

<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>Sin comentarios</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).**

Sin comentarios

**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).**

Sin comentarios

<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>En los últimos tiempos, las Entidades de crédito han intensificado su actividad comercial en materia de seguros. Las redes de distribución de seguros (OBS) de las entidades de crédito ostentan una gran capacidad competitiva frente al resto de canales de distribución de entidades aseguradoras, ya que por su gran capilaridad tienen la posibilidad de acceder a millones de clientes en todo el territorio nacional a través de sus oficinas bancarias, con conocimiento de los seguros que tienen domiciliados, así como del nivel económico del cliente. Las comisiones por la venta de seguros a las enormes carteras de clientes de las entidades de crédito son una fuente complementaria de ingresos para éstas.</p> <p>Las entidades de crédito desarrollan campañas comerciales muy agresivas para competir en el mercado asegurador, no sólo a través de la tradicional venta de seguros de vida-ahorro y planes de pensiones, sino para casi todos los ramos; vinculando la mejora de condiciones de productos financieros a la contratación de seguros. Así aquellas compañías aseguradoras vinculadas a entidades de crédito participan en el mercado con una doble ventaja competitiva, por un lado, la gran red de distribución en exclusiva con la que cuentan y por otro, la posibilidad de ofrecer beneficios no solo asociados a la mejora de coberturas o condiciones de las pólizas de seguro de salud o de pólizas de ramos que pudieran ser complementarios, sino también asociados a otros productos financieros. Ello acaba perjudicando a los consumidores, que podrían encontrar los productos de seguro en mejores condiciones y con mayores prestaciones si los contrataran de forma desvinculada a otros productos financieros.</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>Sin comentarios</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).**

Sin comentarios

**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).**

Sin comentarios

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

Sin comentarios

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

Según el ranking del 2022 por entidades de Asistencia Sanitaria de ICEA, SegurCaixa Adeslas ocupa el primer puesto en el ranking de aseguradoras con una cuota de mercado cercana a 1/3 del mercado de Asistencia Sanitaria. En ese mismo ranking puede observarse que la cuota de mercado de 35 de las 39 entidades que componen el ranking, tienen, sumada, una cuota de mercado inferior a la de la 1ª entidad del ranking y que de las 39 entidades presentes en el mercado, 27 de ellas no alcanzan un 1% de cuota de mercado. El mismo ranking refleja que en 12 provincias españolas la cuota de mercado de SegurCaixa Adeslas supera el 50% (directa o indirectamente) de la cuota de mercado. Sanitas y Asisa que ocupan el segundo y tercer puesto respectivamente, con una cuota de mercado del 15'4 % y 13'3 %; DKV con una cuota de mercado del 7'30 % ocuparía el cuarto puesto y Mapfre le sigue en el quinto puesto con una cuota de mercado del 6'8 %.

<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>Sin comentarios</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>Sin comentarios</p>

<p><b>12. Valore si existen diferencias significativas entre las tarifas de los seguros de asistencia sanitaria de las distintas compañías aseguradoras. En caso de existir diferencias significativas, explique, a su juicio, a qué se podrían deber (máximo 500 palabras).</b></p>	<p>Sin comentarios</p>
<p><b>13. Valore si, a su juicio, existen diferencias significativas para los consumidores entre las condiciones del servicio (cobertura, instalaciones sanitarias, servicios sanitarios, etc.) ofrecidos por las distintas compañías aseguradoras en sus seguros de asistencia sanitaria (máximo 500 palabras).</b></p>	<p>Sin comentarios</p>

<p><b>14. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</b></p>	<p>Sin comentarios</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>Según el informe del IDIS de 2023, sobre la sanidad privada, en 2022 existían 432 hospitales, con 49.861 camas y 1.626 quirófanos. Ahora bien, de estos 432 centros hospitalarios 107 son de uso público exclusivo, 164 tienen concierto público parcial y sólo 161 son enteramente privados. Por otro lado, dentro de los 161 hospitales que son enteramente privados se encuentran centros hospitalarios o clínicas que atienden a una única especialidad por ejemplo, estética u oftalmológica, entre otros, y centros sociosanitarios por lo que a efectos de determinar la cuota de mercado de los distintos grupos hospitalarios que operan en España y en particular en cada una de las provincias, deben eliminarse los centros y camas que realmente no son relevantes a los efectos de valorar las alternativas con las que cuentan las compañías aseguradoras en el mercado de asistencia privada. Por otro lado, desde una perspectiva de competencia, del total de hospitales privados deben descontarse aquellos integrados verticalmente con compañías aseguradoras que trabajen en exclusividad para dichas entidades.</p> <p>Teniendo en cuenta hospitales y número de camas relevantes a efectos del mercado de asistencia sanitaria privada, algunos grupos hospitalarios alcanzan cuotas de mercado muy relevantes, que en algunas provincias les permiten actuar en situación de casi monopolio. En especial en aquellas provincias con menor concentración de población, ya que dicha circunstancia dificulta la obtención de rentabilidad a la alta inversión que se requiere para el inicio de la actividad hospitalaria y por lo tanto obstaculiza la existencia de competencia.</p> <p>Son ejemplo de ello, entre otras, las provincias de Castellón con oferta exclusiva de Vithas, Huesca con un único hospital de Viamed, o Vitoria, Badajoz y Albacete donde la única alternativa hospitalaria es grupo Quirónsalud,</p> <p>En el caso de Albacete, con anterioridad a 2019 sí existía cierta competencia pero la adquisición por Helios Healthcare Spain S.L.U., (Grupo Quirón) del negocio sanitario de la Clínica Santa Cristina (CSC), ha supuesto su eliminación. Con dicha adquisición, el Grupo Quirón tiene una posición competitiva de absoluto dominio y aunque existe un paquete de compromisos aceptados por la CNMC dirigidos a evitar los riesgos y efectos adversos sobre la competencia, cuyo cumplimiento supervisa la CNMC durante 5 años (fine 2024), nada impedirá que a partir de esa fecha puedan aparecer los problemas asociados a la falta de competencia como son reducción de la calidad (incluida la reducción de especialidades y de especialistas), o el incremento de los precios.</p> <p>Esta situación de monopolio en determinadas provincias de determinados grupos hospitalarios no solo refuerza su posición en dicha provincia sino en todo el territorio nacional, dado que las negociaciones entre aseguradoras y grupos hospitalarios se realizan a nivel corporativo y condicionadas a todo el territorio, por lo que ante riesgo de no poder operar en una determinada provincia, las compañías aseguradoras con menores cuotas de mercado y por lo tanto con menor fuerza negociadora se ven obligadas a aceptar condiciones menos beneficiosas incluso en provincias donde la negociación podría ser en términos de mayor equilibrio.</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).**

Sin comentarios

**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).**

Sin comentarios

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

Sin comentarios

**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).**

Sin comentarios

<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>El principal riesgo para la competencia de la integración vertical de compañías aseguradoras y centros hospitalarios es que se llegue a producir un cierre competitivo del mercado en el sentido que un hospital integrado verticalmente con una entidad aseguradora, en una provincia no provea sus servicios a otras aseguradoras o lo haga en condiciones desventajosas, incrementando así los costes de sus competidoras en el mercado de seguros de salud al hacer que les sea difícil obtener servicios hospitalarios a unos precios y condiciones similares a los que existirían sin la integración vertical. Esta situación es especialmente grave si además la integración provoca un bloqueo de clientes. Ello puede suceder cuando la aseguradora que cuenta con un hospital en una provincia tiene asimismo una cuota de mercado muy relevante en dicha provincia. En este caso la entidad integrada puede impedir que los hospitales competidores accedan a una base suficiente de pacientes y reducir su capacidad o incentivo para competir, haciendo prácticamente nula o muy concentrada la oferta alternativa hospitalaria. Esta situación puede aumentar los costes de las entidades aseguradoras competidoras al hacer que les sea más difícil obtener servicios de asistencia sanitaria a precios y condiciones similares a los existentes sin la integración.</p> <p>Ejemplo de lo anterior, es lo que sucede en la provincia de Vizcaya, donde hay, por un lado, una clínica privada, IMQ Clínica Zorrotzaurre, y por otro lado, otra clínica privada propiedad del Grupo Quirónsalud, esta última recientemente tuvo que prescindir de la unidad de Obstetricia dado que al desviar IMQ Seguros a sus asegurados (y a los de SegurCaixa Adeslas) a IMQ Clínica Zorrotzaurre, dicha unidad era claramente deficitaria a nivel económico. La cuota de mercado de IMQ Seguros junto con la de SegurCaixa Adeslas en Vizcaya es de entre 70%-80% según datos del Informe y Propuesta de Resolución del Expediente C/1362/22 SCA/IMQ. La situación originada con dicha clínica supone una clara merma de la oferta sanitaria privada en Vizcaya, situación que se consolidará (pudiendo extenderse a otras especialidades) cuando se cierre la operación de concentración objeto del referido Expediente C/1362/22 SCA/IMQ.</p> <p>Esta situación deriva en un riesgo de aumento de los precios en el mercado sanitario. En el mercado de asistencia sanitaria privada por el efecto directo del aumento de poder de negociación de los hospitales respecto de las aseguradoras y en el mercado de seguro de salud porque el potencial incremento del precio de los hospitales se traslada hasta las primas que pagan los asegurados.</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>A efectos de tener un mejor contexto de las negociaciones entre profesionales sanitarios con las empresas aseguradoras debe recordarse con carácter preliminar que la fijación de las primas por parte de las aseguradoras es libre pero viene condicionada por la normativa de solvencia y en consecuencia el resultado de dichas negociaciones siempre tiene impacto en los precios para los asegurados.</p> <p>Existe en la actualidad una tendencia por parte de profesionales sanitarios a agruparse o concertarse al efecto de tratar de negociar precios únicos para todos los profesionales de una determinada especialidad en una determinada zona geográfica.</p> <p>En relación con esta cuestión se ha de indicar que si bien es cierto que la Comisión Europea en su Comunicación publicada en el DOUE en fecha 30 de septiembre de 2022, relativa a las Directrices sobre la aplicación del Derecho de la competencia de la Unión a los convenios colectivos relativos a las condiciones laborales de las personas que trabajan por cuenta propia sin asalariados, considera que la negociación colectiva de determinados trabajadores por cuenta propia puede resultar legítima para corregir el desequilibrio en el poder de negociación entre las partes, una interpretación extensiva de esta Comunicación puede conllevar efectos muy perniciosos para los asegurados de aquellas compañías aseguradoras con una cuota de mercado pequeña en un determinado ámbito geográfico.</p> <p>Se están dando casos en que un colectivo de profesionales (entre los que se pueden incluir profesionales que actúan por cuenta propia o incluso otros que actúan al amparo de estructuras mercantiles en las que se integran varios profesionales) con una elevada presencia en su ámbito geográfico de actuación (provincial), de manera concertada, acuerdan fijar ciertas condiciones de prestación de servicios (entre ellas el precio de los servicios) so pena de, en caso de no aceptación, no prestar dichos servicios.</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 práctica referida en el apartado anterior se está produciendo especialmente en las Comunidades Autónomas donde se concentran un mayor número de profesionales privados en el hábito extrahospitalario (según el informe del IDIS de 2023, Andalucía (33.233), Madrid (29.948) y Comunidad Valenciana (21.592)), donde las entidades aseguradoras con baja cuota de mercado en un territorio concreto, pueden verse obligadas a incrementar el importe de las primas de sus seguros sanitarios o verse excluidas del mercado en ese territorio. En ambos supuestos el perjudicado final es el consumidor porque ve reducidas sus opciones en el mercado. Además, el incremento de primas (necesario y obligatorio de conformidad con la normativa aplicable a las entidades aseguradoras si se incrementan sus costes) puede convertir a los seguros de salud en inasequibles en detrimento de la Sanidad Pública.

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

Sin comentarios