



RAPPORT ANNUEL 2020 DU MEDIATEUR DES MUTUALITES CHRÉTIENNES

Table des matières

I.	Rapport d'analyse des interpellations adressées en 2020 au médiateur des MC(FG).....	3
A.	Nombre de plaintes	3
B.	La ventilation par mutualité des plaintes traitées par le médiateur des MC(FG).....	4
C.	Rapport entre plaintes de 2 ^e ligne et plaintes de 1 ^{ère} ligne.....	5
D.	Catégories de médiations	5
E.	Top 4 des médiations (83,4 %).....	5
F.	Délai de traitement des médiations	6
G.	Analyse des médiations.....	7
H.	Recommandations.....	12
II.	Rapport d'analyse des plaintes transmises en 2020 à l'Ombudsman CM.....	15
A.	Nombre de plaintes	15
B.	Les 215 dossiers se rapportaient aux mutualités suivantes :.....	16
C.	Rapport entre plaintes de 2 ^e ligne et plaintes de 1 ^{ère} ligne :	17
D.	L'ombudsman a-t-il confirmé le point de vue de la mutualité ?	18
E.	Catégories de plaintes.....	19
F.	Top 4 des plaintes (79 % des plaintes)	20
G.	Analyse des plaintes	21
H.	Recommandations.....	26

Explications préliminaires

Quant à la procédure de traitement des plaintes au sein du groupe MC

La procédure de traitement des plaintes au sein des Mutualités Chrétiennes prévoit en premier lieu un traitement par les mutualités. Si le plaignant n'est pas satisfait du traitement de sa plainte de première ligne par la mutualité, il peut introduire une plainte de 2^e ligne.

Quant à la médiation

Les plaintes de 2^e ligne des membres des Mutualités Chrétiennes néerlandophones sont traitées par l'Ombudsman CM, celles des membres des Mutualités Chrétiennes francophones et germanophone par le Médiateur des MC(FG) ; ce rapport annuel est donc double, car il contient leur rapport respectif.

Quant au rapport annuel et à son suivi

Outre le traitement en deuxième niveau de recours des plaintes individuelles, les deux médiateurs ont aussi un rôle de signal à l'égard de la Mutualité Chrétienne.

Conformément aux directives de l'Office de Contrôle des Mutualités (OCM), ce rapport est établi à l'intention du Conseil d'administration de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes, auquel il incombe de décider du suivi.

Sur base des constatations et recommandations faites à l'occasion des dossiers de médiation, un plan annuel d'actions est établi à l'intention des services concernés, et les résultats feront l'objet d'une évaluation l'année suivante.

Les plans annuels d'actions et leur évaluation annuelle sont également communiqués à l'OCM.

I. Rapport d'analyse des interpellations adressées en 2020 au médiateur des MC(FG).

A. Nombre de plaintes

En 2020, 236 interpellations ont été adressées directement au médiateur des MC(FG). Cela représente une réduction de 7% par rapport à 2019.

Les plaintes transférées

Le médiateur a examiné attentivement chacune des interpellations qui lui étaient adressées. Lorsqu'il a constaté que la mutualité n'avait pas encore traité la plainte faisant l'objet de l'interpellation, le médiateur a transmis cette plainte à la mutualité du plaignant tout en formulant, si nécessaire, des remarques, observations ou recommandations en fonction de ses constatations dans le dossier concerné. En formulant ces remarques, observations ou recommandations, le médiateur a pour objectif de réduire le risque de dépôt ultérieur de plainte du 2^{ième} niveau.

Ainsi, le médiateur a transféré 151 plaintes (152 en 2019) aux mutualités régionales, chargées de leur traitement (1^{er} niveau).

Les médiations

Le médiateur des MC(FG) a traité personnellement 85¹ plaintes (- 17 % par rapport à 2019).

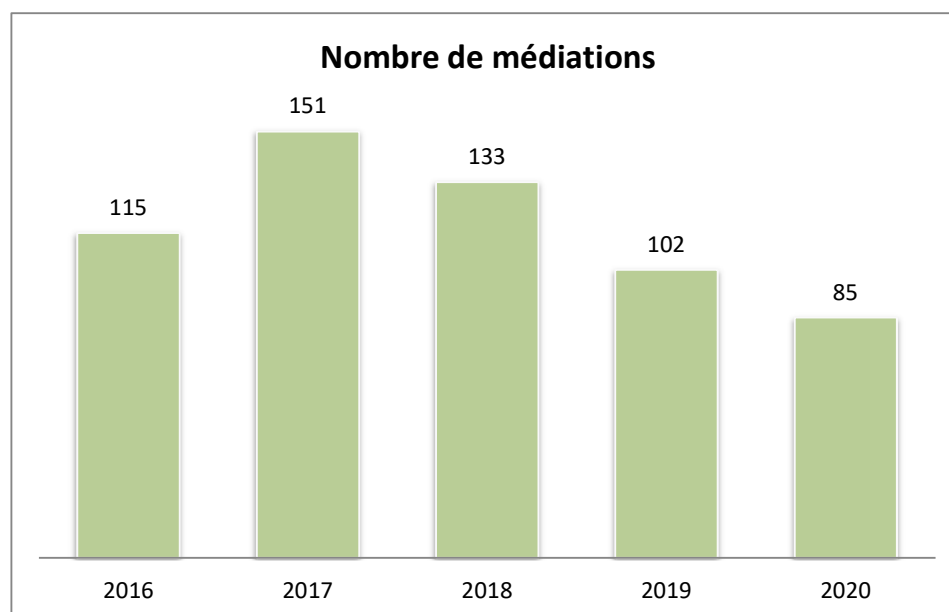
96,5% des interpellations ont été faites via message électronique :

- 90,6% via mediateur@mc.be
- 9,4% via le formulaire de contact du site Web.

3,5% des interpellations ont été reçues par courrier postal (sauf urgence le médiateur ne traite que les plaintes écrites).

Le médiateur des MC(FG) a notamment traité :

- 3 plaintes introduites par le Médiateur fédéral,
- et 1 plainte introduite par la Médiatrice de la Communauté germanophone.



¹ Toutes ne sont pas des plaintes de seconde ligne au sens strict. Des membres exaspérés suite à des contacts avec leur mutualité ou se trouvant dans une situation jugée à leurs yeux inextricable ou incompréhensible font le choix de s'adresser 'directement' au médiateur.

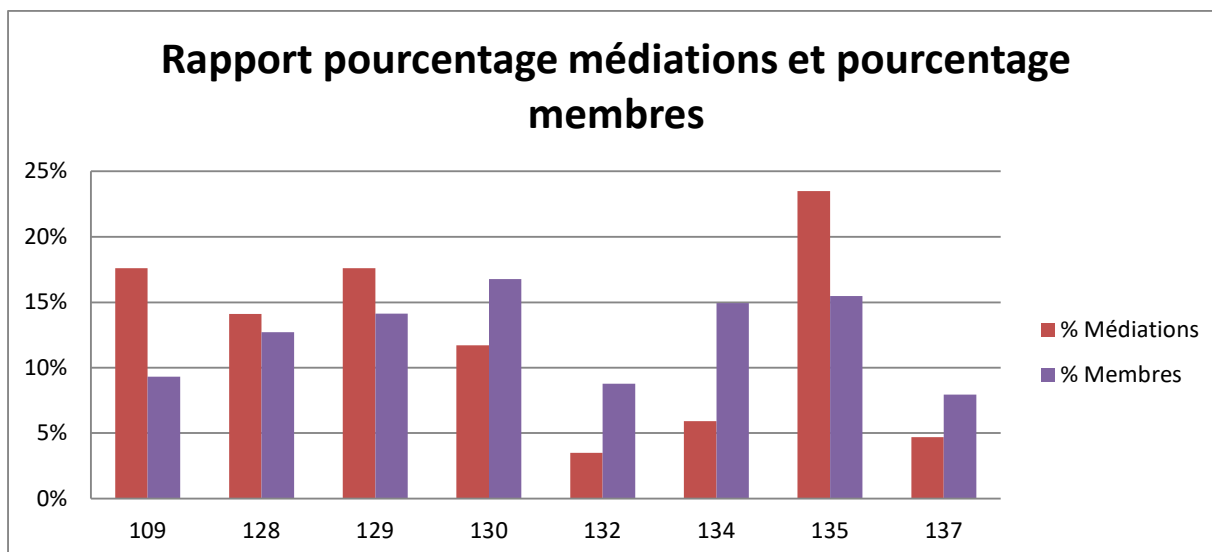
B. La ventilation par mutualité des plaintes traitées par le médiateur des MC(FG)

MUT	Mutualité	Nombre de plaintes	% de plaintes
109	Brabant wallon	15	17,6%
128	Hainaut oriental	12	14,1%
129	Hainaut Picardie	15	17,6%
130	Liège	10	11,7%
132	Province du Luxembourg	3	3,5%
134	Province de Namur	5	5,9%
135	Saint-Michel	20	23,5%
137	Verviers-Eupen	4	4,7%
TOT	MCFG	84	100%
108	CM Antwerpen	1	
TOT	MC/CM	85	

Trois mutualités (MC135, 109 et 129) ont donc fait l'objet de 58,7% des médiations en 2020. A signaler que le médiateur des MC(FG) a aussi traité 1 interpellation pour un membre francophone de CM Antwerpen (CM101).

Le rapport entre le pourcentage des médiations et le pourcentage de membres (bénéficiaires) des MCFG était le suivant:

MUT	% des médiations	% de membres (bénéficiaires) des MCFG (selon l'effectif au 30-06-2020)	Différence entre % des médiations et % des bénéficiaires
109	17,6%	9,3%	+8,3%
128	14,1%	12,7%	+1,4%
129	17,6%	14,1%	+3,5%
130	11,7%	16,8%	-5,1%
132	3,5%	8,8%	-5,3%
134	5,9%	14,9%	-9,0%
135	23,5%	15,5%	+8,0%
137	4,7%	7,9%	-3,2%
TOT	100%	100%	



C. Rapport entre plaintes de 2^e ligne et plaintes de 1^{ère} ligne

MUT	Plaintes de 2 ^e ligne (médiations)	Plaintes de 1 ^{ère} ligne	%
109	15	98	15,3%
128	12	340	3,5%
129	15	143	10,5%
130	10	96	10,4%
132	3	61	5%
134	5	102	5%
135	20	325	6%
137	4	47	8,5%
SRH199(109,132,134,135)	0	2	-
TOT	84	1214	6,9%

Chaque médiation a en principe été générée par une insatisfaction qui a subsisté après le traitement d'une plainte en première ligne.

D. Catégories de médiations

Catégories	Nombre de médiations	% des médiations
Indemnités	17	20%
Assurances facultatives	26	30,6%
Soins de santé	18	21%
Avantages et services	6	7%
Assurabilité	10	11,8%
Communication/contact	1	1,2%
Médecin-conseil	2	2,4%
Récupérations	1	1,2%
Défense des membres	1	1,2%
Spa-Nivezé	1	1,2%
Optival	2	2,4%
TOTAL	85	100%

E. Top 4 des médiations (83,4 %)

		2020	2019	2018	2017	2016
1	Assurances facultatives	30,6%	19,6%	26,3%	38,4%	33,9%
2	Soins de santé	21%	18,6%	23,3%	23,3%	23,3%
3	indemnités	20%	22,5%	21,8%	9,3%	10,4%
4	assurabilité	11,8%	Absent du top 4	Absent du top 4	Absent du top 4	Absent du top 4
-	Avantages et services	7%; absent du top 4	13,7%, mais dans top 4	10,5%, mais dans top 4	10,4%, mais dans top 4	Absent du top 4

Les médiations relatives aux assurances facultatives ont crû sensiblement en 2020, pour atteindre la première place du top 4.

Les médiations relatives aux soins de santé ont-elles aussi crû en 2020, pour atteindre la deuxième place du top 4.

Les médiations relatives aux indemnités se placent certes au troisième rang du top 4 des médiations, mais avec un pourcentage quasi équivalent à celui des médiations pour les soins de santé.

Les médiations relatives à l'assurabilité ont augmenté en 2020 et, pour la première fois, font partie du top 4.

Les médiations relatives aux avantages et services (essentiellement l'assurance complémentaire) ont diminué en 2020 et, pour la première fois, ont quitté le top 4.

Les médiations concernant les divers autres sujets étaient peu nombreuses en 2020.

Evidemment, ces constatations se fondent sur un petit nombre de cas. Il convient donc de consulter le rapport annuel global des plaintes de 1^{ère} et 2^{ème} ligne pour savoir dans quelle mesure ces constatations s'y retrouvent.

F. Délai de traitement des médiations

S'agissant de plaintes traitées en 2^{ème} niveau de recours, il est particulièrement important que le délai qui s'écoule entre la réception de la plainte et la réponse définitive qui lui est donnée soit le plus court possible.

Le tableau ci-dessous reprend le délai de traitement complet des médiations en 2020.

Délai du traitement complet	Nbre de dossiers de médiation		Nbre cumulé de dossiers	
	En 2020	En 2019	En 2020	En 2019
Maximum 3 jours-calendrier	33	49	33 (39%)	49 (48%)
Maximum 7 jours-calendrier	27	21	60 (71%)	70 (68%)
Maximum 14 jours-calendrier	13	19	73 (86%)	89 (87%)
Maximum 21 jours-calendrier	2	4	75 (88%)	93 (91%)
Maximum 30 jours-calendrier	5	7	80 (94%)	100 (98%)
Plus de 30 jours-calendrier	5	2	85 (100%)	102 (100%)

Il en découle que dans 94 % des médiations, le délai maximum de traitement des plaintes fixé par la procédure nationale (30 jours) a pu être respecté.

La raison pour laquelle ce délai maximum n'a pas pu être respecté dans 5 cas est évidemment interpellante :

- dans 2 cas, la réponse du médiateur MC(FG) dépendait d'une information ou décision émanant d'une autre institution (INAMI),
- mais dans 3 cas le dépassement du délai maximum était dû à une réaction très lente ou hésitante des services de la mutualité concernée.

La constatation positive est que 86% des médiations ont pu être traitées complètement dans les 2 semaines, et que près de 40% des médiations ont même été traitées dans les 3 jours-calendrier.

Toutefois, en comparaison avec 2019, le délai de traitement des médiations fut plus long en 2020. Les adaptations des conditions de travail (notamment le télétravail obligatoire) au sein des MC pendant la crise de la Covid19 a compliqué les contacts internes entre les services compétents et les membres du personnel, et des délais de réaction plus longs en ont résulté. Cette situation se produira probablement encore en 2021.

G. Analyse des médiations²

Observations générales

Dans 42% des cas - soit 36 plaintes -, la médiation a donné lieu à un déblocage ou à une révision favorable pour le membre de la décision maintenue par la mutualité dans le cadre de la gestion de la plainte en 1^{ère} ligne, ou sur la formulation d'une explication/motivation circonstanciée que le plaignant n'avait pas reçue jusqu'alors.

Dans 50 % des cas, - c'est-à-dire 43 plaintes - la médiation a débouché

- soit sur la constatation que le dossier avait été finalement traité par la mutualité, mais parfois avec un retard (trop) important,
- soit sur la confirmation que la mutualité concernée ou MC Assure avait traité correctement la plainte de 1^{ère} ligne ou avait pris une décision tout à fait justifiée.

Dans 8 % des cas, le médiateur des MC(FG) a dû donner une réponse négative au plaignant en estimant la plainte totalement infondée.

Tenant compte des conditions de travail plus difficiles durant la crise de la Covid19, le Médiateur des MC(FG) entend souligner l'excellente collaboration avec les coordinateurs régionaux de plaintes et les différents services contactés en mutualité ou au secrétariat national, et leur souci permanent de trouver une solution répondant au mieux aux besoins du membre là où c'était possible. Le Médiateur les remercie vivement pour leur collaboration efficace et pour les efforts particuliers qu'ils ont fournis durant l'année 2020.

Observations, par sujet traité

1) Observations quant aux assurances facultatives

1.1. Nombre de médiations concernant les assurances facultatives

Le nombre de médiations relatives aux assurances facultatives a augmenté en 2020 : 26 en 2020, contre 20 en 2019.

1.2. Défauts de paiement de primes

Les médiations résultant de la résiliation des contrats pour non-paiement d'une ou plusieurs primes trimestrielles étaient plus rares en 2020. Et dans la plupart de ces cas, le médiateur a estimé que la résiliation décidée par MC Assure ne pouvait être remise en cause, le plaignant ne pouvant invoquer aucune excuse vraiment convaincante.

Par contre, divers problèmes techniques lors des facturations des primes à payer, ou certaines lettres erronément envoyées ont fortement mécontenté les membres concernés.

1.3. Information sur la couverture des assurances

La complexité des produits d'assurances de MC Assure a pour effet que certains assurés ne comprennent pas bien les conditions d'intervention. Ainsi, les malentendus sont fréquents.

Les besoins de communiquer clairement au sujet des conditions d'intervention, et de motiver soigneusement les décisions, demeurent essentiels.

Cette constatation fera l'objet d'une recommandation émise à la fin du présent rapport.

² La plupart des médiations se rapportent heureusement à une problématique isolée. Ce chapitre ne reprend que les plaintes pour lesquelles le Médiateur MC a estimé qu'elles révèlent une situation qui dépasse nettement le cadre individuel.

1.4. Délai de remboursement

Le (trop) long délai de paiement des interventions a lui aussi généré des plaintes.

Cette constatation fera l'objet d'une recommandation émise à la fin du présent rapport.

2) Observations quant aux soins de santé

2.1. Délais de remboursement

Les plaintes relatives aux délais de remboursement des soins de santé furent particulièrement nombreuses en 2020. Dans certaines mutualités, le retard de remboursement a même régulièrement atteint un bon mois, voire parfois 45 jours. Dans de telles situations - où on ne pouvait raisonnablement plus considérer qu'un service de qualité était encore assuré - la quasi-totalité des plaintes des membres ont dû être considérées comme légitimes. Lorsqu'il a été interpellé, le médiateur n'a donc pu que constater le retard anormal et insister auprès de la mutualité concernée pour qu'elle prenne les mesures nécessaires de résorption du retard accumulé. Mais les membres attendaient des résultats et lorsqu'ils constataient que le retard ne s'était pas résorbé au moment de leur nouvelle demande de remboursement, certains ont reformulé une plainte, souvent plus agressive que la précédente. Las, certains ne se sont plus plaints : ils ont muté vers un autre OA.

Le délai de remboursement doit requérir la plus grande attention de la MC car cette activité demeure, aux yeux de ses membres, le cœur de son métier : c'est l'accessibilité financière aux soins de santé qui est en jeu ici.

Cette constatation fera l'objet d'une recommandation émise à la fin du présent rapport.

2.2. Division des remboursements

Les différences de délais de remboursement au membre d'attestations de soins ou de factures remises en même temps à la mutualité peuvent atteindre plusieurs mois.

L'étalement dans le temps de ces remboursements en fonction de leur procédure de tarification respective (scanning, tarification manuelle de l'assurance obligatoire, intervention de l'AC soumise à un plafond annuel, soins à l'étranger, intervention des AF, etc.) suscite régulièrement l'incompréhension et la méfiance des membres. Il est donc important de bien communiquer avec les membres sur les délais réels ou présumés des remboursements.

Cette constatation fera l'objet d'une recommandation émise à la fin du présent rapport.

3) Observations quant aux indemnités d'incapacité de travail

3.1. Délai de paiement des indemnités

3.1.1. Impact du processus de travail en étapes successives

Plusieurs plaintes ont porté sur le délai nécessaire pour le paiement des premières indemnités d'incapacité de travail (parfois deux mois ou plus) ou des indemnités réduites en cas de reprise partielle du travail. Le membre n'est pas nécessairement informé des éléments manquants (feuille de renseignements de l'employeur, ...) et ce n'est souvent que s'il se manifeste qu'une action est entreprise par la mutualité ; les membres s'attendent à plus de réactivité et d'initiative de la part de leur mutualité. Le dossier est souvent traité par étapes successives plus ou moins cloisonnées :

- les certificats d'incapacité de travail,
- la reconnaissance de l'incapacité de travail,
- les feuilles de renseignements (employeur(s) ou chômage d'une part, et titulaire d'autre part),
- le droit aux indemnités,
- le cas échéant, l'attestation de vacances annuelles,
- le cas échéant le dossier d'accident,
- puis le calcul des indemnités et enfin leur paiement.

Dans cette procédure, tout problème qui survient lors de l'une de ces étapes se répercute inmanquablement sur la date de paiement des indemnités en générant un retard supplémentaire, parfois important. Or, certaines étapes, notamment celle de la reconnaissance de l'incapacité de travail et celle du dossier d'accident, peuvent faire l'objet de traitements concomitants.

Il arrive qu'un élément bloquant provisoirement l'indemnisation n'est communiqué que fort tardivement au membre alors qu'il est pouvait être connu à l'ouverture du dossier, la raison invoquée étant que les données récoltées ne sont examinées qu'une fois le dossier administratif complet. Plusieurs semaines précieuses sont ainsi perdues et sont à l'origine d'une insécurité financière aggravée pour le membre. Une plus grande réactivité et davantage d'empathie des services indemnités seraient nécessaires. Le fil conducteur d'un dossier d'indemnités d'incapacité de travail doit être le souci permanent de payer le plus tôt possible ce revenu de remplacement.

Cette constatation fera l'objet d'une recommandation émise à la fin du présent rapport.

3.1.2. Impact du manque d'experts dans les services indemnités

En 2020 certaines mutualités n'ont même plus été en mesure de calculer les indemnités de maladie-invalidité, le personnel disponible devant être affecté au traitement prioritaire des nombreuses déclarations et reconnaissances d'incapacité de travail. De nombreux malades et leur famille se sont ainsi trouvés dans une situation financière extrêmement difficile parce qu'ils n'ont pas pu recevoir à temps leur seul revenu de remplacement. Et les malades qui avaient le courage de travailler à temps partiel avec l'accord du médecin-conseil ont dû encore attendre plus longtemps le paiement de leurs indemnités d'incapacité de travail.

Cette situation était totalement inacceptable car ces mutualités ne remplissaient tout simplement plus leur mission légale de paiement d'un revenu de remplacement.

Cette constatation fera l'objet d'une recommandation émise à la fin du présent rapport.

3.2. Coordination des informations obtenues par le circuit de papier et de celles obtenues via la Banque-Carrefour de la sécurité sociale

Souvent, le recoupement des informations émanant de ces deux sources n'est pas synchronisé, et des données déjà disponibles ne sont exploitées qu'avec retard.

Or, le traitement d'un dossier d'indemnités d'incapacité de travail devrait toujours être orienté « résultat ». Et dès que l'on a atteint la période indemnisable (souvent après le mois de salaire garanti), un suivi au jour le jour du dossier devient nécessaire pour payer le plus tôt possible les indemnités au membre.

Cette constatation fait l'objet d'une recommandation émise à la fin du présent rapport.

4) Observations quant à la communication avec le membre

4.1. Courrier standard

Dans des problématique complexes, il faut régulièrement constater que le courrier envoyé au membre est un courrier standard, ce qui n'aide pas à la résolution du problème ni à sa compréhension.

4.2. Courrier généré automatiquement

Le courrier généré automatiquement et envoyé de façon aveugle crée régulièrement des communications inappropriées, anachroniques, superflues voire contradictoires. Les membres, qui considèrent chaque lettre comme un message personnel émanant de leur mutualité, sont très sensibles à de telles incohérences lorsque celles-ci se produisent : l'image d'une bonne administration soucieuse d'utiliser ses moyens de façon efficiente s'en trouve alors affectée.

4.3. Courrier et respect de la Charte de l'assuré social

Dans certains cas, la communication au membre doit se faire conformément à la loi instituant la Charte de l'assuré social et des lettres-types ont été créées autrefois à cet effet.

Mais ces lettres-types ne règlent pas toutes les situations dans lesquelles ladite loi impose certaines formes de communication. Force est de constater que dans ces cas-là, la loi instituant la Charte de l'assuré social n'est en fait pas respectée, en l'absence de lettres-types ad hoc. Ce défaut d'explications suffisantes d'un paiement ou de motivation claire d'une décision génère régulièrement des plaintes, parfois suivies de médiations.

4.4. Communication non digitale

Pendant la crise de la Covid19, on a beaucoup encouragé et exploité la communication digitale, et le fossé entre les utilisateurs de ces technologies et les autres citoyens s'est encore creusé. Les démarches administratives sont devenues plus simples pour les uns, mais plus compliquées voire impossibles pour les autres. L'isolement social de ces derniers est devenu un fait dramatique évident.

Cette constatation fait l'objet d'une recommandation émise à la fin du présent rapport.

5) Observation quant au respect de la Charte de l'assuré social lors du traitement des plaintes de 1^{ère} ligne

La loi instituant la Charte de l'assuré social contient des dispositions spécifiques qui s'appliquent notamment lorsqu'un assuré social adresse à la mutualité une demande écrite d'information ou d'explication concernant une décision. Les plaintes écrites relatives à l'application de l'assurance obligatoire étant souvent des demandes de ce type, leurs réponses sont alors soumises aux exigences de la loi instituant la Charte de l'assuré social.

Comme en 2019, le médiateur a dû constater que les mutualités - qui semblent souvent avoir oublié l'existence-même de ces dispositions spécifiques - répondent aux plaintes écrites des assurés sociaux sans vérifier si leur réponse respecte les exigences de la loi instituant la Charte de l'assuré social.

Le rôle du Médiateur des MC(FG) n'est cependant jamais de se substituer aux obligations de la mutualité en matière de respect de la loi instituant la Charte de l'assuré social.

Cette constatation fera l'objet d'une recommandation émise à la fin du présent rapport.

6) Observations quant à l'assurabilité

Conventions internationales et accords transfrontaliers

Comme en 2019, les médiations d'assurabilité concernaient généralement des situations relevant des conventions internationales : Règlements de l'EEE, conventions bilatérales, travailleurs frontaliers ou habitants des régions bénéficiant d'un accord transfrontalier.

Le Médiateur des MC(FG) a constaté que la maîtrise de ces matières est limitée à un petit nombre de membres du personnel des MC : le partage des connaissances est trop restreint et les doublures sont rares ou parfois inexistantes. Les membres éprouvent donc parfois de grandes difficultés à pouvoir communiquer avec des personnes compétentes.

Cette constatation fera l'objet d'une recommandation émise à la fin du présent rapport.

7) Observation quant au service social

Comme en 2019, dans un certain nombre de dossiers, le Médiateur des MC(FG) a constaté que le membre était désemparé par une situation administrative bloquée, que le service compétent de la mutualité aurait dû signaler au service social. Le lien entre les services administratifs et les services sociaux semble s'être relâché dans certaines mutualités.

Or, le service social a toujours constitué un atout important - voire une force - du service aux membres des MC. De nombreux exemples démontrent que la complémentarité des fonctions entre les services administratifs et le service social de la mutualité doit encore être exploitée. Ainsi un certain nombre de plaintes - et donc de médiations - pourraient être évitées.

Cette constatation fera l'objet d'une recommandation émise à la fin du présent rapport.

H. Recommandations

Sur la base des constatations qu'il a faites en traitant les médiations en 2020, le Médiateur des MC(FG) formule au Conseil d'administration de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes les recommandations suivantes.

1. Recommandation quant aux assurances facultatives

1.1. Cette recommandation fait suite à la constatation décrite sous le point G, 1.3. du présent rapport.

Il est demandé à MC-Assure et à ses agents d'assurances :

- de communiquer plus clairement avec les assurés au sujet des conditions d'intervention,
- et de soigner davantage les motivations des décisions individuelles.

1.2. Cette recommandation fait suite à la constatation décrite sous le point G, 1.4. du présent rapport.

Il est demandé à MC-Assure et à ses agents d'assurances de veiller à ce que les interventions des assurances soient plus rapidement payées aux assurés.

2. Recommandations quant aux soins de santé

2.1. Cette recommandation fait suite à la constatation décrite sous le point G, 2.1. du présent rapport.

Les très longs délais de remboursement qui ont été constatés en 2020 sont absolument inacceptables. Le Médiateur des MC(FG) recommande au Département des soins de santé de l'ANMC et aux mutualités de collaborer ensemble pour mettre en œuvre tous les moyens nécessaires afin qu'en règle générale le délai de remboursement des soins de santé aux membres ne dépasse plus le délai d'une dizaine de jours-calendrier. L'expérience nous a en effet appris que les plaintes se multiplient dès que le délai de remboursement dépasse une dizaine de jours-calendrier.

2.2. Cette recommandation fait suite à la constatation décrite sous le point G, 2.2. du présent rapport.

Comme en 2019, le Médiateur des MC(FG) recommande aux mutualités de bien communiquer avec leurs membres sur les délais réels ou présumés des remboursements de soins de santé, en tenant compte des délais propres aux différentes procédures de tarification appliquées aux attestations de soins ou factures concernées, afin d'éviter que leurs membres ne s'inquiètent inutilement ou pensent à tort que la mutualité a perdu certains documents.

3. Recommandations quant aux indemnités d'incapacité ce travail

3.1. Cette recommandation fait suite aux constatations décrites sous les points G, 3.1.1., 3.1.2. & 3.2. du présent rapport.

Le Médiateur recommande au Département des indemnités de l'ANMC et aux mutualités de collaborer ensemble pour mettre en œuvre tous les moyens nécessaires afin d'optimiser la procédure aboutissant au paiement des indemnités d'incapacité de travail, de sorte que :

- le délai nécessaire pour le paiement des premières indemnités d'incapacité de travail soit le plus court possible,
- toutes les informations disponibles, quel que soit leur circuit (papier ou BCSS), soient rapidement recoupées et exploitées pour faire progresser le dossier d'indemnités,
- la mutualité soit plus réactive et prenne immédiatement des initiatives lorsqu'elle constate un élément bloquant ou retardant le paiement des indemnités attendues,
- le traitement de chaque dossier d'indemnités d'incapacité de travail soit réellement orienté « résultat » et soit suivi en permanence de façon globale jusqu'à ce que le membre reçoive effectivement son revenu de remplacement,

et afin de doter en permanence les services indemnités de suffisamment de personnel disposant d'une expertise suffisante de sorte que le paiement des revenus de remplacement ne soit plus interrompu.

3.2. Cette recommandation est reprise des deux rapports annuels précédents du Médiateur.

Le Médiateur des MC(FG) rappelle qu'il a recommandé il y a déjà deux ans au Département des Indemnités et à la Direction médicale de l'ANMC d'œuvrer en collaboration avec les autres Unions nationales et l'INAMI, en vue de la mise en place d'un circuit digitalisé de déclaration d'incapacité de travail, qui aurait pour effet d'exonérer les assurés sociaux de la responsabilité du délai de transmission de ces déclarations.

Le Médiateur des MC(FG) a appris avec satisfaction que depuis cette recommandation un groupe de travail s'est créé à cet effet au sein du CIN. Mais entre-temps la crise du Coronavirus en 2020 a permis de faire avec succès l'expérience de certaines mesures provisoires d'assouplissement de la procédure de déclaration d'incapacité de travail. Tout cela devrait alimenter la recherche d'une solution structurelle et accélérer sa mise en place, visant à protéger définitivement les assurés sociaux du risque de sanction pour déclaration tardive.

Mais en 2020, cette solution structurelle n'a pas encore été réalisée. Malgré l'assouplissement pendant la crise de la Covid19, certains membres sont restés pénalisés, par exemple en cas de demande tardive d'autorisation du médecin-conseil pour la prolongation du travail à temps partiel, alors que l'employeur envoyait encore régulièrement ses déclarations mensuelles électroniques, ce qui excluait toute intention frauduleuse.

Le Médiateur des MC(FG) recommande :

- de réaliser le plus tôt possible le circuit digital de déclaration d'incapacité de travail,
- et d'y intégrer les demandes au médecin-conseil, relatives aux prolongations des autorisations de travail à temps partiel.

4. Recommandation quant au respect de la Charte de l'assuré social lors du traitement des plaintes de 1^{ère} ligne

Cette recommandation fait suite aux constatations décrites sous les points G, 4.3. & G, 5. du présent rapport.

Comme dans son rapport annuel précédent, le Médiateur des MC(FG) recommande au Département des services de l'assurance de l'ANMC de veiller à rappeler aux mutualités, outre l'obligation d'information et de conseil, les diverses obligations de la loi du 11 avril 1995 instituant la Charte de l'assuré social, et en particulier les obligations particulières qui en découlent respectivement pour les soins de santé et les indemnités d'incapacité de travail.

Citons, de façon non exhaustive, les dispositions suivantes, qui s'appliquent notamment au traitement de plaintes de première ligne :

- l'article 160 quinquies, alinéa 2, de l'arrêté royal du 03-07-1996 exécutant la loi sur l'assurance-soins de santé obligatoire.
- les articles 245quinquies à 245octies du même arrêté royal.

5. Recommandations quant à l'assurabilité

Cette recommandation fait suite à la constatation décrite sous le point G, 6. du présent rapport.

Comme dans son rapport annuel précédent, le Médiateur des MC(FG) recommande au Département assurabilité de l'ANMC de collaborer avec les mutualités pour veiller à améliorer le partage des connaissances au sein du personnel des MC, au sujet des situations d'assurabilité relevant des conventions internationales : étudiants Erasmus, Belges (bénéficiaires ou non de pension) résidant en Espagne, travailleur frontalier franco-belges ou belgo-luxembourgeois, ou habitants des régions bénéficiant d'un accord transfrontalier avec la France ou avec l'Allemagne.

La mise en place de doublures suffisantes devrait alors permettre aux membres de trouver plus aisément des interlocuteurs compétents dans ces matières au sein du personnel des mutualités.

6. Recommandation quant au service social

Cette recommandation fait suite à la constatation décrite sous le point G, 7. du présent rapport.

Comme dans son rapport annuel précédent, le Médiateur des MC(FG) recommande aux mutualités de davantage impliquer leur service social lorsqu'un service administratif de la mutualité constate qu'un membre est en désarroi en raison d'un blocage dans son dossier.

Luc Bodson
Médiateur des Mutualités Chrétiennes francophones et germanophone

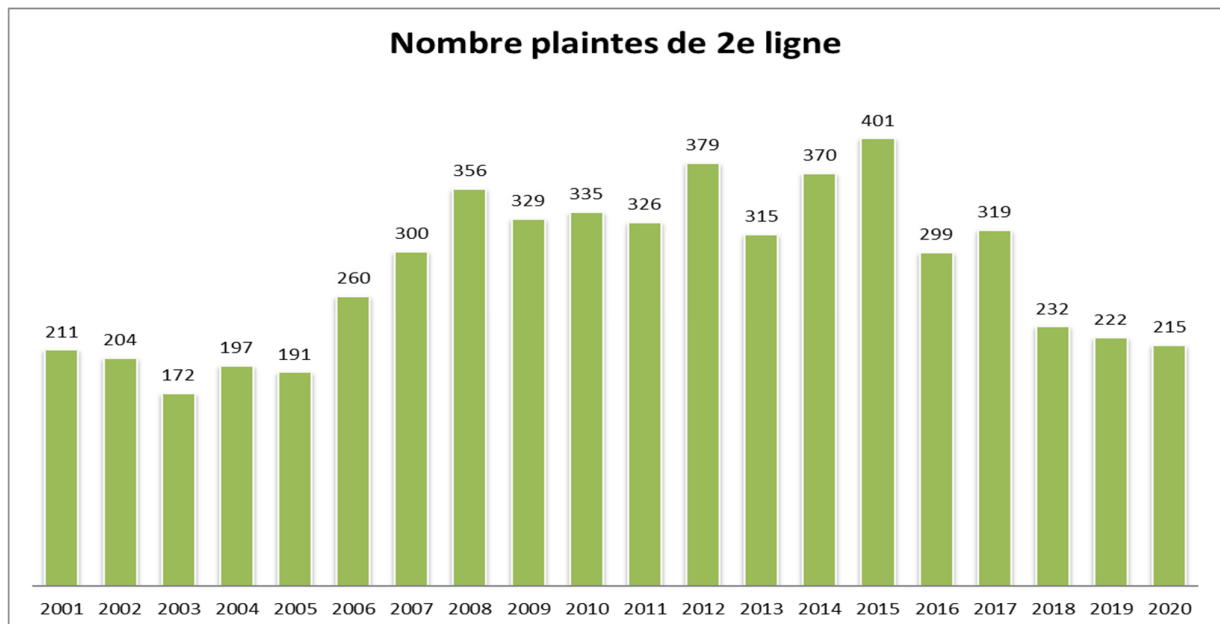
II. Rapport d'analyse des plaintes transmises en 2020 à l'Ombudsman CM

A. Nombre de plaintes

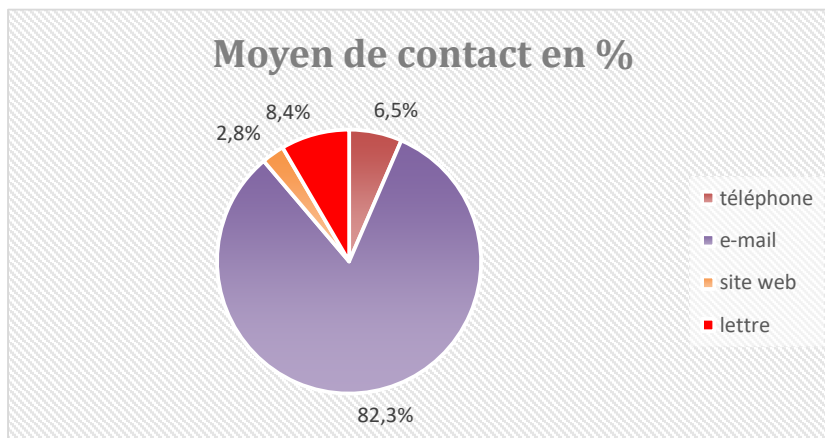
L'ombudsman CM a été contacté à 552 reprises en 2020.

En raison du grand nombre de contacts, nous avons, comme les années précédentes, dû interpréter strictement le concept de « plainte de 2^e ligne ». De ce fait, nous (n') avons enregistré (que) 215 plaintes comme étant de 2^e ligne.

337 contacts ont été renvoyés pour traitement aux mutualités. Il s'agissait de plaintes de 1^{ère} ligne, signaux, demandes d'information, ... que nous avons transmis au service ou à la mutualité concernée.



Ces 5 dernières années, nous observons une tendance à la baisse du nombre de plaintes de 2^e ligne introduites auprès de l'ombudsman CM. Leur nombre se situe au même niveau que lors de la période 2001.

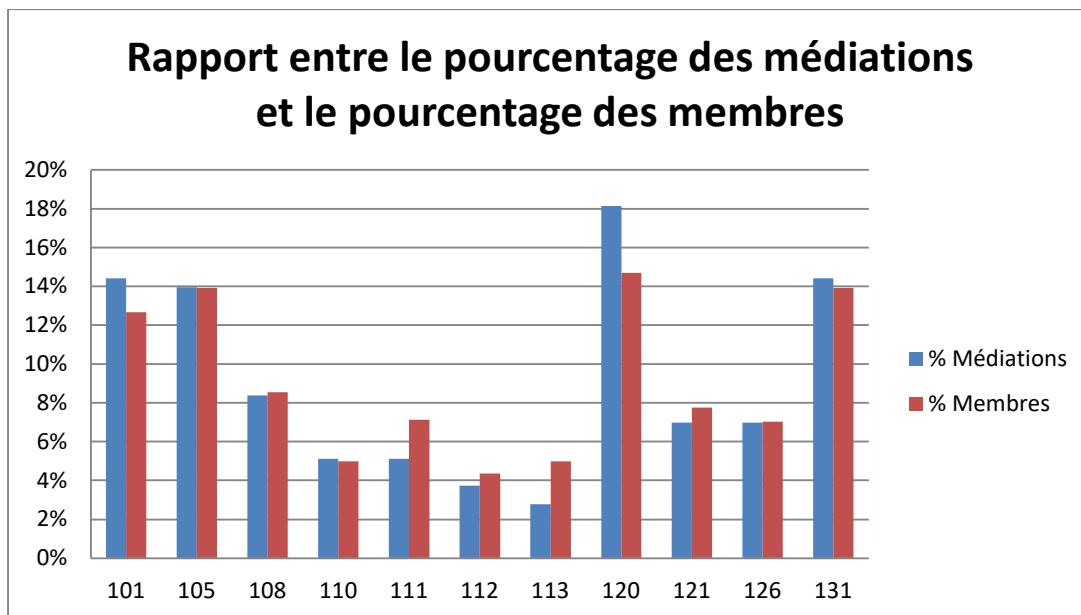


Les membres nous ont contactés via les canaux suivants :

Le traitement d'une plainte par l'ombudsman prenait en moyenne 7 jours.

B. Les 215 dossiers se rapportaient aux mutualités suivantes :

MUT	Mut	Nombre de dossiers	% plaintes	% de membres (bénéficiaires)
101	Antwerpen	31	14,42%	12,66%
105	Regio Mechelen-Turnhout	30	13,95%	13,91%
108	Leuven	18	8,37%	8,55%
110	Brugge	11	5,12%	4,99%
111	Zuid-West-Vlaanderen	11	5,12%	7,14%
112	Oostende	8	3,72%	4,36%
113	Roeselare-Tielt	6	2,79%	4,98%
120	Midden-Vlaanderen	39	18,14%	14,70%
121	Waas & Dender	15	6,98%	7,75%
126	Sint-Michielsbond	15	6,98%	7,02%
131	Limburg	31	14,42%	13,93%
TOT	VCM	215	100%	100%



Il est frappant de constater qu'en 2020, les membres de la CM Anvers (101) et la CM Midden-Vlaanderen (120) ont fait appel nettement plus souvent aux services de l'ombudsman que leur part dans l'ensemble des membres (entendez : bénéficiaires) des VCM.

Les membres de la CM Zuid-West-Vlaanderen (111) et de la CM Roeselare-Tielt (113), en revanche, ont eu significativement moins recours aux services de l'ombudsman.

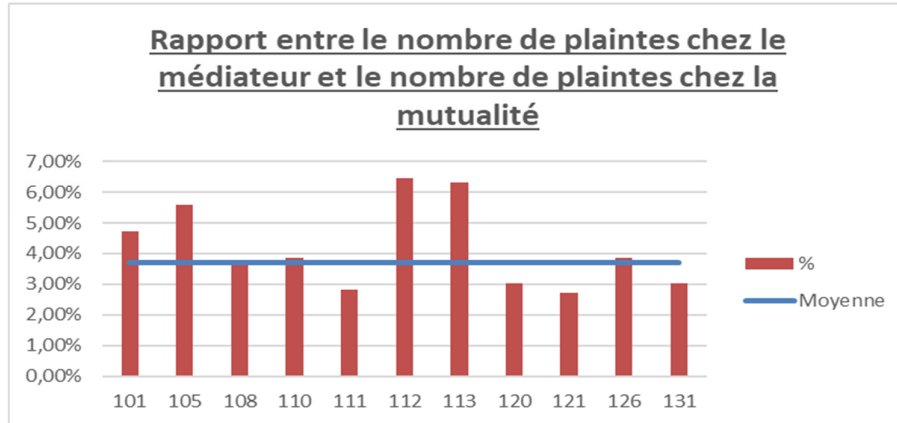
C. Rapport entre plaintes de 2^e ligne et plaintes de 1^{ère} ligne :

Le tableau suivant indique combien de plaintes de 2^e ligne ont été formulées par rapport au nombre de plaintes de 1^{ère} ligne.

	Mutualité	Plaintes de 2e ligne	Plaintes de 1ère ligne	%
101	Antwerpen	31	656	4,73%
105	Regio Mechelen-Turnhout	30	537	5,59%
108	Leuven	18	493	3,65%
110	Brugge	11	285	3,86%
111	Zuid-West-Vlaanderen	11	391	2,81%
112	Oostende	8	124	6,45%
113	Roeselare-Tielt	6	95	6,32%
120	Midden-Vlaanderen	39	1284	3,04%
121	Waas & Dender	15	550	2,73%
126	Sint-Michielsbond	15	387	3,88%
131	Limburg	31	1028	3,02%
TOT	VCM	215	5830	3,69%

La CM Zuid-West-Vlaanderen, CM Midden-Vlaanderen, CM Sint-Michielsbond et CM Limburg comptent proportionnellement peu de membres qui font appel à l'ombudsman après avoir déposé une plainte auprès de leur mutualité.

À l'autre extrémité du spectre, il est frappant de constater qu'un nombre proportionnellement important de membres de la CM Antwerpen, de la CM Regio Mechelen-Turnhout et de la CM Oostende sollicitent l'ombudsman en réponse à leur plainte de première ligne dans leur mutualité.



Il n'est pas facile d'en tirer une conclusion. Le rapport entre le nombre de plaintes de première ligne et le nombre de plaintes de deuxième ligne peut avoir des causes diverses :

- Le degré d'enregistrement des plaintes de première ligne
- Le soin apporté à l'examen de la plainte en première ligne
- La politique de la mutualité à l'égard des membres insatisfaits
- Les attentes des membres envers leur mutualité

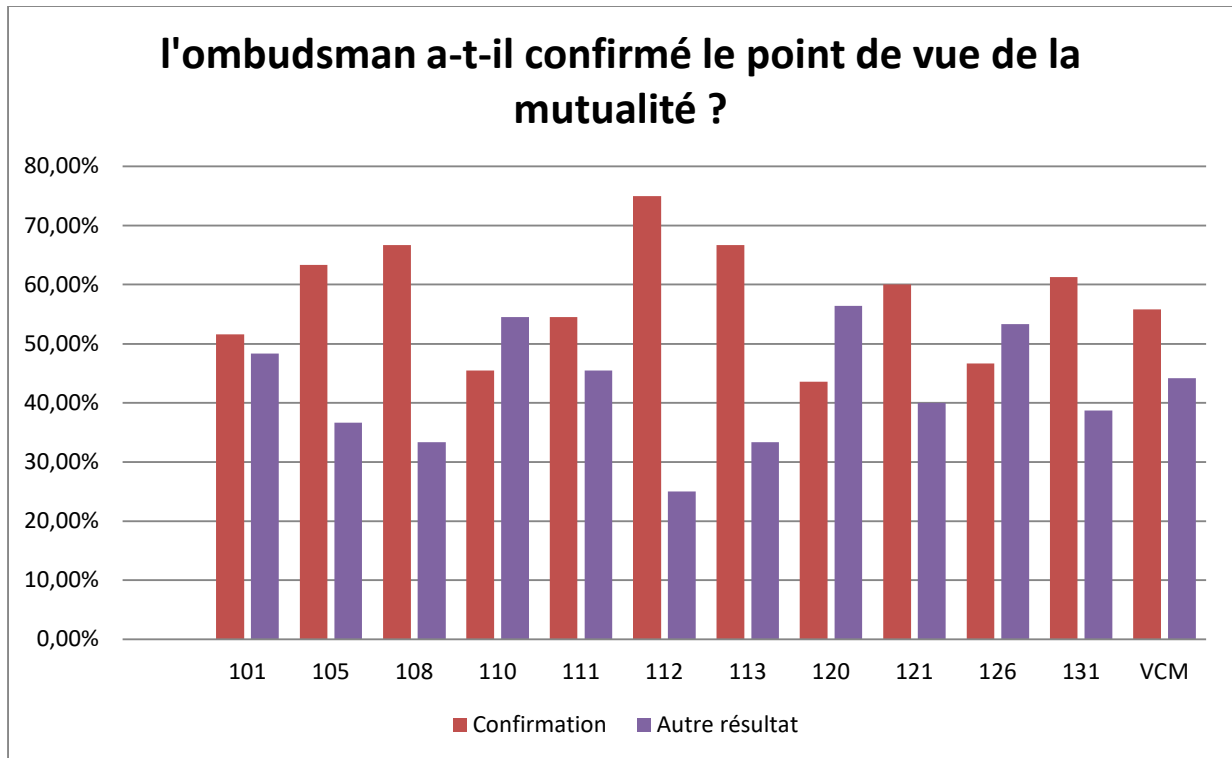
Pour cette raison, aucune conclusion ne peut être tirée du ratio élevé de plaintes de 2^e ligne à la CM 112 Oostende. Étant donné le faible nombre de plaintes enregistrées en 1^{ère} ligne, il y a de fortes chances que l'on obtienne ici une image biaisée.

Ce n'est pas le cas de la CM 101 Antwerpen.

La mutualité CM Antwerpen (101) a un taux d'enregistrement des plaintes cohérent (rapport de plaintes de 1^{ère} ligne par rapport au nombre de membres). Cela indique que les plaintes y sont effectivement reconnues comme telles et enregistrées.

D. L'ombudsman a-t-il confirmé le point de vue de la mutualité ?

Le constat est que, pour l'ensemble des plaintes liées aux VCM, pour lesquelles un recours a été introduit auprès du médiateur, celui-ci confirme la position de la mutualité dans 55 % des cas. En d'autres termes, il apparaît que le recours à l'ombudsman CM apporte une plus-value au plaignant dans 45 % des cas. Dans 36 % du nombre total de plaintes, la plus-value consiste à obtenir un avantage, dans 9 % du nombre total de plaintes, la plus-value consiste à obtenir des informations, à la suite desquelles le demandeur accepte la position de sa mutualité.



En fonction de la mutualité, la situation peut toutefois fortement diverger de la moyenne flamande. Ainsi, dans plus de 75 % des cas, l'ombudsman confirme en appel l'avis des mutualités CM Brugge, CM Zuid-West-Vlaanderen et CM Roeselare-Tielt. Le point de vue de la CM Waas & Dender, en revanche, n'est suivi que dans 1 cas sur 3.

E. Catégories de plaintes

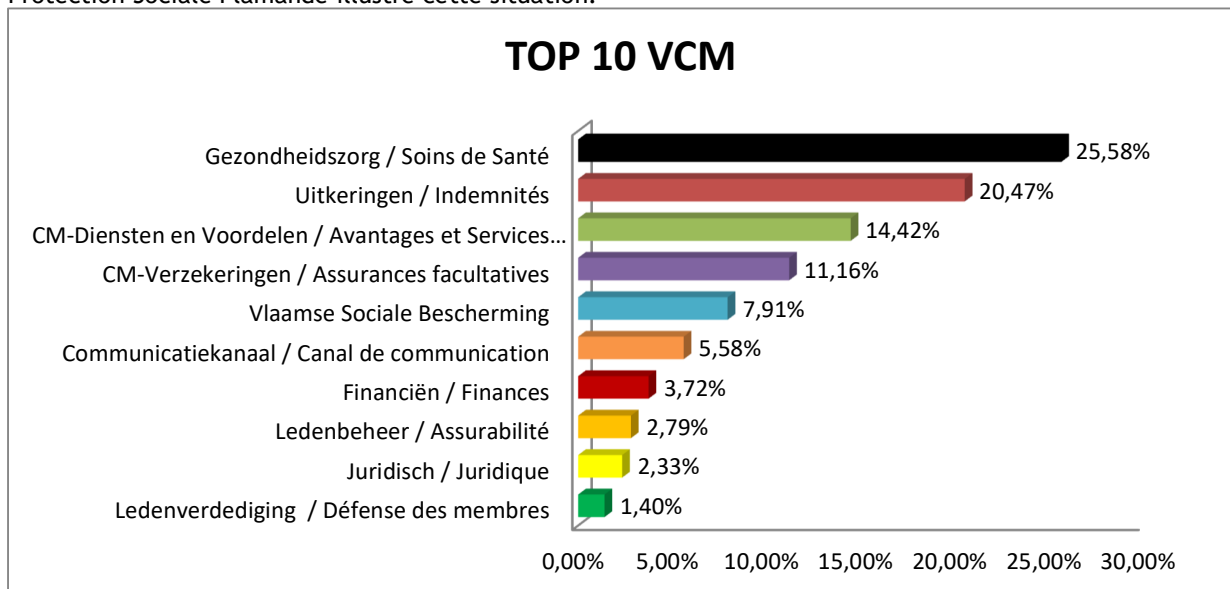
Cette rubrique donne une indication du contenu des plaintes. Nous avons classé les plaintes des 222 dossiers traités en 17 domaines.

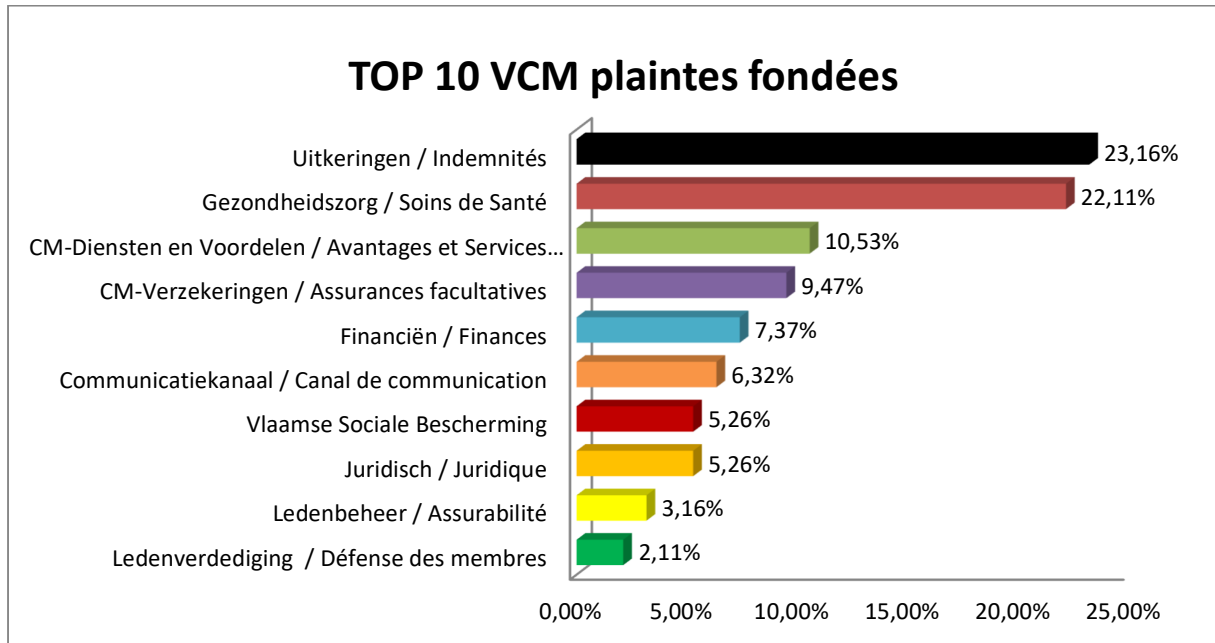
Sur les 222 plaintes traitées par l'ombudsman CM, 8 visaient des collaborateurs des VCM et 3 étaient introduites par des prestataires de soins.

	plaintes	plaintes fondées	Rapport entre les plaintes fondées et le total des plaintes
Soins de santé	55	21	38,18%
Indemnités	44	22	50,00%
Avantages et services	31	10	32,26%
CM Verzekeringen (assurances facultatives)	24	9	37,50%
Vlaamse Sociale Bescherming (Protection Sociale Flamande)	17	5	29,41%
Canaux de communication	12	6	50,00%
Finances (compte bancaire, domiciliation, relevé des paiements, ...)	8	7	87,50%
Assurabilité	6	3	50,00%
Juridique (arrêt exécutoire et vie privée)	5	5	100,00%
Défense des membres	3	2	66,67%
Goed	3	1	33,33%
Evènements de vie	3	2	66,67%
Service social	2	1	50,00%
Soins VCM / Zorg VCM	1	0	0,00%
Centres Séjours & Santé (convalescence)	1	1	100,00%
Total	215	95	44,19%

Les lois et les règles que les mutualités doivent respecter sont complexes. Les membres des VCM ont généralement du mal à avoir une idée précise de l'aide à laquelle ils ont droit et des conditions qu'ils doivent remplir. C'est là une cause de plaintes.

Les membres ont l'impression d'être négligés et déposent une plainte. Toutefois, après examen de la plainte, il apparaît que leur dossier a été correctement géré par leur mutualité. La proportion de plaintes injustifiées concernant les soins de santé, les avantages et services, les assurances facultatives, la Protection Sociale Flamande illustre cette situation.





F. Top 4 des plaites (79 % des plaites)

		2020	2019	2018	2017	2016
1	Soins de santé	25,58 %	23,4 %	22,0 %	19,4 %	21 %
2	Indemnités	20,47 %	28,8%	25,0 %	20,5 %	18%
3	Avantages et Services	14,42 %	14,4%	7,3%	16,2%	13%
4	Assurances facultatives	11,16 %	12,2%	17,7%	17,1%	22%

Het aandeel van de klachten over uitkeringen die ingediend werden bij de ombudsman is met een derde gedaald, vergeleken met 2019.

Het aandeel van de klachten over gezondheidszorg, CM Diensten & Voordelen en CM-Verzekeringen kenden geen opvallende wijziging. Door de daling van het aandeel klachten over uitkeringen waren de klachten over de uitbetaling van de gezondheidszorg de meest voorkomende klachten die de ombudsman te behandelen had.

G. Analyse des plaintes

L'ombudsman CM souligne l'excellente collaboration avec les coordinateurs régionaux de plaintes et les différents services contactés en mutualité ou au secrétariat national et leur souci permanent de trouver une solution répondant au mieux aux besoins du membre là où c'était possible.

Le ombudsman CM les remercie vivement pour leur collaboration efficace durant l'année 2020.

Le contenu d'une plainte en apprend beaucoup à une organisation sur les aspects de la prestation de services qui peuvent être améliorés. C'est pourquoi il est important d'analyser les plaintes, d'en tirer des enseignements et de formuler des recommandations pour les améliorer. C'est ce que nous faisons dans ce chapitre et le suivant.

Cependant, les analyses qui suivent ne doivent pas conduire à la conclusion que la majorité des membres des Mutualités Chrétiennes sont confrontés à des services insuffisants.

Principales plaintes

1. Indemnités

Les plaintes concernant les indemnités ont principalement pour origine le délai de traitement avant le versement d'une indemnité, la complexité des procédures de déclaration et de prolongation auxquelles les membres doivent se soumettre et les sanctions correspondantes en cas de retard, les erreurs dans la gestion des dossiers d'indemnités et le manque d'initiative du gestionnaire de dossiers pour informer le membre (ou l'employeur) lorsque des documents manquent dans le dossier ou lorsque des signaux indiquant que quelque chose ne va pas sont reçus.

Examinons de plus près les points problématiques :

1.1. Sanction de 10 % sur l'indemnité pendant la période de déclaration tardive de l'incapacité de travail :

Les membres n'acceptent pas de subir une sanction pour cause de déclaration introduite en retard. Ils estiment avoir introduit leur déclaration le plus vite possible et que la sanction est donc injuste. Ils se plaignent du manque de clarté concernant la date d'introduction de la déclaration.

1.2. Manière obsolète d'introduire une déclaration ou une prolongation d'incapacité de travail.

L'INAMI ne prévoit que 2 façons d'introduire valablement une déclaration d'incapacité de travail :

- Via B-Post, où le cachet de la poste fait foi de la déclaration à temps.
- En remettant personnellement la déclaration au service du médecin-conseil en échange d'un accusé de réception daté.

Les membres n'acceptent pas qu'au 21^e siècle, il soit impossible d'introduire la déclaration sous forme électronique. Et la coupe est pleine quand il apparaît que B-Post a perdu leur déclaration, ils n'ont alors plus aucun moyen de contester la réduction de 10% de leur indemnité pour cause de déclaration tardive.

En raison de la crise du Corona, l'INAMI autorise temporairement la transmission numérique de l'attestation d'incapacité de travail à la mutualité. L'attestation scannée peut être envoyée en pièce jointe avec le formulaire web « fiche d'information incapacité de travail ». Cette solution temporaire résout le problème des déclarations qui restent trop longtemps à la poste ou qui se perdent. Les unions nationales de mutualités doivent donc convaincre l'INAMI de continuer à accepter cette déclaration numérique après la crise du Corona.

1.3. Le délai de traitement des dossiers d'indemnités.

De très nombreuses plaintes se rapportaient au paiement tardif des indemnités de maladie. Souvent, ce retard est lié aux arriérés de la mutualité en matière de traitement des dossiers d'indemnités. En 2021, il y aura chez la MC une mise en service généralisée de la fiche de renseignements numérique sur l'incapacité de travail et du formulaire de demande de prolongation

de l'autorisation de reprise partielle du travail. Cela promet une réduction du temps de traitement d'une semaine, simplement en éliminant la nécessité d'envoyer un formulaire papier au membre par la poste.

1.4. La procédure pour demander ou prolonger un accord pour reprise du travail partielle ou un trajet de réintégration.

Les exigences (de forme) sont complexes, les délais à respecter sont difficilement compréhensibles pour les membres, la législation et les règlements d'octroi et de calcul des indemnités sont complexes.

La conséquence en est que des membres commettent des erreurs dans leur déclaration et que les dossiers sont difficiles à gérer au sein de la mutualité.

1.5. Le délai de paiement des indemnités en cas de reprise progressive du travail (« mi-temps médical »).

Le calcul mensuel de l'indemnité en cas de reprise progressive du travail devrait se dérouler plus aisément.

Le fait que la mutualité ne puisse commencer à calculer l'indemnité qu'une fois que l'employeur a envoyé l'attestation salariale est un premier facteur de retard.

En 2017/2018, lors des discussions avec l'INAMI sur le calcul des indemnités dans les situations d'incapacité de travail combinée à un travail autorisé, la MC a fait valoir que ce contrôle du nombre réel d'heures travaillées ne devrait pas être effectué sur une base mensuelle, mais uniquement sur la base de données trimestrielles. De cette manière, la mutualité n'a pas à attendre l'attestation salariale mensuelle de l'employeur indiquant le nombre d'heures travaillées pour verser l'indemnité. Les autorités n'ont pas répondu à cette demande. Elles ont estimé que les mutualités ne vérifiaient pas suffisamment, de cette manière, si les indemnités étaient versées pour les périodes pendant lesquelles le bénéficiaire était au travail.

En raison du volume des dossiers d'indemnités et de l'organisation interne de la mutualité, il n'est pas rare qu'il faille plusieurs jours avant que le dossier d'indemnités ne soit traité.

Cela donne des situations où les membres ayant "mi-temps médical" ne reçoivent leur indemnité qu'un mois après la fin du mois au cours duquel ils ont effectué des prestations.

Ces personnes en invalidité reconnue qui font des efforts pour redevenir actifs se sentent doublement flouées face aux personnes en invalidité qui restent à la maison : elles font des efforts, se forcent même, pour reprendre à temps partiel, avec comme résultat que leur indemnité est payée un mois plus tard qu'auparavant.

1.6. Les connaissances sur le dossier d'indemnités spécifique.

Chaque fois qu'un membre contacte le service indemnités (RDR), il se rend compte qu'il doit à nouveau expliquer sa situation à un autre collaborateur. Comme un dossier n'est pas assigné à un gestionnaire de dossiers fixe, le membre craint que la MC ne perde son dossier de vue et y voit l'explication du fait que, dans un certain nombre de cas, la MC réagit trop tard à des informations manquantes dans le dossier ou ne remarque pas la spécificité du dossier et, par conséquent, gère mal le dossier.

Plusieurs plaintes mettent en lumière une situation pénible : il ne faut pas oublier que l'indemnité est le seul revenu de nombreux malades de longue durée. Quand le paiement est interrompu ou soudainement effectué plus tard, cela génère des problèmes financiers sérieux pour les malades de longue durée. Tellement sérieux que certains n'arrivent plus à joindre les deux bouts.

La MC, partenaire dans la santé comme dans la maladie, ne peut pas accepter cela.

2. Soins de santé

2.1. Délais de remboursement des attestations de soins donnés.

Il y a eu, à partir de la deuxième vague de corona en 2020, une forte augmentation des plaintes pour défaut de remboursement de soins de santé. Des retards de plusieurs semaines à quatre mois s'accumulaient en fonction du type d'attestation. Ce qui s'est passé pour la première fois, c'est que le retard n'était pas concentré sur les périodes de congé, mais était continu jusqu'au premier trimestre de 2021!

2.2. La non-indication sur les relevés de paiement du montant réellement payé par le membre.

Ce motif de plainte a également été identifié l'année dernière et n'a pas encore été résolu. Bien que le montant réellement payé par le membre soit noté sur l'attestation de soins donnés, il n'est pas toujours repris sur le relevé de paiements que la MC transmet au membre. Cela signifie que le membre ne peut pas prouver à son assureur complémentaire quelle est la différence entre ce qu'il a payé et ce que la mutualité rembourse. De ce fait, le membre ne peut pas bénéficier du remboursement complémentaire de son assurance privée ou de la MOB Verzekeringen CM-Vlaanderen.

2.3. La communication lors du remboursement dans le cadre de la facture MAF.

La MC ne parvient pas à informer les membres sur la façon dont le montant qu'ils ont reçu a été calculé. Les membres n'acceptent pas que, par manque d'information, ils ne puissent pas vérifier si la MC leur a versé le montant correct. Cela mine la confiance dans la MC.

3. Finances

3.1. Le numéro de compte unique

Compte tenu de l'utilisation généralisée par les médecins et spécialistes du système e-fact, qui ne permet pas d'identifier le numéro de compte sur lequel doit être versée l'intervention dans les frais de la visite médicale, la MC a commencé à limiter le nombre de numéros de compte par membre à un.

On a perdu de vue le fait que plusieurs personnes peuvent financer le coût de la visite chez le médecin d'un mineur ou d'une personne sous tutelle et que ces financeurs aimeraient que l'intervention soit remboursée sur leur compte. La situation la plus courante (mais pas la seule) est celle qui suit un divorce difficile et dans laquelle les ex-partenaires ne coopèrent plus d'aucune manière, pas même dans le cadre des soins pour les enfants. Un partenaire se plaint auprès de la MC parce que le seul numéro de compte pour le remboursement des soins de l'enfant est celui de l'ex-partenaire. Cela signifie que si l'un des partenaires engage des dépenses pour la santé de l'enfant et présente le certificat du médecin à la MC, la MC versera quand même l'intervention dans les dépenses à l'autre ex-partenaire. Ainsi, celui qui supporte le coût n'est pas remboursé. Et l'ex-partenaire qui n'a pas engagé de dépenses recevra le remboursement. Comme il n'y a pas de contact entre les ex-partenaires, l'un d'entre eux ne transmet pas l'argent à l'autre et la personne qui a payé pour l'enfant perd son argent. L'utilisation d'un compte enfant n'est pas une alternative dans une telle situation. Comme les deux parents peuvent retirer de l'argent du compte de l'enfant, cette solution ne fonctionne que si une certaine confiance subsiste entre les ex-partenaires. Et c'est rarement le cas après un divorce difficile.

La situation dans laquelle la MC paie l'intervention à l'ex-partenaire qui n'a pas engagé les dépenses pour l'enfant, provoque à juste titre des réactions de colère envers la MC. La MC pèche ici contre les lois de l'assurance maladie obligatoire, la personne qui paie les frais, doit recevoir l'intervention. La MC ne peut légalement se soustraire à l'obligation de payer l'intervention à la personne qui a payé les honoraires du médecin. La MC court un risque considérable d'endommager définitivement sa réputation auprès de la population, du gouvernement et au sein de la politique si elle ne parvient pas à une solution définitive qui garantisse également à l'avenir que la personne qui a droit à l'intervention de l'assurance obligatoire obtienne effectivement cette intervention. Pour les remboursements de l'assurance complémentaire, savoir si la MC est en faute est moins évident. En effet, c'est le parent auprès duquel l'enfant est inscrit comme personne à charge qui ouvre les droits à l'assurance complémentaire en payant la cotisation MC. Cependant, lorsque l'autre parent a engagé des dépenses importantes pour l'enfant, et que l'intervention importante correspondante de l'assurance complémentaire va intégralement au parent qui a payé la cotisation

assez modeste, le parent qui a engagé les dépenses ressent cela comme une grande injustice de la MC.

4. Assurances MC et Services & avantages MC

4.1. Les conditions et les limites d'une intervention.

L'essentiel de ces plaintes porte sur les conditions et restrictions générales lorsque le membre n'accepte pas ces conditions et restrictions ou affirme ne pas avoir reçu ou compris ces informations.

5. Canaux de communication et de contact

5.1. Traitement du contenu des boîtes aux lettres MC.

Les documents sont scannés de manière centralisée avant d'être envoyés aux différents services pour être traités. Certains documents constituent un dossier qui doit être conservé ensemble afin d'obtenir un remboursement correct. Pour cette raison, le membre met ces documents ensemble dans une enveloppe fermée ou les présente agrafés ensemble. Pour pouvoir être scannés, ces documents doivent être séparés les uns des autres. Cependant, après avoir été scannés, ces documents ne sont pas toujours remis ensemble mais envoyés séparément à différents services. En conséquence, le traitement se déroule mal et les membres sont informés à tort qu'ils ont soumis un dossier incomplet ou que des documents ont été perdus et qu'ils doivent contacter leur prestataire pour compléter leur dossier. Cela nuit énormément à la confiance dans la mutualité.

5.2. Accessibilité de la mutualité

Les restrictions liées à la pandémie de Corona ont maintenu les bureaux locaux fermés pendant de longues périodes, ont mis la pression sur les centres de contact pour la téléphonie et les mails. En outre, les nouvelles centrales téléphoniques et la mise en service du programme OCT ont posé des problèmes.

En 2019, les membres les plus âgés, qui n'utilisent ni le PC ni intranet, se sont plaints que la MC n'était pas accessible et les a laissés tomber.

En 2020, c'est devenu une plainte générale. Qu'ils utilisent ou non un PC et l'intranet, cela ne changeait rien. La MC était très difficile à joindre : temps d'attente très longs au téléphone, mails dont la réponse se faisait attendre, les messages soumis via le formulaire de contact sur le site web recevaient une réponse tardive.

Pendant les périodes où les bureaux étaient ouverts, le système de rendez-vous était appliqué.

Compte tenu des délais d'attente par téléphone et des délais de réponse aux mails, il est devenu difficile d'obtenir un rendez-vous à temps. La MC ressemblait à une forteresse inaccessible.

En tant qu'institution de prestation de services au service des membres qui luttent pour leur santé, on ne peut pas être une forteresse inaccessible. Il devrait y avoir le moins d'obstacles possible pour que les gens puissent s'adresser à la MC avec leurs besoins.

6. Protection sociale flamande.

Sur les 316 plaintes adressées à CM ZORGKAS, 222 concernaient la prime de soins. Les plaintes concernant la prime de soins sont une constante dans ce secteur.

D'une part, il s'agit du mécontentement à l'égard de la pénalité à payer pour ne pas avoir versé la prime de soins de santé pendant deux ans. Cette amende est imposée par l'Agence flamande Zorg & Gezondheid et non par CM Zorgkas. Dans la mesure où CM Zorgkas a envoyé en temps voulu les rappels de paiement de la facture impayée, CM Zorgkas n'a pas la moindre dette et n'est pas affecté de quelque manière que ce soit par le fait que l'auteur de la plainte doit payer l'amende.

D'autre part, les plaintes concernent l'absence d'un bulletin de virement papier SEPA pré-rempli accompagnant la lettre d'invitation à payer la prime. C'est perçu par certains membres du public plus âgé comme une telle limitation qu'ils se donnent la peine de déposer une plainte à ce sujet.

7. Médecins-conseils.

Un nombre remarquablement élevé de plaintes relatives à l'attitude sont déposées contre ce groupe limité de membres du personnel. Les plaintes font état d'une attitude condescendante sans empathie, d'un manque d'amabilité et d'indifférence, d'un manque d'attention pour ce que le membre explique, de l'absence d'examen des documents médicaux apportés par le membre, de l'absence d'examen physique, Les auteurs des plaintes ont l'impression d'être à peine rentrés chez le médecin-conseil, que ça a été trop bref pour pouvoir raconter leur histoire. Ils ont l'impression que le médecin-conseil, sans disposer de toutes les informations, s'était déjà fait une opinion et qu'il n'a pas écouté les explications du patient sur sa situation médicale.

Le nombre de médecins-conseils a diminué au cours des dernières années. En outre, il n'y a pas eu de réduction du nombre de membres en incapacité de travail qui ont besoin d'être vus à intervalles réguliers (et certainement avant de passer en invalidité). Enfin, les règles Corona concernant la désinfection de la salle de consultation ont eu pour effet de réduire le nombre de patients pouvant être vus au cours d'une journée de travail.

Ces facteurs font que seules 15 minutes sont prévues par consultation. 15 minutes ne suffisent pas pour :

- recevoir le membre et le mettre à l'aise,
- permettre au membre de décompresser,
- expliquer la raison de l'invitation,
- examiner les documents médicaux apportés en présence du membre,
- interroger le membre et effectuer un examen si nécessaire,
- discuter du trajet vers la réintégration sur le marché du travail et accompagner le membre à cet égard,
- préparer le membre à la décision du médecin-conseil en lui fournissant les raisons de cette décision,
- effectuer le traitement administratif du contrôle.

Il n'est pas surprenant que dans cette circonstance, le membre ait l'impression d'être sorti plus vite qu'il n'a fallu de temps pour entrer, que le médecin ne l'a pas écouté et a pris des décisions hâtives sans tenir compte des preuves médicales présentées.

Ces circonstances font qu'il est difficile pour le médecin-conseil de faire son travail correctement. Le médecin est sous pression pour effectuer toutes les actions nécessaires en 15 minutes, il n'a donc pas le temps de rassurer le patient ou d'avoir une conversation calme sur la situation et l'avenir. Il n'y a pas non plus de temps pour répondre aux questions supplémentaires du membre, et le médecin-conseil doit interrompre le discours du patient. Le stress du médecin peut entraîner une réaction peu accueillante à l'égard du membre. La contrainte de temps signifie que le médecin-conseil doit se concentrer sur sa tâche de contrôle et que sa tâche de conseil est négligée.

H. Recommandations

Sur la base des constatations qu'il a faites en traitant les plaintes en 2020, le ombudsman CM formule au Conseil d'administration de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes les recommandations suivantes.

1. Indemnités :

1.1. Déclaration (prolongation) d'incapacité de travail :

En 2019, les unions nationales de mutualités et l'INAMI ont joué un rôle de pionnier dans un projet qui fournira une procédure de déclaration numérique qui commencera chez le médecin traitant. Le moment de l'introduction numérique du formulaire de déclaration par le médecin traitant servira de preuve de l'introduction dans les délais. Ce serait un moyen efficace et pratique pour de nombreux membres de remplir leur obligation. La déclaration numérique réduira le nombre de sanctions de -10 % sur les indemnités.

La possibilité de délivrer la déclaration en personne à la mutualité en échange d'un accusé de réception tamponné reste une alternative pour les situations où il n'est pas possible de la présenter par voie électronique.

Le projet n'a pas encore pu apporter une solution concrète en 2020. C'est pourquoi je recommande que ce rôle de pionnier dans ce projet, avec les autres unions nationales et l'INAMI, soit également assuré en 2020, avec les syndicats de médecins et les fabricants de logiciels, jusqu'au lancement de la procédure de déclaration électronique. Il convient d'utiliser l'expérience acquise grâce à l'autorisation temporaire de recevoir la déclaration sous forme numérique pendant la crise du Corona.

1.2. Le délai de traitement des dossiers d'indemnités.

Pour veiller à ce que les indemnités soient fixées et payées dans un délai acceptable (= le core business de la Mutualité Chrétienne), plusieurs actions sont nécessaires :

- En collaboration avec l'INAMI et les autres unions nationales de mutualités, examiner si les procédures et les contrôles peuvent être rendus plus efficaces afin que les paiements puissent être effectués plus rapidement sans compromettre le contrôle des abus. Il y a deux ans, la Mutualité Chrétienne a fait une proposition à l'INAMI pour organiser différemment le contrôle et le paiement des dossiers d'incapacité de travail avec emploi progressif afin que ces indemnités puissent être versées en même temps que les autres indemnités. L'INAMI a décidé à l'époque de ne pas accepter cette proposition. C'est pourquoi je demande à l'INAMI de réexaminer cette proposition, car nous devons veiller à ce que les citoyens en incapacité de travail qui s'inscrivent dans un trajet pour retrouver progressivement leur place dans le circuit du travail ne soient pas démotivés par le fait qu'on leur verse leur indemnité plus tard que les autres bénéficiaires.
- Une formation continue des gestionnaires de dossiers afin de garantir que tous les dossiers sont traités correctement et efficacement, même dans des cas spécifiques.
- Investir dans le domaine des indemnités pour que tous les gestionnaires de dossiers aient le temps, quand ils remarquent que des informations manquent dans un dossier ou qu'une échéance approche, de contacter proactivement le membre ou le médecin pour régler les choses. Un simple appel peut éviter de nombreux problèmes. Quand un document manquant arrive, qu'il puisse être traité immédiatement pour ne pas retarder davantage le paiement de l'indemnité. En 2020, nous avons commencé à envoyer un SMS de notification aux membres dont la date de fin de reconnaissance de l'incapacité de travail approche, afin qu'ils puissent encore faire une nouvelle demande à temps si nécessaire. Une autre initiative qui est en train d'être mise en place en Flandre consiste à informer les membres par mail ou par courrier du fait qu'ils n'ont pas ou seulement partiellement soumis la fiche de renseignements. Ces actions proactives ont commencé trop tard pour voir des résultats dans le nombre de plaintes à partir de 2020. En tant que Médiateur, je préconise de continuer à mettre en œuvre ces actions et d'autres actions proactives en 2021.
- Maximiser la possibilité d'envoyer la « feuille de renseignements indemnités » et le formulaire « demande prolongation accord reprise du travail partiel » par courrier électronique plutôt

que par courrier postal.. Un projet pilote a montré que l'envoi de ce formulaire par voie électronique réduit d'une semaine le temps de traitement du dossier d'indemnités.

2. Soins de santé :

2.1. Le remboursement à temps des prestations de soins de santé

C'est notre core business, qui mérite en permanence de l'attention. Bien que la situation en 2019 se soit nettement améliorée par rapport aux années précédentes, il faut continuer à investir dans le remboursement à temps des prestations de soins de santé. Il est donc recommandé d'investir dans de nouveaux modèles de collaboration, dans du personnel, et dans l'engagement le plus efficient possible du personnel, pour répondre toute l'année à l'objectif de paiement rapide. Il faut également investir dans la communication au membre : pourquoi ne pas informer le membre que l'attestation qu'il a remise était incomplète et que la mutualité contacte le médecin pour obtenir les informations manquantes. Pourquoi ne pas indiquer également que le paiement peut prendre un certain temps en fonction de la rapidité de la réponse du médecin ? Ces informations permettent au membre de connaître la cause du ralentissement du remboursement et de la comprendre. Compréhension qu'il n'a pas lorsqu'il attend, sans information de la part de la mutualité, le remboursement d'une attestation qu'il a soumise plusieurs semaines auparavant.

Les mutualités sont invitées à communiquer correctement à leurs membres les délais effectifs ou probables de remboursement des soins de santé et à tenir compte des délais des différentes procédures de tarification pour les attestations ou factures concernées. Ceci afin d'éviter une inquiétude inutile de la part des membres ou qu'ils puissent penser à tort que certains documents ont été perdus au sein de la mutualité.

2.2. L'indication sur les relevés des paiements du montant réellement payé par le membre chez le prestataire de soins.

- Il convient de rappeler aux équipes de scanning l'importance d'intégrer dans l'application de scanning le montant réellement payé qui figure sur les ASD, afin que les membres des mutualités Chrétiennes reçoivent un relevé des paiements qu'ils pourront utiliser auprès de leur assureur pour obtenir une intervention complémentaire.
- Les fabricants de logiciels qui fournissent le programme informatique « attestation électronique » aux médecins sont appelés à adapter leur programme afin que le montant effectivement payé par le patient soit envoyé à la mutualité. Il est préférable de mener cette action en collaboration avec les autres unions nationales de mutualités.

2.3. La communication lors du remboursement dans le cadre de la facture MAF.

Développer une application qui permette aux bénéficiaires d'avoir un aperçu de la composition du montant remboursé dans le cadre du MAF.

3. Finances

3.1. Le numéro de compte unique

La MC a fourni une solution temporaire pour pouvoir payer manuellement l'intervention sur un autre numéro de compte via les anciens systèmes. Cette solution provisoire ne pourra bientôt plus être maintenue. Les anciens systèmes seront mis hors service. En outre, la solution provisoire exige beaucoup de travail et est sujette à des erreurs. Il est nécessaire que la MC élabore une solution définitive pour pouvoir effectuer efficacement et en toute sécurité les remboursements sur un numéro de compte différent du numéro unique.

4. CM Verzekeringen et CM-Diensten & Voordelen

4.1. Les conditions et les restrictions d'une intervention.

Le personnel de contact est formé pour communiquer clairement les conditions et les restrictions aux membres. Cette formation devra également être poursuivie à l'avenir.

5. Canaux de communication et de contact

5.1. Le traitement du contenu des boîtes aux lettres MC :

La procédure de scanning a besoin d'être revue pour s'assurer que les documents qui doivent être conservés ensemble le sont effectivement et que les documents parviennent ensuite au bon service.

Un système de tracing des documents reçus serait le bienvenu car régulièrement, les membres qui demandent où en est leur remboursement se voient répondre que le document n'est pas arrivé alors qu'il est en attente de traitement dans les piles à traiter. Les membres ou la mutualité demandent un duplicata au prestataire pour remplacer le document prétendument perdu, avec pour résultat qu'ensuite, tant le document retrouvé que le duplicata sont remboursés par la MC, ce qui crée plusieurs nouveaux problèmes dont la récupération auprès du membre du montant supplémentaire payé.

5.2. Accessibilité des mutualités :

L'expérience pendant la pandémie de Corona, qui a montré qu'il suffit de très peu de choses pour faire de la MC une forteresse inaccessible, devrait être utilisée par la MC pour explorer l'accessibilité de la MC, sous ses différentes formes. La Mutualité Chrétienne doit être pionnière dans le renforcement du filet de sécurité sociale pour les personnes confrontées aux conséquences de la maladie ou du handicap sous toutes leurs formes, elle ne peut pas se contenter de suivre aveuglément la numérisation de la société.

6. Protection sociale flamande

- 6.1. Il existe un moyen simple pour CM-Zorgkas de regagner la satisfaction d'une partie de son public cible et de réduire significativement le nombre de plaintes :
présenter un formulaire SEPA papier pré-rempli avec l'invitation à payer.

7. Médecins-conseils

Une solution pour les plaintes contre l'attitude du médecin-conseil consistera en une combinaison d'actions. Voici quelques-unes de ces propositions :

- le membre est reçu par un conseiller qui le rassure et clarifie la raison du rendez-vous, qui peut répondre aux questions du membre qui ne sont pas directement liées à la visite chez le médecin-conseil. Ainsi, les 15 minutes avec le médecin-conseil peuvent réellement servir au contrôle médical et à l'accompagnement dans le processus d'incapacité de travail. Si nécessaire, un entretien final avec un paramédical qui peut expliquer la législation soutenant la décision du médecin-conseil.
- En plus de l'actuel indicateur FAVAR qui se concentre sur le contrôle des membres qui sont sur le point de tomber en invalidité, plaider auprès de l'INAMI pour un indicateur qui récompense l'accompagnement par le médecin-conseil du membre vers la réintégration au travail.
- Attirer des médecins-conseils supplémentaires.
- Informer le personnel de contact MC :

- sur le rôle du médecin-conseil afin qu'ils puissent mieux comprendre les tâches du médecin-conseil et communiquer cette compréhension aux membres.
- Sur ce qu'ils peuvent et ne peuvent pas communiquer au membre en incapacité de travail, afin qu'il n'y ait pas de déclarations substantielles sur les évaluations médicales.

Pour les quelques médecins-conseils qui sont très régulièrement interpellés par les membres sur leurs attitudes, un accompagnement et une évaluation développés par le responsable hiérarchique sont nécessaires.