

<p>¿En calidad de qué o en representación de quién participa en esta consulta pública?</p>	<p>Grupos hospitalarios/Centros de salud (Asociaciones y Empresas)</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 general los usuarios buscan lo más barato con un cuadro mayo de médicos y centros. El problema es que hay mucha publicidad engañosa, y por otro lado una letra pequeña que los comerciales de las compañías de seguros no aclaran prácticamente nunca</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).

Las aseguradoras en general tienen todas el mismo cuadro médico y centros médicos. Las ofertas a los asegurados son muy semejantes, y dentro de una guerra de precios a la baja que se asemeja mucho entre ellas. Junto con ellos la oferta económica a los médicos y otros sanitarios también son muy similares, y además todas de acuerdo en no adecuar los precios a la actualidad, con unos desfases en las actualizaciones a los sanitarios de más de 20 años

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).

No hay ninguna que destaque. Generalmente son muy opacas y todas se asemejan, en sus contenidos y en sus ofertas

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).

Esto es una de las aberraciones del sistema. Existen compañías que se unen a otras entidades bancarias y de otro tipo, que en el momento que van a esas entidades a realizar determinadas operaciones, ofrecen esas pólizas de Salud de una forma que cuesta mucho trabajo rechazarla. Eso debería sacarse de este contexto y perseguirlo, ya que induce a algo que introduce una variable negativa en la Libertad de mercado de las otras

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).

El asegurado está siempre indefenso ante la aseguradora. Si para un diagnóstico se necesitan determinadas pruebas y son caras, se le pone infinidad de trabas para su realización, otras directamente no se las hacen y cuando el individuo realiza un gasto elevado (justificado) directamente se le expulsa de distintas maneras. Cuando se llega a una determinada edad, aunque haya estado prácticamente toda su vida pagando y no usando la póliza, o le ponen unas primas inasumibles o se buscan las formas para darle de baja. Del mismo modo aquellos médicos que tienen unos cuadros amplios que se los han ganado por su buen hacer (esto se da en los médicos de familia). Los expulsan de la compañía de Salud sin más

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).

Esto es inconcebible, porque la persona no quiere estar enferma, pero si que cuando enferme, la compañía que le está cobrando para cubrirle esa contingencia, cuando llega si es muy importante, ya se buscará la forma para poder expulsar o el paciente se vaya por aburrimiento. Se da la aberración maxima, para una carta te que lleva años con su póliza y el mio que nace tiene una enfermedad genética, no lo admiten en la póliza, eso como se explica, es una indignidad

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).

Normalmente es un problema importante que no se está solucionando prácticamente de ninguna forma. Creo que ni siquiera con subida de primas. Normalmente se dice que no está cubierto y a la calle

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

El problema viene de muy lejos más de 40 años, cuando había pletera de médicos y se podían escoger fácilmente y muy baratos. Esto resultó rentable, y como "los médicos no se unen ni para pedir dinero" ha sido muy fácil manejarlos a su antojo y olvidarse de ellos en la compensación económica al desarrollo de su profesión. Los profesionales son los productores de un negocio que es rentable para dichas compañías, pero ellos son los trabajadores que están cada vez mas asfixiados. Desde hace unos años ha entrado otro factor asfixiante para los médicos , los grupos hospitalarios, que "obligan" a los profesionales a cederles las claves , pero una vez las tienen nunca más han luchado por una puesta al día de las mismas, realizándoles una gestión de cobro que para ellos se queda. A estos grupos si les han ido subiendo poco a poco todos los años, pero no se ha visto repercutida en los profesionales. Esto es un modelo que ha tocado fondo, y ahora que estamos faltos de profesionales, o se dan soluciones que contenten a todos, o se puede producir un cataclismo de consecuencias insospechadas

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

La competencia en este mercado es muy poco clara y funcionan a golpe de problema y siempre viéndolo y solucionándolo en su favor. Esto hace que el sistema, al tener poca transparencia no existan protocolos de actuación y todo se arregla según la buena voluntad de las partes. No hay árbitros de ningún tipo que se utilicen en la solución de problemas que siempre es normal que se produzcan

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).

En España existen siempre barreras para crear cualquier empresa, y en este ramo de la misma forma, Cuando se dan los pasos que marque la ley y aun así se pongan impedimentos, esto es desproporcionado

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

Como cualquier contrato entre partes se debe de cumplir, pero siempre que ambas respeten escrupulosamente lo pactado. Normalmente el paciente no puede cambiarse de compañía hasta terminar el año, de lo contrario tendrá una buena penalización

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).

No existen mucha diferencias entre ella a la hora de vender la póliza. Pero uno de los problemas comunes a todas ellas es que es que conforme v subiendo la edad , las primas suben de una forma aparatosa en ocasiones . Otras tienen un copago al paciente según lo realizado sobre el, que nunca repercute sobre el profesional

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).

Claro que existen diferencias de todo tipo, y ofertas de todo tipo, pero lo que está claro que eso no está valorado por la compañía en general, o al menos no se aprecia claramente en los pagos por actos similares entre unos y otros

<p>14. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</p>	<p>Es inconcebible que se sigan ofertando pólizas sanitarias, ofertando asistencia médica las 24h a 16€. Eso no es de recibo, se está desprestigiando la sanidad y por supuesto a los profesionales que están en esos cuadros</p>
<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>Existen diferencias de competencia entre todos los integrantes de la sanidad, tanto en centros como entre los mismos profesionales, cosa que no se ve reflejado después en los emolumentos a abonar</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).

Ya respondida antes

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).

La calidad de los profesionales. La calidad de las instalaciones. La oferta de cartera de servicios. La lista de esperas

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).

No existe problemas, porque como he dicho en otras ocasiones todos están en todos. Lo que variará en cuanto a la accesibilidad va a ser el precio, salvaguardando las urgencias

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).

Como he dicho antes. La repercusión siempre va a parar en el paciente y en el médico . Vamos a un deterioro del sistema muy importante, donde las urgencias están saturadas y las listas de espera son muy elevadas para de un servicio CONCERTADO, que no privado

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).

NEGOCIACIONES? Que negociaciones. Llevamos años más de 30 años, en los cuales el IPC ha subido un 145% , y la mejor en este tiempo no ha subido ni un 40% y la mayoría no llega al 20%. Sin embargo a los grupos hospitalarios si le han ido subiendo siempre, sin que estos hayan repercutido en Lis profesionales que les trabajan por Honorarios profesionales y con sus claves personales. Cuando se habla de negociación siempre aducen que tienen muchos gastos y pocos beneficios? Solo hay que mirar las declaraciones oficiales y veremos Lis millones de beneficios que obtiene ambas partes Compañías de Salud y hospitales, a costa del que los produce y en el cual no repercute nada, SOLO A VOLUMEN

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).

Por ahora ningún efecto sobre los consumidores, porque el médico cuando está en el desempeño de su función se olvida de todo y solo importa el paciente. Pero hemos tocado fondo ante tanto desprecio por parte de todas las entidades. No se puede echar todo el peso y la responsabilidad sobre el médico y que esté no se vea compensado nada más que por el reconocimiento del paciente. El médico de la concertada, lo pone todo: sus instalaciones, su formación, sus congresos, sus gastos, su responsabilidad y actualmente trabaja a volumen para hacer frente a ellos,. Volumen es contrario a eficacia, eso es lo que queremos para nuestra sanidad? Hay que sentarse y hablar y llega a puntos de encuentro de todo tipo, contratos transparentes, carteras de servicios, y otros muchos pero hoy por hoy el que más los honorarios profesionales actualizarlos y después irlos subiendo todos los años como hacen con los hospitales y no volvamos a crear bolsas de deuda que nunca se recuperan

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