

<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>Ante la falta de transparencia de las aseguradoras y la falta de conocimiento de los consumidores, más importante valor que se mira al contratar una póliza es el precio. Secundariamente, algunos asegurados pueden consultar personas del cuadro médico en concreto, pero no basados en encuestas de calidad formales.</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).

No lo conozco

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).

No lo conozco

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).

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).

**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).**

Es frecuente la no aceptación de repetición de alguna prueba complementaria indispensable para el seguimiento continuo de algunas patologías, sobre todo en casos postquirúrgicos, siempre teniendo que ser justificada y muchas veces denegada.
En tratamientos ambulatorios de consulta no quirúrgicos, que frecuentemente necesitan retratamiento por el curso natural de la enfermedad, es casi una norma la no aceptación de retratamiento

**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).

Salvo casos puntuales y en el sector que me ocupa, la cobertura de las distintas pólizas es muy similar.

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).

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

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).

Sí, existen diferencias y excesivamente grandes. En cuanto a los precios por procedimiento quirúrgico, existen retribuciones variables lógicas en función de la compañía, bajas en cualquier caso, pero lógicas. Donde las diferencias se hacen incomprensibles es en los precios de la consulta y en la facturación de pruebas complementarias, siendo cada vez más frecuentes los "forfait", con pruebas complementarias y consulta incluidas. Y además con tarifas ridículas. Esto no hace más que fomentar el sobredimensionamiento de las consultas y bajar la calidad asistencial

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).

No existen grandes diferencias.

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).

El grado de competencia depende fundamentalmente de la prestación del servicio médico provisto por el facultativo. No creo que sea fácilmente agrupable por centros salvo en gestiones muy agresivas, que inciten a ver a muchos pacientes en poco tiempo para justificar cuentas y bajar así la calidad asistencial.

Una especialidad como la oftalmología, intensamente tecnológica, invita a "saltarse" ciertas pruebas complementarias, algunas tan básicas como una graduación, para poder sacar adelante estas consultas en el tiempo establecido para ello.

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).

Sí existen barreras de entrada, sobre todo en aquellas aseguradoras que tienen sus propios centros privados para tanto financiar (como aseguradora) como para proveer (con sus centros) el acto sanitario.
Y además existen grandes invitaciones a la salida de sus cuadros médicos si no se aceptan las condiciones impuestas o simplemente por motivos arbitrarios, como ya fue el caso en algunos colectivos de algunas aseguradoras como MUFACE O ISFAS.

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 opacidad del mercado sanitario actual exige una publicación sistemática de resultados de los proveedores de Salud para que así los pacientes tengan una información más justa a la hora de elegir médico.
Trato del paciente, "customer experience", número de visitas para resolver un problema, evitando así consultas innecesarias y por su puesto, evaluación de resultados objetivos (datos clínicos) y PROMS

<p>18. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</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>Sí, por supuesto. Esto favorece el control de mucho volumen de pacientes por parte de pocos gestores, con la evidente tendencia de agrupación de pequeñas clínicas en centros sanitarios más grandes para homogeneizar la atención clínica ad hoc para dichos centros. Un médico con vocación de atención personal y liberal está obligado a aceptar las normas de grandes centros y aseguradoras para poder ejercer, y junto a la barrera económica actual, hace que se cuenten fácilmente las clínicas personales o particulares de nueva creación en España en los últimos años (en la mayoría de especialidades, habiendo excepciones como dermatología o estética)</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).

Con la centralización de pacientes y de médicos en grandes grupos se pierde la esencia de la relación médico-paciente y la libre elección de médico por culpa de los intermediarios. La tendencia a la anonimización del profesional sanitario, con unos intermediarios que no son sólo económicos sino también intermediarios de prestación, limitan tremendamente la libertad de actuación del médico y por tanto la elección del paciente. Ante la gran concentración de pacientes en pocas aseguradoras y ante la concentración de médicos y pacientes en grandes grupos, cada vez está más en peligro el profesional liberal que presta y atiende a sus pacientes por su propio servicio. Se incita así a estar condenado a unas normas de actuación impuestas por pocos tomadores de decisiones (muchos no médicos), en las que muchos peones (médicos) actuamos. Esto hace que el núcleo de la actividad médica, que somos tanto médicos como pacientes, se reubique en otros criterios.

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).

No existe negociación. Los baremos de actuación han ido a la baja en los últimos años, mientras el coste de consulta por parte del profesional ha ido en aumento por la tecnificación de la medicina. Una consulta sin una inversión fuerte en tecnología ahora mismo roza lo no ético, y esto no sólo no ha sido premiado, sino que ha sido penalizado con tarifas no revisadas y muchas revisadas a la baja. Sin embargo, la mayor "no negociación" impuesta han sido los bonos de consulta sin opción a facturar pruebas complementarias extra, lo que desincentiva la apuesta tecnológica por parte de los proveedores sanitarios. Al igual que pasó con ciertos implantes quirúrgicos oculares.

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).

Todo lo que desincentive la inversión tecnológica y la renovación de tecnología en la práctica clínica, supone una merma para la atención clínica y para la excelencia en la misma.
No premiar la dotación tecnológica de las clínicas o no permitir su facturación, o hacerlo con precios ridículos, supone una calidad a la baja.
E igual pasa con los honorarios médicos por acto, que nos obliga a citar a muchos pacientes para simplemente cubrir costes o no perder dinero por abrir la consulta.
Dentro del triángulo financiadores (aseguradoras), proveedores (médicos) y pacientes, hay un claro vencedor en el panorama actual que son los financiadores intermediarios, a costa de la depreciación e infravaloración del acto médico en sí. Esto ya en muchos casos está afectando a los pacientes, y en breve será la tónica general.

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