MUTUALIDAD DE FUTBOLISTAS

POLÍTICA DE GESTIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA A LOS MUTUALISTAS

Versión 2

Aprobada por Junta Directiva [1]en su reunion de 18/1/2022

Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 6065, Folio 118, Hoja M-99098, CIF V85599645

ÍNDICE

1. LA ORGANIZACIÓN SANITARIA DE LA MUTUALIDAD.

2. PRINCIPIOS GENERALES DE LA ASISTENCIA SANITARIA DE LA MUTUALIDAD.

3. EL MODELO ORGANIZATIVO SANITARIO ÓPTIMO DE LA MUTUALIDAD.

4. SELECCIÓN, CONTRATACIÓN, SUPERVISION Y CONTROL DE LOS SERVICIOS SANITARIOS PROPIOS Y AJENOS.

5. OTRAS POLÍTICAS RELACIONADAS.

[1] La versión 1 fue aprobada por la Junta Directiva en su reunión de 4/12/2020

Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 6065, Folio 118, Hoja M-99098, CIF V85599645

1. LA ORGANIZACIÓN SANITARIA DE LA MUTUALIDAD.

Como se establece y explica con detalle en la Política denominada "Sistema de Gobernanza y Estructura organizativa de la Mutualidad" al respecto de la estructura sanitaria de la Entidad, son características básicas de ésta las siguientes:

1.- La Mutualidad realiza sus funciones en todo el territorio nacional a través de sus DT, que son tantas como federaciones territoriales de fútbol (22).

2.- Las prestaciones de la Mutualidad son las contenidas en su Reglamento de Prestaciones y en sus Estatutos y se aplican en todas sus DT, de forma que todos los mutualistas que se lesionen en su práctica deportiva tienen el derecho a recibir la asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica (ésta sólo en hospitalización) y rehabilitación siempre que se realice en centros propios o concertados con la Mutualidad, una indemnización por incapacidad permanente, en sus grados de parcial o total , por incapacidad permanente absoluta para todo trabajo, por gran invalidez o por fallecimiento, así como el derecho a un limitado reembolso de prótesis quirúrgicas, material ortopédico y dentales, independientemente de la DT en la que realicen su actividad deportiva. Además la Mutualidad podrá realizar reconocimientos médicos preventivos.

3.- Por distintas razones históricas, con el soporte estatutario, las citadas asistencia médica, quirúrgica y rehabilitación a los lesionados se organizan en cada DT de modo singular, atendiendo así de la forma más adecuada y eficiente a las diferencias de extensiones geográficas de las DT, la mayor o menor concentración poblacional, el grado de competencia en el tejido empresarial de las instalaciones sanitarias (clínicas, hospitales, ambulatorios) y la protección y ámbito de actuación que tiene la sanidad pública y el sistema de recobro de sus servicios que utiliza con las aseguradoras. Esto permite a cada DT atender las necesidades prestacionales comunes mediante la mejor estructura organizativa de su asistencia sanitaria y es una de las razones del éxito del modelo de la Mutualidad y de su bajo coste, en beneficio de sus asegurados.

4.- De forma muy resumida, podemos hablar, básicamente, de cuatro modelos organizativos distintos en los que encuadrar los servicios prestacionales de las DT de la Mutualidad:

1) Disponer de una estructura sanitaria propia.
2) Acuerdos directos con estructuras sanitarias ajenas en base a precios por acto médico. En este caso, las desviaciones en los costes finales respecto a las estimaciones iniciales, debidas al mayor o menor número de lesiones, las asume íntegramente la Mutualidad.
3) Acuerdos directos con estructuras sanitarias ajenas en base a un precio forfait o global, que habitualmente incluye toda una temporada. En este caso, las desviaciones en los costes finales debidas al mayor o menor número de lesiones los asume la estructura sanitaria ajena, sean a su favor o a su contra.
4) Acuerdos con reaseguradores de prestación de servicios, que son los que negocian directamente las condiciones económicas con la red asistencial.

No obstante, los anteriores cuatro modelos constituyen una simplificación meramente ilustrativa, por cuanto no es frecuente que se den para todas las prestaciones estatutarias en una misma DT, sino que suelen combinarse, siendo frecuente aplicar en una misma DT diferentes modelos simultáneamente (por ejemplo, pueden realizarse las primeras consultas con médicos ajenos en base a una iguala y las intervenciones quirúrgicas con médicos ajenos con un precio por acto médico).

Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 6065, Folio 118, Hoja M-99098, CIF V85599645

2. PRINCIPIOS GENERALES DE LA ASISTENCIA SANITARIA DE LA MUTUALIDAD.

Independientemente del modelo organizativo existente actualmente en cada DT, de los cuatro descritos, la asistencia sanitaria de la Mutualidad debe organizarse siempre aplicando los siguientes principios generales:

1) En la organización de los servicios sanitarios se buscará siempre la efectividad, la satisfacción y la eficiencia:

- La efectividad, considerada como la capacidad de conseguir la recuperación del futbolista lesionado y su vuelta al deporte activo en el menor plazo posible, para que pueda seguir disfrutando de la actividad deportiva.

  Las expectativas de nuestros mutualistas en un deporte como el fútbol, cuyo espejo son los clubes profesionales en los que la atención médica es especializada, rápida y eficaz, es muy exigente, lo cual comporta que los servicios sanitarios puestos a su disposición deben ser capaces de demostrar su funcionamiento en términos de calidad y rapidez, sin largas listas de espera, de forma que los mutualistas encuentren en esta cobertura privada un valor añadido fundamental respecto a la cobertura de la Seguridad Social.

- La satisfacción de los mutualistas, que son quienes utilizan nuestra organización asistencial y los que la financian con sus primas.

- La eficiencia, entendida como el logro de los objetivos anteriores con un coste al alcance de los mutualistas, sustancialmente menor que el de otras coberturas sanitaria privadas.

2) Será siempre un valor añadido diferenciador la atención del mutualista por profesionales altamente especializados en traumatología deportiva.

3) La Mutualidad velará por la utilización de instalaciones médicas y rehabilitadoras adecuadas y modernas, reformando cuando sea necesario sus centros de atención a los mutualistas con tal fin.

4) La prevención de las lesiones constituye una actividad de especial importancia para la Mutualidad, de interés tanto para el mutualista para la continuidad sin interrupciones de su actividad deportiva, como para la propia Mutualidad al reducirse con ella la siniestralidad. Por ello, siempre que sea posible la Mutualidad destinará parte de sus recursos a la realización de previos reconocimientos médicos a los mutualistas y a contribuir a la investigación y desarrollo de los avances médicos y al intercambio de experiencias entre los profesionales sanitarios.

3. EL MODELO ORGANIZATIVO SANITARIO ÓPTIMO DE LA MUTUALIDAD.

El modelo organizativo óptimo será aquél que mejor satisfaga los principios enumerados en el epígrafe anterior, modelo que puede ser distinto según los diferentes costes operativos en las distintas zonas geográficas. Como se decíamos anteriormente nuestro objetivo primordial es la mejor asistencia a nuestros mutualistas y para ello hemos de tener en cuenta, además de los aspectos económicos los elementos estructurales que condicionan la atención medica de cada territorio. No es lo mismo conformar y organizar una estructura médica en Cataluña o Madrid en los que la competitividad del mercado es muy fuerte, que hacerlo en otras Comunidades

Autónomas como pueden ser las dos Castillas, La Rioja o Navarra, en las que por cuestiones geográficas y demográficas esa competencia apenas existe.

En cualquier caso, es un objetivo común que las diferentes DT de la Mutualidad tiendan hacia la siguiente organización sanitaria:

1.- Una estructura médica preferente mercantil y no laboral, ya sean contratos con profesionales independientes individualmente o con conglomerados médicos.

La contratación mercantil nos permite:

1. Rebajar los costes laborales, puesto que no se tienen que afrontar como gastos:
    a. Las cotizaciones de la Seguridad Social e IRPF.
    b. Las indemnizaciones por finalización de contratos.
    c. Las bajas laborales.
    d. Las vacaciones.
    e. Los beneficios de convenio.

2. Los prestadores de servicios médicos o profesionales contratados prestan sus servicios con sus medios y organizaciones propias, lo que también lleva implícito un claro ahorro de costes.

3. Acceder a profesionales (traumatólogos, fisioterapeutas, recuperadores, anestesistas, enfermeros, etc.) altamente cualificados, que de otro modo no se podrían contratar, por no tener una disponibilidad horaria completa y por el alto coste económico que podría suponer su contratación.

4. Acceder a especialistas que, al prestar su actividad en otros centros, mantienen una intensa actividad profesional y están al día de nuevas técnicas quirúrgicas y médicas, formación que por otra parte también corre por cuenta de ellos.

5. Los contratos mercantiles con periodicidad anual nos dan la ventaja de fomentar la competitividad tan económica como profesional. Aquellas entidades o profesionales que no funcionan no continúan.

2.- En lo que se refiere a su remuneración (acto médico o iguala), la Mutualidad valorará en cada caso y en atención a las circunstancias, la alternativa más conveniente.

El sistema de iguala médica, en el que quedan comprendidos si no todos los servicios que pretendemos contratar, sí al menos la gran mayoría, nos permite negociar con el prestador del servicio un precio muy ajustado económicamente en base al volumen de atenciones estimado.

Podría parecer que administrativamente nos ahorra tiempo a hora de gestionar los siniestros, pero no debe de ser así, ya que debemos de tener un control exhaustivo sobre las atenciones recibidas por nuestros asegurados. La iguala supone el pago mensual o trimestral al prestador de los servicios médicos, pero esto no significa que se deba dejar en manos del prestador el control de las prestaciones, pues la Mutualidad debe ser conocedora en todo momento de las prestaciones recibidas por sus mutualistas y de este modo cuantificar y determinar si el gasto que supone esa iguala debe renegociarse o no.

Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 6065, Folio 118, Hoja M-99098, CIF V85599645

Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 6065, Folio 118, Hoja M-99098, CIF V85599645

Pudiera parecer el mejor sistema para la Mutualidad desde el punto de vista de la gestión de riesgos y su atenuación, ya que permite un control a priori de los costes y la eliminación de las desviaciones de la siniestralidad. No obstante, la pandemia ocasionada por la Covid 19, nos ha hecho replantearnos el mantenimiento de estas y nos ha obligado a su renegociación, en base a la baja actividad, lo que no siempre ha sido aceptado por el perceptor de la iguala. Este sistema es compatible con las condiciones normales del deporte del fútbol, pero no con causas de fuerza mayor que alteran la normal actividad de los futbolistas y por tanto el normal número de las lesiones. Esto provoca, en no pocos casos, que la confianza que en toda relación mercantil debe prevalecer entre arrendador y arrendatario de los servicios se vea mermada y por ende pudiera afectar a nuestras políticas de eficiencia, satisfacción e efectividad.

Por su parte, el sistema tarifario o de acto médico nos permite determinar con mayor claridad y precisión todas y cada una de las prestaciones que reciben nuestros asegurados. En la facturación del proveedor debe determinarse y desglosarse que prestación ha recibido un mutualista y ceñirse al precio pactado por el acto médico desempeñado.

Como ha quedado indicado, el riesgo de desviaciones de la siniestralidad aparece para la Mutualidad en esta opción, por lo que es necesario un control más intenso del proveedor y del número de lesiones.

En cuanto al coste del contrato, el que se opte por pago por acto médico y no por iguala, a priori no tiene por qué ser mejor en uno u otro. La negociación y el precio que se establezca finalmente deberá ser contrastado con la experiencia empírica y revisado periódicamente, para adoptar decisiones al respecto, siempre teniendo en cuenta que un acuerdo debe de ser de interés para ambas partes para ser fructífero.

3.- En lo que se refiere a localización de los servicios, es preferible que sea en las propias instalaciones de la Mutualidad, dado que ello genera mayor intensidad en la relación con el mutualista y mayor apego a ésta, como proveedor diferencial de otras aseguradoras u hospitales, siempre que se disponga de los locales e instrumentales adecuados.

4.- En términos generales, la Mutualidad debe ir reduciendo su reaseguro cedido, en especial el de aquellas compañías que no son especialistas del ramo sanitario y que tienen fundamentalmente una presencia basada en una práctica mantenida durante años. El reaseguro genera un coste adicional para la Mutualidad por el ánimo de lucro del reasegurador que se debe pretender evitar. No obstante, en el caso de los reaseguradores especializados, debe valorarse también que estos contratos actúan de freno a que puedan ser competidores directos de la Mutualidad.

5.- La Mutualidad considera que la contratación directa por ella de proveedores sanitarios externos, sean personas físicas o jurídicas, es una externalización de su actividad aseguradora que requerirá, a efectos de la documentación del contrato, que se contengan las especificaciones contenidas en el art. 274 del Reglamento Delegado (UE) 2015/35 de la Comisión Europea de 10 de octubre de 2014. A tal fin, los SSCC de la Mutualidad han redactado un modelo estándar de contrato que se ajusta a tales especificaciones y que, siempre que sea posible, será de uso general en la contratación de proveedores sanitarios. No obstante lo anterior, a efectos de comunicación previa a DGS (art.67 de la LOSSEAR) solo se remitirá a DGS información de aquellos contratos relacionados con actividades operativas importantes, conforme a lo

dispuesto en el apartado 1 de dicho artículo y en base al principio de proporcionalidad (art.65 y 44.5 de la LOSSEAR), entendiéndose por la Mutualidad como tales, según acuerdo de su Junta Directiva, aquellos que puedan afectar al menos al 10% de los mutualistas.

Por tal motivo, antes de toda nueva contratación se deberá verificar que:

(A) La externalización no implicará, en ningún caso, el incumplimiento de las obligaciones de la Mutualidad conforme a la normativa aseguradora y que no va a afectar al servicio continuo y satisfactorio de los asegurados.

(B) La externalización no perjudicará la calidad del sistema de gobernanza de la Mutualidad y que no aumentará indebidamente el riesgo operacional.

(C) El proveedor de servicios pueda desarrollar las funciones o actividades requeridas de modo satisfactorio, y posea la capacidad y cualquier autorización exigida por la normativa para ello.

(D) No existe conflicto de intereses explícito o potencial que pudiera poner en peligro la satisfacción de los asegurados.

(E) El proveedor de servicios dispone de los recursos financieros necesarios para desempeñar las tareas de forma correcta y fiable, y que todo su personal cuente con cualificaciones suficientes.

(F) El proveedor de servicios manifiesta contar con planes de emergencia adecuados para enfrentarse a situaciones de urgencia o interrupciones de la actividad.

Además, antes de la contratación se explicará a la Junta Directiva los términos y condiciones generales de los contratos de externalización de mayor cuantía, que queden bajo su ámbito de decisión.

En lo que se refiere al contrato con el proveedor con el que se externaliza, se redactará siempre por escrito y se definirá claramente en él:

- Los respectivos derechos y obligaciones.

- El compromiso del proveedor de servicios de atenerse a todas las disposiciones legales y reglamentarias y directrices vigentes, así como a las políticas aprobadas por la Mutualidad y a cooperar con la DGSFP de ser requerido.

- La obligación del proveedor de servicios de comunicar cualquier hecho que pueda incidir de manera significativa en su capacidad para desempeñar las funciones y actividades externalizadas con eficacia.

- Un período de preaviso para la cancelación del contrato, que sea suficientemente extenso para permitir que la Mutualidad encuentre una solución alternativa.

- La posibilidad por parte de la Mutualidad de denunciar el acuerdo de externalización cuando sea necesario sin que la continuidad y calidad de su prestación de servicios a los tomadores de seguros se vea perjudicada.

- Que la Mutualidad se reservará el derecho a ser informada sobre las funciones y actividades externalizadas y su ejecución por parte del proveedor de servicios, así como el derecho a emitir directrices generales e instrucciones individuales destinadas al proveedor de servicios sobre aquello que deba tener en cuenta al desempeñar las actividades o funciones externalizadas.

Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 6065, Folio 118, Hoja M-99098, CIF V85599645

- Que el proveedor de servicios protegerá cualquier información confidencial relativa a la Mutualidad y a sus tomadores y beneficiarios de seguros, empleados, partes contratantes y cualesquiera otras personas. Se dará siempre adecuado cumplimiento a las normas relativas a la protección de datos, de forma que el proveedor de servicios esté sujeto a las mismas disposiciones en materia de seguridad y confidencialidad de la información que la Mutualidad.

- Que la Mutualidad, su auditor externo y la DGSFP tendrán acceso efectivo a toda la información relativa a las funciones y actividades externalizadas, incluida la posibilidad de realizar inspecciones in situ en los locales del proveedor de servicios; y que, cuando proceda y sea necesario a efectos de supervisión, la DGSFP podrá formular preguntas directamente al proveedor de servicios, a las que este deberá responder.

- En general, que el proveedor de servicios no podrá subcontratar las actividades externalizadas.

La Mutualidad designará a una persona responsable del seguimiento de cada actividad externalizada, que cuente con experiencia y conocimientos suficientes para comprobar la actuación de los proveedores de servicios sanitarios. Como regla general, esta persona será el Director del Departamento de Prestaciones en SSCC, que podrá apoyarse en el Jefe de los Servicios Médicos en aquellas cuestiones técnicas en las que sea necesario o conveniente.

La Mutualidad comunicará a la DGSFP cada externalización importante, entendida ésta en los términos ya especificados, así como cualquier cambio posterior significativo en ellas. La DGSFP podrá oponerse la externalización en el plazo de un mes desde la recepción de la comunicación cuando se perjudique sensiblemente la calidad del sistema de gobierno o se aumente indebidamente el riesgo operacional, menoscabe la capacidad de DGSFP para supervisar el cumplimiento de las obligaciones de la Mutualidad o afecte al servicio continuo y satisfactorio para los tomadores de seguros. A estos efectos se considerarán significativos los cambios relativos~~,~~ al proveedor del servicio o a un alcance significativo de las actividades externalizadas.

6.- Siempre que sea posible se buscarán <u>varios proveedores</u> en un mismo ámbito geográfico, de forma que el servicio externalizado no se resienta por la concentración solo en uno de ellos. A estos efectos, se intentará disponer de proveedores alternativos en cada una de las siguientes áreas:

1) Los reconocimientos médicos.
2) La asistencia médica ambulatoria.
3) Las pruebas diagnósticas.
4) Las intervenciones quirúrgicas y la hospitalización.
5) La rehabilitación.
6) Las urgencias.
7) Los traslados en ambulancia.

4. SELECCIÓN, CONTRATACIÓN, SUPERVISION Y CONTROL DE LOS SERVICIOS SANITARIOS PROPIOS Y AJENOS.

Sean los servicios sanitarios propios o ajenos, es imprescindible su correcta selección y contratación, así como la posterior supervisión y control de quienes los prestan, de forma que respondan permanentemente al cumplimiento de los principios fijados en las Políticas de la Mutualidad.

Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 6065, Folio 118, Hoja M-99098, CIF V85599645

En lo relativo a su selección y contratación, el proceso se ajustará a lo establecido en el Procedimiento de Autorización de Gastos.

En cuanto a supervisión y control, se establece una triple línea de actuación:

1) La propia de la DT, a través del Director de la DT o de su Director Administrativo junto con el Jefe de los Servicios Médicos de la DT, en caso de existir.
2) La que corresponde al Director del Departamento de Prestaciones de los SSCC, que es el responsable ante la Junta Directiva y la DGSFP de cualquier servicio externalizado, como se ha indicado antes. En su función podrá ser asistido por el Jefe de los Servicios Médicos de la Mutualidad, en su caso.
3) La que corresponde finalmente a la Dirección General y a la Junta Directiva de la Mutualidad.

Las DT, dentro de su ámbito de actuación geográfica, actuarán siempre conforme a las Directrices y procedimientos establecidos por su Junta Directiva y por la Dirección General de la Mutualidad. Realizarán la actividad objeto de cobertura a los asegurados, conforme al Reglamento de prestaciones, y para ello, organizarán los servicios asistenciales y podrán proponer a la Dirección General o a la Junta Directiva cualesquiera contratos con proveedores sanitarios. Asimismo organizarán los calendarios de reconocimientos médicos, la forma de llevarlos a efecto y propondrán su financiación, en su caso, a la Junta Directiva.

Además, el Director del Departamento de Prestaciones elaborará anualmente un informe por escrito que se presentará a la Junta Directiva, en el que se documentará todas las tareas que se hayan efectuado en el año anterior, así como sus resultados, determinará las áreas de mejora y formulará recomendaciones al respecto.

Funciones del Jefe de los Servicios Médicos de las DT.

Los Jefes de los Servicios Médicos de las DT de mayor tamaño tendrán las atribuciones que a continuación se detallan en el seguimiento y control de la gestión sanitaria, entre otras:

- Asesorar e informar al vocal de la Junta Directiva de la Mutualidad de dicha DT y al Director General de la Mutualidad, en todos los aspectos médicos, incluida la necesidad de contar o no con nuevos proveedores de servicios sanitarios.
- Supervisar el correcto funcionamiento de la atención sanitaria, quirúrgica, hospitalaria, rehabilitación y urgencias.
- Inspeccionar y evaluar periódicamente la calidad de los servicios asistenciales de la DT, propios o ajenos, en cada provincia.
- Identificar y proponer mejoras en los procesos de atención a los mutualistas, tanto sanitarios como administrativos.
- Evaluar las condiciones de los acuerdos vigentes en cada momento con médicos, ATS, fisioterapeutas, hospitales y resto de proveedores sanitarios, así como proponer cuantas alternativas proceda para la mejora de los servicios y para la contención del gasto.
- Participar en la selección de nuevos médicos, ATS, fisioterapeutas, hospitales y resto de proveedores sanitarios, cuando sea requerido, respetando en todo caso la necesaria independencia y evitando cualquier conflicto de intereses.
- Participar en la selección de proveedores de material sanitario y en las compras de dicho material, dentro de los procedimientos establecidos por la Mutualidad al respecto.

Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 6065, Folio 118, Hoja M-99098, CIF V85599645

5. OTRAS POLÍTICAS RELACIONADAS.

La presente política complementa la Política denominada "Sistema de Gobernanza y Estructura organizativa de la Mutualidad" y se complementa con otras políticas y procedimientos de la Mutualidad, en especial con la Política de Externalización, con la Política de Organización Territorial y Toma de Decisiones y con el Procedimiento de Autorización de Gastos.

Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 6065, Folio 118, Hoja M-99098, CIF V85599645