

<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>Los factores más determinantes, en este orden, para los consumidores a la hora de elegir un seguro de asistencia sanitaria son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Precio: el coste de la póliza es uno de los principales factores que influyen en la decisión del consumidor. Los usuarios buscan un equilibrio entre la calidad del servicio y el precio que están dispuestos a pagar. 2. Coberturas y copagos: las coberturas son otro aspecto fundamental a tener en cuenta por el consumidor. Es importante que la póliza cubra las necesidades médicas del usuario y que tenga unos copagos razonables. 3. Especialidades médicas: los usuarios buscan un seguro que les ofrezca una amplia variedad de especialidades médicas, para poder acceder a los profesionales más adecuados según sus necesidades. 4. Instalaciones y centros sanitarios: la calidad de las instalaciones y centros sanitarios también es un factor a tener en cuenta para los consumidores. Es importante que el seguro ofrezca acceso a centros modernos y bien equipados. 5. Cuadro médico: el cuadro médico es otro factor clave para los usuarios, ya que quieren tener acceso a profesionales de confianza y con experiencia. 6. Calidad del servicio: por último, la calidad del servicio prestado por la aseguradora es también un factor importante para los usuarios. Buscan una compañía que les ofrezca una atención personalizada y eficiente, con un buen servicio de atención al cliente. <p>En definitiva, son varios los factores que influyen en la elección del seguro de asistencia sanitaria por parte de los consumidores. La combinación adecuada de todos ellos es lo que hace que un seguro sea más o menos atractivo para el usuario.</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).

Precontractualmente, el consumidor se fija en las condiciones y en la información que aparece en Internet sobre cada compañía. No existe claridad ni comparabilidad. La información precontractual es tan genérica que no te permite saber que es lo que cubre. En conclusión, aunque en general la información precontractual proporcionada por las aseguradoras no es clara ni detallada, es importante que se sigan mejorando los procesos para garantizar la accesibilidad y comparabilidad entre distintas ofertas. Esto permitiría a los usuarios tomar una decisión informada sobre qué seguro contratar, teniendo en cuenta sus necesidades y preferencias personales.

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).

No existe información muy clara lo que genera al paciente muchas dudas sobre la cobertura llevando al profesional a tener que llamar a la compañía para hacer la consulta. Es importante que se sigan mejorando los procesos para garantizar la accesibilidad y claridad de las coberturas y condiciones. Esto permitiría a los usuarios tomar una decisión informada sobre qué seguro contratar, teniendo en cuenta sus necesidades.

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).

Lo que más prima en la contratación de varias pólizas por un mismo cliente. Esto genera una gran confusión en los pacientes porque no sabe que es lo que han contratado. Por tanto, el efecto de la comercialización cruzada es negativo.

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).

No hay ninguna restricción en la normativa que proteja al asegurado por lo que la compañía tiene la total libertad de admitir o no o de causar su baja. La normativa aplicable en cuanto a la contratación del seguro de asistencia sanitaria tiene como objetivo proteger los derechos y garantías de los usuarios. En este sentido, es importante que las normas sean claras y precisas, y que no existan restricciones injustificadas o desproporcionadas que limiten el acceso a los servicios sanitarios.

En cuanto a los aspectos a mejorar en dicha normativa, es importante seguir trabajando en la protección del asegurado. Esto incluye garantizar el acceso a servicios médicos de calidad, así como una atención personalizada y adecuada a las necesidades de cada usuario. También es importante mejorar la transparencia y accesibilidad de la información contractual y precontractual, para que los usuarios puedan tomar decisiones informadas sobre qué seguro contratar.

Además, es fundamental que las normas garanticen la igualdad de trato entre los usuarios, independientemente de su condición social o económica. Esto incluye evitar prácticas discriminatorias en la contratación del seguro de asistencia sanitaria y garantizar el acceso a servicios médicos de calidad para todos los usuarios.

Es importante seguir trabajando en mejorar la protección del asegurado y garantizar el acceso a servicios médicos de calidad para todos los usuarios. Además, es fundamental mejorar la transparencia y accesibilidad de la información contractual y precontractual para que los usuarios puedan tomar decisiones informadas sobre qué seguro contratar.

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).

Tenemos conocimiento de que cuando un paciente tiene una lesión crónica, normalmente esta lesión es excluida del seguro. Normalmente excluyen no sólo esta lesión sino otras muchas que puedan tener relación. A nuestro juicio esto no es congruente, ya que, si es este el problema de salud del paciente, lo normal es que exista una recidiva en alguna ocasión.

La compañía aseguradora debe explicar claramente las razones por las que se ha tomado la decisión de rehusar el pago del siniestro, así como proporcionar al asegurado toda la información necesaria para entender por qué su reclamación ha sido rechazada. Además, es importante que se respeten los plazos y procedimientos establecidos por la normativa aplicable en materia de seguros.

Por otro lado, es necesario que existan mecanismos efectivos de reclamación y apelación que permitan al asegurado impugnar la decisión de rehusar el pago del siniestro en caso de considerarla injusta o desproporcionada. En este sentido, es importante que la compañía aseguradora proporcione al asegurado información clara y precisa sobre los procedimientos a seguir en caso de querer reclamar frente a la decisión.

En conclusión, aunque la aplicación del rehúse de siniestros es una práctica común en el sector asegurador, es importante que se lleve a cabo de manera justa y transparente para garantizar la protección del asegurado. Esto implica proporcionar al asegurado toda la información necesaria para entender por qué su reclamación ha sido rechazada y establecer mecanismos de reclamación y apelación que permitan impugnar la decisión en caso de considerarla injusta o desproporcionada.

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).

Sí, genera polémica en el paciente porque el tratamiento cubierto está obsoleto. Los nuevos tratamientos son más caros y no entran en la cobertura.

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

NS NC

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 gran competencia que existe entre aseguradoras no redundará en el beneficio del paciente ni en el del profesional porque satura las consultas.

<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>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>El coste, las limitaciones y la dificultad de cambiar de un seguro de asistencia sanitaria a otro seguro de otra compañía pueden variar dependiendo de diversos factores, como la edad del asegurado, su historial médico, el tipo de cobertura que se desea contratar y las condiciones establecidas en la póliza.</p> <p>En cuanto al coste, es importante tener en cuenta que cambiar de un seguro de asistencia sanitaria a otro puede implicar el pago de nuevas primas y la existencia de periodos de carencia que pueden limitar el acceso a ciertos servicios médicos durante un tiempo determinado. Además, es posible que se deba pagar una penalización por cancelación anticipada si se decide cambiar de compañía antes del vencimiento de la póliza.</p> <p>En cuanto a las limitaciones, es importante tener en cuenta que algunas compañías aseguradoras pueden establecer restricciones para aceptar nuevos asegurados o para cubrir ciertos tratamientos o enfermedades preexistentes. Además, es posible que se deba pasar por un proceso de evaluación médica antes de ser aceptado en la nueva póliza, lo cual puede restringir el acceso a ciertos servicios médicos.</p> <p>Por otro lado, la dificultad para cambiar de un seguro de asistencia sanitaria a otro puede depender del grado de complejidad del proceso. En algunos casos, puede ser necesario recopilar una gran cantidad de documentación médica y realizar trámites burocráticos que pueden resultar complicados y llevar tiempo. Además, es posible que sea necesario cancelar la antigua póliza y contratar una nueva en un plazo determinado para evitar perder la cobertura médica.</p> <p>En conclusión, aunque el coste, las limitaciones y la dificultad para cambiar de un seguro de asistencia sanitaria a otro pueden variar dependiendo de diversos factores, es importante tener en cuenta que este proceso puede implicar el pago de nuevas primas, la existencia de periodos de carencia y la posibilidad de tener que pagar una penalización por cancelación anticipada. Además, algunas compañías aseguradoras pueden establecer restricciones para aceptar nuevos asegurados o para cubrir ciertos tratamientos o enfermedades preexistentes, lo cual puede limitar el acceso a ciertos servicios médicos. Por último, es posible que el proceso de cambio resulte complicado y lleve tiempo debido a los trámites burocráticos y la necesidad de recopilar documentación médica.</p>

<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>Para un mismo perfil de asegurado con las mismas coberturas si existe una tarifa muy similar entre las diferentes aseguradoras.</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>No existen diferencias significativas y un mismo servicio tiene prácticamente el mismo precio, salvo que contrate la tarifa de reembolso que permiten mayor libertad de elección profesional, lo que hace que el seguro, en estas condiciones, sea elitista.</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).

Existe una gran competencia pero sí que existen diferencias entre los diferentes centros de salud.

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).

Hemos podido comprobar que en los centros pertenecientes a grupos hospitalarios es imposible entrar cuando ya hay un proveedor del mismo servicio. Incluso existen centros que intentan contratar al mismo proveedor en los diferentes centros de su grupo y no se lo permiten.

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).

Tratándose de salud, es muy importante que no haya demoras ni listas de espera. Además, los servicios sanitarios deben realizar un servicio de calidad mediante profesionales capacitados con formación actualizada y experiencia. Además, otro factor importante es la empatía hacia el paciente. Los consumidores de estos servicios son pacientes, no clientes. En base a esto debería regirse el trato que dan las aseguradoras. Además, es muy importante la imagen del centro sanitario y que cuente con toda la tecnología que pueda ofrecer más novedosa.

<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>En el caso de la podología es evidente. Hay compañías aseguradoras que usan como único proveedor a una marca franquiciada de podología. Según las aseguradoras, de esto modo pueden ofrecer el mismo servicio en todos los centros. Consideramos que esta afirmación no es cierta puesto que cada profesional es único y no hay 2 podólogos que trabajen igual o que tengan los mismos criterios. Además, la marca franquiciada no factura por sí misma, sino que se trata de un nombre comercial y cada clínica tiene su facultativo titular.</p> <p>Las relaciones verticales entre compañías aseguradoras y centros de salud/grupos hospitalarios pueden afectar el acceso al mercado de nuevos proveedores de servicios sanitarios de diversas maneras.</p> <p>Por un lado, las compañías aseguradoras pueden tener acuerdos exclusivos con ciertos centros de salud o grupos hospitalarios, lo que limita la competencia y el acceso al mercado a nuevos proveedores. Esto puede dificultar que los nuevos proveedores ingresen al mercado y se establezcan como alternativas viables para los pacientes.</p> <p>Por otro lado, las compañías aseguradoras pueden tener acuerdos preferenciales con ciertos centros de salud o grupos hospitalarios, lo que puede llevar a una discriminación positiva hacia estos proveedores en detrimento de otros proveedores. Esto puede limitar la capacidad de los nuevos proveedores para competir en igualdad de condiciones en el mercado y ofrecer sus servicios a los pacientes.</p> <p>Además, las relaciones verticales también pueden influir en la calidad de los servicios sanitarios que se ofrecen a los pacientes. Si una compañía aseguradora tiene un acuerdo exclusivo o preferencial con un centro de salud o grupo hospitalario, puede ser menos propensa a exigir altos estándares de calidad y puede ser más permisiva con respecto a cualquier problema que surja con el proveedor seleccionado. Esto puede afectar negativamente la calidad del servicio que reciben los pacientes.</p> <p>En conclusión, las relaciones verticales entre compañías aseguradoras y centros de salud/grupos hospitalarios pueden tener un impacto significativo en el acceso al mercado de nuevos proveedores de servicios sanitarios. Pueden limitar la competencia y la capacidad de los nuevos proveedores para ingresar al mercado y ofrecer sus servicios a los pacientes. Además, estas relaciones también pueden influir en la calidad de los servicios sanitarios que se ofrecen a los pacientes.</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).

Influye muy negativamente ya que provoca que los pacientes vayan direccionados a un coste extra. En nuestra profesión esto es muy claro ya que la cobertura es escasa. El hecho de que las aseguradoras trabajen en exclusiva con un sólo proveedor deriva en que el diagnóstico esté cubierto pero el tratamiento no, lo que lleva al paciente a realizar también éste (por ejemplo plantillas) con ese mismo proveedor. En podología destaca que hay un grupo del que es imposible desbancar en las negociaciones.

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).

Estos seguros normalmente sólo cubren la quiropodia en podología. Las tarifas son negociables con muy estrecho margen. Las compañías alegan que ellas derivan muchas asistencias. Algunas han incluido el tratamiento de las verrugas pero con un precio cerrado por proceso 5 o 6 veces más económico que de forma privada. Lo mismo ocurre con la uña incarnada en consulta. Es decir, del nomenclátor podológico elaborado por este Consejo, poco o muy poco podemos desarrollar dentro de las compañías. Esto conlleva a que el paciente busque otro profesional sanitario que le asista y cuyo seguro si le cubra el servicio. El centro sanitario se encuentra en condiciones de inferioridad y las condiciones vienen preestablecidas por la compañía.

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).

Como colectivo siempre intentamos transmitir que debemos realizar un buen servicio y promulgar la seguridad del paciente. El bajo coste del servicio que se abona por la aseguradora al profesional, repercute directamente en la atención que se le presta al paciente al ser necesario asistir a más pacientes para poder cubrir gastos, lo que genera la saturación de las agendas.

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