

<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>REUMA-ALE SLP ad: Dr. Cayetano Alegre de Miquel</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>1.- el coste: es un gasto suplementario durante años 2.- el diferencial con la atención referida de la seguridad social: elección de medico, poder ir al especialista sin el paso previo del medico de familia, la realización de pruebas prácticamente a demanda, la asistencia sin depender de área o zona de empadronamiento 3.- el resto de conceptos: copagos, instalaciones, centros etc., son importantes para escoger un seguro u otro pero no para decision de contratar un un seguro</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).

- La valoración de enfermedades previas a la contratación
- la dificultad de cambio de seguro
- la contratación familiar o personal
- el aumento de costes anuales por IPC + aumento de la edad+ disminución del grupo familiar asegurado
- El desconocimiento del contratante de las cosas que quedan excluidas, farmacia, técnicas novedosas, prótesis,

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).

- Que ocurre si la empresa aseguradora cierra sus servicios, ¿Hay indemnización?
- ¿es el seguro de mi asistencia sanitaria esté donde esté? yo pago igual el seguro de mi hija que ahora se ha ido a trabajar a Amsterdam, la enfermedad será igual aquí que allí y aun pagando la póliza no le cubrirán la atención sanitaria de rutina o de enfermedad crónica allí, si la paga y solo los 3 primeros meses
- Si aseguran la salud debe ser global aunque cambien las circunstancias del asegurado

<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 tengo conocimiento suficiente para poder comentar Unicamente es que la impresion es convertir la salud en un negocio, eun comercio y no es lo mismo que un coche o un reventon de una tuberia de casa, seria partidario de separar una cosa y otra</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>Las restricciones existentes que yo conozco me aprecen correctas aunque algunas ilogicas: que autoricen y faliten la paramedecina o la medicina alternativa y no autoricen un analisis o un estudio o tratameinto basado en levidencia, no cabe más que en el cocepto comercial.</p>

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).

No debería existir tal rehúse a menos que se demostrase que el daño era previo a la contratación, no hubiese sido advertido y admitido por la compañía.
Tampoco se puede excluir a un asegurado por haber padecido un proceso con un coste alto estando ya asegurado... aquello de aprtir de 1º de año declinamos seguir asegurándolo, debería estar multado.

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).

Es un riesgo conocido que debe asumir la compañía.
Ya saben que la medicina evolucionará y el índice de vida subirá, el cobro de la póliza durante los años ha de compensar unos con otros, no puede quedarse la compañía con enfermos mayores que hagan tratamientos primitivos porque no les cubre. Las pólizas de los más jóvenes han de ser más caras para cubrir a los mayores.

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

Los que se aseguran deberían conocer lo que cobra cada medico por acto médico
Deberían tener la posibilidad de asegurar unos mínimos y poder ir a cualquier médicos y pagar por diferencia de honorarios.
Las aseguradoras podrían establecer niveles de atención: Por profesional, por demora en la cita, por coste de la visita, por índice científico, por localización

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

NS

<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).</p>	<p>NS</p>
<p>11. Valore el coste, limitaciones y dificultad de cambiar de un seguro de asistencia sanitaria a otro seguro de otra compañía (máximo 500 palabras).</p>	<p>Las limitaciones son de edad, pero hay excepciones si entra un año dentro de un grupo, no se especifica los beneficios y perdias que tiene un asegurado con el cambio</p>

<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>NS</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>NS</p>

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

NS

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).

NS

<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).</p>	<p>NS</p>
<p>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).</p>	<p>uno de los factores que indica mejor la calidad de la asistencia es la tención de urgencias, principalmente de las urgencias complicadas otro valor es el número de pruebas complementarias con resultado de normalidad, injustificables o inútiles</p>

<p>18. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</p>	<p>Es frecuente que la calidad se evalúe según las quejas o reclamaciones de los pacientes pero estos no tienen los elementos de salud para valorar el suceso o la situación y las quejas son más de defectos de empatía, de comodidad o servicios que de calidad médica o asistencial</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>Como sociedad de médicos trabajando con 20 compañías, no he tenido nunca relación con las direcciones de las compañías aseguradoras exceptuando ASC que frecuentemente se preocupan del servicio. Las otras 19 deben tener (supongo) relación con la dirección del grupo hospitalario. En un inicio, cuando aún no estaba en el centro hospitalario sí me relacioné, y muy positivamente, con ellas. Llevamos 40 años trabajando con algunas de las compañías y no estaría de más algún reconocimiento por años o por jubilación, ellos viven gracias a nosotros.</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>La calidad de uno no es la calidad del grupo Agradecería conocer la opinión y valoración de mi unidad y la del grupo, yo puedo funcionar muy bien o aceptable pero el conjunto es mal o para un entidad creen que no les doy el servicio que precisan</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>El paciente no tiene ni idea de que su visita solo nos aporta 14€ y que el 30% de esto se lo queda el centro y el 15% haciendoa es decir que se visita por 5 o 6 €; el paciente cree que tiene derecho a llamar por telefono a a enviar unresultado por mail y eso cree que no debemos facturarlo. Un paciente de MAPFRE vino a consultarme (por mis publicaciones sobre su enfermedad) desde Málaga a Barcelona (tren-hotel, etc) con un saco de pruebas, más de una hora de visita, un Ticket, le indique que el seguimiento por teléfono o mail, MAPFRE dijo que solo aceptaba presenciales. Enfermos de Libia, Argelia o Marruecos asegurados en Adeslas que prefieren pagar el vuelo que el médico de allí, a mi solo me dan un Ticket y tienen medicina de primera calidad en su idioma (frances)</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).

No conozco que existan negociaciones entre profesionales y las aseguradoras a nivel de consultas externas que es mi trabajo. Las diferencias entre profesionales dependido de el area de asistencia o de la negociación me parecen muy perversas si no hay un baremos que lo justifique

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

NC