

<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>[CONFIDENCIAL]</p>
<p>¿Desea hacer público su nombre junto a su respuesta o mantenerlo confidencial (en cuyo caso se publicará como respuesta anónima)?</p>	<p>Confidencial</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>Creo que a la hora de elegir los seguros el paciente se basa fundamentalmente en el precio (debido a las políticas de publicidad y comunicación de las aseguradoras). También entiendo que los usuarios tendrán en cuenta coberturas e instalaciones.</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).

En cuanto al cuadro médico, no creo que los usuarios tengan una información concisa al respecto dado que un porcentaje alto de los profesionales que prestan servicios lo hacen a través de los códigos de las grandes clínicas, es decir, no tenemos una relación directa médico-aseguradora sino que hay un intermediario que son las clínicas, y por tanto, el usuario cuando contrata un seguro no sabe qué médicos incluye.

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).

Los pacientes acuden sin saber lo que incluye su seguro. No tengo acceso a la información contractual.

<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>No tengo acceso a dicha información</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>	

**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).**

En muchos casos las compañías no aceptan algunos de los tratamientos propuestos al paciente por su médico, cambiando el código del acto médico de manera unilateral.

**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).**

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

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

Las compañías son las que fijan los precios por acto médico. No se tiene en cuenta ni la opinión del prestador de servicios ni la del tomador de los mismos. Hay una variabilidad entre los precios por acto médico, pero varían poco entre unas aseguradoras y otras para el mismo tipo de póliza. Las aseguradoras dominan el mercado y abusan de ello.

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).

Existen múltiples compañías de seguros médicos pero son las que dominan el mercado las que deciden los precios, ya que tienen un mayor número de usuarios. Estas compañías son las que se ofrecen a los funcionarios, jueces y profesionales de defensa.

11. Valore el coste, limitaciones y dificultad de cambiar de un seguro de asistencia sanitaria a otro seguro de otra compañía (máximo 500 palabras).

No considero que haya dificultad para saltar de una compañía a otra como usuario, dado que son todas parecidas en cuanto a funcionamiento para el mismo tipo de póliza, y por tanto, las condiciones son similares.

<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>Las tarifas están muy ajustadas en todos los casos, y todas ellas ajustan estas tarifas a costa de pagar poco a los prestadores de servicios, o sea, los profesionales sanitarios.</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>No creo que haya diferencias significativas entre las compañías, siempre y cuando la póliza sea similar en la mayoría de los casos. No obstante, sí hay diferencias en relación al material utilizado para un tratamiento en función de la compañía a la que pertenezca el usuario dentro de una misma clínica.</p>

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

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).

No existe esta competencia porque la tendencia actual es que las propias aseguradoras se hagan con clínicas y hospitales propios y es donde centran su asistencia, impidiendo a centros sanitarios y clínicas diferentes a las mismas prestar servicios a los usuarios de una determinada compañía.

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).

Como profesional sanitario autónomo que quiera empezar a prestar servicios para una compañía aseguradora , es IMPOSIBLE en algunas comunidades autónomas trabajar de una manera directa con la aseguradora correspondiente. Para prestar servicios con una compañía te OBLIGAN a añadir un intermediario que son las clínicas u hospitales, de tal forma que al añadir al intermediario, este se queda con un porcentaje de la facturación por prestación de servicios.

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).

La calidad de un servicio sanitario se basa en múltiples factores. En primer lugar, la accesibilidad. Los usuarios a día de hoy no pueden acceder al centro que quieran, tampoco al profesional que quieran, son las aseguradoras quienes deciden qué profesionales trabajan para ellos y cuales no, y si trabajan directamente o no puede hacerlo (como ya he mencionado antes es imposible a día de hoy conseguir claves propias de las aseguradoras si eres un profesional autónomo). Los usuarios cada vez más no pueden elegir centro de atención, sino que les obligan a ir al centro médico de la propia compañía aseguradora. Es la aseguradora el factor más importante en la ecuación de los servicios sanitarios, a la altura de las clínicas y centros médicos, sin tener en cuenta la relación médico-paciente.

Por otro lado, no se valoran otros factores como los resultados (con ello entendiendo % complicaciones, utilización de pruebas complementarias...). A día de hoy el indicador más importante a ojos de las compañías aseguradoras es el numero de pacientes "visto" en una consulta. Tampoco creo que se tenga en cuenta el grado de satisfacción. Puede que sí de los usuarios pero no de los profesionales sanitarios.

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

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).

En efecto, sí afectan. Sería inconcebible la apertura de un centro sanitario de categoría clínica u hospital que no tuviera una relación contractual con alguna de las grandes compañías aseguradoras. Son ellas las que dominan el mercado.

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).

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).

El funcionamiento de las negociaciones no es que sea malo, es que es inexistente en muchos casos. Como ya he dicho, la relación médico-aseguradora no existe en muchas comunidades autónomas. Los médicos que vienen incorporándose al mercado laboral "privado con aseguradoras" no tienen relación directa con las mismas. Son las clínicas las que determinan las tarifas con las aseguradoras, a través de un sistema de tarifas de los actos médicos que se denominan "baremos". Los médicos más mayores sí tienen esa relación directa con las aseguradoras, de tal manera que esos baremos son diferentes para cada médico, pero no se sabe porque no son públicos esos baremos, ni para los profesionales médicos, ni tampoco para los pacientes. Esos "actos médicos" determinados en el baremo tampoco los determina el médico, son una serie de actos preestablecidos y obsoletos (definidos en un sistema de codificación denominado nomenclator, creado en los años 90, sin actualizaciones desde entonces) sobre los que no tienen los profesionales que realizan dichos actos ninguna posibilidad de cambio. Todas las técnicas quirúrgicas, ya sean las de los años 90 o sean las más innovadoras serán englobadas en un acto médico nombrado con un código único según este nomenclator, con una tarifa por acto que se fija en los años 90 y que no ha vuelto a ser revisada. Ese acto médico puede estar incluido en el baremo o no (aunque como ya digo, en algunos casos ni hay baremo propio sino es el de la clínica), y con diferente tarifa según el médico que sea. Una vez englobado el tratamiento en uno de esos códigos, la aseguradora debe autorizar dicho procedimiento, en ocasiones cambiando el código del acto de manera unilateral o sino no le autoriza al paciente a someterse al procedimiento en cuestión.

Además, al no haber relación directa con la aseguradora por parte del médico, el intermediario (véase las clínicas) se queda con un % de facturación. Es innegable que la relación de prestación de servicios sanitarios está dominada por un lado por las aseguradoras, y por otro lado, por las clínicas, y que el papel del médico y del paciente, a pesar de ser la base de todo, queda relegada a un segundo o tercer plano.

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).

Las negociaciones en algunas ocasiones son nulas. Se establecieron en su momento con los baremos y la codificación de los actos médicos en el Nomenclator en los años 90 y no han sido revisadas desde entonces. Ni los códigos y los actos como tal ni por supuesto las tarifas. A día de hoy se realizan múltiples actos médicos que no tienen código, lo que es lógico teniendo en cuenta la evolución en estos 20-30 años que ha tenido la medicina. Si esto no se tiene en cuenta, el médico no realizará dichos procedimientos y serán los pacientes los mayores perjudicados por ello.

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