

<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>"Solera" de la marca (identificando como mejores compañías más antiguas) en la población de más edad. En la población joven, el precio. Número de especialidades concertadas en un mismo centro, para centralizar su asistencia sanitaria.</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).

Las compañías ofrecen servicios muy similares, siendo una de las diferencias notables aquellos centros en los que ofrecen servicios. Los items son fácilmente comparables, y en ocasiones casi idénticos en cobertura. Alguna diferencia puede estar en ciertos servicios que incluyen (p.e. cobertura en el extranjero)

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).

Igual a lo anterior

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 agrupación de seguros hace que el usuario tenga una sensación subjetiva de ahorro, o de oferta 2x1. Al adquirir el seguro de hogar por un poco más, perciben que les "regalan" el de salud. Esto puede ir en detrimento del valor que le dan al seguro de salud,

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).

En mi experiencia como médico, hay pacientes que rechazan o aplazan pruebas diagnósticas que necesitarían, bien por miedo a que el seguro les suba la prima o directamente porque las compañías no autorizan el acto y por tanto no se lo pagan.

**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).**

Las compañías envuelven cada acto que implica un desembolso para ellas en una burocracia afijante para el paciente. En ocasiones eso hace que los usuarios/pacientes desistan de hacer uso de la póliza que pagan -por lo farragoso de conseguir la autorización o la carta de garantía de reembolso- y optan por pagar ellos mismos directamente

**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).**

Las nuevas tecnologías diagnósticas o terapéuticas se van incorporando a la práctica clínica habitual, complementando e incluso sustituyendo a lo precedente. En caso de que las compañías no cubran estas novedades, se priva al paciente de recibir una atención médica de calidad, ajustada a la realidad del presente

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).

La competencia es brutal. Hace unos años existían 4-5 compañías que ofrecían seguros de salud, al alcance de muy pocos. Con el tiempo, la oferta de pólizas y compañías ha ido subiendo, a la vez que la demanda. Llegando a un punto en el que por muy poco dinero se dispone de una póliza básica de salud privada. Esto, en lugar de facilitar el acceso a la salud privada a los pacientes, lo dificulta: para bajar los precios de venta del seguro, tienen que bajar los costes (lo que les pagan a los centros y/o profesionales), haciendo que estos no quieran trabajar por lo que les pagan las compañías. El paciente se encuentra con la situación de estar pagando un seguro todos los meses y que no consigue cita para el médico, o que el centro de su elección no quiere trabajar con X o Y compañía porque no les salen las cuentas.

<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>Lo desconozco, por lo que no puedo opinar</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>El usuario va a mostrar cierta reticencia a cambiar de compañía, por las limitaciones que suelen existir (carencias) para acceder a ciertos servicios en los primeros meses de vigencia de las pólizas. Además del engorro burocrático que suponen, o de si existen penalizaciones por cancelación prematura de la póliza. Se suele recurrir a corredurías de seguros, que hacen la gestión por el cliente asegurando el cambio no solo de póliza sino preservando la antigüedad para evitar estos periodos de carencia.</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).

Desconozco las tarifas que pagan los usuarios, en general, por los seguros. Si me consta que a mayor edad o ante la existencia de patologías previas, las primas se encarecen. Visto desde el lado médico, las compañías que los pacientes refieren como más caras, son las que más pagan a los centros sanitarios, y aquellas que promocionan sus pólizas "low cost" son las que peor pagan a los sanitarios.

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).

Hay centros o médicos particulares, que no trabajan con según qué compañías, ya que el precio que estas le pagan no cubre el servicio que se ofrece. Esto hace que "los mejores" centros o médicos (por prestigio o renombre) solo sean accesibles si se paga particularmente la consulta, y que sean los médicos noveles o promedio los que trabajen en concierto con las compañías, ya que es una forma de conseguir pacientes.

<p>14. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</p>	<p>No sé hasta qué punto existe un conflicto ético a la hora de que un centro o un médico no quiera recibir pacientes de X o Y compañía, pero si los recibe de forma privada. El fin de la medicina no debe ser el lucro, sino el servicio. Pero si al médico le pagan menos de 15€ por visita -a compartir 70/30 con el centro en el que trabaja-, no es que no se lucre, es que su sueldo se equipara al salario mínimo interprofesional, y eso es una forma de devaluar su profesión y su persona, por el esfuerzo y la inversión de tiempo y dinero que supone llegar a ser facultativo.</p>
<p>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).</p>	<p>Las campañas publicitarias de las grandes marcas de grupos sanitarios se centran bien en su "know how", su forma de gestión de los centros y los pacientes, o en la "experiencia de usuario". Pero al descender a la realidad, en todos ellos los facultativos tienen 10-12 minutos para atender a un paciente de compañías, porque si no ven X pacientes por hora, no generan suficiente ganancia para que les sea rentable trabajar para ese centro. Esto hace que la calidad del servicio baje, pese a lo que quieran vender desde la marca.</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).

Lo desconozco, con lo cual no puedo opinar. No se si la gestión del mercado sanitario debería preocuparse tanto de introducir nuevos operadores, o de cambiar el modelo, ya que el actual cada vez perjudica más al usuario y al sanitario -los dos únicos intervinientes necesarios en la prestación de servicios de salud- y los que se lucran y salen ganando son los intermediarios innecesarios, los seguros de salud y los centros sanitarios de grandes marcas.

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).

Al final, que el paciente esté bien atendido depende del sanitario. La experiencia de usuario si depende más del centro y del personal de administración que les gestiona citas y demás. Pero que el paciente sea bien atendido clínicamente depende del sanitario. Y si el sanitario no es bien tratado -económicamente hablando- por las compañías que tienen que pagarle, no va a querer trabajar para ellas. Al final, el médico de prestigio se desvincula de ellas para hacer un ejercicio de la medicina que considera aceptable y de calidad y acorde a su preparación; pero esto hace que los mejores profesionales solo sean accesibles a aquellos pacientes que pueden pagar consultas particulares. Se vuelve al modelo de hace 50 años (público = malo, seguro privado = bueno), pero con un escalón intermedio (público = malo, seguro privado = malo, y encima me cuenta dinero, consulta particular = bueno) que lo hace inclusive peor

<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>Los centros sanitarios se van a beneficiar de que existan más compañías de seguros, porque les van a proveer de más clientes. La inclusión al sistema de estas nuevas compañías van a beneficiarlas a ellas mismas, al conseguir capital, y van a hacer que las demás, por competencia, ofrezcan seguros más bajos para cubrir la competencia y captar más clientes. Al aumentar la oferta, caen los precios que se pagan por los servicios por parte de las compañías y por tanto, los profesionales como último eslabón de la cadena se ven perjudicados. Al haber médicos que no quieren participar de ese sistema, los pacientes tienen menos oferta de profesionales que les atiendan. Una vez más, se benefician las figuras intermediarias innecesarias y se afectan los únicos elementos del sistema que importan, el sanitario y el 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>Lo mismo que lo anterior.</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>En general hay un acuerdo generalizado de compartir 70% sanitario - 30% centro el dinero que la compañía paga por un servicio. Si este precio por consulta ya es bajo, al perder el 30% del mismo, en sanitario se ve avocado aumentar el nº de visitas por hora, o a hacer más turnos, para compensar económicamente. Además, la negociación la hace el centro, no el médico, con las compañías, y en ocasiones no es tal, la compañía impone un tarifario "si quieres lo tomas y si no lo dejas", y los centros los aceptan porque las compañías atraen mucho más volumen de pacientes de los que tendrían si sus tarifas fueran 100% privadas para el usuario.</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).

El precio de pagar mejor a los sanitarios no lo van a asumir ni las compañías ni los centros sanitarios. A final se lo repercuten al paciente, que es quien paga la prima del seguro. Acaban pagando más por peores servicios.

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