

¿En calidad de qué o en representación de quién participa en esta consulta pública?	Profesionales de servicios sanitarios (Asociaciones y profesionales)
Nombre completo (del particular o de la institución representada)	[CONFIDENCIAL]
¿Desea hacer público su nombre junto a su respuesta o mantenerlo confidencial (en cuyo caso se publicará como respuesta anónima)?	Confidencial
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).	Por orden, creo que precio, ausencia de copagos, amplitud de la oferta de centros hospitalarios.

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).	Actualmente hay comparadores en la web, que creo que los usuarios valoran junto con la publicidad de las compañías aseguradoras
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).	Lo desconozco

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).	Creo que los paquetes de seguros de distintos ramos y los ofrecidos por bancos u otras entidades desvían la atención de las especificidades que tiene un seguro de salud, y el abaratamiento de las pólizas no contribuye a mejorar la calidad de los servicios
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).	

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 sinistro) de siniestros o enfermedades por parte de las compañías de seguros (máximo 500 palabras).	Me parece abusivo y con poco criterio basado en evidencias excluir determinadas áreas de salud en base a patologías anteriores a veces escasamente relacionadas
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).	Considero que implementar la cartera de servicios debe tener repercusión en el precio de la prima y en la baremación y abono a los profesionales de las mismas. No puede ser que la práctica vaya tanto por delante de la burocracia

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).	Creo que es inexistente, se trata apenas de un reparto del mercado entre las distintas aseguradoras. En caso de haber competencia, ésta no está basada en una mejor atención sanitaria sino en los precios siempre a la baja

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).

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

Por una parte suele ser a costa de los precios de las primas, pero por otra, es un camino trabado sobre todo por la aplicación de carencias en tiempo o en determinadas pruebas diagnósticas o terapias, al final el cliente suele optar por permanecer en su compañía aseguradora

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).	Creo que no existen, que entre las compañías hay comportamientos pactados
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).	Creo que no existen diferencias significativas, ni en precio, ni en coberturas, ni en cuadros médicos, instalaciones hospitalarias, etc.

14. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).	Casi todos los profesionales que disponemos de claves propias estamos en los cuadros médicos de prácticamente todas las compañías aseguradoras, y en el caso de que las claves sean de los hospitales, los servicios son los mismos
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).	Creo que es inexistente. Considero necesario, para que exista una competencia real y leal, que los tres actores intervinientes en la prestación sanitaria estén en equilibrio, léase, médicos prestadores de los servicios, centros y hospitales donde se prestan estos servicios y compañías aseguradoras. Para que exista un equilibrio justo sería necesario que las compañías otorgasen sus claves a los médicos/equipos médicos, y fueran estos los que prestasen los servicios a los asegurados en los centros/hospitales que mejores servicios ofrecieran. Este modelo inicial ha devenido en una relación con cesión de claves de las compañías aseguradoras a los centros hospitalarios con sus centros asistenciales satélites, dándose la circunstancia de que el médico es el elemento frágil en este entramado, porque necesariamente tiene que prestar sus servicios en determinado centro hospitalario sin contrato (falso autónomo) o un equipo médico gestiona un servicio sin que se sepa muy bien con qué responsabilidad, organiza consultas, sesiones quirúrgicas, guardias, contrata profesionales, y el facturador es el hospital con sus claves, que además impone sus condiciones, similares en todos los hospitales

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).	Absolutamente. Ninguna compañía da claves a nuevos médicos que quieran iniciarse en la actividad, incluso la tendencia actual es retirar claves de facturación a profesionales independientes para mantenérselas a grupos constituidos que prestan servicios "intermediados" o preferiblemente cedérselas directamente a cadenas hospitalarias que facturan sin disponer de profesionales propios con contratos laborales pero sin embargo negocian, facturan y abonan a los profesionales los actos realizados. Y no solamente obstáculos desproporcionados o injustificados de entrada a los cuadros médicos sino que las compañías aseguradoras libremente pueden prescindir y eliminar de sus cuadros, retirándoles las claves de facturación, de forma unilateral sin que tenga que existir ninguna causa para ello, simplemente para reducir cuadros médicos, porque les interesa favorecer la actividad en centros hospitalarios con servicios centralizados para simplificar facturación, evitar la duplicidad de actos, u otros motivos
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).	Los indicadores de calidad en el ámbito de la salud, complejidad de los procesos, estancias, tiempos de espera para entrar en el sistema, mortalidad, mortalidad no esperada, ratio personal sanitario/número de camas..., que no siempre coinciden con la calidad percibida por los pacientes

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).	Sin duda alguna. Sobre todo de profesionales independientes o de grupos de profesionales, que deberían ser los interlocutores con las compañías. La compañía aporta sus asegurados que necesitan asistencia sanitaria, y debe contactar y acordar las condiciones para esta asistencia con profesionales/grupos de profesionales que pueden dar esos servicios o eventualmente con centros de salud/hospitales/grupos hospitalarios que tengan en sus plantillas profesionales que puedan prestar esos servicios. Lo que desvirtúa la relación de equilibrio entre las partes es que la compañía aseguradora contrate directamente con los centros/hospitales/grupos hospitalarios que no disponen de profesionales en sus plantillas, sino que a su vez, acuerdan servirse de profesionales/grupos de profesionales independientes que no pueden pactar precios ni condiciones de trabajo, pero que asumen un papel de intermediación que solo favorece a los hospitales y las compañías aseguradoras. En mi opinión, y en la de muchos profesionales independientes o que trabajamos en sociedades profesionales, solo existiría un equilibrio real en dos modelos: 1- La compañía aseguradora cede claves a los profesionales que a su vez pactan con los hospitales las condiciones contractuales para la prestación del servicio en las instalaciones y con el personal auxiliar de los hospitales. 2- La compañía aseguradora cede claves a los hospitales que dispongan, mediante contrato laboral, de los profesionales prestadores del servicio. La situación a la que hemos llegado, que no era así en los inicios del modelo, es totalmente asimétrica entre los actores de la ecuación habiéndose convertido el médico en la pata más frágil del banco.

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).	El modelo es el mismo en todos los hospitales, los precios los pactan las compañías con los grupos hospitalarios, los médicos se convierten en falsos autónomos que trabajan en condiciones deplorables por los bajos honorarios, desmotivados, y todo ello repercute en falta de sana competencia y disminución de la calidad de la asistencia al paciente, que solo se salva por el pundonor y la profesionalidad de la mayoría de los profesionales médicos que intentan realizar un buen ejercicio de la profesión por el bien de sus pacientes, a pesar de las largas jornadas laborales, del escaso tiempo que pueden dedicar a cada paciente y del bajo rendimiento económico de una actividad tan fatigosa y de tan alta responsabilidad
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).	No hay tal, no existen en la mayoría de los casos negociaciones entre profesionales sanitarios y empresas aseguradoras, prácticamente las condiciones de trabajo vienen impuestas al profesional. Eres un médico que trabaja por tu cuenta o a través de un grupo. Las compañías pactan los precios con el hospital, el hospital abona, en el mejor de los casos un 70% de algunos actos, un 30% o incluso un 15% de otros. El médico o grupo lo toma o lo deja, no puede desarrollar su trabajo profesional de otra manera. El hospital no lo contrata, pero le impone horarios, turnos de consulta, sesiones quirúrgicas, gestiona las agendas, provee el material y el personal pero si éste falta y el médico no puede desempeñar bien su trabajo la pérdida se repercute en los honorarios médicos. Los medios de producción (materiales y personal) son del hospital, en general los honorarios son muy bajos, pactados al margen del médico, pero si los medios de producción fallan o si baja la calidad percibida por el paciente atendido, y eso tiene una repercusión económica, recae sobre el médico. Incluso si formas parte de un grupo médico que dispone de claves de las aseguradoras, el hospital te obliga a facturar con sus propias claves y sus propios precios a cambio de nada, solo de poder trabajar, eso sí, no te contrata, ni al responsable del grupo médico ni a los profesionales que ejercen su actividad, que si alguien los contrata es es propio grupo médico

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).

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