

<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>SANITAS S.A. DE SEGUROS</p>
<p>¿Desea hacer público su nombre junto a su respuesta o mantenerlo confidencial (en cuyo caso se publicará como respuesta anónima)?</p>	<p>Público</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>Los factores que son determinantes para los consumidores para elegir un seguro de asistencia sanitaria son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El alcance de la cobertura sanitaria: desde seguros de cobertura limitada que excluyen la hospitalización, seguros de cobertura completa que incluyen tanto consultas médicas como hospitalización hasta seguros de reembolso que cubren un porcentaje del gasto realizado fuera del cuadro médico concertado por la entidad aseguradora. • El acceso directo a especialistas y con menores listas de espera que en la sanidad pública. • El cuadro médico en el caso de los seguros de asistencia sanitaria. • El precio del seguro. • Cada vez más los asegurados valoran positivamente las capacidades digitales de la entidad, como la videoconsulta, los programas preventivos de salud, la atención personalizada, el seguimiento de pacientes crónicos. • Acceso a técnicas o métodos terapéuticos más innovadores. • La facilidad en la gestión de trámites administrativos con la aseguradora, los servicios y mecanismos de atención al cliente. • El nivel de gestión y la reputación de la compañía aseguradora también es un factor determinante. <p>Lo más común en España son los seguros de asistencia sanitaria con un cuadro médico de referencia al que el asegurado puede acudir libremente siempre que lo necesite. Además, algunas pólizas incluyen cobertura de reembolso de gastos. En estas pólizas el asegurado presenta a la entidad la factura de los costes de asistencia sanitaria y se reembolsa un porcentaje o hasta una cuantía según el tipo de prestación.</p> <p>La cobertura que ofrecen los seguros de asistencia sanitaria es muy variada y extensa, desde consultas, pruebas médicas de mayor o menor complejidad, urgencias, etc. a prestaciones mucho más complejas como es la cobertura de cirugías y procesos médicos complejos. Las entidades tratan de incorporar cada año coberturas y técnicas nuevas.</p> <p>Pero lo más relevante a la hora de elegir un seguro de salud es que permite el acceso a la sanidad privada con un mecanismo que cubre todos los costes en un proceso grave, que de otra forma no sería posible afrontar económicamente por la mayor parte de la población.</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).

Además de las normas de consumo aplicables, el sector asegurador está sometido a una regulación sectorial estricta, que hace especial hincapié en la protección al consumidor. Las principales regulaciones que son de aplicación a este sector son:

- El Reglamento Delegado de Solvencia II que en España se traspuso en la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras ("Ley 20/2015") y el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras ("Real Decreto 1060/2015"), cuyo objetivo principal es regular la actividad de las entidades aseguradoras.
- La Directiva (UE) 2016/97, de 20 de enero de 2016, sobre la distribución de seguros se traspuso en el Real Decreto-Ley 3/2020, de 4 de febrero ("Real Decreto-Ley 3/2020"), cuyo principal objetivo es regular cómo se realiza la comercialización de seguros y por ello también regula las distintas figuras de los distribuidores de seguros. Impone obligaciones de aptitud y honorabilidad a todas las personas de la entidad aseguradora o de cualquiera de los canales de mediación que participen en la distribución de seguros. Estos mediadores tienen, asimismo, una serie de obligaciones de información a los clientes.

Por lo que se refiere a la información precontractual, los artículos 122 y 126 del Real Decreto 1060/2015 establecen el deber de informar al tomador de un seguro de enfermedad, antes de la celebración del contrato, sobre determinadas cuestiones. Asimismo, el artículo 176 del Real Decreto-Ley 3/2020 establece el deber general de información previa sobre el contrato de seguro distinto al seguro de vida aportando para ello el Documento de Información de Producto de Seguro (Ipid). Este documento con formato armonizado de dos caras, muy claro, tiene por objeto mejorar la manera en que se venden los productos de seguros, de modo que aporten beneficios reales a los consumidores.

El objetivo del regulador es que los datos del seguro aparezcan agrupados con concisión y sencillez, y que el documento informativo permita la comparación de diferentes seguros para que el cliente pueda tomar una decisión de compra informada incluso sin contar con muchos conocimientos sobre este tipo de productos.

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).

Como se ha comentado en la pregunta anterior, la información contractual que se le debe facilitar al consumidor en la fase precontractual viene regulada de forma expresa, precisamente para facilitar por un lado la comparabilidad de las ofertas y por otro lado garantizar la protección de los consumidores al facilitarles la información mínima necesaria para comprender el seguro de asistencia sanitaria de forma sencilla y clara. El contenido mínimo legal que debe contener el contrato es común a todas las aseguradoras conforme a lo dispuesto en el artículo 8 de la Ley 50/1980, de Contrato de Seguro ("Ley 50/1980 de Contrato de Seguro"). Adicionalmente, cada entidad, en función de las coberturas ofrecidas, incluye información adicional detallada para describir de forma clara y correcta las coberturas, que, en los seguros de salud, por lo general, son muy completas. Como mayor protección y garantía para el asegurado, cualquier cláusula limitativa debe estar debidamente destacada y ser aceptada expresamente por el tomador de la póliza para que pueda ser de aplicación.

Además de las personas que participan en la distribución de seguros, las entidades aseguradoras ponen a disposición del tomador los servicios de atención de cliente y oficinas.

<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>No es habitual la comercialización cruzada del seguro de asistencia sanitaria con otras pólizas de seguro y otros productos. En cualquier caso, si se llevase a cabo esta comercialización cruzada, sería necesario cumplir con lo establecido en el artículo 184 del Real Decreto-Ley 3/2020:</p> <ul style="list-style-type: none">- Cuando un contrato de seguro sea el producto principal que se ofrezca conjuntamente con servicios o productos auxiliares distintos de los seguros como parte del mismo paquete o acuerdo, el distribuidor de seguros informará al cliente de si los distintos componentes pueden adquirirse separadamente, y, en tal caso, ofrecerá una descripción adecuada de los diferentes componentes del acuerdo y facilitará por separado justificantes de los costes y gastos de cada componente.- En estas circunstancias, si el riesgo o la cobertura de seguro resultantes de dicho paquete o acuerdo ofrecido al cliente fueran diferentes de los asociados a los componentes considerados por separado, el distribuidor de seguros deberá facilitar una descripción adecuada de los diferentes componentes del acuerdo y del modo en que la interacción entre ellos modifica el riesgo o la cobertura de seguro.
<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>La regulación del seguro está armonizada a nivel europeo. En particular y desde el 1 de enero de 2016, con la entrada en vigor de Solvencia II, la regulación persigue expresamente la estabilidad del sistema financiero y la protección de los asegurados. Adicionalmente en España contamos con la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro, que tiene como finalidad proteger al asegurado. Por lo tanto, no creemos que existan restricciones injustificadas o desproporcionadas en la normativa en cuanto a la contratación de seguros.</p>

<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).</p>	<p>El rehúse puede deberse a diversos motivos, que están justificados. En las condiciones de la póliza se establece de forma clara las exclusiones que por lo general se aplican en todas las pólizas (por ejemplo, no suele cubrirse la asistencia sanitaria causada intencionadamente por el asegurado en una actividad de riesgo, derivadas del consumo de drogas, guerras civiles, etc.) y las cláusulas delimitadoras del riesgo, que dependen del tipo de producto por las coberturas que tenga la póliza (por ejemplo, un TAC es una prueba diagnóstica compleja que se cubre solamente en los casos para los que está indicada conforme a un criterio médico).</p> <p>Además, las pólizas, por lo general, incluyen períodos de carencia para algunas coberturas (salvo en situaciones de urgencia, en las que las entidades están obligadas a cubrir la asistencia sanitaria en todo caso, conforme al artículo 103 de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro) y este puede ser otro motivo de rehúse del siniestro.</p> <p>Por otro lado, el artículo 10 de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro establece que el tomador del seguro, previamente a la conclusión del contrato, habrá de declarar, de acuerdo con el cuestionario de salud que la entidad aseguradora le someta, todas las circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo por parte de dicha entidad aseguradora, sin estar obligado a declarar otras cuestiones que no le hayan sido expresamente preguntadas.</p> <p>Un último motivo de rehúse puede ser por alguna conducta fraudulenta por parte del asegurado.</p> <p>Por lo tanto, los motivos de rehúse están siempre justificados en base a los términos de la póliza y expresamente indicados. En todo caso, la interpretación de los términos de la póliza por parte de las entidades de seguro se debe hacer siempre en beneficio del cliente, según establece la Ley y la jurisprudencia. Por consiguiente, cualquier duda interpretativa se debe resolver en todo caso a favor de los clientes.</p> <p>En caso de disconformidad, Sanitas cuenta con un departamento de reclamaciones. Además, el asegurado tiene la opción de presentar una reclamación ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones ("DGSFP") o ante los tribunales de justicia. El número de reclamaciones de los asegurados de Sanitas que se resolvieron en el año 2022 de forma favorable al cliente por la DGSFP en relación con el rehúse del siniestro fue muy reducido (apenas 10 reclamaciones).</p>
<p>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).</p>	<p>Las pólizas de salud, por lo general, son contratos anuales renovables. La entidad aseguradora está obligada a comunicar al tomador con al menos dos meses de antelación al vencimiento anual, las nuevas condiciones. Por lo general, anualmente se actualizan las primas y se incorporan nuevas coberturas y técnicas para algunas especialidades. La incorporación de nuevos tratamientos, técnicas o especialidades que no estaban disponibles a la fecha de firma de la póliza resulta imprescindible, dados los avances de la medicina que cambia permanentemente en todas las especialidades.</p> <p>Todas las entidades tratan de estar a la vanguardia e incorporar las técnicas novedosas en cuanto sea posible para hacer competitivos los productos y resultar más atractivos para los asegurados.</p> <p>Sanitas realiza un análisis anual, con un grupo de trabajo formado por médicos, actuarios, especialistas en productos, etc. de cara a incorporar nuevas coberturas. Como ejemplo, en los últimos años, Sanitas ha incorporado coberturas como la simetrización de la mama sana tras mastectomía, rehabilitación respiratoria en ingresados tras cirugía torácica, panel genético de cáncer hereditario de colon, diana terapéutica PI3CA o detección mediante biopsia líquida de la mutación T790M (EGFR) en cáncer de pulmón.</p> <p>Desde el 2017 se han incluido aproximadamente 45 nuevas coberturas que contemplan tanto la ampliación de criterios prestacionales aumentando la población diana, como la incorporación de nuevas técnicas o procedimientos sin cobertura. Paralelamente se revisa también la tecnología médica o sus aplicaciones que ya no cumplan con los objetivos y los requerimientos clínicos para los que fueron utilizadas, y se sustituyen por opciones más adecuadas a la práctica clínica actual.</p>

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

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

El mercado de seguros de asistencia sanitaria en España es competitivo, tanto por el número de aseguradoras autorizadas en el ramo de enfermedad comprendida la asistencia sanitaria (de acuerdo con el último Informe del Sector del 2021 disponible y emitido por la DGSFP, al cierre de 2021 operaban en el ramo de salud 91 entidades aseguradoras), como por el volumen de asegurados (12,5 millones según los últimos datos de ICEA). Los productos que se ofrecen son muy completos y variados, al tiempo que se produce una movilidad muy alta de asegurados entre entidades. Por ejemplo, en el año 2022 Sanitas tuvo 400.000 altas de nuevos asegurados y 300.000 bajas, lo que es un buen ejemplo de la movilidad que existe en el mercado.

El grado de competencia en el mercado se puede valorar también en función de la diversidad de los canales de distribución que existen. El seguro de salud se distribuye de manera directa por las entidades en sus oficinas, utilizando canales telefónicos o por internet; a través de agentes de seguros exclusivos y vinculados; de corredores de seguros que actúan de forma independiente; y de operadores de banca-seguro. Además, el mercado europeo de seguros es único de forma que cualquier aseguradora autorizada en alguno de los países del Espacio Económico Europeo puede operar en España a través de derecho de establecimiento o de libre prestación de servicios, lo mismo aplica a los mediadores de seguros.

<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>Los requisitos para constituir una entidad aseguradora están regulados en el artículo 22 de la Ley 20/2015 de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades de seguros y reaseguros. Estos requisitos son comunes en todos los países del Espacio Económico Europeo. Además, las entidades deben cumplir unos requerimientos de solvencia, sistema de gobernanza e información pública y al supervisor, además de cumplir con la normativa de conducta y protección del cliente. Las entidades deben por tanto cumplir una regulación exigente que persigue proteger a los asegurados y contar con los medios financieros y de solvencia que garanticen el cumplimiento de sus obligaciones.</p> <p>El motivo de esta regulación es que en las entidades aseguradoras se invierte el proceso productivo, se cobra por adelantado la prima y posteriormente se cubre un hecho futuro e incierto. Esto hace que la actividad esté bajo la supervisión de una autoridad de control y que el desempeño de la actividad deba estar sujeto a una serie de obligaciones necesarias para garantizar la protección de los asegurados y la solvencia de la compañía. Las aseguradoras del ramo de salud cumplen, además, una función social que exige el rigor de todos lo que participan en la actividad.</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>Cambiar de seguro de salud no tiene ningún coste, es sencillo y en la práctica únicamente requiere comunicar a la entidad la oposición a la prórroga de la póliza un mes antes del vencimiento y solicitar el alta en la nueva compañía. Asimismo, es relativamente frecuente cambiar de producto dentro de la misma aseguradora. Es muy frecuente también el paso de pólizas particulares a colectivas o viceversa, cuanto el asegurado está cubierto por una póliza colectiva cuyo tomador es la empresa en la que es empleado y esta le ofrece este beneficio social.</p>

12. Valore si existen diferencias significativas entre las tarifas de los seguros de asistencia sanitaria de las distintas compañías aseguradoras. En caso de existir diferencias significativas, explique, a su juicio, a qué se podrían deber (máximo 500 palabras).

La prima de seguro se calcula en base a una nota técnica firmada por un Actuario de Seguros. La nota técnica garantiza la suficiencia de la prima, en base a la siniestralidad y los gastos estimados por costes medios y frecuentación, en función de las coberturas. Por tanto, la prima depende directamente de las coberturas y del tipo de producto. Existen productos con coberturas básicas, como consultas y pruebas simples, y productos con coberturas completas de hospitalización.

Las pólizas de asistencia son, en general, anuales renovables, por lo que en la prima un componente fundamental es la edad del asegurado en cada momento. La prima es más alta en función de la edad por el incremento de gasto médico.

Otro componente importante son los gastos operativos internos de la entidad.

Cada entidad, por lo tanto, calcula la prima en base a los costes de cada uno de sus productos y en base a las previsiones actuariales, de ahí que existan diferencias entre las tarifas de los seguros de asistencia sanitaria no solo entre entidades, sino incluso dentro de una misma entidad.

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).

Además del cuadro médico, cada compañía oferta seguros con distintas coberturas, centros médicos diferentes, distintas especialidades, o distintos servicios adicionales que mejoran la experiencia del cliente, así como formas diferentes de prestar el servicio, capacidades digitales, medicina preventiva, programas de salud, nutrición, seguimiento de patologías crónicas, asistencia sanitaria en viaje, etc.

Por lo tanto, existen diferencias significativas que permiten competir a las entidades y ofrecer una gama amplia de servicios a los consumidores.

<p>14. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</p>	<p>El mercado de seguros de asistencia sanitaria en España permite que un 25% de la población cuente con un seguro de asistencia sanitaria privado que complementa la Sanidad Pública, lo que redundará muy positivamente en la calidad y la capacidad de la Sanidad del país. Los seguros de asistencia sanitaria permiten a la Sanidad Pública ahorrar recursos públicos por todos los pacientes que con la doble cobertura acuden a los centros privados; permiten, asimismo, que la medicina privada y la pública se complementen, proporcionando oportunidades profesionales a los profesionales de la medicina y cumple por tanto claramente con una función social.</p> <p>Durante la reciente pandemia, por ejemplo, el sector de seguros de asistencia sanitaria ha contribuido en los tratamientos y atención por Covid-19 de manera relevante, prestando cobertura y poniendo todos los medios a su alcance, estando la pandemia declarada excluida de cobertura en el condicionado de la póliza.</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>La concentración de grupos hospitalarios que se ha producido en los últimos años en España ha reducido significativamente el grado de competencia en el mercado de servicios sanitarios. Esto es especialmente claro en ciertas provincias como, por ejemplo, Toledo, Ciudad Real o Albacete. En muchas provincias y para algunos servicios médicos existe un solo proveedor hospitalario, que cuenta con un elevado poder de negociación. Además, en ocasiones, algunos grupos hospitalarios con presencia en varias provincias exigen una negociación a escala nacional, de forma que proyectan su poder de negociación en estas provincias a otras zonas en las que existe una mayor oferta.</p> <p>Por otro lado, esta concentración ha venido acompañada de una tendencia por la cual los médicos y profesionales asistenciales cada vez se integran más dentro de grupos hospitalarios, que les piden exclusividad, de forma que las entidades aseguradoras solamente pueden acceder a estos profesionales a través de los acuerdos con los grupos hospitalarios. Como ejemplo, en Sanitas actualmente, de los 51.000 médicos de su cuadro médico, solamente 10.000 tienen contrato directo entre la entidad aseguradora y el profesional.</p> <p>Estando la aseguradora obligada por póliza a prestar el servicio médico a sus asegurados, cada vez es más alta la dependencia que tiene la entidad al llegar acuerdos con los grupos hospitalarios, de forma que la menor competencia en el mercado y la imposibilidad creciente de encontrar profesionales médicos fuera de estos grupos hace que, en el futuro, se prevea un incremento de la presión en costes de la asistencia sanitaria privada en España, lo que redundará, sin duda, en un incremento de la primas medias.</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>Además, de cumplir con los requisitos legales establecidos, la prestación de servicios de asistencia sanitaria a través de centros sanitarios y hospitalarios requiere contar con los medios financieros y humanos necesarios, así como con todas las acreditaciones correspondientes, garantizando la máxima calidad asistencial. Los obstáculos de entrada dependen de la complejidad asistencial del centro médico, la zona donde esté ubicado, la cartera de servicios que ofrezca y la calidad asistencial de los mismos. Pero, un aspecto relevante, es poder contar con la capacidad para atraer y retener el talento de los profesionales de la medicina con perfil adecuado para la cartera de servicios a ofrecer. El grado de concentración existente de grandes grupos hospitalarios hace más difícil la entrada de nuevos competidores.</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>Velamos por garantizar la máxima calidad asistencial dentro de nuestro cuadro médico, incorporando a los contratos cláusulas relacionadas con los estándares de calidad, incluyendo indicadores de calidad asistencial en servicios tan relevantes como urgencias (recitación en urgencias en un periodo de 72 horas) u obstetricia (ratio parto/ cesárea), entre otros. Por otro lado, contamos con hospitales concertados en Sanitas, incluidos nuestros hospitales propios, que cuentan con la acreditación de la Joint Commission International, garantía de máxima calidad asistencial. Por otro lado, Sanitas -así como la mayoría de grandes compañías a nivel nacional e internacional- utiliza el indicador Net Promoter Score (NPS) para medir la satisfacción de sus clientes. A través de encuestas que se lanzan a los asegurados, detectamos su nivel de aprobación con respecto a los distintos servicios asistenciales que han utilizado, tales como consultas presenciales y/o digitales, pruebas diagnósticas o urgencias. Este indicador nos permite identificar ágilmente aquellas áreas de mejora tanto en la provisión propia de Sanitas como en la provisión externa, con el fin de garantizar la mejor calidad asistencial que prestamos a nuestros asegurados.</p>

<p>18. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</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>Sanitas S.A. de Seguros pertenece al mismo grupo mercantil que Sanitas S.A. de Hospitales.</p> <p>Sanitas S.A. de Hospitales cuenta con 4 hospitales (3 de ellos en Madrid y 1 en Barcelona) y 24 centros multiespecialidad. Los centros de Sanitas S.A. de Hospitales prestan también atención a pacientes privados y a asegurados de otras entidades aseguradoras distintas de Sanitas.</p> <p>Actualmente tanto Sanitas S.A. de Seguros como Sanitas S.A. de Hospitales están bajo el perímetro de supervisión de grupo de la DGSFP.</p> <p>En Madrid, Sanitas S.A. de Seguros tiene concierto con 45 centros hospitalarios privados, de los que 3 centros hospitalarios son propiedad de Sanitas S.A. de Hospitales. Lo mismo ocurre en Barcelona, en la que Sanitas S.A. de Seguros tiene concierto con 35 centros hospitalarios privados, de los que 1 centros hospitalario es propiedad de Sanitas S.A. de Hospitales. De hecho, solamente un 20% del gasto médico de Sanitas S.A. de Seguros se presta en centros médicos del grupo, por lo que la relación entre Sanitas S.A. de Seguros y Sanitas S.A. de Hospitales no afecta en modo alguno al acceso al mercado de nuevos proveedores de servicios sanitarios.</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>Las coberturas de la póliza son las mismas en cada producto, pero la atención al paciente dependerá de la capacidad del centro sanitario y de la oferta asistencial que la entidad aseguradora tenga concertada. El asegurado tiene completa libertad de elección entre los centros médicos y hospitales del cuadro médico, por tanto, la atención del paciente es exactamente la misma con independencia del centro médico. Sanitas cuenta con una política de gobierno clínico que garantiza los niveles de calidad asistencial en todo el cuadro médico.</p> <p>Asimismo, Sanitas S.A. de Hospitales trata exactamente con el mismo rigor y con la misma calidad asistencial con independencia de que sea un asegurado de Sanitas, un asegurado de otra entidad aseguradora o un paciente privado.</p> <p>El efecto sobre el cliente final es positivo porque permite ser más ágil a la hora de garantizar y completar las coberturas garantizadas por la póliza cuando se identifica una necesidad en los asegurados. Un ejemplo de ello que podemos mencionar es la introducción de la videoconsulta por parte de Sanitas. Aunque ahora, tras la pandemia, esta posibilidad se ha extendido, en su origen fue posible incorporarla solamente en los centros de Sanitas S.A. de Hospitales y, después, se fueron sumando nuevos centros. Otro ejemplo fue la implementación de la receta electrónica, o la carpeta digital de salud.</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>Los honorarios que corresponden a los proveedores incluidos en el cuadro médico de Sanitas responden al proceso de negociación que se lleva a cabo de forma individual con cada uno de los profesionales sanitarios, centros o grupos hospitalarios, según aplique, y están sometidos a revisiones periódicas, en función de cada contrato negociado. Dichas negociaciones tienen en cuenta numerosas variables:</p> <ul style="list-style-type: none">• En el caso de Pruebas Diagnósticas, se tiene en cuenta, por ejemplo, la dotación de aparataje, tecnología y mantenimiento, así como complejidad en el catálogo de servicios ofrecido por cada proveedor.• En el caso de hospitales, dotación de recursos en función del catálogo de servicios que ofrezca cada hospital y la complejidad del mismo.• En el caso de los profesionales, grados de dificultad quirúrgica, complejidad de cirugías, experiencia y especialización de los profesionales, tiempo empleado en la consulta y niveles de atención. <p>Además de las variables explicadas, otro elemento que puede influir en la determinación de los honorarios es la oferta de profesionales existentes en las distintas zonas. Así, por ejemplo, en el caso de una zona con muy pocos especialistas privados, los honorarios serán probablemente mayores, ya que solo así Sanitas podrá ofrecer la mejor oferta asistencial posible.</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 aseguradora debe garantizar que la prima es suficiente para cubrir la siniestralidad futura (gasto médico y otros gastos) y, a su vez los profesionales médicos y las compañías que gestionan centros médicos y hospitalarios deben garantizar la mejor calidad asistencial y ser rentables y solventes. La medicina exige investigación e inversión para garantizar estos niveles de calidad asistencial. Cualquier presión en el precio de la asistencia sanitaria afectará en último término al precio de las primas del seguro, y a su vez esto repercutirá en el porcentaje de población que puede sufragar el pago de un seguro privado. Todo esto está además estrechamente relacionado con la capacidad económica de la empresa (tomadores de pólizas colectivas) y familias y con los niveles de atención y capacidad del sistema público.

Por lo tanto, en la medida en que el sistema privado sea sostenible económicamente repercutirá positivamente en la calidad asistencial del sistema privado y asimismo contribuye a complementar las capacidades asistenciales de la sanidad pública. España cuenta con un número alto de asegurados de salud, con un número suficiente de entidades aseguradoras de salud y con una red importante de centros privados. Sin el papel que juegan las aseguradoras, muy probablemente la sanidad privada sería solo accesible para una parte muy pequeña de la población, la sanidad pública por tanto estaría más desbordada y el efecto para los consumidores sería perjudicial.

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