

RESUMEN DE LA ENCUESTA SOBRE LAS CONDICIONES DE COMPETENCIA EN EL MERCADO DEL EJERCICIO PRIVADO DE LA MEDICINA.

Dentro del amplio abanico de datos que aporta la encuesta sobre la relación entre profesionales médicos y compañías aseguradoras, destacamos los siguientes:

GENERO:

EL 75% de los médicos de ejercicio privado son varones, y el 25% mujeres, justo a la inversa de como salen actualmente las nuevas promociones de las facultades de medicina.

Es posible que se necesite más tiempo para el “cambio generacional”, o bien que la mujer, por distintos motivos, no desee trabajar en el ámbito privado (exceso de jornada, conciliación...)

EDAD:

La edad media de los médicos que trabajan en asistencia privada es de 56,4 años. El 76% tienen 51 o más años (36,8% más de 61 y 5,5% más de 71). Solo el 24% tiene 50 o menor edad, lo que supone un difícil relevo generacional).

ANTIGÜEDAD EN EL AMBITO DE LA MEDICINA PRIVADA

La antigüedad media en el ejercicio de la medicina privada es de 23,7 años, lo que denota, al igual que la edad, la falta de incorporación de médicos jóvenes.

EN MATERIA CONTRACTUAL:

Un 37,7 % de facultativos trabaja con alguna aseguradora sin ningún tipo de contrato escrito (aceptación tácita de sus baremos). La falta de contrato escrito suele facilitar la expulsión del cuadro médico a conveniencia de la aseguradora.

A un 23,1% de los médicos le ha sido rescindido el contrato escrito con alguna compañía aseguradora sin motivo atribuible al mismo (media de 1,4 compañías por facultativo). En más de la mitad de los casos la rescisión del contrato se comunica solo con entre 1 y dos meses de antelación.

Hasta a un 74% de los facultativos se les ha tratado de imponer pagos fijos o capítativos (convirtiéndoles en los verdaderos aseguradores del riesgo).

SOBRE CONDUCTAS POTENCIALMENTE ABUSIVAS:

El 22,7% de los facultativos han sido presionados con la exclusión del cuadro médico si no acepta nuevas condiciones establecidas unilateralmente por la compañía (con una media de 2,3 compañías por facultativo).

Las nuevas condiciones, unilateralmente establecidas por las compañías, son los pagos fijos o capítativos (75%) y dejar de atender a mutualistas para hacerlo solo a los asegurados con pólizas privadas (43%) esta última condición es una práctica reciente, que se produce en el 76% de los casos con posterioridad a 2010.

El 45% de los facultativos observa obstáculos por parte de las compañías con las que trabaja para el desarrollo de su actividad en forma de falta de autorización de tratamientos o técnicas indicadas, trabas administrativas o excesivo formalismo en los procedimientos (media de 3 compañías por facultativo)

A un 40% de los facultativos alguna compañía aseguradora le ha impuesto como condición prestar el servicio a través del centro médico / Grupo hospitalario con el que colabora la compañía aseguradora, dejando de contar con un 50% de los que se han negado a aceptarlo.

Las compañías aseguradoras han puesto en práctica una estrategia orientada a conseguir que los pacientes vayan directamente a sus centros propios. La apertura de centros propios de las aseguradoras ha tenido como consecuencia la exclusión del cuadro médico de los facultativos cuyas especialidades compiten con las del nuevo centro médico/hospitalario

EN RELACION CON LOS PAGOS:

El 40% de los facultativos ha sufrido negativas a abonar consultas sucesivas o revisiones. Las aseguradoras suelen limitar el pago de una sola consulta a un periodo de tiempo entre uno y dos meses.

Los baremos de las compañías no han aumentado o lo han hecho de forma insignificante en los últimos 20 años, mientras que el coste de personal y material de los facultativos que colaboran con las compañías aseguradoras ha aumentado entre un 20 y un 40%.

Son frecuentes las bajadas encubiertas de los baremos al incluir las compañías pruebas complementarias en el precio de la consulta que antes se facturaban por separado (audiometrías, retinografías...)

OBJETIVO DE LA ENCUESTA

La detección y cuantificación de las actuaciones que perjudican a los médicos por parte de las aseguradoras conllevará que desde la vocalía de médicos de ejercicio privado y de la Organización Médica Colegial se emprenda la búsqueda de soluciones tanto a nivel jurídico, como institucional.

CONCLUSIONES:

1.- La relación médico-paciente que desde la OMC tratamos de elevar a patrimonio inmaterial de la humanidad, queda desvirtuada por las condiciones en que se ejerce en los nuevos modelos de ejercicio privado por las condiciones marcan al médico aseguradoras y grupos hospitalarios, poniendo en riesgo la calidad de la asistencia.

2.- El ejercicio médico privado ya no es libre bajo las condiciones actuales de mercado. Las compañías aseguradoras han cambiado el modelo clásico de atención médica privada y además de su labor aseguradora de forma progresiva han ido ganando una presencia cada vez más destacada de labor asistencial, en gran medida a costa de debilitar la capacidad para competir de los facultativos dedicados a la medicina privada que en una proporción importante han desarrollado modelos de negocio altamente dependientes de la base de pacientes asegurados.

En este sentido, es destacable, por pernicioso, la derivación por parte de las compañías aseguradoras del riesgo asegurador hacia los profesionales médicos, y ello mediante la imposición de fórmulas de precios capitativos, de procesos a coste cerrado o incluyendo técnicas y procedimientos dentro de la consulta perfectamente individualizados en el nomenclátor.

3.- La irrupción del capital/riesgo en el mercado sanitario ha hecho que la sanidad se empiece a guiar por leyes de mercado cuyo único objetivo es el beneficio económico. La relación médico-paciente queda intermediada por compañías aseguradoras y grupos hospitalarios que son quienes marcan las condiciones: retribución, tiempo de dedicación, horarios, medios....

4.- La medicina privada no es atractiva para los jóvenes ni para las mujeres. En los próximos 10 años desaparecerá el 40% de los facultativos (principalmente de consultas unipersonales) que ejercen medicina privada.

5. El órgano institucional que tiene potestad para velar por la relación médico paciente a través del profesionalismo de sus miembros es la OMC y sus colegios provinciales. Esta encuesta es un ejemplo de su función y preocupación.

6.- Creemos necesaria la elaboración de un “Código de buenas prácticas” que agrupe a profesionales, aseguradoras y grupos hospitalarios para poder mantener el actual sistema de medicina privada, o abogar por un cambio a un nuevo modelo de ejercicio libre de la medicina que garantice, ante todo, la calidad asistencial.