

<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>[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>EL CONSUMIDOR PRIMA SOBRE TODO EL PRECIO DEL SEGURO, CUANTO MAS BAJO SU IMPORTE, MEJOR. Y AL MISMO NIVEL, QUE PUEDA ELEGIR AL MEDICO QUE DESEA, ESPECIALMENTE POR SU EXPERIENCIA PREVIA Y FORMACION MEDICA.</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 LA HAY. HAY MUCHA LETRA PEQUEÑA PERO RESULTA MUY DIFÍCIL COMPARAR, YO MISMO TENGO UN SEGURO DE SALUD PRIVADO Y HE SIDO INCAPAZ DE VALORAR MUCHAS COSAS, INCLUSO SIENDO UN PROFESIONAL. HAY MUCHAS CLAUSULAS Y LETRA PEQUEÑA, QUE EL PACIENTE/USUARIO DESCONOCE, Y QUE HACE QUE LA PRIMA SEA MUCHO MAS BARATA PERO LUEGO NO PUEDA ELEGIR EL SERVICIO O PROFESIONAL DESEADO.

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).

LO MISMO QUE EN LA ANTERIOR. SI DESEAN, LES ENVIO EL LIBRITO CON EL CONDICIONADO GENERAL DEL SEGURO. NECESITARIA UNAS VACACIONES A SOLAS PARA PODER LEERLO Y ANALIZARLO CON DETENIMIENTO, ADEMÁS DE UN MASTER EN VOCABULARIO ASEGURADOR-LEGAL.

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).

MUCHISIMO. EXISTEN ASEGURADORAS QUE JUEGAN CON ESTO MUCHISIMO, QUE SE ASOCIAN A BANCOS PARA CONSEGUIR UNA CUOTA MAYOR DE CLIENTES. POR EJEMPLO, UNO DE LOS MAS RECIENTES CASOS, SANITAS CON EL BANCO SABADELL. CAIXABANK CON ADESLAS SEGURCAIXA. Y MUCHOS MAS CASOS.

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).

DEBERIA SER MAS CLARO, MAS CONCISO, MAS TRANSPARENTE, CON MENOS RESTRICCIONES ARBITRARIAS.

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).

NOSOTROS LOS MEDICOS NOS ENCONTRAMOS A DIARIO QUE SOLICITAMOS UNA AUTORIZACION PARA UNA PRUEBA O INTERVENCION, Y NOS CAMBIAN EL CODIGO DE ACTO MEDICO, PASANDO DE UN BAREMOS DE 200 EUROS A UNO DE 30 O 40 EUROS. SIN MAS. LO TOMAS O LO DEJAS. LOS MEDICOS JOVENES ACEPTAN CUALQUIER CONDICION POR QUE SE SIENTEN ATEMORIZADOS POR LA AMENAZA DE EXPULSION DEL CUADRO MEDIO, Y LOS MAS MAYORES COMO YO, A VECES HACEMOS LO MISMO, Y OTRAS VECES INFORMAMOS SIMPLEMENTE AL PACIENTE QUE RECURRA LA DECISION, PORQUE SI NO, NO LE REALIZAMOS LA PRUEBA O CIRUGIA U OTRO TRATAMIENTO, CON LA DEMORA U OMISION DE LA TECNICA SOLICITADA Y EL PERJUICIO AL PACIENTE Y SU SALUD

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).

ME PARECE ESCASA. POR EJEMPLO, EN MI CASO COMO DERMATOLOGO, LA DERMATOSCOPIA DIGITAL. SIGUE HABIENDO ASEGURADORAS QUE NO LO CUBREN PESE A ESTAR DEMOSTRADISIMO MEDICAMENTE QUE MEJORA EL PRONOSTICO Y LA DETECCION PRECOZ DE MELANOMA Y OTROS CANCERES CUTANEOS. Y TAMBIEN OCURRE QUE UN DIA LA ASEGURADORA DECIDE CUBRIRLA, PERO LA PAGA A PRECIOS IRRISORIOS AL MEDICO, IMPOSIBLES DE RENTABILIZAR POR EL FACULTATIVO (NO CUBRE NI COSTES EN REFERENCIA A TIEMPO DEDICADO AL PACIENTE Y COSTE DE LA MAQUINARIA O FUNGIBLES EMPLEADOS)

<p>8. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</p>	<p>SI LAS ASEGURADORAS, EN SU GUERRA DE PRECIOS ENTRE ELLAS PARA CAPTAR CLIENTES, NO QUIEREN REPERCUTIR MAS COSTES A LOS PACIENTES, LES DEBERIAN DAR LA OPCION DE COPAGO EN TODAS SUS FORMAS, DE FORMA RACIONAL. DE LA MISMA FORMA, CON ESE MISMO OBJETIVO DE GANAR MUCHOS CLIENTES Y DINERO, DEBEN CREAR SISTEMAS DONDE SE LIMITE AL PACIENTE DE FORMA TRANSPARENTE EL NÚMERO DE VISITAS O PROCEDIMIENTOS QUE PUEDEN LLEVAR A CABO CUBIERTOS POR ESA POLIZA EN CONCRETO. POR PONER UN EJEMPLO, HAY PACIENTES QUE VIENEN CADA MES A CONSULTA Y SE QUIEREN QUITAR VERRUGUITAS SIN IMPORTANCIA, Y LA ASEGURADORA, EN VEZ DE LIMITAR AL PACIENTE, AVISANDOLO, DE QUE NO LE CUBREN MAS ACTOS DE ESTE TIPO DURANTE ESE AÑO, SIMPLEMENTE DEJA DE PAGAR AL MEDICO LOS ACTOS SUBSIGUIENTES, O SE LOS PAGA A UN PRECIO INFERIOR. DE ESTA FORMA, REBOTAN EL PROBLEMA AL MEDICO SIN QUE A ELLOS LES AFECTE EN SU RELACION CON EL PACIENTE, Y ADEMAS, PAGANDO DE FORMA INSUFICIENTISIMA LA ATENCION SUMINISTRADA POR EL FACULTATIVO</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>HASTA AHORA HABIA BASTANTE. EN ESTOS ULTIMOS AÑOS, LA COSA VA A QUEDAR REDUCIDA A 3 OPERADORAS: ADESLAS, SANITAS, ASISA, Y QUIZAS AXA. TIEMPO AL TIEMPO. COMO MUESTRA, GENERALI HA SIDO SUBREPTICIAMENTE ABSORBIDA POR SANITAS EN LOS ULTIMOS MESES, AGRUPACIO MUTUA VA A SER ABSORBIDA POR AXA, Y ASI SUCESIVAMENTE VA A IR PASANDO CON EL RESTO DE PEQUEÑAS O MEDIANAS.</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).

LO DESCONOZCO. PERO ME IMAGINO QUE CON LOS PRECIOS DE LAS POLIZAS, NO CREO QUE NINGUNA EMPRESA EXTRANJERA O GRUPO DE INVERSORES ESPAÑOL, SE ATREVAN A CREAR UNA NUEVA ASEGURADORA DE SALUD. LOS PRECIOS DE LAS POLIZAS NO SE CORRESPONDEN CON UN SISTEMA QUE SE MANTENGA A MEDIO PLAZO.

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

VEO UN PROBLEMA EN LA DEFINICION DE DOS PARAMETROS: LAS CARENCIAS POR ENFERMEDAD PREVIA, Y LOS TIEMPOS DE CARENCIA EN CIERTOS PROCEDIMIENTOS CON EL CAMBIO DE ASEGURADORA. ESPECIALMENTE EN POBLACION CON PATOLOGIAS DE BASE, Y SOBRE TODO EN PERSONAS DE EDAD, ESTO ES UN PROBLEMA GRAVISIMO.

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).

SI, EXISTEN.
CIERTAS ASEGURADORAS ROMPEN EL MERCADO (COMO VENDER ACEITE DE OLIVA POR DEBAJO DEL PRECIO DE COSTE, ALGO QUE ESTA PROHIBIDO EN OTRAS ESFERAS DEL MERCADO), CON OFERTAS IRRENUNCIABLES POR LOS USUARIOS, QUE PIENSAN QUE PUEDEN OBTENER SERVICIOS EXCEPCIONALES A PRECIOS IRRISORIOS.
COMO EJEMPLO, LAS OFERTAS DE 3 PRIMEROS MESES GRATIS (MUCHAS ASEGURADORAS), O LAS OFERTAS DE VISITAS ILIMITADAS PARA TODA LA FAMILIA POR 25 EUROS AL MES (LEASE DKV), LAS OFERTAS REGALANDO IPHONES O TABLETS A LOS PACIENTES (LEASE SANITAS), ETC. ESE DINERO QUE RESTAN AL SISTEMA CON LAS OFERTAS LO COMPENSAN LIMITANDO SERVICIOS A LOS PACIENTES, Y REDUCIENDO UNOS BAREMOS INJUSTIFICADAMENTE BAJOS A LOS FACULTATIVOS.

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).

LOS HAY, ESPECIALMENTE EN COBERTURAS. LAS ASEGURADORAS CON PRECIO MENOR PARA EL CLIENTE, LIMITAN O EXCLUYEN CIERTOS PROCEDIMIENTOS. LUEGO EL PACIENTE SE ENCUENTRA CON QUE LA PROTESIS LA TIENE QUE PAGAR DE SU BOLSILLO (MILES DE EUROS), Y UN LARGO ETCETERA.

<p>14. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</p>	<p>LOS GRANDES GRUPOS HOSPITALARIOS DEBEN ACLARAR Y HACER TRANSPARENTES SUS CONVENIOS CON LAS ASEGURADORAS, Y ESTOS CONVENIOS, DEBEN SER ESTUDIADOS POR LAS COMISIONES CORRESPONDIENTES DEL ESTADO, PUESTO QUE ES MUY PROBABLE QUE INCUMPLAN NORMATIVAS SOBRE TRANSPARENCIA, LIBERTAD DE NEGOCIACION, LIBERTAD DE ELECCION, JUSTICIA EN LOS PRECIOS, ETC.</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>CREO QUE HAY Poca. TODOS LOS GRUPOS HOSPITALARIOS ACEPTAN EN LA PRACTICA TODAS LAS ASEGURADORAS, PORQUE TRABAJAN MAS POR VOLUMEN QUE POR CALIDAD DE SERVICIO. Y LOS MEDICOS TENEMOS QUE ACEPTAR VISITAS POR 5 EUROS NETOS POR PACIENTE (LEASE ASISA, POR EJEMPLO, O MUFACE-ISFAS-MUGEJU)</p>

<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>DESDE LUEGO. HAY CONCENTRACION DE EMPRESAS DE ASEGURAMIENTO DE SALUD. LOS PRECIOS DE LAS POLIZAS SON BAJOS. LOS CENTROS - CADENAS DE CENTROS SANITARIOS COPAN EL MERCADO. LOS PRECIOS ESTAN REVENTADOS. LOS CONVENIOS ENTRE EMPRESAS HOSPITALARIAS Y ASEGURADORAS NO SON TRANSPARENTES Y SEGURAMENTE LIMITAN LA COMPETENCIA, MIRENSELOS CON CALMA.</p> <p>COMO MUESTRA, ENUMEREN CUANTAS NUEVAS EMPRESAS ASEGURADORAS DE SALUD HAN APARECIDO EN EL MERCADO EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS: CREO RECORDAR QUE CERO PATATERO.</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>COBERTURAS SUFICIENTES. REMUNERACIONES JUSTAS. COPAGO PARA DETERMINADAS PRESTACIONES, RAZONABLE, Y EN BASE A LO QUE EL PACIENTE PAGA DE POLIZA, LOGICAMENTE. TIEMPOS DE ESPERA PARA VISITAS Y PROCEDIMIENTOS.</p>

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).

TIENEN CONVENIOS QUE LOS PROFESIONALES DESCONOCEMOS, Y LOS PACIENTES TAMBIEN.
OPACIDAD ABSOLUTA.
BARRERAS A LA ENTRADA DE NUEVOS OPERADORES BAJO AMENAZAS DE SALIR DEL CUADRO MEDICO O DE CENTROS HOSPITALARIOS.

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).

LIMITACION DE LA LIBERTAD DE ELECCION DEL MEDICO / PROVEEDOR SANITARIO.

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).

CERO NEGOCIACION CON LOS PROFESIONALES DE LA MEDICINA. TODOS LOS BAREMOS SON UNILATERALMENTE DEFINIDOS POR LAS ASEGURADORAS. SI EXISTE ALGO DE NEGOCIACION, ES CON LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS SANITARIOS. NUNCA SE HAN SENTADO A NEGOCIAR CON LOS FACULTATIVOS Y OTROS PROFESIONALES SANITARIOS, EN BUSCA DE UNA RETRIBUCION JUSTA QUE PERMITA LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA. SI EL FACULTATIVO NO ESTA DE ACUERDO CON LOS BAREMOS, ES EXPULSADO DEL CUADRO MEDICO. COMO MUESTRA, GENERALI EN ULTIMOS MESES HA PASADO SU CUADRO MEDICO AL DE SANITAS, SIN NEGOCIACION CON LOS OTROS ACTORES DEL SISTEMA, CENTROS SANITARIOS O MEDICOS Y OTROS PROFESIONALES SANITARIOS. NOS INFORMARON HORAS ANTES DEL CAMBIO, POR MAIL, SIN MAS OPCIONES. CON ELLO, LOS BAREMOS HAN BAJADO A LOS QUE PAGA SANITAS, QUE SON INFERIORES.

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 PROFESIONALES SANITARIOS NO TIENEN PERMITIDO NINGUNA RELACION O NEGOCIACION CON LAS ASEGURADORAS. COMO EJEMPLO, LA UNICA VEZ QUE HUBO ALGUN INTENTO, POR EJEMPLO, DEL COLEGIO DE MEDICOS DE BARCELONA, LA MISMA CNMC DENUNCIO Y MULTO A ESTE COLEGIO POR INCUMPLIR LA LEY E IMPOSIBILITANDO CUALQUIER NEGOCIACION DE BAREMOS (CON UNA MULTA DE UNOS 300.000 EUROS PARA UN COLEGIO PROFESIONAL PROVINCIAL)

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

RECOMIENTO ESTUDIEN BIEN LOS CONVENIOS ENTRE PROVEEDORES SANITARIOS MAYORITARIOS Y ASEGURADORAS, CONTRATOS, CLAUSULAS, ANEXOS, TODO.
Y ESTUDIEN POSIBLE CONNIVENCIA ENTRE CEO'S DE LAS ASEGURADORAS EN EL MARCO DE SU ASOCIACION, ETC.
ESTUDIEN POR QUE NO HAY NINGUN NUEVO ACTOR EN EL CAMPO DE SEGURO DE SALUD EN LOS ULTIMOS AÑOS