

<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, coberturas y copagos, centros sanitarios.</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).

Poco comparables.

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).

Poco clara y comparable.

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).

En la mayoría de los casos, negativo. No se informa al consumidor adecuadamente y el comercial hace creer al usuario que la póliza que va a contratar es igual o mejor pero más económica únicamente porque ya tiene otros seguros contratados con la compañía. Sin embargo suele ocultar que ese descuento es temporal o que ciertas coberturas no son análogas.

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).

La frase "no está cubierto todo lo que no se encuentre en este contrato" y similares debería de estar prohibida ya que supone la exclusión de muchas patologías que el paciente da por supuesto que están cubiertas. Además el paciente no tiene por qué saber cuales son todas las patologías que puede tener a lo largo de su vida.

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).

A veces rehusan el pago de enfermedades por considerarlas preexistentes y no referidas por el paciente a la hora de formalizar el seguro. Debe ser la compañía quien tenga que demostrar que el paciente sabía que tenía esa patología y que la ha ocultado a sabiendas. Si un paciente tiene una patología congénita que se descubre en la sexta década de la vida (una comunicación interauricular, por ej), no pueden rehusar la cobertura, ya que el paciente no sabe que tiene esa patología cuando formaliza el seguro.

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).

Debería estar prohibido que la incorporación de dichos tratamientos básicos y habituales aumentaran el precio de la póliza.

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).

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).

El problema es que los comerciales ocultan información con tal de conseguir una póliza. Entre esa información que ocultan está la de la obligación de declarar todas las enfermedades. Además, los usuarios pueden no tener conciencia de que, por ej, unas varices son una enfermedad. Y si no lo ponen en el formulario, no estaría cubierta. Por lo tanto, al cambiar de seguro, debería ser obligatorio que en un cambio de póliza el paciente no tuviese que indicar de nuevo las patologías que padece, sino que existiese una cláusula que indicara que "serán todas aquellas que el paciente haya declarado en la póliza de origen, quedando cubiertas todas aquellas patologías preexistentes cubiertas por dicha póliza".

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).

Existen y afectan de forma significativa.

<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>Las compañías limitan el acceso a los hospitales participados por otras compañías o favorecen el acceso a los participados por ellas. ej: Asisa en Málaga no acepta la especialidad de cirugía cardiovascular o radiología vascular en Vithas Málaga. Esto disminuye 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>Los profesionales sanitarios en la actualidad en la mayoría de los casos no tienen capacidad de negociación alguna. Salvo escasas excepciones, son los grandes grupos hospitalarios (Quirón Salud, Vithas y HM fundamentalmente) quienes contratan al profesional sanitario que ni siquiera es el poseedor de las claves de las aseguradoras. Estos centros difícilmente facilitan al profesional los baremos que tienen pactados con las aseguradoras y se limitan a ofrecer trabajo al profesional bien por un salario fijo o bien abonando al profesional una parte de los honorarios médicos que cobra de la aseguradora por cada acto realizado. El profesional al no ser poseedor de las claves, sólo puede negociar con el hospital, no con las aseguradoras. Y el hospital hace uso de su posición preeminente con la amenaza de que si el profesional no acepta contrata a otro. Además, el hospital se queda con un % de los honorarios médicos del profesional, además de lo que le corresponde por parte de la aseguradora por la prestación del servicio como hospital. La CNMC debería de: 1. Prohibir que las claves pertenezcan a los hospitales, deberían pertenecer exclusivamente al profesional y el hospital contratar al profesional que desease y que tuviese las claves de cada aseguradora. 2. Prohibir que el hospital retenga/disponga o directamente se quede con parte de los honorarios de los profesionales: la aseguradora debería pagar por cada acto al profesional y al hospital de forma independiente y que cada uno negociara independientemente con la aseguradora. 3. Favorecer la creación de asociaciones profesionales que negociaran en nombre de los profesionales que ejerzan de forma individual su profesión, ya que se encuentran en una posición desfavorable frente a los grandes grupos hospitalarios y las grandes aseguradoras.</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).

1. Caída de los honorarios que reciben los profesionales, que no pueden negociar ni con hospitales ni con aseguradoras, recibiendo honorarios exiguos o directamente ridículos por cada acto realizado. 2. Esta caída de honorarios médicos hace que las aseguradoras ofrezcan pólizas a precios "low cost", lo cual sobrecarga las consultas médicas. 3. Al ser los honorarios médicos muy bajos, existe una disminución de profesionales que deseen realizar medicina privada en España, disminuyendo la oferta hacia el consumidor o completándose ésta con profesionales escasamente cualificados (en muchos casos con títulos pendientes de convalidación). 4. La sobrecarga de consultas médicas por el aumento de asegurados, la disminución de facultativos y la necesidad por parte de los profesionales médicos de atender un mayor número de actos para poder obtener unos honorarios mínimos, hace que los actos médicos pierdan el sentido asistencial, disminuyendo dramáticamente la calidad de la asistencia prestada al usuario, con un aumento intolerable de las listas de espera para ser atendido en determinadas especialidades (dermatología, por ej.), una disminución drástica de los tiempos de atención por acto realizado (que en algunos casos (intervenciones quirúrgicas) puede llevar a errores o directamente a mala praxis) y a una sobrecarga de trabajo del profesional que de nuevo lleva a errores y a estrés profesional elevado. En muchos casos, los pacientes asegurados deben abonar un sobreprecio o directamente acudir a un profesional privado para ser atendidos correctamente, por lo que no ha hecho uso o lo ha hecho sólo en parte de las coberturas contratadas con la aseguradora, que en cualquier caso sale beneficiada. También el hospital sale beneficiado, al cobrar un sobreprecio por atender antes y con más tiempo a los pacientes como privados. El profesional la mayoría de las veces pierde porque ve su trabajo vocacional viciado y pervertido, acumulando un estrés laboral que conlleva peor atención al usuario. Sí que a veces los mismos u otros profesionales consiguen atender así a un mayor número de pacientes privados, pero a costa de un perjuicio significativo para los asegurados y de la creación de dos grupos de pacientes -privados y asegurados- a los que no se atiende igual. 4. Disminución de la competencia, al disminuir el número de profesionales con consulta propia (fuera del ámbito de los grandes hospitales) ya que los elevados costos y burocracia para el mantenimiento de una consulta no se ven compensados con los ingresos, al ser tan bajos los honorarios médicos procedentes de las aseguradoras.

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

En la actualidad las aseguradoras se han puesto de acuerdo para abonar unos honorarios médicos irrisorios a los profesionales y prueba de ello es que la mayoría de los baremos de honorarios médicos son prácticamente idénticos. En esa falta de competencia hay dos ganadores y dos perdedores: ganan las aseguradoras, que pagan menos; y los hospitales que se quedan con parte de los honorarios médicos. Y pierden los profesionales, que pierden poder adquisitivo acumulando estrés laboral y no pudiendo conciliar una vida familiar cobrando por acto en muchas ocasiones por debajo de un "límite temerario"; y los pacientes/usuarios, quienes ven limitada la oferta, reciben asistencia en peores condiciones (nadie da duros a cuatro pesetas) y quedan en manos de las aseguradoras y los hospitales a la hora de la libre elección de médico y centro sanitario. A ello se une la práctica de algunos hospitales consistente en que cuando un paciente entra por la puerta se le intenta hacer todo tipo de pruebas complementarias y que pase por todas las consultas posibles, con el único objetivo de aumentar el beneficio empresarial. Por tanto, debería prohibirse que los hospitales dispusieran de las claves médicas para operar, debería ser el profesional el que cobrase directamente de la aseguradora, debería prohibirse que el hospital se quede con parte de los honorarios médicos de los actos realizados por los profesionales y deberían establecerse por las sociedades científicas honorarios mínimos como "límite temerario" por debajo del cual no se deba realizar el acto.