

<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>- El precio de las pólizas - El acceso a la asistencia sanitaria de forma más rápida que en los servicios públicos de salud.</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).

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).

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).

Es una manera de bien incrementar el coste global de las pólizas, hacerlas más atractivas desde el punto de vista comercial o convincentes para que el consumidor piense que obtiene un beneficio al contratar otro tipo de pólizas.

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).

**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).**

Las compañías miden el riesgo frente a sus ganancias, cuando el riesgo es elevado no solo rehusan la patología sino que además el proceso de alegaciones o queja para el asegurado es engorroso y casi siempre infructuoso.

**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).**

Si no son costo-efectivos es difícil que incorporen novedades, si es costoso sin duda es a costa de pagar unos honorarios muy bajos a los médicos y las clínicas.

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 mercado es de una enorme voracidad: seguros de salud vinculados a otros seguros y pólizas familiares por 30€/mes o menos mientras a los profesionales nos pagan 18€ la primera consulta, 9€ la segunda y la tercera no la pagan.

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).

La voracidad es tal que el cambio de compañía de salud se ha convertido en algo habitual y sencillo: el paciente se va a la que le mejore el precio.

<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>Sí existen. Varía en función de los colectivos, los centros médicos que ofrecen (algunos se consideran premium) o el tipo de intervenciones quirúrgicas que cubren. En general, los honorarios que pagan a los profesionales son muy parecidos.</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 compañías funcionan de manera muy similar para los consumidores porque ofrecen productos parecidos. Si bien la mayoría también trata igual de mal a los profesionales que prestamos servicios a sus pacientes.</p>

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

Las compañías a parte de pagar poco a los médicos no se sientan a negociar nuestros honorarios, rechazan los baremos con los que codificamos las cirugías de forma unilateral y no han actualizado los precios a razón del IPC

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).

A día de hoy hay tantas pólizas privadas de salud que dudo que haya clínicas o grupos que tengan que recurrir a prácticas agresivas de publicidad o venta contra la competencia.

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).

- Rapidez de acceso a consultas medicas, pruebas complementarias e intervenciones quirúrgicas
- Nivel de competencia, implicación y motivación de los profesionales
- Correcta gestión de clínicas y grupos hospitalarios.

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).

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).

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).

- La mayoría de profesionales no tiene contrato directo con las compañías sino con los centros/grupos hospitalarios por lo que no pueden negociar ni elegir sus honorarios.
- Las compañías, hasta ahora, no facilitan la negociación con los colectivos médicos
- A estos honorarios se les detrae la ganancia que estos grupos/hospitales negocian con el profesional.
- Las compañías prácticamente no han cambiado los honorarios desde hace treinta años, y en ningún caso han sido parejos al IPC
- Hay actos médicos que las compañías no reconocen/pagan
- A veces las compañías deciden unilateralmente no pagar una intervención quirúrgica o acto médico sin posibilidad para el profesional de cobrar por su trabajo asistiendo a los pacientes asegurados por estas compañías.

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).

De momento el único efecto que se percibe es que la competencia entre compañías es elevada a costa de tirar los precios, pero en ningún caso a repercutido en los honorarios de los profesionales porque no han negociado ninguna mejora tangible.

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