

<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>Relación calidad / precio y servicios a los que se accede al contratar una determinada póliza</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 existe una clara relación entre lo contratado y lo disponible. Elevada incidencia de la picaresca tanto por parte del comercial de la póliza como del usuario a la hora de realizar las encuestas de salud previas a la contratación de la póliza

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).

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).

La contratación de paquetes de seguros por parte de las comercializadoras permite rebajar las cuotas de las pólizas y ello conlleva un riesgo a la hora de valorar los honorarios médicos.

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).

La ley de protección de datos española impide compartir los mismos entre las aseguradoras. Constantemente el profesional debe realizar informes de salud que justifiquen, preexistencia, carencia, etc. Los pacientes cambian de compañía para beneficiarse de un determinado tratamiento y engañan al proveedor de salud. Pretenden hacer participe al profesional de dicha situación. Por otro lado, dependiendo de la compañía de seguros y del tipo de pólizas (que desconocemos como profesionales de la salud) un usuario tiene unas condiciones contractuales u otras. Todo ello genera discusiones inútiles que nada tienen que ver con el ejercicio de la medicina.

6. Valore la aplicación del rehusé (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 una situación que se produce más a menudo de lo deseable. Como he dicho anteriormente, hay una elevada incidencia de picaresca a la hora de contratar compañías tanto por parte del comercial como del usuario.
Las encuestas telefónicas de salud no son eficaces.
Las pólizas colectivas de empresa, a su vez, hacen asequible al tratamiento médico patologías que por póliza de seguros privada no lo serían.

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).

La incorporación de nuevas técnicas de tratamiento médico está reñida con la eficacia. Se hacen para incrementar el volumen de asegurados según intereses comerciales.
Por ejemplo: La incorporación de la Robótica , hoy por hoy , está excluida, sin embargo se acepta acupuntura.
Antiguamente no se aceptaba la revisión ginecológica rutinaria ni los tratamientos de esterilidad o esterilizantes. Por conveniencia por parte de las compañías ya hace años que todo ello queda incorporado. En algunas ocasiones practicar una ligadura de trompas puede ser económicamente mas beneficioso que operar una salpingectomía por embarazo ectópico de urgencias a las 3 de la madrugada. Cirugía de urgencias, con riesgo vital peor remunerada que una cirugía programada?.

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).

Existe una feroz competencia entre dos grandes grupos de aseguradoras.

Las que van a volumen tipo Adeslas y Sanitas y las que van a calidad. Es difícil competir con compañías tan grandes que reducen el precio de las pólizas en detrimento de los honorarios profesionales.

Por otro lado, las mismas compañías deben competir con los grandes proveedores de servicios hospitalarios, los cuales no renuncian a su trozo de pastel. Y todos juntos tienen mucha hambre.

El profesional sanitario tiene poca o nula experiencia en negociación con las compañías y, aunque ellas lo nieguen, las condiciones no son las mismas para todos. Se excusan en que los honorarios vienen pactados desde la O.M.C., etc. Los Baremos de honorarios médicos están llenos de herratas y seguro que no han sido desarrollados por profesionales en ejercicio.

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).

En la actualidad es extremadamente difícil poder entrar a formar parte de un cuadro facultativo de compañía de seguros. Las listas acostumbran a estar cerradas desde hace años.
Por otra parte, los centros sanitarios privados intentan hacerse con las claves de facturación, lo que les acaba dando todavía más fuerza para negociar tanto con las compañías como con los profesionales.

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

A partir de ciertas edades es casi imposible. A menudo pacientes procedentes de pólizas de seguro colectivas, cuando se jubilan deben hacer frente a una actualización de las cuotas que les invitan a marchar de las mismas, lo cual beneficia a la compañía ya que se ahorra la asistencia sanitaria en la etapa de vida más complicada,

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).

Hay grandes diferencias entre compañías. NO puede ofrecerse el mismo servicio asistencial por 19 que por 100 Euros al mes. Es insostenible ofrecer pólizas de seguro tan baratas. Tarde o temprano falla algo, la póliza no cubre un determinado procedimiento, etc.

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).

Las compañías publicitan un gran número de servicios y de centros hospitalarios de primer nivel en su cuadro médico, sin embargo ellas mismas incitan a los usuarios a ir a centros de menor coste o , incluso, centralizan determinados servicios en instalaciones de la propia compañía para reducir costes. Ello, si se trata de una opción no sería inconveniente, pero al final acaba siendo una imposición

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).

En Barcelona existe poca competencia en el sector privado ya que la mayoría de los centros de renombre están en manos de un solo proveedor: Quirón Salud

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).

Para poder acreditarse en un centro privado debes ser admitido por la dirección del Mismo. Lo más probable es que la acreditación esté relacionada con el volumen de negocio que puedas aportar. No deja de ser una negociación.

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 los servicios sanitarios que ofrece el centro médico deberían estar relacionados con la calidad en los tratamientos médicos y quirúrgicos que se pueden ofrecer en el centro, grado de satisfacción de los usuarios, trato profesional y humano del personal del centro. Todo ello no tiene valor si los profesionales no están debidamente acreditados y formados.

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).

Estoy convencido de que las relaciones verticales entre ambos hace muy difícil que un profesional pueda incorporarse al cuadro médico a título personal. También entiendo que la medicina del actual siglo mejora su grado de calidad al trabajar en equipo, pero ello no es extensible a todas las especialidades.

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).

Al enfrentar diversos grupos asistenciales debería ser bueno ya que la competencia debería derivar en mejoras de la calidad, sólo que en ocasiones, la competencia se basa tan sólo en márgenes económicos, en cuyo caso la calidad disminuye.

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).

Mi experiencia hasta la fecha siempre ha sido desfavorable. Siempre hay argumentos por parte de las aseguradoras para no modificar los baremos. A menos de que dispongas de una estructura muy bien desarrollada a modo de empresa de servicios y de un gestor que pueda negociar por tí, normalmente tienes las de perder.
Mayoritariamente los profesionales de la salud tenemos pocas habilidades para acometer este tipo de negociaciones

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).

EL consumidor soporta el resultado de las negociaciones en tanto y cuanto los profesionales deben trabajar a destajo para cubrir ni que sean los costes de mantener los despachos operativos.
Tengamos en cuenta que, si bien los costes de las pólizas han ido incrementando los IPC's interanuales, desde 2013 la mayoría d las compañías aseguradoras no lo han repercutido sobre los honorarios médicos

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