomst in optiekkosten want de territoriale voorwaarde sluit elke tussenkomst uit wanneer de aankoop niet in België of een buurland plaatsvindt. Dit is een flagrante schending van het Europees verdrag (verbod van hindernissen voor het principe van vrij verkeer van goederen tussen de EU-landen).

7.2. *Deze aanbeveling volgt op de vaststellingen die in punt G, 8.2. van dit verslag zijn beschreven*

De ombudsman voor de MC(F/G) vraagt aan MC om de lacunes in de statuten van hun dienst inzake tussenkomst bij ernstige of dure ziekten weg te werken. Dit kan door objectieve criteria op te nemen die de vereisten inzake ernstgraad en minimum kostprijs nauwkeurig bepalen om het recht op deze tussenkomst te openen.

Desgevallend moet elke weigering aan een lid een wettiging op basis van een objectief (en zo mogelijk meetbaar) criterium bevatten.

## 8. Aanbevelingen inzake veelvuldig verlies van documenten

*Deze aanbeveling volgt op de vaststellingen die in punt G, 9. van dit verslag zijn beschreven.*

De ombudsman van MC(F/G) nodigt het ziekenfonds uit om de nodige maatregelen te nemen om alle inkomende documenten veilig te stellen

- om de traceerbaarheid te garanderen,
- en kwaliteitscriteria voor de dienstverlening te bepalen (Service Level Agreements).

Luc Bodson  
Ombudsman MC(F/G)

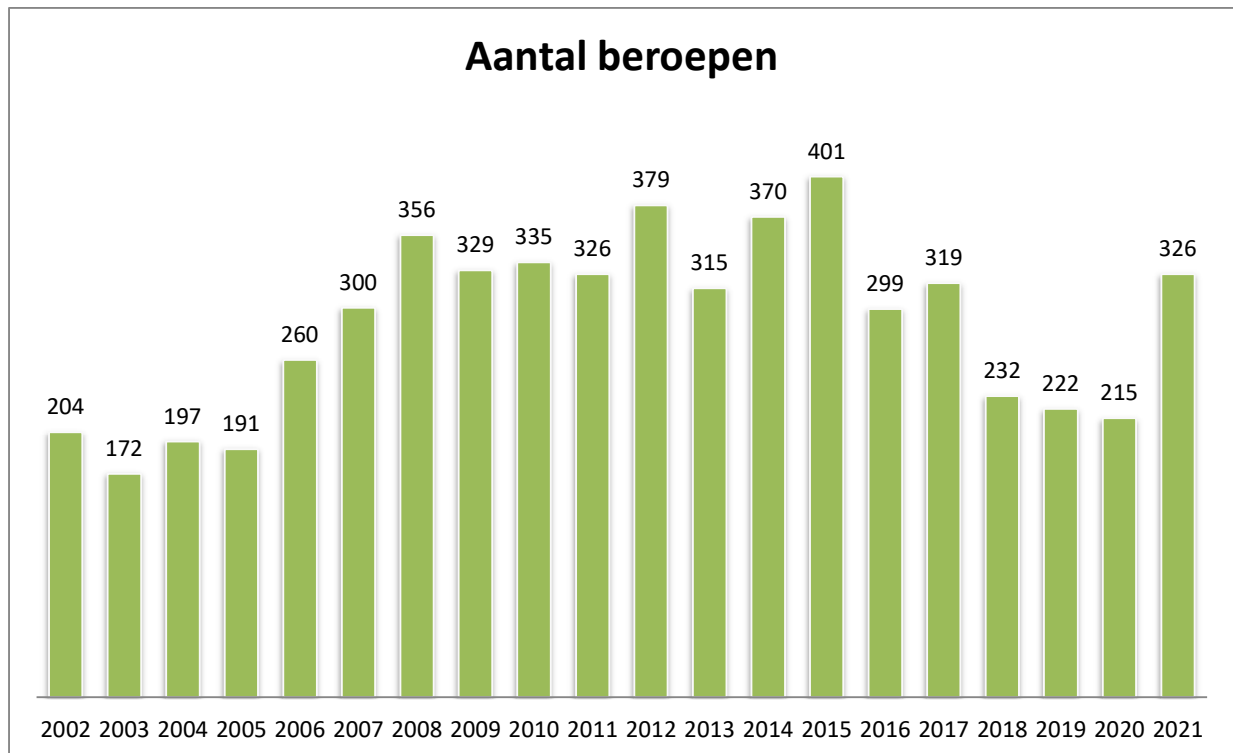
## II. Analyseverslag over de klachten die in 2021 bezorgd zijn aan de CM-Ombudsman

### A. Aantal klachten

De CM-Ombudsman werd in 2021 in totaal voor 929 situaties door personen gecontacteerd.

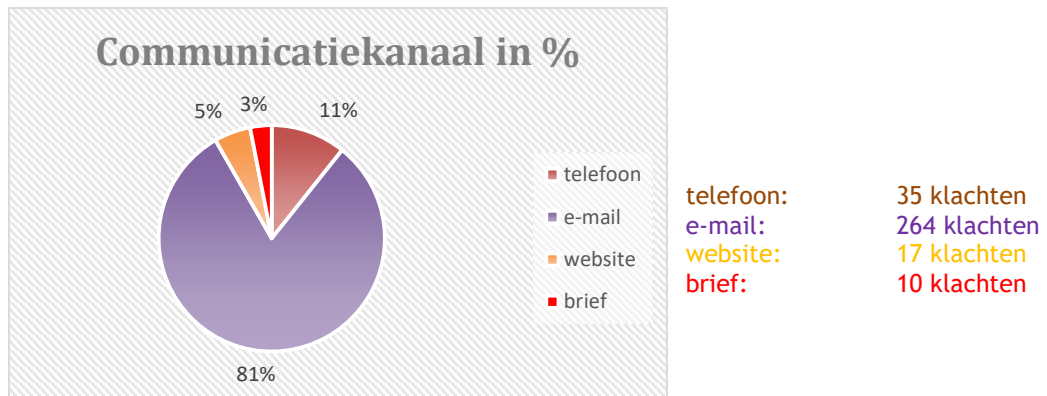
Door het grote aantal contacten, hebben we - zoals de vorige jaren - het begrip ‘beroep’ strikt moeten interpreteren. Daardoor weerhielden we van de 929 contacten (slechts) 326 klachten als een beroep.

603 contacten werden ter behandeling naar de ziekenfondsen doorgestuurd. Het ging over klachten gericht aan het regionale ziekenfonds, signalen, informatieve vragen, ... die we doorgaven aan de betreffende dienst of ziekenfonds. Het was opvallend dat tijdens het vorige kalenderjaar vele leden de ombudsman contacteerden omdat ze geen andere mogelijkheid zagen om hun ziekenfonds te bereiken. De CM-kantoren waren gesloten of enkel bereikbaar na afspraak aan te vragen via telefoon, mail of contactformulier op de CM-website. De equipes die de telefoonoproepen en de mails behandelden werden overspoeld zodat de leden de indruk kregen dat hun oproepen en mails onbeantwoord bleven. Ze gebruikten de ombudsman als alternatief om toch nog met hun ziekenfonds in contact te kunnen komen.



De dalende tendens van de voorbije jaren in het aantal beroepen die bij de CM-ombudsman ingediend zijn, is abrupt afgebroken. Er waren een derde meer beroepen dan de vorige jaren. Dit betekent dat meer leden niet tevreden waren met hoe hun klacht door hun ziekenfonds behandeld werd.

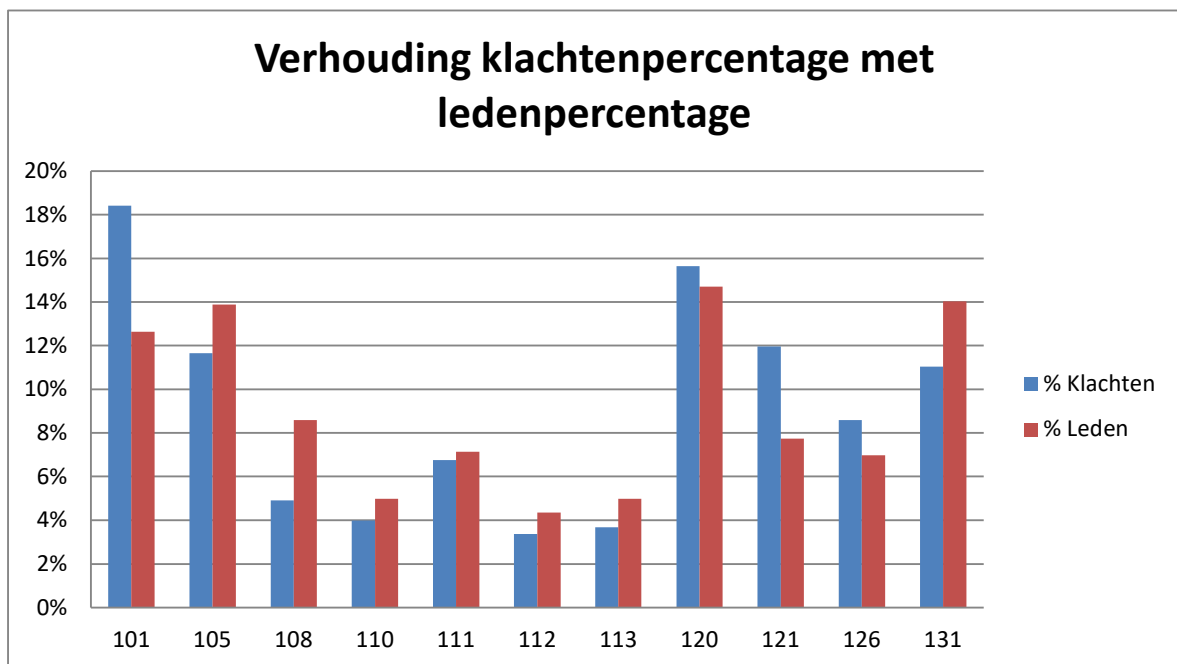
De beroepen kwamen binnen via de volgende kanalen:



De gemiddelde behandelingstijd van een beroep bij de ombudsman bedroeg 6 dagen.

## B. De 326 dossiers hadden betrekking op volgende ziekenfondsen:

ZF	ZF	Aantal dossiers	% Klachten	% Leden
101	Antwerpen	60	18,40%	12,64%
105	Regio Mechelen-Turnhout	38	11,66%	13,89%
108	Leuven	16	4,91%	8,59%
110	Brugge	13	3,99%	4,99%
111	Zuid-West-Vlaanderen	22	6,75%	7,13%
112	Oostende	11	3,37%	4,35%
113	Roeselare - Tielt	12	3,68%	4,98%
120	Midden-Vlaanderen	51	15,64%	14,71%
121	Waas & Dender	39	11,96%	7,74%
126	Sint-Michielsbond	28	8,59%	6,97%
131	Limburg	36	11,04%	14,02%
TOT		326	100%	100%



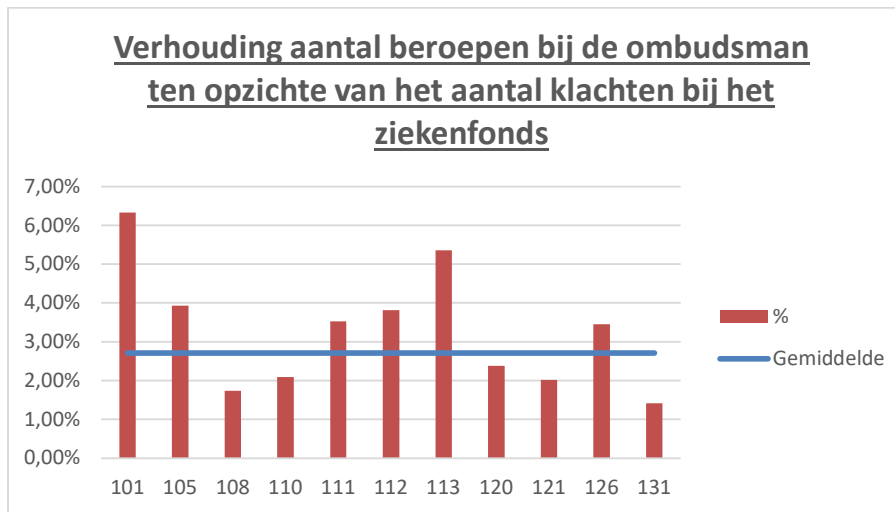
In 2021 deden de leden van CM Antwerpen (101) en van CM Waas & Dender (121) in verhouding tot hun aandeel in het CM-ledentotaal, significant meer beroep op de diensten van de ombudsman. De leden van CM Leuven (108) en van CM Limburg (131) deden dan weer significant minder beroep op de diensten van de ombudsman.

### C. Verhouding tweedelijnsklachten tegenover eerstelijnsklachten:

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

	Ziekenfonds	Beroepen bij ombudsman	Klachten bij ziekenfondsen	%
101	Antwerpen	60	948	6,33%
105	Regio Mechelen-Turnhout	38	967	3,93%
108	Leuven	16	919	1,74%
110	Brugge	13	623	2,09%
111	Zuid-West-Vlaanderen	22	623	3,53%
112	Oostende	11	288	3,82%
113	Roeselare - Tielt	12	224	5,36%
120	Midden-Vlaanderen	51	2139	2,38%
121	Waas & Dender	39	1930	2,02%
126	Sint-Michielsbond	28	812	3,45%
131	Limburg	36	2543	1,42%
TOT		326	12016	2,71%

Het valt op dat er verhoudingsgewijze veel leden van CM Antwerpen en CM Roeselare-Tielt naar aanleiding van het antwoord door hun ziekenfonds op hun klacht vervolgens in beroep gaan bij de ombudsman. Bij de andere ziekenfondsen is er geen significant verschil met het gemiddelde.



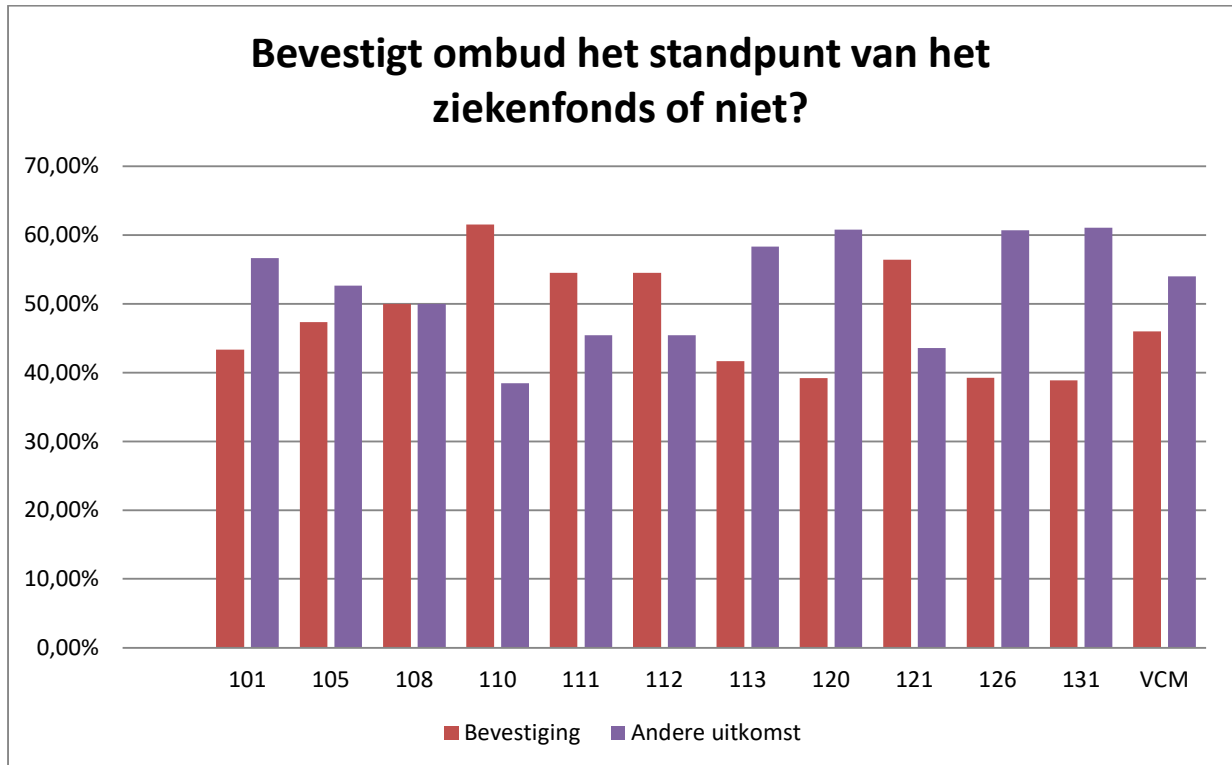
Het is niet eenvoudig om hieruit een besluit te trekken. De verhouding tussen het aantal eerstelijnsklachten en het aantal tweedelijnsklachten kan verschillende oorzaken hebben:

- De graad van registratie van de klachten bij het ziekenfonds
- De zorgvuldigheid van het onderzoek van de klacht bij het ziekenfonds
- De politiek van het ziekenfonds op het gebied van het tegemoetkomen van ontevreden leden.

Men merkt bij de leden van CM Antwerpen en CM Roeselare - Tielt een grotere bereidheid om via de ombudsman hun gelijk proberen te halen nadat hun klacht door het ziekenfonds als ongegrond beschouwd werd. Bij Cm Roeselare - Tielt zou het om een vertekening kunnen gaan. Er zijn in dat ziekenfonds relatief weinig klachten geregistreerd. Mocht dit betekenen dat dit ziekenfonds vooral de uitzonderlijke klachten registreerde en minder de klachten die eenvoudig op te lossen waren, dan heeft men een verklaring voor deze hoge verhouding tussen de klachten en de beroepen. Bij een uitzonderlijke klacht is de kans groter dat het lid nadien beroep aantekent bij de ombudsman.

### D. Bevestigt de CM-ombudsman het standpunt van het ziekenfonds?

De vaststelling is dat over het geheel van de klachten over VCM waarvoor een beroep werd ingesteld bij de ombudsman, in 46 % van de gevallen de ombudsman het standpunt van het ziekenfonds bevestigt. Anders geformuleerd blijkt dat in beroep gaan bij de CM-ombudsman in 54% van de gevallen resulteert in een meerwaarde voor de indiener van de klacht. In 36 % van het totale aantal klachten bestaat de meerwaarde in het verkrijgen van een voordeel, in 18 % van het totale aantal klachten bestaat de meerwaarde in het verkrijgen van informatie, waardoor de indiener het standpunt van zijn ziekenfonds accepteert.



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

Zo kwam de ombudsman in beroep bij 60 % van de gevallen tot een andere oplossing dan het ziekenfonds CM Limburg (131), CM Sint-Michielsbond (126) en CM Midden-Vlaanderen (120). Voor leden van CM Brugge (110) was dit bij minder dan 40 % van de gevallen.

## E. Categorieën klachten

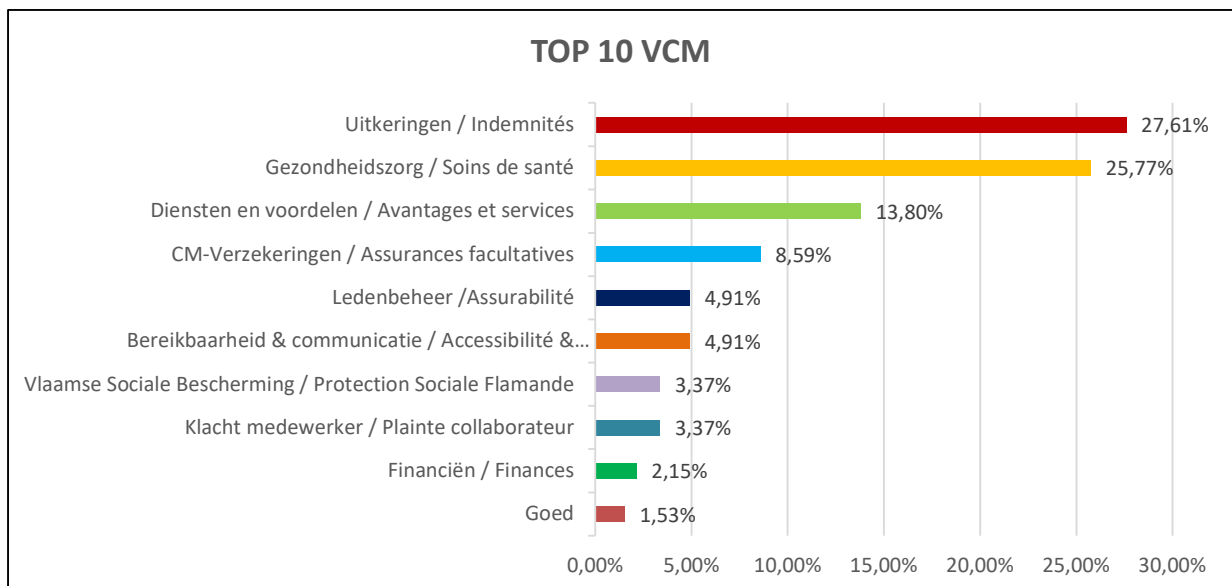
Deze rubriek geeft een aanduiding over de inhoud van de klachten. De klachten uit de 326 behandelde dossiers rubriceren we in 16 domeinen.

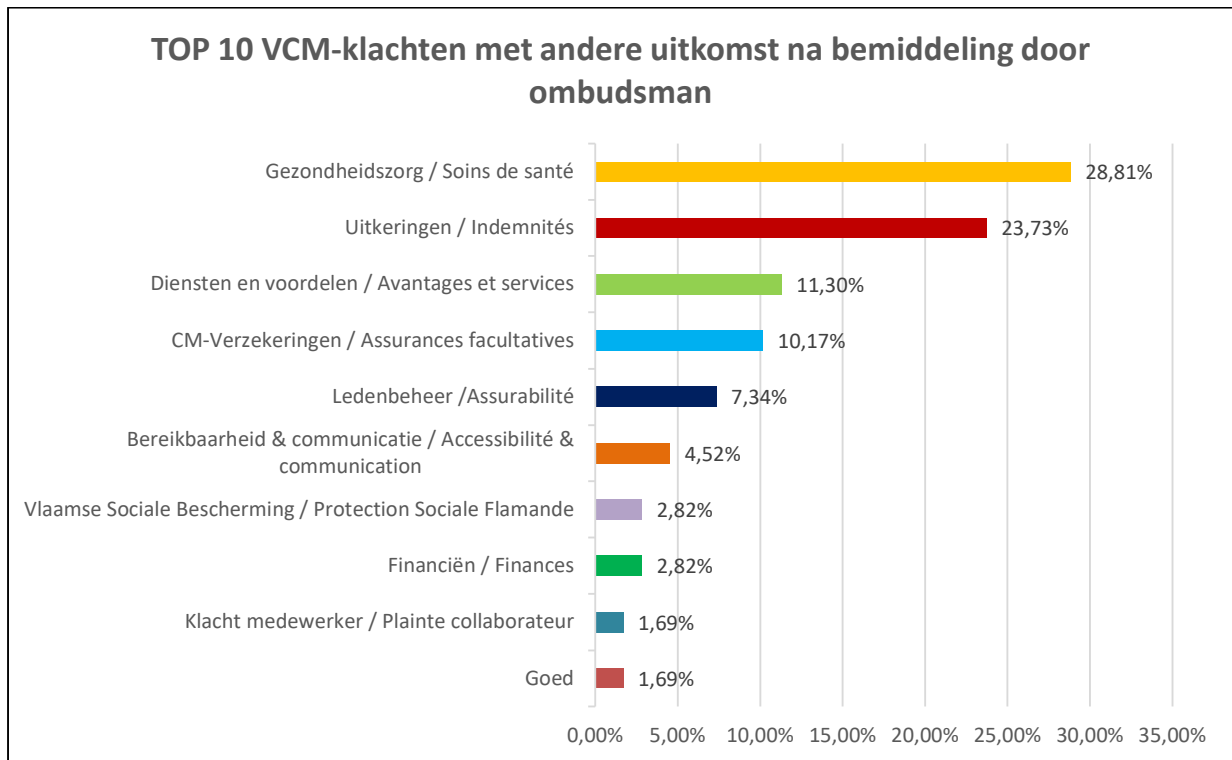
Van de 326 klachten die door de CM-ombudsman behandeld zijn, zijn er 11 klachten gericht tegen medewerkers VCM.

	Klachten	Klachten met andere uitkomst na bemiddeling	Verhouding andere uitkomst op totaal klachten
Uitkeringen	90	42	46,67%
Gezondheidszorg	84	51	60,71%
Diensten en voordelen	45	20	44,44%
CM-Verzekeringen	28	18	64,29%
Bereikbaarheid en communicatie	16	13	81,25%
Ledenbeheer	16	8	50,00%
Klacht tegen medewerker	11	5	45,45%
Vlaamse Sociale Bescherming	11	3	27,27%
Financiën (Bankrekening, domiciliëring, ...)	7	5	71,43%
Goed	5	3	60,00%
Ledenverdediging	4	3	75,00%
Juridisch (uitvoerend beslag en privacy)	4	2	50,00%
Gebeurtenis	2	2	100,00%
CM Zorgverblijven	1	1	100,00%
Maatschappelijk Werk	1	1	100,00%
Zorg	1	0	0,00%
<b>Totaal</b>	<b>326</b>	<b>177</b>	<b>54,29%</b>

De wetten en de regels die de ziekenfondsen moeten volgen zijn complex. De CM-leden hebben het in het algemeen moeilijk om een juist beeld te hebben van de ondersteuning waarop ze recht hebben en van de voorwaarden waaraan ze moeten voldoen. Dit is een oorzaak van klachten.

Leden hebben de indruk dat ze tekortgedaan worden en dienen een klacht in. Na onderzoek van de klacht blijkt dat hun dossier echter door hun ziekenfonds goed was beheerd. De verhouding ongegronde klachten over uitkeringen, CM Diensten en Voordelen en Vlaamse Sociale Bescherming illustreert dit.





#### F. Top 4 van de klachten (76 % van de klachten)

	2021	2020	2019	2018	2017
1. Uitkeringen	27,61%	20,47 %	28,8%	25,0 %	20,5 %
2. Gezondheidszorg	25,77%	25,58 %	23,4 %	22,0 %	19,4 %
3. CM Diensten & Voordelen	13,80%	14,42 %	14,4 %	7,3 %	16,2 %
4. CM-Verzekeringen	8,59%	11,16 %	12,2 %	17,7 %	17,1 %

Het aandeel van de klachten over uitkeringen die ingediend werden bij de ombudsman is met een derde gestegen, vergeleken met 2020. In reële cijfers betekent dit een verdubbeling van het aantal klachten bij de ombudsman over uitkeringen.

Het aandeel van de klachten over gezondheidszorg en CM Diensten & Voordelen kenden geen opvallende wijziging ten opzichte van het jaar 2020. In volume betekent dit echter dat de klachten er met een derde stegen.

Enkel het aantal klachten over de CM-Verzekeringen steeg niet waardoor het aandeel in het totaal aantal klachten verder bleef dalen.



## G. Analyse van de klachten

De CM-ombudsman benadrukt dat uitstekend is samengewerkt met de regionale klachtencoördinatoren en de verschillende diensten die in het ziekenfonds of op het nationaal secretariaat werden gecontacteerd. Er werd steeds getracht de best mogelijke oplossing volgens de noden van het lid te vinden. De CM-ombudsman bedankt hen van harte voor hun efficiënte medewerking in 2021.

De inhoud van een klacht leert een organisatie veel over de aspecten van de dienstverlening waar verbetering mogelijk is. Daarom is het belangrijk om de klachten te analyseren, er de leerpunten uit te halen en daaruit tot aanbevelingen voor verbetering komen. Dit is wat we in dit en volgend hoofdstuk doen.

Uit de volgende analyses mag men echter niet de conclusie trekken dat het merendeel van de CM-leden geconfronteerd worden met een ontoereikende dienstverlening.

### Belangrijkste klachten

#### 1. Uitkeringen

De klachten over uitkeringen vinden vooral hun oorsprong in de doorlooptijd alvorens een uitkering uitbetaald wordt, de complexiteit van de aangifte- en verlengingsprocedures die de leden moeten doorlopen en de bijhorende sancties van laattijdigheid, fouten in het beheer van het uitkeringsdossier en te weinig initiatief van de dossierbeheerder om het lid (of de werkgever) in te lichten wanneer er stukken in het dossier ontbreken of wanneer er signalen opgemerkt worden dat er iets misloopt.

Laten we dieper ingaan op de pijnpunten:

##### 1.1. De ingewikkelde administratie bij arbeidsongeschiktheid.

Een belangrijk deel van de klachten gaat over de administratieve rompslomp. Ze vinden hun weg niet in de verschillende formulieren en attesten die moeten ingediend worden gedurende de hele periode dat ze arbeidsongeschikt zijn. Ze vinden evenmin hun weg in de informatie op [www.cm.be](http://www.cm.be). Terwijl hun focus op het genezingsproces zou moeten liggen, moeten ze zich focussen op de administratie omdat de vraag naar invullen van formulieren en vragenlijsten niet stopt. Ze vinden dat de ondersteuning van CM onvoldoende is. Dat het ziekenfonds het hele jaar zeer moeilijk telefonisch toegankelijk was en de mails met vertraging beantwoord werden versterkte die vaststelling. Zij verwachten dat het ziekenfonds hen helpt bij het indienen van de aangifte en het invullen van de formulieren en vragenlijsten. Zij verwachten dat het ziekenfonds hen zo snel mogelijk verwittigt wanneer men er vaststelt dat er een probleem met het dossier is of wanneer er extra informatie moet aangeleverd worden om een erkenning als arbeidsongeschikte te verkrijgen. In 2020 is er gestart met het sturen van een verwittigings-SMS aan de leden waarvan de einddatum van de erkenning arbeidsongeschiktheid ten einde loopt, zodat ze indien nodig nog tijdig een nieuwe aanvraag kunnen doen. Een ander initiatief dat in Vlaanderen uitgerold werd, is het verwittigen van leden via mail of brief van het feit dat zij het inlichtingenblad niet of slechts gedeeltelijk hebben ingediend. Deze vernieuwingen van 2020 hebben in 2021 bewezen dat ze een meerwaarde voor de leden zijn. Deze vernieuwingen verdienen om nog verder uitgebouwd te worden.

In het hoofdstuk H vind je een aanbeveling bij deze vaststelling.

##### 1.2. De verwerkingstermijn van de uitkeringsdossiers.

In 2021 kwam er de veralgemeende ingebruikname van het digitale inlichtingsblad arbeidsongeschiktheid en van het digitale aanvraagformulier verlenging toelating deeltijdse werkhervatting. Alhoewel dit een verkorting van de verwerkingstijd met zich meebracht, waren er opnieuw heel wat klachten over het uitblijven van de uitbetaling van de ziektevergoeding. Meermaals ligt de oorzaak in de achterstand dat het ziekenfonds had opgelopen in de verwerking van de uitkeringsdossiers.

In het hoofdstuk H vind je een aanbeveling bij deze vaststelling.

1.3. De regels bij het indienen van de aanvraag of verlenging van de toelating voor een gedeeltelijke werkhervatting of een 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.

Het gevolg zijn leden die fouten maken bij hun aangifte en dossiers die binnen het ziekenfonds zwaar om op te volgen zijn. Een belangrijk aandeel van de klachten gaat hierover omdat leden het oneerlijk vinden dat ze door de ingewikkeldheid van het aanvraagcircuit een fout maakten en daardoor een gedeelte of hun gehele uitkering verliezen.

In het hoofdstuk H vind je een aanbeveling bij deze vaststelling.

1.4. De uitbetalingstermijn bij progressieve tewerkstelling (met goedkeuring van de adviserend arts).

De maandelijkse berekening van de uitkering bij progressieve tewerkstelling zou vlotter moeten verlopen.

Het ziekenfonds is afhankelijk van het overzicht van de gewerkte uren per werkdag die de werkgever maandelijks moet overmaken aan het ziekenfonds van de werknemer die tijdens zijn periode van arbeidsongeschiktheid / invaliditeit, deeltijds aan het werk is met goedkeuring van de adviserend arts. Is de werkgever te laat met het bezorgen van dit overzicht, dan heeft dit als gevolg dat het ziekenfonds pas later de uitkering kan uitbetalen. Door het volume aan uitkeringsdossiers en door de interne organisatie van het ziekenfonds, valt het voor dat op die initiële vertraging het nog enkele bijkomende dagen duurt vooraleer het uitkeringsdossier behandeld wordt.

Dit geeft situaties waarbij 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.

In het hoofdstuk H vind je een aanbeveling bij deze vaststelling.

1.5. De kennis over het specifieke uitkeringsdossier.

Telkens een lid de dienst uitkeringen (VVI) contacteert, stelt hij vast dat hij zijn situatie opnieuw moet uitleggen aan een andere medewerker. Omdat een dossier niet toegewezen is aan een vaste dossierbeheerder, vreest het lid dat CM het overzicht op zijn dossier verliest en ziet daarin de verklaring waarom CM in een aantal gevallen te laat reageert op ontbrekende informatie in het dossier of de specificiteit van het dossier niet opmerkt en daardoor het dossier verkeerd behandelt.

In het hoofdstuk H vind je een aanbeveling bij deze vaststelling.

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. Betalingen van tussenkomsten aan leden (Gezondheidszorg en CMDV)

2.1. De terugbetalingstermijnen bij getuigschriften voor verstrekte hulp.

Er was in heel 2021 een nooit geziene achterstand in de verwerking van de getuigschriften van verstrekte hulp. Er werden achterstanden van enkele weken tot vier maanden opgebouwd afhankelijk van het soort getuigschrift. Wat alarmerend was, is dat de achterstand niet geclusterd was rond de verlofperiodes maar continu aanhielden tijdens het hele jaar 2021!

CM kwam zwaar tekort in de dienstverlening die de CM-leden in het algemeen als dé bestaansreden van een ziekenfonds zien. Dit veroorzaakte een vloed aan oproepen en aan klachten die de

verwerking van de getuigschriften nog verder ontwrichtte.

Het is bemoedigend dat de acties die de verantwoordelijken in de loop van 2021 namen om de achterstand in te lopen, effectief waren. Door de organisatie te veranderen, extra personeelsleden in te zetten, de prioriteiten ter verwerking aan te passen, is men erin geslaagd om in de loop van 2022 de achterstanden in te halen en de betalingen uit te voeren binnen aanvaardbare termijnen. Dit vertaalt zich in een daling van het aantal klachten hierover tijdens de eerste maanden van 2022.

Daardoor is het niet nodig om over de terugbetalingstermijnen een aanbeveling te doen

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

Nu staat in een aantal gevallen het officiële remgeld op het betalingsoverzicht en niet het bedrag dat de patiënt effectief betaalde. Daardoor kan de patiënt wat hij effectief betaalde, niet bewijzen aan van zijn privéverzekeraar om de terugbetaling te verkrijgen.

Deze problematiek werd reeds in het rapport van vorig jaar opgenomen maar kende tot op vandaag geen oplossing.

Deze problematiek diende zich nog sterker aan bij de leden die ervoor opteerden om hun CM-kwijtschriften (M30) via de post te verkrijgen. Naast het vorige probleem worden ze geconfronteerd met een tweede probleem. In het verleden kregen ze op geregelde tijdstippen het overzicht automatisch toegestuurd. Nu moeten ze voor een papieren overzicht speciaal het ziekenfonds opbellen, waarbij ze in de lange wachtrij terechtkomen of geen verbinding krijgen (zie de vaststellingen over de bereikbaarheid van CM). Wanneer ze erin slagen om toch in verbinding te komen, moeten ze elke keer opnieuw de CM-medewerker overtuigen om hen het overzicht via de post te versturen. Dit terwijl het ziekenfonds wegens het Handvest van de Sociaal Verzekerde de verplichting heeft om, minstens 1 keer per trimester, het overzicht te bezorgen. De summier omschrijving die in de mededeling bij de bankoverschrijving gevoegd wordt, kan niet als alternatief aan deze leden aangeboden worden. De informatie is wegens de privacyvereisten, te summier om te voldoen aan de informatieplicht die het Handvest van de Sociaal Verzekerde aan de ziekenfondsen oplegt.

In het hoofdstuk H vind je een aanbeveling bij deze vaststelling.

2.3. De communicatie bij de terugbetaling in het kader van de MAF-factuur.

CM slaagt er niet in de leden te informeren over hoe het bedrag is berekend die zij ontvingen. De leden aanvaarden niet dat ze door het ontbreken van informatie niet kunnen controleren of CM hen wel het juiste bedrag uitkeerde. Dit ondermijnt het vertrouwen in CM.

In het hoofdstuk H vind je een aanbeveling bij deze vaststelling.

2.4. De voorwaarden en beperkingen bij een tussenkomst CMDV.

Het belangrijkste deel van deze klachten gaat over de algemene voorwaarden en beperkingen waarbij het lid niet akkoord gaat met die voorwaarden en beperkingen of claimt deze informatie niet gekregen of niet verstaan te hebben. Een sprekend voorbeeld waren de klachten van leden die niet begrepen dat ze wegens een kleine tussenkomst vanuit de Verplichte Verzekering bij de aanschaf van een tandprothese, geen recht hadden op een tussenkomst vanuit het CM-tandvoordeel. Daarbij kwam dat de publicitaire spots focussen op wat men kan ontvangen en minder op de beperkende voorwaarden.

In het hoofdstuk H vind je een aanbeveling bij deze vaststelling.

### 3. Beheer van de rekeningnummers (Financiën)

3.1. Het unieke rekeningnummer

In het licht van een veralgemeend gebruik door artsen en specialisten van het systeem e-fact, een systeem die niet toelaat om het rekeningnummer te bepalen waarop de tussenkomst in de kostprijs van het doktersbezoek moet gestort worden, is CM gestart met het aantal rekeningnummers per lid te beperken tot 1.

Men is daarbij uit het oog verloren dat meerdere mensen de kosten van het doktersbezoek van een minderjarige of wilsonbekwame persoon kunnen financieren en dat die financiers de tussenkomst graag op hun rekening terugbetaald zien. De meest voorkomende situatie (maar niet de enige) is de situatie na een vechtscheiding waarbij de ex-partners op geen enkele manier nog samenwerken, ook niet in het kader van de zorg voor de kinderen. De éne partner klaagt CM aan omdat het enige rekeningnummer voor terugbetalingen van zorgen voor het kind, het rekeningnummer van de ex-partner is. Dit betekent dat wanneer de éne partner kosten maakt voor de gezondheid van het kind en het attest van de arts indient bij CM, CM de tussenkomst in de kost toch uitbetaalt aan de andere ex-partner. Dus diegene die de kost draagt, krijgt geen terugbetaling. En de ex-partner die geen kosten gemaakt heeft, ontvangt de terugbetaling. Aangezien er geen enkel contact is bij de ex-partners, stort de ene ex-partner het geld niet door naar de andere ex-partner en is de persoon die de kost maakte voor het kind, zijn geld kwijt. Het gebruik van een kindrekening is in een dergelijke situatie geen alternatief. Aangezien beide ouders geld kunnen afhalen van de kindrekening, werkt dit enkel wanneer er tussen de ex-partners nog enig vertrouwen is. Na een vechtscheiding is dit zelden het geval.

De situatie waarbij CM de tussenkomst uitbetaald aan de ex-partner die de kosten voor het kind niet maakte, veroorzaakt terecht boze reacties aan het adres van CM. CM zondigt hier tegen de wetten van de verplichte ziekteverzekering de persoon die de kost maakt, de tussenkomst moet ontvangen. CM kan wettelijk niet vanonder de verplichting uit om de tussenkomst te betalen aan de persoon die het artsenhonorarium betaalde. CM loopt hier een groot risico op blijvende reputatieschade bij de bevolking, bij de overheid en binnen de politiek indien CM niet tot een definitieve oplossing komt die ook in de toekomst garandeert dat de persoon die recht heeft op de tussenkomst uit de verplichte verzekering, die tussenkomst ook effectief verkrijgt.

Voor de terugbetalingen vanuit de aanvullende verzekering is het minder duidelijk of CM in de fout gaat. Het is namelijk de ouder waarbij het kind ten laste is ingeschreven, die de rechten opent op de aanvullende verzekering door de betaling van het CM-lidgeld. Wanneer de andere ouder echter grote kosten maakte voor het kind, en de bijhorende grote tussenkomst vanuit de aanvullende verzekering gaat integraal naar de ouder die het eerder bescheiden lidgeld betaalde, dan voelt de ouder die de kosten maakte dit aan als een grote onrechtvaardigheid van CM.

Alhoewel het probleem van het uniek rekeningnummer reeds in het vorige rapport van de ombudsman opgenomen was, is de situatie in 2021 niet verbeterd. Er werd geen definitieve oplossing opgeleverd.

Ondertussen zijn de oude applicaties niet meer in gebruik voor de aanvullende verzekering en kunnen de bedragen die moeten uitbetaald worden op een ander rekeningnummer dan het unieke rekeningnummer niet meer uitgekeerd worden. Deze bedragen staan bevroren op een wachtrekening van CM. Leden wachten al maanden op hun terugbetaling en krijgen van CM enkel te horen dat het bedrag aan hen toegewezen is maar dat CM niet de technische mogelijkheid heeft om het bedrag effectief over te schrijven!

In het hoofdstuk H vind je een aanbeveling bij deze vaststelling.

#### 4. Communicatiekanalen en bereikbaarheid van het ziekenfonds

##### 4.1. Bereikbaarheid van het ziekenfonds.

De start van de Coronapandemie waardoor de plaatselijke kantoren hele periodes gesloten waren, was de initiële oorzaak die de contactcenters voor telefonie en mailverkeer onder druk zette. Daar bovenop kwamen problemen met nieuwe telefoniecentrales en het in gebruik nemen van het OCT-programma.

In 2019 waren het de meestal oudere leden die geen gebruik maken van pc en intranet die aanklaagden dat CM niet bereikbaar was. en hen in de kou liet staan.

Sinds 2020 is het een algemene aanklacht geworden. Of men nu wel of niet gebruik maakte van PC en intranet, het maakte niet uit. CM was zeer moeilijk bereikbaar: zeer lange wachttijden aan de telefoon, telefoonoproepen die plots afgesloten werden, mails waarop het antwoord op zich liet wachten, de berichten die via het contactformulier op de website werden ingediend werden laat beantwoord.

De periodes waarin de kantoren open waren, werd er gewerkt met het systeem van afspraak.

Gezien de wachttijden bij telefonisch contact en de antwoordtijden op de mails, werd het moeilijk om tijdig een afspraak vast te krijgen. CM leek op een ontoegankelijke vesting.

Als dienstverlenende instelling ten dienste van de leden die kampen met hun gezondheid, kan men geen ontoegankelijke vesting zijn. Er moeten zo weinig mogelijk drempels zijn zodat de mensen met hun noden bij CM kunnen aankloppen. In 2021 was de situatie nog slechter dan in 2020. Het aantal klachten over de onbereikbaarheid van CM steeg spectaculair alhoewel die stijging een forse onderschatting is. Bij twee derden van de andere klachten meldde de indiener als bijkomend probleem dat CM onbereikbaar is. Aangezien het xRM-programma slechts toestaat om 1 onderwerp per klacht te registreren, kwamen die bijkomende problemen niet in de statistieken terecht. Door de lange periode dat dit probleem aansleept, is de toon van de klachten bits geworden. Het geduld van deze leden is op. De onbereikbaarheid is het grootste probleem waar CM de laatste 25 jaar mee geconfronteerd wordt. De CM-directie nam verschillende acties zoals het aanwerven van extra personeel, het inschakelen van een extern callcenter, ... . Het resultaat bleef echter uit: begin 2022 kon 45% van de telefoonoproepen aan het contactcenter niet beantwoord worden. In het hoofdstuk H vind je een aanbeveling bij deze vaststelling.

#### 4.2. Verwerking van de inhoud van de CM-brievenbussen.

Een andere bron van wantrouwen tegenover CM zijn de mededelingen dat het getuigschrift of formulier dat het lid via de CM-brieven bezorgde, verloren gegaan is. Bij een aantal leden ging zelfs het duplicaat nog eens verloren.

In het hoofdstuk H vind je een aanbeveling bij deze vaststelling.

### 5. Ledenverdediging bij medische ongevallen

De ledenverdediging is een dienst van de aanvullende verzekering. De dossiers ledenverdediging bij een mogelijke medische fout, zijn meestal ingewikkeld en zwaar; het samenbrengen van informatie, het verkrijgen van juridisch advies, van de medische stukken en de juridische procedures hebben als gevolg dat de behandeling van deze dossiers maanden, zelfs jaren, duren. Gedurende die tijd neemt het slachtoffer meerdere keren contact op om het ziekenfonds te bevragen over de vooruitgang. Sommige van de slachtoffers krijgen hierbij de indruk dat er niets gebeurt, dat het dossier aansleept, dat het ziekenfonds zaken verzwijgt of finaal niet langer in het dossier geïnteresseerd is. In het hoofdstuk H vind je een aanbeveling bij deze vaststelling.

### 6. Adviserende artsen

Tegen deze beperkte groep personeelsleden worden er opvallend veel klachten over de houding ingediend. Het gaat bovendien over een beperkt aantal adviserend artsen. In verschillende van de klachten, komt eenzelfde aanklacht naar voor. In die klachten gaat het over een neerbuigende houding zonder blijk van empathie, onvriendelijkheid en afstandelijkheid, geen aandacht hebben voor het verhaal van het lid, het niet bekijken van de medische stukken die het lid meebracht, het kleineren van het lid, het laten voelen dat het lid een profiteur is,... Deze leden hadden de indruk dat de adviserend arts, reeds een oordeel gevormd had en dat er niet meer geluisterd werd naar de uitleg die de patiënt geeft over zijn medische situatie.

Meerdere leden gaven in hun klacht aan emotioneel gecrasht te zijn na het bezoek aan de adviserend arts.

In het hoofdstuk H vind je een aanbeveling bij deze vaststelling.

## H. Aanbevelingen

Op basis van zijn vaststellingen bij de behandeling van de klachten in 2020 formuleert de CM-ombudsman volgende aanbevelingen ter attentie van de Raad van bestuur van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten.

### 1. Uitkeringen:

#### 1.1. De ingewikkelde administratie bij arbeidsongeschiktheid.

*Deze aanbeveling volgt op de vaststellingen die in het punt G, 1.1 en G, 1.3 van dit rapport zijn beschreven.*

- Het ziekenfonds moet inzetten op proactiviteit in het beheer van het uitkeringsdossier. Dit betekent een gepersonaliseerde ondersteuning aanbieden zodra het lid het signaal geeft dat hij arbeidsongeschikt is of zal worden. Wanneer blijkt dat het lid geen problemen heeft met de administratie, dan kan de ondersteuning beperkt blijven tot het informeren wanneer een volgend formulier moet ingediend worden of een aanvraag moet vernieuwd worden. Wanneer het blijkt dat het lid zijn weg niet vindt in de administratieve vereisten, dan zou het ziekenfonds als partner “in tijden van ziekte en gezondheid” moeten helpen bij het aanvragen, invullen en indienen van de attesten, formulieren en vragenlijsten van de administratieve en belangrijk deel van de klachten gaat over de administratieve rompslomp. De ondersteuning is zeker van belang bij de aanvraag toelating adviserend arts voor deeltijdse werkhervatting of bij de aanvraag van een verlenging van de toelating. De beschikbare informatie op de CM-website of op de CM-brieven blijkt door een deel van de aanvragers niet verstaan te zijn waardoor de aanvraag te laat of via de verkeerde manier ingediend wordt met verlies aan uitkering tot gevolg. Daar bovenop is het belangrijk dat CM het lid onmiddellijk contacteert wanneer men vaststelt dat er problemen opduiken om het lid in te lichten over wat hij of zij moet ondernemen. Daarbij moet er niet alleen uitleg gegeven worden voor het oplossen van het onmiddellijke probleem maar ook voor de problemen die zich reeds aanmelden verder in het verloop van het dossier. Dit zal de perceptie wegnemen dat nu bij een aantal leden leeft dat wanneer een probleem opgelost is, CM wel met een ander probleem aankomt om op die manier het verlenen van een uitkering te vertragen of onmogelijk te maken.
- Belangrijk is dat CM via telefoon en mail vlot bereikbaar is zodat het lid raad kan vragen aan het ziekenfonds bij het aanleveren van de gegevens voor het uitkeringsdossier.
- Alhoewel standaardbrieven en formulieren de vorige jaren herwerkt werden om ze beter leesbaar te maken, blijven leden worstelen met de leesbaarheid. Het werk is dus niet af. Als ombudsman pleit ik om ook in 2022 de brieven en formulieren leesbaarder en efficiënter te maken.

#### 1.2. De verwerkingstermijn van de uitkeringsdossiers:

*Deze aanbeveling volgt op de vaststellingen die in het punt G, 1.2 , G, 1.3 en G, 1.4 van dit rapport zijn beschreven.*

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 of de controle en de uitbetaling bij de dossiers arbeidsongeschiktheid met progressieve tewerkstelling anders kunnen georganiseerd worden, zodat ook deze uitkeringen op het einde van de maand kunnen uitbetaald worden en niet in de loop van de maand die erop volgt.
- 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, de arts of de werkgever 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. De proactieve acties die gestart zijn in 2020 verdienen om ook in 2022 verder uitgebouwd te worden

### 1.3. Kennis over het specifieke uitkeringsdossier:

*Deze aanbeveling volgt op de vaststellingen die in het punt G, 1.5. zijn beschreven.*

Het organisatiemodel waarbij elke medewerker van de diensten VVI aan elk uitkeringsdossier kan werken, heeft voordelen. De vooruitgang van 1 dossier hangt niet af van de aanwezigheid van een specifieke dossierbeheerder. Bij achterstand binnen 1 equipe, kan een andere equipe tijdelijk het beheer van de dossiers overnemen.

Het nadeel is dat elke medewerker die in een dossier een actie onderneemt, zich steeds opnieuw moet inwerken in de eigenheid van het dossier. Het is het overwegen waard om na te gaan of werken met toegewezen dossierbeheerders voor de complexe uitkeringsdossier een valabel alternatief is. Het lid die het ziekenfonds contacteert over zijn complex dossier zal dan te woord gestaan worden door iemand die het dossier werkelijk kent.

## 2. Betalingen van tussenkomsten aan leden (Gezondheidszorg en CMDV)

### 2.1. Het ter beschikking stellen van de betalingsoverzichten met daarop de tussenkomst van het ziekenfonds en het door het lid werkelijk betaalde bedrag bij de zorgverstreker

*Deze aanbeveling volgt op de vaststellingen die in het punt G, 2.2. zijn beschreven.*

- De scanningsequipes moeten attent gemaakt worden op het belang dat het werkelijk betaalde bedrag dat 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.
- Het ziekenfonds moet voldoen aan de communicatievereisten vastgelegd in het Handvest van de Sociaal Verzekerde. Dit betekent dat elk CM-lid, via de communicatiedrager die het lid verkiest, minstens trimestrieel het overzicht van de tussenkomsten van het ziekenfonds moet krijgen met de detaillering die in de M30 voorzien is. Als ombudsman geef ik de aanbeveling om de interne richtlijn dat de leden die kozen voor een overzicht op papier, telkens opnieuw hun aanvraag om een overzicht moeten vernieuwen en motiveren, in te trekken. Het ziekenfonds heeft de plicht om de leden in te lichten van de tussenkomsten die het ziekenfonds hen uitkeerde en hen de informatie te verschaffen waarmee ze bij hun private verzekeraar een bijkomende terugbetaling kunnen claimen.  
Hou er rekening mee dat de informatie die meegegeven wordt in de melding bij de bankoverschrijving, te beperkt is om te voldoen aan de communicatievoorwaarden van het Handvest en daardoor de M30 niet kan vervangen.

### 2.2. De communicatie bij de terugbetaling in het kader van de MAF-factuur.

*Deze aanbeveling volgt op de vaststellingen die in het punt G, 2.3. zijn beschreven.*

Ontwikkelen van een applicatie die het mogelijk maakt de begunstigden een inzicht te geven op de samenstelling van het bedrag dat ze in het kader van de MAF teruggestort kregen.

### 2.3. De voorwaarden en beperkingen bij een tussenkomst CMDV.

*Deze aanbeveling volgt op de vaststellingen die in het punt G, 2.4. zijn beschreven.*

- Het contactpersoneel is opgeleid om de voorwaarden en beperkingen duidelijk mee te geven aan de leden. Ook in de toekomst zal deze opleiding verdergezet moeten worden.
- Reclamespots moeten het DNA van CM weerspiegelen: aantrekkelijk zijn en betrouwbaar. De reclamespot mag niet de indruk geven dat er geen voorwaarden zijn om een tussenkomst te verkrijgen, wanneer die voorwaarden er wel zijn.

## 3. Beheer van de rekeningnummers (Financiën)

### 3.1. Het unieke rekeningnummer

*Deze aanbeveling volgt op de vaststellingen die in het punt G, 3.1. zijn beschreven.*

CM zorgde begin 2021 voor een voorlopige oplossing om manueel via de oude systemen de tussenkomst toch nog op een ander rekeningnummer te kunnen uitbetalen. Deze voorlopige oplossing kan binnenkort niet langer aangehouden worden. De oude systemen worden uit gebruik genomen. Ook is de voorlopige oplossing arbeidsintensief en foutgevoelig. Het is een noodzaak dat CM een definitieve oplossing uitwerkt om op een efficiënte en bedrijfszekere manier de terugbetalingen te kunnen uitvoeren op een ander dan het unieke rekeningnummer.

Voor de tussenkomsten vanuit de aanvullende verzekering is het ondertussen technisch al niet meer mogelijk toegewezen bedragen over te schrijven op een andere dan het unieke rekeningnummer. Voor die bedragen die al maanden op een wachtrekening staan, vraagt de ombudsman CM ik een onmiddellijke manuele uitbetaling aan de begunstigde, d.w.z. aan de persoon die de kost van de medische behandeling gefinancierd heeft.

Er werd in 2021 geen definitieve oplossing uitgewerkt waardoor de druk voor een definitieve oplossing sterk hoger geworden is.

Daarom de aanbeveling om zo snel mogelijk de definitieve oplossing uit te werken en de hangende uitbetalingen uit te voeren.

#### 4. Communicatiekanalen en bereikbaarheid van het ziekenfonds

##### 4.1. De bereikbaarheid van de ziekenfondsen:

*Deze aanbeveling volgt op de vaststellingen die in het punt G, 4.1. zijn beschreven.*

Aangezien het percentage van tijdig opgenomen telefoonoproepen in het contactcenter nog steeds te laag ligt, spijts de verschillende acties die in 2021 ondernomen is, blijft de aanbeveling om te werken aan een hogere telefonische bereikbaarheid. Dit gaat samen met de oproep om zolang het probleem van de telefonische bereikbaarheid niet opgelost is, de toegankelijkheid van de kantoren niet te laten afhangen van een telefonisch aan te vragen afspraak. Voor dezelfde reden moet de behandelingstermijn van de contactformulieren en de mails kort genoeg zijn, wil dit kanaal kunnen dienen als afspraakkanaal voor het kantoorbezoek.

Behoud of versterk de mogelijkheid tot de vrije toegang tot het plaatselijke kantoor totdat de capaciteit van het mail- en telefoniekanaal op punt staat. Dit is de voorwaarde om de noodzakelijk vernieuwing in de contactmogelijkheden met CM te realiseren zonder dat het contact tussen CM en meerdere van zijn doelgroepen verbroken wordt.

##### 4.2. De verwerking van de inhoud van de CM-brievenbussen:

*Deze aanbeveling volgt op de vaststellingen die in het punt G, 4.2. zijn beschreven.*

Van het ziekenfonds de boodschap krijgen dat het getuigschrift of formulier dat je in de CM-briefbus deponeerde, verloren gegaan is, schaadt het vertrouwen. Zeker wanneer het meerdere keren bij hetzelfde lid voorkomt. Daarom de volgende aanbevelingen:

- Doorlichting van de manier waarop de CM-brievenbussen gelicht worden en aanpassen van de tekortkomingen mochten deze vastgesteld worden.
- Doorlichting van de scanningsprocedure van de papieren getuigschriften en bewijzen: Een aantal bewijsstukken moeten samen ingediend worden om van een voordeel te kunnen genieten. Verzekert de huidige procedure dat die bewijsstukken in de loop van het inscanningsproces bij elkaar blijven en vervolgens samen op de juiste dienst terecht komen?
- Onderzoeken of leden niet onterecht de mededeling krijgen dat hun attest of formulier verloren gegaan is, terwijl dit attest of formulier enkel op verwerking ligt te wachten in de stapel achterstallig werk. Wanneer men onder tijdsdruk staat, is het voor de CM-medewerker verleidelijk om aan het lid te vragen om een duplicaat van het attest aan te vragen in plaats van een tijdrovende zoektocht te starten in de stapel nog te verwerken stukken. Een tracingsysteem voor de ontvangen documenten zou welkom zijn. Hou er rekening mee dat wanneer na verwerking het duplicaat, het originele exemplaar binnen CM toch opduikt en eveneens terugbetaald wordt, er nieuwe problemen ontstaan waaronder terugvordering van de extra uitbetaalde som bij het lid.

#### 5. Ledenverdediging bij medische ongevallen

*Deze aanbeveling volgt op de vaststellingen die in het punt G, 5. zijn beschreven.*

Het is belangrijk dat CM het initiatief neemt om regelmatig met het betrokken lid te communiceren over de evolutie van zijn dossier of om toe te lichten waarom zijn dossier niet vorderde. Als de bevriezing van het dossier te wijten is aan de houding van een derde (advocaat of expert, bijvoorbeeld) zouden hiernaar regelmatig rappels moeten worden gestuurd om resultaat te bekomen.

Als CM daarentegen meent dat de feiten niet als een therapeutisch ongeval in aanmerking kunnen worden genomen of dat bij gebrek aan voldoende bewijselementen een vergoedingsdossier niet kan



worden afgewerkt, moet CM zo snel mogelijk haar mening duidelijk en gemotiveerd mededelen aan het lid. Het heeft geen zin om dossiers die manifest negatief zullen aflopen, te rekken. De ombudsman beveelt dus aan de ziekenfondsen, het Juridisch departement en de Medische directie van LCM aan om samen te werken ook met eventuele andere betrokkenen (experts, advocaat) voor een sneller, proactiever en transparanter beheer van de dossiers ledenverdediging ingeval van een therapeutisch ongeval.

## 6. Adviserende artsen

*Deze aanbeveling volgt op de vaststellingen die in het punt G, 5. zijn beschreven.*

Als aanbeveling verwijs ik naar het document a165003 met publicatiedatum 27/04/2019 van de Nationale Raad van de Orde der Artsen. Het document heeft als titel "Rol van medewerkers van de adviserend arts van de verzekeringsinstelling bij de controle van de arbeidsongeschiktheid"

Op de eerste pagina staat de volgende alinea:

**"Bij het evalueren van de arbeidsongeschiktheid is de eerbiediging van de waardigheid van de patiënt van fundamenteel belang voor de vertrouwensrelatie tussen de adviserend arts en de patiënt. De adviserend arts gaat empathisch, attent en respectvol om met elke patiënt en communiceert duidelijk en correct met de patiënt (artikelen 16 en 19 van de code van medische deontologie 2018)."**

De aanbeveling is dus om de adviserend arts te herinneren aan de impact die de artikelen 16 en 19 van de code van medische deontologie uit 2018 hebben op de uitoefening van zijn functie.