

| | |
|---|---|
| <p>¿En calidad de qué o en representación de quién participa en esta consulta pública?</p> | <p>Compañías de seguros (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>En un seguro de asistencia sanitaria existen muchos factores determinantes que el potencial asegurado valora a la hora de elegir una compañía de seguros y, dentro de una compañía, a elegir un producto u otro o las coberturas que cada producto incluye. Las coberturas, completas o limitadas, tipo de productos, de asistencia o reembolso, si desea copago o no, así como el cuadro médico y servicios digitales que ofrece el producto son, a nuestro juicio, factores muy valorados por los clientes y, por supuesto, la calidad del servicio ofrecido por la aseguradora.</p> <p>El precio en estos productos también es importante, pero los consumidores suelen poner más foco en las prestaciones ofrecidas y en poder escoger las prestaciones a contratar en función de sus necesidades.</p> |

| | |
|--|---|
| <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).</p> | <p>Las aseguradoras están obligadas por la normativa vigente a aportar al tomador determinada información precontractual, previa a la formalización del contrato de seguro, en concreto, la siguiente:</p> <p>INFORMACIÓN GENERAL: El artículo 96 de Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras establece la obligación de proporcionar determinada información al tomador. En particular, en los seguros de enfermedad, el artículo 96.4 establece la obligación de informar sobre los criterios a aplicar para la renovación de la póliza y actualización de las primas en periodos sucesivos.</p> <p>NOTA INFORMATIVA PREVIA (NIP, en adelante): Dicha información, para los seguros de enfermedad, se especifica en el artículo 126.1, del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, estableciendo la obligación de informar de lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Factores de riesgo objetivos a considerar en la tasa de prima a aplicar en las sucesivas renovaciones de la póliza. - Garantías accesorias opcionales a la cobertura de enfermedad que se ofrecen en la misma póliza, indicando el importe de la prima correspondiente a cada una de ellas cuando correspondan a otro ramo. - Condiciones de resolución del contrato y renuncia, en su caso, a la oposición a la prórroga por parte del asegurador en las renovaciones. - Límites y condiciones relativos a la libertad de elección del prestador. <p>Además, las aseguradoras deben informar, antes del comienzo de cada anualidad, de las actualizaciones de capitales asegurados y coberturas. En las modalidades de seguro individual o de pólizas familiares se informa, además, de las tarifas de prima aplicables.</p> <p>Por otro lado, las actualizaciones del cuadro médico están disponibles en la página web de la entidad, a disposición de los asegurados y potenciales asegurados.</p> <p>La NIP de la aseguradora se ajusta, además, a la Guía de Buenas Prácticas en materia de contratación de los Seguros de Salud de UNESPA -Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras- a la que la entidad está adherida, lo que le compromete a suministrar, además, información adicional que contribuye a una mejor comprensión de las características principales del seguro.</p> <p>DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PREVIA SOBRE PRODUCTOS DE SEGURO (DIP en adelante): El artículo 176 del Real Decreto-ley 3/2020, de 4 de febrero, obliga a entregar el DIP que permite a los clientes tomar una decisión con conocimiento de causa, proporcionándoles información sobre el producto fácil de entender, comprender y comparar, con un diseño, estructura y formato comunes a todas las entidades. Dicho documento ha de contestar, conforme al modelo normalizado aprobado por la Comisión Europea, a preguntas como ¿En qué consiste este tipo de seguro?: ¿Qué se asegura? ¿Qué no está asegurado? o ¿Existen restricciones en lo que respecta a la cobertura?.</p> <p>Como se puede comprobar, la regulación tiene como consecuencia que las ofertas resulten claras y comparables. Además, los distribuidores de seguros cuentan con una alta formación para desempeñar su labor comercial y exponer la propuesta de valor de los productos aseguradores que ofrecen.</p> |
| <p>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).</p> | <p>Como se ha explicado en la respuesta a la pregunta anterior, la información precontractual que comprende tanto la NIP como el DIP incluyen de forma detallada la información contractual del producto de seguro facilitando la comparativa entre productos de distintas aseguradoras. En el caso concreto del DIP, además, debe emplearse un lenguaje sencillo que facilite al cliente la comprensión del contenido y se centra en la información esencial que el cliente necesita para tomar una decisión con conocimiento de causa y evitando la jerga especializada, por lo que la facilidad en la comparación, como hemos indicado, es muy elevada. En el caso particular de esta aseguradora, se facilita dicha información con antelación a la contratación y, además, se puede acceder a la misma a través de su página web.</p> |

| | |
|---|--|
| <p>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).</p> | <p>En términos generales, el seguro de salud se comercializa como una cobertura principal sin combinación con coberturas de otros ramos aseguradores y, si se comercializa conjuntamente con otros productos o derivado de la comercialización cruzada por tener otros productos con la entidad, la información precontractual y la información que recibe el potencial asegurado cumple con la normativa expuesta anteriormente</p> <p>La comercialización de seguros de asistencia sanitaria se realiza de manera independiente de los seguros de otros ramos, no obstante, esta aseguradora cuenta con una propuesta de valor para clientes que, previamente a la contratación de su seguro, fueran tomadores de una póliza de otro ramo. Esta acción comercial se realiza únicamente sobre modalidades seleccionadas por la propia entidad. Los descuentos que estuvieran aparejados a esta acción comercial son detallados en la propuesta de aseguramiento junto con el resto de las condiciones de la oferta. Así mismo, se reflejan igualmente en las Condiciones Particulares de la póliza que se entregan al tomador en la contratación.</p> |
| <p>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).</p> | <p>Consideramos que no existen restricciones injustificadas o desproporcionadas en el acceso a la contratación de seguros en la normativa aseguradora. La Ley 50/1980, de Contrato de Seguro (LCS, en adelante) en su Disposición Adicional Cuarta establece expresamente que "En particular, se prohíbe expresamente la denegación de acceso a la contratación, el establecimiento de procedimientos de contratación diferentes de los habitualmente utilizados por el asegurador o la imposición de condiciones más onerosas por razón de discapacidad, salvo que se encuentren fundadas en causas justificadas, proporcionadas y razonables, que se hallen documentadas previa y objetivamente".</p> <p>En este mismo sentido la Disposición Adicional Quinta señala que no se podrá discriminar a las personas que tenga VIH/SIDA u otras condiciones de salud.</p> <p>Además, la Ley 15/2022 Integral para la igualdad de trato y la no discriminación, establece en su artículo 17 que no podrá denegarse el acceso a la contratación de seguros o servicios financieros afines ni establecerse diferencias de trato en las condiciones de los mismos por razón de nacimiento, origen racial o étnico, sexo, religión, convicción u opinión, edad, discapacidad, orientación o identidad sexual, expresión de género, enfermedad o condición de salud, estado serológico y/o predisposición genética a sufrir patologías y trastornos, lengua, situación socioeconómica o cualquier otra condición o circunstancia personal o social, salvo las que resulten proporcionadas a la finalidad del seguro o servicio y a las condiciones objetivas de las personas solicitantes en los términos previstos en la normativa en materia de seguros.</p> |

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).

El artículo 10 de la LCS establece que el tomador del seguro, previamente a la contratación del seguro, tiene el deber de declarar, de acuerdo con el cuestionario formulado por la aseguradora todas las circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo. Tomando como base esta declaración y su valoración, la aseguradora determina la prima correspondiente. El contrato que se formaliza contiene las Condiciones Generales y Particulares del mismo, donde se incluyen tanto las coberturas como las exclusiones. El contrato de seguro cubre riesgos futuros por lo que, si una vez contratado el seguro, el asegurador tiene constancia de reserva o inexactitud en su declaración, podrá rescindir el contrato o reducir el importe de la prestación, de conformidad con lo establecido en la LCS. Del mismo modo el asegurador no estará obligado al pago de la prestación en caso de mala fe del asegurado. Hay que señalar que el porcentaje de quejas o reclamaciones que recibe esta entidad por este motivo es muy exiguo. Solo 12 reclamaciones fueron dirigidas a la DGSFP en 2022 por rehúse total o parcial por inexactitudes en el cuestionario de salud o por exclusiones definidas en las Condiciones Generales o Particulares de la póliza. Sobre el número total de autorizaciones de asistencia que se solicitaron en ese año, estas reclamaciones suponen un 0,002% del total.

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 técnicas médicas evolucionan constantemente y surgen novedades que se incluyen tanto en los tratamientos médicos como para la realización de pruebas diagnósticas. Las coberturas de las pólizas de asistencia sanitaria deben ir por tanto actualizándose en función de la evolución de dichas técnicas. Las prestaciones que estén suficientemente probadas y avaladas por las Sociedad Científica de la especialidad que corresponda o por las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, así como aquellas que estén implantadas de forma generalizada en los hospitales de referencia del Ministerio de Sanidad, se analizan y valoran por parte de esta aseguradora para su posible inclusión en cobertura y, en el caso de que se incluyan, se traslada al asegurado en la renovación de la póliza, repercutiéndose el coste, en su caso y cuando proceda, en el importe de la prima atendiendo a criterios técnico actuariales.

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

A raíz de la pandemia, la sociedad española está dando mayor importancia al cuidado de la salud manifestándose principalmente en dos tendencias, por un lado, una demanda mayor en la contratación de seguros de salud y, por otro lado, una mayor frecuencia de su uso, al pasar de una contratación en previsión de necesidades futuras a una contratación para su utilización inmediata.

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 asegurador de salud en España está formado por un elevado número de operadores. En concreto, a cierre de 2022, existían al menos ochenta y dos entidades aseguradoras que comercializaban coberturas de asistencia sanitaria. Todos los años ICEA -Asociación Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y Fondos de Pensiones- emite un informe sobre "El Seguro de Salud. Estadística, accesible al público en general, y donde se muestran las principales cifras del seguro de Salud y su evolución (facturación, prestaciones y número de asegurados, de forma global y por modalidad de cobertura). La oferta del mercado de seguros de salud es muy amplia, existiendo un elevado número de entidades que operan en este mercado y, además, cada compañía ofrece diferentes productos con diferentes coberturas, servicios y cuadros médicos para que el cliente pueda escoger la opción que mejor satisfaga sus necesidades.

| | |
|---|--|
| <p>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).</p> | <p>Consideramos que en la normativa aseguradora no existen barreras a la entrada de nuevos operadores en el mercado asegurador. Las aseguradoras están sujetas al cumplimiento de determinadas formalidades y capacidades de solvencia, pero esto no constituye una barrera de entrada para los nuevos operadores que quieran desarrollar su actividad en el sector asegurador. Lo que garantiza es que todos los operadores actúen bajo la misma regulación y control, velando por los intereses de los clientes y garantizando la imprescindible solvencia de las entidades aseguradoras.</p> <p>La fuerte regulación y el alto control que existe sobre la actividad aseguradora, tanto nacional como europea, garantiza la protección de los asegurados, pero no limita la entrada de nuevos operadores en el sector, siempre que cumplan con el proceso de autorización por parte de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones y de los organismos competentes en aquellas Comunidades Autónomas que han asumido competencias en esta materia, en el caso de entidades que realicen la actividad exclusivamente en el territorio de una determinada Comunidad Autónoma.</p> |
| <p>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> | <p>La regulación existente permite a los asegurados cambiar de aseguradora fácilmente, lo que permite que exista una alta competencia entre las distintas aseguradoras existentes en el sector.</p> <p>Las pólizas son de duración anual y el artículo 22 de la LCS establece que tanto asegurado como asegurador pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de antelación a la conclusión del período del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea el asegurador. Por lo tanto, de acuerdo con lo indicado, no resulta complicado cambiar de entidad aseguradora que cubra riesgos de la salud.</p> <p>De hecho, es algo habitual que los asegurados decidan cambiar de aseguradora y, por ello, todos los años se producen movimientos de asegurados entre las distintas compañías.</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).

La tipología de seguros de asistencia sanitaria es muy amplia en el mercado asegurador de salud, ofertándose diferentes productos, coberturas, servicios y modalidades de aseguramiento con distintos cuadros médicos e infraestructuras, técnicas de tratamiento avanzadas, telemedicina, etc. que pueden diferir de unas entidades aseguradoras a otras, lo que implica diferencias de tarifas debido a esta configuración. Cada aseguradora establece las primas para cada producto que comercializa en función de las coberturas y servicios que se ofertan, incorporando su estructura de costes. Por tanto, los precios no solo varían entre las diferentes aseguradoras, sino entre los diferentes productos que cada una de ellas comercializa. Existen modalidades de seguros básicas, completas, con o sin copago, con o sin reembolso, modulares, indemnizatorias, etc.

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).

Como se indica en la respuesta anterior, las diferencias vienen dadas por la multitud de productos, coberturas y servicios que existen en las pólizas de seguros de asistencia sanitaria. Todas estas condiciones se establecen de forma detallada en las Condiciones Generales y Particulares de las pólizas, por lo que dichas diferencias son conocidas de antemano por los potenciales asegurados y les permiten elegir entre la amplia y variada oferta de opciones existente.

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).

El grado de competencia es variable y está muy influenciado por la situación geográfica de la provisión sanitaria. La concentración de hospitales en grandes grupos sanitarios con marcada preponderancia en determinadas regiones españolas, así como la existencia de prestadores sanitarios en exclusividad en determinadas localidades, hacen que estos tengan una gran fuerza negociadora ante la necesidad de las entidades aseguradoras de garantizar la prestación de servicios en esas zonas.

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).

Se trata de un negocio intensivo en capital y que requiere de personal especializado. Sin embargo, en el momento actual no existen barreras de entrada adicionales para la provisión de servicios de asistencia sanitaria. Se trata de un sector en auge y con una importante inversión de capital privado en la provisión de servicios, lo que hace que la puesta en marcha de nuevos centros médicos y centros hospitalarios sea una constante en el sector.

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).

Existen multitud de aspectos que se tienen en cuenta a la hora de valorar la calidad de los servicios sanitarios que se prestan en los diferentes centros sanitarios. Los más relevantes son la calidad técnica, la atención prestada por el profesional sanitario, la complejidad en la gestión de citas y la disponibilidad de agendas o la atención recibida, tanto en una urgencia sanitaria como en un ingreso ordinario.

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).

Esta aseguradora tiene centros médicos propios, pero en ninguno de sus productos o modalidades la prestación de servicios se limita a dichos centros médicos, sino que cuenta con un cuadro médico muy amplio y suficiente para que el asegurado puede elegir la opción que mejor le convenga en cada momento. Dicho cuadro se actualiza constantemente con la incorporación de nuevos profesionales y operadores sanitarios a fin de mejorar las prestaciones a los asegurados.
Respecto al resto del sector, la situación no es distinta, y cualquier operador sanitario puede, con carácter general, establecerse en el mercado y trabajar con el sector asegurador.

| | |
|---|--|
| <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 efecto de los acuerdos entre compañías aseguradoras y centros de salud/grupos hospitalarios sobre el cliente final es que, a través de dichos acuerdos, los clientes obtienen ventajas como la posibilidad de elegir entre diversos centros hospitalarios para recibir los servicios sanitarios, una mejor calidad en las prestaciones y atención en sus reclamaciones por los servicios recibidos, todo ello con un coste menor para el asegurado. Las entidades aseguradoras velan para que sus asegurados obtengan los mejores servicios y en las mejores condiciones, ahora bien, el sector asegurador tiene por regla general poco margen de negociación frente a los grupos hospitalarios.</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 negociaciones se establecen con los diferentes tipos de proveedores partiendo de una tarifa base, elaborada interna y autónomamente por esta aseguradora, dependiente del acto asistencial. Con carácter general, la actividad viene clasificada según la especialidad médica y, dentro de cada especialidad, según el grado de complejidad del acto, todo ello atendiendo a la codificación determinada por la Organización Médica Colegial (OMC) a lo que hay que añadir una nomenclatura específica para paciente hospitalizado.</p> <p>Atendiendo a ambas codificaciones (OMC y la propia de la aseguradora) existen en la entidad más de 6.000 actos filiados para la actividad asistencial. El precio del acto médico se acuerda entre la aseguradora y el proveedor, teniendo presentes diferentes circunstancias que impactan en el mismo como son, a modo meramente enunciativo: grado de complejidad del acto, tiempo de realización, necesidades materiales y tecnológicas, etc.</p> <p>Una vez acordado con el proveedor el precio de los diferentes actos que conforman una especialidad, esta aseguradora genera, interna y autónomamente, un baremo provincial que, con posterioridad, se negocia individualmente con el proveedor (la entidad no dispone de un baremo nacional, sino que la tarifa de referencia está diferenciada según especialidad y provincia).</p> <p>En sus negociaciones con el proveedor para acordar las tarifas de honorarios, la aseguradora aplica y tiene en cuenta, además de análisis de costes, la estimación de la demanda de servicios por parte de los asegurados, el valor añadido para nuestros asegurados en función del proveedor o el prestigio de determinadas colaboraciones y otros factores individuales.</p> <p>Esta aseguradora no fija baremos de forma unilateral sino que, partiendo del baremo provincial anteriormente referenciado, establece negociaciones individuales con los diferentes proveedores sanitarios introduciendo sobre el mismo modificaciones que dependen de variables como la provisión sanitaria local, la capacitación profesional, etc., de tal forma que dentro de la misma provincia y especialidad pueden existir diferencias de tarifa entre distintos proveedores. La citada negociación se lleva a cabo entre la aseguradora y el proveedor del servicio.</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).

Tratándose el seguro de asistencia sanitaria de un seguro con una especial incidencia en el bienestar de los ciudadanos y desempeñando además una significativa labor social así como de soporte a la sanidad pública (determina un ahorro de entre los 6.185 y los 17.283 millones de € a la sanidad pública según el grado de uso de sus clientes en la sanidad privada, conforme al último informe publicado por IDIS -Instituto de Desarrollo e Integración de la Sanidad- en Abril 2023), al tratarse de un seguro de "uso" la mayor parte de sus primas van destinadas al abono de los servicios asistenciales, por lo que un incremento de las tarifas de los profesionales haría inevitable su traslado, en la medida que corresponda , a la prima, con el consecuente encarecimiento del producto y posible reducción del número de clientes.

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