

<p>¿En calidad de qué o en representación de quién participa en esta consulta pública?</p>	<p>COLEGIO PROFESIONAL</p>
<p>Nombre completo (del particular o de la institución representada)</p>	<p>ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE MADRID</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 cliente cuando contrata un seguro privado está asumiendo un doble pago por un servicio que ya tiene cubierto a través de sus impuestos con su Servicio Público de Salud. Esto lo hace con el fin de amortiguar las ineficiencias de la asistencia pública por la situación de colapso en la que se encuentra. En este sentido, lo que pretende es que la atención sea sin listas de espera, es decir, que se le atienda rápidamente, y que la atención sea sin prisas, que el médico pueda dedicarle tiempo para hacer una historia clínica adecuada y a escucharle. Además, el cliente, cuando contrata el seguro, quiere que haya transparencia en las coberturas o copagos que contrata, ya que muchas veces la letra pequeña lleva a engaños.</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).

Es obvio que esto es realmente difícil. Tanto es así, que los corredores y mediadores de seguros basan en ello la necesidad de su existencia. La traducción de las pólizas y su comparativa con otras ofertas es el motivo de contratar estos servicios de corredurías de seguros.

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).

Lo mismo contestado antes.

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).

La comercialización cruzada es un arma comercial muy poderosa que puede equivocar al cliente en sus prioridades y no profundizar suficiente en la necesidad real que tiene de su póliza de salud. Este tipo de venta la suelen realizar aquellas compañías que son multiasistencia en seguro o aquellas comercializadores como los bancos que basan su fortaleza. En general, el problema se produce porque al cliente se le plantea la compra con una presión excesiva para la contratación conjunta.

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).

Sobre todo en lo que se refiere a la edad en la que se puede echar al asegurado de la póliza sin explicación alguna. Igualmente en algunas cuestiones de preexistencias y en la coordinación cuando se cambia de aseguradora

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).

Debería existir un pago mínimo inicial obligatorio y posteriormente discutir el siniestro.
La asistencia mínima, en caso de siniestro, debería ser obligatoria.

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).

Las compañías siempre son reacias a incluir nuevas terapias o técnicas por cuanto implican un mayor coste. En el contrato debería constar de manera TRANSPARENTE si este "upgrading" se incluye o no. Caso que estas nuevas técnicas tuvieran incidencia en el coste de la asistencia y existiera la necesidad de aumentar la tarifa, podría aplicarse un copago para dichas técnicas. Dicho esto, las pólizas deberían segmentarse por cobertura, tipo de asistencia y técnicas a aplicar, y este aumento en las tarifas debería reflejarse en el aumento de honorarios para el médico y para el centro asistencial donde se realice la asistencia.

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).

Hoy día, el 80% del volumen de los seguros de salud se concentran en 5 compañías aseguradoras, con lo cual el mercado es muy dependiente y es difícil innovar, competir o cambiar las reglas de juego.

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).

Dada la respuesta anterior es fácil comprender que la barrera de entrada es la capacidad de tener volumen y para ello la única posibilidad es comprándolo, así que sólo los grandes operadores mundiales podrían acceder a ello.

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

Esto es un gran problema para el asegurado. Es muy complicado a nivel burocrático y además pierdes los derechos adquiridos en la compañía anterior como, por ejemplo, los periodos de carencia o la información de preexistencias.

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 existen muchas diferencias. Básicamente las diferencias son por tipo de pólizas, reembolso, colectivo o privado.

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).

No existen diferencias significativas. Algunas compañías tienen su propia provisión, eso es lo más significativo.

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).

El 50% del mercado está en manos de un único operador: Quirónsalud ... a partir de ahí, las diferencias dependen de la ciudad o población donde se ubique ya que en sitios con poca población hay menos provisión, menos competencia y, por tanto, menos donde elegir.

<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>La barrera de entrada es muy importante ya que la inversión es muy alta e intensiva de capital. Los márgenes de la industria muy pequeños y, hoy por hoy, existe una gran dificultad para encontrar personal médico y de enfermería. Además el mercado asegurador, financiador de los pacientes, está en manos de pocos operadores.</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 viene dada por varios factores: Tecnología de vanguardia y bien mantenida, médicos con experiencia y en formación continua, tiempo suficiente de consultas, herramientas informáticas correctas que apoyen la labor en vez de entorpecerla, acceso fácil y rápido a la atención médica e instalaciones cómodas tanto para el médico como para el paciente y acompañante.</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).

Es evidente que en este caso las aseguradoras mandan sobre la operativa de la provisión ya que le aseguran sus pacientes. En ese sentido, el resto de la provisión está mermada en su competencia y desarrollo.

<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>Esta es una relación imposible ya que tienen intereses contrarios: la compañía gana dinero cuando el paciente no gasta en el hospital y el hospital gana dinero cuando el paciente gasta en el hospital...Naturalmente manda la compañía al estar sometida, además, a una mayor regulación por parte de la DGS. Lo que está claro es que independientemente del modelo de negocio, en esta verticalización el que pierde es el paciente y el médico por cuanto se elimina la competencia.</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 este caso los desequilibrios son aún mayores ya que el médico negociando a nivel individual nada tiene que hacer contra la aseguradora, su volumen y sus capacidades. La relación es laboral y en ese caso sigue la normativa laboral al uso, o bien mercantil, en cuyo caso el médico es un autónomo sometido a las leyes del libre mercado que muchas veces en el caso de las aseguradoras no son tan libres...</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).

El médico se ve forzado a aceptar condiciones económicas a veces indignas y no solo eso, sino que también se ve obligado a aceptar la intromisión en su arte médico, pruebas diagnósticas solicitadas, tratamientos, tiempos de atención al paciente etc...es decir, la calidad del acto médico está secuestrada por la entidad financiadora.

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