

<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>La relación calidad-precio es decisiva para la elección de un seguro de enfermedad. Por encima de todo, los clientes quieren un diagnóstico rápido y de alta calidad, así como una terapia igualmente rápida y de alta calidad. Los nombres de los médicos tienen aquí una importancia secundaria. A ser posible, la aceptación debe ser grande y utilizable cerca del lugar de residencia.</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).

El lenguaje de las pólizas de seguro es un mundo en sí mismo, y además se explican y repiten tan rápidamente por teléfono que resulta incomprensible, sobre todo para los conciudadanos extranjeros, y a menudo se asemeja a un juego de azar para conseguir el seguro adecuado. Es mejor coger el más caro para ir sobre seguro, ya que todo parece estar incluido. Yo mismo lo he experimentado.

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).

Eso presupone que uno compara. A menudo le recomiendan una compañía de seguros de su círculo de conocidos. Es más probable que la gente confíe en esta oferta que en la publicidad.

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).

No tengo experiencia en eso. Sin embargo, lo veo de forma crítica, ya que aquí predominan los aspectos puramente monetarios.

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).

A menudo me ocurre que los pacientes no disfrutan de ninguna protección cuando cambian de un seguro a otro. ni del antiguo, que ya había sido cancelado, ni del nuevo, ya que este último sigue reclamando un periodo de carencia. Es una pena cuando luego hay que volver a meter a un paciente con una rotura de apéndice de la sala de recuperación en una ambulancia para tener que operarle de urgencia en un hospital público. Eso es inhumano, indigno e imposible al mismo tiempo. Sin duda, es necesaria una regulación en este sentido. Sin embargo, si más tarde un comité de arbitraje de las dos compañías de seguros resuelve el caso, por ejemplo, la NUEVA compañía de seguros DEBE pagar el importe.

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).

Esto debería hacerse imposible. En su lugar, TODAS las compañías de seguros deberían establecer CONJUNTAMENTE un fondo en el que se realicen pagos para estos casos (enfermedades crónicas, etc.) y del que se puedan extraer. Cuanto mayor sea la necesidad de pagos, mayores serán las primas de TODOS los asegurados. Se trata de una contribución solidaria, porque puede ocurrirle a TODOS.

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).

Una vez más, las últimas técnicas deberían ponerse a disposición de los clientes si se demuestra que son más eficaces o que están a la última. Si éstas aumentan el coste del tratamiento, esto debería incluirse en el precio para todos. Si no se hace así, ¡no habrá más desarrollo técnico!

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

Como médico autónomo, no sólo trabajo para estas compañías de seguros a comisión, sino que también soy cliente de una gran compañía de seguros y he hecho estas observaciones.

9. Valore el grado de competencia existente entre las compañías de seguros de asistencia sanitaria en España y justifique su respuesta (máximo 500 palabras).

En realidad, apenas hay. Cinco compañías de seguros dominan el mercado y fijan los precios como un cártel.

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 experiencia en ello.

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

La dificultad estriba principalmente en el periodo de tenencia, que cuenta cuando se firma un nuevo contrato. A veces se acortan, pero los beneficios suelen ser limitados.

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).

Sencillamente, los beneficios son menores cuando las tarifas son diferentes. Una compañía de seguros nunca tendrá pérdidas.

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).

De hecho, la cobertura de las prestaciones ya no es completa. En un caso concreto de anestesia para una rizolisis, informamos al paciente/cliente de la falta de cobertura de su propio seguro médico para este procedimiento concreto y, si el procedimiento no era posible sin anestesia, le dimos la opción de cancelar el procedimiento o realizarlo a sus expensas.

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).

Hay mucha publicidad en España, pero el boca a boca es el factor decisivo en el uso de las instalaciones. La competencia es cada vez mayor y los hospitales privados más pequeños "caen víctimas de cada vez más grupos".

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).

La sola acumulación de grandes grupos hace imposible que los proveedores más pequeños puedan servir al mismo mercado. Por eso cada vez surgen más nichos en la medicina.

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).

En mi opinión, la relación de confianza entre médico y paciente es el centro de lo que ocurre. El éxito de un tratamiento y la satisfacción de paciente y médico se basan en ello.

La experiencia del médico y del equipo también es crucial para que el éxito sea más probable y no haya complicaciones. Aquí, el número mínimo de procedimientos anuales de un determinado tipo es tan decisivo como el dominio de las complicaciones. Aquí conozco el sistema de semáforos en el ámbito de la gestión de calidad de la Fundación Bertelsmann en Alemania, que enumera todos los centros e intervenciones de esta forma, ¡de libre acceso para todos!

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

Yo mismo he recibido formación de dos años en gestión de la calidad médica en Alemania.

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).

Por supuesto que sí. El ejemplo de ASISA en Málaga con "el Ángel", porque así no se celebran nuevos contratos con médicos y no podemos formar parte del cuadro médico, al fin y al cabo, todas las actividades se van a concentrar en un hospital y se va a promocionar a los médicos que trabajan en él.

<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>Creo que la calidad, la eficiencia y el nivel de competencia están interrelacionados. Porque allí donde la competencia no es posible, la calidad deja poco a poco mucho que desear. La eficiencia puede mejorar en términos de administración, pero el resto no se ve afectado.</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>He aquí el quid de la cuestión. Porque las negociaciones sólo tienen lugar entre las compañías de seguros y los hospitales. Los profesionales quedan excluidos y se enfrentan al resultado final de las negociaciones. Comer o morir. Como todos hacen esto, se lo comen. El descontento es cada vez mayor y tras un total de 32 años sin ningún ajuste de honorarios a la IPC, todos los que desean una relación médico-paciente más estrecha están hartos.</p> <p>En los contratos con el hospital, como médicos autónomos que son, hay cláusulas que permiten al hospital ajustar los honorarios, aunque informando al médico correspondiente.</p> <p>A menudo los médicos no tienen ningún contrato con el hospital y al mismo tiempo se ven obligados a aceptar una autofacturación para que no haya discrepancias con Hacienda. También en este caso estamos en manos de la administración del hospital y no podemos formular y emitir las facturas nosotros mismos; siempre estamos expuestos a la arbitrariedad. Y ¡¡¡no negociables a la carta!!!</p> <p>Recientemente alcanzamos el punto más bajo cuando nuestros honorarios se redujeron parcialmente a la mitad después de que el hospital negociara un FORFAIT con la compañía de seguros y, sin informarnos ni hacernos partícipes, redujera también nuestros honorarios en consecuencia. A un precio incompatible con cualquier dignidad (-50%). En tiempos de inflación galopante, esto es indignante.</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).

Las negociaciones en curso reducirán casi con toda seguridad el número de compañías de seguros y sanearán el mercado. Además, las primas aumentarán, porque prometer a una familia un tratamiento de bajo coste con 24,90 euros al mes es una falsa promesa. ¿Cómo se va a financiar algo así?
Los 32 años sin ajuste del IPC harán subir los precios.
El número de pólizas disminuirá, habrá menos asegurados.
Los médicos pasarán más tiempo con sus pacientes y realizarán diagnósticos mejores y más acertados. La terapia será más individualizada. La calidad de los tratamientos volverá a subir por fin. Y los médicos no ganarán más ni menos, sino que dispondrán de más tiempo. Tan importante ante la expectativa de las generaciones venideras, cansadas de trabajar hasta la muerte.
La medicina de clase económica se convertirá en medicina de clase empresarial, que también tiene su precio.

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