

<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>Cuadro médico de la compañía de seguros, mejor si hay libre elección del profesional al igual que libre elección de centros sanitarios. La relación entre precio del seguro y cobertura de la póliza de seguros: el equilibrio entre precio y la mayor cobertura posible. Ojo con las pólizas low cost que al final son una sorpresa para muchos de los pacientes y acaban pagando más por menos atención. La inmediatez en la atención.</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).

La claridad y la comparabilidad escasa o inexistente. De entrada los asegurados desconocen el término "cobertura" y creen que todo está incluido. No reciben información suficiente sobre las particularidades de las distintas pólizas y de los términos cobertura, copago, periodo de carencia, etc. Los datos que ofrecen las compañías aseguradoras en relación a los cuadros médicos y la cartera de servicios son muy imprecisos y, a veces, no veraces, todo ello encaminado a una agresiva captación de clientes.

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 desconozco. Nunca he contratado un seguro de asistencia sanitaria privado.

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).

No puedo opinar sobre este tema.

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).

Como todo "negocio", a las compañías no le interesan los asegurados que tienen enfermedades crónicas y que requieren una asistencia sanitaria más o menos frecuente. A estos pacientes o bien se les invita a abandonar la compañía o se les sube la póliza del seguro hasta que son ellos mismos los que deciden abandonar la compañía.

**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).**

Es injusto en muchas ocasiones y atienden a razones puramente mercantiles en la mayoría de casos.

**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).**

La mayor parte de estas técnicas o especialidades novedosas se encuentran excluidas (no cubiertas por la póliza) o restringidas a ser prestadas en centros muy concretos, negando la libre elección por parte de los asegurados.

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).

Muchas de ellas pactan precios, tanto de las pólizas como de los baremos con los que, injustamente, se pagan a los profesionales sanitarios. También hay acuerdos económicos entre las compañías y los grupos hospitalarios , dejando al margen a los profesionales sanitarios.

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).

Claro que las hay. Básicamente, las pólizas de reembolso ofrecen a los pacientes una mayor libertad y posibilidades de elección de centro y profesional sanitario, menor espera en la asistencia no urgente y probablemente una asistencia de mejor calidad que las pólizas de cobertura estándar.

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).

Claro que existen. Muchas compañías se niegan a incluir en sus cuadros médicos a nuevos profesionales. Éstos tienen que aceptar trabajar en condiciones desfavorables para los grupos hospitalarios que a su vez se han adueñado de las claves médicas y facturan los honorarios médicos de los profesionales. Estos profesionales son retribuidos por los grupos hospitalarios con unas tarifas muy inferiores (tras quedarse un porcentaje importante de los mismos honorarios ya de por sí bajos). Los honorarios profesionales abonados por los grupos hospitalarios nunca se actualizan ni se negocian. Los profesionales (verdaderos proveedores de los servicios de asistencia sanitaria) trabajan en muchas ocasiones como falsos autónomos. Existe una clara colusión entre compañías aseguradoras y grupos hospitalarios para mantener controlado al profesional sanitario y maximizar los beneficios de estas primeras a costa de las retribuciones de los últimos.

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).

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).

<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>Está claro que para la compañía aseguradora será más fácil en control de gastos y la maximización de beneficios, pero para el cliente esto supone un menor abanico de posibilidades en cuanto a la selección de centros y profesionales, menor libertad de elección de profesionales, dificulta la posibilidad de solicitar segundas o terceras opiniones, los centros hospitalarios no se ven en la necesidad de mantener una atención de alta calidad y actualizada puesto que no necesitan competir con otros centros y esto en definitiva afecta a la calidad de la asistencia.</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>Las tarifas, hasta el momento, no se negocian, SE IMPONEN de forma unilateral por las compañías de seguros. Se sigue pagando los mismos honorarios médicos que hace 30 años, en muchas ocasiones, a pesar de que la complejidad y la calidad de los servicios prestados a los asegurados han evolucionado enormemente (aumentando). No así los honorarios profesionales. No existe libertad para fijar tarifas. Además, no se respetan los acuerdos ni se actualizan los Nomenclators en el que se basan los baremos impuestos por las aseguradoras y que están completamente obsoletos, no aceptando tampoco la intervención de las sociedades científicas-OMC en la actualización de dichos Nomenclators.</p> <p>Por otra parte, muchos grupos hospitalarios se han adueñado de las claves médicas, bajo coacción y amenaza de impedirles el ejercicio a los profesionales sanitarios, para facturar los honorarios profesionales correspondientes. Estos grupos hospitalarios intentan obligar a los profesionales a constituir sociedades para diluir la responsabilidad del grupo hospitalario y por medio de estas sociedades se retribuyen los servicios a los profesionales, pero no con la ya escasa retribución por parte de las compañías, sino con cantidades sensiblemente inferiores, escudándose en los famosos "FORFAITS" en los que se incluyen los distintos procesos (en su mayor parte ya incluidos en el Nomenclator y baremados) y por medio de los cuales los grupos hospitalarios se adueñan de un porcentaje importante de los honorarios médicos. En definitiva, muchos profesionales están trabajando como "falsos autónomos" para estas sociedades y grupos hospitalarios.</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).

Las consecuencias de las malas prácticas de grupos hospitalarios y aseguradoras en cuanto a la relación con los profesionales son múltiples:

- Aumento de las listas de esperas para los pacientes de las aseguradoras que menos pagan o que no lo hacen.
- Disminución de la calidad de la asistencia, puesto que se trabaja a "volumen" para poder obtener unos ingresos mínimos y que sean más o menos rentables en relación al tiempo de dedicación.
- Los profesionales rechazan realizar aquellos procedimientos que por la injusta y baja remuneración, comparado con la complejidad y el riesgo asumido, no son rentables. (puesto que se está trasladando el riesgo asegurador a los profesionales sanitarios).
- Los pacientes no están recibiendo una atención de calidad y actualizada (muchas de las nuevas técnicas no están cubiertas por las pólizas y no pueden ser asumidas por los profesionales sanitarios "a pérdidas").

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

En el modelo actual, la libre competencia es, prácticamente, inexistente por el abuso de compañías y centros hospitalarios. Creo que deberíamos dirigirnos a un modelo basado más en las pólizas de reembolso, donde los profesionales y los centros hospitalarios puedan fijar sus tarifas con libertad y exista una verdadera competencia que regule esos precios. Además, este es el modelo que se impone en Europa y no el modelo actual de nuestro país que solo está presente aquí. Preguntémoslo por qué...