

<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>[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>	<p>Precio, acceso directo a especialidades medicas evitar listas de espera sanidad publica</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).

normalmente no se facilita información sobre los cuadros medicos o la información no esta actualizada.
Especificamente se omite la existencia de listas de espera de consultas

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).

No se suele informar de las exclusiones de prestaciones, como periodos carencias y procesos no cubiertos.
Tampoco se informa de los incrementos futuros en el precio de las pólizas

<p>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).</p>	<p>En ocasiones el seguro de salud forma parte de un paquete con seguros de auto, hogar, y sirve para promocionar esos seguros</p>
<p>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).</p>	<p>Hay casos en que asegurados se cambian de una compañía a otra y en la nueva le aplican exclusiones de cobertura por enfermedades o procesos preexistentes pero que habían sido cubiertos o habían surgido durante la cobertura de la compañía anterior</p>

**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).**

injustificado en casos como el descrito, en que un paciente estaba asegurado una compañía, adquiere una enfermedad y la compañía le cubre la asistencia sanitaria, pero al cambiar a otra no continúan con la asistencia por considerarlo proceso preexistente.

**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).**

Normalmente las aseguradoras son reticentes a incorporar terapias novedosas, por ejemplo la terapia con factores de crecimiento se lleva haciendo desde 2003 y siguen sin incluirla.

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).

La competencia solo esta presente en el marketing y la captación de clientes.

Sin embargo no hay existe competencia en los servicios ofertados o las coberturas. Son prácticamente iguales en todas las compañías.

Justificación: los precios de los baremos son prácticamente iguales en todas las compañías.

Incluso se dan casos de subcontratación en la prestación de servicios entre compañías y se ha dado el caso que una compañía que pagaba mas que otras (Generali) ha subcontratado con Sanitas la asistencia sanitaria y ahora paga (a través de Sanitas) lo mismo que todas.

<p>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).</p>	<p>Claramente si. Las compañías de seguros sanitarios trabajan con cuadros medicos cerrados. Sólo los operadores incluidos en sus cuadros medicos pueden prestar asistencia a los asegurados. Para poder prestar asistencia a los asegurados de las compañías es necesario obtener un numero de identificación de operador en cada compañía. A este numero se le suele llamar "clave". Actualmente es muy difícil obtener las claves, y las compañías no abren los cuadros medicos. No es un mercado de libre competencia, es un mercado cerrado y controlado por la compañía de seguros.</p>
<p>11. Valore el coste, limitaciones y dificultad de cambiar de un seguro de asistencia sanitaria a otro seguro de otra compañía (máximo 500 palabras).</p>	<p>las limitaciones vienen por la presencia de procesos existentes.</p>

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, claro que las hay . Se de familias de 4 miembros que pagan €3600 al año y anuncios de pólizas para familias completas por €30 al mes (360 al año).
Creo que se deben a la existencia de copagos y que las pólizas mas cara suelen ofrecer reembolso parcial de los gastos cuando el paciente es atendido por operadores no incluidos en el cuadro medico.

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).

Generalmente no, pero hay que distinguir dos tipos de pólizas:
1- las pólizas habituales, en las que el operador factura directamente a la compañía de seguros los actos sanitarios y la compañía paga directamente al operador sanitario, mediante un baremo establecido por la compañía. Estas son las pólizas habituales (la inmensa mayoría) y en ellas las coberturas ofrecidas y baremos pagados por las compañías son prácticamente idénticos en todas ellas así como las instalaciones y servicios sanitarios, ya que los operadores sanitarios suelen trabajara para varias compañías .
2- las pólizas " de reembolso". En estos casos el operador sanitario factura al paciente, que es quien paga, y las compañías luego reembolsan una parte de los gastos. Este tipo de pólizas son muy escasas (entre mis pacientes menos de un 1 %) y en ellas las condiciones si son muy diferentes entre unas compañías y otras.

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).

En general hay poca competencia. El mercado esta saturado y los operadores sanitarios que trabajan para las compañías tienen trabajo de sobra, no necesitan competir con otros

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).

Hay barreras clarísimas, el proceso de obtención de claves de las compañías es infructuoso, las compañías suelen negarse a ampliar sus cuadros médicos.

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).

- tiempo dedicado a cada paciente en consulta
- demora de la asistencia
- resolución del problema en el menor número de asistencias posibles.
- tasa de complicaciones médicas
- libertad de indicación y de prescripción de los profesionales sanitarios.

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).

Si. Las compañías que cuentan con centros propios (p ej Asisa, Sanitas, Adeslas, Mapfre) son las que mas retencias y obstáculos ponen a la incorporación de mas operadores en su cuadro medico.
hay compañías que solo cubren determinados procesos en sus centros.

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).

Esas relaciones verticales limitan la competencia de los operadores.
Por ejemplo, un asegurado acude a un médico que le pide una prueba para decidir sobre un tratamiento quirúrgico.
La compañía obliga al asegurado a hacerse la prueba en sus centros, y luego obliga al médico a operarlo también en su centro.
El paciente no tiene libertad de elegir

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).

No existe ningún tipo de negociación en los baremos. Los baremos están impuestos por las compañías y la aceptación íntegra de los mismos es un requisito sine qua non para la firma del contrato (cuando hay contrato, que falta en muchos casos).
Los baremos actuales son los que se firmaron en 1989.
En aquel entonces se pagaba 2500 pesetas por una consulta de especialista. (€15). Actualmente se paga 18€ (en todas) , y ese precio es decidido unilateralmente por las compañías. No ha habido negociaciones ni incrementos vinculados al IPC o la inflación.

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).

La ausencia de negociaciones y el mercado cerrado obliga a que todos los operadores trabajen a bajo coste, con repercusión directa en la calidad asistencial

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