

<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>Fundamentalmente la rapidez en el acceso a la asistencia y la elección de profesional. Todo esto unido a un precio fijo que da la cobertura sin tener que pagar en caso de imprevisto.</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).

Pienso que debería regularse la información al asegurado de forma mucho más rigurosa

1-Los pacientes mayores se quejan de que tras pagado un seguro "toda la vida" estando sanos sin utilizarlo, cuando se hacen mayores les incrementan la tarifa de forma abusiva hasta el punto de no poder pagarlo. "Ahora que es cuando lo necesito suben tanto que no puedo pagarlo y así me doy de baja y se ahorran los gastos que genera la edad.

Pienso que debería regularse este tema con una cláusula de futuros incrementos máximos para que el asegurado lo valore en el momento de darse de alta.

2- Al médico que opera mucho por su prestigio se le condiciona en el número de cirugías o se le imponen unas condiciones económicas inaceptables hasta que se va o directamente le echan

3-Abuso de las aseguradoras limitando la atención por parte de los facultativos sin el conocimiento de sus asegurados

-El noméclator de especialidades lleva décadas sin actualizarse. Esto conlleva que las técnicas nuevas tanto de exploración como quirúrgicas no se pueden facturar. "No está incluido en baremo" Recientemente la Sociedad Española de oftalmología con el Colegio de médicos ha publicado una actualización de actos de exploración y quirúrgicos y se está dando largas por parte de la aseguradoras. Para más información puede preguntarse en el el Consejo de Colegios Médicos que conocen los detalles.

- Se está generalizando la "herramienta de facturación de forfait". Según las aseguradoras la consulta médica y todas las pruebas complementarias se facturan como un fijo bien con cada consulta o como un fijo mensual por facultativo. Esto limita la capacidad de compra de nuevos instrumentos de exploración pues la inversión no compensa pues van a pagarte lo mismo.

Se da el caso, el mio es uno de tantos, de estar cobrando cada prueba por separado y dejar de pagarte los honorarios correspondientes y ya realizados hasta que se acepta el pago de las pruebas con un fijo mensual. En mi caso estuve dos meses sin cobrar sin previo aviso en lo que es un chantaje evidente. De esta forma condicionan la asistencia limitando el número de pruebas pues hacerlas lleva tiempo y si no se va a facturar se condiciona la libre relación médico-paciente.

- Limitación del número de cirugías. Es otra práctica frecuente de alguna aseguradora. Se limita el número de cirugías a facturar por mes aunque tu capacidad permita dar mejor asistencia al asegurado. Si operas más de un un número no se te pagan. Esto el paciente no lo sabe y para él implica un retraso en la asistencia en muchas ocasiones.

Pienso que los pacientes deben conocer el presente y el furo del incremento de cuotas y que debe blindarse el acto médico sin que éste esté condicionado por las aseguradoras

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).

La claridad en el proyecto de pagos a futuro y el compromiso de mantenimiento de la póliza a un precio razonable no existen o está muy limitados. Al paciente diabético o muy mayor se le empuja a irse. Tienen muchas patologías y no son rentables

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).

Está claro que para ofrecer una tecnología que dé un servicio hay que tener capacidad de inversión. El sistema sobre el que se pregunta conlleva un abaratamiento que provoca una limitación en de pago.

No se pueden dar duros a cuatro pesetas y ya estamos ahí a mi entender.

Las decisiones son de tipo financiero y marketing. El paciente y el médico que deberían ser los protagonistas se dejan de lado

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).

Una vez más dos puntos clave

- Plan de incremento de cuotas a futuro claros

- Relación médico-paciente blindada. La limitación de pruebas o cirugías debería estar penalizada claramente

**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).**

Otra fuente de abuso y a la hora de firmar no hay mecanismos que garanticen que el paciente se ha enterado de lo que firma

**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).**

Habría que valorar primero el abuso que supone no incluir nuevas técnicas de exploración o quirúrgicas y que lo puedan hacer.
El mecanismo de corrección se puede implementar pero primero hay que garantizar que se puedan hacer todas las pruebas de los baremos y que los baremos se actualicen de forma obligatoria por ley.

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).

El problema es la falta de transparencia.

El asegurado no sabe a qué atenerse a futuro

Los asegurados no conocen como las aseguradoras por una lado y los grandes grupos Hospitalarios por otro condicionan la asistencia que le da su médico. La relación médico paciente debe ser protegida

El tercer actor en todo esto son los grandes fondos de inversión que están comprando los grandes grupos hospitalarios. Estos a su vez están comprando las consultas de los médicos con un prestigio de años para quedarse con su cartera de clientes.

Ahora ya hay una concentración de poder de decisión en la asistencia sanitaria preocupante. En los últimos diez años la compra de grandes grupos y consultas de médicos es muy preocupante. Se va camino del oligopolio a mi entender

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).

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

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).

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 y claros fundamentalmente porque no no hay un mecanismo de control de las prácticas abusivas de las distintas compañías

<p>14. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</p>	<p>Pienso que: Debe haber herramientas de control de las prácticas abusivas de las distintas compañías aseguradoras Debe controlarse la concentración de poder en la Asistencia Sanitaria pues creo que está condicionando la misma ya y lo hará, si no se hace nada, mucho más en el futuro</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>La competencia en este momento es muy limitada a mi entender. La concentración de poder en muy pocos grupos que se ha visto en los últimos años es muy preocupante. A modo de ejemplo: Los grandes grupos compran un Hospital pequeño dónde había médicos de ejercicio libre que llevaban décadas con un despacho alquilado sin más (sin contrato laboral con ese hospital). Ese Hospital es comprado por un gran grupo. Ese gran grupo le dice al médico con el despacho alquilado que le firman un contrato de prestación de servicios (no laboral con unas garantías mínimas) y a partir de ahí no le cobran el alquiler pero pasan a facturar todo ellos y se quedan con una parte importante de la facturación y además se quedan con las claves de las compañías aseguradoras con las que trabaja ese médico. Ello implica que ese grupo va acumulando el poder de negociación con las aseguradoras. El médico la ha perdido. El paciente al servicio de los intereses de un fondo de inversión y no al revés. Ante la concentración de poder evidenciada el problema pienso que es muy grave</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).

Ellos deciden con quien trabajan y en qué condiciones,
Las aseguradoras condicionan a mi entender de forma grave a los médicos
Los grandes grupos condicionan (un paso más arriba) a las aseguradoras y a los médicos de ejercicio libre
El médico y el paciente pueden hacer lo que ellos manden

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).

Relación médico paciente lo primero
Cartera de servicios y actualización permanente de la misma. Con el grado de progreso actual o se habilitan mecanismos de obligatorio cumplimiento o se seguirá en esta dinámica de no actualizar para no tener que pagar.
Pienso que en medicina las Sociedades científicas deben estar implicadas para obligar a actualizar métodos de exploración y técnicas quirúrgicas

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).

Eso es lo que está condicionando ya de forma grave todo. La relación médico paciente no pinta nada o cada vez menos.
Los médicos son unos mandados o al menos unos condicionados por las decisiones y peleas entre grupos financieros.
Las aseguradoras no dejan entrar a médicos nuevos y condicionan a los que tienen en la asistencia.
Ahora se les está quitando poder por grupos hospitalarios cada vez menos numerosos (habrá que vigilar el oligopolio)
El paciente con su médico podrán hacer lo que ellos decidan

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).

Cuando la medicina estaba en manos de los médicos había competencia.
A mi entender ahora llevamos una deriva muy preocupante

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).

Ya ha sido detallado
-Las aseguradoras no actualizan baremos (actos de exploración y técnicas quirúrgicas). No actualizan tarifas según IPC desde hace décadas. Limitan las pruebas y cirugía que se pueden hacer. Condicionan de forma clara lo que se hace y cuantas veces se hace
- Los grandes grupos condicionan un paso más allá dando pasos muy rápidos hacia la concentración de poder. Por ejemplo los quirófanos van a ser suyos y operas con ellos y con sus condiciones o no operas

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).

Por todo lo detallado yo, oftalmólogo con más de 30 años de ejercicio y referente para algunas patologías, me siento condicionado claramente en mi labor y presionado por aseguradoras y grandes grupos en mi relación con mis pacientes.
Ya lo estaba de forma grave por las aseguradoras y ahora los grandes grupos lo concionan ya, y van a condicionar mucho más en un futuro, si no se hace nada.
La última década la asistencia Sanitaria de este país ha sido comprada por fondos de inversión extranjeros y cada año compran más.

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