

<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 precio económico y la asistencia a todas las especialidades. Esto conlleva una exigencia por parte del paciente de atención completa a todas las pruebas complementarias y la atención por el médico de las veces que se a necesario, independientemente del pago que realiza el paciente y del coste que conlleva la prueba o la atención médica. Es decir, para un coste diferente, se exige una atención máxima, cuando en un mercado privado de atención médica no puede ser posible, salvo la explotación siempre de los profesionales que realizan la asistencia médica.</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).

Desconozco la información precontractual de los seguros. Pero conozco que hay limitaciones en algunos seguros, según la póliza contratada Y el paciente cuando acude a consulta y se le informa que no tiene cubierta una asistencia, se enfrenta con la calidad de la atención del facultativo

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).

Desconozco específicamente la información contractual

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).

Existe una batalla de precios por atraer clientes por parte de las compañías a unos precios muy bajos, que no cubren los gastos reales si el paciente tiene que realizarse diversas pruebas complementarias.
Esto conlleva, que el precio que pagan las compañías de asistencia sanitaria a los facultativos que realizan estas pruebas según cada especialidad, en ocasiones no cubren el gasto que supone. Incluso pagan al facultativo en forfait, que incluye la visita y las pruebas propias de su especialidad básicas, sin poder cobrar el facultativo por realizar estas pruebas

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).

El paciente no dispone de conocimiento sobre que parte de la asistencia sanitaria es importante. El paciente quiere que le asista el médico y que realice las pruebas necesarias.
Las compañías aseguradoras no consultan con los médicos que realizan la atención médica e imponen una normativa sobre restricciones e incluso baremos que no se ajustan a atención de calidad del paciente

**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).**

Esta responsabilidad es de la legislación que permite que una parte implicada (la compañía de segura) decida si cubre o no un siniestro o una enfermedad. Lo cual no es equitativo ni justo. NO se puede ser juez y parte.

**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).**

Lo correcto es incorporar a ala asistencia los técnicas y tratamietno óptimos en cada momento independiente de lo contrato en su momento, dado que no se puede adivinar como va a ser el desarrollo de las pautas de atención médica sfuturos según la evolcuión de las guías médicas.

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

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

Existen unas pocas compañías médicas que cubren la mayoría del mercado a unos precios irrisorios, que funcionan por el gran número de asegurados, que pagan una póliza económica, a costa también de pagar al facultativo un baremo irrisorio, no actualizado. Esto conlleva que el facultativo tenga que ver muchos pacientes a un precio muy bajo, con la consecuente baja calidad asistencial y la sobre explotación del facultativo

<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>Desconozco</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 las enfermedades adquiridas previas al nuevo contrato. Parece ser que las compañías no cubren o realizan un periodo de carencia para estas enfermedades. También parece que en embarazadas, pacintes con cáncer sin recidiva, impiden la adquisición de un nuevo seguro</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).

Como he comentado previamente, varias compañías como Adeslas, Asisa, Sanitas, tienen un precio bajo a costa de disponer de muchos asegurados y pagar unos baremos inferiores a los facultativos
Hay otras compañías como AXA, que exigen un nivel de atención adecuada, a cambio de un pago más justo de las intervenciones que realizan 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).

En general hay unos centros hospitalarios privados, que atienden a determinadas compañías de forma preferente. Es decir son como una referencia pre acordada con las compañías, y suelen ser compañías económicas con gran número de asegurados. Parece que tienen un acuerdo para atender a estos pacientes a cambio de un coste pre acordado al año. Pero en el fondo, todos los hospitales y centros de atención aceptan todo tipo de compañías para absorber parte del mercado, aunque sea a un bajo rendimiento económico. Cuenta más el número de pacientes que la calidad asistencial

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).

En España los centros de salud son de titularidad pública.

Los hospitales privados asientan casi el total a pacientes con campañas privadas, salvo excepciones con determinados conciertos, y algunos pacientes privados.

NO existe comunicación entre centros de salud ni hospitales privados. Lo máximo es la realización de una interconsulta al especialista realizada por el Centro de Salud hacia el Hospital público, que por lista de espera, aporta también al especialista del hospital privado.

La mayoría de pacientes que acuden al Hospital privado es por la tardanza en la atención especializada pública.

<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>desconozco</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>Atención del paciente con tiempo suficiente Pago al facultativo actualizado segun el nivel de vida y el coste real de las pruebas complementarias realizadas por los facultativos, para atender con tiempo y justicia equitativa Ejercer los facultativos el tratamiento adeduoado según las guías médicas Comunicación bidireccional entre Médicos de familia y especialistas Seguir por atención primaria las indicaciones marcadas por el especialista Disponibilidad de fármacos adquisibles económicas por los pacientes, incluso si son atendidos por atención privada.</p>

<p>18. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</p>	<p>Hay que resaltar que la atención privada es muy importante en nuestro país, y que los Hospitales públicos están saturados, pero pueden continuar manteniendo su asistencia, porque existe la vía privada que soluciona la saturación y el gasto de la medicina pública. Pero los facultativos públicos y la asistencia pública en general, no reconocen la calidad de los facultativos privados, cuando éstos se han formado por vía MIR igual que la asistencia especializada pública.</p> <p>Y cuando es una intervención quirúrgica privada, si no hay problemas, está resuelta</p> <p>Si es una atención especializada médica crónica privada, cuando asisten a la asistencia pública, por varias razones, porque sigue en lista de espera y al cabo de un año le citan (es real), el facultativo, le dice que todas las pruebas realizadas en la privada no sirven y hay que volver a realizarlas. (gasto para la sanidad, utilización de tiempo por el paciente, saturación de servicios, desconfianza del paciente en el médico).</p> <p>Una parte importante de esta responsabilidad la tiene la administración, que también desconfía de la asistencia privada, de los facultativos privados. También el no poder realizar prescripción a cargo de la Seguridad social, conlleva limitaciones del tratamiento en pacientes que precisan fármacos caros o de mantenimiento continuado. Aunque parezca lógico, no es así, el paciente privado está pagando una seguridad social con derecho a fármacos, y si son necesarios tratamientos especiales como biológicos, inmunoterapia, anticancerígenos, no tiene que pagarlos.</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>puede ser, desconozco</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>desconozco</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>NO puede una parte la compañía aseguradora, imponer unos baremos de los diferentes actos médicos, a los facultativos, cuando son una parte esencial de la atención</p> <p>Muchos baremos sobre todo el pago de la consulta, lleva desde los años 90 sin actualizarse. Este año, dado la inflamación tan alata, han incrementado algunos precios algunas compañías, otras no, entre el 3 al 8% sobre baremos del año 90, Esto es irrisorio. Y las pruebas complementarias muchas han quedado con precios fijos desde el año 90.</p> <p>Y la administración estatal, y autonómica ni comenta, al igual que los Colegios de Médicos.</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).

Asistencia rápida del paciente por la consulta privada. Al paciente en muchas ocasiones le es rentable o útil, porque patologías menores o muy urgentes son atendidas con más inmediatez.
Valoran la asistencia rápida por la calidad, a costa del sobre trabajo del facultativo privado

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