

<p><b>¿En calidad de qué o en representación de quién participa en esta consulta pública?</b></p>	<p>Profesionales de servicios sanitarios (Asociaciones y profesionales)</p>
<p><b>Nombre completo (del particular o de la institución representada)</b></p>	<p>[CONFIDENCIAL]</p>
<p><b>¿Desea hacer público su nombre junto a su respuesta o mantenerlo confidencial (en cuyo caso se publicará como respuesta anónima)?</b></p>	<p>Confidencial</p>
<p><b>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).</b></p>	<p>El consumidor se enfoca principalmente en el precio, pero desconoce las coberturas y cuadros médicos. Las coberturas de tratamientos están estancados en los baremos desde hace más de 30 años y el paciente no tiene cobertura a nuevos tratamientos</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).**

Los cuadros médicos van variando ya que las compañías incluyen y excluyen a los médicos a su criterio sin previo aviso, por lo cual el paciente no tiene un servicio de continuidad, y tiene que cambiar de médico en algunas ocasiones

**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).**

Las pólizas hacen creer al paciente que tiene todo incluido, pero las coberturas son desde hace 30 años, y los requerimientos reales en la medicina han cambiado.

**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).**

Los seguros se enfocan más en vender más seguros que ampliar la cobertura o subir los precios de las consultas y procedimientos para aumentar la oferta de servicios médicos

**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).**

El cambio de seguro de uno a otro es difícil, por lo que muchos pacientes prefieren quedarse con uno sub-óptimo

<p><b>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).</b></p>	<p>Buscan excusas de preexistencias para no cubrir ciertos procedimientos</p>
<p><b>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).</b></p>	<p>Pésimo, no desean incorporar tecnología o tratamientos nuevos, ya que por ser novedosos son más caros. Al final el paciente debe pagarlo de su propia bolsa. Esto hace que se estanque la innovación médica</p>

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

Las compañías de seguro son intermediarios que por su tamaño de empresa abusan con su poder a los médicos individualmente. El paciente y el médico son los elementos fundamentales en la asistencia, el seguro como intermediario no, y este es el que se lleva la mayor ganancia.

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

El mercado está dividido entre 2 empresas que tienen el 60% del mercado y el resto comparten el 40% del mercado.

<p><b>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).</b></p>	<p>Desconozco</p>
<p><b>11. Valore el coste, limitaciones y dificultad de cambiar de un seguro de asistencia sanitaria a otro seguro de otra compañía (máximo 500 palabras).</b></p>	<p>Las preexistencias no se pueden trasladar, lo que hace que el paciente se quede estancado en su seguro sin posibilidad de cambio. Aparte que únicamente hacen contratos anuales y solo se puede cambiar al terminar el año.</p>

<p><b>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).</b></p>	<p>Todas tienen un precio mas o menos igual</p>
<p><b>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).</b></p>	<p>Las compañías que tienen mayor tasa de mercado tienden a tener menos coberturas de procedimientos. Y las compañías deciden unilateralmente cambiar las condiciones con las clinicas y médicos y no dejan negociar. Si un médico quiere iniciar alguna negociación, lo expulsan del cuadro médico</p>

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

Las compañías de seguro, por su poder que tienen, abusan a los médicos

**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).**

La competencia es alta, pero las compañías de seguro tienen restringida la competencia ya que no desean participar en todos los centros para limitar el acceso a servicios de salud al paciente y así dificultar la asistencia, para tener menos gastos

**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).**

Las compañías de seguro limitan artificialmente la oferta de servicio, ya que no desean que el paciente tenga fácil acceso a servicios médicos, entre menos consulte el paciente, más gana la empresa de seguros. Por lo que la entrada como nuevo proveedor de salud se obstaculiza por las compañías que no desean proveer cobertura en nuevos centros.

**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).**

Una oferta amplia de servicios, la alta cualificación del personal sanitario que presta los servicios, el tiempo que se le dedica a cada acto médico, el equipo médico que se dispone para los tratamientos médicos.

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 de seguro y los grupos hospitalarios son grandes empresas que por su poder, dificultan a pequeñas empresas a entrar en el mercado sanitario.

Al haber una integración vertical, dan prioridad a sus propios pacientes y estos no pueden acudir a otros centros.

<p><b>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).</b></p>	<p>La calidad de la asistencia se ve perjudicada ya que hay un conflicto de interés si la compañía de seguro es la misma que la que provee la asistencia sanitaria.</p>
<p><b>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).</b></p>	<p>Los seguros médicos no negocian, sino imponen tarifas. No han aumentado las tarifas en décadas, si el médico reclama estas tarifas, es expulsado del cuadro médico. Es imposible luchar contra estas empresas que por su poder tienen una ventaja desmedida sobre los médicos.</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 efecto es negativo para el consumidor, ya que por las tarifas impuestas por los seguros, los médicos tienen que trabajar por volumen, quiere decir ver más pacientes por hora, y esto perjudica la asistencia médica. Al tener las tarifas reducidas sin lugar a negociar, la inversión en equipamiento e innovación se ve afectada de una forma negativa.  
Las compañías no abonan exploraciones complementarias (que no están en baremo) que se realiza con equipo de alto costo, por lo que muchas veces el paciente puede que quede con un diagnóstico o tratamiento insuficiente.

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

Las compañías de seguro abusan de su poder, no dejando margen para negociar para poder innovar y mejorar los servicios sanitarios