

<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>Para el consumidor seguramente sea el precio, sin embargo posiblemente un precio bajo va en detrimento de la calidad asistencial y conlleva bajas tarifas y remuneraciones para los profesionales.</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).

Es prácticamente inexistente la posibilidad de comparación, la transparencia debería incluir la remuneración a los médicos producto de cada consulta.

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).

Es muy limitada y la letra pequeña no permite fáciles comparaciones, aún así considero que las coberturas a pesar de los precios son amplias. Pero esto tiene una grave consecuencias y es que ese bajo precio traslada su peso al profesional.

<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>Confunden y desvían al paciente a duplicar servicios contratados, ofreciendo precios "bajos" en todas las pólizas para compensar sus costes, que luego no se trasladan a los profesionales que cubren los servicios</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>Creo que la protección al asegurado no es el mayor problema, debe existir una protección a los responsables de la atención que aseguró que los bajos costes de los seguros no repercutan en el profesional.</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).

Básicamente es la ley que entre bomberos no se tocan las mangueras. Es como no me afectes y no te afectaré. Parte de la trampa de que te hacen contratar servicios duplicados que luego no se cubren entre ellos.

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).

Poca actualización real en el sentido. Asumen que la cualificación de los profesionales debe incluir esos servicios sin que eso repercuta en un aumento de la póliza y en los baremos de pago a los profesionales, juegan con la ética del profesional que tiende a no negar tratamientos necesarios a pesar de que no estén codificados, a veces a pérdida a veces facturando servicios equivalentes pero no necesariamente los correspondientes a la realidad.

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).

Creo que hay un acuerdo de fijación de precios entre ellas que no permite se actualicen los baremos de los profesionales al.mantener pólizas fundamentalmente entre la.poblacion que teóricamente menos usa y menos costosa es al.usar las pólizas. Hay una hegemonía entre adeslas y asisa con escasa competencia por parte de dkv sanitas y mapfre con un mercado residual de las otras compañías.

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).

Desconozco las barreras jurídicas pero mantener acuerdos cuando hay un poco mercado y ese compañía también paga muy mal puede salir a perdidas. Quizá el mayor obstaculo es la distorsión del mercado.

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

Siempre te aplicaran preexistencias de patologías en teoría cubiertas por la compañía que te atendía. Eso frena el cambio de compañía de muchos pacientes que ven aumentos desproporcionados de sus pólizas en la medida que envejecen o tienen patologías activas que luego otra compañía no cubrirán y seguramente a un costo similar a las pólizas que quiere abandonar.

<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>Escasas diferencias. Ya luego es el juego de las promociones temporales que son solo eso ganchos publicitarios que desvían a los clientes a las compañías que tienen músculo financiero para hacerlas</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>Pocas diferencias, quizá la mayor diferencia está en servicios complementarios y poco utilizados pero muchas veces necesarios en ciertos pacientes como rehabilitación terapia respiratoria. Dispositivos endovasculares, además las pólizas suelen excluir nuevos tratamientos.</p>

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).

Aquí si que hay más competencia. Suele ser alta, pero muchas veces entre grupos hospitalarios los profesionales se comparten por que hay escasos profesionales dispuestos a asumir los bajos costes de sus servicios sea el hospital que sea las diferencias suelen ser escasas y en general se termina obligado a trabajar por volumen para ser rentable.

<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 esos obstáculos pero diría que son prácticamente inexistentes. Yo creo que la mayoría, si no todos los seguros tienen acuerdos con los principales grupos hospitalarios. Lo cual no implica directamente con los profesionales, a veces se da la circunstancia que un seguro exige la atención de sus pacientes a través de un profesional específico y no otros</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>Accesibilidad, satisfacción del cliente a la par que de los profesionales que prestan los servicios, tiempo de espera, resolución y tiempos de resolución de los problemas</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>Totalmente se crean acuerdos de precios cerrados de servicios a veces sin tener en cuenta la opinión de los profesionales que Al final prestarán los servicios. Eso hace que luego la competencia sea muy difícil por que grupos pequeños no pueden compensar bajos costos con otras actividades facturadas por ejemplo pruebas complementarias.</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).

Los cuadros médicos cerrados de mutuas como isfas muface mujeju por acuerdos directos de las compañías con esos médicos empresas médicas o grupos hospitalarios rompen la competencia y la posibilidad de libre elección. Esos profesionales que optan por sus intereses particulares rompen el equilibrio y la necesidad de buenas prácticas no limitadas por costos que terminan imponiendo esos acuerdos por que conscientemente se pueden limitar servicios para ganar más de los pagos ya hechos o globales acordados.

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).

En ciertas provincias existe pero eso crea guetos de profesionales que tienen acceso directo a los directivos para establecer cuadros médicos exclusivos o concertar capitas de pago único por población que lleva a lo dicho limitar servicios por parte de los profesionales o grupos hospitalarios en otras provincias esa capacidad de negociación es nula.

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).

Esta explicado. La compañía siempre adjudicará a quien lo haga por menos y esté como compensacion tendrá todo el volumen al pactar exclusividad. Lo justo es que los profesionales pudieran fijar sus baremos dentro de un manual de normas de buenas prácticas quizá entre asociaciones pero que en todo caso aseguren su actualización,,no como ahora que no se actualizan a cifras reales desde hace décadas.

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