



JAARVERSLAG 2019 VAN DE OMBUDSMAN DER CHRISTELIJKE MUTUALITEITEN

Inhoudstafel

I.	Analyseverslag van de interpellaties aan de ombudsman MCFG in 2019	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 klachten (74,4 %)	5
F.	Behandelingstermijn bij bemiddeling.....	6
G.	Analyse van de klachten.....	7
H.	Aanbevelingen.....	13
II.	Analyseverslag over de klachten die in 2019 bezorgd zijn aan de CM-Ombudsman	16
A.	Aantal klachten	16
B.	De 222 dossiers hadden betrekking op volgende ziekenfondsen:	17
C.	Verhouding tweedelijnsklachten tegenover eerstelijnsklachten:.....	18
D.	Bevestigt de CM-ombudsman het standpunt van het ziekenfonds?	20
E.	Categorieën klachten	21
F.	Top 4 van de klachten (79 % van de klachten)	22
G.	Analyse van de klachten.....	23
H.	Aanbevelingen.....	28

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 de eerste lijn dan kan hij een klacht indienen bij de tweede lijn.

Klachtenbemiddeling

De klachten in tweede lijn 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 in de tweede lijn van een beroep bij een individuele klacht hebben de ombudsmannen ook een signaalfunctie tegenover CM.

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 2019

A. Aantal klachten

254 interpellaties waren rechtstreeks gericht aan de ombudsman MC(FG) in 2019. Dit is 11% meer dan in 2018.

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^{de} niveau verminderen. De ombudsman zond aldus 152 klachten (+58% tegenover 2018) naar de regionale ziekenfondsen voor behandeling (1^{ste} niveau).

Bemiddeling

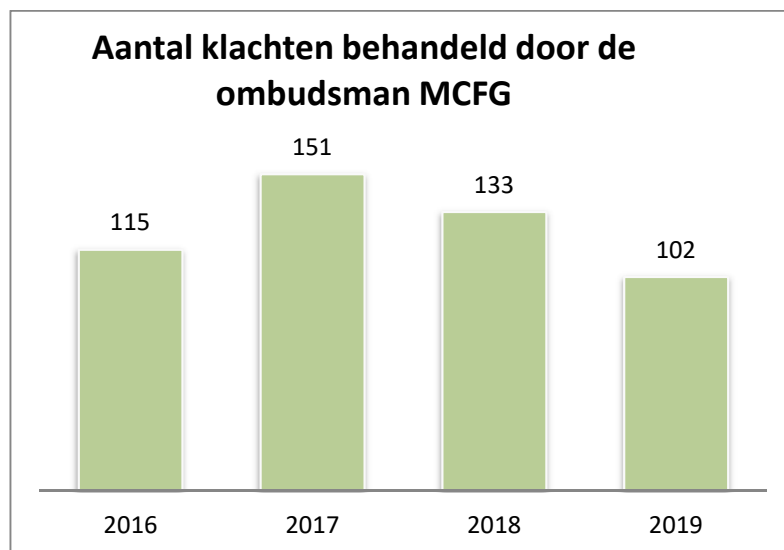
De ombudsman behandelde persoonlijk 102¹ klachten (- 23 % tegenover 2018). 4 daarvan kwamen van een externe instantie (meer bepaald de federale Ombudsman).

Merk op dat alle klachten afkomstig van de Ombudsman van de Verzekeringen in 2019 door MC Assure werden behandeld.

92 % van de klachten werden elektronisch ingezonden:

- 77,3% via mediateur@mc.be
- 14,7% via het contactformulier op de website.

6,8% van de klachten kwamen per post en 0,9% telefonisch (behalve dringende klachten, behandelt de ombudsman immers enkel schriftelijke klachten).



¹ 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.

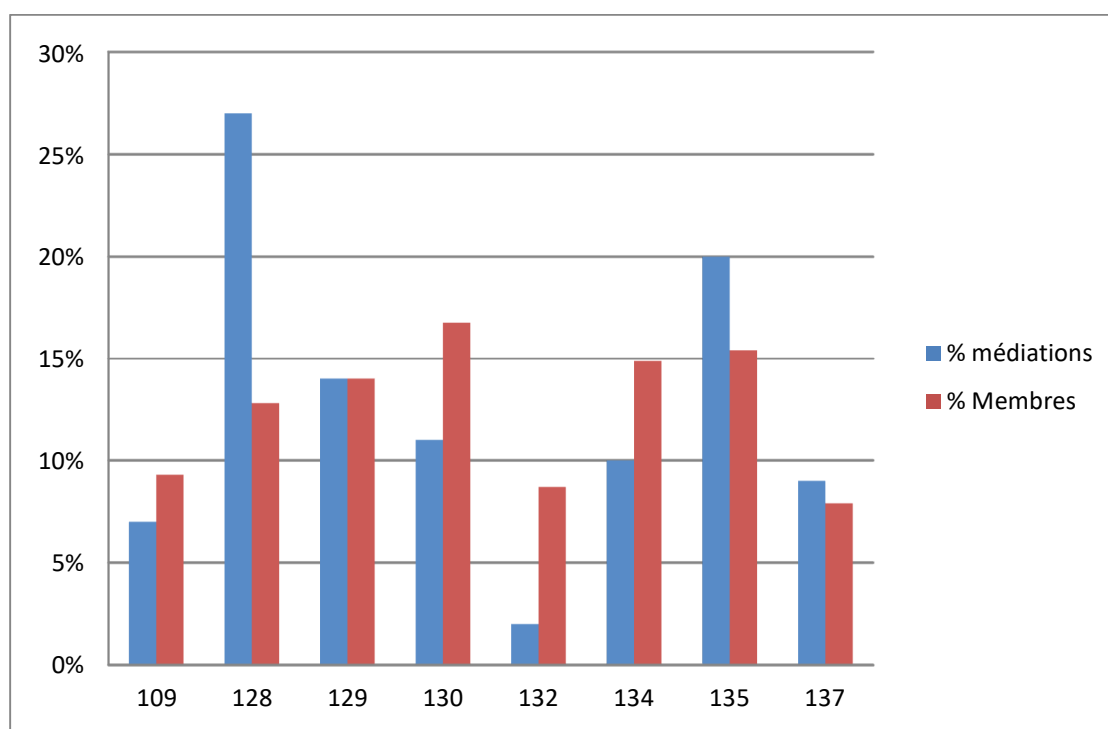
B. De verdeling over de ziekenfondsen van de klachten die de ombudsman MC(FG) behandelde

ZF	Ziekenfonds	Aantal klachten	% klachten
109	Brabant wallon	7	7%
128	Hainaut oriental	27	27%
129	Hainaut Picardie	14	14%
130	Liège	11	11%
132	Province du Luxembourg	2	2%
134	Province de Namur	10	10%
135	Saint-Michel	20	20%
137	Verviers-Eupen	9	9%
TOT	MCFG	100	100%
108	CM Leuven	2	
TOT	MC/CM	102	

In 2019 betroffen 47% van de bemiddelingen twee ziekenfondsen (MC128 en 135). Merk op dat de ombudsman MCFG ook 2 interpellaties voor Franstalige leden van CM Leuven (CM108) behandelde.

Dit was in 2019 de verhouding tussen het percentage bemiddelingen en het percentage MCFG-leden (rechthebbenden):

ZF	% bemiddelingen	% MCFG-leden (rechthebbenden) (ledenbestand op 30-06-2019)
109	7%	9,3%
128	27%	12,8%
129	14%	14%
130	11%	16,78%
132	2%	8,7%
134	10%	14,86%
135	20%	15,43%
137	9%	7,9%
TOT	100%	100%



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

ZF	Klachten 2 ^{de} lijn	Klachten 1 ^{ste} lijn	%
109	7	155	4,5%
128	27	326	8,2%
129	14	187	7,4%
130	11	102	10,7%
132	2	36	5,5%
134	10	105	9,5%
135	20	347	5,7%
137	9	75	12%
TOT	100	1333	7,5%

Elke bemiddeling werd in principe veroorzaakt door ontevredenheid over de behandeling van een klacht in eerste lijn. Bovenstaande tabel geeft dus enig idee van de effectiviteit van de behandeling van de eerstelijnsklachten in de ziekenfondsen.

D. Categorieën klachten

Categorieën	Aantal bemiddelingen	% bemiddelingen
Uitkeringen	23	22,5%
Facultatieve verzekeringen	20	19,6%
Gezondheidszorg	19	18,6%
Voordelen en diensten	14	13,7%
Verzekeerbaarheid	13	12,7%
Communicatie/contact	4	3,9%
Adviserend arts	3	2,9%
Terugvorderingen	2	1,9%
Ledenverdediging	2	1,9%
Dienst Maatschappelijk Werk	1	0,9%
0800	1	0,9%
TOT	102	100%

E. Top 4 van de klachten (74,4 %)

		2019	2018	2017	2017
1	Uitkeringen	22,5%	21,8%	9,3%	10,4%
2	Facultatieve verzekeringen	19,6%	26,3%	38,4%	33,9%
3	Gezondheidszorg	18,6%	23,3%	23,3%	23,3%
4	Voordelen en diensten	13,7%	10,5%	10,4%	Niet in top 4

De bemiddeling voor uitkeringen bleef stijgen in 2019 en komt op de eerste plaats in de top 4.

De bemiddeling voor de facultatieve verzekeringen daalde fors in 2019 maar komt toch op de tweede plaats in de top 4.

De bemiddelingen voor gezondheidszorg daalden in 2019 maar het percentage blijft hoog.

De bemiddelingen voor de voordelen en diensten (vooral de aanvullende verzekering) stijgt ieder jaar. Merk op dat de bemiddelingen omtrent verzekeerbaarheid in 2019 stegen en onmiddellijk volgden op de top 4.

In 2019 vonden veel minder bemiddelingen over de andere onderwerpen plaats.

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.

F. Behandelingstermijn bij bemiddeling

Aangezien deze klachten in 2^{de} 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.

Onderstaande tabel bevat de volledige behandelingstermijn van de klachten in 2019.

Volledige behandelingstermijn	Aantal bemiddelingsdossiers	Gecumuleerd aantal
Maximum 3 kalenderdagen	49	49 (48%)
Maximum 7 kalenderdagen	21	70 (68%)
Maximum 14 kalenderdagen	19	89 (87%)
Maximum 21 kalenderdagen	4	93 (91%)
Maximum 30 kalenderdagen	7	100 (98%)
Meer dan 30 kalenderdagen	2	102

Hieruit vloeit voort dat bij 98% van de bemiddelingen de maximum behandelingstermijn van de klachten overeenkomstig de nationale procedure (30 dagen) gerespecteerd kon worden.

De reden waarom de maximum termijn in 2 gevallen niet gerespecteerd kon worden, roept echt vragen op. Dit kwam immers doordat geen bekwaam personeel beschikbaar was en geen vervangers met voldoende opleiding voor bepaalde taken of materies aanwezig waren, op het nationaal secretariaat of in het ziekenfonds. Voor deze 2 dossiers was de behandelingstermijn zeer lang : 73 en 115 kalenderdagen. Dit is onaanvaardbaar te meer omdat het dossier waarvoor het langst op een antwoord moest worden gewacht, een interpellatie van de federale ombudsman betrof en die laatste moest concluderen dat het ziekenfonds het Handvest van de sociaal verzekerde niet correct had toegepast tegenover zijn lid.

De positieve vaststelling is dat bijna 90% van de bemiddelingen binnen de 2 weken volledig behandeld konden worden en bijna de helft van de bemiddelingen zelfs binnen de 3 kalenderdagen.

G. Analyse van de klachten²

Algemene bemerkingen

In 40% van de gevallen - hetzij 41 klachten -, leidde de bemiddeling tot een deblokkering of herziening van de beslissing van het ziekenfonds ten gunste van het lid.

De ombudsman MC(FG) onderstreept dat uitstekend is samengewerkt met de regionale klachtencoördinatoren en de verschillende diensten die in het ziekenfonds of op het nationaal secretariaat werden gecontacteerd en dat steeds werd 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 in 2019.

Bemerkingen per behandeld onderwerp

1) Facultatieve verzekeringen

1.2. Aantal bemiddelingen omtrent de facultatieve verzekeringen

Het aantal bemiddelingen omtrent de facultatieve verzekeringen daalde van 35 in 2018 naar 20 in 2019.

Wij wijzen echter erop dat MC Assure in 2019 13 klachten behandelde die zij van de Ombudsman van de Verzekeringen ontvingen. De ombudsman MC stelde echter vast dat 4 van deze 13 klachten niet in XRM/DMS geregistreerd waren.

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

1.3. Ontbrekende premiebetaling

De meeste klachten komen door de opzegging van verzekeringscontracten wegens niet-betaling van één of meerdere trimestriële premies. In de meeste gevallen oordeelde de ombudsman dat de opzegging waartoe MS Assure besliste, niet in vraag kon worden gesteld omdat de historiek van deze leden herhaaldelijk betalingsachterstand vertoonde waarvoor meerdere aangetekende herinneringen waren verstuurd.

In enkele gevallen vroeg de ombudsman aan MC Assure om hun beslissing te herzien want de niet-betaling kwam ofwel door uitzonderlijke omstandigheden, ofwel door een spijtig misverstand, ofwel door een vergetelheid die aan het lid toe te schrijven was maar waarbij de verzekeringsovereenkomst opzeggen disproportioneel zou zijn geweest voor het lid en zijn gezin die sinds lang trouwe CM-leden zijn en in het verleden steeds regelmatig hun bijdrage betaalden. In die gevallen heeft MC Assure de opzegging teniet gedaan of het lid opnieuw aangesloten zonder wachttijd.

1.4. Informatie en advies bij het afsluiten van een verzekering

Onze leden verwachten van hun verzekeringsagent passend advies en informatie volgens hun situatie. Met de invoering van nauwkeurigere en meer gedetailleerde vragenlijsten (cf. verplichtingen MIFID) kan beter worden bepaald wat de leden wensen en echt nodig hebben wanneer zij facultatieve verzekeringen afsluiten en kunnen misverstanden beter vermeden worden.

Door die verbetering verdwenen nagenoeg de bemiddelingen wanneer een lid het nut van zijn aansluiting bij de verzekering in vraag stelt evenals de premies die hij betaalde ten opzichte van zijn reële noden. Dit was echt een welkome verbetering gezien de talrijke geschillen in 2017-2018 door een marketingcampagne die onvoldoende genuanceerd was bij de lancering van Dento+. Die campagne leidde toen tot ontgoocheling wanneer de leden beseften dat de Dento+-dekking in hun persoonlijk geval nutteloos was.

² De meerderheid van de klachten gaan over geïsoleerde problemen. Dit hoofdstuk herneemt enkel de klachten waarvan de ombudsman MC van mening is dat ze een terugkerend probleem aan het licht brengen.

1.5. Informatie over de dekking door de afgesloten verzekeringen

Onze leden verwachten van hun verzekeringsagent en CM Assure duidelijke informatie over de dekking die hun verzekeringen hen bieden. Vastgesteld moet worden dat de informatie verbeterd is en de bemiddelingen in 2019 hieromtrent zeldzamer werden. De MC Assure-producten zijn echter zo complex dat waakzaamheid geboden blijft: niet alle leden zijn in staat dergelijke complexe producten en procedures te begrijpen. Ondersteuning, raadgeving en soms is enige welwillendheid nodig voor een billijke afhandeling van deze dossiers.

2) Gezondheidszorg

2.1. Terugbetalingstermijnen

Over de terugbetalingstermijnen voor gezondheidszorg kwamen zeer veel klachten in 2019. In sommige ziekenfondsen bedroeg de betalingsachterstand regelmatig zelfs meer dan een maand. 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 bevestigd, kon hij dus enkel maar vaststellen dat de vertraging abnormaal was en bij het betrokken ziekenfonds aandringen op maatregelen om de geaccumuleerde 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.

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 wel 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. Brillen: vernieuwing van glazen met gelijke dioptrie maar een totaal andere soort brilglas (veel complexer)

Aan een lid werd een tussenkomst van 330 euro voor een brilglas met complexe kenmerken geweigerd enkel en alleen omdat deze het jaar voordien een tussenkomst van 43,53 euro had gekregen voor een gewoon glas met echter dezelfde dioptrie.

Als het RIZIV in 2012 de interpretatieregels inzake het verschil niet had ingetrokken, had dit lid ongeveer 286 euro gekregen als tussenkomst voor dit brilglas. Toen de interpretatieregels inzake de nomenclatuur geneeskundige verzorging in het Staatsblad gepubliceerd moesten worden om afdwingbaar erga omnes te zijn, nam het RIZIV die regel echter niet op.

De weigering om die brilglazen terug te betalen is des te betreurenswaardiger want die glazen worden in tegenstelling tot gewone glazen, enkel voorgeschreven aan patiënten met bepaalde visuele aandoeningen die in de nomenclatuur geneeskundige verzorging limitatief zijn opgesomd en dit lid had precies één van die aandoeningen.

Zonder de regel inzake het verschil en zonder de uitzondering voor nieuwe glazen die door hun technische kenmerken tot een fundamenteel andere categorie behoren dan de vorige, is de strenge toepassing van de vernieuwingstermijn (hier: 2 jaar) bij ongewijzigde dioptrie disproportioneel en onrechtvaardig.

Deze vaststelling is belangrijk: aangezien CM claimt dat ze de verdediger van haar leden is, zou ze moeten reageren op dit gebrek aan nuance in de nomenclatuur over de geneeskundige verzorging en zou CM moeten ijveren om de verschilregel opnieuw in de nomenclatuur op te nemen.

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

3) Arbeidsongeschiktheidsuitkeringen

3.1. Betalingstermijn

Meerdere klachten gingen 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 ontbreken (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:

- erkenning arbeidsongeschiktheid
- inlichtingenbladen
- 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 laat in de middag 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 proactiever moeten zijn.

De permanente leidraad bij een arbeidsongeschiktheidsdossier moet zijn dat het vervangingsinkomen zo vroeg mogelijk aan het lid wordt betaald.

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.

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 als dit gebeurt. 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.

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

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.

De ombudsman heeft 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.

Vervolgens is het nuttig te herinneren dat de sociaal verzekerde die een beslissing voor de rechtbank zou betwisten, deze antwoorden dan zou kunnen tonen.

In 2 dossiers heeft ook de federale ombudsman onderstreept dat het ziekenfonds de bepalingen van de wet tot invoering van het Handvest van de sociaal verzekerde niet gerespecteerd had.

De rol van de ombudsman - zowel federaal als bij CM - is nooit 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) Verzekerbaarheid

6.1. Internationale overeenkomsten en grensoverschrijdende akkoorden

De bemiddeling inzake verzekerbaarheid betrof meestal situaties in verband met de internationale overeenkomsten: Erasmus-studenten, Belgen (al dan niet pensioengerechtigd) die in Spanje verblijven, Frans-Belgische of Luxemburg-Belgische grenswerkers of inwoners van regio's met een grensoverschrijdend akkoord (met Frankrijk of Duitsland).

De ombudsman heeft vastgesteld dat slechts weinig CM-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.

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

6.2. Voortgezette verzekering

Het statuut van resident in België systematisch toepassen om moeilijke situaties van verzekerbaarheid te regulariseren, lijkt er voor gezorgd te hebben dat men binnen CM vergeten is dat het voor bepaalde situaties beter zijn om te opteren voor de oplossing via de voortgezette verzekering. Iemand kan dan

opnieuw recht op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen krijgen zonder wachttijd (die de wetgever van 6 maanden op 1 jaar bracht). In sommige gevallen is de voortgezette verzekering zelfs een gelijkgestelde periode voor het recht op het rustpensioen. Als de waarde van de bijdragedocumenten tijdens het jaar volstaat, is zelfs geen persoonlijke bijdrage voor de voortgezette verzekering verschuldigd. Herinneren aan deze potentiële voordelen toont voldoende hoe schadelijk de gevolgen van slecht advies aan het lid kunnen zijn. De ombudsman moest echter vaststellen dat het contactpersoneel in de ziekenfondsen de voortgezette verzekering - sommigen zien dit misschien als een probleem eigen aan uitkeringen- niet kent.

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

7) Service social (dienst maatschappelijk werk)

In een aantal dossiers stelde de ombudsman 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 bemiddelingen - kunnen vermijden.

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

8) Voorhuwelijkssparen

Bij een bemiddeling bleek dat in een typebrief van de dienst voorhuwelijkssparen een formulering stond die niet in overeenstemming was met de statutaire voorwaarden van deze dienst.

In 2019 werd dus aan de dienst voorhuwelijkssparen gevraagd om de foutieve formulering in deze typebrief onverwijld te verbeteren.

9) Respecteren van de rechten

Toen de ombudsman hierover vragen kreeg, onderzocht hij meer bepaald:

- Enerzijds, de correcte toepassing van de betrokken regelgeving (wet of statuten)
- Anderzijds, de naleving van de rechten van zowel CM-leden (voor de aanvullende verzekering), de verzekerde (voor de facultatieve verzekeringen) als de sociaal verzekerde (voor de verplichte verzekering).

Krachtens het Handvest van de sociaal verzekerde heeft het ziekenfonds wettelijke verplichtingen inzake informatie en advies tegenover de sociaal verzekerden. Dat is zelfs een individueel recht van elke sociaal verzekerde volgens zijn persoonlijke situatie. Het ziekenfonds mag zich dus niet beperken tot collectieve informatie en advies.

Overeenkomstig de toepasselijke wetgeving voor de verzekeringsondernemingen en hun tussenpersonen, zijn MC Assure en de ziekenfondsen als verzekeringsagent die aan MC Assure gebonden zijn, gehouden door de verplichtingen inzake informatie en advies in deze specifieke wetgeving. Zo is het bijvoorbeeld belangrijk om bij afsluiting van een MC Assure-verzekering erop toe te zien dat de voorgestelde verzekeringsformule met de noden, wensen en financiële draagkracht van de verzekeringnemer en de verzekerden overeenstemt. Ook hier gaat het dus wel degelijk over geïndividualiseerde informatie en advies.

Overeenkomstig de statuten van het ziekenfonds, heeft elk lid ook zijn rechten. Bijvoorbeeld het recht om desgewenst de precieze samenstelling van zijn bijdrage voor de aanvullende verzekering te kennen, meer bepaald wanneer die aanzienlijk stijgt.

De ombudsman betreurde in 2019 de terughoudendheid van een ziekenfonds om dit elementair recht van één van zijn verzekerden te respecteren wanneer deze vroeg om de belangrijke stijging van de bijdrage te rechtvaardigen.

De statuten van het ziekenfonds bepalen dat een deel van de bijdragen voor de aanvullende verzekering dienen voor de financiering van de vzw's die hierin zijn vermeld en die CM promoot. Wanneer de CM-leden deelnemen aan de activiteiten van die vzw's die in het verlengde van de ziekenfondsoopdrachten werkzaam zijn, verwachten zij daar de waarden en principes van CM terug te vinden. De leden van deze vzw's hebben dus de rechten die het verenigingsrecht hen toekent. CM neemt een bepaalde verantwoordelijkheid tegenover haar leden door deze vzw's die ze subsidieert, te promoten. CM kan van haar leden klachten krijgen over die vzw's.

10) Ledenverdediging bij een therapeutisch ongeval

Ledenverdediging is een dienst van de aanvullende verzekering. Vaak zijn de dossiers ledenverdediging bij een ingeroepen of verondersteld therapeutisch ongeval complex en lastig: door de informatie die verzameld moet worden, de juridische adviezen, de medische expertises en de gerechtelijke procedures duurt de behandeling van deze dossiers maanden of zelfs jaren. Gedurende die tijd heeft het slachtoffer veelvuldig contact met het ziekenfonds om vragen te stellen maar soms heeft het lid de indruk dat niets gebeurt, dat zijn dossier aansleept of zelfs dat CM er niet meer naar omkijkt.

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 2019 formuleert de ombudsman MC volgende aanbevelingen ter attentie van de Raad van bestuur van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten.

1. Aanbeveling inzake de facultatieve verzekeringen

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

De procedure voor klachtenbehandeling in de groep CM is goedgekeurd door de Raad van bestuur van LCM en de Controledienst van de Ziekenfondsen en vereist dat elke klacht wordt geregistreerd in XRM/DMS. Overeenkomstig deze procedure beveelt de ombudsman MC Assure aan om te zorgen dat alle klachten over de facultatieve verzekeringen geregistreerd worden, ook de klachten die zij via de ombudsman voor de verzekeringen krijgen.

2. Aanbevelingen inzake gezondheidszorg

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

De ombudsman raadt aan het departement Gezondheidszorg van LCM en aan 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.

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

De ombudsman beveelt 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.

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

De strenge toepassing van de vernieuwingstermijn voor brilglazen met dezelfde dioptrie maar met technische kenmerken waardoor ze fundamenteel van categorie veranderen en die aan patiënten met welbepaalde aandoeningen voorbehouden zijn, leidt inzake terugbetaling tot een 'alles of niets' situatie en dat is buiten proportie en onrechtvaardig

CM verdedigt haar leden. Ze moet dus reageren op de nuance die in de nomenclatuur geneeskundige verzorging ontbreekt en ijveren voor het opnemen van een bepaling die evenwaardig met de oude verschilregel.

De ombudsman raadt het departement Gezondheidszorg van LCM dus aan om de vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen te sensibiliseren omtrent het oneerlijk effect van de huidige regelgeving en een oplossing voor te stellen aan de Nationale overeenkomstencommissie met de opticiens binnen het RIZIV om dit recht te zetten.

3. Aanbevelingen inzake arbeidsongeschiktheidsuitkeringen

3.2. Deze aanbeveling volgt op de vaststelling die in punt F, 3.1 & 3.2. van dit rapport is beschreven.

De ombudsman beveelt het departement Gezondheidszorg 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.

3.3. *Deze aanbeveling werd reeds opgenomen in het jaarverslag van de ombudsman van vorig jaar.*

De ombudsman herinnert dat hij vorig jaar 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 arbeidsongevalsaangifte op te zetten zodat de sociaal verzekerden niet meer verantwoordelijk zouden zijn voor de indieningstermijn van deze aangiften.

De ombudsman was blij te vernemen dat sinds deze aanbeveling een werkgroep bij het NIC is opgericht. Intussen konden als gevolg van de Coronacrisis bepaalde voorlopige versoepelingsmaatregelen voor de aangifteprocedure bij arbeidsongeschiktheid worden uitgetoetst. Dat alles zou 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.

4. Aanbeveling inzake de naleving van het Handvest van de sociaal verzekerde bij de behandeling van klachten in 1^{ste} lijn

Deze aanbeveling volgt op de vaststelling die in punt F, 4.3 & F, 5. van dit rapport is beschreven.

De ombudsman beveelt 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^{ste} lijn:

- artikel 160 quinquies, 2^{de} lid, van het koninklijk besluit van 03-07-1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen
- artikel 245 quinquies tot 245 octies van datzelfde koninklijk besluit.

5. Aanbevelingen inzake verzekeraarbaarheid

5.2. *Deze aanbeveling volgt op de vaststelling die in punt F, 6.1. van dit rapport is beschreven.*

De ombudsman beveelt aan het departement Ledenbeheer van LCM aan om met de ziekenfondsen samen te werken voor een betere deling van de kennis onder het personeel omtrent verzekeraarheidssituaties in verband met de internationale overeenkomsten: Erasmus-studenten, Belgen die in Spanje verblijven (al dan niet pensioengerechtigd), Frans-Belgische of Belgisch-Luxemburgse grenswerkers of inwoners van regio's met een grensoverschrijdend akkoord (met Frankrijk of Duitsland).

Als voor voldoende vervangers wordt gezorgd, zouden de leden vlotter een bekwame gesprekspartner in deze materies vinden onder het ziekenfondspersoneel.

5.3. *Deze aanbeveling volgt op de vaststelling die in punt F, 6.2 van dit rapport is beschreven.*

De ombudsman beveelt aan de ziekenfondsen aan om hun personeel dat contact met de leden heeft te herinneren dat de voortgezette verzekering in bepaalde gevallen een betere oplossing voor de regularisatie van de verzekeraarbaarheid van het lid is, dan de oplossing via het statuut van 'resident in België'. Een slecht advies aan het lid kan in bepaalde gevallen ernstige gevolgen voor het recht op uitkeringen hebben.

6. Aanbevelingen inzake de dienst service social (maatschappelijk werk)

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

De ombudsman beveelt 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.

7. Ledenverdediging bij een therapeutisch ongeval

Deze aanbeveling volgt op de vaststelling die in punt F, 10 van dit rapport is 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 bevestiging van het dossier te wijten is aan de houding van een derde (advocaat of expert, bijvoorbeeld) zullen 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.

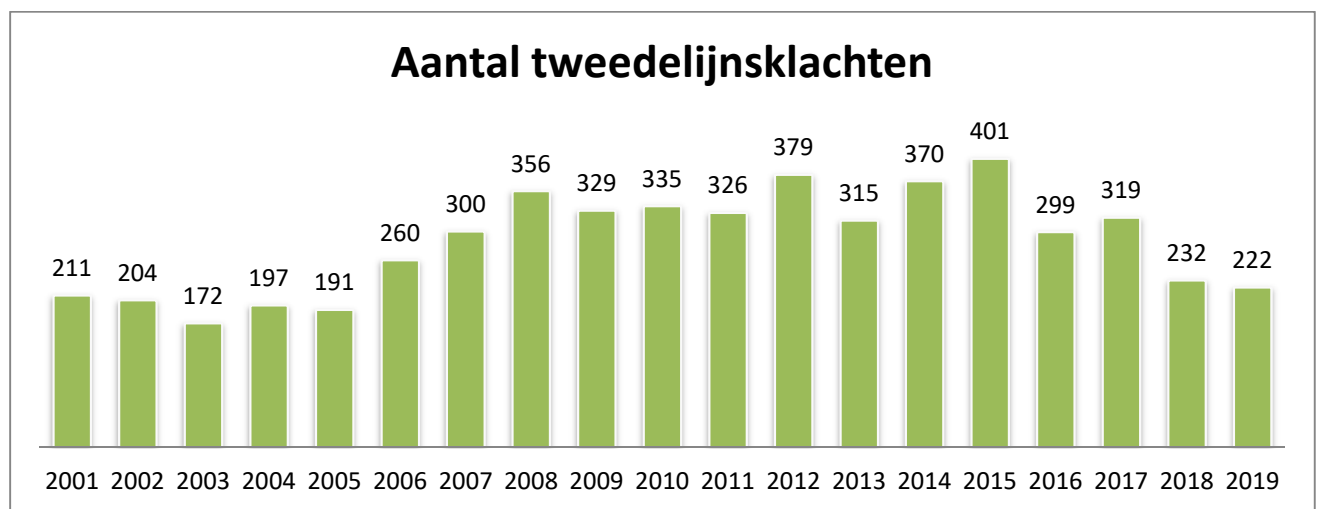
Luc Bodson
Ombudsman Mutualité Chrétienne

II. Analyseverslag over de klachten die in 2019 bezorgd zijn aan de CM-Ombudsman

A. Aantal klachten

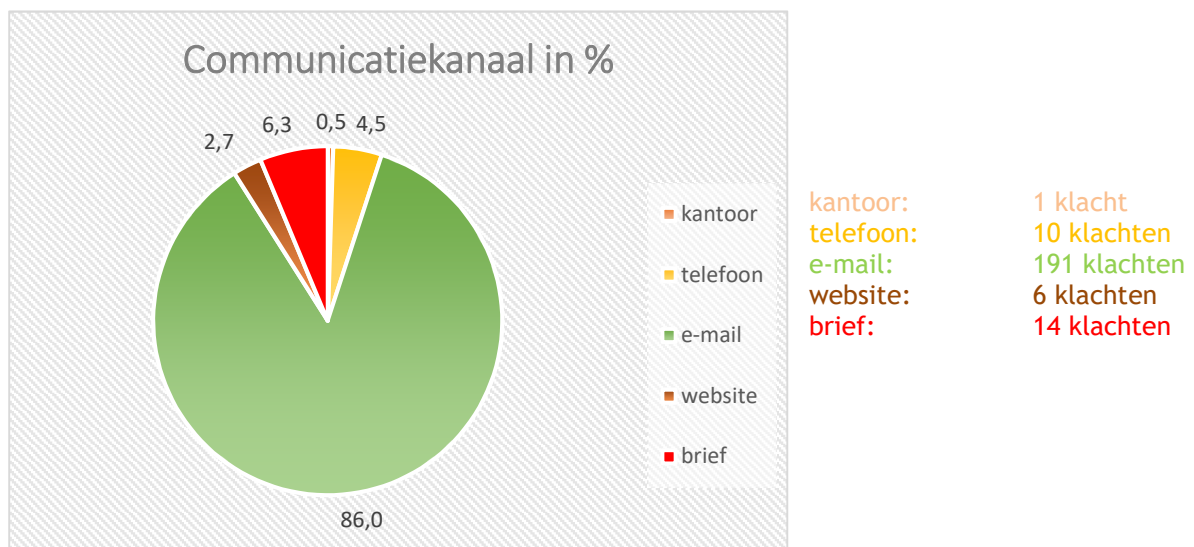
De CM-Ombudsman werd in 2019 in totaal 784 keer gecontacteerd. Ter vergelijking: 1466 in 2018, 1418 in 2017, 1288 in 2016, 842 in 2015, 645 in 2014 en 546 in 2013.

Door het groot aantal contacten, hebben we - zoals de vorige jaren - het begrip 'tweedelijnsklacht' strikt moeten interpreteren. Daardoor registreerden we (slechts) 222 klachten als een tweedelijnsklacht. 562 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 CM-ombudsman ingediend zijn. Naar aantallen zitten we nu op hetzelfde niveau als de periode 2001.

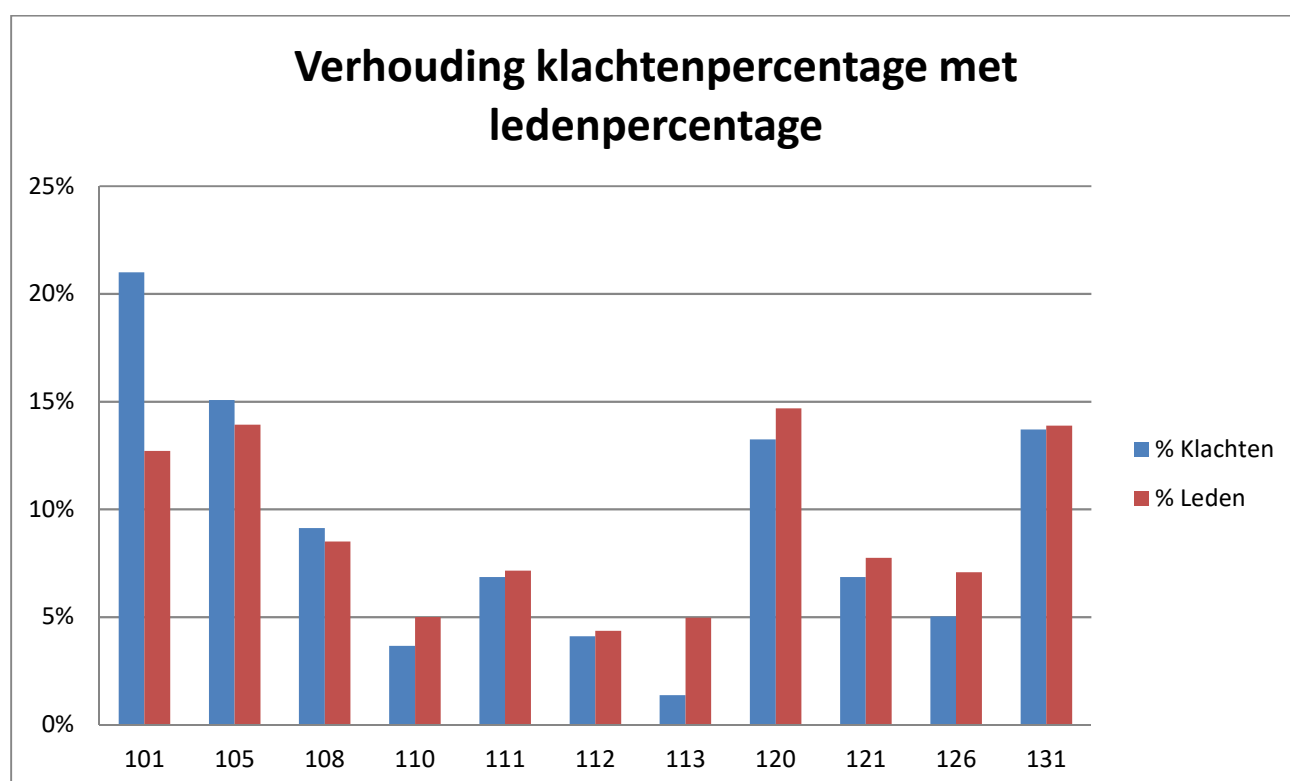
De klachten kwamen binnen via de volgende kanalen:



De gemiddelde behandelingstijd van een klacht bij de ombudsman bedroeg 9 dagen.

B. De 222 dossiers hadden betrekking op volgende ziekenfondsen:

ZF	ZF	Aantal dossiers	% Klachten	% Leden
101	Antwerpen	46	20,7%	12,71 %
105	Regio Mechelen-Turnhout	33	14,9%	13,92 %
108	Leuven	20	9,0%	8,51 %
110	Brugge	8	3,6%	4,99 %
111	Zuid-West-Vlaanderen	15	6,8%	7,15 %
112	Oostende	9	4,1%	4,35 %
113	Roeselare-Tielt	3	1,4%	4,97 %
120	Midden-Vlaanderen	29	13,1%	14,96 %
121	Waas & Dender	15	6,8%	7,75 %
126	Sint-Michielsbond	11	5,0%	7,08 %
131	Limburg	30	13,5%	13,89 %
-	CM algemeen	3	1,4%	/
TOT		222	100%	100%



Opvallend in 2019 is dat de leden van CM Antwerpen (101) in verhouding tot hun aandeel in het CM-ledentotaal, significant meer beroep deden op de diensten van de ombudsman.

De leden van CM Roeselare-Tielt (113) doen dan weer significant minder beroep op de diensten van de ombudsman.

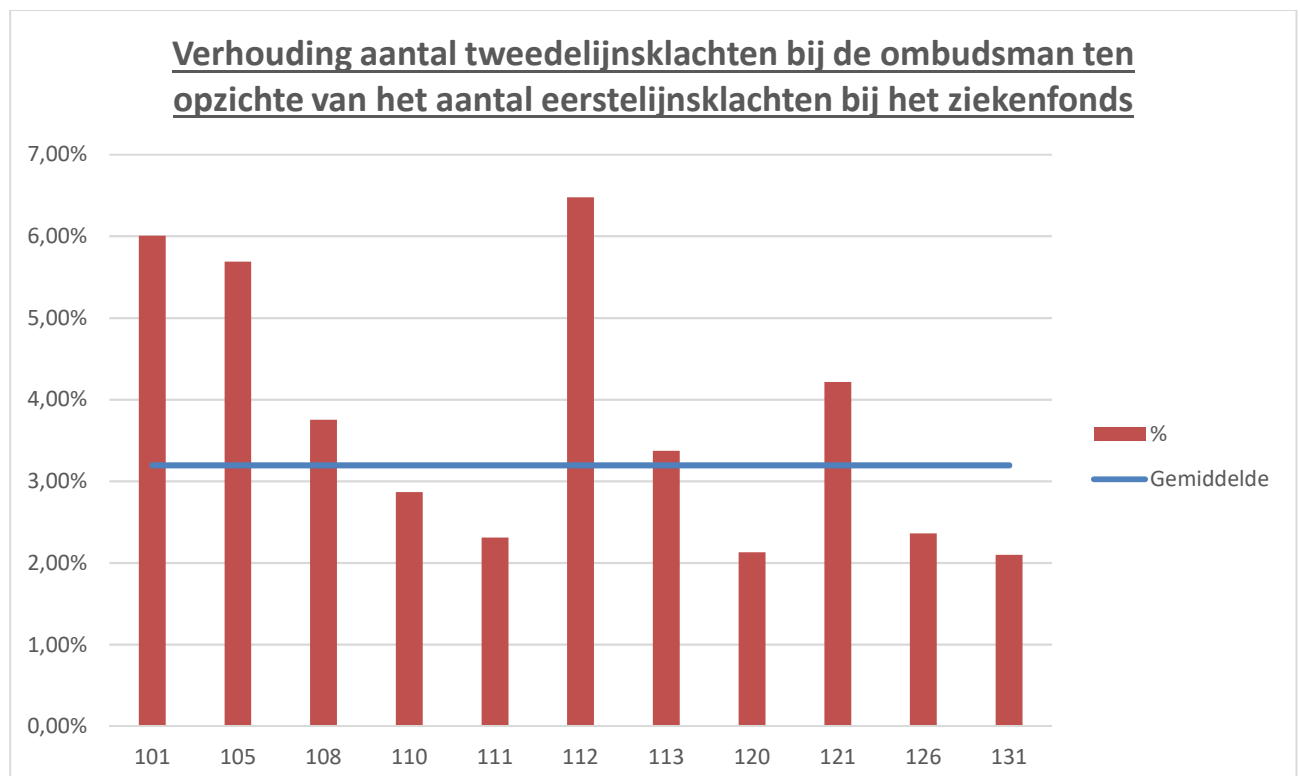
C. Verhouding tweedelijnsklachten tegenover eerstelijnsklachten:

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

	Ziekenfonds	2 ^e lijnsklachten	1 ^e lijnsklachten	%
101	Antwerpen	46	766	6,01%
105	Regio Mechelen-Turnhout	33	580	5,69%
108	Leuven	20	533	3,75%
110	Brugge	8	279	2,87%
111	Zuid-West-Vlaanderen	15	649	2,31%
112	Oostende	9	139	6,47%
113	Roeselare-Tielt	3	89	3,37%
120	Midden-Vlaanderen	29	1362	2,13%
121	Waas & Dender	15	356	4,21%
126	Sint-Michielsbond	11	466	2,36%
131	Limburg	30	1429	2,10%
-	CM algemeen	3	299	1,00%
TOT		222	6947	3,20%

CM Zuid-West-Vlaanderen, CM Midden-Vlaanderen, CM Sint-Michielsbond en CM Limburg hebben verhoudingsgewijze weinig leden die na het indienen van een klacht bij hun ziekenfonds nadien nog eens in beroep bij de ombudsman.

Aan de andere kant van het spectrum is het opvallend dat er verhoudingsgewijze veel leden van CM Antwerpen, CM regio Mechelen-Turnhout en CM Oostende naar aanleiding van het antwoord door hun ziekenfonds op hun eerstelijnsklacht vervolgens in beroep gaan bij de ombudsman.



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 eerstelijnsklachten
- De zorgvuldigheid van het onderzoek van de eerstelijnsklacht
- De politiek van het ziekenfonds op het gebied van het tegemoetkomen van ontevreden leden.
- De verwachtingen van de leden tegenover hun ziekenfonds.

Voor die reden kan men geen conclusies trekken uit de hoge verhouding 2^elijnsklachten bij CM 112 Oostende. Gezien het lage aantal geregistreerde 1^elijnsklachten is de kans groot dat het hier over een vertekend beeld gaat.

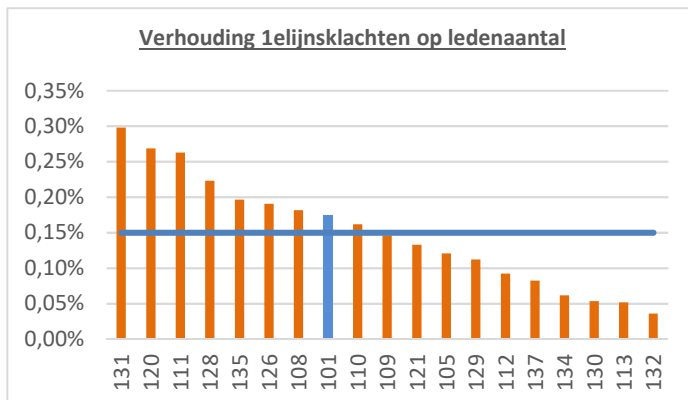
Dit is niet het geval voor CM 101 Antwerpen.

Het ziekenfonds CM Antwerpen (101) kent een behoorlijke registratiegraad van de klachten (verhouding 1^elijnsklachten tegenover ledenaantal). Dit is een aanwijzing dat klachten er effectief als klachten herkend en geregistreerd werden.

Dit gecombineerd met een uitzonderlijke hoge verhouding van het aantal 2^elijnsklachten (beroepen bij de ombudsman) t.o.v. het ledenaantal en een hoge verhouding t.o.v. het aantal

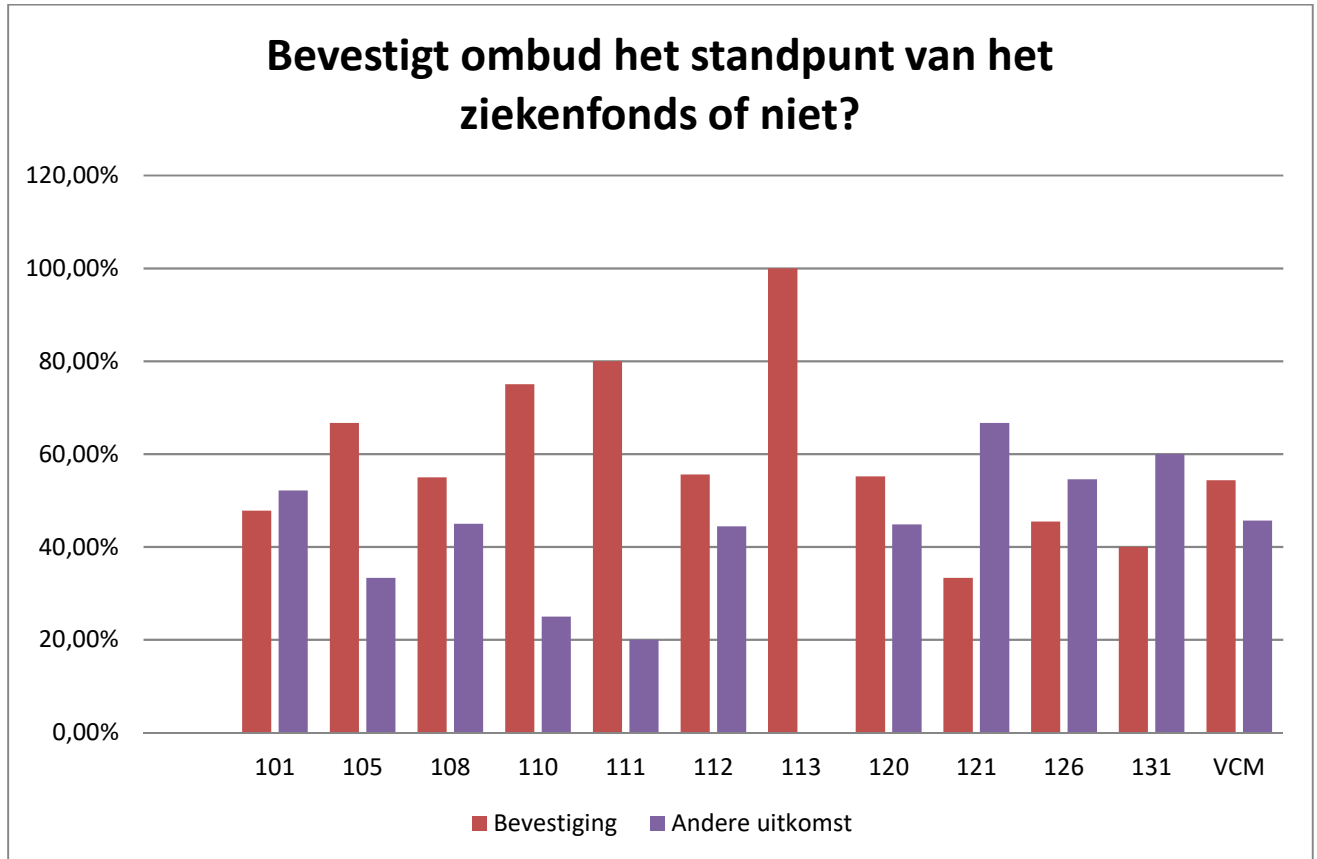
1^elijnsklachten, wijst op een groter aandeel van ontevreden leden dan men bij VCM gewoon is. De oorzaak ligt in het volledig afschaffen van de vrije toegangsmomenten van de kantoren gecombineerd met een contactcenter die de oproepen (ook die voor het aanvragen van een afspraak op kantoor) niet de baas kon, moeilijkheden bij de samenstelling van de dossiers arbeidsongeschiktheid en een achterstand bij de uitbetaling van de uitkeringen.

Ook leden CM 105 regio Mechelen-Turnhout zijn meer dan verhoudingsgewijze kon verwacht worden, met hun klacht bij de ombudsman in beroep gegaan. Het ging over vergelijkbare klachten. Tussen CM 101 en CM 105 is er een verre gaande samenwerking die echter niet resulteerde in een verhoogde ledentevredenheid.



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 55 % van de gevallen de ombudsman het standpunt van het ziekenfonds bevestigt. Anders geformuleerd blijkt dat in beroep gaan bij de CM-ombudsman in 45% 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 9% 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 grondig afwijken van dit Vlaamse gemiddelde.

Zo bevestigt de ombudsman in beroep in meer dan 75 % van de gevallen het standpunt van het ziekenfonds CM Brugge, CM Zuid-West-Vlaanderen en CM Roeselare-Tielt. Het standpunt van CM Waas en Dender daarentegen wordt slechts gevolgd in 1 op de 3 gevallen.

E. Categorieën klachten

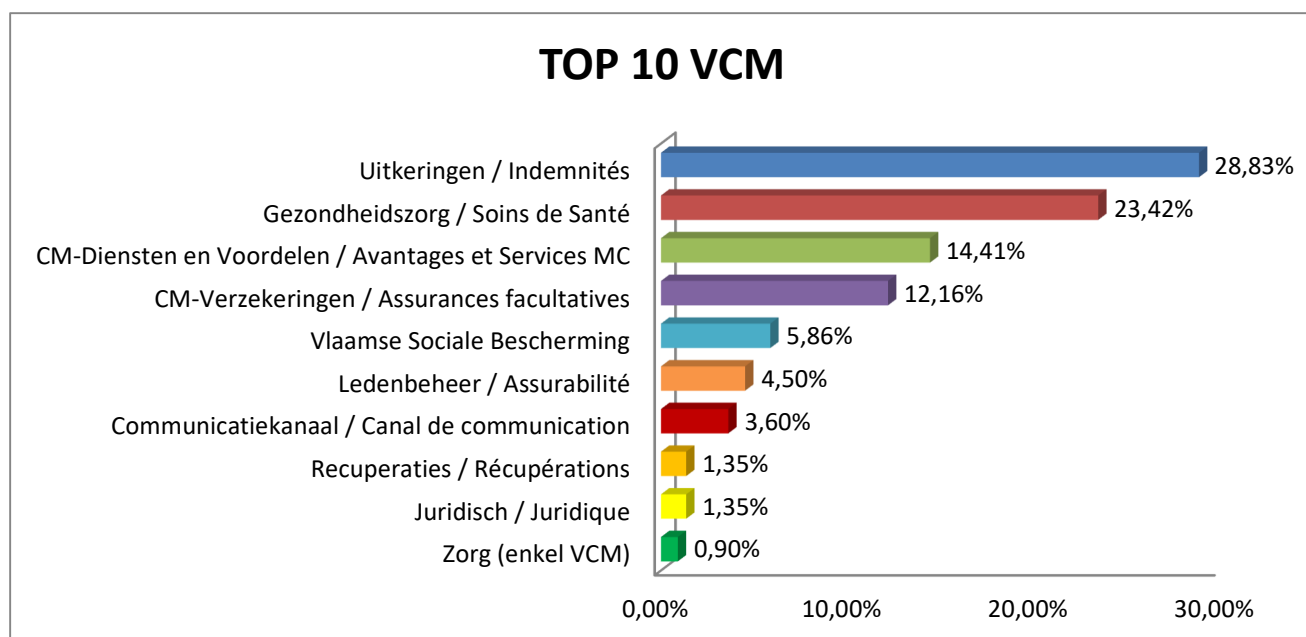
Deze rubriek geeft een aanduiding over de inhoud van de klachten. De klachten uit de 222 behandelde dossiers rubriceren we in 17 domeinen.

Van de 222 klachten die door de CM-ombudsman behandeld zijn, zijn er 8 klachten tegen medewerkers VCM en 3 klachten die ingediend zijn door (zorg)verstrekkers.

	Klachten	Terechte klachten	Verhouding terechte klachten op totaal klachten
Uitkeringen	64	26	40,6%
Gezondheidszorg	52	25	48,1%
Diensten en voordelen	32	15	46,9%
CM-Verzekeringen	27	11	40,7%
Vlaamse Sociale Bescherming	13	8	61,5%
Ledenbeheer	10	1	10,0%
Communicatiekanalen	8	5	62,5%
Juridisch (uitvoerend beslag en privacy)	3	2	66,7%
Recuperaties	3	1	33,3%
Zorg	2	1	50,0%
Ledenverdediging	2	0	0,0%
Financiën (Bankrekening, domiciliëring, ...)	1	1	100,0%
Wetgeving andere	1	1	100,0%
CM Zorgverblijven	1	1	100,0%
Andere	1	1	100,0%
Goed	1	0	0,0%
Kazou	1	0	0,0%
Totaal	222	99	44,6%

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 onterechte klachten over het beheer van het lidmaatschap (ledenbeheer) illustreert dit. Maar ook bij Uitkeringen, Gezondheidszorg, CM Diensten & Voordelen en CM-Verzekeringen doet dit zich voor.



F. Top 4 van de klachten (79 % van de klachten)

	2019	2018	2017	2016
1. Uitkeringen	28,8%	25,0 %	20,5 %	18 %
2. Gezondheidszorg	23,4 %	22,0 %	19,4 %	21 %
3. CM Diensten & Voordelen	14,4 %	7,3 %	16,2 %	13 %
4. CM-Verzekeringen	12,2 %	17,7 %	17,1 %	22 %

CM-Verzekeringen is een plaatsje gezakt in de top 4 van de klachten bij de CM-ombudsman, vergeleken met de situatie in 2018. De ombudsdienst heeft een derde minder klachten over CM-Verzekeringen ontvangen dan in 2018. Bij CM Diensten & Voordelen gebeurde net het omgekeerde: er was bijna een verdubbeling van het aantal klachten die bij de ombudsman toekwam. Voor Uitkeringen en Gezondheidszorg kwam een vergelijkbaar aantal klachten binnen als in 2018.

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 2019.

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. Het volgende voorbeeld over uitkeringen helpt om de zaken in het juiste perspectief te zetten:

In 2019 zijn er over de uitkeringen 64 klachten bij de CM-ombudsman en 23 klachten bij de médiateur MC ingediend. Dit zijn leden die dermate ontevreden waren dat ze de moeite namen om tot bij de ombudsman / médiateur hun zaak te bepleiten. Daarnaast zijn er over uitkeringen 1841 klachten bij de CM-ziekenfondsen zelf ingediend. In verhouding tot de 217.799 leden die bij CM een uitkeringsdossier lopen hebben, is dit een beperkt aantal klachten. Dit neemt niet weg dat elke klacht, op voorwaarde dat die gegrond is, een klacht te veel is.

Belangrijkste klachten

1. Uitkeringen

In 2018 kwamen heel wat klachten bij de CM-ombudsman terecht die hun oorsprong vonden in het fout afhandelen van het uitkeringsdossier omdat een deel van de dossierbeheerders onvoldoende expertise opgebouwd had om de complexe dossiers correct te kunnen afhandelen.

Dit soort van klachten zijn in 2019 veel minder ingediend bij de ombudsman.

Daarnaast blijven de pijnpunten die ik in het jaarverslag van 2018 aanbracht, ook in 2019 terugkomen.

1.1. De sanctie van 10 % op de uitkering voor de periode dat 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 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.

1.4. De regels bij het indienen van de aanvraag van 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.

- 1.5. De uitbetalingstermijn bij progressieve tewerkstelling (met goedkeuring van de adviserend arts).
De maandelijkse berekening van de uitkering bij progressieve tewerkstelling zou vlotter moeten verlopen.
Dat het ziekenfonds de berekening van de uitkering pas kan aanvatten wanneer de werkgever het loonattest heeft binnengebracht, is een eerste vertragende factor.
Toen in 2017/2018 de besprekingen met het RIZIV aan de gang waren over de berekening van de uitkering in situaties van arbeidsongeschiktheid gecombineerd met toegelaten arbeid, heeft CM ervoor gepleit om deze controle van werkelijk aantal gewerkte uren niet maandelijks te moeten doen, maar slechts op basis van trimestriële gegevens. Op die manier diende het ziekenfonds niet te wachten op het maandelijkse loonattest van de werkgever met het aantal gepresteerde uren, om de uitkering uit te betalen. De overheid heeft deze vraag niet ingewilligd. De overheid vond dat de ziekenfondsen op die manier te weinig controleerden of er geen uitkeringen werden uitbetaald voor periodes waarbij de uitkeringstrekker aan het werk was.

Door het volume aan uitkeringsdossiers en door de interne organisatie van het ziekenfonds, valt het voor dat het daar bovenop enkele 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.

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. De terugbetalingstermijnen bij getuigschriften voor verstrekte hulp.
Alhoewel de situatie beter was dan de vorige jaren, waren er ook dit jaar klachten over de uitblijvende terugbetaling van gezondheidszorg. Een aantal ziekenfondsen slaagde er niet altijd in om de servicelevels te halen.
2019 is echter ook het eerste jaar waar de invoering van het elektronische attest een positieve invloed op de snelheid van terugbetaling laat zien. Attesten voor verstrekte hulp die via dit digitaal circuit aangeboden worden aan het ziekenfonds worden binnen een tweetal dagen uitbetaald.
- 2.2. Het niet opnemen op de betalingsoverzichten van het door het lid werkelijk betaalde bedrag.
Ook deze oorzaak van klachten werd reeds vorig jaar vastgesteld en kreeg nog geen oplossing. 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.
- 2.3. De beperking tot 1 terugbetaling per dag van een bepaalde prestatie of het niet terugbetalen van een aantal combinaties van prestaties op 1 dag.
Dit is een wettelijke beperking die als doel heeft de bevolking te ontmoedigen om behandelingen met een gezondheidsrisico te ondergaan (zoals het nemen van scans) of combinaties van behandelingen te ondergaan die medisch niet samengaan. De indieners van dergelijke klachten geven aan dat zij als patiënt niet op de hoogte zijn van die beperkingen en het daarom niet aanvaarden dat zij en niet de voorschrijver de dupe zijn doordat zij de behandeling betaalden en

er niets voor terugtrokken.

2.4. Het voeden van de MAF-teller met het betaalde persoonlijke aandeel voor behandelingen bij een niet geconventioneerde kinesist.

Het informaticaprogramma van CM liet de voorbije jaren niet toe om het persoonlijk aandeel dat patiënten bij een niet geconventioneerde kinesist betaalden, correct in rekening te brengen in de MAF-teller (teller maximumfactuur). Daardoor kwamen een aantal leden niet aan het maximumbedrag aan remgelden waardoor zij terugbetalingen gemist hebben. Het feit dat CM er niet in slaagde de fout te corrigeren door deze leden het juiste bedrag terug te betalen, zorgde voor zeer ontevreden leden.

2.5. 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 aanvaardden 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.

3. CM-Diensten & Voordelen

3.1. Geen schadeloosstelling bij problemen met de statuten of bij fouten door CM.

Een ziekenfonds mag slechts eigen diensten en voordelen aanbieden op voorwaarde dat de criteria waaraan moet voldaan worden om recht te hebben op die dienst of dat voordeel, beschreven zijn in de statuten van de MOB Diensten en Verrichtingen.

Vervolgens ziet de Controle voor De Ziekenfondsen (CDZ, onderdeel van het RIZIV) er op toe dat geen enkel ziekenfonds aan zijn leden eigen diensten en voordelen toestaat, die in tegenspraak zijn met de voorwaarden die gepubliceerd staan in de statuten. De CDZ bestraft tijdens de controles het ziekenfonds voor elke tussenkomst in strijd met de statuten. Ook moet het ziekenfonds verplicht het onterecht toegekende voordeel terugvorderen bij het lid.

De algemene vergadering van het ziekenfonds heeft het recht om de statuten te veranderen.

- Hierdoor gebeurt het dat leden op het moment dat ze zich informeren recht hebben op een voordeel op voorwaarde dat ze een aantal bewijsstukken kunnen voorleggen. Sommige bewijsstukken zijn pas na lange tijd beschikbaar (bijvoorbeeld arresten van de rechtbank). Wanneer het lid eindelijk de bewijsstukken kan indienen, zijn de statuten veranderd en blijkt het lid geen recht meer op het voordeel te hebben.
- Ook valt het voor dat een CM-medewerker het lid verkeerd informeert over de voordelen waar het lid recht op heeft of verkeerde informatie geeft over de bewijsstukken die het lid moet aanleveren. Wanneer het lid zich vervolgens aanbiedt om een voordeel op te vragen, en daarbij soms zelfs kosten gemaakt heeft om de bewijsstukken te verkrijgen, blijkt dat het lid volgens de statuten geen recht heeft op het voordeel.

In deze situaties kan het ziekenfonds onmogelijk het beloofde voordeel uitbetalen, aangezien de CDZ geen enkele uitbetaling die in tegenspraak is met de statuten toelaat. De CDZ heeft de CM expliciet laten weten dat ze geen uitzonderlijke betalingen toestaat op basis van bewezen foute informatie die door CM-medewerkers aan het lid gegeven zijn. Dit betekent dat een CM-ziekenfonds het lid geen schadeloosstelling kan geven voor de gevolgen van de fout van de medewerker.

De leden aanvaardden niet dat het ziekenfonds op die manier niet hoeft op te draaien voor de gevolgen van beslissingen van de algemene vergadering of voor de gevolgen van de fouten van een medewerker. De extra klachten die hiervan een gevolg zijn, verklaren de groei aan klachten op het gebied van de CM Diensten & Voordelen.

4. CM-verzekeringen

Over de CM-verzekeringen kwamen er bij de ombudsman in 2019 opvallend minder klachten binnen dan in 2018. In 2019 ging het over 27 klachten.

4.1. De terugbetaling van pré- en posthospitalisatiekosten.

Net als in 2018 bleef dit voor enkele klachten zorgen. 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 ..." Het probleem hierbij is dat patiënten echter niet altijd vat hebben 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. Zeker in de gevallen waarbij het ziekenhuis de gemaakte afspraken verschuift.

Leden die naast het CM-Hospitaalplan ingetekend hebben bij het CM-Mediko Plan worden niet met dit probleem geconfronteerd. De consultaties die buiten de pré- en postperiode vallen, worden door het CM-Mediko Plan als ambulante medische behandeling terugbetaald.

5. Ziekenvervoer

5.1. Dringend ziekenvervoer:

De kostprijs van het dringend ziekenvervoer binnen België is via wet geregeld. Het gaat over de kostprijs die aangerekend wordt voor het uitrukken van de ambulance, de MUG en de helikopter na een 112-oproep. Door deze wettelijke regeling is het duidelijk wat voor de patiënt ten laste is en wat niet.

Een probleem stelt zich wanneer een ziekenhuis dringend vervoer laat uitvoeren door een privé-ambulancedienst tussen 2 ziekenhuizen van een verschillend ziekenhuisnetwerk. Door de keuze van het ziekenhuis om te kiezen voor een privé-ambulance had de patiënt een belangrijke factuur te betalen waarvoor hij geen tussenkomst kreeg.

5.2. Niet dringend ziekenvervoer:

Ook de aanrekening van kosten aan de patiënt van niet-dringend ziekenvervoer verraste op negatieve manier een aantal CM-leden.

Enkel op voorwaarde dat het lid vooraf Mutas contacteert, komt het ziekenfonds tussen in de kostprijs van het niet dringende ziekenvervoer

- naar en van het ziekenhuis,
- voor een oncologische behandeling
- voor nierdialyse.

(Uitzondering hierop is de tijdelijke uitzonderingsregel dat het ziekenfonds 1 keer nog beperkt tussenkomst bij een niet-Mutasvervoer.)

Het probleem situeert zich wanneer het lid ergens in behandeling is en niet hij zelf het vervoer regelt, maar de instelling waar hij opgenomen is. De instelling of de verstrekker houdt niet steeds rekening met de voorwaarde om Mutas te contacteren en regelt het vervoer rechtstreeks met een ambulancedienst. Het kan hierbij gaan over een rit van de gezondheidsinstelling naar het verblijfadres van de patiënt of van vervoer tussen twee ziekenhuizen die niet van hetzelfde netwerk zijn.

Het lid aanvaardt niet dat hij meer moet betalen wegens het niet respecteren van de CM-voorwaarde, wanneer hij zelf daar geen enkele schuld aan had.

6. Communicatiekanalen

6.1. Lichten van de CM-brievenbussen.

Net als in 2018 kwam deze soort klachten in 2019 terug. Daarom herneem ik deze vaststelling: Opmerkelijk zijn het aantal klachten over het verlies van stukken die in de CM-brievenbussen worden gepost. Bijkomend hierbij zijn meerdere klachten over bewijsstukken 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?

6.2. Bereikbaarheid van het ziekenfonds.

In 2019 deed zich een nieuw fenomeen voor.

Leden van de ziekenfondsen CM Antwerpen, CM regio Mechelen-Turnhout en in mindere mate de CM Sint-Michielsbond, contacteerden de ombudsman met vragen voor informatie waarbij ze zich verontschuldigen omdat ze het mailadres of het postadres van de ombudsman gebruikten. Ze

verantwoordden zich door te melden dat ze op geen enkel manier hun ziekenfonds konden bereiken:

- De kantoren zijn enkel te betreden na afspraak en een afspraak maken per telefoon lukt niet omdat de telefoon niet opgenomen wordt.
- Anderen verwezen naar een mail of contactformulier die ze naar hun ziekenfonds zonden maar waar geen antwoord op kwam.

Wanneer een ziekenfonds alle momenten afschaft waarop de kantoren zonder afspraak kunnen bezocht worden en daarbij, voor welke reden ook, het contactcenter de oproepen via telefoon en mail niet tijdig kan beantwoorden, dan wordt een deel van hun leden tot wanhoop gedreven. Het gaat hierbij vooral over de leden die door leeftijd, hun gezondheid of een slechte financiële situatie, geen gebruik kunnen maken van de digitale contactkanalen.

H. Aanbevelingen

Op basis van zijn vaststellingen bij de behandeling van de klachten in 2019 formuleert de CM-ombudsman volgende aanbevelingen ter attentie van de Raad van bestuur van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten.

1. Uitkeringen:

1.1. Aangifte (verlenging) arbeidsongeschiktheid:

In 2019 namen de Landsbonden van de ziekenfondsen en het RIZIV de trekkersrol op in het project dat moet zorgen voor een digitale aangifteprocedure die zal vertrekken vanuit de behandelende arts.

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 digitale aangifte zal ervoor zorgen dat het aantal sancties van - 10 % op de uitkering zullen afnemen.

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 project kwam in 2019 nog niet tot een concrete oplossing. Daarom doe ik de aanbeveling om deze trekkersrol in dit project, samen met de andere landsbonden en het RIZIV ook in 2020 op te nemen totdat men, met de artsensyndicaten en de softwarebureaus tot de lancering van de digitale aangifteprocedure komt.

1.2. 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 of de procedures en controles efficiënter kunnen zodat de uitbetalingen sneller uitbetaald kunnen worden zonder dat er ingeboet wordt op de controle tegen misbruik. CM heeft twee jaar geleden aan het RIZIV een voorstel gedaan om de controle en de uitbetaling bij de dossiers arbeidsongeschiktheid met progressieve tewerkstelling anders te organiseren zodat deze uitkeringen op eenzelfde moment als de andere uitkeringen konden uitbetaald worden. Het RIZIV heeft toen verkozen om niet op dit voorstel in te gaan. Daarom roep ik het RIZIV op om dit voorstel opnieuw te willen onderzoeken, want we moeten ervoor zorgen dat arbeidsongeschikte burgers, die zich inschrijven in een traject om gradueel weer hun plaats in het arbeidscircuit op te nemen, niet gedemotiveerd worden door hen hun uitkering later uit te betalen dan de andere uitkeringsgerechtigden.
- 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.
- Het maximaal invoeren van de mogelijkheid om het “inlichtingsblad uitkeringen” via mail te versturen in plaats van via de post. Een proefproject heeft uitgewezen dat het digitaal versturen van dit formulier leidt tot het verkorten van de verwerkingstermijn van het uitkeringsdossier met een week.

2. Gezondheidszorg:

2.1. De tijdige terugbetaling van de geneeskundige prestaties

is de corebusiness die blijvende aandacht verdient. Alhoewel de situatie in 2019 duidelijk verbeterde vergeleken met de vorige jaren, moet men blijven investeren in het tijdig terugbetalen van de geneeskundige prestaties. Daarom deze aanbeveling om te blijven 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. Het opnemen op de betalingsoverzichten van het door het lid werkelijk betaalde bedrag bij de zorgverstrekker

- De scanningsequipes 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 scanningapplicatie zodat de leden een betalingsoverzicht van CM krijgen die ze kunnen gebruiken om bij hun verzekeraar een bijkomende tussenkomst te krijgen.
- De softwarebureaus die het informaticaprogramma “elektronisch attest” leveren aan de artsen, aanspreken om hun programma aan te passen zodat de door de patiënt effectief betaalde bedrag meegestuurd wordt naar het ziekenfonds. Deze actie wordt het best uitgevoerd samen met de andere ziekenfondslandsbonden.

2.3. De beperking tot 1 terugbetaling per dag van een bepaalde prestatie of het niet terugbetalen van een aantal combinaties van prestaties op 1 dag.

Bepreiten bij het kabinet van Volksgezondheid om de lijst met de huidige beperkingen na te kijken op de medische relevantie en bij te werken waar nodig.

Voorzien dat bij het voorschrijven op 1 dag van niet combineerbare behandelingen, de aan het lid uitbetaalde tussenkomsten teruggevorderd worden bij de voorschrijver. Deze acties moeten gevoerd worden samen met de andere landsbonden.

2.4. Het voeden van de MAF-teller met het betaalde persoonlijke aandeel voor behandelingen bij een niet geconventioneerde kinesist

Onlangs is het CM-programma aangepast zodat het persoonlijk aandeel dat patiënten bij een niet geconventioneerde kinésist betaalden, correct in de MAF-teller opgenomen wordt. Er rest enkel om de fouten recht te zetten volgens de richtlijnen van het RIZIV.

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

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.

3. CM-Diensten & Voordelen

3.1. Geen schadeloosstelling bij problemen met de statuten of bij fouten door CM.

- Uitwerken van een oplossing zodat de CM zijn verantwoordelijkheid kan opnemen wanneer door een onvoorziene combinatie van gebeurtenissen of door fouten van een medewerker de rechten die statutair bepaald zijn voor een bepaald lid geschaad zijn.
- Het personeel erop attent maken dat de statuten die op het moment van de indiening van de aanvraag tot tussenkomst, van kracht zijn, bepalend zijn of een aanvraag aanvaard wordt of niet. Men mag daarom nooit een lange tijd vooraf aan de indiening van de aanvraag tot tussenkomst, beloften maken dat een aanvraag zal goedgekeurd worden.

4. CM-Verzekeringen

4.1. De terugbetaling van pré- en posthospitalisatiekosten.

In het kader van de pré- en postkosten bij hospitalisatie bevelen we aan om de mogelijkheid tot terugbetaling te voorzien 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. Een alternatief zou zijn om de pré- en postperiode te verruimen. CM-Verzekeringen heeft laten weten dit alternatief op zijn haalbaarheid te willen onderzoeken.

5. Ziekenvervoer

5.1. Dringend ziekenvervoer:

Bepreiten bij het kabinet van Volksgezondheid om vanuit de Verplichte Verzekering een

terugbetaling te voorzien voor dringend ziekenvervoer tussen 2 ziekenhuizen van een ander netwerk en die uitgevoerd is door een andere ambulancedienst dan de 112. Deze aanbeveling wordt het best uitgevoerd samen met de andere landsbonden.

5.2. Niet dringend ziekenvervoer:

De statuten zodanig aanpassen dat de leden die kunnen aantonen dat buiten hun wil om de verstrekker buiten MUTAS om het ziekenvervoer geregeld heeft, toch kunnen genieten van de tussenkomst die CM zou gegeven hebben indien de vervoersaanvraag wel via MUTAS zou verlopen zijn.

6. Communicatiekanalen

6.1. 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 stukken verloren en hoe kan dit verholpen worden?
- 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?

6.2. De bereikbaarheid van de ziekenfondsen:

Ten slotte herhaal ik de belangrijke aanbeveling die ik reeds in het rapport van vorig jaar deed: In deze tijden van digitale procedures en digitale contacten moet er ook steeds een volwaardig analoog contactkanaal zijn. CM moet erover 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.

De klachten tonen aan dat CM in 2019 het omgekeerde deed: het afschaffen in enkele ziekenfondsen van de vrije toegang van het plaatselijk kantoor en dit vervangen door een systeem van afspraken waarbij ofwel via pc/smartphone ofwel via een overbelaste telefonische lijn, de afspraak moest aangevraagd worden, zorgde er voor dat in een aantal regio's CM voor een belangrijke groep leden compleet ontoegankelijk werd.

De CM mag een andere werking slechts lanceren wanneer men er zeker van is dat er genoeg maatregelen genomen zijn zodat geen enkel deel van het doelpubliek, dikwijls de meest behoeftigen, vervreemdt van het ziekenfonds.

CM moet een pionier zijn in het verstevigen van het sociaal vangnet voor de mensen die geconfronteerd worden met de gevolgen ziekte en lichamelijke klachten in al zijn vormen en kan slechts een volger zijn in de digitalisering van de samenleving.