

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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>En orden de preferencia: continuidad asistencial; cuadro médico; especialidades médicas; calidad del servicio; precio; coberturas y copagos; instalaciones y centros sanitarios; índices de satisfacción en foros de usuarios; recomendación de conocidos</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).

La aseguradora anuncia su cuadro médico como un grupo de profesionales con el que, implícitamente, mantiene una relación contractual estable y una remuneración variable en función de la calidad de la asistencia. La aseguradora oculta al asegurado que 1) en la mayoría de los casos no existe un vínculo contractual que proteja laboralmente al médico, incluyendo aquellos en régimen TRADE, y por tanto compromete notablemente la continuidad asistencial; 2) la remuneración del médico se realiza por un baremo, decidido unilateralmente por la aseguradora generalmente a nivel nacional, sin actualización periódica (pej a IPC), y sin posibilidad de negociación; 3) las pruebas diagnósticas solicitadas y tratamientos anunciados precisan en muchos casos de la autorización por inspectores de la aseguradora para poder ser cubiertos, a pesar de la indicación expresa del médico prescriptor en la solicitud de la prueba o tratamiento.

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).

1) La aseguradora excluye de la cobertura estandar las patologías previas del asegurado en el momento de la contratación; en este sentido, la aseguradora requiere de forma continuada información al médico cuando éste solicita una prueba diagnóstica de cierto coste, comprometiendo la confidencialidad de la relación médico-paciente. 2) La aseguradora incrementa la póliza al asegurado de forma periódica en función de criterios demografico-sanitarios globales sin atender el gasto generado por el asegurado. 3) Un médico que atienda una población con perfil de alto gasto (pej. ancianos con pluripatologías) corre el riesgo de ser expulsado de la aseguradora, con el fin de que dicha población abandone la 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).**

La aseguradora decide unilateralmente la disminución del honorario al médico en consultas externas, en función de la frecuentación de la asistencia

**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).

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

Las aseguradoras exhiben ante el médico un grado muy bajo de competencia mercantil: 1) Mantienen un baremo retributivo de honorarios al médico muy parecido (diferencias en la mayoría menores del 20%), a pesar de estar muy debajo del honorario recomendado por los colegios profesionales. 2) Cuando de forma extraordinaria actualizan los baremos, lo hacen de forma unilateral en fechas próximas, lo que sugiere una acción concertada.

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).

Prácticamente no existen diferencias en las condiciones del servicio para una misma categoría de póliza. Al médico se le exige, por contrato con la aseguradora, el mismo trato profesional al asegurado que al resto de pacientes, incluidos aquellos que pueden suponer una remuneración de honorario varias veces superior por el mismo procedimiento asistencial (pej, el paciente que paga directamente al no tener cobertura por la aseguradora)

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).

GRUPO QUIRONSAALUD: 1) opera de forma agresiva para captar centros asistenciales con el fin de obtener el monopolio local. Por ejemplo, en Albacete el monopolio que ejerce ha obligado al abandono de especialidades completas (pej endocrinología) en la ciudad. 2) obliga por contrato a sus médicos a limitar las interconsultas a médicos del mismo grupo, y las pruebas diagnósticas y tratamientos a servicios del mismo grupo. 3) obliga a los pacientes a realizar las pruebas diagnósticas en el mismo grupo mediante el envío por correo interno de las solicitudes del médico prescriptor (en lugar de entregar al paciente una petición escrita que permita la libre elección del servicio realizador).

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).

1) Tasa de mortalidad ajustado a complejidad asistencial (GDR); 2) Tasa de ingreso hospitalario ajustado a GDR; 3) Tasa de frecuentación en consultas externas ajustado a GDR; 4) Lista de espera ajustado a personal asistencial; 5) Gasto por paciente ajustado a GDR; 6) Calidad de vida ajustada a GDR; 6) Indicadores de satisfacción del paciente.

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).

Las aseguradoras desarrollan en la medida de lo posible centros asistenciales propios, y tienden a eliminar de sus cuadros a los profesionales médicos autónomos que puedan ejercer una competencia local.

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).

La negociaciones tienen un nivel mínimo, casi inexistente. Tanto las aseguradoras como los grupos hospitalarios ejercen de forma unilateral la autoridad retributiva sobre el médico, de forma que la discrepancia a este respecto supone un serio riesgo de la expulsión del cuadro médico de la aseguradora o del grupo hospitalario. La progresiva precarización del honorario médico por parte de las aseguradoras y centros sanitarios/grupos hospitalarios supone: 1) la disminución del tiempo de consulta dedicado al paciente con el consiguiente compromiso de la calidad asistencial; 2) el abandono progresivo de los profesionales médicos del cuadro, lo que anula la continuidad asistencial, merma la libre elección del profesional e incrementa de forma notable las listas de espera de los profesionales que todavía permanecen en el cuadro. En este sentido

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).

UNIPROMEL se constituye como una asociación profesional que lucha por la mejora de las condiciones contractuales de los médicos en ejercicio libre, y llena el vacío existente durante décadas en los Colegios Médicos Profesionales respecto a la defensa de la medicina privada. Las conversaciones de UNIPROMEL iniciadas con el sector asegurador hace unos meses encuentran una resistencia inusitada a la actualización de los baremos médicos con el fin de ajustarlos al coste de la vida (IPC); así como a la necesidad final de retribuir al médico según su valía profesional (es decir, reembolso por parte de la aseguradora del honorario que cada médico establezca de forma particular), como ocurre en el resto de la Unión Europea.

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