

<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>Asociación Oftalmólogos españoles</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>Los factores principales son la publicidad y el factor presión que sirve de enganche para captar a los asegurados cuando están sanos son jóvenes . Aprovechan el prestigio de los médicos prestadores para constituir cuadros médicos que venden apropiándose de una gran parte del mercado e imponiéndose como intermediarios en la prestación.</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).

No existe ninguna información precontractual solamente promesas de una sanidad privada maravillosa aún precio incomprensible para otros países punto siempre oculta el importe de los baremos y de las coberturas que son impuestos en forma de honorarios a los médicos Del cuadro. Finalmente el que soportar todo el esfuerzo y todo el peso de la prestación y por tanto recibe una parte del riesgo y de la segura miento es el profesional que atiende a los pacientes.

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).

Una vez que ha firmado el contrato prácticamente no existe información solo la promesa de un sistema Qué funciona perfectamente pero donde las compañías aseguradoras solamente ofrecen la intermediación y posteriormente imponen a su cuadro médico unas condiciones leoninas que les permiten obtener grandes beneficios con el absoluto desconocimiento de la realidad por parte de sus asegurados.

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).

Actualmente son muchos los agentes si los actores que venden seguro cruzados como factor de enganche utilizando el seguro de salud solo vincula en el seguro de vida igual seguro de la hipoteca en definitiva se trata de conseguir de un cliente una cartera mensual de servicios Qué puede pagar en una oferta absolutamente increíble depresión pero que luego no informa de la obligatoriedad de ir a médicos recomendados del cuadro o en el caso de la póliza de autos a los talleres recomendado y siempre con muchísimas trabas administrativas para autorizar cualquier tipo de prestación.

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).

La ley del seguro se refiere a este tipo de productos apenas en un par de párrafos no existe un desarrollo posterior de la norma que garantice la transparencia y la directiva de servicios en cuanto a coberturas mínimas y la no imposición galmés cado de condiciones. Creemos que una reforma de la ley donde se deje claro que materia de Sanidad la única autoridad la tiene el médico y su único interlocutores el paciente sin tener que atender a las exigencias de ahorro de costes de una aseguradora porque se produciría el efecto pernicioso de vender un producto en teoría para mejorar la salud cuando en realidad lo que se hace luego es recortar las prestaciones en materia de salud y todo sin que el cliente paciente lo sepa.

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).

Todos estos seguros tienen un control férreo sobre la autorización de pruebas ya sean diagnósticas o tratamientos médicos sin quirúrgicos. Continuamente exigen al médico informes para autorizar cualquier tipo de prestación y todo ello ocultándola realidad a los pacientes que creen que es el médico el que debe indicar una prueba y no saben que la compañía siempre está poniendo problemas para recortar sus gastos y así obtener mayores beneficios.

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).

Los actuales listados de actos médicos que deben ser renovados por parte de la sociedad de científicas y la organización médica colegial se encuentran totalmente desfasados según una relación aprobada en los años noventa. Resulta casi imposible actualizar técnicas y actos médicos innovadores porque las compañías siempre en los interpretan como un riesgo en la subida de sus costes y de sus coberturas poniendo todo tipo de pegas para la incorporación de innovación esto significa una pérdida de oportunidad para los pacientes que creen de buena fe que su compañía Paga todo lo que signifique calidad y excelencia cuando en realidad lo que hacen es recortar una y otra vez en las prestaciones.

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

Entendemos que el sector asegurador ahora mismo impone condiciones en España a todos los profesionales de la salud ya sean médicos fisioterapeutas podólogos psicólogos etc. Las compañías aseguradoras están unidas en una gran patronal les es imposible hacerles frente sin equilibrar una patronal médica que pueda agrupar los intereses de los médicos autónomos que finalmente no trabajan de forma libre para el mercado sino que trabajan para 5 o 6 compañías que controlan en algunas provincias más del 90 % su clientela potencial

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

Las compañías no compiten entre ellas no intentan captar talento ni buscan al mejor cuadro médico simplemente imponen unas condiciones deberemos a todos los médicos autónomos de cada provincia en la seguridad de que no habrá otra compañía competidora que ofertando mejores baremos exija una exclusividad o una mejor atención o una mayor atención a sus asegurados. Las compañías de reparto en un mercado de trece millones de asegurados y cada una de ellas se encuentra muy cómoda. Saben que existe una rotación en el cambio de pólizas de los pacientes jóvenes pero están muy tranquilas por que al llegar a una edad el asegurado quedas secuestrado por toda una serie de condiciones preexistentes. Finalmente queda atrapado en una póliza de la que ya no puede escapar porque ninguna otra compañía acepta un cambio sin haber declarado las enfermedades de las patologías previas que automáticamente quedarían excluidos en la nueva póliza. Esto les garantiza retener a su clientela sin miedo a que un competidor se la arrebate.

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).

Es actualmente imposible entrar en el mercado asegurador de salud en España para ningún operador que no acepte las reglas del juego. Cualquier nueva compañía que pretenda entrar en el mercado español lo tiene muy difícil para competir en un mercado donde a los jóvenes se les ofrece un precio prácticamente por debajo de coste imposible de asumir para una compañía nueva por qué le exigiría gran despedidas al inicio de la actividad I es prácticamente imposible asumir pacientes de mayor edad y con más patologías a los actuales precios del mercado.

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

Solo es posible cambiar de compañía para colectivos pólizas de empresas y siempre amparados en una negociación colectiva para un cliente particular es materialmente imposible cambiar de póliza por encima de una edad donde el riesgo ya empieza a perjudicarlo en su libertad de contratación. Todos los cambios son prácticamente inútiles porque todas las compañías tienen el mismo cuadro médico y el mismo acuerdo con los grandes hospitales privados y las diferencias de una póliza otra al ser al precio muy barato para captar clientes prácticamente lo unico que genera es desorden y una oferta que tiende a la baja para luego una vez captado el clientes subirle de forma lineal y sin que este se dé cuenta de que va a quedar atrapado cuando llegue a edades se La jubilación

<p>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).</p>	<p>No existen diferencias entre las tarifas y los precios de las aseguradoras todas cobran lo mismo y todas finalmente captara sus clientes con agresivas ofertas por debajo de costes imposibles en otros países y que en España se venden sin ningún tipo de control ni de seguridad.</p>
<p>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).</p>	<p>Los pacientes no perciben ninguna diferencia en el modelo de atención y los cuadros médicos y de hospitales de una compañía a otra ninguna compañía realmente compite en el mercado para ofrecer los mejores médicos de los mejores hospitales incluso puede existir una connivencia de todas ellas con los hospitales privados para repartirse la cuota de mercado y expulsar a los médicos autónomos Desus pequeñas consultas o pequeñas instalaciones para que finalmente todo el negocio que de reducido a una relación entre la Gran Compañía y el gran hospital</p>

<p>14. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</p>	<p>Solo una regulación que prohíba la intervención de la compañía en el mercado impidiéndole establecer relaciones directas con los grandes grupos hospitalarios y respetando la voluntad y el derecho a la libre elección de sus pacientes asegurados podría volver a reequilibrar. Se trataría de volver a que el paciente cliente abone la factura a su prestador médico y luego exija la devolución o reembolso de gastos a la compañía i esto permitiría que la compañía no controle de forma vertical a los proveedores de servicios</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>La oferta sanitaria privada se basa en un cuadro médico de médicos autónomos y de policlínicas sí centros hospitalarios y todos ellos prácticamente trabajan para todas las compañías hoy el 90 % de la clientela del sector sanitario privado de especialidades está basada en el acuerdo con compañías aseguradoras Son ellas las que pactan los precios y no le consultan a sus asegurados los asegurados van siempre confiados de que sus prestaciones no están limitadas por un baremo tanga abusivo como el que imponen las compañías.</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).

Actualmente sin posible para un pequeño prestador español o que venga del territorio de la comunidad europea para instalarse en cualquier ciudad española si no tiene un acuerdo previo con las compañías aseguradoras dominantes en esa provincia. Desde hace más de diez años los cuadros médicos están cerrados a calicanto para cualquier nueva incorporación de médicos en consultas privadas o de pequeños centros médicos que entren en el mercado a competir. La única posibilidad de incorporarse al mercado esa aceptar la entrada a través de un cuadro médicos de un grupo hospitalario o de un centro médico policlínica propiedad de la misma compañía que finalmente te contrata como profesional existe una restricción tremenda para entrar a competir y incumple el derecho de cualquier profesional libre europeo a ejercer su profesión en el territorio español a en el sector de la sanidad privada

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 factores más importantes para valorar la calidad sería ponerla en relación al precio que percibe el profesional médico por la atención a su pacientes actualmente es presio lo imponen las compañías tratando por igual a todos sus asegurados independientemente de la dificultad complejidad o tiempo que le dedique el médico ese paciente. La única valoración de la calidad finalmente se produce por el la relación médico paciente por su trato y por su tiempo y dedicación pero en ningún caso puede conocer el pacientes si su profesional médico ashido correctamente retribuido por la compañía puesto que nunca conoce el importe de la prestación.

<p>18. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</p>	<p>Actualmente el modelo sanitario privado español está totalmente dominado por las compañías aseguradoras y los grupos hospitalarios que aparentemente actúan en connivencia para utilizar una mano de obra barata de médicos autónomas a los que obligan a trabajar según sus condiciones algo inaudito e impensable en el resto de los países europeos. El médico español no es libre para ejercer su profesión en competencia con otros médicos. Realmente su clientela potencial ha sido secuestrada por las compañías aseguradoras que no se dedica a proveer riesgos o a la provisión de riesgos se dedican a influir en intervenir en el mercado aprovechándose de su relación en altas esferas con los directivos de los grupos hospitalarios.</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>Las relaciones existentes entre los grandes actores que dominan la sanidad privada hacen prácticamente imposible la entrada de nuevos operadores en el sistema. Los pacientes no pueden elegir libremente los centros de médicos a los que acudir. Al restringir la oferta de centros recomendados y no permitir el acceso con las tarjetas de pago a esos nuevos centros prácticamente el mercado está dominado por las compañías y esto favorece a los grandes grupos hospitalarios que no paran de abrir nuevos centros nuevas policlínicas y nuevos hospitales por toda la Geografía Nacional.</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).

Esta obligación de acudir a los centros designados por la compañía finalmente implica una pérdida de oportunidad y una pérdida de calidad en el paciente para acceder al mejor servicio y al mejor médico. Si el paciente no puede elegir a su médico y luego pedir el reembolso de gastos se encuentra secuestrado por una compañía aseguradora que lejos de buscar al mejor médico lo que intenta es que sea atendido por la oferta más barata y esto lo consigue imponiendo sus baremos a la baja al médico no le queda más remedio que aceptar o abandonar el mercado y volver a la sanidad pública.

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).

La negociación es totalmente desequilibrada puesto que se produce en el marco de contratos individuales donde el médico individual o la pequeña empresa médica que se encuentra en la imposibilidad de negociar con un gigante como es el sector asegurador y menos en la situación donde en su provincia tenga uno o varios centros hospitalarios. De grandes grupos que hacen imposible una competencia real entre los pequeños y los grandes centros por que todo queda al final supeditado a la decisión de las compañías aseguradoras. Al ser un mercado secuestrado el cliente paciente no puede elegir y tiene la obligación de poner su patología en las manos del centro que decida su compañía.

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).

Los pacientes son dirigidos a un 4 médico que está controlado y dominado por la compañía aseguradora garantizándose el coste final de cada prestación 5 el paciente sepa que es la misma estación ando controlada y recortada en su financiación por una compañía que en lapublicidad le ha vendido todo lo contrario la mejor calidad la mejor prestación al mejor precio. Sinembargo leo culta que es la prestación más barata que ha encontrado con profesionales que aceptan por qué no tienen más remedio.

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

Un mercado donde los clientes no deciden por sí mismos y quedan condicionados al lo que su compañía aseguradora de cide por ellos en una materia tan sensible como es la salud significa una enorme pérdida de seguridad y de oportunidad en la atención de sus patologías. Solo una regulación que prohíba las compañías aseguradoras y los grupos hospitalarios intervenir en la libre decisión de los pacientes y en el pago directo a sus médicos podría garantizar el restablecimiento de un verdadero mercadolibre en la prestación sanitaria privada.