

<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>ANTONINO PARRILLA MARQUEZ</p>
<p>¿Desea hacer público su nombre junto a su respuesta o mantenerlo confidencial (en cuyo caso se publicará como respuesta anónima)?</p>	<p>Público</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>PRECIO</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).

PRECIO

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).

COSTE

<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 SE</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>ALGUNAS ,PARA ABARATAR EL PRECIO NO CUBREN LAS PRUEBAS NECESARIA PARA UN DETERMIDADO DIAGNOSTICO, SEGUN LOS PROTOCOLOS CONSENSUADOS DE LAS DISTINTAS SOCIEDADES CIENTIFICAS DE RECONOCIDO PRESTIGIO-</p>

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).

NO APLICAN, EN OCASIONES, LOS PROTOCOLOS DE DIAGNOSTICO Y/O TRATAMIENTOS ACTUALIZADOS.

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).

HABRIA QUE RESCINDIR LA POLIZA DE FORMA INSTANTANEA, Y SIN PENALIZACION ;SI RECHAZAN UNA PRUEBA DIAGNOSTICA O UN TRATAMIENTO, VALIDADO CON SUFICIENTE EVIDENCIA CIENTIFICA.

<p>8. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</p>	<p>NO</p>
<p>9. Valore el grado de competencia existente entre las compañías de seguros de asistencia sanitaria en España y justifique su respuesta (máximo 500 palabras).</p>	<p>NINGUNA PAGA LOS HONORARIOS DE LOS ACTOS MEDICOS AL UNICO QUE PUEDE REALIZARLOS; QUE ES UN MEDICO (TITULADO, COLEGIADO , CON POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL Y DEBIDAMENTE AUTORIZADO PARA EL EJERCICIO POR LAS AUTORIDADES SANITARIAS LOCALES).</p> <p>¡PAGAN AL EMPRESARIO! AL QUE TIENEN DADAS LAS CLAVES : PARA QUE ESTOS,PUEDAN EXPLOTAR AL MEDICO ,MEDIANTE EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y ASI ABARATAR,LOS PRECIOS,EVITAR LA LIBRE COMPETENCIA ENTRE PROFESIONALES LIBRES Y VENDER A CLIENTE UNOS CUADROS MEDICOS SIN ACTUALIZAR.</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).

MIENTRAS LAS CLAVES PARA FACTURACION DE HONORARIOS DE LOS ACTOS MEDICOS LAS TENGAN LAS EMPRESAS. ¡LA COMPAÑIA ASEGURADORA NO SE PREOCUPA DE CONCERTAR LOS SERVICIOS CON LOS MEJORES Y MAS EFICIENTES PROFESIONALES MEDICOS.

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

¿?

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).

PUES QUE PAGAN LOS HONORARIOS DE LOS ACTOS MEDICOS A LAS EMPRESAS PARA DE ESTA FORMA CONCERTAR CON ELLAS SERVICIOS "FORFAIT" QUE GENERAN LISTAS DE ESPERAS ,MASIFICACION, Y ASISTENCIA PRECIPITADA.

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 ES EVIDENTE" NO HAY LIBRE ELECCION DE PROFESIONALES,NI DE INSTALACIONES POR EL USUARIO.

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).

SOY PROFESIONAL LIBERAL ,NO EMPRESARIO.

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).

EVIDENTE. LAS COMPAÑIAS IMPIDEN EL ACCESO DE LOS PROEFESIONALES LIBRES CON EXTRAORDINARIA CUALIFICACION PROFESIONAL, POR TENER ACUERDO , PARA TODAS LAS ESPECIALIDADES, CON EMPRESARIOS DE LOS CENTROS SANITARIOS PARA QUE SEAN ELLOS(LOS EMPRESARIOS) ¡QUE NO SON MEDICOS! QUIENES COBRAN LOS HONORARIOS DE LOS ACTOS MEDICOS.

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).

LIBRE ELECCION DEL MEDICO REALIZADA POR EL PACIENTE ASEGURADO. Y NO LIMITAR LA OFERTA DE SERVICIOS ,POR LAS PREFERENCIAS DE LOS EMPRESARIOS DE LOS CENTROS SANITARIOS.

<p>18. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</p>	<p>EL ACTO MEDICO DEBE SER ABONADO AL MEDICO (TITULADO,COLEGIADO,CON RESPONSABILIDAD CIVIL Y AUTORIZADO POR LAS CONSEJERIAS CORRESPONDIENTES) HAY QUE VALORAR IDONEIDAD DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS.</p>
<p>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).</p>	<p>EL FORFAIT CON ALGUNOS SERVICIOS (SUBCONTRATADOS) EVITA EL ACCESO DE NUEVOS PROFESIONALES "INDEPENDIENTES" , LA LIBRE ELECCION Y LIMITA LA CALIDAD ASISTENCIAL Y LA LIBRE COMPETENCIA.</p>

<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>GESTION DE AGENDAS SATURADAS Y MASIFICADAS, LISTAS DE ESPERA LARGAS DISMINUYEN LA EFICIENCIA , SE DESCONOCE LA CUALIFICACION DEL PROFESIONAL Y EVITA LA ELECCION DEL PROFESIONAL</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>CON LAS ASEGURADORAS ,NO EXISTE NEGOCIACION, MAS QUE CON LOS MEDICOS QUE TIENEN CLAVE PERSONAL(ANTIGUA) EL MEDICO JOVEN NO TIENE ACCESO A DICHAS CLAVES PARA PODER FACTURAR. EL CENTRO SANITARIO DEBERIA OFRECER UNOS SERVICIOS DE ALQUILER DE SUS SERVICIOS (CONSULTA,CITAPREVIA.PERSONAL) ,POR SI AL MEDICO LE INTERESA EJERCER ALLI SU ACTIVIDAD PROFESIONAL . ¡EN NINGUN CASO COBRAR LOS HONORARIOS DE LOS ACTOS MEDICOS! EL GRUPO HOSPITALARIO, QUE GESTIONE CON LA COMPAÑIA ASEGURADORA ,EL PRECIO DEL USO DE LOS QUIROFANOS O ALQUILER DE INSTALACIONES ., ¡PERO NADA MAS!</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).

LA DIFERENCIA DE PRECIOS DEL QUIROFANO PARA UN PACIENTE PRIVADO CON UNO DE COMPAÑIA ES TAN ENORME, QUE ES IMPOSIBLE UNA CIRUGIA DE PRIVADOS , AUNQUE EL CIRUJANO Y AYUDANTE ABARATEN AL MAXIMO SUS HONORARIOS. SE LIMITA LA CIRUGIA DEL PACIENTE PRIVADO, PERJUDICANDO AL MEDICO PARA FAVORECER LA CONTRATACION DE POLIZAS,

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