

<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>Isidro José rivera vaquero</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, cobertura, calidad del servicio superior a la pública en trato en tiempo de consulta empleado . Rapidez. Confianza en el especialista. Instalaciones adecuadas y seguras</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).

Muy incomparables dada la cantidad de tipos de pólizas que hay.
Al estar los códigos de las compañías en manos de los hospitales. Restringen el acceso a los profesionales .

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).

Las coberturas no suelen ser claras y hay muchos supuestos que no se contemplan.
Al paciente no se le da información de que al médico se le restringe alguna prestación si quiere seguir en el cuadro medico

<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>No tengo una opinión clara al respecto</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 primas van creciendo mucho conforme el paciente se hace mayor hasta alcanzar niveles prohibitivos. Que inducen a pensar en que de alguna manera se quiere eliminar al paciente añoso. Que es el que debe estar más protegido pero que con una pensión de jubilación baja ya no puede asumirlo</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).**

Creo que se abusa de ello y de complica innecesariamente la burocracia con el fin de evitar pagos

**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).**

Difícil instauración dado que los códigos con los que pagan al médico están obsoletos desde los años 90 .
las nuevas técnicas no están codificadas . Dado que la negociación con los médicos está viciada por abuso de poder entre las compañías y los
hospitales. Los médicos no pueden negociar siendo parte fundamental... Por todo ello las nuevas técnicas o no están tarifadas o se tarifican a precios
que hacen inviable la aparición de nuevas técnicas. Salvo en hospitales de élite. Pero no llega al conjunto de poblacion

<p>8. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</p>	<p>En mi opinión los médicos están indefensos ante las compañías y los grupos hospitalarios. Que cada vez copan el mercado Prueba irrefutable de ello es que las tarifas de los médicos casi no han cambiado desde 1990 que es cuando se pactaron los códigos de actos... Las compañías basan su actividad en pagos ridículos por acto médico . Pero a sus clientes les actualizan las tarifas periódicamente. han aumentado en más de un millón las pólizas en estos dos años sobrecargando al sistema privado. Pero no han subido casi nada los honorarios . Esto hace que cada vez la calidad baje dado que el médico para tener una ganancia digna debe ver en el mismo tiempo a muchos más pacientes . Sustituyendose la exploración que debería tener su tiempo adecuado por técnicas complementarias Resonancias etc.</p>
<p>9. Valore el grado de competencia existente entre las compañías de seguros de asistencia sanitaria en España y justifique su respuesta (máximo 500 palabras).</p>	<p>Todas tienen tarifas parecidas .pólizas normales similares y pólizas mínimas de pocas prestaciones . Esas pólizas mínimas se pueden dar debido a que los pagos a los.profesionales sanitarios están casi congelados desde 1990. Las minipólizas ocupan casi todas las citas. Y cuando una póliza completa quiere citarse se encuentra con gran lista de espera.. Eso desincentiva las pólizas completas y más caras de algunas compañías. Dado que las que dan póliza barata bloquean todo. A la larga se desincentiva a las empresas que dan mejor servicio al paciente y mejor pago al profesional.</p>

<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.</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>Abusos en periodos de carencia. En mi opinión personal el modelo privado actual ha sido fagocitado por las grandes corporaciones hospitalarias que dan el mismo servicio a diferentes aseguradoras . El paciente lo sabe y el cambio entre compañías solo se suele hacer para bajar pagos. Por lo que se prima a las compañías que paguen menos a los profesionales. Esto es libre competencia y estaría bien si no fuera porque los profesionales no pueden de ninguna manera negociar precios y vienen completamente impuestos por las aseguradoras que desde una posición de dominio prácticamente no negocian desde hace más de 30 años con los profesionales .</p>

<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>Las diferencias están en las pólizas mini. Que sólo dan servicios de consulta. Pero no quirófanos. Esas consultas tiene tarifas mínimas al profesional. Que no puede negociarlas si quiere trabajar. Las pocas compañías que quieren dar mejor servicio y pago se encuentran en una posición de desventaja. Al no haber posición de igualdad entre compañías y profesionales en general.. no se puede conseguir una adecuada competencia entre compañías. Dado que siempre se benefician las que abusan más de su posición sobre los profesionales</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>Actualmente casi todas están realizadas en los pocos grupos hospitalarios que se han ido concentrando. Por lo que la competencia con los profesionales que tenían su consulta privada propia ha desaparecido. Las compañías de seguros quitaron un montón de códigos a la medicina privada. Privilegiando a los grandes grupos hospitalarios que acaparan casi todos los códigos..por eso la asistencia se ha concentrado en ellos y ha desaparecido la competencia</p>

<p>14. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</p>	<p>Actualmente la única competencia está entre dos o tres grupos hospitalarios. Que acaparan toda la actividad privada. Habiéndose conseguido entre aseguradoras y grupos hospitalarios eliminar toda competencia de médicos privados en su consulta privada Esto se ha conseguido retirando los códigos a un montón de profesionales Mediante diferentes excusas y dandoselas a los grupos hospitalarios Eliminando el poder de negociación del medico se ha conseguido que las compañías paguen tarifas ridículas que no tiene parangón en toda Europa y que los grupos hospitalarios tengan mano de obra barata.</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>Asumiendo que todos son partícipes del sistema de negociación de negociación entre profesionales médicos y compañías de seguros. Por lo que se aseguran mano de obra médica barata. Entre los diversos grupos hospitalarios en mi opinión existen muy pocas diferencias .</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>Mediante una política de primas muy bajas con seguros parciales . Se hqce necesario ver cada vez más pacientes por menos dinero. Por lo que los nuevos hospitales deben asumir una mayor carga que no se basa en mejor calidad sino en ver mayor número de pacientes . Esto dificulta la creación de hospitales nuevos de calidad</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 cantidad de dinero que se paga al profesional condiciona el número de pacientes que puede ver para conseguir un beneficio económico . Actualmente el precio es tan irrisorio que el tiempo por paciente es muy escaso. Bajando la calidad . Para mantener un diagnóstico bajando el tiempo se opta por un exceso de pruebas diagnósticas . Respecto a las cirugías . Su precio tan irreal hace que no compense el acto quirúrgico. La inclusión de técnicas modernas se limita al no estar negociadas ni aceptadas por las compañías. Y cuando lo están. El precio tan bajo al que obligan las compañías hace que la instauración de ellas se limite y retrase</p>

<p>18. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</p>	<p>La falta de una posición de igualdad en las negociaciones entre profesionales y compañías . La retirada de los códigos de las compañías a los profesionales independientes y su paso a los grupos hospitalarios ha hecho que la competencia en la medicina privada desaparezca . Actualmente la medicina privada se basa en profesionales mal pagados que ejercen de falsos autónomos. A cargo de los grupos hospitalarios . Se hace imposible la existencia de profesionales sanitarios independientes que den un servicio propio.. dado que las compañías aseguradoras no los aceptan. Dado que perturbarían la posición de dominio que tienen</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>Ciertamente. Las compañías de seguros dan los códigos a los hospitales y no a profesionales independientes de una manera que no es casual Se consigue anular la competencia extraña. Y conseguir profesionales a precios ridículos mediante una posición dominante y de abuso. Se hace muy difícil la aparición de nueva competencia dado el acaparamiento de poder existente</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>Creo que previamente ya lo he expuesto. Se ha obligado a los profesionales a exclusividad en los centros hospitalarios que concentran todos los códigos de ejercicio de las compañías aseguradoras. Eso evita competencia con profesionales liberales en sus cosnuy. Dado que se les hace difícil obtener códigos. Asimismo la concentración de grupos hospitalarios dificulta que los profesionales independientes tengan quirófanos. Dado que se les suele negar el acceso y es imposible para un profesional acceder a un quirófano</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 negociación es nula. Se trata de una imposición . Asimismo al haberse apoderado los grupos hospitalarios de los códigos de actuación, imposibilitan al médico que trabaja en esos hospitales y que se supone que es autónomo, a poder siquiera negociar dichos codigos. Prueba que esto lleva pasando desde hace muchos años es que los códigos que se están usando hoy en día datan de los años 90 es decir 30 años. Con subidas ridículas realizadas para disimular este aviso y no con la idea de corregir el desequilibrio . Los códigos existentes en los grupos hospitalarios se usan indiscriminadamente por ellos. Asignando un mismo código a diversos profesionales . Los códigos están inscritos en el ministerio de sanidad con un número concreto de colegiado. Es decir pertenecen a un profesional. Los hospitales los controlan. Asjudicandolos subjetivamente y anulando la posibilidad de negociacion entre el profesional que da el servicio y la compañía aseguradora.</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).

El servicio profesional se está dando con tarifas de los años 1990. Pero al consumidor se le suben anualmente las tarifas .
Las tarifas españolas si se comparan con las del resto de Europa son ridículas
Es evidente que si se sube la tarificación de actos médicos a precios actuales similares al resto de Europa. Los precios subirán. Pero también es cierto que estos precios están en relación con un abuso de poder y fallo en la competencia.
Actualizando tarifas se consigue una relación sin dominio. Y se favorece la calidad y competencia justa entre compañías que ahora no existe dado que todas se aprovechan de tarifas muy desfasadas .
Poniendo tarifas nuevas y actualizandolas se incorporarán nuevas técnicas . Se racionalizara el gasto en pruebas complementarias y las compañías que así lo hagan podrán bajar costes .

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

Hasta el momento actual se usan baremos de actos médicos desfasados.. y que incluso deben cubrir técnicas nuevas .eso lleva a la práctica de tener que poner códigos diferentes o varios códigos para conseguir que el precio del acto no esté por debajo del coste.
Desde siempre los profesionales queremos una negociación con las aseguradoras en igualdad. Y que luego sea la innovación . Gestión de recursos. Resultados. Iniciativas Etc. El que lleve a la mejor competencia entre todos. Nosotros Beneficiando al paciente