

<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>Precio y cobertura</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).

No son del todo claros con el alcance de la cobertura. Muchos hablan de cobertura completa, pero hay numerosísimos actos que no se encuentran en el baremo que ofrecen al cuadro médico, por lo que han de abonarse a parte, ya que la aseguradora no contempla abonar dicho acto al médico. De cualquier modo, lo más grave es que muchos Dan a entender que es la aseguradora quien ofrece el servicio médico, cuando la aseguradora es únicamente un intermediario entre el paciente y el médico que le presta el servicio.

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).

De igual modo, los contratos no hablan de que algunos actos tendrán que ser abonados. Así mismo, tampoco hablan de que los tiempos de espera de cita, tiempos de consulta o tipo de asistencia al paciente asegurado en ocasiones ha de ser diferente al paciente privado, dado que los baremos actuales no cubren costes al profesional en consultas superiores a 10-15 minutos, o que requieran técnicas de tecnología avanzada.

<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>Sin duda, puede confundir y afectar a la hora de la contratación</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>No tengo conocimientos al respecto</p>

6. Valore la aplicación del rehusé (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).

En el caso de la salud es un tema moralmente complicado. Muchas veces el rehusé es decidido por una dirección médica que no es especialista en la patología por la que el paciente solicita la autorización, resultando en ocasiones polémico e injusto.

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).

Rara vez se contempla la incorporación de una nueva técnica, y si es así es un proceso que se suele demorar muchos años desde el inicio de su aplicación

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).

Desde el punto de vista del profesional, la competencia es realmente baja. Todas las principales ofrecen baremos similares, muy a la baja, que nos limitan a la hora de decantarnos por trabajar más con alguna de ellas.

<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>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>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).

Las diferencias no parecen significativas. Las pocas que existen se deben a la existencia de copagos o a la facilidad de atención al asegurado por el servicio comercial, poco más.

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).

Las compañías que han desarrollado sus propios puntos de asistencia, fundamentalmente ASISA con Hospitales HLA, limitan mucho la asistencia fuera de sus centros propios. Y en algunas ciudades estos centros asistenciales propios dejan mucho que desear o tienen cadencias en algunas especialidades, dejando al asegurado en desventaja respecto a otras compañías.

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).

Sí empieza a existir un adecuado nivel de competencia, ya que empiezan a proliferar en la mayoría de ciudades, y hay lucha por el mercado

<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>Desconozco</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>Correcta organización por especialidades médicas. Equipos médicos equilibrados con experiencia y capacitaciones reales acreditadas. Existencia de unidades médicas subespecializadas. Instalaciones adecuadas. Equipamiento actualizado. Fácil acceso de atención al paciente. Tiempos de espera razonables</p>

<p>18. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</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>Sin ninguna duda. Entre aseguradoras y grupos hospitalarios son los que marcan los baremos de los actos médicos, los cuales están calculados a la baja, ya que los hospitales facturan a volumen, con gran volumen de consulta de baja duración y mucho volumen de cirugía y hospitalización, que es de donde realmente ganan dinero.</p> <p>Al extrapolar estos baremos al profesional independiente, en su consulta privada, se hace insostenible cubrir costes si se quiere dedicar 20 o 30 minutos a un paciente, o si se quiere mejorar la calidad asistencial adquiriendo nuevos dispositivos médicos, ya que estos no se pueden amortizar. La medicina de consulta de médico privado fuera de hospital, a través de compañía aseguradora, ha pasado a ser inviable.</p> <p>Se podrá observar, todas las clínicas o consultas que abren nuevas son aquellas que ofrecen servicios que no cubren la aseguradoras: clínicas de reproducción, cirugía plástica, estética....</p> <p>En especialidades médicas perduran únicamente los profesionales que por su experiencia y trayectoria tienen un volumen de pacientes privados sin aseguradora que les permite subsistir. Sin embargo, más allá de los grupos hospitalarios, es fácil apreciar que no se abren nuevas consultas de pediatría, medicina general, etc. que trabajen con aseguradoras, fundamentalmente porque no son rentables.</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>La calidad se ve mermada, ya que la posibilidad del paciente contactar directamente con su médico se ve limitada. El grupo hospitalario tiene muy en cuenta que el paciente ha de ser atendido por el hospital, y no por el médico, para que en caso de que esté cambie de centro asistencial, el paciente no pueda seguirlo. Se trata pues de una asistencia mucho menos personalizada.</p> <p>Así mismo, al trabajar a volumen los tiempos de consulta son menores, y los tiempos de espera para cita mucho mayores.</p> <p>También hay que tener en cuenta, que dado al gran volumen, y las condiciones económicas, muchas veces injustas, que los grupos suelen ofrecer a los profesionales, estos suelen nutrirse de especialistas con poca experiencia, la mayoría de veces con la formación recién terminada, suponiendo una limitación a 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>Directamente no existe. No se contemplan subidas de baremo, y la posibilidad de negociación de baremo de un acto médico en concreto es algo extremadamente excepcional.</p> <p>El hecho de pedir actualizaciones de baremo incomoda, y deja señalado al profesional, lo cual ha supuesto en innumerables ocasiones la decisión de la aseguradora de no renovar la colaboración con el profesional y dejarlo fuera del cuadro médico, ya que no tenemos ninguna protección al respecto.</p> <p>El temor a estas rupturas unilaterales hace que nos veamos muy limitados a la hora de negociar, que pueden poner en un gran compromiso la viabilidad de la clínica o consulta.</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).

No existen negociaciones, la aseguradora nos impone un baremo extremadamente bajo, el cual prácticamente no ha subido nada en los últimos 30 años, lo cual les permite tener margen para poder ofertar pólizas cada vez más bajas, a costa del profesional.

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