

<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>Calidad del servicio y tiempo de consulta, coberturas, masificación y tiempo de espera para la cita y en consulta. Puntualidad. Todo ello solo se puede hacer si el profesional cobra una remuneración acorde a sus años de estudio y especialización así como a su responsabilidad. El pago mísero e indigno de las compañías médicas hacen que se alargan las listas de espera, que haya cada vez menos médicos disponibles y que se masifique para tener volumen. Los médicos necesitamos mejores baremos para ofrecer calidad y acorde a nuestra responsabilidad.</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).

Todas ofrecen una publicidad incompleta, ambigua y engañosa. Ofrecen pólizas low cost que repercute en la obligación de los sanitarios de cubrir aunque suponga un recorte de sus baremos y además el profesional tiene luego que explicarle lo que no le cubre este seguro con el consiguiente enfado e injustificado en nuestras consultas.

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).

Similar a lo dicho en el apartado anterior

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).

Ya de por si las pólizas obligan a los sanitarios a aceptar de forma unilateral bajo la amenaza implícita de la expulsión del cuadro médico de unos baremos injustos abusando estas compañías de su posición dominante debido a la trayectoria y costumbre de la población española de acudir al médico a través de las compañías y la indefensión de los médicos que no hemos recibido el respaldo ni siquiera de los colegios médicos o sociedades científicas Las compañías juegan siempre su baza de abuso y amenaza de expulsión del cuadro médico

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).

Las compañías no siempre hacen lo mejor para lo asegurado en cuanto a las pruebas lo único que valoran es el coste beneficio intentando sin ningún criterio médico y muchas veces solo con las instrucciones dadas a un administrativo de no autorizar determinadas pruebas o intervenciones y dar la opción de otras más baratas

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).

Funcionan exactamente igual que el resto de las compañías de seguros intentando no dar servicios a los cuales se han comprometido en base a hacer un cambio o directamente denegarlo

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).

En cuanto a los médicos nos obligan a hacer ciertas cosas más punteras por precios inferiores incluyéndolos en otros códigos que ya existían o directamente negar la autorización para que se haga de una manera mucha más arcaica y ya es responsabilidad del médico hacer de forma no remunerada lo mejor que sea para el paciente en base como siempre a su ética con lo cual la compañía siempre sale beneficiada y el médico perjudicado

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

Lo dicho

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

La competencia entre ellas prácticamente es muy limitada en lo que se basa en es estar unidos para que los médicos sigamos dependientes de sus decisiones unilaterales
De esta manera se reparten el mercado con cuantiosos beneficios en perjuicio del médico sobre todo si es autónomo o falso autónomo

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).

Como en todas las compañías de seguro en el mercado lo tienen copado entre las principales pero las demás si entran en el mismo juego entran con los mismos baremos ninguna de las nuevas compañías que quieran entrar en este "negocio" se plantea ni siquiera el dar unos baremos mejores a los médicos o una mejor atención al paciente puesto que lo que prima es el lucro

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

El paciente siempre sale perjudicado porque a más edad mayores son el costo de las pólizas si ya ha padecido aunque sea una mínima patología le repercute en que no le va a cubrir nada a ese respecto por ejemplo si ella ha tenido una operación de menisco generalmente todo lo que se derive de cirugía traumatología a ese respecto no se lo va a cubrir e incluso cualquier olvido de poner en la póliza alguna cirugía previa a veces como tengo constancia de primera mano (septoplastia uterina) le repercute en cirugías ginecológicas futuras aunque no tengan relación

<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>Todas son similares las que son más bajas evidentemente tienen como se está viendo con las pólizas low cost muchas deficiencias o no coberturas que repercuten de manera negativa tanto en el asegurado como en el profesional sanitario</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>La mayoría de los asegurados se dejan engañar por la publicidad que bordea la ilegalidad en cuanto a engaño y se conforman con las que les ofrecen unos precios más bajos sin poner mucho empeño en descubrir cuáles son las coberturas llegando engañadas a la consulta del profesional médico donde pagan su frustración con el personal administrativo de la consulta</p>

<p>14. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</p>	<p>Lo dicho</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>Todos funcionan de forma similar las compañías de seguros tienen claro que entre ellas no es la competencia sino el dinero que se embolsan por las pólizas que cobran, la publicidad cuando engañosa o escasa y la escasa remuneración económica que ofrecen a los sanitarios</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>NS/NC</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>La calidad exige un mínimo de remuneración económica Eso está claro, si quieres viajar en business pagas más que si vas en turista, si quieres una suite de lujo pagas más que si vas a una individual básica y así con todo para dar calidad en medicina supone tiempo y conocimientos así como súper especialización y más teniendo en cuenta los riesgos derivados sobre la responsabilidad civil en la mayor tendencia cada vez a más demandas y por más cuantía. A bajos veremos la masificación y el tiempo de consulta es menor y las listas de espera son mayores</p>

<p>18. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</p>	<p>Lo dicho</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 grandes compañías tienden a hacer sus propios centros de salud y en monopolizarlo todo en detrimento de la autonomía de los profesionales sanitarios quitándoles un mercado que debería de estar controlado por el propio personal médico y no por las compañías de seguros. De igual modo que perjudican a los médicos hacen cada vez más difícil que entre en otras compañías aseguradoras que no disponen de esos medios esos grandes acuerdos con los hospitales o que no pueden realizar sus propios centros de salud. Esta perversión del sistema que le quita el protagonismo al médico que es realmente el que debería ser como autónomo el que impusiera sus condiciones en su mercado, perjudica a otras pequeñas compañías en beneficio como siempre de las 2-3 grandes compañías de seguros</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>Está endogamia de los grandes grupos o sus propios centros de salud controlados por las dos o tres principales compañías de seguros hacen que repercuta negativamente sobre el médico con una retribución insuficiente y asumiendo todo el riesgo y por tanto repercute también negativamente en los pacientes que se ven masificados con menos coberturas y muchas veces con el rechazo del médico a realizar determinados actos o intervenciones porque no reciben una remuneración digna derivando al paciente a otros colegas al sistema sanitario público o buscando extraoficialmente un copago</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>Estas relaciones concretamente abusiva respecto a las grandes compañías o centros hospitalarios imponiendo sus condiciones y baremos de forma unilateral con la amenaza implícita de expulsión del cuadro médico. Las compañías aseguradoras como puedo demostrar de primera mano en algunos casos han pasado en los últimos 25 años a abonar al médico de forma completamente humil lateral la mitad de los precios acordados como he dicho hace 25 años en valor totalmente bruto sin tener en cuenta ni siquiera el aumento del IPC o del nivel de vida. Así si hace veinticinco años por los mismos actos médicos se pagaban 1000 pesetas ahora no solo se pagarían seis euros sino que están pagando tres!! Esto es especialmente duro si se piensa que hace 25 años con mil pesetas se tenía un ingreso relativamente digno pero que actualmente con tres euros es algo realmente abusivo y vejatorio</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).

Debido a este nivel de abuso de las compañías y los grupos hospitalarios y la subordinación de los médicos por imposición unilateral de estas y la amenaza de la expulsión del cuadro médico hace que estas compañías de seguros o médicos busquen el lucro a través de pólizas cada vez más bajas con información escasa y engañosa lo suficientemente ambigua para que no sea ilegal recortando en prestaciones y derechos a los usuarios y en remuneración económica y baremos a los médicos. Esto hace que este campo como negocio sea muy lucrativo y quieran entrar cada vez más compañías sobre todo extranjeras a ser partícipe de este abuso que se está dando en España por culpa de estos monopoleos y su trato injusto a los médicos a los cuales les han quitado su autonomía en un nicho profesional que es claramente suyo

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

Las compañías médicas y los grandes grupos hospitalarios han hecho de la salud un negocio han conseguido a lo largo de tantos abusos durante tantos años copare el mercado y hacerse dueños de este quitando el protagonismo a los verdaderos profesionales de la salud como son los médicos estableciendo una situación de subordinación y dependencia con la amenaza implícita de expulsarles del cuadro médico puesto que en nuestro país hay una tradición de acceder a los médicos a través de las compañías sanitarias que son las que se embolsan todos los beneficios a costa de la indefensión del médico que no cuenta con el apoyo de los colegios médicos ni de otros organismos