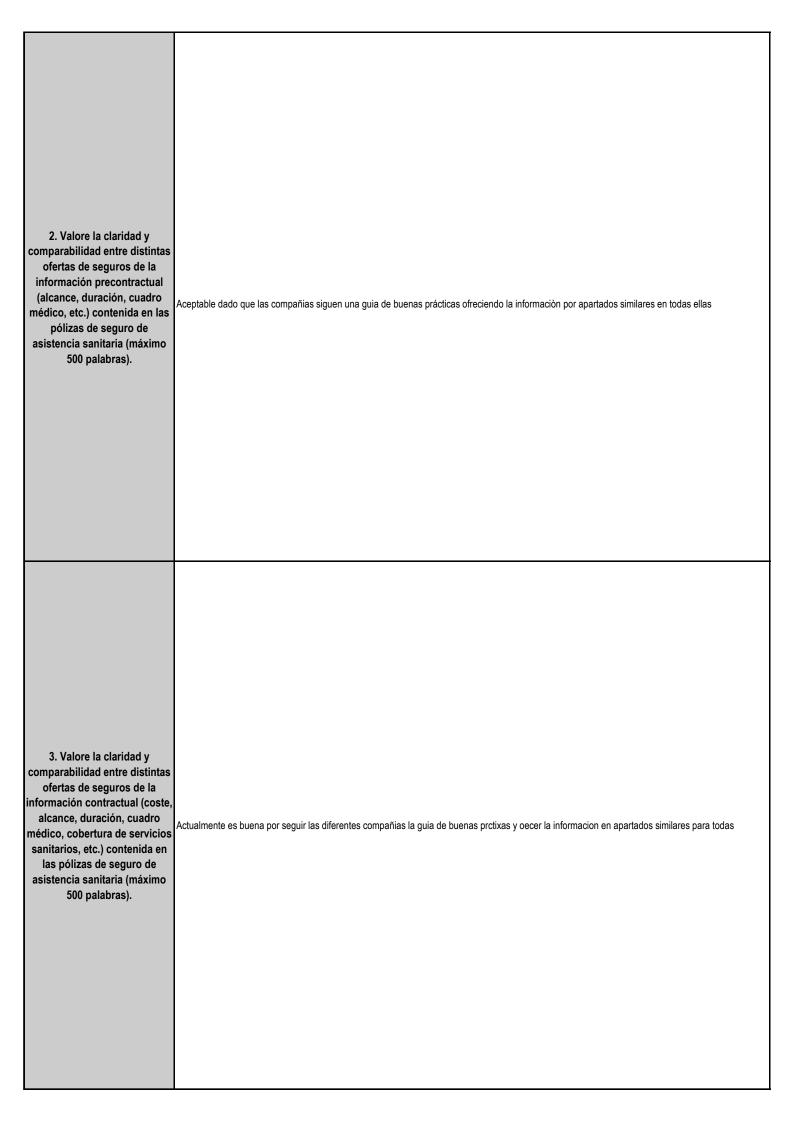
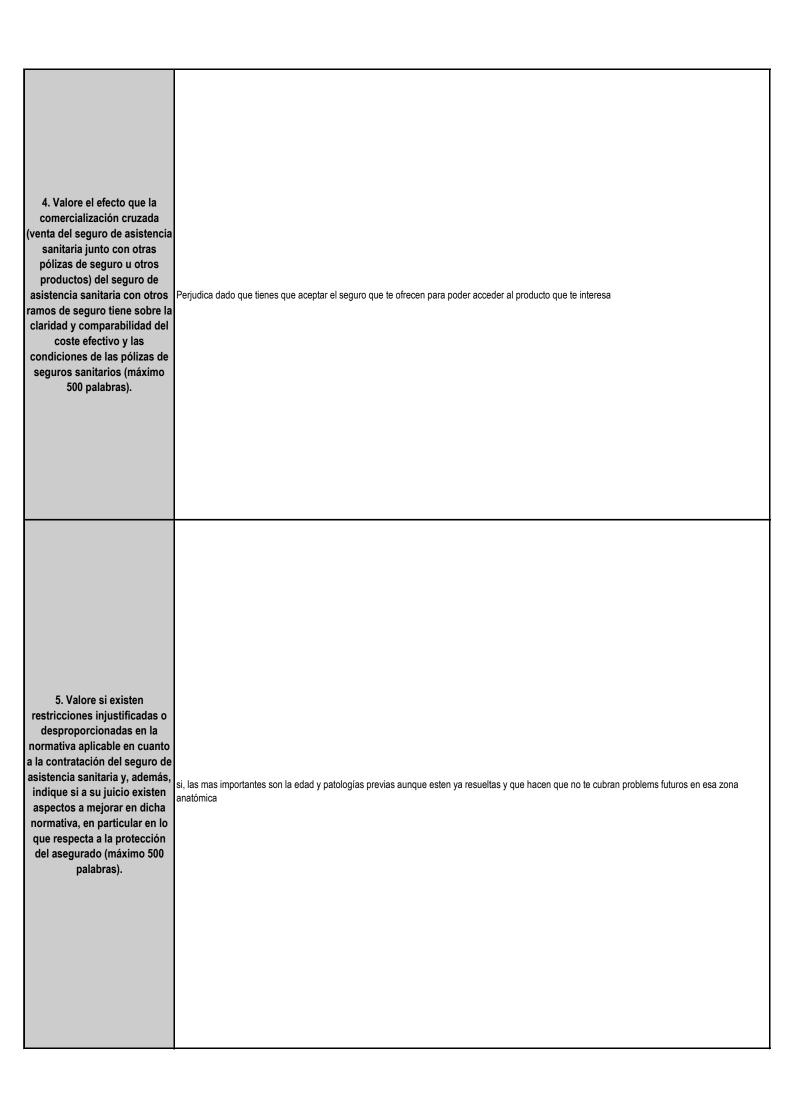
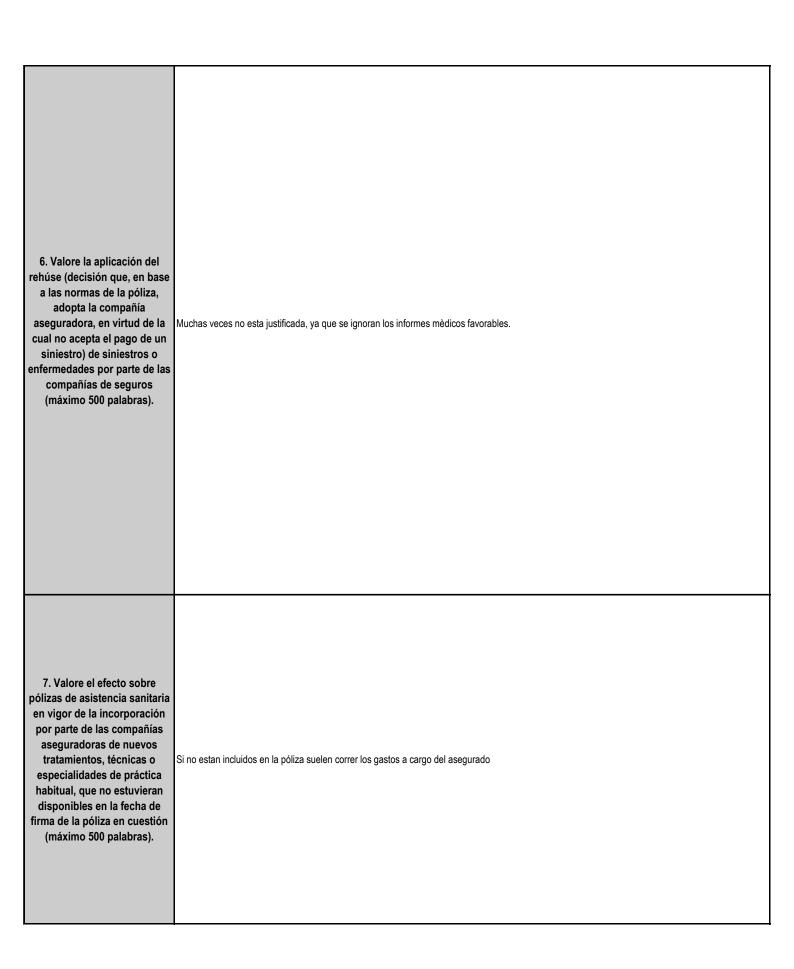
| ¿En calidad de qué o en representación de quién participa en esta consulta pública? | Profesionales de servicios sanitarios (Asociaciones y profesionales) |
|---|--|
| Nombre completo (del particular o de la institución representada) | [CONFIDENCIAL] |
| ¿Desea hacer público su nombre junto a su respuesta o mantenerlo confidencial (en cuyo caso se publicará como respuesta anónima)? | Confidencial |
| 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). | por orden: cuadro medico, calidad del servicio, coberturas y precios |

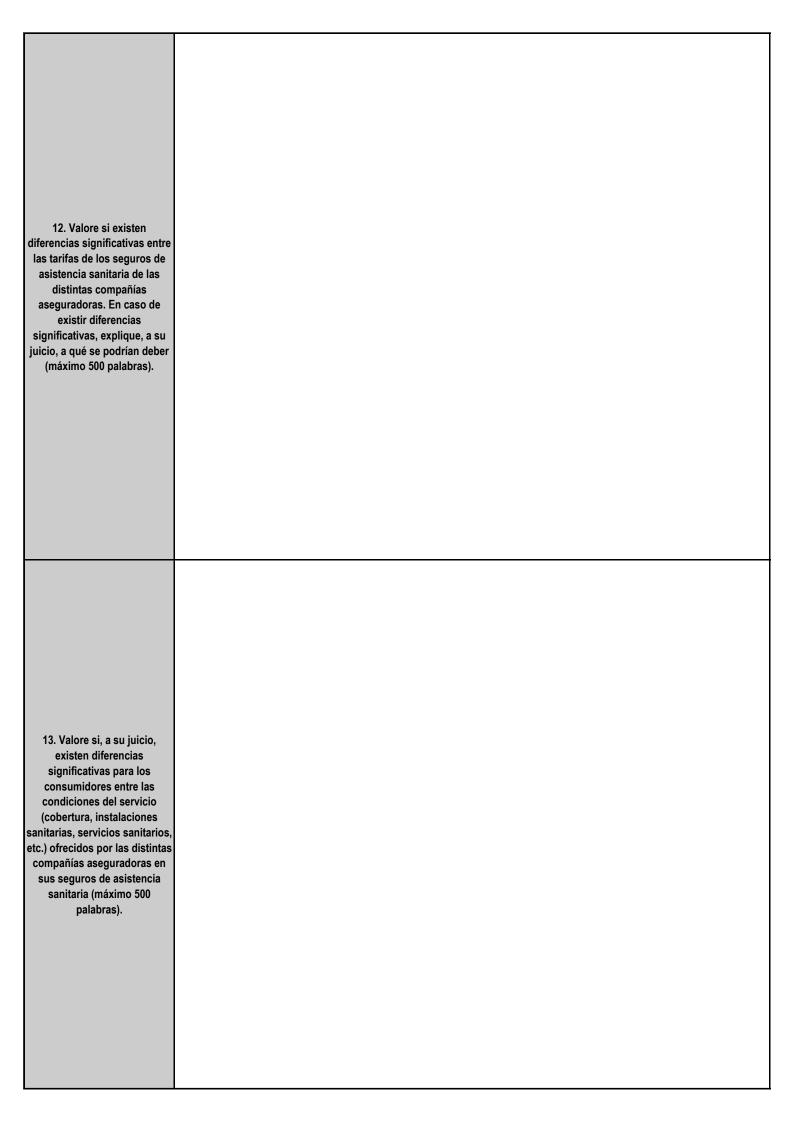






| 8. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras). | |
|--|--|
| 9. Valore el grado de competencia existente entre las compañías de seguros de asistencia sanitaria en España y justifique su respuesta (máximo 500 palabras). | Mucha y va en aumento, sólo hay que mirar los diferentes tipos de pólizas low cost que van ofreciendo unas y otras, cada vez más baratas y que pretenden atraer a los asegurados de las otras compañías para incrementar su cuota de mercado |

| 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). | |
|---|--|
| | una de las limitaciones es la edad a la hora del cambio. Si eres mayor te subiran el preciom si has tenido durante la vigencia de tu seguro alguna patologia , el siguiente no te cubrira nada que pueda estar en el area anatomca del problema |



| 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). | |

| 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). | |
|---|--|
| 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). | Grado de satisfaccion de los asegurados, rapidez en el acceso a citas de consulta, pruebas o tratamiento, Calidad del servicio |

| 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). | Si, afectaría a profesionales sanitarios que tengan centro propio y quieran empezar como autonomos sin trabajar para un grupo hospitalaro |

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). En el caso de profesionales sanitarios con centro propio las negociaciones con las empresas aseguradoras practicamente no existen. Tienes que aceptar los baremos que ellas imponen de forma unilateral y que no se actualizan desde hace años segun el IPC. Si pretendes negociar, y al estar obligado por ellas a hacerlo de forma ndividual, corres el riesgo de ser expulsado del cuadro medico si no aceptas sus condiciones. En 1995 los baremos eran aceptables. En la actualidad son vergonzosos. En mi especialidad que es Medicina física y Rehabilitacion, el precio de las consultas oscila segun las compañías de 13 euros a 18; las revisiones unos 7 euros, teniendo en cuenta que las compañías sólo abonan una consulta y revisión al mes, Si el consumidor necesita alguna revisión mas, no la abonan, es gratis, Las sesiones de tratamiento oscilan entre 5 y 7 euros. 21. Describa y valore el No obstante hay compañias que actuan a la hora de los pagos siguiendo otros criterios; funcionamiento de las ASISA en 2011 decidio pasar ha hacer un pago capitativo fijo mensual (a la baja con respecto a lo que se facturaba en esa fecha). -------nos obligo a negociaciones (tarifas, firmar un contrato aceptando ese pago y comprometiendonos a tratar a todos su asegurados, si no lo firmabas te expulsaban del cuadro médico. condiciones de prestación del Desde 2011 no se ha actualizado dicho pago servicio, etc.) entre CASER decidio hace años (creo que 2017) pagar la rehabilitacion por procesos cuyo precio tampoco se ha actualizado. Si el paciente no completa el proceso te pagan sólo la mitad (ejemplo: proceso de 20 sesiones, si se realizan 15 sólo te abonan10), Si tras finalizar el proceso , el asegurado no esta profesionales sanitarios con bien hay dos opciones : hacer las sesiones gratis o solicitar mediante informe poder repetir el proceso y nos lo abonaran a la mitad del precio las empresas aseguradoras o DKV nos pide no pasar de una media de actos anual por paciente incluyendo consulta revisiones y sesiones. Ellos tienen una bolsa de dinero centros sanitarios/grupos destinada a rehabilitacion y la dividen entre los actos que realizan todos los centros adheridos, por lo que cada mes pagan los actos a un precio hospitalarios (máximo 500 diferente, ademas un 20% de esa bosla se deja como remanete para repartir entre los centros que cumplen sus objetivos. palabras). GENERALI era una de las aseguradoras que mejor pagaba pero este año ha negociado con SANTAS para que sus asegurados sean atendidos a traves del cuadro médico de SANTAS, con lo cual nuetros honorarios se han visto afectados porque SANItas tiene un baremo inferior. Tambien podría enumerar los chanchullos usados por las aseguradoras de vehículos para en caso de siniestro pagarnos por los tratamientos de rehabilitacion en caso de siniestros mucho menos de lo que ellos mismos han negociado en el convenio UNESPA (mordidas del 10%,, sociedades mediadoras..) pero creo que no es del ámbito de esta encuesta

