

<p>¿En calidad de qué o en representación de quién participa en esta consulta pública?</p>	<p>Grupos hospitalarios/Centros de salud (Asociaciones y Empresas)</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>Son varios los factores que, de una forma u otra, son valorados por los consumidores a la hora de seleccionar el seguro de asistencia sanitaria que tenga mayor encaje con sus necesidades. Entre ellos podría considerarse la propia configuración de la oferta asistencial que la póliza en cuestión pone a disposición del paciente (profesionales o centros médicos incluidos, tratamientos, tecnologías, etc.), calidad asistencial, alcance de las coberturas o el propio precio a satisfacer por los consumidores.</p> <p>Sin embargo, se aprecia que, en líneas generales, la oferta asistencial de las aseguradoras es homogénea, pues suelen coincidir en coberturas, carteras de servicios y cuadros médicos. Ello supone que los factores relativos a la oferta y calidad asistencial permiten una escasa diferenciación entre aseguradoras, diluyéndose por tanto en la elección del consumidor. De hecho, a nuestro juicio, el valor de estos factores se desincentiva desde las propias pólizas o incluso el material precontractual que se facilita a los consumidores. Como se desarrolla en apartados posteriores, esta información facilitada a los consumidores y potenciales clientes muchas veces es muy profusa, con un lenguaje muy técnico y enumera un listado de excepciones difícil de valorar en el momento de la contratación.</p> <p>Por tanto, a la vista de lo anterior, se observa que el principal elemento diferenciador para la elección de una póliza de una u otra aseguradora reside, fundamentalmente, en el precio.</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 comparabilidad entre distintas ofertas de seguros es complicada debido al elevado volumen de cláusulas especiales y excepciones de cobertura que se establecen en las pólizas y que, cada compañía redacta y expone de forma distinta.

A nuestro juicio, el asegurado es incapaz de valorar adecuadamente una póliza de seguros y se limita a comparar el precio y, si acaso, la cartera de servicios. El proceso de contratación de seguros de asistencia sanitaria carece de unos niveles de certeza y claridad suficientes como para permitir a los asegurados (pacientes en última instancia) comprender con precisión cuál es el servicio contratado, qué coberturas se ponen a su disposición y cuál es su alcance (incluyendo en su caso exclusiones).

A nivel precontractual, las principales complejidades que parecen encontrar los tomadores de seguros de asistencia sanitaria suelen estar referidas a las implicaciones de la renovación de las pólizas de sus seguros una vez transcurrido el primer año de vigencia (p.ej., en cuanto a la evolución del precio); a las exclusiones de la póliza que se pretende contratar y a las restricciones para el acceso a un seguro médico cuando se trata de pacientes con episodios médicos preexistentes o dolencias crónicas.

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).

En ocasiones, la información contenida en las pólizas puede ser compleja, presentar ciertas deficiencias y no reflejar con claridad el alcance de las distintas coberturas que ofrece a sus tomadores complicando, por tanto, su pleno entendimiento por parte de los consumidores.

Muchas de las cuestiones recurrentes que plantean nuestros pacientes se refieren a la posibilidad de modificación unilateral por parte de las aseguradoras de las carteras de servicios y centros concertados (también en cuanto a la evolución de la prima una vez transcurrido el primer año de vigencia), o a ser dirigidos a médicos o centros concretos que pueden no coincidir con la preferencia del propio tomador. Con carácter general, estas situaciones no suelen estar debidamente reflejadas en las pólizas produciendo cierta confusión en los pacientes sobre el verdadero alcance de sus seguros.

Del mismo modo, las pólizas tienen especialidades concertadas, pero no la totalidad de los tratamientos y el asegurado desconoce las prestaciones, tratamientos farmacológicos o tecnologías incluidas, especialmente para pacientes que requieren tratamientos complejos (como, por ejemplo, en oncología). Lo anterior suele conducir a nuestros pacientes a formular quejas y reclamaciones que recibimos en nuestros centros y que no podemos resolver.

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).

**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).**

Como se ha acreditado en previas interacciones con la CNMC, destinamos anualmente una gran cantidad de recursos a incorporar a su oferta asistencial las tecnologías más punteras y los tratamientos más innovadores, de modo que sus pacientes tengan acceso a una atención sanitaria de la mayor calidad posible.

No obstante, la inclusión de estos tratamientos y tecnologías en las pólizas de las distintas aseguradoras se produce muy lentamente (o incluso no se llega a producir), retrasando en muchas ocasiones su acceso por parte de los pacientes, en claro perjuicio de la calidad asistencial.

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).

Existe una alta concentración del sector asegurador (las cinco principales aseguradoras controlan la mayor parte del mercado) con una oferta muy homogénea en cuanto a la configuración de sus servicios. El elemento diferenciador es, como ya hemos explicado, el precio que las aseguradoras pueden ofrecer a sus potenciales clientes.

De acuerdo con los datos proporcionados por los informes de la Asociación Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y Fondos de Pensiones (ICEA), las principales compañías aseguradoras activas en España (i.e., Sanitas, Adeslas, Asisa, Mapfre y DKV) representaban aproximadamente el 74% del mercado de seguros de asistencia sanitaria en España en el año 2022. En caso de incluirse en el análisis las siguientes aseguradoras (es decir, IMQ, Asistencia Sanitaria Colegial, Fiatc, Axa y Agrupació AMCI) el porcentaje que representan, por tanto, las diez primeras aseguradoras ascendió en 2022 a aproximadamente el 85% del mercado de seguros de asistencia sanitaria. Existe, por tanto, un elevado nivel de concentración en el mercado asegurador español.

En efecto, la estabilidad histórica de las aseguradoras de mayor tamaño supone que puedan pactar condiciones más favorables para ellas con los distintos profesionales y centros sanitarios gracias a su mejor posición negociadora y su mayor volumen de potenciales pacientes.

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).

Véase la respuesta a la pregunta anterior.

11. Valore el coste, limitaciones y dificultad de cambiar de un seguro de asistencia sanitaria a otro seguro de otra compañía (máximo 500 palabras).

<p>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).</p>	<p>No existen diferencias significativas de tarifas entre aseguradoras entre productos homogéneos.</p>
<p>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).</p>	<p>Como hemos explicado en apartados precedentes, la oferta asistencial de las aseguradoras es homogénea. La principal diferencia que se puede apreciar entre ellas es la preferencia/tendencia clara a derivar pacientes a sus propios centros cuando las aseguradoras están verticalmente integradas, recurriendo en esos casos a la inclusión de los principales centros hospitalarios ajenos en sus pólizas como herramienta de captación de clientes, pero con la estrategia de controlar costes y procesos derivando a los pacientes a sus centros propios.</p>

<p>14. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</p>	
<p>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).</p>	<p>De acuerdo con los datos proporcionados en el Catálogo Nacional de Hospitales 2022, el mercado español de asistencia sanitaria privada cuenta con 411 hospitales privados.</p> <p>Este representa, por tanto, una oferta muy fragmentada compuesta por operadores de muy diversas tipologías. Desde operadores sin ánimo de lucro propiedad de la Cruz Roja o de compañías religiosas, hasta grandes grupos hospitalarios (Quirónsalud, HM, Vithas, etc.) o incluso hospitales y centros propiedad de fondos de inversión, de accionistas independientes o de familias. Además obviamente de los centros de las propias aseguradoras integradas verticalmente.</p> <p>Los centros asistenciales requieren de una estructura de costes fijos muy elevado (personal, seguros, mantenimiento, energía...) que se deben absorber con elevados niveles de actividad para que sean eficientes estas estructuras y para amortizar sus relevantes inversiones. Por ello la práctica totalidad de estos centros asistenciales privados necesitan llegar a acuerdo con aseguradores que les facilite un flujo constante de pacientes. Esta necesidad propicia una importante dependencia de los operadores privados con las compañías aseguradoras.</p> <p>La consecuencia de esta coyuntura es, como explicábamos, que las aseguradoras dispongan de poder compensatorio frente a los centros y grupos hospitalarios, situación también propiciada por la fuerte concentración del mercado asegurador. Ello conduce, necesariamente, al acceso de las aseguradoras a mejores condiciones económicas en sus negociaciones con los centros y grupos hospitalarios.</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).

A nuestro juicio, y así ha sido confirmado en reiteradas ocasiones por la CNMC, no existen barreras de entrada ni de expansión significativas al mercado de servicios hospitalarios privados. Esta situación ha propiciado la existencia de un sector fragmentado y disperso, que cuenta con la existencia de un importante número de operadores, como se ha explicado.

La prestación de servicios hospitalarios y de asistencia médica privada está sujeta a la necesidad de obtener una serie de autorizaciones e inscripciones registrales en función de las actividades que se desarrollen por el operador sanitario. Estas autorizaciones son regladas y se obtienen una vez cumplidos los requisitos técnicos y regulatorios previstos en la normativa de las correspondientes comunidades autónomas. Pero más allá de los registros administrativos y de la necesidad de contar con una capacidad financiera suficiente para acometer las inversiones necesarias que exige todo centro sanitario, las posibles limitaciones de acceso a estos mercados se ven compensadas por la elevada información a disposición de los clientes y la ausencia de barreras al cambio de proveedor, considerándose, por tanto, que no existen limitaciones al acceso de nuevas empresas al 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).

Los factores relacionados con la calidad asistencial que, a nuestro juicio, tienen en mayor consideración los consumidores son:

- Accesibilidad.
- El reconocimiento/calidad de los profesionales sanitarios.
- Amplitud de la cartera de servicios.
- Tecnología.
- Continuidad asistencial.

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).

<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>La integración vertical de las principales aseguradoras plantea una serie de condicionantes que afectan al actual funcionamiento del sector sanitario en España y a la prestación de servicios sanitarios a los pacientes:</p> <p>(1) Las aseguradoras integradas verticalmente publicitan sus acuerdos con los principales grupos hospitalarios de España (Quirónsalud, Vithas, Nisa, etc.) para poder captar asegurados. Sin embargo, estas aseguradoras se apalancan artificialmente en la imagen y servicios de esos centros, pues suelen optar por derivar a sus asegurados a centros propios. Además de limitar la capacidad de elección del asegurado una vez formalizada la póliza, se producen ciertas asimetrías con las aseguradoras que no están integradas verticalmente.</p> <p>(2) En ocasiones, las aseguradoras derivan a los asegurados a centros elegidos por ellas, sin contar con las preferencias del asegurado (p.ej., a centros con los que tienen acordadas pruebas/tratamientos a un menor coste). Esto, además de limitar la capacidad de elección del asegurado (en realidad, con su póliza el asegurado está adquiriendo el derecho a acceder a una variedad de profesionales o centros según su elección), puede afectar a la calidad del servicio (por interrumpir la continuidad asistencial) e incluso privar al asegurado de acceder a los servicios de mayor calidad asistencial previstos en su póliza.</p> <p>(3) La integración vertical de las aseguradoras se está viendo favorecida por el desarrollo del sector, que está experimentando un abaratamiento de la inversión necesaria para abrir centros sanitarios (y, por tanto, reduciendo las barreras de entrada). Esto se debe fundamentalmente a dos factores: (1) el impulso reciente de la telemedicina, y (2) la ambulatorización de procesos quirúrgicos.</p> <p>(4) Su creciente integración vertical distorsiona el mercado:</p> <p>(4.a) Por el tipo de procedimientos que asumen en sus centros propios en comparación a los que externalizan. Captan volumen de consulta en centro ambulatorio o de baja complejidad que requiere poca inversión, pero derivan los procedimientos más complejos, caros y poco frecuentes pues afectan en mayor medida a su rentabilidad.</p> <p>(4.b) Por el apalancamiento en actividad aseguradora para beneficiar sus negocios hospitalarios.</p> <p>(5) El modelo de las aseguradoras verticalmente integradas ha creado niveles excesivamente bajos de retribución a los médicos que, en consecuencia, afectan a la calidad asistencial.</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>Existen dos tipos de profesionales sanitarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los que tienen clave propia de la aseguradora. Esto es, negocian y facturan sus honorarios directamente a las compañías aseguradoras. En este modelo la capacidad de negociación del profesional es prácticamente nula y la mejor prueba es que las tarifas por especialidad son prácticamente iguales para todos los profesionales. En estos casos el profesional debe establecerse por sus medios y asumir una inversión, o bien, negociar un alquiler de espacios y uso de recursos sanitarios con un centro asistencial. • Los que trabajan en centros asistenciales que tienen clave directa con la compañía aseguradora. En este caso el profesional cobra directamente los honorarios que han pactado con el centro asistencial y factura y cobra directamente del centro no de la compañía aseguradora. <p>Las ventajas que tienen para los profesionales que contratan directamente con un centro asistencial que tenga claves de compañías aseguradoras es evidente, por una parte tiene un proceso administrativo mucho más sencillo tanto para la facturación como para el cobro de sus honorarios (actos que no son nada fáciles ya que el proceso de facturación está sometido a una gran complejidad ya que requiere una correcta clasificación del acto médico y existe una casuística muy amplia, una adecuada documentación de aprobaciones y volantes y una gestión continua del cobro). Por otra parte, al negociar directamente con un centro asistencial se beneficia de las inversiones y de los procesos asistenciales que tiene el propio centro.</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).

La medicina y el conocimiento ha evolucionado mucho en los últimos años pasando de ser una medicina por actos médicos a una medicina por procesos asistenciales. Esto implica que diagnóstico y tratamiento es más efectivo si se realiza a través de un equipo médico e incluso en colaboración con distintos grupos de especialistas que aportan una valoración y tratamiento más interdisciplinar y con distintas visiones del problema que presenta el paciente. Es por ello que pensamos que a efectos de calidad asistencial es más eficiente que sean los centros quienes tengan las claves y no de forma individual profesional a profesional. Además, que la captación y negociación sea con los grupos hospitalarios permite asegurar un cumplimiento y una calidad adecuada a los procesos internos del centro en que se produce la atención sanitaria mientras se asegura una adecuada continuidad asistencial para los pacientes. De mismo modo, ello permite asegurar el sometimiento y cumplimiento a las políticas de calidad y controles asistenciales.

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

En los últimos años, los prestadores de servicios sanitarios vienen sufriendo ciertas dificultades para captar suficientes profesionales sanitarios para sus respectivos centros. Esto se produce, principalmente, a causa de la fuerte presión competitiva que ejerce el sector público para captar facultativos ya que cuenta con ciertos factores de gran atractivo para los médicos: tamaño de los centros, menor presión asistencial, acceso a iniciativas de investigación o la docencia (las universidades públicas suelen tener acuerdos con hospitales públicos).