

<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 cuadro médico, demora</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).

Alcance, cuadro médico ,coberturas y centros adscritos

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).

Precio
Cobertura

<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>Nefasta, la póliza de salud debe ser única</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>La normativa no controla los honorarios médicos siendo un despropósito</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).**

Es indignante después de pagar la póliza durante años cuando más la necesitas rehusen al paciente cuando ya no es rentable

**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).**

Todas las pólizas deben tener incluidas todas las mejoras que salen después de firmar la póliza

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

Sin comentario

9. Valore el grado de competencia existente entre las compañías de seguros de asistencia sanitaria en España y justifique su respuesta (máximo 500 palabras).

La competencia es nula porque el mercado está controlado por unas cuantas y las emergentes apenas tienen margen de maniobra

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 barreras son reales por el monopolio

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

Solo esperar el vencimiento de la misma

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).

Por supuesto hay compañías que tiran los precios rompiendo así el mercado, las llamadas low cost que lo que consiguen es maximizar la consulta privada y el profesional no recibe remuneración correspondiente al trabajo realizado

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).

Por supuesto que si, con la Aparición de las compañías de bajo coste, la sanidad privada se ha masificado y los usuarios tienen larga lista de esperas. desconocen sus derechos queriendo asistir al médico todas las veces que considere cuando eso no es lo que pone en la letra pequeña

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).

Los grupos hospitalarios atienden mejor a los pacientes privados sin seguro médico que aquellos que tienen contratada póliza incrementando las listas de esperar El pago al profesional en los grupos hospitalarios está condicionado a las tarifas que negocia el grupo, al pago de la gestión y a los distintos jefes de servicio por lo tanto el profesional recibe una ínfima parte de lo poco que ya paga la compañías los grupos hospitalarios tiene monopolizados los cupos de las aseguradoras sin margen de maniobra para los profesiones establecerse por su cuenta .

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).

No existen barreras

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).

Cuadro médico, las instalaciones y la demora

<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>Quando un profesional quiere realizar la apertura de un nuevo centro sanitario o consulta privada no puede acceder a las compañías ya que el cupo por especialidades lo tienen con sus propias clínicas o con los grandes grupos hospitalarios, quedando así los médicos más veteranos con las consultas privadas. El joven profesional se ve abocado a trabajar para los grandes grupos hospitalarios o policlínicas de cada aseguradora., ya que la apertura de su propia clínica con todos los gastos que eso conlleva (enfermera, local, mantenimiento, aparátate, hipoteca o alquiler, suministros...) y el escaso remuneración por parte de las compañías hacen imposibilidad la rentabilidad de la misma</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).

El efecto es muy perjudicial tanto para el paciente como para el profesional, ambos salen perdiendo. Las compañías negocian con los grupos las tarifas sin tener en cuenta la actualización del IPC (llevas 25 años actualizando de forma ridículamente los baremos)

Profesional: escasa remuneración, largas consultas con escaso tiempo para los pacientes, obligando a trabajar a volumen para poder llegar a un sueldo digno

Paciente: largas esperar, constantes cambios en el cuadro médico y sensación de abandono

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).

Las negociaciones entre el profesional y las compañías es inexistente. La compañía establece y profesional no tiene margen de negociar

Las negociaciones de las compañías y los grupos hospitalarios, son beneficiosas para ambas partes debido al volumen. Sin embargo el profesional recibe una remuneración mínima no viéndose beneficiado de la negociación

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).

Estas negociaciones el consumidor las desconoce, el solo sabe que paga su mensualidad y que tiene derecho al acceso directo y cuántas veces necesita al profesional, sin saber que muchas de esas visitas no son remuneradas debido a la repetición
El consumidor está ajeno al pago ridículo o nulo de las visitas al profesional

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