

<p><b>¿En calidad de qué o en representación de quién participa en esta consulta pública?</b></p>	<p>Profesionales de servicios sanitarios (Asociaciones y profesionales)</p>
<p><b>Nombre completo (del particular o de la institución representada)</b></p>	<p>[CONFIDENCIAL]</p>
<p><b>¿Desea hacer público su nombre junto a su respuesta o mantenerlo confidencial (en cuyo caso se publicará como respuesta anónima)?</b></p>	<p>Confidencial</p>
<p><b>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).</b></p>	<p>por orden: cuadro medico, calidad del servicio, coberturas y precios</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).**

Acceptable dado que las compañías siguen una guía de buenas prácticas ofreciendo la información por apartados similares en todas ellas

**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).**

Actualmente es buena por seguir las diferentes compañías la guía de buenas prácticas y ofrecer la información en apartados similares para todas

**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).**

Perjudica dado que tienes que aceptar el seguro que te ofrecen para poder acceder al producto que te interesa

**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).**

si, las mas importantes son la edad y patologías previas aunque esten ya resueltas y que hacen que no te cubran problems futuros en esa zona anatómica

**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).**

Muchas veces no esta justificada, ya que se ignoran los informes médicos favorables.

**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).**

Si no estan incluidos en la póliza suelen correr los gastos a cargo del asegurado

**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).**

Mucha y va en aumento, sólo hay que mirar los diferentes tipos de pólizas low cost que van ofreciendo unas y otras, cada vez más baratas y que pretenden atraer a los asegurados de las otras compañías para incrementar su cuota de mercado

**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).**

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

una de las limitaciones es la edad a la hora del cambio. Si eres mayor te subiran el preciom si has tenido durante la vigencia de tu seguro alguna patologia , el siguiente no te cubrira nada que pueda estar en el area anatomca del problema

**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).**

**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).**

**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).**

**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).**

**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).**

Grado de satisfacción de los asegurados, rapidez en el acceso a citas de consulta, pruebas o tratamiento, Calidad del servicio

**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).**

Si, afectaría a profesionales sanitarios que tengan centro propio y quieran empezar como autonomos sin trabajar para un grupo hospitalaro

<p><b>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).</b></p>	
<p><b>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).</b></p>	<p>En el caso de profesionales sanitarios con centro propio las negociaciones con las empresas aseguradoras prácticamente no existen. Tienes que aceptar los baremos que ellas imponen de forma unilateral y que no se actualizan desde hace años según el IPC. Si pretendes negociar, y al estar obligado por ellas a hacerlo de forma individual, corres el riesgo de ser expulsado del cuadro médico si no aceptas sus condiciones. En 1995 los baremos eran aceptables. En la actualidad son vergonzosos. En mi especialidad que es Medicina física y Rehabilitación, el precio de las consultas oscila según las compañías de 13 euros a 18; las revisiones unos 7 euros, teniendo en cuenta que las compañías sólo abonan una consulta y revisión al mes, Si el consumidor necesita alguna revisión más, no la abonan, es gratis, Las sesiones de tratamiento oscilan entre 5 y 7 euros.</p> <p>No obstante hay compañías que actúan a la hora de los pagos siguiendo otros criterios;</p> <p>ASISA en 2011 decidió pasar a hacer un pago capitativo fijo mensual (a la baja con respecto a lo que se facturaba en esa fecha). -----nos obligo a firmar un contrato aceptando ese pago y comprometiendo a tratar a todos sus asegurados, si no lo firmabas te expulsaban del cuadro médico.</p> <p>Desde 2011 no se ha actualizado dicho pago</p> <p>CASER decidió hace años (creo que 2017) pagar la rehabilitación por procesos cuyo precio tampoco se ha actualizado. Si el paciente no completa el proceso te pagan sólo la mitad (ejemplo: proceso de 20 sesiones, si se realizan 15 sólo te abonan 10), Si tras finalizar el proceso, el asegurado no está bien hay dos opciones: hacer las sesiones gratis o solicitar mediante informe poder repetir el proceso y nos lo abonarán a la mitad del precio</p> <p>DKV nos pide no pasar de una media de actos anual por paciente incluyendo consulta revisiones y sesiones. Ellos tienen una bolsa de dinero destinada a rehabilitación y la dividen entre los actos que realizan todos los centros adheridos, por lo que cada mes pagan los actos a un precio diferente, además un 20% de esa bolsa se deja como remanente para repartir entre los centros que cumplen sus objetivos.</p> <p>GENERALI era una de las aseguradoras que mejor pagaba pero este año ha negociado con SANTAS para que sus asegurados sean atendidos a través del cuadro médico de SANTAS, con lo cual nuestros honorarios se han visto afectados porque SANTAS tiene un baremo inferior.</p> <p>También podría enumerar los chanchullos usados por las aseguradoras de vehículos para en caso de siniestro pagarnos por los tratamientos de rehabilitación en caso de siniestros mucho menos de lo que ellos mismos han negociado en el convenio UNESPA (mordidas del 10%, sociedades mediadoras..) pero creo que no es del ámbito de esta encuesta</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).**

La existencia de baremos muy bajos y que no se actualizan obliga a los profesionales sanitarios a tener que trabajar a volumen, para poder mantener centros y poder subsistir, En mi caso veo pacientes cada 10 mn y a veces duplico, Esto repercute irremediablemente n la calidad de la asistencia. La proliferacion de seguros low cost que ofrecen las aseguradoras para ganar cuota de mercado ocasiona cada vez listas de espera mas largas para poder ser atendido por los profesionales, lo que repercute tambien en la calidad del servicio. Lo medicos de las ultimas promociones del MIR que terminan no quieren ya trabajar en la sanidad privada a la vista del panorama actual. De los medicos que trabajamos en la sanidad privada, el que puede por su especialidad, esta dejando de trabajar con compañías para hacerlo de forma totalmente privada. Los que no podemos estamos en edades proximas a l jubilacion, por lo que dentro de unos años si el panorama no cambia y las compañías siguen sin querer negociar de forma colectiva, se quedaran sin profesionales en los cuadros médicos. Estamos muy quemados y hartos de tanto abuso por parte de aseguradoras y de grupos hospitalarios. No nos queda mas remedio que asociarnos y luchar en defensa de nuestros intereses si queremos que la sanidad privada vuelva a ser lo que era antes

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