

<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>En primera instancia el paciente busca una marca conocida o confiable. En segundo lugar el paciente busca el precio. En tercer lugar el paciente busca el cuadro médico y todo el resto.</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).

La información sobre las pólizas de seguros se presenta en dos formatos: El formato comercial donde no se profundiza ni en el servicio ni en el contenido y solamente se pretende conectar con el paciente. El formato contractual donde la información es premeditadamente confusa y complicada de leer y entender.

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).

Las compañías con precios más bajos focalizan su oferta en el precio. Normalmente no puedes acceder a su contenido contractual inicialmente, debes pasar obligatoriamente por la llamada de un comercial. (P.Ej. ASISA, ADESLAS o SANITAS)
Las compañías con precios más altos centran su oferta en la calidad. Normalmente sí puedes acceder a su contenido contractual. En algunos casos la información es clara i comprensible. (P.Ej. ASISTENICA SANITARIA COLEGIAL o DKV)

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).

Esta pregunta requiere comentar la premisa: LOS SERVICIOS MÉDICOS SON PRESTADOS POR MÉDICOS, JAMÁS POR EMPRESAS DE SEGUROS MÉDICOS, y aquí reside toda la problemática. En España, las compañías aseguradoras están actuando de forma monopolística convirtiéndose en las prestadoras de servicios médicos sin ser los profesionales responsables de los mismos (COMPETENCIA DESLEAL). Además, y ya volviendo a la pregunta inicial, alteran el mercado mediante información cruzada que tienen sobre sus pacientes, sea mediante otras pólizas, sea mediante la información de las cuentas bancarias a las que tienen acceso (P.Ej. ADESLAS).

Se debería analizar en profundidad el hecho que las aseguradoras no tienen los cuadros abiertos y prohíben la incorporación de los prestadores de servicios médicos a sus cuadros. Contronlan y dominan el libre mercado de los profesionales médicos, pero sin ser responsables de los mismos. En la mayoría de países de la Unión Europea no existe esta situación de oligopolio y competencia desleal puesto que las compañías aseguradoras son únicamente, intermediarios entre el paciente y el médico. Evidentemente los cuadros están abiertos y lo único que difiere es si el usuario final de servicios médicos debe pagar más o menos por un médico u otro. Un famoso cirujano es más caro que un principiante, pero ambos están incluidos en los cuadros y es el paciente el que decide copagar en un caso o no hacerlo en otro.

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).

Evidentemente: El asegurado está en manos de la compañía aseguradora que es quien gestiona, admite o expulsa a los verdaderos prestadores de servicios médicos según sus criterios empresariales. En España, debido a esta situación anómala explicada anteriormente, las compañías aseguradoras parecen ser las prestadoras de servicios médicos y no lo son: Han convertido a los médicos de sus cuadros en operarios que van a objetivos y por consiguiente, la prestación sanitaria no es la adecuada ni la que corresponde con el acuerdo hipocrático, al que no están vinculados puesto que no son médicos.

Además, recordemos que algunas empresas aseguradoras disponen de los datos financieros/bancarios de sus clientes puesto que su cartera accionarial está participada por entidades bancarias.

**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).**

Creo que todos nuestros compañeros estaremos de acuerdo en este punto: Durante los últimos años se han endurecido las políticas al respecto y aumentado las denegaciones. El mercado, a mi entender contrario a la libre competencia y totalmente intervenido por las empresas aseguradoras se encuentra en una fase de madurez donde la competencia por precio es feroz. Eso implica descenso del valor del acto clínico y reducción de costes generalizado para mayor beneficio de los accionistas. Recordemos pero, que las compañías aseguradoras NO SON PRESTADORAS DE SERVICIOS O PRÁCTICAS MÉDICAS, pero dominan y actúan en el mercado como si lo fueran.

**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).**

Depende de la compañía aseguradora. En algunos casos no hay ningún problema, en otros cuesta más tiempo. Interesante ver como con el paso del tiempo se van igualando las prestaciones y los precios para el paciente (pero no para el médico). De nuevo, compiten como prestadores de servicios médicos y no lo son.

<p>8. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</p>	<p>El mercado sanitario español privado se ha convertido en un oligopolio de competencia desleal donde ni los pacientes ni los médicos tienen nada que decir. Es curioso observar como esto no ocurre en otros países de la Unión Europea donde el acceso a los cuadros médicos de las aseguradoras es libre y por consiguiente, los pacientes pueden escoger libremente a la persona que REALMENTE presta el servicio.</p> <p>En algunos casos, algunos médicos desean cobrar más por el acto médico que lo estipulado, en ese caso el paciente debe co-pagar para llegar a la suma demandada.</p> <p>Esperemos que la COMISIÓN NACIONAL DE LOS MERCADOS Y LA COMPETENCIA actúe de forma urgente para terminar con esta apropiación del mercado por parte de compañías que NO PRESTAN LOS SERVICIOS QUE VENDEN y que han convertido la medicina privada en un oligopolio donde la competencia desleal y más importante, el declive en la prestación de servicios, motivado por la gestión integral de los servicios médicos, se ha convertido en lo más habitual.</p> <p>No debemos olvidar que una medicina privada justa y acorde con los estándares de mercado es fundamental para liberar la sanidad pública de infinidad de consultas y tratamientos, cosa que beneficia a los PPGGEE y a las prestaciones socio-sanitarias que ofrecer a los ciudadanos.</p>
<p>9. Valore el grado de competencia existente entre las compañías de seguros de asistencia sanitaria en España y justifique su respuesta (máximo 500 palabras).</p>	<p>Nos encontramos ante un mercado maduro (Oligopolio?) con proveedores de servicios médicos que ni son ni deben ser considerados como tales puesto que NO SON MÉDICOS.</p> <p>La competencia parece feroz a nivel de precios, cosa que repercute drásticamente en los honorarios percibidos por los VERDADEROS PRESTADORES DE SERVICIOS que son los MÉDICOS.</p> <p>Si comparáramos el coste de los seguros médicos en otros países de Europa, veremos que España se sitúa en el extremo más asequible a gran distancia de países comparables.</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).

No tengo información al respecto, pero sí puedo indicar las barreras de entradas y obstáculos desproporcionados o injustificados para aquellos MÉDICOS nuevos que quieren entrar en el mercado privado copado por las empresas aseguradores que, como ya hemos dicho anteriormente NO SON MÉDICOS y por consiguiente no pueden prestar asistencia sanitaria por sí mismos.

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 tengo experiencia en el cambio, pero por lo que he oído no es muy complicado y además el paciente puede aprovecharse de mejoras económicas u ofertas por parte del prestador actual, tal y como pasa en otros oligopolios de la economía española como la telefonía.

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).

Desde el punto de vista del prestador de servicios sanitarios sí existen diferencias sustanciales de honorarios a percibir según la Mútua. Por ejemplo, una primera visita en la Mútua más asequible nos reporta 11 Euros mientras que la más generosa nos reporta 28 Euros.

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).

Sin duda. Pero esta pregunta ya nos demuestra la estrategia del sector de la intermediación sanitaria: Estamos dando por supuesto que las ASEGURADORAS SANITARIAS son las que prestan el servicio médico-sanitario. Sí existen diferencias y detectamos una tendencia clara: Las Aseguradoras tienden a convertirse en CLÍNICAS PRIVADAS, de esta forma, todos sus asegurados están obligados a tratarse en sus instalaciones con sus médicos en nómina. Es decir, se ha destruido el mercado sanitario donde los médicos ejercían la profesión bajo su responsabilidad y conocimiento y se ha creado un mercado nuevo paralelo donde empresas aseguradoras pasan a ser los dueños de la cadena de valor de la prestación sanitaria: Clínicas propias y médicos en nómina, cosa que destruye la competencia y el nivel de la prestación del servicio. No olvidemos que esto también repercute negativamente en la Salud Pública.

<p>14. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</p>	<p>Muchos médicos se jubilarán en breve, y no tenemos un pool de médicos y residentes suficientes para cubrir la demanda. Las empresas aseguradoras, de forma desleal, han absorbido y monopolizado el mercado de la Sanidad Privada y han echado a los profesionales de sus cuadros para dominar y capturar toda la cadena de valor.</p> <p>NO HAY COMPETENCIA, solo hay intermediarios que como tales no son médicos, que dominan el mercado sanitario.</p> <p>En mi opinión la solución pasa por las siguientes acciones:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Obligatoriedad de apertura de todos los cuadros médicos de todas las aseguradoras a todos los médicos. A discutir si los honorarios son iguales (como ahora) o por grupos de experiencia donde el paciente debe co-pagar una parte (como en Austria)2. Transparencia y comunicación por parte de la CNMC, el Gobierno y el Ministerio para que la población entienda que quien ejerce la medicina son los médicos y no los intermediarios de la medicina.3. A estudiar baremos mínimos de honorarios para los médicos. <p>Agradezco muchísimo que nos den la oportunidad de expresar nuestras opiniones y temores. En mi opinión, el mercado de los seguros médicos español se encuentra en una terrible situación de monopolio y competencia desleal con consecuencias catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none">- Colapso de la Sanidad Pública- Éxodo de médicos formados en España que no encuentran salidas dignas en la Medicina Privada como complemento a la pública que ya de por sí no es competitiva, pero que por vocación nos resulta imprescindible
<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>Nos encontramos en una situación de monopolio / oligopolio.</p> <p>No dispongo de datos claros para juzgar la competencia entre centros privados.</p> <p>En nuestro caso somos conscientes de que otros centros son más baratos que nosotros pero intentamos valorar los honorarios en función del histórico y en función de los costes del acto médico.</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).

Evidentemente hay barreras de entrada para cualquier operador nuevo puesto que no entrará jamás en los cuadros de las aseguradoras médicas, que son quienes dominan el mercado de forma oligopolística.

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).

El principal factor para determinar la calidad de los servicios sanitarios es EL TIEMPO.
Comentándolo con compañeros de la pública que también trabajan e la privada, el paciente recibe más o menor tiempo en función de la mútua. Si la aseguradora paga más honorarios al médico recibe más tiempo, si paga menos, recibe menos tiempo.
No compartimos esta práctica, pero me parece interesante compartirla para que se puedan hacer una idea de la situación actual: Imagínense una consulta médica privada valorada en 9 euros por la mútua... Cuántos minutos se deberían dedica al paciente para que el centro pueda subsistir? Esta es la realidad de la sanidad privada monopolizada por las aseguradoras en España.

<p>18. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</p>	<p>Resulta evidente que ningún grupo, centro u hospital puede entrar en España si no viene de la mano de una aseguradora. Es imposible. De nuevo, para que el mercado se liberalice, debería ser obligatoria la inclusión de todos los médicos en todos los cuadros. Sería en ese momento cuando las aseguradoras competirían con sus recursos y capacidades auténticos y no como proveedores falsos de servicios médicos. De nuevo, muchísimas gracias.</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>Clarísima situación de monopolio / oligopolio y competencia desleal con los que realmente practican la medicina, que son los médicos. Ya lo he comentado en todos los puntos anteriores, pero la situación de la medicina privada en España se encuentra en una situación anómala que perjudica gravemente la Sanidad Pública y el futuro de los médicos. Repito que ningún grupo, hospital o clínica puede entrar en el mercado sin formar parte de un grupo asegurador. Es imposible puesto que la cartera de pacientes está cautiva de las aseguradoras y por consiguiente, irán dónde se les indique.</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>El cliente final ya no recibe servicios médicos acordes a sus necesidades, el paciente recibe aquello que marca la estrategia de la compañía aseguradora, en muchos casos con imposición de soluciones determinadas aunque éstas no sean las más apropiadas para la patología. Un claro ejemplo es cuando un grupo asegurador / grupo hospitalario imponen los proveedores de prótesis, independientemente de si dichas prótesis son las adecuadas o no.</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>No existen tales negociaciones realmente. Nuestro centro es mediano y no forma parte de ningún grupo asegurador ni hospitalario. Eso significa que, de forma unilateral, la aseguradora determina los baremos de honorarios para los actos médicos. En caso de disconformidad, pueden invitarte a desaparecer de sus cuadros médicos. También pueden decidir unilateralmente que ya no continúes. Por cierto, en nuestro caso tenemos quirófano y tampoco es sencillo que las mutuas que sí tenemos nos lo acepten.</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).

No existen las negociaciones. La situación de monopolio / oligopolio no lo permite.

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

De nuevo, muchas gracias por escucharnos.
Somos un centro médico no vinculado a ningún grupo. Somos un centro de médicos para pacientes.