

<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>Las principales variables que motivan a los clientes a la hora de contratar un seguro de salud tienen que ver principalmente con la libertad de elección, el acceso directo a los especialistas, la personalización en la asistencia hospitalaria y la inmediatez en la respuesta asistencial.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La rapidez a la hora de acceder a los servicios médicos con listas de espera reducidas, lo que supone una mayor agilidad cuando reciben atención • La libertad de elección de centros y profesionales a los que acudir: los asegurados pueden elegir de entre una amplia oferta a los profesionales o centros que deseen y hacerlo, además, de una forma cómoda puesto que cuentan con una mayor flexibilidad horaria en la atención. • Otro atributo que tienen en cuenta a la hora de contratar es el acceso directo a un especialista sin tener que acudir previamente a un médico de atención primaria y por ende el diagnóstico más rápido que se obtiene con la tranquilidad que esto supone para el paciente. <p>Otras razones que comparten tienen que ver con la comodidad y privacidad que les aporta el hecho de contar con cama de acompañante en momentos como la hospitalización o el acceso a determinadas pruebas o tratamientos innovadores o considerados de valor que actualmente no están incorporados en la cartera de servicios de la sanidad pública.</p> <p>En cuanto a cuáles son los atributos que disparan su elección podemos mencionar el precio (los clientes buscan un equilibrio entre las máximas prestaciones posibles y un precio ajustado); la existencia en el cuadro médico de profesionales y/o centros de referencia o conocidos por la persona que contrata; y la recomendación de la compañía por parte de alguien cercano o por una buena experiencia propia. Esta última variable, además, mueve tanto a los clientes que contratan un seguro de salud por primera vez como a aquellos que están en una compañía y deciden cambiarse a otra.</p> <p>Respecto a la propia cobertura del seguro, los asegurados se decantan mayoritariamente por seguros de cobertura completa sin copago, aunque los seguros de cobertura completa con copago también tienen muy buena aceptación porque implican una prima mensual más reducida a cambio de abonar el copago simplemente cuando se usa la póliza.</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).

En los seguros de asistencia sanitaria, la documentación precontractual que se facilita al cliente es clara, concisa y orientada a su comprensión. En concreto, existen dos documentos cuya entrega es obligatoria (sin perjuicio de otros que la compañía considere):

- Nota Informativa del Producto. en virtud de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras. Contiene información detallada sobre el seguro a contratar (coberturas, carencias, copagos, exclusiones, etc.) así como otra información relacionada con la póliza o con la compañía (impuestos, régimen fiscal, instancias de reclamación, legislación aplicable, etc.). La estructura de contenidos es la misma para todas las compañías, pero cada una puede mostrar la información de forma diferente.
- Documento de Información de Producto. Se entrega con la entrada en vigor de la normativa europea IDD (Directiva de Distribución de Seguros). Es un resumen de las características del producto ofertado que sigue un modelo de pictogramas y colores fijado por la Unión Europea. Todas las compañías deben respetar los bloques de información, colores y extensión del documento, que no puede ser superior a 2 páginas para facilitar la comprensión del cliente.

Hay que puntualizar, además, que ASISA realiza una venta informada, por lo que ofrece información objetiva al cliente (frente a la venta asesorada, que ofrece una recomendación personalizada). Así, en el proceso de venta se le pregunta por sus exigencias y necesidades, se le ofrece información objetiva sobre los distintos productos y se le proporcionan los dos documentos descritos para que pueda decidir libremente.

ASISA, está adherida a la "GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS" de UNESPA

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).

La documentación es clara y organizada. En los últimos años se ha hecho un esfuerzo en este sentido en las entidades aseguradoras para acercar la información y hacerla comprensible, adaptando el lenguaje al asegurado para que en todo momento conozca el alcance de los servicios que contrata y los derechos y obligaciones que le asisten.

En ASISA se divide en dos bloques: el contractual, compuesto por las condiciones generales y particulares; y el de guía o ayuda al asegurado, en el que se explica cómo usar la póliza, y los servicios que tiene disponibles.

En concreto, lo que se envía al asegurado cuando contrata cualquier póliza de asistencia sanitaria es lo siguiente:

- Condiciones generales, donde vienen detallados aspectos sobre el propio seguro (coberturas, carencias, exclusiones, etc.) así como otros aspectos de interés para el asegurado (legales, normativos, comunicaciones, reclamaciones, etc.).
- Condiciones particulares, en las que aparecen los datos personales del asegurado, las primas, la duración de la póliza, las garantías contratadas y, si fuera necesario, otras circunstancias personales sobre el propio asegurado que puedan prevalecer sobre las condiciones estándar (exclusiones concretas, exención de carencias, etc.).
- Cuadro médico, con los centros y profesionales que el asegurado tiene a su disposición para usar el seguro.
- Tarjeta de asegurado, con la que el cliente puede identificarse como asegurado de la compañía y que le permite acceder a todos los servicios cubiertos por la póliza.
- Resto de documentación con indicaciones, servicios y herramientas para facilitar al asegurado el uso de su seguro (autorizaciones, recibos, facturación, copagos, ayuda en la búsqueda del cuadro médico, datos personales, historial de asistencias, aplicaciones digitales, etc.).

<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>La venta cruzada es un mecanismo para la fidelización y el desarrollo de la relación de las compañías con sus asegurados. En el caso de ASISA, el principio que rige esta acción comercial es el de ofrecer a los asegurados la experiencia de la compañía para garantizar su tranquilidad y su cuidado en diferentes ámbitos de su vida cotidiana a través de los productos de diferentes ramos que comercializa la aseguradora (salud y dental, vida, accidentes, decesos, mascotas y asistencia en viaje). A partir de este planteamiento, la compañía realiza periódicamente campañas de descuentos para facilitar el acceso a su cartera de productos. En esas campañas de venta cruzada:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los seguros que se comercializan son independientes y la información que reciben los asegurados es exactamente la misma que reciben si los contratan de manera individual. - Las condiciones son exactamente las mismas que si se contrataran de manera individual y la duración de las pólizas no está vinculada. - El precio de las pólizas es transparente y el cliente conoce tanto el coste real como las condiciones para acceder a los descuentos que incluyen las campañas. - Los productos son modulares y a elección por parte del propio cliente.
<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>Todas las compañías que comercializan seguros de asistencia sanitaria tienen unas condiciones de acceso semejantes en cuanto a edad, estado de salud, acceso a los servicios y resto de aspectos que afectan a la contratación de una póliza individual.</p> <p>La cumplimentación y valoración de un cuestionario de salud es necesaria para establecer el nivel de riesgo del contratante en los seguros de este tipo. La posibilidad de que existan patologías anteriores a la contratación exige su conocimiento previo para poder evaluar el posible impacto posterior. En caso de que existan, la compañía puede permitir igualmente la contratación de la póliza sin exclusiones, en función de la experiencia de incidencias en cada patología, o proponer al cliente alguna exclusión concreta, y en ese caso el cliente tiene la libertad de decidir si la acepta o no.</p> <p>La existencia de una edad máxima de contratación está plenamente establecida en el sector, con un margen de edades que se sitúa entre los 65 y los 75 años. Consecuencia de la dificultad de encontrar ausencia de patologías previas en esas franjas de edad, que dificultan la elaboración de productos con coberturas necesariamente personalizadas. No obstante, existen productos para personas que superan estas edades, con coberturas y servicios adaptados a esa realidad.</p> <p>La función social de esta modalidad aseguradora no puede evitar la exigencia de evaluación del riesgo de cada persona en el momento de acceder a la contratación de una cobertura determinada. A diferencia de los seguros colectivos, como ocurre en el modelo público, en que la financiación de jóvenes y sanos compensa la de mayores y enfermos, en los seguros de suscripción individual cada póliza debe de responder a una tarificación suficiente en función de la cobertura contratada y del riesgo correspondiente a la franja de edad y demás características del contratante. A nuestro juicio, no existen restricciones injustificadas o desproporcionadas en el acceso a la contratación de seguros de asistencia sanitaria con la normativa existente.</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).

En un sector como este, caracterizado por una alta demanda, con una frecuentación de los servicios que supera de media la docena de actos asistenciales por asegurado y año, - 150 millones de actos al año -, las cifras de reclamaciones por rehúse son significativas por su insignificancia. En la práctica, el rehúse se produce cuando una aseguradora no hace frente al pago de un siniestro. Generalmente esto ocurre como consecuencia de la aplicación de la interpretación del análisis del cuestionario de salud cumplimentado por el asegurado al suscribir el contrato de seguro. En la mayor parte de las ocasiones el rehúse corresponde a la prestación de un servicio que no debería estar cubierto por el seguro contratado, de haberse cumplimentado debidamente el cuestionario de salud. También por la existencia de interpretaciones diferentes sobre el alcance de coberturas concretas sobre determinadas técnicas de tratamiento. No parece, a la vista de los datos estadísticos acumulados a lo largo de los años, que sea una característica destacable en la operativa del sector.

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 compañías actualizamos permanentemente nuestra cartera de servicios con la incorporación de nuevos tratamientos, técnicas y especialidades. El asegurado es informado puntualmente de estas nuevas coberturas a las que tiene acceso. En el periodo que establece la normativa legal se informa al asegurado del impacto de las nuevas coberturas en el precio de su póliza y de los mecanismos que dispone, en su caso, para no renovar su contrato.

<p>8. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</p>	<p>N.A.</p>
<p>9. Valore el grado de competencia existente entre las compañías de seguros de asistencia sanitaria en España y justifique su respuesta (máximo 500 palabras).</p>	<p>La competencia entre las compañías en el ramo de salud es alta a pesar de la alta concentración existente, (las 5 primeras entidades suponen el 71% de las primas) y de la limitada rentabilidad del ramo. El propio modelo, con contratos que se renuevan anualmente y primas sin provisión matemática, facilita la competencia. El desarrollo de la red hospitalaria privada en todo el país en los últimos años facilita igualmente la competencia entre las aseguradoras y permite diseñar una oferta diferenciada. Lo mismo ocurre con el desarrollo de los seguros colectivos, uno de los segmentos que han impulsado el crecimiento del sector en los últimos años y que obliga a las compañías a competir para llegar a clientes empresariales.</p>

<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>No existen barreras de entrada en la regulación para operar en el seguro de salud. De hecho, en los últimos años las aseguradoras de otros ramos han empezado a operar en el ramo de salud, que es atractivo porque mantiene un alto potencial de crecimiento, presta un servicio muy bien valorado por los asegurados que lo contratan y el nivel de fidelización de los clientes es superior al de otros ramos de seguro.</p> <p>La principal barrera de entrada es operativa: la necesidad de contar con un cuadro médico muy amplio para dar servicio a los asegurados y conseguir el personal propio con la experiencia suficiente para gestionar la relación con los proveedores asistenciales y con la contención del coste de la asistencia sanitaria. Pese al proceso de concentración hospitalaria de los últimos años, el mercado asistencial sanitario está muy fragmentado y su distribución en el territorio es irregular. En él conviven grandes grupos con capital internacional, grupos nacionales y regionales y hospitales locales, además de miles de profesionales independientes prestando sus servicios bajo diferentes figuras legales.</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>El modelo del seguro de salud, con contratos que vencen anualmente, facilita el cambio de compañía. No en vano, las compañías pueden ofrecer determinadas condiciones ventajosas a los asegurados que provienen de otras aseguradoras, lo que facilita la rotación y el dinamismo del mercado (por ejemplo, eliminación de los periodos de carencia si los productos de ambas compañías son semejantes en coberturas y condiciones). Únicamente se debe de cumplir el periodo de preaviso de un mes. El cambio no implica coste alguno.</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).

Si pueden existir diferencias significativas entre las tarifas de las diferentes compañías aseguradoras. Pueden depender de los objetivos estratégicos establecidos por cada entidad.
Por poner algunos ejemplos: captación preferente de personas jóvenes y sanas. Oferta diferencial de cuadros médicos y centros asistenciales de alta relevancia social. Productos de seguro que incluyan ofertas de cobertura de productos sanitarios de alto coste, 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).

A grandes rasgos, las condiciones ofrecidas por las distintas compañías en lo que respecta a coberturas y prestación del servicio son semejantes, más aún si cabe en las compañías que están en los primeros puestos del sector.
Comparando seguros semejantes de distintas compañías, el grueso de las coberturas es el mismo, existiendo diferencias únicamente en aspectos concretos. Por poner un ejemplo: en un seguro de cobertura completa todas las compañías ofrecen consultas, pruebas diagnósticas, hospitalización y cirugías, y las únicas diferencias nos las encontramos ante una prueba diagnóstica específica incluida en la cobertura de una compañía y otra no, o en la duración de un tratamiento de rehabilitación derivado de una determinada patología.
Respecto a la red de profesionales y centros, todas las compañías principales del sector se mueven en números globales parecidos, destacando la capilaridad a nivel nacional que ofrecen. Pueden existir pequeñas diferencias en profesionales y/o centros que estén concertados con una compañía y no con otra, pero los cuadros médicos destacan por su suficiencia para poder prestar el servicio requerido, dada la buena estructura de la formación médica y de las profesiones sanitarias de nuestro país.
Por último, respecto a las propias instalaciones sanitarias sí que pueden existir más diferencias entre la capacidad tecnológica de unas y otras, diferencias que pueden deberse tanto al propio centro como a la localización geográfica en la que se encuentra. No obstante, las compañías están obligadas a prestar los servicios incluidos en la póliza con los medios que sean necesarios e independientemente de donde esté localizado el asegurado, por lo que mantienen un alto nivel de servicio en equipamiento, profesionales, nuevas técnicas, etc.

<p>14. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</p>	<p>N.A.</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>Desde un punto de vista asistencial sanitario podemos diferenciar tres niveles asistenciales en este sector. Dos de ellos ubicados en el ámbito extrahospitalario y uno en el hospitalario.</p> <p>El ámbito extrahospitalario es el terreno de la atención primaria y especializada que no precisa internamiento para sus actuaciones. La actividad asistencial se realiza en consultas propias de los facultativos, cada vez menos, y en consultorios o centros médicos polivalentes. Estos pueden ser: de atención primaria; mixtos - incluyendo atención primaria y especialidades de distinto tipo- y policlínicos de diferentes especialidades o específicos de una especialidad con todas sus subespecialidades. En el ámbito hospitalario se concentran los recursos especializados cuando precisan soporte tecnológico avanzado, encamamiento y UCIs, para poder desarrollar las actuaciones más complejas.</p> <p>En los últimos años la ratio entre consultas, centros de salud y grupos hospitalarios se ha decantado en favor de estos últimos, incrementando su poder de negociación en su área de actuación y limitando la capacidad de competir a los dispositivos y profesionales extrahospitalarios. En algunas demarcaciones la concentración ha transmutado en monopolio de hecho, al pertenecer a un mismo grupo toda la oferta hospitalaria existente con posibilidad de ser concertada por las aseguradoras que operan en el ramo de salud. Además, la extensión de la actividad hospitalaria a través de la potenciación de las áreas de consultas externas y de las urgencias, limita aún más las posibilidades del sector extrahospitalario.</p> <p>Los grandes grupos hospitalarios están cambiando las reglas del mercado de provisión sanitaria. Generando sus propios cuadros médicos de especialistas, limitando la capacidad de acción del médico especialista tradicional, que actuaba como empresario autónomo concertando con libertad sus servicios con las aseguradoras. Ahora es el hospital el que, al contratar con las aseguradoras, incluye la retribución de todos los médicos, tengan o no relación mercantil, que desarrollan parte de su ejercicio profesional en el hospital. Porque, para poder realizar su actividad en el hospital, deben ceder su "clave de autenticación" personal, facilitada por la aseguradora para hacer efectivas sus retribuciones, a la gerencia del hospital que, desde ese momento, gestiona directamente las retribuciones abonadas por la compañía aseguradora por la actividad realizada por el médico.</p> <p>Las entidades aseguradoras están obligadas a llegar a acuerdos con dichos grupos hospitalarios para poder prestar servicios a sus asegurados en todo el territorio nacional, como consecuencia, entre otras razones, de las exigencias de los conciertos con el Mutualismo Administrativo, lo que les otorga un elevado poder de negociación, ya que las aseguradoras no pueden permitirse la opción de no contar con cobertura en una determinada zona geográfica dentro del territorio español. La situación de monopolio local en algunas zonas les permite una presión mayor en la negociación general.</p>

<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).</p>	<p>Los trámites para la instalación de centros sanitarios y hospitales son especialmente complejos, incluyendo inspecciones previas, dada la trascendencia social de sus actuaciones. Pueden ser largos hasta conseguir una autorización para su apertura.</p> <p>Las inversiones necesarias para abordar un proyecto hospitalario son, actualmente, cuantiosas. Porque las garantías de seguridad de las actuaciones ante los pacientes obligan a tener dotaciones del máximo nivel tecnológico en todas las especialidades que conformen la cartera de servicios del centro. Ambas condiciones implican dificultades para la entrada de nuevos operadores en el mercado de provisión privada de servicios sanitarios. Pero, no son estos los impedimentos más importantes para desarrollar esta actividad en nuestro país.</p> <p>Las barreras más importantes son consecuencia de tener que operar en un sector en el que la población tiene cubiertas, directamente por el Estado, las necesidades asistenciales ante la enfermedad. Sin existir una definición clara ni unas reglas concretas sobre el ámbito de actuación potencial de un recurso privado de tanta intensidad en inversión económica y en talento profesional, como un hospital o un centro sanitario.</p> <p>De otra parte, hay que tener en cuenta que los mercados locales de aseguramiento privado son el recurso más importante para generar actividad asistencial en los centros privados de manera permanente, ya que los ingresos por conciertos públicos son esporádicos en función de la evolución de las listas de espera. En grandes áreas geográficas del país la existencia de competencia real para la provisión de servicios sanitarios, es muy limitada, dado que la población asegurada puede ser insuficiente para garantizar la viabilidad de más de un centro hospitalario.</p> <p>La inexistencia de una colaboración público privada estable o de la ampliación de modelos alternativos de acceso al sector privado de población protegida y financiada por las administraciones, como el modelo del Mutualismo Administrativo, constituyen una autentica barrera para las iniciativas de inversión en este sector.</p>
<p>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).</p>	<p>A nuestro juicio, existen tres factores principales que determinan si una asistencia sanitaria es de calidad: la estructura del dispositivo asistencial, que presupone: financiación adecuada para la dotación tecnológica necesaria para desarrollar eficazmente sus funciones; la capacitación/ formación de los profesionales, que son los que llevan a cabo la asistencia y los que están en contacto con el paciente; y la organización de los dispositivos asistenciales que favorezca la eficacia y eficiencia de los procesos y facilite el acceso a los servicios sin demoras.</p> <p>Es conveniente y necesario, también establecer procedimientos de evaluación objetiva en base a estándares nacionales e internacionales que permitan la acreditación del nivel de calidad de los centros y servicios. Así como introducir procedimientos para recoger el feed-back de los asegurados de forma continua para evaluar la calidad percibida de la asistencia y para identificar oportunidades de mejora en la atención.</p>

<p>18. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</p>	<p>N.A.</p>
<p>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>	<p>Las relaciones verticales entre compañías aseguradoras y centros de salud/grupos hospitalarios son consecuencia, en nuestro país, de la evolución histórica del seguro privado de salud. Hasta la entrada de España en el marco de la Unión Europea, el seguro privado de salud era, fundamentalmente, una realidad gremial desarrollada desde la necesidad de dar soporte a la actividad sanitaria, a través del seguro, a los profesionales y a estructuras asistenciales entonces en el ámbito local, cuando no estaba generalizada la cobertura asistencial por el Estado. Las principales aseguradoras eran propiedad de sanitarios. Los Igualatorios Médicos con ASISA, como soporte interprovincial para dotar de estructura nacional a esas instituciones, eran el grupo mayoritario. SANITAS era propiedad de una familia de médicos. PREVIASA, hoy DKV, propiedad de un médico empresario y así, un innumerable grupo de aseguradoras locales apoyadas en estructuras de servicios médicos también locales. Esa visión sanitaria de la función aseguradora derivó en la prevalencia de la modalidad de Asistencia Sanitaria, basada en la gestión de la prestación del servicio, que es hoy la más demandada por la población. Al ser menos onerosa y más garantista del nivel de calidad de la prestación que reciben los asegurados que las modalidades de reembolso de gastos médicos.</p> <p>Esa realidad histórica y la adopción de la empresa cooperativa como matriz de nuestra entidad, es la que ha permitido mantener, en nuestro caso, la visión de generar estructura asistencial, como garantía del compromiso institucional de aumentar permanentemente la calidad del servicio asistencial y de revertir a la sociedad el resultado de la gestión de la actividad aseguradora.</p> <p>La progresiva desaparición de empresas aseguradoras con ese compromiso fundacional ha limitado el crecimiento de estas relaciones verticales, por lo que, a día de hoy, las existentes no limitan en modo alguno la posibilidad de que puedan aparecer nuevos operadores en el sector.</p>

<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>Este tipo de relaciones cumple diferentes funciones de interés para la mejor gestión de la provisión de servicios asistenciales sanitarios, que representan el eje fundamental de la actividad aseguradora basada en la modalidad de Asistencia Sanitaria.</p> <p>En esta modalidad, las aseguradoras actúan como intermediarios entre el asegurado y los proveedores de servicios médicos, para controlar el crecimiento de los costes asistenciales y la calidad de las prestaciones que reciben quienes precisan asistencia sanitaria. Su reputación y su rentabilidad no dependen de la gestión financiera de sus ingresos, sino de su capacidad de controlar la eficacia de las actuaciones asistenciales en proporción al coste de los procesos. Lo que las convierte en un agente especializado en aumentar la eficiencia de los servicios sanitarios.</p> <p>El conocimiento directo que proporciona la participación en empresas dedicadas a la actividad asistencial, como centros médicos de diferente tipología y hospitales, les permite adquirir un mayor conocimiento sobre el coste real de los servicios sanitarios y sobre las dificultades de conseguir y mantener la calidad en los procesos dedicados a la atención de los pacientes, lo que redundará directamente en su beneficio, al permitir a la aseguradora aplicar el conocimiento adquirido, para moderar el crecimiento de los costes asistenciales concertados y para ofrecer directamente las mejores experiencias asistenciales en los centros propios.</p> <p>La experiencia y el conocimiento adquirido en las empresas participadas es la herramienta más útil y necesaria para su relación con los proveedores asistenciales, mejorando su capacidad de optimizar la gestión de los costes de las prestaciones sanitarias.</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 condiciones de prestación de servicios por parte de los profesionales del cuadro médico, en Asisa, se establecen siguiendo lo establecido en los Estatutos de su matriz, LAVINIA S. Coop., y en el Reglamento de Régimen Interior (R.R.I), de Asisa, refrendados tanto por el Consejo Rector de la cooperativa como por el Consejo de Administración de la aseguradora.</p> <p>En el cuadro médico de ASISA conviven los más de 9.000 cooperativistas socios de Lavinia con médicos no cooperativistas, vinculados, todos, por contratos de arrendamiento de servicios profesionales y bajo las normas del R.R.I. que se aplican con idénticos criterios para todos los profesionales. Todos se han incorporado al cuadro médico de la compañía voluntariamente, suscribiendo libremente las condiciones de prestación del servicio, ofertando sus condiciones: de horarios, dedicación y lugar de ejercicio. Conociendo los criterios de elaboración de las normas internas, de los baremos de cada especialidad, de las condiciones económicas que regirán las relaciones mutuas y del resto de obligaciones y derechos establecidos en el R.R.I.</p> <p>Las retribuciones de un médico que trabaja en relación mercantil, dependen de un conjunto de factores, entre los que se incluye el respeto a su capacidad de autoorganización, de autorregulación de sus horarios y de libertad para trabajar, sin exclusiva, para diferentes empresas. El precio unitario de cada acto, "el baremo", es sólo un factor que puede variar en función de: localización de la actividad; especialidad y complejidad del proceso.</p> <p>La retribución total mensual depende, además, de la frecuentación (número de veces que se atiende al mismo paciente por un proceso); del volumen total de pacientes atendidos cada mes; del tipo de actividad realizada (consulta, actividad quirúrgica, especialidad diagnóstica), etc. No es lo mismo la frecuentación anual a un médico de familia, que la de un neurólogo o un psiquiatra. Ni es igual el trabajo en centro hospitalario y en consulta. Tampoco es igual el trabajo en el medio rural que en la ciudad. Por poner algunos ejemplos.</p> <p>La aplicación del conjunto de estos factores sobre la actividad realizada constituye la retribución, los HHMM. Que, en promedio, no han dejado de crecer en estos treinta años en nuestro sector.</p> <p>En ASISA, además, la política de revisión y actualización de los baremos se eleva a la Asamblea General de la cooperativa para su aprobación. Las actualizaciones se hacen evaluando el impacto de las variaciones del conjunto de los factores que componen los HHMM -la frecuentación; las modificaciones en la complejidad de los procesos; los cambios en los patrones de morbilidad del colectivo asegurado y las diferencias entre especialidades y entre profesionales - y nunca para todas las especialidades y para todos los actos a la vez, ni de manera lineal.</p> <p>En resumen: la relación entre compañías y profesionales se basa en la libertad de relación de las partes, (ningún médico está obligado a trabajar con ninguna compañía) y en el cumplimiento de las condiciones contractuales acordadas en el ámbito del derecho mercantil. A estos efectos, el médico es un empresario autónomo con plena autonomía.</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 normativa exige que las tarifas de primas sean suficientes para permitir a la entidad aseguradora satisfacer el conjunto de las obligaciones derivadas de los contratos de seguro y, en concreto, constituir las provisiones técnicas adecuadas. Este requisito constituye una garantía de solvencia, necesaria para el ejercicio de la actividad aseguradora en aras del futuro cumplimiento de las obligaciones contraídas.

Por lo que se refiere a los costes que, con carácter general, asumen las entidades aseguradoras que prestan servicios de asistencia sanitaria, es preciso señalar que estos costes consisten principalmente en el pago a los centros hospitalarios y profesionales sanitarios que prestan los servicios asistenciales, y al mantenimiento de la infraestructura y de los instrumentos para la prestación de dichos servicios.

La negociación colectiva de las condiciones comerciales entre los profesionales sanitarios y las entidades aseguradoras que ciertos operadores del sector sanitario estarían tratando de promover, además de resultar contraria a la normativa de defensa de la competencia, implicaría un riesgo de concertación que podría dar lugar a un incremento injustificado de los costes asistenciales, con el consiguiente incremento del importe de las primas dado que, conforme a la normativa, estas deben resultar suficientes para permitir a la entidad aseguradora satisfacer el conjunto de las obligaciones derivadas del contrato de seguro.

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