

|   |   |
|---|---|
| <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>Los factores que valoran los consumidores antes de contratar un seguro de asistencia sanitaria son muy diversos y varían mucho en función del tipo de consumidor.</p> <p>En adición a los factores más usuales, como las coberturas ofrecidas, el importe de la prima, la existencia de copagos, la configuración del cuadro médico, la liberalización de determinadas pruebas, una red amplia de oficinas; existen otros factores que, dependiendo del tipo de consumidor pueden primar más que otros: en el caso de los consumidores más jóvenes, la existencia de aplicaciones digitales para realizar todo tipo de trámites; en el caso de los consumidores con mayor poder adquisitivo, que estén incluidos en el cuadro médico las clínicas y centros de mayor prestigio, que tengan concertadas las técnicas más novedosas; etcétera.</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 distribución de seguros se regula por el Real Decreto-ley 3/2020, de 4 de febrero. En su Título I se traspone la Directiva (UE) 2016/97, de 20 de enero de 2016, sobre la distribución de seguros.

Esta normativa incide en la claridad y transparencia de la información precontractual y establece mecanismos para garantizarla. En concreto, se ha establecido la obligatoriedad de presentar a los clientes de seguros no-vida (entre los que se incluyen, lógicamente, los seguros de asistencia sanitaria), un documento previo a la contratación, en papel o en otro soporte duradero, con toda la información relevante sobre el producto (Documento de Información del Producto de Seguro - IPID).

El artículo 176 regula el "Deber general de información previa sobre el contrato de seguro distinto al seguro de vida: documento de información previa":

- El documento, se entrega obligatoria y gratuitamente al potencial cliente, y contiene la información básica sobre las condiciones del contrato para que éste pueda comprobar fácil y rápidamente lo que ofrece la compañía.
- El documento debe ser breve, preciso y no engañoso. Estar redactado en una lengua oficial del Estado miembro en el que se sitúe el riesgo o del Estado miembro del compromiso o cualquier otra lengua acordada por las partes. La información debe ser clara y comprensible para el cliente.
- El documento debe incluir el título "documento de información sobre el producto de seguro" en la parte superior de la primera página para su fácil identificación e incluir una declaración de que la información completa se facilitará en otros documentos.
- El documento debe contener la información que establece el apartado 4 del citado artículo.
- El documento se deberá entregar de manera efectiva, dejando constancia y evidencia de su entrega al cliente y de la recepción por parte de éste.

El Reglamento de Ejecución (UE) 2017/1469, de 11 de agosto de 2017, establece las características que debe tener el formato de dicho Documento. Establece un formato de presentación normalizado (documento estándar), que permite al consumidor una cómoda comparación entre distintos productos de seguro de una misma aseguradora, así como entre distintos productos de seguro de diferentes aseguradoras.

Por lo que, la claridad y comparabilidad de la información precontractual está garantizada.

En este sentido y además de lo anterior, UNESPA se ha dotado, entre otras Guías de buenas prácticas, de la Guía de buenas prácticas de salud, cuya finalidad consiste "facilitar a los consumidores la comparación entre las distintas modalidades de los seguros de salud en la fase previa a la contratación (información precontractual) gracias al uso de una nota informativa previa estandarizada por parte de todas las aseguradoras adheridas".

Por lo que, antes de la contratación de un seguro de asistencia sanitaria, el potencial cliente dispone de dos documentos muy claros y concisos de las coberturas y resto de condiciones más importantes del contrato de seguro: Documento de Información del Producto de Seguro - IPID y Nota informativa previa. Al encontrarse estandarizados ambos documentos, la comparación entre las distintas ofertas de las entidades es sencilla.

**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).**

El artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro establece cómo "Las condiciones generales y particulares se redactarán de forma clara y precisa. Se destacarán de modo especial las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados, que deberán ser específicamente aceptadas por escrito."; siendo, por tanto, una premisa legal la claridad y precisión de la documentación contractual.

Cláusulas contractuales que, además y tal como el propio precepto prosigue, están sometidas a la vigilancia de la Administración Pública.

El artículo 8 de la Ley de Contrato de Seguro en su apartado 3º (modificación introducida por la Disposición Final Primera de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras), en el mismo sentido, dispone, entre el contenido mínimo de la póliza, la siguiente indicación:

"3. Naturaleza del riesgo cubierto, describiendo, de forma clara y comprensible, las garantías y coberturas otorgadas en el contrato, así como respecto a cada una de ellas, las exclusiones y limitaciones que les afecten destacadas tipográficamente."

Por otra parte y además de la protección que la regulación legal y el supervisor ofrecen a los consumidores de seguros de asistencia sanitaria, la preocupación de las entidades aseguradoras por los consumidores cada vez es mayor y por ello desde el sector se publican guías de usos y buenas prácticas con la finalidad de facilitar la comprensión de este tipo de productos y las cláusulas que los regulan.

UNESPA viene publicando distintas Guías de Buenas Prácticas a las que se van adhiriendo la mayor parte de las aseguradoras (en este caso del ramo de enfermedad) para garantizar un mayor nivel de compromiso y transparencia ante los consumidores. Entre otras, la Guía de Buenas Prácticas en materia de contratación de los Seguros de Salud, para facilitar la comparabilidad y la claridad entre ofertas aseguradoras.

|   |  |
|---|--|
| <p><b>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).</b></p> | <p>La comercialización cruzada es una práctica común en la que se ofrece otros servicios a los consumidores que ya son clientes de otros productos; supeditándose su venta a las mismas condiciones de claridad que la comercialización no cruzada.</p>  |
| <p><b>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).</b></p>                     | <p>Uno de los principios básicos del seguro es la distribución, entre grandes masas de personas expuestas al mismo riesgo, de las consecuencias económicas que puedan sufrir algunos de sus componentes. A partir del cual se calcula a través de hipótesis y supuestos de siniestralidad, la aportación que cada componente del grupo debe hacer y se traduce en el precio del seguro.</p> <p>El artículo 94.1 de la Ley 20/2015 establece la necesidad de que las primas sean suficientes, según bases actuariales razonables, para permitir a la aseguradora satisfacer el conjunto de obligaciones derivadas dentro de un régimen de libertad de competencia en el mercado de seguros. Sino, la estabilidad financiera y la solvencia de la aseguradora se comprometerían.</p> <p>La valoración del riesgo es un elemento esencial de técnica aseguradora. El artículo 10 de la LCS el deber de declaración del riesgo conforme al cuestionario a que la aseguradora le someta.</p> <p>Las últimas reformas del sector han modificado algunos puntos en beneficio de los consumidores.</p> <p>La Ley 4/2018, de 11 de junio, pretende eliminar del ordenamiento jurídico aquellos aspectos que limiten la igualdad de oportunidades y promuevan la discriminación por ser portadoras del VIH/SIDA, u otras condiciones de salud, respecto al ámbito de contenidos discriminatorios en determinados negocios jurídicos, prestaciones o servicios.</p> <p>Así, su Disposición Final Primera añade la Disposición Adicional Quinta de la LCS que establece "No se podrá discriminar a las personas que tengan VIH/SIDA u otras condiciones de salud. En particular, se prohíbe 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 tener VIH/SIDA u otras condiciones de salud, salvo que se encuentren fundadas en causas justificadas, proporcionadas y razonables, que se hallen documentadas previa y objetivamente".</p> <p>De manera que para que las aseguradoras denieguen la contratación, establezcan procedimientos diferentes o impongan condiciones más onerosas a consumidores por padecer VIH u otras condiciones de salud, su decisión debe estar justificada documental y previamente sobre causas proporcionadas y razonables.</p> <p>La prohibición de discriminación no implica que los consumidores no deban informar de esas circunstancias si la aseguradora pregunta por ellas para valorar el riesgo. De otra manera las aseguradoras se estarían basando en cálculos incorrectos actuarialmente, peligrando el principio mutual y estabilidad financiera de la aseguradora.</p> <p>La valoración del riesgo y aplicación de medidas correctoras, no comportan discriminación, son el resultado de la aplicación de herramientas técnicas y matemáticas para segmentar riesgos y aplicar primas suficientes y proporcionadas.</p> <p>El artículo 17 de la Ley 15/2022 establece la no denegación del acceso a la contratación de seguros y la ausencia de 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, etc.</p> <p>Por todo lo cual, consideramos que no existen restricciones injustificadas o desproporcionadas en la normativa aplicable a la contratación del seguro de asistencia sanitaria.</p> |

|   |   |
|---|---|
| <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>El artículo 18 de la Ley de Contrato de Seguro establece la obligación del asegurador de indemnizar al asegurado al término de las "investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro y, en su caso, el importe de los daños que resulten del mismo".</p> <p>Por lo que, el rehúse de siniestros por parte de las aseguradoras se determina tras el análisis de la documentación contractual, precontractual, y la valoración de la información y documentación del siniestro. Y se hace de forma motivada y congruente.</p> <p>En el caso de rehúses de siniestros, como en cualquier cuestión en la que pueda surgir disconformidad por parte del consumidor, éste dispone de una serie de mecanismos reglados para su reclamación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras.</li> <li>- La Orden ECC/2502/2012, de 16 de noviembre, por la que se regula el procedimiento de presentación de reclamaciones ante los Servicios de Reclamaciones del Banco de España, la Comisión Nacional del Mercado de Valores y la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.</li> <li>- El Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias.</li> </ul> <p>La normativa sectorial establece en este punto que las entidades deben disponer de un departamento o servicio especializado de atención al cliente, que tenga por objeto atender y resolver las quejas y reclamaciones que presenten sus clientes.</p> <p>Además, las entidades pueden designar un defensor del cliente, al que corresponderá atender y resolver los tipos de reclamaciones que se sometan a su decisión en el marco de lo que disponga el reglamento de funcionamiento a que se refiere el artículo 8 de la Orden ECO/734/2004, así como promover el cumplimiento de la normativa de transparencia y protección de la clientela y de las buenas prácticas y usos financieros.</p> <p>El departamento o servicio de atención al cliente debe ser autónomo e independiente respecto del resto de servicios comerciales u operativos de la entidad.</p> <p>El resto de los departamentos y servicios de la entidad deben trasladar la información al departamento o servicio de atención al cliente con rapidez, seguridad, eficacia y coordinación.</p> <p>La DGSFP es un supervisor muy activo y eficaz, que supervisa y controla el adecuado funcionamiento del sector y otorga la protección adecuada a los clientes de las aseguradoras. Aunando facultades de regulación, ordenación y supervisión sobre las entidades aseguradoras.</p> <p>El procedimiento de reclamación ante la DGSFP concluye con un informe final que tiene carácter informativo, no es vinculante, no siendo considerado acto administrativo. Aunque la entidad no está obligada a cumplir las conclusiones del informe final, el Servicio de Reclamaciones puede derivar al Servicio de Supervisión expedientes de los que se infiera indicios de incumplimiento o quebrantamiento de normas de transparencia y protección de la clientela.</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>Para ofertar una cobertura con un determinado alcance o una técnica determinada, previamente tiene que existir una estimación para calcular la prima correspondiente a la cobertura de cada riesgo y el alcance del mismo.</p> <p>Tiene que existir un periodo de estudio del "aleas" a cubrir, y cuando se obtiene una muestra significativa, la cobertura de dicho riesgo o la concreta técnica - en base a determinados cálculos determinados por técnica actuarial - se puede traducir en una prima concreta que -si lo estima la aseguradora-, puede quedar incorporada a su cartera de servicios cubiertos mediante oferta expresa, a partir de una determinada fecha.</p> <p>Ello se corresponde con el principio de suficiencia de prima que exige la propia legislación de ordenación y supervisión de seguros privados. Pues de no respetarse el principio de suficiencia la estabilidad financiera y la solvencia de la empresa aseguradora se vería comprometida, y con ello el principio mutua de la prima. Principio mutua que vela por la compensación de riesgos, es decir, por la distribución de los daños entre la masa de riesgos, con base en la ley de los grandes números, en la experiencia y en la técnica actuarial.</p> <p>En este punto volvemos a remitimos al artículo 94 de la Ley 20/2015, precepto que se refiere a estos principios relativos a la prima (mutua y de suficiencia): las primas deberán ser suficientes, según bases actuariales razonables, para permitir a la entidad aseguradora satisfacer el conjunto de las obligaciones derivadas en los contratos de seguros.</p> <p>DKV Seguros, para incluir una nueva cobertura, verifica que ese nuevo tratamiento o medio diagnóstico tenga evidencia científica de que realmente aporta valor añadido a la salud del cliente.</p>  |

|   |  |
|---|--|
| <p><b>8. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</b></p>  | <p>Es importante destacar la labor social de los seguros de salud siendo un elemento de solidaridad entre personas sanas y enfermas.<br/>Por otra parte los seguros de salud "liberan" al sector público de una enorme carga de trabajo que sería inabordable por el SNS de no existir dichos seguros.</p> <p>Bloque II. Funcionamiento del mercado de seguros de asistencia sanitaria<br/>En este apartado se consulta sobre las características generales del mercado de asistencia sanitaria, así como la valoración de los distintos agentes del mercado sobre el nivel competencia efectiva existente entre las empresas aseguradoras que ofrecen servicios de asistencia sanitaria en España.</p>  |
| <p><b>9. Valore el grado de competencia existente entre las compañías de seguros de asistencia sanitaria en España y justifique su respuesta (máximo 500 palabras).</b></p> | <p>En el sector asegurador y más concretamente en el ramo de asistencia sanitaria, existe un alto grado de competencia entre las compañías de seguros dado que hay muchas entidades aseguradoras de asistencia sanitaria que operan en España, diversidad de productos de seguro de dicha naturaleza e incluso diferentes modalidades de cada uno. Y todo ello con la finalidad de adaptarse a las exigencias y necesidades de todo tipo de consumidores. En la actualidad, en el mercado de seguros, el consumidor está más protegido y es que la actividad de distribución debe tener por objeto cubrir una necesidad del mismo, no pudiendo promover la celebración de un contrato de seguro que no se ajuste a dicha necesidad o deseo del consumidor. En este sentido, la nueva normativa de distribución de seguros y, en concreto, el art. 175.1 del RDL 3/2020, de 4 de febrero, que transpone al Derecho español la Directiva Europea de Distribución de Seguros, en su segundo apartado es claro cuando establece como: "Cualquier contrato que se proponga debe respetar las exigencias y necesidades del cliente en materia de seguros."</p> <p>A la vista de lo anterior, es claro que la oferta de productos de seguros es amplia para así poder llegar al mayor número de consumidores posibles y satisfacer sus necesidades y demandas.</p> <p>Además, tanto los comparadores de seguros como toda la documentación precontractual que todas las aseguradoras están obligadas a facilitar, permiten que ese grado de competencia sea elevado y de calidad; haciendo posible que los consumidores puedan comparar entre productos de distintas entidades aseguradoras y entre distintos productos de una misma entidad; y terminen contratando aquel producto realmente cubra sus necesidades.</p> <p>Ello permite un alto grado de competencia y que sean los consumidores los que libre y voluntariamente contraten el seguro que mejor y más se adapte a sus necesidades.</p> <p>En este contexto y para bajar al terreno la variedad de entidades aseguradoras de asistencia sanitaria que operan en España, de una consulta rápida al registro público de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, existen más de 80 entidades aseguradoras de asistencia sanitaria que oferta en nuestro país productos de seguro del ramo de asistencia sanitaria; ofertando cada una de ellas, distintos productos de seguro de dicha naturaleza.</p> |

|   |   |
|---|---|
| <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>La actividad aseguradora por la importancia que tiene y el papel esencial que juega en la economía, es un sector muy regulado y controlado; tanto que se ha justificado históricamente una regulación e intervención pública mayor que la existente en otros sectores.</p> <p>La actividad aseguradora supone el intercambio de una prestación presente y cierta, la prima, por una prestación futura e incierta, la indemnización. Esta situación exige garantizar que cuando eventualmente se produzca el siniestro que motive el pago de la indemnización la entidad aseguradora esté en situación de poder hacer frente a su obligación. Ello justifica que la ordenación y supervisión de las entidades aseguradoras por los poderes públicos resulte una materia de interés público, para comprobar que mantienen una situación de solvencia suficiente que les permita cumplir su objeto social.</p> <p>Y por ese motivo, las barreras de entrada existentes actualmente para nuevos competidores son el resultado de las distintas regulaciones vigente a lo largo de los años y que se han ido modificando y actualizando para adaptarse a las necesidades existentes en cada momento; y se encuentran justificadas sin que se pueda hablar de que las mismas son desproporcionadas.</p> <p>En la actualidad el acceso al mercado asegurador se encuentra regulado por la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras. Ley resultado de la necesidad de incorporación del derecho comunitario de seguros y la adaptación normativa al desarrollo del sector asegurador que recoge aquellas disposiciones de la Directiva 2009/138/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 25 de noviembre de 2009, sobre el seguro de vida, el acceso a la actividad de seguro y de reaseguro y su ejercicio que requieren ser incorporadas a una norma de rango legal, al tratarse de importantes modificaciones en el esquema de supervisión de la actividad aseguradora.</p> <p>La magnitud de los cambios introducidos por la normativa ha aconsejado sustituir el texto refundido vigente por una nueva Ley que integre, de forma similar a la refundición de normativa comunitaria llevada a cabo por la Directiva Solvencia II, las disposiciones que continúan vigentes, el nuevo sistema de solvencia y otras normas que se ha considerado necesario introducir, teniendo en cuenta la evolución del mercado asegurador.</p> <p>En concreto y respecto a lo que podría afectar al enunciado de la presente cuestión, el título II de la Ley regula las condiciones para la obtención de la autorización administrativa como requisito previo para el acceso al ejercicio de la actividad aseguradora o reaseguradora en términos similares a los de su precedente legislativo.</p> <p>No obstante y a pesar de ello, varias aseguradoras han entrado en los últimos años en el mercado de seguros de salud (Alan, Abanca, Vivaz...).</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>Como se ha expuesto en preguntas anteriores, existe una amplia variedad de entidades aseguradoras y de productos de seguro de asistencia sanitaria, en este contexto y teniendo en cuenta que las circunstancias vitales pueden cambiar a lo largo de la vida de la persona, también es posible que durante la vigencia de un seguro de asistencia sanitaria, el consumidor sienta la necesidad o el deseo de cambiarlo por otro (por cuestión de coberturas, de precio, de cuadro médico, etc.).</p> <p>En este contexto, indicar que es posible que existan variaciones en los cuadros médicos concertados en cada zona geográfica para cada anualidad de vigencia del contrato (profesionales sanitarios que dejar de estar en dicho cuadro, otros que se incorporan, etc.) y asimismo, respecto del precio del seguro, puede sufrir asimismo variaciones de acuerdo a los cálculos técnico-actuariales realizados.</p> <p>Las aseguradoras, conforme a lo establecido en los artículos 96 LOSSEAR y 126.2 ROSSEAR, están obligadas a informar, antes de cada renovación, de las actualizaciones de capitales, de prestaciones, de cuadro médico, y antes de la contratación, de las tarifas de prima estándar aplicables para todos los tramos de edad o que se delimiten en función de cualquier otro criterio objetivo de adscripción de los asegurados.</p> <p>Por otro lado, existe libertad del consumidor, cumpliendo con los plazos legales establecidos en el art. 22 de la Ley de Contrato de Seguro, para oponerse a la prórroga del contrato de seguro que tiene suscrito con una entidad aseguradora y contratar una nuevo con otra.</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).**

Las tarifas de los seguros de asistencia sanitaria varían en función de las coberturas ofrecidas, de la configuración de los cuadros médicos, de las modalidades del producto, de la existencia o no de copago, y en su caso, del tipo de copago existente. Las diferencias en precio son muy evidentes por todo ello entre las distintas modalidades de seguros.

**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).**

Las variaciones en el cuadro médico y las coberturas son evidentes entre unas y otras compañías. No obstante, ante productos similares pueden coincidir en gran parte.

|  |  |
|--|--|
| <p><b>14. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</b></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> | <p>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 privado depende en gran medida del ámbito geográfico en el que se encuentren: en provincias de menor población y con un número reducido de recursos sanitarios privados, las aseguradoras de salud están más condicionadas y tienen una menor capacidad negociadora con proveedores sanitarios privados respecto de provincias de gran población en las que la oferta es mayor.</p> <p>Aunque a nivel nacional puedan existir proveedores alternativos, si a nivel local no existen alternativas, el riesgo o posibilidad de monopolio en la provisión de estos servicios en estos territorios es muy elevada. En determinadas provincias, existe una concentración en prestadores únicos para los asegurados de las compañías aseguradoras. Ello conduce a una relativización irremediable del derecho de libertad de elección del prestador de servicios de salud.</p> <p>El mayor problema que se plantea en esas circunstancias es que la negociación de precios entre las aseguradoras y esos proveedores sanitarios es muy complicada y que la capacidad negociadora se reduce. La concentración hospitalaria que ha habido en los últimos años ha ido en este sentido.</p> |

|   |  |
|---|--|
| <p><b>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).</b></p> | <p>Como en el apartado anterior, entendemos que ello depende en gran medida del ámbito geográfico al que nos refiramos. En provincias con poca población, sí existirían de inicio barreras de entrada a nuevos competidores por la propia idiosincrasia de la situación. Es evidente que, si atendemos al volumen de negocio existente en ese ámbito territorial concreto y a la inversión que un nuevo competidor tendría que hacer, se hace muy complicada la viabilidad de la entrada de nuevos proveedores sanitarios en aquellos territorios. Esta situación repercute de forma directa en las entidades aseguradoras, las cuales se encuentran en clara desventaja al ver limitada su capacidad negociadora en cuanto a los precios por los servicios asistenciales.</p> <p>En el caso de las aseguradoras especializadas en seguros de salud, y cuya actividad en ese ramo consiste en poner a disposición de sus clientes (asegurados) una red de servicios sanitarios óptima y adecuada a sus necesidades y a las coberturas de los productos de seguro contratados por éstos, la provisión de los servicios de salud recae íntegramente en proveedores externos. Las aseguradoras, en esos casos, no se encargan de la directa prestación de los servicios sanitarios a sus asegurados, sino que éstos están a disposición de los asegurados a través de los profesionales sanitarios que integran su cuadro médico.</p> <p>Por lo que, en principio, estas aseguradoras no están en condiciones de establecer un nuevo hospital o centro para competir, como operador nuevo, en el mercado de provisión de servicios de asistencia sanitaria.</p> <p>Además, para que un nuevo hospital fuese operativo y competitivo sería necesario el transcurso de muchos años, lo que dejaría como única alternativa asistencial hospitalaria durante un largo período de tiempo al centro u hospital ya existente.</p> <p>Por otra parte, en los territorios con mayor población y donde existe una red de proveedores sanitarios privados más nutrida, la problemática que existe en este punto (que operadores nuevos puedan entrar en el mercado de provisión de servicios de asistencia sanitaria privada) es la de una concentración cada vez mayor de centros en grupos hospitalarios privados cada vez más fuerte y potente, lo que en ocasiones tensa la negociación de precios.</p>    |
| <p><b>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).</b></p>   | <p>En cuanto a los facultativos que nutren el cuadro médico, los factores más importantes que determinan la calidad de los servicios sanitarios son la profesionalidad, la formación, y el grado de especialidad de los propios profesionales sanitarios.</p> <p>En cuanto a los centros sanitarios, la calidad de los servicios prestados viene representada, entre otros factores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Por un amplio horario de atención al público, permitiendo que cada cliente ajuste sus visitas médicas a su disponibilidad.</li> <li>- Por el tamaño del centro, cuanto más grande es, concentra más especialidades y ello es muy valorado por los consumidores que acaban teniendo ese centro como referencia para el cuidado de su salud.</li> <li>- Por aquellos que prestan una atención más integral y realizan gestiones adicionales para sus pacientes, facilitando la coordinación de interconsultas entre especialistas, la gestión de autorizaciones con las aseguradoras, etcétera.</li> </ul> <p>En cuanto a los centros hospitalarios, la calidad de los servicios que prestan está determinada fundamentalmente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Por la tecnología diagnóstica y terapéutica que incorporan a su cartera de servicios.</li> <li>- Por la amplitud del horario que disponen para la realización de pruebas diagnósticas facilitando que el tiempo de espera de los asegurados sea el mínimo posible (agendas hasta las 23 horas, sábados, domingos...).</li> </ul> <p>Para evaluar la calidad asistencial se dispone de las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cada vez más los hospitales privados acceden a la formación MIR y se convierten en hospitales universitarios.</li> <li>• También es creciente el esfuerzo en investigación con numerosos ensayos clínicos. Todos estos factores hacen que los hospitales privados sean cada vez más excelentes.</li> <li>• Por otra parte, acreditaciones de calidad asistencial como Joint Commission, EFQM, Q Quality Healthcare de IDIS, OHSAS 18001, ISOs etc. Son práctica habitual en los centros privados.</li> <li>• Resaltar aquí, no obstante que el verdadero indicador de la calidad es el que establece el cliente que puede elegir entre un gran número de profesionales procurando escoger a los mejores.</li> </ul> |

|   |   |
|---|---|
| <p><b>18. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</b></p>   |   |
| <p><b>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).</b></p> | <p>Consideramos que las relaciones verticales descritas en el enunciado sí podrían llegar a afectar al acceso al mercado de nuevos proveedores de servicios sanitarios, pero solo si tuviera un peso importante.</p> <p>Cuando una entidad aseguradora es a su vez titular de una clínica, hospital, centro de salud, etc., disminuye el poder de negociación de condiciones y honorarios que tienen el resto de las entidades aseguradoras para contratar los servicios sanitarios de ese proveedor médico concreto. No obstante, la necesidad de ofrecer un cuadro médico amplio (demandado por los clientes) minimiza ese impacto.</p> |

|   |  |
|---|--|
| <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>No existen un gran número de relaciones verticales entre compañías aseguradoras y centros de salud/grupos hospitalarios que pertenecen a éstas, por lo que el efecto de estas relaciones sobre la calidad, eficiencia y nivel de competencia, es mínimo. Aunque, por otra parte, puede facilitar una gestión más adecuada de las prestaciones sanitarias y un mayor control sobre los costes de las mismas.</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>En DKV los honorarios de los facultativos de su cuadro médico se establecen por acto médico; que es todo aquel en el que el médico actúa como profesional de la medicina para prevenir, diagnosticar, etc. Dichos honorarios son siempre proporcionales a la especialidad o complejidad del acto. Los honorarios que DKV satisface como contraprestación a los servicios asistenciales se adjuntan al contrato. Es lo que conocemos como baremo aplicable a esa prestación de servicios. Las cifras concretas que figuran en cada baremo son resultado de la negociación de ambas partes para lo que cada parte tiene en cuenta diversas circunstancias: número y disponibilidad de proveedores en la zona concreta de prestación del servicio; prestigio de los proveedores; calidad; necesidades de DKV para cubrir una especialidad sanitaria en esa zona; etc. DKV toma en consideración numerosa información como su histórico de coste medio por especialidad, el volumen de actos médicos que para cada especialidad estime que se produzcan con arreglo a técnicas actuariales y acude a la negociación de los baremos de honorarios profesionales con expectativa de cuánto desea pagar por cada acto médico que vaya a realizar el proveedor a los asegurados de DKV. De llegar a un acuerdo entre DKV y el proveedor, los honorarios mutuamente acordados se incorporan como baremo al contrato en cuestión. Los honorarios de los facultativos o centros que prestan servicios a DKV para la atención sanitaria de sus asegurados se determinan siempre por la libre voluntad de DKV y proveedor cuando acuerdan las condiciones del servicio. DKV cuenta con contratos de asistencia sanitaria privada con aquellos profesionales, centros médicos y grupos hospitalarios que integran el cuadro médico que la aseguradora pone a disposición de sus asegurados y contiene las condiciones de servicios y económicas que libre y previamente las partes han pactado. DKV dispone de un contrato de proveedor de servicios sanitarios normalizado, que recoge los términos y condiciones de la relación entre aseguradora y proveedor, pero pueden existir y de hecho existen variaciones en ese contrato fruto de negociaciones que individualmente se hacen con cada proveedor. La Dirección General de Salud de DKV se encarga de definir las características de la cartera de servicios que debe tener a disposición de sus asegurados y de diseñar un cuadro médico "estándar" adaptado a las características de cada zona, según sus necesidades asistenciales y comerciales, siempre desde el punto de vista de la eficiencia y oferta existente en la zona, definiendo aquellas de gestión centralizada y gestión local. Los factores que pueden influir en la fijación de las tarifas por cada acto médico prestado por los proveedores sanitarios son: volumen de actividad de cada proveedor que presta sus servicios para los asegurados de la entidad aseguradora en cada zona territorial y IPC de cada anualidad. Las condiciones económicas se establecen a nivel local y son negociadas con cada uno de los proveedores. Y dichas condiciones tienen su repercusión en los asegurados porque las aseguradoras trasladan a sus clientes los incrementos de honorarios pactados con los proveedores.</p> |

|  |  |
|--|--|
| <p><b>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).</b></p> | <p>El coste de los servicios sanitarios pactados entre la aseguradora y el profesional sanitario es uno de los factores que determinan el cálculo de la prima. Por tanto debe ajustarse razonablemente para que la aseguradora cumpla con el principio de suficiencia de prima que exige la legislación de ordenación y supervisión de seguros privados. Pues de no respetarse dicho principio la estabilidad financiera y solvencia de la aseguradora se comprometería y con ello el principio mutuo de la prima. Principio mutuo que vela por la compensación de riesgos, es decir, por la distribución de los daños entre la masa de riesgos, con base en la ley de los grandes números, en la experiencia y en la técnica actuarial. Por tanto, los honorarios pactados que las aseguradoras abonan a los proveedores por los servicios que prestan a sus asegurados, pueden tener repercusión sobre el coste del seguro pues se traslada a las primas.</p> <p>Actualmente se percibe una fuerte presión por parte de determinadas asociaciones profesionales, e incluso de algún Colegio Profesional de Médicos, que están instando a los profesionales sanitarios privados a unirse colegiadamente para forzar la negociación colectiva de honorarios con las aseguradoras.</p> <p>Situación preocupante pues en algunos territorios se está "parando" la actividad asistencial en determinados momentos, lo que supone una medida de presión que puede perjudicar seriamente a los consumidores.</p> <p>El planteamiento de negociación colectiva puede incurrir en infracciones de normativa de defensa de la competencia.</p> <p>Consideramos que los servicios que presta cada profesional sanitario deben ser negociados individualmente y atendiendo a las circunstancias concretas de cada profesional. No es posible que la aseguradora negocie los baremos a sus proveedores médicos colectivamente y de forma uniforme a todos ellos.</p> <p>En relación con la posible legitimación que los Colegios Profesionales pretendan atribuirse para negociar baremos de sus colegiados, resulta aplicable el artículo 14 de la Ley 2/1974, de 13 de febrero, que dispone como la "Los Colegios Profesionales y sus organizaciones colegiales no podrán establecer baremos orientativos ni cualquier otra orientación, recomendación, directriz, norma o regla sobre honorarios profesionales, salvo lo establecido en la Disposición adicional cuarta." (Disposición adicional cuarta que contempla como única excepción la de la valoración de los Colegios para la tasación de costas y la jura de cuentas de abogados).</p> <p>Volviendo al principio de la respuesta, teniendo en cuenta que el coste de los servicios sanitarios pactados entre aseguradora y profesional es uno de los factores que determinan el cálculo de la prima. Éste debe ajustarse razonablemente para que la aseguradora cumpla con el principio de suficiencia de prima que exige la legislación. Pues de no respetarse el principio de suficiencia la estabilidad financiera y la solvencia de la empresa aseguradora se vería comprometida, y con ello el principio mutuo de la prima. Principio mutuo que vela por la compensación de riesgos, es decir, por la distribución de los daños entre la masa de riesgos, con base en la ley de los grandes números, en la experiencia y en la técnica actuarial.</p> |
| <p><b>23. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</b></p>  |  |