

¿En calidad de qué o en representación de quién participa en esta consulta pública?	Expertos
Nombre completo (del particular o de la institución representada)	[CONFIDENCIAL]
¿Desea hacer público su nombre junto a su respuesta o mantenerlo confidencial (en cuyo caso se publicará como respuesta anónima)?	Confidencial
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).	

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).

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 principales pólizas de seguros, por coste y por número de asegurados, son las que contratan las aseguradoras con las mutualidades de funcionarios (como MUFACE, MUGEJU o ISFAS), donde asumen realmente el riesgo sanitario. En cambio, en la mayoría de pólizas privadas, el asegurado casi siempre cuenta además con la cobertura sanitaria pública, que utiliza (por su propia iniciativa o por "consejo" del sector privado) para patologías de alto coste como las oncológicas, esclerosis múltiple, etc. Y esas pólizas con mutualidades de funcionarios tienen la misma cobertura (fijada en un convenio), variando la oferta por el número de profesionales y centros disponibles.

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).

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).

Para las pólizas contratadas por las aseguradoras con las mutualidades de funcionarios, donde en principio en rehúse no es posible, se ha consolidado una práctica en los diferentes operadores (hospitales y aseguradoras) para reducir el coste del tratamiento. Consiste en el uso de una consultora o asesora que informa a favor del tratamiento más barato (por ejemplo, quimioterapia en lugar de anticuerpos monoclonales para el tratamiento del cáncer, por lo que se deniega el tratamiento prescrito por el médico y se usa un tratamiento con menor eficacia, apoyándose la decisión en esa supervisión técnica (alegando falta de evidencia de los nuevos tratamientos, aunque sean el estándar internacional y el estándar con que el mismo paciente sería tratado en la sanidad pública española). Los propios médicos terminan sabiendo que su tratamiento de elección será rechazado y optan por proponer el tratamiento más económico. Si se pregunta a las sociedades médicas (como SEOM en oncología) y a los médicos prescriptores, seguramente se obtendrá esa conclusión: los pacientes funcionarios acogidos a los convenios con seguros privados reciben en muchas ocasiones (sobre todo en oncología y enfermedades de alto coste) tratamientos más antiguos y baratos que los pacientes de la sanidad pública y que los que consideraría más adecuado el médico. En muchos casos el tratamiento que reciben es el que recibirían en el sistema público británico, mucho menos solidario (no se habla ahí de Estado de Bienestar) que el español y basado en duros criterios económicos. Estos asesores, al aportar una justificación técnica para abaratar las coberturas proporcionadas, se han generalizado. El caso más conocidos es la consultora Bienzobas (www.bienzobas.es) que seguramente están usando muchas aseguradoras y/o hospitales. Para el caso de pacientes privados, siempre tienen la opción de acceder a los tratamientos más eficaces (aunque más caros) acudiendo al sistema público. Pero para los funcionarios acogidos a los convenios de las mutualidades, la alternativa pública no es posible (sólo hay ciertas ventanas para el cambio). Por supuesto que es una opinión personal, pero que resulta de reiterados comentarios de los médicos (sobre todo oncólogos).

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).

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

Ver por favor el efecto de la restricción de coberturas mediante el recurso a consultoras especializadas, explicado en el apartado 6, y su posible uso generalizado por parte de las aseguradoras. Seguramente sus criterios técnicos estarán muy lejos de las decisiones terapéuticas propuestas por los médicos, y también lejos de las decisiones de tratamiento para pacientes similares en la sanidad pública. Esta situación es especialmente grave para los funcionarios públicos acogidos a convenios de mutualidades con aseguradoras, ya que no tienen la opción de ser tratados en la sanidad pública. Si quien lee esto es una persona acogida a uno de esos convenios, debería valorar cambiar a la sanidad pública para tener acceso a los tratamientos más eficaces, o bien hacer algo para verificarlo y, si procede, corregir esa práctica.

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

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).

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).

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).

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).

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).

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).

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