

<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>Laura García Pérez</p>
<p>¿Desea hacer público su nombre junto a su respuesta o mantenerlo confidencial (en cuyo caso se publicará como respuesta anónima)?</p>	<p>Público</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 y la calidad de los profesionales que lo conforman, la cobertura sobre todo de patologías urgentes y/o graves-limitantes y la disponibilidad/acceso a un especialista o profesional cuando se necesita (sin demora).</p> <p>El precio o el copago en función de las coberturas y accesibilidad es importante, obviamente el consumidor espera recibir calidad a cambio de lo que paga.</p> <p>Considero que el consumidor que paga una cuota baja (20€/mes) es consciente de una calidad inferior/cobertura limitada. Al consumidor le gustaría una mejor transparencia de lo que realmente obtiene a cambio de lo que paga.</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).

En la actualidad no hay una transparencia en cuanto a las coberturas, tiempos de espera, duración/extensión de las consultas con especialistas, pruebas de laboratorio y otros servicios excluidos de la póliza. Tampoco hay transparencia en cuanto a los cambios en las coberturas, tanto cuando se amplían cómo cuando se limitan. A la hora de comparar entre distintas pólizas puedes hacerlo de forma somera entre precio, copago y servicios que extraordinariamente cubren determinados proveedores de seguros (dental, nutrición, reproducción asistida) pero a la hora de la verdad son igualmente servicios para promocionar al seguro pues finalmente casi siempre conllevan un coste añadido.

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 igualmente insuficiente pues muchos servicios hasta que no haces uso de ellos no conoces realmente lo que incluyen. Un claro ejemplo es la fisioterapia. Un fisioterapeuta por 7€/sesión atiende a 4 personas o lo hace un auxiliar, muchos equipos y terapias prescritos por traumatología no están cubiertos (ej: radiofrecuencia).

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).

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).

En mi especialidad la mayoría de los asegurados tienen limitadas las revisiones en el mes a un Máximo de dos consultas, y hay procesos médicos que requieren, en determinados momentos, una visita semanal o incluso varias veces en semana (dígase por ejemplo durante una crisis con ideas de suicidio en el seno de una depresión).

**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).**

Lo desconozco

**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).**

Se demora la inclusión de técnicas (fisioterapia, radiología), medicaciones (sobre todo en cáncer), técnicas quirúrgicas... no hay más que ver que en plena pandemia las aseguradoras no dieran cobertura a la realización de pruebas de COVID. Algo inexplicable.

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

Los honorarios/baremos que las compañías abonan a sus colaboradores son irrisorias, un fisioterapeuta 7,50€ /sesión, un médico general 10€/consulta y un especialista entre 20-25€/consulta. Esto es desconocido para los asegurados, paguen lo que paguen por su seguro reciben una contraprestación limitada al tiempo/número de visitas que le permite la compañía. Deberían de conocer lo que tienen cubierto y tener la libertad de escoger entre realizar el servicio por su seguro o de forma privada con reembolso si su póliza lo contempla.

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

Poca competencia: casi todas ofrecen lo mismo y a precios similares. Algunos adornos como servicios dentales que no son más que campañas de captación para las clínicas a partir de una limpieza... diría que la competencia radica en el cuadro médico y que algunos asegurados se cambian para ser atendidos por el especialista que les da confianza. La otra fuente son los convenios con empresas privadas que suscriben el seguro para sus empleados, pero no lo escogen los destinatarios.

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).

Lo desconozco

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

No tiene coste cambiarse de seguro y no tiene dificultad, eso si, has de hacerlo cuando vence tu póliza.

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).

No hay apenas diferencias entre unas tarifas y otras, la captación de nuevos clientes en todas parten desde los 20-25€/mes y tienen unos precios medios de 50€/mes

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).

En la actualidad hay diferencias importantes porque algunas compañías están siendo declinadas por los proveedores de Salud debido a la imposibilidad de brindar servicios a tan bajo coste, por ejemplo ASISA. En. Mi zona para algunas especialidades hay que desplazarse más de 60 km y esperar dos meses para ser atendido.

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).

Hay una alta competitividad entre grupos hospitalarios y entre policlínicas, siempre que cubran los mismos seguros. Hay centros más avanzados y modernizados frente a otros que han ido quedándose obsoletos.

<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>Una de las principales dificultades es que las aseguradoras tienen tratos predilectos con determinados grupos y te deniegan las claves para prestar servicios a través de sus cuadros, dirigiendo el tráfico de clientes hacia las clínicas/hospitales que son de su conveniencia (por diversas razones), controlando de este modo el mercado e impidiendo que los médicos particulares puedan ejercer en sus pequeños consultorios como toda la vida.</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>La calidad está en que el profesional disponga del tiempo y de las pruebas precisas para llegar a un diagnóstico para tratar adecuadamente y responsablemente a su paciente. Al igual que en el hecho de atenderlo cuando es necesario, sin demoras.</p>

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).

Completamente, los acuerdos PREFERENTES entre aseguradoras y clínicas/hospitales limitan la competencia de otros centros y condicionan que, para brindar el servicio, se vean obligados a hacerlos a unos baremos muy bajos.

<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).</p>	<p>No hay competencia porque no se puede aumentar la calidad a cambio de un precio más bajo que lo que tienen consensuado con otros hospitales, por cierto acomodados a citar 25 pacientes para un especialista en una mañana.</p>
<p>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).</p>	<p>En mi experiencia no hay abierto un diálogo a la negociación: les da igual que les muestres encuestas de satisfacción de tus usuarios, que tengas buena reputación y que estés brindando un servicio de calidad... les mueven otros intereses y los profesionales no tenemos capacidad de dialogar y negociar nuestros propios honorarios profesionales, ni tan siquiera su actualización conforme a las subidas de IPC.</p> <p>Las tarifas y condiciones las imponen los seguros, no se consensuan y además las modifican sin previo aviso, casi siempre en perjuicio del profesional. Se permiten minorar los importes sin que tú lo aceptes por escrito y te enteras cuando te pagan, por cierto, mediante una autoliquidación, ni siquiera en base a las consultas realmente realizadas sino en función de la limitación de número de visitas en un periodo de tiempo dado por lo que siempre suprimen el abono de 4-5 consultas y sin previa notificación.</p> <p>Sus normativas además impiden que al asegurado se le requiera el pago de estas visitas ni de complemento alguno, pensemos por ejemplo en la etapa de la pandemia cuando no se podía cobrar por todo el material (Patucos, mascarillas, gorritos, guantes) con los que los colegios profesionales aconsejaron que se brindaran determinados servicios y cuyos materiales los tenía que pagar y proveer la clínica o profesional.</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).

Dependiendo de la negociación el paciente tendrá mayor o menor dificultad para acceder a un servicio, que puede no estar disponible si no es rentable para el profesional/clínica que continuará atendiendo pacientes que sí sean rentables.

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