

<p>¿En calidad de qué o en representación de quién participa en esta consulta pública?</p>	<p>Profesionales de servicios sanitarios (Asociaciones y profesionales)</p>
<p>Nombre completo (del particular o de la institución representada)</p>	<p>Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España</p>
<p>¿Desea hacer público su nombre junto a su respuesta o mantenerlo confidencial (en cuyo caso se publicará como respuesta anónima)?</p>	<p>Público</p>
<p>1. Identifique y valore los factores que, a su juicio, son determinantes para los consumidores para elegir un seguro de asistencia sanitaria (precio, coberturas y copagos, especialidades médicas, instalaciones y centros sanitarios, cuadro médico, calidad del servicio, etc.) (máximo 500 palabras).</p>	<p>NS/NC</p>

2. Valore la claridad y comparabilidad entre distintas ofertas de seguros de la información precontractual (alcance, duración, cuadro médico, etc.) contenida en las pólizas de seguro de asistencia sanitaria (máximo 500 palabras).

NS/NC

3. Valore la claridad y comparabilidad entre distintas ofertas de seguros de la información contractual (coste, alcance, duración, cuadro médico, cobertura de servicios sanitarios, etc.) contenida en las pólizas de seguro de asistencia sanitaria (máximo 500 palabras).

NS/NC

<p>4. Valore el efecto que la comercialización cruzada (venta del seguro de asistencia sanitaria junto con otras pólizas de seguro u otros productos) del seguro de asistencia sanitaria con otros ramos de seguro tiene sobre la claridad y comparabilidad del coste efectivo y las condiciones de las pólizas de seguros sanitarios (máximo 500 palabras).</p>	<p>NS/NC</p>
<p>5. Valore si existen restricciones injustificadas o desproporcionadas en la normativa aplicable en cuanto a la contratación del seguro de asistencia sanitaria y, además, indique si a su juicio existen aspectos a mejorar en dicha normativa, en particular en lo que respecta a la protección del asegurado (máximo 500 palabras).</p>	<p>NS/NC</p>

<p>6. Valore la aplicación del rehúse (decisión que, en base a las normas de la póliza, adopta la compañía aseguradora, en virtud de la cual no acepta el pago de un siniestro) de siniestros o enfermedades por parte de las compañías de seguros (máximo 500 palabras).</p>	<p>NS/NC</p>
<p>7. Valore el efecto sobre pólizas de asistencia sanitaria en vigor de la incorporación por parte de las compañías aseguradoras de nuevos tratamientos, técnicas o especialidades de práctica habitual, que no estuvieran disponibles en la fecha de firma de la póliza en cuestión (máximo 500 palabras).</p>	<p>NS/NC</p>

8. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).

NS/NC

9. Valore el grado de competencia existente entre las compañías de seguros de asistencia sanitaria en España y justifique su respuesta (máximo 500 palabras).

NS/NC

<p>10. Valore si existen barreras de entrada (obstáculos desproporcionados o injustificados) en la regulación actual para aquellos operadores nuevos que quieran entrar en el mercado asegurador de asistencia sanitaria, y justifique su respuesta (máximo 500 palabras).</p>	<p>NS/NC</p>
<p>11. Valore el coste, limitaciones y dificultad de cambiar de un seguro de asistencia sanitaria a otro seguro de otra compañía (máximo 500 palabras).</p>	<p>NS/NC</p>

<p>12. Valore si existen diferencias significativas entre las tarifas de los seguros de asistencia sanitaria de las distintas compañías aseguradoras. En caso de existir diferencias significativas, explique, a su juicio, a qué se podrían deber (máximo 500 palabras).</p>	<p>NS/NC</p>
<p>13. Valore si, a su juicio, existen diferencias significativas para los consumidores entre las condiciones del servicio (cobertura, instalaciones sanitarias, servicios sanitarios, etc.) ofrecidos por las distintas compañías aseguradoras en sus seguros de asistencia sanitaria (máximo 500 palabras).</p>	<p>NS/NC</p>

14. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).

NS/NC

15. Valore el grado de competencia existente entre los distintos centros de salud y grupos hospitalarios que prestan servicios de asistencia sanitaria a pacientes con un seguro de asistencia sanitaria en España, y justifique su respuesta (máximo 500 palabras).

NS/NC

<p>16. Valore si existen barreras de entrada (obstáculos desproporcionados o injustificados) para aquellos operadores nuevos que quieran entrar en el mercado de provisión de servicios de asistencia sanitaria para pacientes asegurados a través de centros sanitarios y hospitales privados, y justifique su respuesta (máximo 500 palabras).</p>	<p>NS/NC</p>
<p>17. Indique y valore cuáles son, a su juicio, los factores más importantes para determinar la calidad de los servicios sanitarios, e indique y valore la información necesaria para evaluar dicha calidad. Justifique su respuesta (máximo 500 palabras).</p>	<p>NS/NC</p>

<p>18. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</p>	<p>NS/NC</p>
<p>19. Valore si a su juicio las relaciones verticales entre compañías aseguradoras y centros de salud/grupos hospitalarios afectan al acceso al mercado de nuevos proveedores de servicios sanitarios (clínicas, hospitales, centro de salud, etc.). Razone su respuesta (máximo 500 palabras).</p>	<p>(Respuesta fundamentada en resultados de encuesta realizada entre fisioterapeutas colegiados, que se incluye junto a los resultados de la misma en el informe adjunto.)</p> <p>El 88% de los fisioterapeutas encuestados que prestan servicios a aseguradoras afirma que las aseguradoras imponen unilateralmente sus condiciones.</p> <p>Más del 70% de los encuestados detecta que ha aumentado el número de empresas intermediarias entre compañías aseguradoras y clínicas de fisioterapia, y para aproximadamente el 83% de los colegiados la mediación de estas empresas supone una traba adicional para conseguir baremos más justos.</p> <p>El 90% de los encuestados considera que las aseguradoras pagan tarde y mal, y un porcentaje muy significativo de compañeros reconoce haber tenido dificultades económicas por los retrasos en los pagos de las aseguradoras.</p> <p>A un 60% de los encuestados se les ha impuesto o intentado imponer pagos capitativos.</p> <p>Un preocupante 77% de los encuestados afirma que las aseguradoras condicionan el tratamiento de sus asegurados por encima del criterio terapéutico de su centro y sus profesionales.</p> <p>Casi el 93% de los colegiados percibe que la exclusión de los cuadros se produce a conveniencia de las aseguradoras.</p> <p>Por todo lo anterior parece evidente que las aseguradoras no solo imponen sus condiciones y condicionan el tratamiento de sus asegurados pasando por encima del criterio profesional, sino que además pagan unos baremos insuficientes y con retrasos que provocan vulnerabilidad económica en sus proveedores de servicios. Además, excluyen a los profesionales de sus cuadros según su conveniencia.</p> <p>Todo esto condiciona y dificulta el acceso al mercado de los proveedores de servicios sanitarios, puesto que se penaliza con este tipo de relaciones verticales la asistencia sanitaria de cercanía, se dificulta la libre elección por parte de los pacientes, se condiciona el cuadro médico/sanitario tal y como se muestra en lo reflejado en la pregunta 19 en la que una amplia mayoría de las respuestas muestran la arbitrariedad para formar parte del cuadro sanitario de las compañías.</p> <p>De igual manera, y atendiendo a lo expresado en la pregunta 23, se imponen criterios de tratamiento para los pacientes, sin tener en cuenta el criterio del fisioterapeuta. Algo que en una profesión eminentemente vocacional como es la fisioterapia puede ser muchas veces inasumible si el criterio de la aseguradora prima la rentabilidad económica sobre el interés del paciente.</p>

<p>20. Valore el efecto que tienen las relaciones verticales (integración vertical, contratos de exclusividad, etc.) entre compañías aseguradoras y centros de salud/grupos hospitalarios sobre el cliente final y la prestación de servicios de salud a través de seguros de asistencia sanitaria, respecto a cuestiones tales como la calidad, eficiencia, nivel de competencia, etc. Razone su respuesta (máximo 500 palabras).</p>	<p>(Respuesta fundamentada en resultados de encuesta realizada entre fisioterapeutas colegiados, que se incluye junto a los resultados de la misma en el informe adjunto.)</p> <p>Actualmente no se dispone de información clara y transparente respecto de condiciones de relación vertical con los referidos centros de salud, grupos hospitalarios sobre el cliente final y la prestación de servicios de salud a través de seguros de asistencia sanitaria, respecto a cuestiones tales como calidad, eficiencia, nivel de competencias etc. Sería necesario conocer esta información para poder realizar valoración razonada.</p> <p>Sin embargo, según encuesta realizada casi el 93% de los fisioterapeutas colegiados percibe que la exclusión de los cuadros se produce a conveniencia de las aseguradoras.</p> <p>No parecen fijarse criterios objetivos relacionados con los resultados de la asistencia sanitaria, o con la calidad asistencial y que los que se utilizan no son claros ni públicos, con lo que no se garantiza la equidad e igualdad de oportunidades, ni se fomenta la mejora del servicio.</p> <p>Un preocupante 77% de los encuestados afirma que las aseguradoras condicionan el tratamiento de sus asegurados por encima del criterio terapéutico de su centro y sus profesionales.</p> <p>Las compañías aseguradoras y los grandes hospitales, junto con las intermediarias se convierten en una barrera para los centros de fisioterapia, ya que el número de requisitos que se les exige es muy superior a lo establecido en la normativa de apertura de centros sanitarios, así como las responsabilidades que se le exigen a los centros de fisioterapia que igualmente exceden de lo establecido por la normativa vigente y no permite competir en condiciones equitativas y de igualdad con grandes hospitales.</p>
<p>21. Describa y valore el funcionamiento de las negociaciones (tarifas, condiciones de prestación del servicio, etc.) entre profesionales sanitarios con las empresas aseguradoras o centros sanitarios/grupos hospitalarios (máximo 500 palabras).</p>	<p>(Respuesta fundamentada en resultados de encuesta realizada entre fisioterapeutas colegiados, que se incluye junto a los resultados de la misma en el informe adjunto).</p> <p>El 88% de los encuestados afirma que las aseguradoras imponen unilateralmente sus condiciones, con lo que se evidencia una potencial práctica abusiva del uso de la posición de dominio.</p> <p>El 90% de los encuestados considera que las aseguradoras pagan tarde y mal.</p> <p>Más de un 60% de los que aseguraban lo anterior se ha encontrado en ocasiones con dificultades para poder afrontar sus gastos de mantenimiento del centro por los retrasos en los pagos de las aseguradoras.</p> <p>Más de un 17% dice no tener formalizada su relación con las aseguradoras mediante contrato escrito. Cifra que no es muy amplia pero que resulta igualmente preocupante si lo relacionamos con la opinión ampliamente mayoritaria de que las aseguradoras suelen pagar tarde y mal, y que un porcentaje muy significativo de compañeros reconoce haber tenido dificultades económicas por los retrasos en los pagos de las aseguradoras.</p> <p>El 75% de los encuestados tiene algún contacto directo con la aseguradora para poder tratar incidencias. Nuevamente resulta preocupante ese porcentaje minoritario, pero bastante significativo, de los que no tienen como contactar en caso de incidencia, puesto que uno de cada cuatro fisioterapeutas que trabajan con aseguradoras no tienen como contactar con las aseguradoras en caso de haber incidencias.</p> <p>Más del 70% de los encuestados detecta que ha aumentado el número de empresas intermediarias entre compañías aseguradoras y clínicas de fisioterapia, y para aproximadamente el 83% de los colegiados la mediación de estas empresas supone una traba adicional para conseguir baremos más justos.</p> <p>Casi el 93% de los colegiados percibe que la exclusión de los cuadros se produce a conveniencia de las aseguradoras.</p> <p>Por último, un preocupante 77% de los encuestados afirma que las aseguradoras condicionan el tratamiento de sus asegurados por encima del criterio terapéutico de su centro y sus profesionales.</p>

<p>22. Valore el efecto sobre el mercado y los consumidores que tienen las negociaciones entre profesionales sanitarios con las empresas aseguradoras o centros sanitarios/grupos hospitalarios sobre la provisión de servicios de asistencia sanitaria privados incluidos en los seguros de asistencia sanitaria. Justifique su respuesta (máximo 500 palabras).</p>	<p>(Respuesta fundamentada en resultados de encuesta realizada entre fisioterapeutas colegiados, que se incluye junto a los resultados de la misma en el informe adjunto.)</p> <p>Un porcentaje bastante significativo de fisioterapeutas presta servicios para las aseguradoras.</p> <p>Los fisioterapeutas con mayor experiencia no suelen prestar servicios a las aseguradoras, y las relaciones contractuales entre los fisioterapeutas y las aseguradoras no suelen perdurar en el tiempo.</p> <p>No se han aumentado los baremos que pagan las compañías aseguradoras y se han mantenido estables desde hace años.</p> <p>Lo que sí han aumentado son los costes de la actividad.</p> <p>Los baremos son similares entre aseguradoras, pero en un porcentaje no tan amplio como para otras respuestas, por lo que no se puede llegar a conclusiones con el mismo grado de certidumbre que para otras cuestiones.</p> <p>La terapia manual es el servicio más demandado por los pacientes asegurados, con más de un 95% de los encuestados haciendo tal afirmación.</p> <p>Pese a lo anterior las tarifas que pagan las aseguradoras no permiten aplicar terapias manuales según la opinión de la mayoría de los fisioterapeutas colegiados.</p> <p>Un 90% de los colegiados dice no poder dedicar más de media hora para el tratamiento de pacientes derivados por aseguradoras.</p> <p>El 86% de los encuestados denuncia que con los baremos que reciben actualmente de las aseguradoras no pueden cubrir los costes de sus negocios.</p> <p>En torno a dos tercios de los encuestados que decían que sí podían cubrir los costes de sus negocios con lo que reciben de las aseguradoras, dicen necesitar atender a más de 30 asegurados al día para cubrir los costes de su negocio.</p> <p>Sin embargo, casi el 80% de los encuestados necesita menos de 30 pacientes sin asegurar para cubrir costes, e incluso un 40% reconoce que les bastaría con menos de 10 pacientes al día.</p> <p>Relacionando esto con preguntas anteriores (10, 9, 8, 7, y 6) vemos que para poder mantener los servicios que trabajan con aseguradoras se suele necesitar un volumen de pacientes bastante mayor que si se trabaja con pacientes sin asegurar. Y este amplio volumen necesario repercute en que se ha de dedicar poco tiempo a estos pacientes, y que no se les puede ofrecer terapia manual o se les ofrece menos de la que necesitan pese a que es el servicio más demandado.</p> <p>A un 60% de los encuestados se les ha impuesto o intentado imponer pagos capitativos. Como en la pregunta cinco, en base a los porcentajes registrados, no se puede concluir que esta práctica es mayoritaria con el mismo grado de certidumbre que en otras cuestiones. Aun así, sí que se evidencia que es una práctica habitual y extendida entre las compañías aseguradoras.</p>
<p>23. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</p>	