

<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>Cada persona tiene prioridades diferentes según sus necesidades y preferencias individuales. Lo habitual es que comparen diferentes opciones y evalúen si se ajusta a sus requerimientos. En general creo que la mayoría de los pacientes no entienden o no quieren entender las limitaciones de coberturas a determinados tratamientos y servicios.</p> <p>Sin duda un factor fundamental es el precio, la carencia y el tiempo de contratación, puesto que los pacientes miran si es asequible con el tiempo, si hay copagos o no y cuánto les puede costar.</p> <p>La mayoría de los pacientes acceden al seguro a nivel colectivo en empresas y no tienen capacidad de decisión. Los que son individuales además del precio valoran si con un seguro concreto pueden ir a satisfacer sus necesidades de salud, es decir a los especialistas que ya le atienden o prevé que necesitará, es decir valoran el cuadro médico. Lo que desconocen es que muchas veces los cuadros médicos están desactualizados con médicos que se han jubilado etc...</p> <p>También valoran a qué centros hospitalarios puede ir, por ejemplo en Bizkaia hasta hace poco con Sanitas o Mapfre podías ir a todos los hospitales de la provincia y con el IMQ-Adeslas no podías ir al hospital Quironsalud.</p> <p>Si los pacientes son jóvenes valoran mucho la accesibilidad digital a los servicios que precisan.</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).

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).

La experiencia en la práctica diaria nos dice a los médicos que los pacientes desconocen la realidad de sus coberturas hasta que no se enfrentan a los problemas. Mientras no necesitan de los servicios o estos son consultas sencillas no hay problema, cuando hay que operarse y poner algún material protésico empiezan los problemas. Si el paciente enferma y tiene que hacer visitas frecuentes empiezan los problemas puesto que los pacientes desconocen que a los médicos no les pagan muchas de las consultas sucesivas o las revisiones. Si además tienes un tumor y hay que poner por ejemplo quimioterapia se dan la circunstancia que el tratamiento si es intravenoso está incluido y si es oral no, cuando es más barato y con mayor seguridad para el paciente. En general para los pacientes es difícil comparar unos seguros con otros porque cada uno solo hace hincapié en lo que más se fija el cliente, en el precio, o en el copago, o en su cuadro médico o en el grupo hospitalario. Además muchos seguros usan una terminología que hace que los pacientes no lo entiendan hasta que viven las situaciones y el médico se lo tiene que explicar en la consulta.

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).

Sin duda es un factor que sólo consigue aumentar los ingresos de la entidad aseguradora. Para el paciente es un aumento de la complejidad que hace más difícil entender y comparar las condiciones y costos específicos de la póliza de seguro de asistencia sanitaria. La inclusión de otras pólizas de seguro o productos complica la estructura de precios y dificulta la comparación directa con otras ofertas en el mercado. A menudo se agrupa el coste de diferentes seguros y dificulta la identificación y comprensión del coste específico de la cobertura de asistencia sanitaria.

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 edad es una restricción para contratar un seguro de salud. Entre los médicos el 49,5% considera que existe una política de incremento significativo y desproporcionada de los precios de gente de edad avanzada con la intención de producir renuncias masivas de asegurados de esos rangos de edad y es el motivo fundamental que aducen las personas que se dan de baja en los seguros. Este es un problema que se detecta a partir del año 2010 y en nuestro estudio las principales aseguradoras son Sanitas 50%, Segurcaixa Adeslas 47% y ASISA el 40%. Un 17,9% de los médicos considera que las aseguradoras además eliminan del cuadro a los profesionales más antiguos con objeto de que los tenedores de pólizas con problemas crónicos se vayan a otra compañía.
Se debiera regular por ley que eso no suceda, quedando gente fuera del sistema, desprotegida.
Otro factor que hace que no se pueda adquirir un seguro es haber pasado determinadas enfermedades, cuando se ha tenido un cáncer y se ha hecho el tratamiento y se ha curado quiere decir que ya está sano y no debe haber una restricción para contratar un seguro.

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).

Si la aseguradora no acepta pagar el tratamiento de un paciente en base a sus coberturas por parte de los médicos no hay problemas si se informa con transparencia, claridad y a tiempo. El problema es que las aseguradoras hacen interpretaciones muy restrictivas e incluso incorrectas de los actos médicos que puede realizar el profesional. También interfieren en los diagnósticos y actos médicos exigiendo informes médicos que no abonan y requieren tiempo, antes de autorizar tratamientos. Muy frecuentemente autorizado y realizado el procedimiento en la liquidación se resta una cantidad de los honorarios en concepto de cambios de baremos decididos por la aseguradora, sin previo aviso y sin informe de la intervención.

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 entidades aseguradoras ponen numerosas trabas para incorporar nuevos tratamientos, retrasando su incorporación al nomenclátor de la OMC lo que obliga a utilizar códigos alternativos de procedimientos que ya no se realizan y que no concuerdan con el acto médico. Esto es especialmente relevante en los millones de asegurados vía MUFACE, MUGEJU e ISFAS que corren riesgo de inequidad al no poder acceder a la innovación en algunas ocasiones más tarde de lo que lo hacen en el sistema público de salud.

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 entidades aseguradoras tienen diferente distribución según las provincias y pueden ser mayoritarias en unas si y en otras no. Los médicos trabajamos por colegios profesionales y habitualmente no salimos de nuestra provincia, aunque se pueda hacer legalmente. Esta situación hace que en determinadas provincias algunas aseguradoras ocupen posiciones de dominio, como por ejemplo el IMQ-Segurcaixa Adeslas en Bizkaia. Las entidades aseguradoras llevan años haciendo una concentración de tal forma que las 6 principales ocupan más del 70% del mercado con lo cual pueden imponer sus condiciones. Un ejemplo es la cesión de Generali a Sanitas de la gestión asistencial de sus asegurados, imponiendo esta última, condiciones de remuneración no pactadas y que reduce un 20% las tarifas que Generali tenía pactadas previamente.

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).

Desde el punto de vista de los médicos si existen diferencias entre las entidades aseguradoras para los consumidores. Los médicos tenemos más problemas con las compañías más grandes por su posición de dominio. Por ejemplo el 61% de los médicos dice que ASISA no paga los consultas sucesivas o revisiones lo que dificulta la atención a esos pacientes.

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).

Los factores más importantes para determinar la calidad son:

- 1- Los profesionales médicos. Su capacidad, competencia y experiencia son cruciales. Además, hay que valorar su disponibilidad.
- 2- Las instalaciones y tecnología médica. Es necesario innovar y para ello debe haber un pacto en el cual las entidades aseguradoras deben participar y contribuir económicamente para dar sostenibilidad al sistema.
- 3- Acceso a servicios especializados, procedimientos protocolizados y equipos multidisciplinares.
- 4- Experiencia del paciente. Es importante valorar la experiencia del paciente para introducir mejoras en la asistencia.

<p>18. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</p>	
<p>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).</p>	<p>El 17% de los médicos refiere conocer la existencia de grupos hospitalarios/médicos que, con el objetivo de reservarse la atención a los pacientes tenedores de pólizas privadas, exigen a las aseguradoras acuerdos en exclusiva, impidiendo así al resto de centros médicos y facultativos formar parte de los distintos cuadros médicos. El mismo 17% refiere que esos grupos les han exigido que se integren en esos grupos o quedarán excluidos de los cuadros médicos de las aseguradoras.</p> <p>Los acuerdos de exclusividad pueden dificultar el acceso al mercado a nuevos proveedores ya que las aseguradoras tienden a preferir trabajar con proveedores establecidos y con quienes ya tienen relación. Cuando existen estas relaciones las negociaciones se realizan con un desequilibrio de poder negociador que imponen condiciones restrictivas a los prestadores de servicios con tarifas bajas que condicionan la sostenibilidad económica. Estas prácticas también favorecen la concentración en el mercado limitando que nuevos proveedores puedan entrar a competir.</p> <p>Para conseguir estos contratos exclusivos a veces se exigen unos requisitos de infraestructura y capacidad que es costoso y complicado y limita la capacidad de nuevos proveedores de ingresar al mercado.</p>

<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>El paciente ve que tiene teóricamente muchas opciones para elegir, pero al final se ve obligado a acudir al prestador de servicio que le manda su aseguradora. Si además esto se produce en una ciudad pequeña lo más probable es que ese centro se haya vuelto también dominante y lo que empeorará es la calidad percibida por el paciente.</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>Las aseguradoras no se sientan a negociar, te dicen sus condiciones y luego tampoco cumplen dichas condiciones. Los siguientes son datos del estudio condiciones de competencia en el mercado del ejercicio libre de la medicina realizado por el Grupo Análisis e Investigación (Grupo Ael) en 2019 para la Vocalía de Médicos de Ejercicio Privado del Consejo General de Colegios de Médicos de España, donde participaron >1.400 médicos. El 37,7% de los médicos tiene relaciones comerciales con las aseguradoras sin un contrato escrito. El 23,1% de los médicos dice que alguna aseguradora con la que trabaja o ha trabajado ha puesto fin a su relación contractual sin un motivo relativo a un incumplimiento atribuible al profesional. El 74% de los médicos refiere que alguna aseguradora le ha tratado de imponer o ha impuesto pagos capitativos, y un 7,3% contratos en exclusiva. El 22,7% refiere que las aseguradoras a las que presta servicio le han presionado con excluirle del cuadro médico si no acepta las condiciones establecidas unilateralmente por ellas. El 45% refiere encontrar obstáculos en forma de trabas administrativas, falta de autorización de tratamientos o técnicas indicadas, excesivo formalismo etc... El 35% ha observado que una aseguradora al hacerse dominante en un territorio impone sus condiciones en baremos como recientemente ha hecho Sanitas al absorber la prestación de Generalli. El 39,7% de los médicos ha sufrido que las aseguradoras se nieguen a pagar consultas sucesivas. El 39,6% han tenido errores en los pagos que obliga a reclamar. El 25,9% ha sufrido la anulación de cheques consulta alegando defectos de forma que no se identifican y que acaban no pagándose, habiéndose hecho el acto médico. El 19,9% ha sufrido una vez autorizado y realizado un procedimiento al asegurado, incluso cobrada la liquidación, en siguientes liquidaciones se resta una cantidad importante de honorarios, muchas veces sin previo aviso y sin una justificación hasta que se reclama. El 14% ha sufrido retrasos significativos en la fecha de pago acordada, el 13,8% refiere que la aseguradora no paga el material correctamente usado en el acto médico. El 12,9% sufre situaciones de impagos. El 69,9% refiere que los baremos no han evolucionado desde que comenzó a prestar servicio con las aseguradoras mientras el material fungible, los contratos del personal auxiliar y las inversiones en equipos médicos han aumentado. El 53% además observa que hay una tendencia a la baja de los baremos y el 39% ve que los importes de los baremos de las diferentes aseguradoras tienen una diferencia inferior al 5%. El 36,8% refiere bajadas en baremos al aunar varios actos médicos en uno solo, el 30,4% sufre baremos bajos para cirugías de alto riesgo. El 24,3% observa que a pesar de que se realizan intervenciones con más de un código aprobado en la OMC las aseguradoras sistemáticamente aplican solo uno. El 21% en la liquidación de honorarios se resta una cantidad en concepto de cambios de baremos decididos unilateralmente por la aseguradora sin aviso ni informe.</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).

Las condiciones que imponen las aseguradoras al no pagar consultas sucesivas y/o revisiones dificultan el acceso a la atención continuada que es el pilar de la calidad asistencial. Además, al retrasar la aprobación de nuevos actos en el nomenclátor de la OMC o incumpliendo los acuerdos allí alcanzados retrasan la aplicación a sus asegurados de la innovación, dándose situaciones de inequidad en pacientes de MUFACE, ISFAS y MUGEJU que contratan sus seguros como alternativa al sistema nacional de salud. Al realizar acuerdos de exclusividad con centros médicos u hospitales, se cambia una parte importante de la cobertura que tienen contratados los asegurados sin ser advertidos de ello. Esto hace que o bien cambie el cuadro médico porque el médico no quiera integrarse en ese grupo perdiéndose la continuidad asistencial y la libre elección del médico o el médico se tiene que meter en ese grupo hospitalario perdiendo sus claves médicas para facturar y perdiendo un porcentaje de sus honorarios que se queda el intermediario. El trabajar con bajos baremos, que no se han actualizado desde el inicio de la actividad, por la negativa de las aseguradoras si quiera a hablarlos, hace que los profesionales dediquen menos tiempo a cada paciente, aumentando así la probabilidad de tener algún error médico. Si la situación sigue igual cada vez habrá menos competencia real, se irá cercenando el ejercicio libre por un profesional responsable de todo el proceso, con un código deontológico profesional y habrá más concentración en grupos empresariales que basarán su actividad según las condiciones de mercado, es decir ante escasa competencia precios abusivos y ante excesiva oferta precios temerarios.

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

En el 2019 realizamos un estudio sobre la competencia en el mercado de aseguramiento privado en España que puedo facilitarles con mucho gusto y en el 2021 hicimos un análisis con propuestas de medida para mejorar que pueden consultar en el siguiente enlace.
<https://www.google.com/search?client=safari&rls=en&q=informe+competencia+cgocom&ie=UTF-8&oe=UTF-8>