

<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>Manda el precio, hoy los servicios y el cuadro médico menos la calidad que se les da. en ningún caso se les habla de las limitaciones a que se ven sometidos tanto los profesionales como los clientes , con lo cual dan una falsa imagen del servicio realizado.</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).

Normalmente hay una opacidad total ,además de que las tarifas no están actualizadas al momento, ya que en muchas ocasiones se funciona con tarifas de 1996 o 1997. No se observa en ningún caso un incremento según subida del IPC, y constantemente se prescinde de profesionales si realizan muchas peticiones de prescripción de pruebas o de intervenciones quirúrgicas ya que lo dejan todo al libre albedrío de que una de las dos partes pueda cesar en cualquier momento.

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 casualmente las tarifas se acercan bastantes, máxime si tenemos en cuenta de que son las pequeñas compañías las que mejor pagan dentro de las racanería habitual, ya que no se tiene en cuenta en muchos casos la responsabilidad y dedicación ,especialmente en los periodos post quirúrgicos lo cual obliga a muchos profesionales a dar alta rápidas ya que no se remunera en los posoperatorios si el paciente tiene que estar 1 u 8 días de intervención posquirúrgica . las pólizas parecen opacas y muchos pacientes se llevan desagradables sorpresas a la hora de las prescripciones realizadas por los médicos así como de las intervenciones.

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).

La comercialización cruzada induce a un aluvión de publicidad con el objeto de fidelizar al cliente y secundariamente al profesional y las condiciones de pólizas de seguros sanitarios parecen bastante opacas.

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).

Existen restricciones reales ya que dejan en muchos casos el director médico de la compañía el aprobar intervenciones quirúrgicas o pruebas radiológicas que no sean habituales , coartando la libertad de prescripción del profesional médico. Es por ello que no se le indica al paciente igualmente sus limitaciones lo que produce en muchos casos derivación de los pacientes a profesionales que se caractericen por pedir pocas pruebas o ninguna en algunos casos , siendo alertados muchas veces dichos profesionales por las clínicas o través de las clínicas que previamente han contactado con la dirección médica de la compañía sanitaria.

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).

El rehusé es totalmente arbitrario y muchas veces condicionado por la labor economicista de las compañías de seguros, sistemáticamente a los clientes se les deniega la aceptación, con lo cual se obliga a contratar las labores de un abogado y procurador, con el consabido gasto, además de la lotería que es ganar un pleito a una compañía de seguros. En todas las compañías reclamaciones de 300 a €500 saben que conllevan más gastos de abogado y procurador que el producto a reclamar con lo cual la incidencia de reclamaciones es significativamente baja.

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 práctica habitual de las compañías de seguros de asistencia sanitaria constantemente hola emplear nuevos productos para que los clientes paguen más primas, en ningún momento se cuentan con el profesional sanitario aunque esto pueda producir en algunos casos saturación de las consultas siempre en detrimento de la calidad de la atención sanitaria. En muchos casos se les dice a los clientes que todas las técnicas están incluidas en los procedimientos quirúrgicos, lo cual no es cierto, produciendo situaciones muy incómodas entre el cliente y el médico. En algunos casos esto (Madrid y Barcelona) da lugar aún bigeminismo , produciéndose situaciones en la cuales aún estando dentro de una compañía sanitaria el profesional sanitario le pide dinero suplementario por la técnica a añadir y tiempo que emplean el anestesia de prolongación quirúrgica.

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

El profesional sanitario se ve totalmente indefenso ante las condiciones pactadas por las compañías sanitarias y las obligaciones que a su vez tienen estas con los centros sanitarios.

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

Es totalmente abierta la oferta, con grandes variaciones de unas compañías a otras, ya que el objetivo final no es la calidad del servicio sino contratar cuantas más primas mejor.

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).

Desconozco si hay barreras de entrada para nuevos operadores, lo que sí es cierto es que las grandes compañías así sea Adeslas, Sanitas, DKV y Asisa imponen la ley del más fuerte en un mercado cada vez más extendido pero más circunscrito.

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

No hay coste si el asegurado pertenece a Muface, pero también es cierto que dicha entidad aprieta muchísimo a las compañías sanitarias y éstas a su vez tiran a favor de los profesionales que pidan pocas pruebas o ninguna, lo que lleva a falsear la relación médico paciente. En el caso de pacientes que quieran cambiarse a otras compañías se encuentran que las primas son considerablemente más elevadas tras hacer la declaración de salud correspondiente.

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).

Hay diferencias muy importantes especialmente en el caso de personas longevas y pluri patológicas o en el caso de pacientes que hayan tenido siniestros con patologías recidivantes, a los cuales se ofrece incluso cuestiones de falsa ética como dejarles con póliza para atender solamente en consulta y el resto si es de tipo quirúrgico en Seguridad Social

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).

Hay bastantes diferencias entre las cuatro o 5 grandes compañías de asistencia sanitaria y las restantes aunque estas últimas de teóricamente una asistencia más completa

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).

los centros de salud y grupos hospitalarios tiene una marcada tendencia en la competencia profesional de los profesionales, ya que su tendencia es a tener profesionales sumisos y escasamente pagados, contratando muchas veces cosa que pasa en Madrid y Barcelona con más frecuencia aunque las demás ciudades no están exentas, detener profesionales centro e hispanoamericanos , parlantes en español, hoy sin título de homologación de especialista pero sí con homologación como médico general, pero que verdaderamente desarrollan funciones de especialista y dejando la firma de las intervenciones quirúrgicas a otros profesionales acreditados y aunque estos últimos no hayan desarrollado la técnica con objeto de que si hay una reclamación la compañía de RC no ponga el grito en el cielo.

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).

las barreras de entrada lógicamente suelen estar en centros sanitarios y hospitales privados ya que el trato diferencial no es el mismo si perteneces a las grandes compañías , es decir ,grandes clientes que a los pequeños del mercado.

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).

Una relación honesta acorde a la praxis médica es el valor más importante, y el hecho de que un paciente hoy deposite la confianza en su médico evita en muchos casos la prescripción de pruebas innecesarias.

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).

Es obvio que esta relación es importante, porque aunque no se diga de forma clara las grandes aseguradoras con su dominio de mercado son las que hacen que muchos enfermos vayan a un centro u otro o se publicite más incluso en los cuadros médicos que proporcionan a determinadas profesionales de interés de las aseguradoras.

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).

las grandes aseguradoras la calidad y eficiencia les importa poco lo importante es que ese médico no facture mucho dentro de sus particulares estadísticas a nivel provincial, regional hoy nacional. De todas maneras las grandes aseguradoras nunca van a declarar ni verbal ni escrita ni de forma escrita las auténticas relaciones con los hospitales y centros sanitarios.

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).

Se da el caso de que la negociación de un hospital puede ser diferente con una compañía aseguradora, según los intereses a veces no escritos pero si pactados y en detrimento de otro profesional que libremente desarrolle la relación de forma directa con la aseguradora. Ninguna de estas entidades va a declarar esos concordatos y las labores de favoritismo. Se puede dar la situación de que el profesional sanitario con una especialidad y en la misma ciudad haya diferencias en el concierto que tengan con la compañía aseguradora con las mismas situaciones.

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).

Es diferente si la negociación es directamente con la compañía aseguradora que con los hospitales o centros sanitarios, y en muchas ocasiones los profesionales sanitarios de un centro con contrato laboral o arrendamiento de servicios para ese centro ven de repente multiplicados sus consultas e intervenciones sin mejoras en sus beneficios económicos.

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