

<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 el momento actual el principal factor, lamentablemente, es el coste del seguro. En determinados casos (pocos) se prima el cuadro médico o las coberturas.</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).

A nivel precontractual todo son maravillas, no se proporciona letra pequeña y en numerosas ocasiones se omiten deliberadamente detalles relevantes para el paciente, especialmente en lo referente a coberturas y carencias. Dado que el paciente ha de anunciar con antelación su baja en la otra compañía, se queda "pillado" si al final la compañía nueva no le proporciona las coberturas o cuadro médico buscado, pero para no quedarse descubierto la acaba contratando.

En numerosas ocasiones se da información tipo "puede darse de baja cuando quiera". Eso no es cierto, para la compañía el contrato es anual aunque se pague mes a mes, y una vez iniciado el contrato solo se puede cancelar por parte del usuario en el período ventana de 2.3 meses antes de que cunpla el año.

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).

Como profesional y, al mismo tiempo, asegurado, encuentro una clara asimetría entre la información y exigencia hacia el profesional en el momento en que firma el contrato respecto de la información que se da al asegurado, en muchas ocasiones deliberadamente incompleta, por ejemplo respecto de las carencias si viene de otra compañía o en la cobertura de las prótesis. Muchos pacientes, por ejemplo, no considera que una lente intraocular sea una prótesis.

No existe, en la mayor parte de casos, posibilidad de realizar una comparación entre compañías dado que se introducen una serie de variables (cobertura a toda la familia, carencia, copago, cuadro médico reducido, cobertura solo para consulta,...) que lo hacen imposible.

Como evidencia el caso reciente de Generali y Sanitas, a los pacientes de Generali se les garantiza la misma cobertura que en el momento actual, mientras que a los profesionales Sanitas nos impone unas condiciones económicas inaceptables (forfait de 25 euros por todo lo que necesite el paciente).

De forma habitual, la forma de enfocar la cobertura de los nuevos métodos tratamientos (láser, daVinci, fármacos biológicos de administración exclusivamente hospitalaria) no suele quedar demasiado bien expresada en el condicionado final.

<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 experiencia.</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>	<p>Previamente a la contratación del seguro, me parece lícito que la compañía ofrezca diferentes tipos de seguros en función de riesgo asumido. Sin embargo, el agravamiento del riesgo por causa sobrevenida no debería de ser motivo de modificación de las condiciones.</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).

Sucede con una cierta frecuencia, y es generador de problemas entre el profesional y la compañía, entre el profesional y el paciente y entre el paciente y la aseguradora. Sucede habitualmente debido a situaciones no explicitadas durante la contratación que modifican el riesgo, o bien en casos en que la compañía alega preexistencia.

De forma habitual, en estos casos se traslada al paciente y a la aseguradora la necesidad de llegar a un acuerdo. Si no es así, el paciente tiene todo el derecho a iniciar las reclamaciones pertinentes, y el profesional ofrece un presupuesto como paciente privado para realizar el tratamiento/ intervención.

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).

Existen numerosas pólizas firmadas hace décadas, con sus respectivas renovaciones tácitas, en las que gran parte de las pruebas y/o tratamientos actuales no están reflejados, con una referencia más o menos clara a que "se irán incorporando los avances que se introduzcan, deidamente contrastados". La experiencia es que la mayor parte de tratamientos (no farmacológicos) y medios diagnósticos que son habituales en la medicina publica son también financiados en la medicina privada, aunque muchas veces tras denegaciones iniciales.

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).

El grado de competencia es muy limitado dado que, aunque algunas aseguradoras ofrecen precios muy bajos, se trata de señuelos para captar al paciente, que acaba contratando una póliza más cara a la que se da cuenta de lo que representa la póliza de 14 euros al mes que quería contratar. Estamos, por tar parte, asistiendo a un proceso de concentración que reducirá todavía más la competencia, y que acaba perjudicando al asegurado pero, especialmente, al profesional que presta el servicio.

<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>NS/NC</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 coste es tiempo es elevado, solo se puede hacer una vez al año (aunque al cabo de 13 meses se decida cambiar hay que esperar a los 24 dado que para la compañía el contrato es anual aunque se pague mes a mes. Por otra parte, frecuentemente hay modificaciones en las coberturas que hacen que tras un cambio la nueva compañía decida aplicar carencias o preexistencias.</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).

Existen compañías que ofrecen seguros de mayor "calidad" (MGC, ASC, Medifiatc, Atlántida) que cuidan más a sus clientes, asumiendo una póliza más cara. Existen compañías como Adeslas o, especialmente Sanitas, que priorizan el precio del seguro sobre la calidad de la asistencia tanto médica como asistencia en general al propio asegurado.

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).

Muchas aseguradoras tienen una red de centros hospitalarios cerrada o un cuadro médico limitado. Yo puedo visitar a un paciente pero no lo puedo operar en mi clínica, por ejemplo en el caso de Asisa.

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 hay apenas competencia entre ellos. Estamos ante un oligopolio donde el exceso de pacientes asegurados y la falta de instalaciones asistenciales hace que, seas como seas, vas a tener pacientes. Y si eres muy bueno vas a tener demasiados, con lista de espera y el coste de imagen que ello supone.

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).

Las compañías en ocasiones aducen que el cuadro médico está cerrado, o bien imponen al recién llegado unas condiciones draconianas que el centro acepta con tal de poder empezar a trabajar.

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).

1. Formación y experiencia de los profesionales que realizan la asistencia. Están trabajando en nuestro sistema sanitario profesionales con una titulación obtenida en países muy diferentes sin que, en muchos casos, se haga un análisis de su cualificación.
2. Continuidad asistencial. los grupos de centros con mucha frecuencia optan por el "trabajo en equipos", muy diferente del clásico "trabajo en equipo", donde cada día el médico que pasa consulta es un médico diferente en función de las necesidades del centro médico.
3. Retribución por el acto médico. La retribución insuficiente actual, con precios por visita en muchas ocasiones de 16-18 €, obliga a realizar un número muy elevado de visitas y/o pruebas cada día, lo que va en contra de la calidad de la asistencia prestada. Imaginen una consulta de neurología (por ejemplo), una tarde, 12 pacientes, 3 horas. Facturación: 216 €. Para el médico de media un 60% en el mejor de los casos: 130 €. Si restamos gastos de colegiación, transporte hasta el lugar de trabajo, IRPF,.... una tarde de trabajo puede representar unos ingresos de menos de 100 €. En esas condiciones es difícil pedir excelencia.

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).

Claramente lo afectan. Un nuevo centro médico y/o hospitalario ha de negociar su incorporación al cuadro médico de las aseguradoras, y esa negociación es mucho más fácil cuanto más grande se es.

<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>De forma habitual, que el financiador de un servicio sea al mismo tiempo el realizador del mismo va en contra de la eficiencia en el servicio, pero además puede limitar las opciones diagnósticas o terapéuticas que se ofrecen a un paciente en función de lo que a la clínica y/o aseguradora le salga más rentable.</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>Directamente inexistente. Las compañías nos envían sus baremos "actualizados" y son un plato de lentejas, o las coges o las dejas. No hay posibilidad de negociación. La subida que aplican cada año a las pólizas de los asegurados, salvo raras excepciones, no son reflejadas en los honorarios médicos, y cuando lo son es un porcentaje notablemente diferente. Es más, en numerosas revisiones anuales directamente aplican rebajas unilaterales en algunos de los actos médicos más realizados.</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).

Esta falta de negociación empeora la calidad asistencial, ya que los médicos se ven obligados a incrementar sus horas de trabajo y volumen de pacientes para conseguir unos ingresos dignos.

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