

<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>Precio, cobertura y disponibilidad de oferta sanitaria de calidad. Centros cercanos al domicilio.</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).**

La mayoría de seguros ofrecen vía telefónica que todo está cubierto. No hay comparaciones.

**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).**

Las pólizas incluyen lo que cubre pero no el proceso para que finalmente lo paguen adecuadamente al profesional. Tampoco se hace comparación de un seguro con otro.

**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).**

Cada vez hay más presión por las empresas para comprar seguros cruzados. Ahora incluso los bancos te "obligan" a comprar un seguro sanitario para evitar costes de mantenimiento de las cuentas. Esa compra del seguro es obligada con la aseguradora que trabaja el banco. De igual forma está ocurriendo con Telefonicas, tarjetas de Credito, entre otros.

**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).**

Solo se puede dar de baja de un seguro a final de año calendario. Si no se hace en este momento estás obligado a pagar todo el año siguiente. Esto sucede aún cuando pueda ser por disconformidad con el servicio que han ofrecido por parte de la aseguradora

**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).**

Cada vez hay más rehusos. Está limitado el número de procedimientos que se pueden hacer en un acto. Por ej: si en una consulta se hacen más de 2 pruebas al paciente, el resto no se paga y pagan las que quiera la aseguradora. A veces incluso se paga la más barata en lugar de la más cara y el profesional no puede quejarse. En los procesos quirúrgicos si hay múltiples actos que deben hacerse, nos obligan a entrar varias veces al quirófano porque si los haces en el momento, te pagan uno y la mitad del segundo acto y si hay más de dos actos tampoco los pagan. Ej: si una persona tiene un entropion y una verruga, tienes que entrar un día al quirófano por el entropion y otro día por la verruga ya que si los haces juntos, te pagan el entropion y la mitad de lo que cuesta la verruga, como si quitaras solo media verruga o si fuera más sencillo porque ya has hecho el primer acto.

**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).**

No suelen agregar los nuevos tratamientos disponibles

**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).**

Cada vez hay más competencia con precios más bajos, pero con peores coberturas y luego el pago a los profesionales es a la baja en relación con el coste de la vida. Además con copagos cada vez más altos

**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 compañías aseguradoras no dan autorizaciones nuevas a profesionales independientes. Solo a centros médicos o compañías intermediarias. También en el caso de las aseguradoras que tienen sus centros como Sanitas, no dan acceso a profesionales para obligar al paciente a ir a sus centros

**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 se permite una vez al año y ponen todas las dificultades posibles: no puede ser por teléfono (aunque la contratación si vale por teléfono), no es fácil encontrar el correo para la baja, te dicen que no ha llegado el correo, a veces piden en forma presencial en las oficinas...

**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 compañías más caras como Mapfre, Sanitas y Adeslas suelen ser más caras. Hay otras más económicas pero suelen poner más barreras para pagar procedimientos.

**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).**

Si existe. Hay aseguradoras que te pagan por un procedimiento fácilmente y otras que ponen muchas dificultades para pagar, intentando cambiar el código para pagar menos o no pagar. Además, en ocasiones a pesar de tener el procedimiento autorizado por parte de la aseguradora y una vez realizado el mismo, te dicen que no te lo van a pagar.

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

El autorizado del paciente debería ser como un contrato de forma que cuando ya lo tienes vayas tranquilo a realizarlo y no con la preocupación de si realmente lo van a pagar o no

**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).**

No hay una competencia real. Los pacientes escogen el centro que les queda más cerca o más cómodo. Los pagos que realizan a los profesionales no lo saben los pacientes y además ya están predefinidos y sin cambios desde hace muchos años. Si te quejas te pueden quitar la autorización para trabajar



**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 se puede entrar como proveedor directamente. Suele necesitarse un intermediario tipo centro sanitario u hospital. Y esos ponen a otro intermediario a gestionar que también se lleva su comisión. Por ejemplo Sanitas en sus propios centros, en lugar de contratar médicos, contrata a un "jefe" que no tiene salario sino que gana un porcentaje de lo que hacen los otros, entonces si Sanitas paga 100 de honorarios por un procedimiento, se deja 50 el hospital (además de lo que ya le pagan por su parte hospitalaria), y el "jefe u organizador" se deja 20-30 por lo que finalmente el médico que ha realizado el procedimiento se lleva 20-30% de sus honorarios reales que ya de por sí son bajos. Yo no puedo ser proveedor directo de Sanitas y así llevarme mis honorarios completos.

**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).**

Si cada vez nos pagan menos, se nos obliga a tener que ver más pacientes y por tanto con menor calidad. En el caso de las pruebas, muchas veces se decide no hacerlas porque no las pagan y si le dices al paciente que tiene que pagarlas porque su seguro no nos lo paga, el paciente llama a la aseguradora y les dicen siempre que está cubierto y que deberíamos hacerlo

<p><b>18. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</b></p>	<p>Hay procedimientos que no está acorde el baremo establecido por el seguro con la dificultad o el coste de realización del mismo</p>
<p><b>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).</b></p>	<p>Un médico no puede solicitar directamente ser proveedor de la compañía aseguradora. Si quiere trabajar en privado, necesita de un centro de salud o grupo hospitalario que se lleva un porcentaje de los baremos, además, los centros grandes tienen un "organizador o jefe" que se lleva otro porcentaje por haberte conseguido la plaza y ese porcentaje es continuado en todo el tiempo de relación. Ahora incluso si no llegas al "mínimo" de procedimientos que consideran deberíamos hacer, te amenazan con quitar un mayor porcentaje el siguiente año por parte del intermediario.</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).**

Muchas veces debido al porcentaje tan bajo que se lleva el médico realizador final, prefieren diferir o retrasar los procedimientos. A veces se hace al paciente ir a otro lado donde sabes que si lo hacen por ese pago o le marean de un lugar a otro.

**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).**

Existe un alto porcentaje de procedimientos que el seguro decide no pagar una vez autorizado o realizado. Si ellos consideran que estás haciendo muchas pruebas a los pacientes, te penalizan con un porcentaje o te lo incluyen de forma unilateral en la consulta.

**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).**

Cada vez se recibe una atención más deficiente, tanto por el poco tiempo que le pueden brindar a un paciente porque sino no tienes un pago digno, como por pruebas que no realizas al paciente porque no te la pagan o porque no hay tiempo.

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