

| | |
|---|---|
| <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>Felisa Sanchez Medina</p> |
| <p>¿Desea hacer público su nombre junto a su respuesta o mantenerlo confidencial (en cuyo caso se publicará como respuesta anónima)?</p> | <p>Público</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>Precio Especialidades Cuadro médico Centros asociados</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).

Desde mi experiencia como proveedor de servicio y médico especialista, me veo asiduamente en la obligación de dar información clara a los pacientes asegurados sobre las coberturas que tiene su póliza. Deduzco que por una falta de información clara recibida por parte de las aseguradoras sobre las limitaciones a las coberturas, cuadros médicos, accesibilidad, actos y servicios baremados incluidos, etc.

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).

Lo desconozco.

| | |
|---|---|
| <p>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).</p> | <p>Lo desconozco</p> |
| <p>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).</p> | <p>Las restricciones son necesarias.</p> <p>El problema estriba en cómo se incrementan los precios de las pólizas de seguro una vez se capta al cliente con campañas de publicidad agresivas y con precios que están muy por debajo del coste de la asistencia sanitaria que se pretende cubrir, por lo que el asegurado va asumiendo incrementos del coste del seguro en ocasiones muy por encima del IPC y otros determinantes económicos, pues partían de contratos "low cost", y todo ello a expensas exclusivamente de los honorarios abonados a los profesionales que prestamos y nos responsabilizamos de dar el servicio asistencial que vemos cómo el monopolio formado por las compañías (Todas) impone baremos absolutamente abusivos, no actualiza a la realidad de los costes asistenciales dichos baremos (a lo sumo ínfimos incrementos para excusar su posición de poder) y no admite ningún tipo de consenso o negociación con los profesionales prestadores del servicio.</p> |

| | |
|---|---|
| <p>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).</p> | <p>Lo desconozco</p> |
| <p>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).</p> | <p>Suele ser política habitual mantener los baremos de prestaciones sanitarias sin actualizar. Lo arreglan cambiando o ampliando el epígrafe del acto médico. P. Ej. en ginecología se fijan unos honorarios para actos quirúrgicos y con la incorporación de tecnología que requiere de inversión tecnológica, formación, instalaciones, etc el epígrafe que alude a los honorarios a percibir se amplía, manteniendo los mismos honorarios durante décadas ("ligadura tubárica" pasa a ser " ligadura tubárica por cualquier vía- laparotomía o laparoscopia" p ej)</p> |

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).

Todas funcionan igual.

Imposición de baremos en muchas ocasiones muy por debajo del coste del proceso asistencial e indignos.

Todo ello conlleva un mercado nada competitivo, pues las aseguradoras actúan como auténticos Cártels, lo que está generando una mala calidad asistencial, con listas de espera inasumibles, masificación y una atención deficiente, por incapacidad de mantener ciertos estándares de calidad asistencial.

| | |
|---|---|
| <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>Lo desconozco A tenor de la cada vez mayor oferta de pólizas de seguro médico a precios irrisorios, deduzco que hay nicho de mercado y que no deben establecerse muchas barreras de entrada a este mercado por parte de las Administraciones competentes</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>Lo desconozco</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).

No hay practicamente diferencias en tarifas, gestión ni operativa.
De ahí mi criterio de considerar inexistente la libre competencia en este mercado y que dichas compañías actúan como un Monopolio o Cártel

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).

No existen diferencias significativas.
Me remito a la respuesta que he dado a la pregunta anterior

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).

No se

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).

No se

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).

El factor más importante, sin ser el único por supuesto, es el Médico y su cualificación y experiencia.

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).

No se
Soy titular de mi propia consulta y no presto servicios a través de ningún grupo hospitalario.

| | |
|---|---|
| <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>No se. Soy titular de mi propia consulta y no presto servicios a través de ningún grupo hospitalario.</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>La Compañía establece unos baremos (se abonan unos honorarios según cada acto médico realizado) que acepta el profesional al inicio de la relación contractual. Pasan los años y la Compañía de Seguros modifica a su placer y conveniencia (incluso bajando honorarios o retirando el pago de honorarios al realizar actos médicos comunes que consideran incluidos en una tarifa tipo "todo incluido"), sin informar con antelación previa al prestador-profesional médico, quedando absolutamente abocado a mantener la relación contractual impuesta en el menos malo de los casos a expensas de aumentar y masificar la consulta para cubrir gastos o a darse de baja voluntaria como prestador de servicios en el peor de los casos. Siendo este, como he expuesto con anterioridad, el "modus operandi" de la inmensa mayoría de las compañías que operan en el ramo de la salud, estamos coaccionados a aceptar estas imposiciones porque la alternativa final es el cierre definitivo de las consultas privadas ya que, salvo honrosas excepciones, el mercado de la medicina privada opera en un 70-80% con Aseguradoras, por lo que el médico, sin capacidad para negociar condiciones contractuales dignas y razonables según los costes y responsabilidad asumida, se convierte en un "trabajador autónomo dependiente" (TRADE), quedando totalmente a merced de estas acciones imperantes, impuestas por el monopolio de las Aseguradoras que creo que vulneran flagrantemente la normativa y legislación sobre libre competencia, que entre otras paradojas, impide a los propios Colegios Médicos establecer o fijar baremos mínimos para garantizar una asistencia médica de calidad.</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).

Masificación de consultas

Pérdida de calidad asistencial: mayores tiempos de espera, disminuye el tiempo de atención al paciente.

Frustración y desconfianza en la relación médico-paciente, pues el primero debe informar y establecer las barreras de accesibilidad al paciente condicionadas por las coberturas de la póliza (de las que invariablemente no están debidamente informados), y el segundo traslada todas las dificultades e impedimentos de dicha accesibilidad al servicio médico solicitado a la mera voluntad del profesional médico.

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