

<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>Buenos profesionales, medios tecnológicos y humanos acordes, tiempo para la consulta, remuneración adecuada a los profesionales, calidad del servicio y accesibilidad.</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 información suele ser escasa, suele existir un bombardeo de publicidad engañosa basándose en los "desde" y al hacer el cálculo sobre el sujeto y sus circunstancias concretas el precio sube mucho más.

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 información suele ser escasa, suele existir un bombardeo de publicidad engañosa basándose en los "desde" y al hacer el cálculo sobre el sujeto y sus circunstancias concretas el precio sube mucho más.

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 un abuso la aglutinación de los distintos seguros para promover ofertas, que deberían basarse más bien en la competitividad en cuanto a atraer a los mejores profesionales médicos, dotados de la mejor tecnología y apoyo de personal auxiliar para dar la mejor experiencia al paciente sin unos costes a la baja a consta de salarios ridículos para los médicos y otros profesionales que participan, y no en la aglutinación de pacs de seguros, que incluyen muchas veces servicios que el cliente en realidad no necesita y suponen un sobre coste adicional absurdo.

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).

Excluir las patologías previas supone una vergüenza en cuanto al servicio proporcionado al paciente, que muchas veces recurre a la sanidad privada justo cuando tiene un problema de salud que no se puede atender en tiempo y forma en la sanidad pública. Al final se abusa de la posición de vulnerabilidad del enfermo.

**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 más vergüenza aún que el apartado anterior. Mientras se paga religiosamente no hay problema, pero cuando el paciente tiene un problema es fácil que la compañía se acoja a alguna cláusula que no se presenta de forma clara en la información que se facilita al paciente antes de contratar la póliza.

**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).**

Creo que no debería suponer una subida automática de la cuota a pagar, debería darse la opción al paciente de aceptarla o rechazarla como ampliación de su cobertura y ajustar el precio que paga a dicha implantación o mantener lo anterior.

<p>8. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</p>	<p>Aunque para las compañías es más fácil trabajar por pólizas tipo vivimos en la era digital y debería ser posible ofertar una cartera de servicios personalizada a los clientes según sus necesidades. La subida abusiva de tarifas a los pacientes simplemente por el hecho de cumplir cierta edad o los pagos miserables de honorarios a los médicos, de los que se espera una atención inasumible bajo tales condiciones, y sobre la cual se ha creado una expectativa irreal previa al paciente mediante una publicidad engañosa, generan malestar tanto en pacientes como en profesionales sanitarios. Dignifiquemos las necesidades de los pacientes y dignifiquemos el trabajo de profesionales, de modo que no sean únicamente las empresas de seguro las beneficiadas, sino todo el sistema.</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>Existe poco margen, da la sensación de que tengan servicios y acuerdos pactados con pequeñas diferencias reales entre unas y otras, y grandes monopolios de clínicas y hospitales que limitan la libre competencia.</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).

Las grandes compañías parecen tener el sistema copado, y da la sensación de que no dejan lugar de entrada a nuevas fórmulas "a la carta" en la que pacientes y profesionales podrían verse más favorecidos.

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

El tema de la exclusión de las patologías previas es una lacra y vergüenza que no permite al usuario cambiar libremente según sus necesidades. Es como una especie de permanencia inmoral. Debería abolirse.

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).

Hay diferencias de tarifas según las prestaciones incluidas, los copagos necesarios, etc... Pero en global, por servicios similares los precios son muy parecidos. Da la sensación de un pacto de las compañías para que se mantenga esta falta de competitividad real.

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).

Hay muchísima diferencia en cuanto a instalaciones, aparataje, etc. Los precios para mismas coberturas son muy homogéneos.

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

Las compañías no deberían basar sus ingresos en captar pacientes sanos y excluir a personas enfermas, son Seguros de Salud!!!! Y mucho menos en explotar a los profesionales que trabajan para ellas.

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).

Poca competencia. Los grupos grandes acaparan clientes, dinero, tecnología... Los pequeños hacen lo que pueden. Pero muchas veces ni el servicio es mejor, ni el profesional que atiende es mejor, solo la envoltura del local, la decoración, la apariencia de los administrativos y personal intermedio. Esos grupos no luchan por captar el mejor talento profesional a través de unas retribuciones competitivas, y muchas veces se basan en el número de pacientes atendidos, y no en la calidad de la asistencia, para la cual el profesional necesita tiempo.

<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>Los grandes grupos controlan el mercado, por supuesto que es muy difícil para los pequeños entrar y competir.</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>Índices de curación o mejoría en las enfermedades, impacto en mantener la calidad de vida de los pacientes, tanto en tratamiento como en prevención de dolencias; Profesionalidad de los médicos, medios materiales y humanos para poder ejercerla (tiempo para atender al paciente, entornos físicos adecuados, tecnología), Accesibilidad de los pacientes (en tiempos de espera, en sentido físico, calidad de las instalaciones, personal que recepción y facilita procesos y trámites) Relación coste-beneficio tanto del paciente, como de los profesionales y el conjunto de la sociedad. Valoración de la experiencia del paciente en relación al coste de la atención.</p>

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).

Por supuesto. Los grandes monopolios limitan el acceso a otros proveedores más pequeños sin la misma capacidad de publicidad o tecnológica.

<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>El paciente es sofronzado por muchos de estos grandes grupos en una serie de elementos propagandísticos que muchas veces quedan lejos del servicio final ofertado por las mismas, en gran medida por la baja remuneración de los profesionales sanitarios, que lleva a un gran recambio de personal, siendo imposible un seguimiento a largo plazo del paciente que, por supuesto tiene un impacto directo en su salud</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>Es simplemente una vergüenza el poder de las compañías en las negociaciones con los profesionales a los que someten a la más absoluta tiranía de unos baremos irrisorios congelados desde hace 30 años.</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).

Los profesionales están atrapados, no tienen capacidad alguna de negociación y difícilmente pueden producir un impacto en la mejor atención al paciente. Los grupos y compañías, pagando sumas ridículas por los servicios médicos, obligan a los profesionales a masificar consultas para que estas les resulten rentables. En muchas ocasiones, si el médico no quiere ver tantos pacientes para proporcionar un mejor servicio, a pesar de su detrimento económico, ya que en la mayoría de las ocasiones el profesional está trabajando como un "falso autónomo", ahorrando los costes salariales a las empresas, el hospital o clínica prefiere prescindir de dicho profesional porque "no le resulta rentable". Es un sistema esclavista en el que se ofrece al paciente finalmente un servicio muy inferior a lo que se le vende en la publicidad.

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