

<p><b>¿En calidad de qué o en representación de quién participa en esta consulta pública?</b></p>	<p>Compañías de seguros (Asociaciones y empresas)</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>Precio Red médica Coberturas Experiencia del cliente</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).**

Muy difícil para los miembros entender la cobertura:

- Términos técnicos
- Letras pequeñas (autorizaciones, exclusiones...)
- unos actos cubiertos con unos especialistas y con otros no (Odontólogo versus maxilo en el producto dental)

Redes médicas

- Es una práctica común decir "La clínica X está cubierta", pero en realidad muchos actos de atención en esa clínica no están cubiertos
- Permitir que las compañías de seguros sean propietarias de sus propios hospitales crea posiciones de mercado injustas y limita la comparabilidad (no significa lo mismo tener algo cubierto en la propia red de alguien que a través de un acuerdo de terceros)

**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).**

- Difícil comparar precios (los administradores/tomadores de decisiones no tienen visibilidad sobre la rentabilidad/el margen de su contrato y si la oferta es agresiva o no, si el contrato se vende a pérdida o no,...) -> Las compañías de seguros deberían hacer público su índice de siniestralidad objetivo e histórico

- El contenido de la cobertura es difícil de entender ya que los términos médicos son bastante técnicos

**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).**

- Bancaseguros no tiene sentido. Es una práctica anticompetitiva, ya que es común que los bancos condicionen las tarifas de los productos financieros (cuenta bancaria, préstamos) sujetas a que las empresas compren seguros de salud con el banco.
- De esta forma, el mercado premia a los grandes conglomerados y no a la mejor oferta de seguros de salud.

**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).**

- Para las polizas colectivas, el período de renovación anual no tiene sentido desde una perspectiva de riesgo. Solo tiene sentido en un negocio individual para evitar el abuso o la antiselección -> Las empresas deberían poder cambiar de seguro a cualquier momento del año
- Abuso de bancaseguros como se mencionó anteriormente.

**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).**

**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).**

<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>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Enormes barreras de entrada, la red médica + reserva de citas online:</li><li>- Los grupos de aseguradoras que poseen redes médicas tienen precios distintos para sus asegurados y miembros de otras aseguradoras, lo que genera un conflicto de intereses.</li><li>- En otros países es impensable que el proveedor del seguro y de la asistencia sanitaria sean el mismo proveedor</li><li>- Elma es un caso de estudio perfecto: la innovación de España está fracasando por la dificultad de entrar en el mercado</li></ul>
<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>	<ul style="list-style-type: none"><li>- La red médica/la integración vertical hace que el cambio sea muy difícil</li><li>- En lugar de centrarse en los beneficios objetivos del seguro, a los asegurados les preocupa perder el acceso a médicos específicos</li><li>- En negocios grupales la limitación de renovación anual no tiene sentido. Esto no sucede en otros países (por ejemplo, Francia)</li></ul>

**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).**

- En general, no. Si compara planes estándar (por ejemplo, productos de la red médica con coberturas completas - ambulatorias, de especialistas y de hospitalización - y sin copagos), a menudo las coberturas son prácticamente iguales (con algunas pequeñas diferencias)
- Además, las redes médicas tienen una gran superposición entre las aseguradoras
- Si en el caso que los proveedores de seguros sean propietarios de sus propias clínicas.
- Los niveles de calidad varían mucho, también entre regiones de España

<p><b>14. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</b></p>	<p>Existe una gran fricción en la comercialización de pólizas de seguro de salud cuando el cliente (empresa) tiene una cuenta bancaria(o un préstamo) en algunos bancos con acuerdos bancarios/de seguros. Amenazan a la compañía con que si cambian de aseguradora cobrarán comisiones bancarias más altas</p>
<p><b>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).</b></p>	

**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).**

- Si, barrera de acceso a la red médica. Solo los grandes grupos de aseguradoras pueden negociar precios asequibles con las redes médicas. Otros se ven obligados a pagar precios elevados o acceder a la red a través de los servicios de TPA de otras aseguradoras.  
- Actualmente solo hay un proveedor que se integra con las clínicas para los servicios de reserva en línea, lo que crea una barrera para los nuevos entrantes en el mercado.

**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).**

**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).**

Sanitas es el grupo más integrado verticalmente  
El hecho de que sus hospitales y clínicas no están dispuestos a formar parte de las redes médicas de otras aseguradoras, dificulta convencer a un cliente de Sanitas para que cambie de aseguradora a una nueva aseguradora que no tenga centros de Sanitas en su red

**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).**

**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 hecho de que las aseguradoras más grandes puedan negociar mejores tarifas médicas con los proveedores de atención médica dificulta que las aseguradoras más pequeñas puedan ofrecer productos de seguros competitivos en términos de cobertura/precio.

- Por ejemplo, Generali tenía un ratio de siniestros sobre primas (loss ratio) insostenible debido a los altos costos de atención médica. Tuvieron que asociarse con Sanitas para tener acceso a su red médica y tener acceso a los precios negociados por Sanitas con los proveedores de atención médica.

- Otras opciones que tienen las aseguradoras más pequeñas para tener acceso a tarifas médicas mejor negociadas es contratar un TPA (administrador externo). Hay la posibilidad de asociarse con otra aseguradora (como DKV) para tener acceso a una amplia red médica con precios reducidos. Pero hay un coste del 6 al 8% de la prima anual para obtener este acceso.

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