

<p>¿En calidad de qué o en representación de quién participa en esta consulta pública?</p>	<p>Consumidor-Paciente (Asociaciones e Individuos)</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>	<ul style="list-style-type: none"> - Profesionales y pruebas incluidas en la póliza - Límites económicos de las coberturas, especialmente de Intervenciones Quirúrgicas - Libertad de designación de profesionales y centros con reembolso - Inclusión de Técnicas novedosas y última tecnología (cirugía robótica)

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 principal diferencia que se informa es el precio sin entrar ni explicar las principales coberturas o diferencias. No se explican las principales exclusiones por parte de las compañías aseguradoras de salud.

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).

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).

No explicar de manera clara y explícita las principales exclusiones. También existen numerosas dificultades a la hora de realizar las autorizaciones pues no es un procedimiento claro y las compañías deben autorizar cada paso o cada prueba de manera expresa aunque se encuentren cubiertas por la póliza. Se obliga al desplazamiento del asegurado o tercero autorizado para pedir una autorización de una prueba que está cubierta por la póliza. Se debe acudir de manera presencial y no se autoriza directamente a los centros sanitarios que prestan los servicios.

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).

- Rehusés de pruebas diagnósticas o de cirugías por considerarlas novedosas cuando ya están implantadas en el mercado sanitario en los servicios públicos de salud desde hace años.
- Rehusé de costes de profesionales sanitarios destacados porque no se encuentran dentro de los cuadros médicos de las aseguradoras pero de los centros sanitarios donde trabajan sí se se encuentran adheridos a los cuadros

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).

Precisamente esto no se encuentra actualizado, no actualizan las pólizas a las realidades actuales de las técnicas y tratamientos provocando una descubertura o precisando analizar cada caso de manera individual siendo un trastorno, una complejidad burocrática u obligando a reclamar judicialmente gastos que se consideran que deben estar cubiertos y las compañías se niegan a abonar.

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).

El 30% de la facturación del sector se encuentra en manos de una única compañía con lo que la competencia se hace cada vez más dudosa. Llegando a manejar ese volumen de negocio establecen precios y límites a los profesionales y costes de pruebas diagnósticas. Entre las 2 primeras compañías aseguradoras dominan prácticamente un 50% de la cuota de mercado en España.

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).

En ciertas edades se considera prácticamente imposible, con el paso de la edad y antecedentes de salud las aseguradoras suben los precios de manera desorbitada obligando al usuario a quedarse pagando el precio que sea pues a esas edades ya no hay ninguna otra compañía que te asegure. Generan un mercado cautivo en el que obligan al usuario a quedarse sin opción de valorar otras opciones e imponiendo precios desorbitados.

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).

Si existen diferencias principalmente en 2 motivos. Una primera diferencia es que las compañías que copan el principal volumen del mercado venden "precio" ofreciendo seguros muy baratos en los que cada vez se reducen más las prestaciones o bajan cada vez más los honorarios que pagan a los profesionales y centros. Existe otra posición de precio que es la oferta de mejores productos, con más garantías, reembolsos, acceso a centros de alto nivel o referencia, siendo estas ofertas mucho más caras, pero ajustadas a un precio real, donde sí se paga a los profesionales pero el público general no accede a estas pólizas pues busca precio más barato o directamente no conoce esta oferta

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).

Las diferencias son notables, como he expuesto en el punto anterior. A mayor cuota de mercado peores productos y reducción de la calidad sanitaria prestada.

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).

Con un 50% de cuota de mercado en manos de dos operadores el nivel de competencia es bajo puesto que o se trabajo con estos operadores o no, y si se escoge no trabajar se pierde la mitad de la cuota. En este sentido la competencia la aplican en ofrecer otros servicios extras que las compañías no cubran y les permitan cobrar de manera privada a los pacientes pero hay que entrar sí o sí en las condiciones de las aseguradoras, dado a su vez que es un producto que cada vez crece más en España, con más usuarios y asegurados creciendo los ingresos de las aseguradoras sanitarias un 7% en 2022 con respecto a 2021.

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).

Los factores más importantes para determinar la calidad serán siempre los factores diferenciales con respecto a la sanidad pública, si no hubiese diferencia, en España donde la salud es pública y universal, no existirían los servicios de salud privados:

- Tiempos de espera para pruebas diagnósticas y cirugías
- Tecnología de vanguardia y robótica
- Profesionales con alta cualificación y experiencia

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).

Sin ninguna duda. El acceso a pruebas y centros no adheridos a aseguradoras se encuentra limitado a un porcentaje muy reducido de población y en consecuencia nuevos proveedores unicamente lo pueden hacer de la mano de las aseguradoras o bien de grandes grupos sanitarios privados, en su mayor parte extranjeros que pueden disponer del capital para la compra o creacion de nuevos centros sanitarios.

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).

La calidad de los servicios asistenciales cubiertos por aseguradoras privadas va en un detrimento y bajada continua por los bajos precios impuestos por las aseguradoras a centros y profesionales. Los bajos precios pagados por consultas médicas y pruebas provocan que el profesional atienda de manera rápida, desganada y poco comprometida con el paciente y su salud.

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).

Los precios pactados son abusivos y llegan a ser hasta una décima parte del coste privado establecido en tarifa pública.

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).

Finalmente el precio lo pone la aseguradora, en tanto en cuanto los hospitales y profesionales privados son los que tienen la última necesidad de contar con esos pacientes para continuar trabajando. Existe un abuso de fuerza para al establecimiento de los precios.

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