



Jaarverslag 2022
van de ombudsman
der Christelijke Mutualiteiten



Inhoudstafel

De kerncijfers van de ombudsdienst CM-MC voor 2022	3
Analyseverslag van de interpellaties bij de ombudsman	4
Aantal bemiddelingen	4
Verhouding tussen de klachten bij het ziekenfonds en de beroepen bij de ombudsman	4
Onderwerp van de bemiddelingen	5
Aard van de bemiddelingen	6
Resultaat van de bemiddelingen	6
Communicatiekanaal	7
Behandelingstermijn van een bemiddeling	7
Top 5 van de bemiddelingen	8
Analyse van de bemiddelingen	9



Coördinatie : Didier Covens en Benoit Calande
Verantwoordelijke Uitgever : Luc Van Gorp
Foto's : Adobe, MC, CM

Voorafgaande toelichting

Procedure voor klachtenbehandeling bij de Christelijke Mutualiteiten

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 bemiddelingsaanvraag indienen bij de ombudsman.

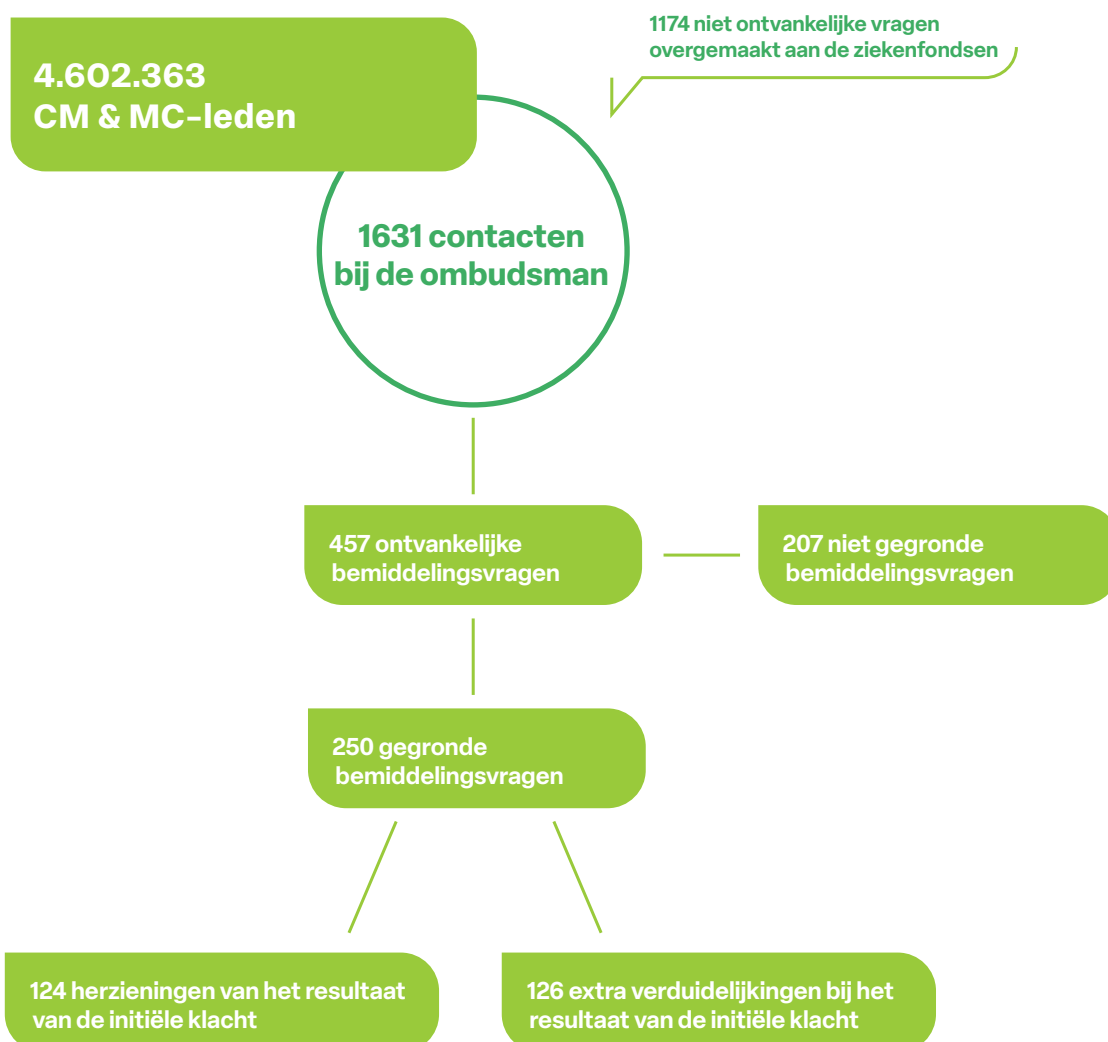
Klachtenbemiddeling

De bemiddelingsaanvragen van leden van het Nederlandstalige CM-ziekenfonds behandelt de Ombudsman CM. Die van de leden van het Frans (MC) - en Duitstalige (CKK) -ziekenfonds behandelt de ombudsman MC.

Signaalfunctie

Behalve het bemiddelen naar aanleiding van een individuele klacht hebben de beide ombudsmannen ook een signaalfunctie tegenover de Christelijke Mutualiteiten.

De kerncijfers van de ombudsdienst CM-MC voor 2022



Analyseverslag van de interpellaties bij de ombudsman

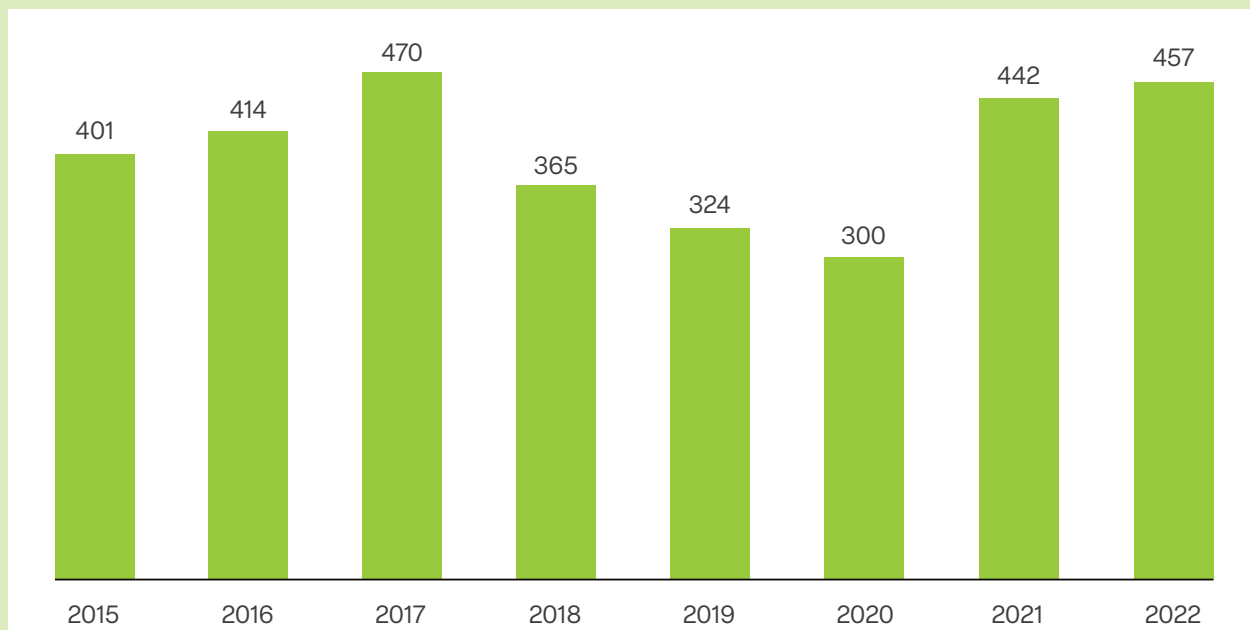
Aantal bemiddelingen

De Ombudsmannen CM en MC werden in 2022 in totaal voor 1631 situaties gecontacteerd. Dit zijn er meer dan in 2021, toen er 1341 contacten waren.

We hebben – zoals de vorige jaren – het begrip ‘aanvraag bemiddeling’ strikt moeten interpreteren. Daardoor weerhielden we

van de 1631 contacten, 457 klachten als een bemiddelingsaanvraag bij de ombudsman.

1174 contacten werden ter behandeling naar het ziekenfonds doorgestuurd. Het ging over klachten gericht aan het regionale ziekenfonds, signalen, informatieve vragen,...



De dalende tendens van de voorbije jaren in het aantal beroepen bij de ombudsmannen CM en MC, is sinds 2021 afgebroken. Het aantal beroepen in 2022 steeg licht vergeleken met 2021.

Verhouding tussen de klachten bij het ziekenfonds en de beroepen bij de ombudsman

Elke aanvraag voor bemiddeling bij de ombudsmannen komt in principe door ontevredenheid over de behandeling van de klacht door het ziekenfonds. Gemiddeld volgt voor slechts 3,92% van de klachten een aanvraag tot bemiddeling bij de ombudsman. 96,08 % van de klachten eindigen bij het eerste behandelniveau. Het eerste behandelniveau blijkt dus efficiënt.

Op een populatie van 4.602.363 leden zijn er 11.649 klachten ingediend bij de 2 ziekenfondsen, waarvan er 457 vervolgens bij de ombudsmannen als een aanvraag tot bemiddeling zijn ingediend. Dit toont aan dat de overgrote meerderheid van de contacten die de leden hebben met hun Christelijk Ziekenfonds, naar wens verloopt.

ZF	Beroepen bij de ombudsman	Klachten bij het ziekenfonds	%
CM	330	9277	3,56
MC	127	2372	5,40
SOM	457	11649	3,92

Onderwerp van de bemiddelingen

Categorieën	Aantal bemiddelingen
Uitkeringen	157
Gezondheidszorg	105
Diensten en voordelen	49
Ledenbeheer	31
Bereikbaarheid en communicatie	28
CM-Verzekeringen & MC Assure	22
Klacht tegen medewerker	17
Vlaamse Sociale Bescherming	13
Recuperaties	11
Bankrekening, domiciliëring,...	7
Juridisch (uitvoerend beslag en privacy)	5
Ledenverdediging	3
Internationale overeenkomsten	3
Gebeurtenis	2
Maatschappelijk werk	2
Zorg	1
Goed	1
Totaal	457

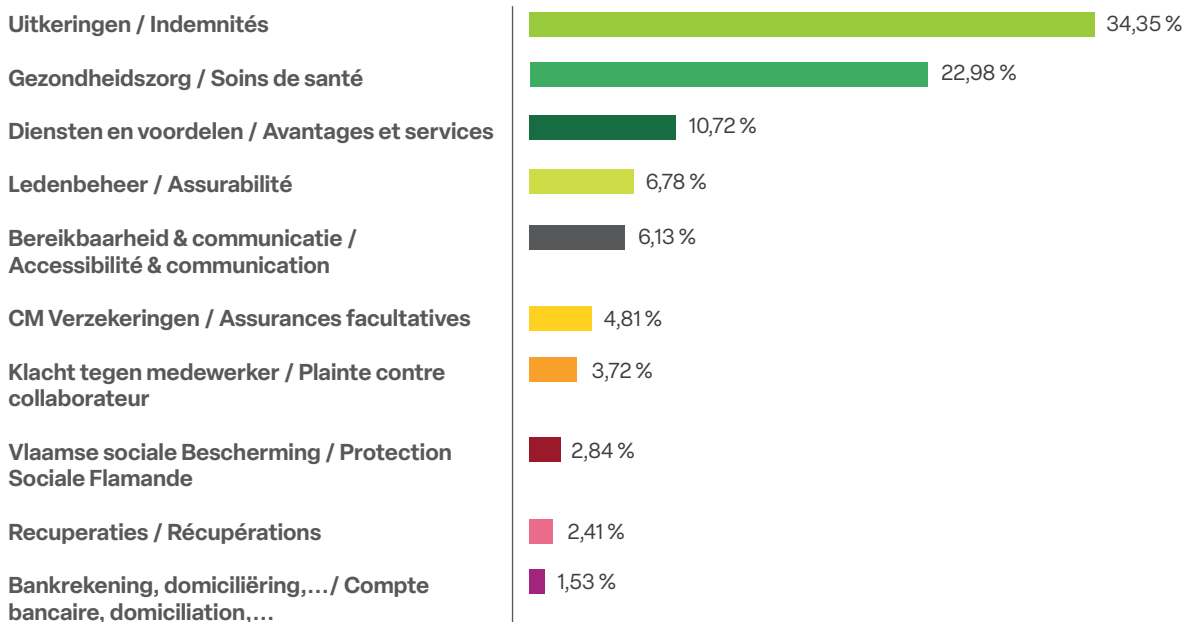
Het hoge aandeel van de vragen tot bemiddeling over dossiers die handelen over:

- een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid
- het verkrijgen van een tussenkomst in de kost van een consultatie of behandeling bij een huisarts, tandarts of specialist (gezondheidszorg)
- het verkrijgen van een tussenkomst in de kost voor gezondheidsgerelateerde acties die niet door de sociale zekerheid worden voorzien maar wel door het ziekenfonds zelf aangeboden wordt (diensten en voordelen van CM en MC)

in het totaal van de aanvragen tot bemiddeling, valt op maar is geen verrassing.

De minste vertraging in de uitbetaling van de uitkeringen, of in de terugbetaling van de kosten aan ziektekosten hebben een grote impact op de financiële toestand van deze mensen. Een vertraging bij de uitbetalingen motiveert deze personen om via de ombudsman te bekomen dat ze sneller uitbetaald worden.

Top 10 van de bemiddelingen



Aard van de bemiddelingen

Bemiddelingsaanvragen die door de ombudsman opgenomen worden en die als "aard" doorlooptijd, betaling, vordering of dossierverwerking hebben, zijn veelal dossiers gelinkt aan uit te betalen bedragen.

Bemiddelingsaanvragen met als "aard" reglementering of beslissing, gaan dikwijls over een situatie waarin een persoon van oordeel is dat hij recht heeft op een voordeel, maar dat niet zo blijkt te zijn wanneer de wetgeving van de sociale zekerheid erbij genomen wordt voor tussenkomsten vanuit de Verplichte Verzekering of de Statuten van het ziekenfonds voor de tussenkomsten CMDV of de Algemene Voorwaarden voor de tussenkomsten vanuit de facultatieve verzekeringen. In dergelijke situaties kan er amper bemiddeld worden, want men kan niet afwijken van wat vastgelegd is in wetten, statuten en algemene voorwaarden.

Bemiddelingsaanvragen met als "aard" Informatie, bereikbaarheid, verloren document, organisatie & activiteiten of dossierverwerking, gaan regelmatig over situaties die een zicht geven over de manier waarop een ziekenfonds zijn dienstverlening organiseert. Deze bemiddelingsaanvragen bevatten daardoor informatie waaruit de ziekenfondsen kunnen leren hoe ze hun dienstverlening op een hoger niveau kunnen brengen.

Aard van de bemiddelingen	2022	%
Doorlooptijd	108	23,63
Beslissing	75	16,41
Dossierverwerking	66	14,44
Reglementering	56	12,25
Organisatie en activiteiten	40	8,75
Informatie	39	8,53
Betaling	26	5,69
Klacht tegen medewerker	16	3,50
Bereikbaarheid	15	3,28
Verloren document	9	1,97
Vordering	7	1,53
Totaal	457	100

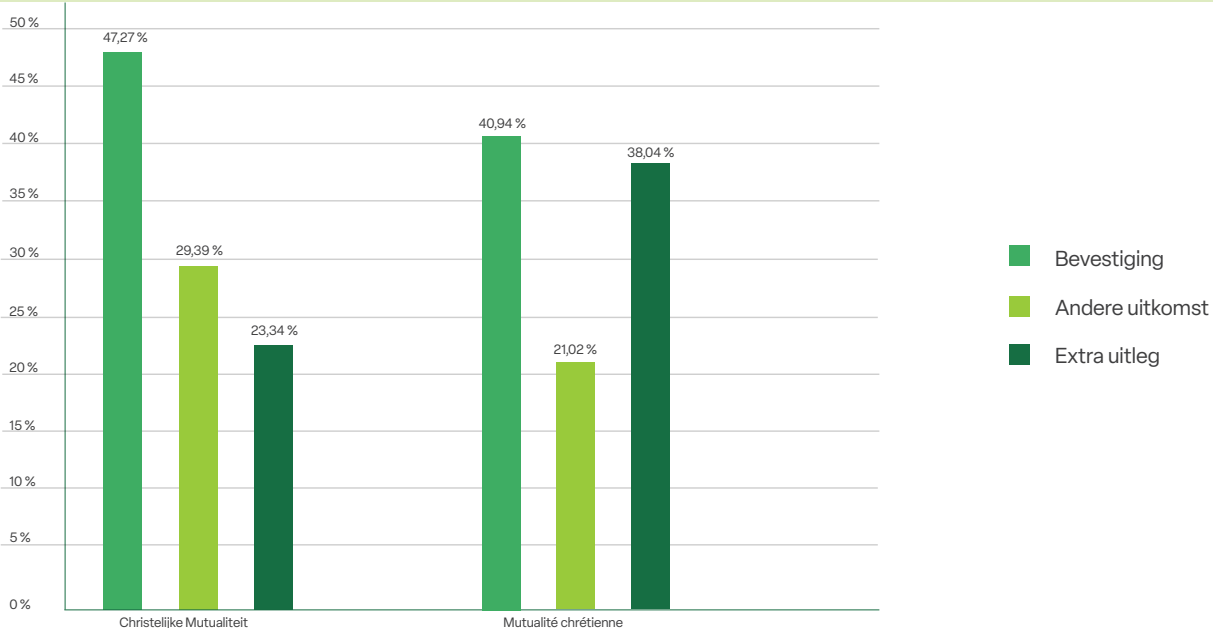
Resultaat van de bemiddelingen

In 47,3 % van de gevallen bevestigde de ombudsman CM het standpunt van het Christelijk Ziekenfonds.

In 29,4 % van de bemiddelingsaanvragen bekwam de ombudsman CM een voordeel voor de persoon en in 23,5 % van de gevallen bevestigde de ombudsman CM weliswaar het standpunt van het ziekenfonds maar gaf hij bijkomende informatie die de gegrondheid het standpunt van het ziekenfonds verklaarde.

In 41 % van de gevallen bevestigde de ombudsman MC het standpunt van de Mutualité chrétienne.

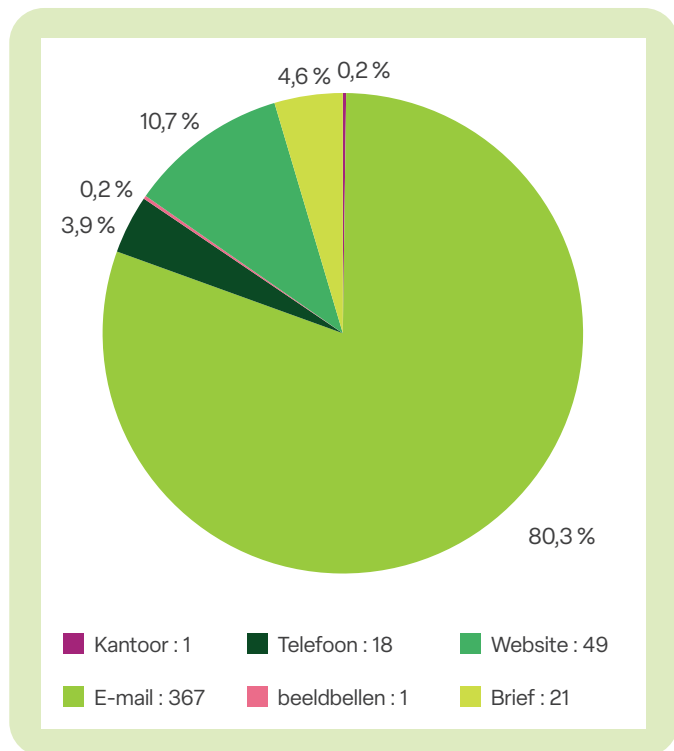
In 21 % van de bemiddelingsaanvragen bekwam de ombudsman MC een voordeel voor de persoon en in 38% van de gevallen bevestigde de ombudsman MC weliswaar het standpunt van het ziekenfonds maar gaf hij bijkomende informatie die de gegrondheid het standpunt van het ziekenfonds verklaarde.



Communicatiekanaal

Deze cijfers geven aan dat 91% van de interpellaties elektronisch werd ontvangen.

Het mondeling of via brief indienen bij de ombudsman van een aanvraag tot bemiddeling wordt jaar na jaar uitzonderlijker.



Behandelingstermijn van een bemiddeling

Aangezien de aanvragen voor bemiddeling door de ombudsman, komen van leden die al een heel traject doorlopen hebben waarbij ze eerst hun ziekenfonds bevroegd hebben en er vervolgens een klacht ingediend hebben, is het belangrijk dat de behandeling van hun zaak bij de ombudsman zo snel mogelijk gebeurt.

Met een gemiddelde behandelingstermijn van 7 dagen slagen de twee ombudsmannen daarin.

De gemiddelde behandelingstermijn ligt ver onder de maximale behandelingstermijn van 45 dagen die de controledienst van de ziekenfondsen oplegt.



Top 5 van de bemiddelingen

De top 5 van de bemiddelingen zorgen voor 81% van het totaal.

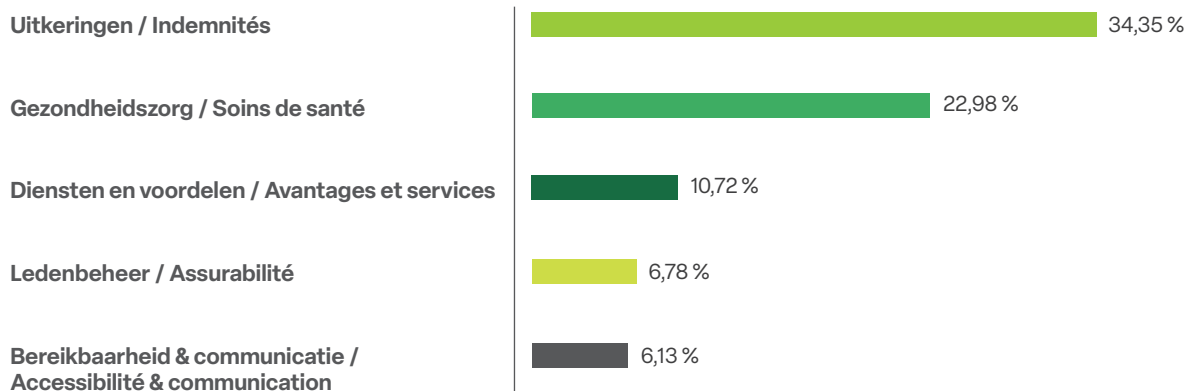
Het aandeel van de klachten over uitkeringen (vervangingsinkomen) die ingediend werden bij de ombudsman, is gestegen tegenover 2021. 1 op de 3 klachten is een klacht over uitkeringen. Bovendien blijken 57 % van de klachten gegrond.

Tijdens het eerste semester van 2022 ontving de ombudsman veel bemiddelingsaanvragen in verband met de terugbetalingen van tussenkomsten bij kosten voor de gezondheidszorg. In het tweede semester slaagde CM er gaandeweg in om de achterstand in de uitbetalingen voor gezondheidszorg in te lopen waardoor ook het aantal aanvragen voor bemiddeling in die periode gevoelig verminderde.

Bij CM Diensten & Voordelen was er op het gebied van de klachten geen opvallende wijziging ten opzichte van het jaar 2021.

De bemiddelingsdossiers voor ledenbeheer (wijze van aansluiting bij het ziekenfonds) gaan vooral over de wettiging van rechten in een situatie van verhoogde tegemoetkoming en in een situatie waarbij specifieke internationale bepalingen gelden in verband met de buitenlandse woonplaats van de leden of met de grensarbeid.

De klachten over de moeilijke telefonische bereikbaarheid van CM, de termijn waarbinnen vragen die via mail gesteld werden door het ziekenfonds beantwoord werden en de soms tegenstrijdige of moeilijk verstaanbare communicatie, vervolledigen de top 5.



Algemene vaststellingen

De beide ombudsmannen CM-MC benadrukken dat er uitstekend is samengewerkt met de regionale klachtencoördinatoren en de verschillende diensten die in de ziekenfondsen of op de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten werden gecontacteerd. Er werd steeds getracht de best mogelijke oplossing te vinden voor de noden van het lid.

De ombudsmannen bedanken hen van harte voor hun efficiënte medewerking in 2022.

De analyse van de bemiddelingen laat toe de leerpunten te bepalen en om tot aanbevelingen voor verbetering te komen.

Aanbevelingen voor de sector vervangingsinkomen (uitkeringen)

- Om het dossierbeheer voor de meest kwetsbaren te optimaliseren, bevelen we aan te bepalen welke de leden zijn die in een financiële noodtoestand zitten wegens het ontbreken van enig inkomen en die daardoor het verdienen om met een zekere prioriteit geholpen te worden.
- Bij de verwerking van de dossiers waarbij er een toegelaten deeltijdse werkherhvatting meespeelt, zijn verschillende diensten betrokken. De behandeling van dergelijke dossiers kan op een hoger kwaliteitsniveau gebracht worden wanneer binnen elke dienst de zaken globaler aangepakt worden en met meer oog voor het behalen van de eigen vervalttermijnen. Op die manier zal men beter anticiperen op de elementen in het dossier die voor een vertraging van de uitbetaling kunnen zorgen (de goedkeuring van de adviserend arts, het aanleveren van de inlichtingen door de werkgever, de transparantie tegenover het lid waardoor die beter geïnformeerd wordt over wat hij nog moet aanleveren, ...)
- Een versterking van de continue maatregelen om de wettelijke uitbetalingstermijnen te respecteren zorgt er automatisch voor dat de leden zich beter bediend voelen.
- Wanneer het onderzoek van het gezinsinkomen, als resultaat geeft dat de hoogte van de uitkering wijzigt, dan is het te verkiezen dat die wijziging zonder uitstel toegepast wordt.
- Bij de verwerking van de meer ingewikkelde dossiers, slaagt men er niet altijd in de verschillende ontbrekende stukken samen op te vragen, waardoor men het lid verschillende keren moet contacteren en het lid verschillende keren acties moet ondernemen die hij evengoed samen had kunnen doen. Het voorstel is om het dossier op een meer proactieve manier te onderzoeken alvorens het lid te contacteren. Het in 1 keer opvragen van alle ontbrekende stukken verlaagt de inspanningen en levert tijdswinst op. Zowel voor het lid als voor de dossierbeheerders.
- Wanneer de spillindex overschreden wordt, zijn het niet enkel de lonen in België die aangepast worden. De aanpassing geldt ook voor de uitkeringen. Niet alle soorten uitkeringen worden automatisch geïndexeerd. De vaststelling is dat de manuele procedure om uitkeringen te indexeren niet noodzakelijk opgestart wordt op het moment dat de indexsprong plaats vindt. De indexering wordt niet altijd als een prioritaire actie opgenomen. Hierdoor kan het gebeuren dat het lid zijn indexering komt opeisen bij het ziekenfonds. De geautomatiseerde indexeringsprocedure zou kunnen toegepast worden op het totaal aantal uitkeringsdossier. Dat is de aanbeveling die de ombudsman hier naar voor brengt.
- De acties die binnen CM en MC al een aantal jaren lopen om de brieven en formulieren leesbaarder te krijgen, verdienen het om

verdergezet te worden. De brieven waarin een beslissing van het ziekenfonds meegedeeld wordt, moeten volledig zijn, zeker op het gebied van de motivering waarop de beslissing genomen werd. Dit zal het ziekenfonds vrijwaren van heel wat klachten of van beroepen tegen het ziekenfonds bij de arbeidsrechtbank.

Aanbevelingen voor de sector financiële tegemoetkomingen (gezondheidszorg)

- De betalingsoverzichten voor de leden hebben nog een verbeteringsmarge. De leden wensen een compleet overzicht te krijgen van wat het ziekenfonds uitbetaalde zodat ze aan de hand van dat betalingsoverzicht een correcte bijkomende tussenkomst kunnen krijgen van hun privéverzekeraar voor het gedeelte dat ze nog zelf te financieren hadden.
- De betalingstermijnen voor de getuigschriften voor logopedie, geneesmiddelen en kinesitherapie lagen hoger dan normaal gedurende verschillende maanden in 2022. De aanbeveling heeft als bedoeling om de procedures voor de medische prestaties die enkel een terugbetaling krijgen na goedkeuring door de adviserend arts, te verbeteren.
- De verwerkingsprocedures voor dossiers die te maken hebben met de terugbetaling van kosten voor medische zorgen die verkregen werden in het buitenland, kunnen aangescherpt worden door een betere verdeling van de dossiers over de equipes. Een aantal bemiddelingsdossiers liet zien dat er soms een onvoldoende globale behandeling is en de behandelingstermijn korter kan. De communicatie aan de leden over de voorwaarde dat er een voorafgaande toelating van de adviserend arts nodig is om een behandeling in het buitenland te laten inplannen en uitvoeren, wil men een terugbetaling kunnen krijgen, is zeer belangrijk. De kosten van onder andere hospitalisaties in het buitenland kunnen hoog oplopen voor de patiënt. Het is dus belangrijk dat de leden vooraf op de hoogte zijn van die voorwaarde.
- Wanneer het lid aan het ziekenfonds een volledig overzicht vraagt van de prestaties die terugbetaald werden naar aanleiding van de maximumfactuur, dan heeft het ziekenfonds moeite om aan die vraag te voldoen. De antwoordtermijn kan oplopen. De aanbeveling is om het informaticaprogramma te optimaliseren om gemakkelijker en sneller te kunnen voldoen aan de informatievraag van het lid.
- Het uniek rekeningnummer per lid biedt geen oplossing voor de terugbetaling van de persoon die de kosten voor de behandeling van een minderjarige heeft betaald zonder dat hij de titularis is van het rekeningnummer dat bij CM gelinkt is aan dat minderjarig lid. Het ziekenfonds heeft in 2022 een voorlopige oplossing in het leven geroepen om de tussenkomst toch te kunnen storten op de rekening van de persoon die de behandeling financieel bekostigde. We bevelen aan dat er een definitieve oplossing wordt gevonden.

Aanbevelingen voor de sector facultatieve verzekeringen (MC Assure)

Vanuit de vaststellingen die de ombudsman maakte tijdens de bemiddelingen, stelt hij voor dat MC Assure geen segmentatie zou doen tijdens de communicatiecampagnes zodat het hele doelpubliek de informatie zou krijgen, zonder uitzondering. De promotionele boodschappen verdienen het om aangepast te worden zodat de uiterste aanvangsdatum van de contracten duidelijk aangegeven is die men moet respecteren wil men aansluiten volgens het tarief voor de personen die onder de leeftijdsgrens vallen. Deze aanbeveling werd reeds overgemaakt aan MC Assure die in september 2022 de aanbeveling realiseerde.

Aanbevelingen over de naleving van de wet van 1995 tot invoering van het handvest van de sociaal verzekerde

De Ombudsman suggereert aan het departement Verzekeringsdiensten om de ziekenfondsen eraan te herinneren om bovenop de verplichting om informatie en advies te geven, de verschillende verplichtingen van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het Handvest van de sociale verzekerde na te leven, meer bepaald de bijzondere verplichtingen die daaruit voortvloeien voor respectievelijk gezondheidszorg en arbeidsongeschiktheidsuitkeringen. De ombudsman stelt vast dat het personeel niet steeds voldoende de reikwijdte kent van deze wettelijke bepalingen. Daarom nodigt hij het ziekenfonds uit om:

- de vormingen voor hun personeel daarover verder te zetten;
- indien nodig nieuwe standaardbrieven op te stellen om administratieve beslissingen mede te delen overeenkomstig bovengenoemde wettelijke bepalingen.

Aanbevelingen voor de toegankelijkheid van de ziekenfondsen, de communicatie met de leden en het beheer van de documenten

- Alhoewel de ziekenfondsdirecties in 2022 geïnvesteerd hebben in de equipes die de telefoonoproepen en de mails beantwoorden, en dat de bereikbaarheid van de ziekenfondsen via de plaatselijke kantoren verbeterd is, hebben deze inspanningen niet gezorgd voor een daling in het aantal klachten. De ombudsman motiveert de directie om de acties om de toegankelijkheid van de ziekenfondsen via de verschillende contact- en communicatiekanalen te verhogen, verder te zetten.
- De communicatie op regelmatige tijdstippen aan beide gescheiden ouders over de uitbetalingen ten voordele van hun minderjarige kinderen, blijft een uitdaging. Elke ouder die de ouderlijke macht heeft, zelfs wanneer hij of zij niet op hetzelfde adres gedomicilieerd is als het minderjarige kind of wanneer het minderjarige kind is voor het ziekenfonds niet bij hem of haar ten laste ingeschreven, heeft het recht om van het ziekenfonds op regelmatige basis het overzicht te krijgen van wat het ziekenfonds ten voordele van het kind uitbetaalde. Hiervoor wordt aanbevolen een geautomatiseerde opvolging te voorzien van het verstrekken van deze informatie aan de tweede ouder.
- Een aantal aanvragen tot bemiddeling gaan over verloren gegane documenten. De boodschap krijgen dat een document verloren ging, schaadt het vertrouwen van het lid. Vooraleer die boodschap gegeven wordt, zou moeten nagekeken worden of het document niet gewoon zijn beurt afwacht om verwerkt te worden. Het ziekenfonds zou aan de tracering kunnen werken van alle documenten die het lid aan het ziekenfonds bezorgt met de bedoeling om het verloren gaan van documenten tegen te gaan en het opzoeken van de documenten gemakkelijker te maken. De ombudsman stelt voor dat het ziekenfonds slechts een duplicaat zou aanvragen zodra het vaststaat dat het document met zekerheid verloren gegaan is.

Benoit Calande
Ombudsman MC



Didier Covens
Ombudsman CM

