

<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>UNIÓN ESPAÑOLA DE ENTIDADES ASEGURADORAS Y REASEGURADORAS (UNESPA)</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>La oferta de seguros de salud en España es muy amplia con más de ochenta entidades aseguradoras que ofrecen seguros de asistencia sanitaria con muy distintas coberturas y modalidades que facilitan el acceso de la población a la asistencia sanitaria con mayor flexibilidad, agilidad y rapidez que la sanidad pública; al tiempo que contribuyen a la creación del Estado de Bienestar, liberando recursos públicos que, de otra manera, deberían asumirse por las propias administraciones públicas.</p> <p>La configuración de los seguros privados de asistencia sanitaria en España (principalmente como consecuencia de la gestión de los costes de asistencia sanitaria que realizan las compañías aseguradoras) ha permitido que los consumidores puedan acceder a la prestación de servicios sanitarios privados de una gran calidad a precios asequibles. De hecho, a cierre de 2022 existían más de trece millones de asegurados que hacen uso de servicios de asistencia médica privados, reduciendo, por tanto, el coste de los servicios a prestar por la sanidad pública, ya que, de no existir, se produciría un incremento significativo del presupuesto sanitario.</p> <p>Son muchos los factores que los ciudadanos pueden tomar en consideración a la hora de elegir un seguro de asistencia sanitaria, como puede ser la amplitud de la cobertura ofrecida, una prima ajustada y competitiva, acceso directo a las especialidades médicas, un extenso cuadro médico, las garantías financieras y de solvencia de la entidad aseguradora o el servicio de atención al cliente.</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).

Dada su importante función social, el asegurador es un sector fuertemente regulado y sometido a supervisión por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (DGSFP), que controla las conductas y prácticas de las entidades aseguradoras con el objetivo de garantizar a los asegurados la prestación de servicios con unos elevados estándares de calidad.

En virtud de dicha regulación, las entidades aseguradoras están obligadas a aportar al tomador del seguro determinada información con carácter previo a la celebración del contrato de seguro de enfermedad.

En concreto, los artículos 122 y 126 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras ("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, como son:

- Factores de riesgo objetivos a considerar en la tasa de prima a aplicar en las sucesivas renovaciones de la póliza.
- Garantías accesorias opcionales a la cobertura de enfermedad que se ofrecen en la misma póliza, con indicación del importe de la prima correspondiente a cada una de ellas cuando correspondan a otro ramo.
- Condiciones de resolución del contrato y renuncia, en su caso, a la oposición a la prórroga por parte del asegurador en las renovaciones.
- Existencia, o no, del derecho de rehabilitación de la póliza y normas por las que se rige, en su caso.
- Límites y condiciones relativos a la libertad de elección del prestador.

A su vez, las entidades aseguradoras informarán, antes de cada anualidad de vigencia del contrato, de las actualizaciones de capitales asegurados, prestaciones y cuadro médico, en su caso. En las modalidades de seguro individual o de pólizas familiares, se deberá informar, además, 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.

Además, UNESPA ha adoptado una Guía de Buenas Prácticas en materia de contratación de los Seguros de Salud (la "Guía de Buenas Prácticas" o la "Guía"), que se adjunta como Anexo 1, en aras a la comparabilidad y claridad de entendimiento entre diferentes ofertas aseguradoras. Así, las aseguradoras adheridas a la Guía se comprometen a suministrar al potencial tomador una nota informativa previa estandarizada, con la información prevista en los artículos 122 y 126 del Real Decreto 1060/2015, así como otros aspectos adicionales, que contribuyen a una mejor comprensión de las características principales del seguro (por ejemplo, tributos repercutibles o régimen fiscal).

Cabe destacar el alto grado de adhesión a esta Guía de Buenas Prácticas, que alcanza el 89% de total de entidades aseguradoras del ramo de Salud.

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 explicado en la respuesta a la pregunta 2 anterior, en el año 2015 UNESPA publicó la Guía de Buenas Prácticas cuyo objetivo principal es facilitar a los consumidores la comparación entre las distintas ofertas de seguros de salud en la fase previa a la contratación (información precontractual). Así, las entidades aseguradoras adheridas a esta Guía se comprometen a proporcionar información al tomador del seguro sobre todos aquellos aspectos recogidos en los artículos 122 (deber general de información al tomador) y 126 (deber particular de información en los seguros de enfermedad) del RD 1060/2015, así como sobre algunos otros aspectos adicionales que contribuyen a una mejor comprensión por parte del potencial cliente de las características principales del seguro. Estas entidades se comprometen, además, a proporcionar esta información siguiendo la misma estructura, orden y epígrafes y respetando un contenido mínimo, contribuyendo así a agilizar la comparabilidad entre los distintos seguros y modalidades. En concreto, las entidades adheridas a la guía se comprometen a aportar información sobre nueve aspectos:

- (i) Denominación social de la empresa contratante y forma jurídica. Dirección del domicilio social de la entidad y, en su caso, de la sucursal que tenga establecida en España;
- (ii) Nombre del producto;
- (iii) Tipo de seguro;
- (iv) Cuestionario de Salud;
- (v) Descripción de las garantías ofrecidas;
- (vi) Exclusiones de cobertura;
- (vii) Forma de cobro de la prestación (sólo para la modalidad de reembolso);
- (viii) Condiciones, plazos y vencimientos de las primas;
- (ix) Tributos repercutibles.

El 89% de las entidades aseguradoras del ramo de Salud se han adherido a esta Guía.

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).

En términos generales, el seguro de Salud se comercializa como una cobertura principal sin combinación cruzada con coberturas de otros ramos aseguradores. No obstante lo anterior, en ocasiones el seguro de asistencia sanitaria puede llevar aparejado como cobertura complementaria sobre el mismo asegurado un seguro dental dada, en este caso, la íntima relación de ambas coberturas como prestaciones de asistencia sanitaria. En este sentido, no se ha de confundir con las coberturas de asistencia sanitaria que pueden incluirse en los seguros de asistencia en viaje.

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).

El seguro de asistencia sanitaria cumple una importante función social en cuanto que facilita el acceso de la población a la prestación de servicios médicos y quirúrgicos, en los términos definidos en la póliza, de forma ágil y asequible, y con mayor flexibilidad que la sanidad pública, contribuyendo a un ahorro de costes importante para dicha sanidad pública.

Debido a esta importante función social, se trata de un sector sometido a la regulación necesaria para proteger a los asegurados y garantizar la prestación de los servicios contratados con unos elevados estándares de calidad, que debe ser cumplida por todos los operadores presentes en el mercado bajo la supervisión de la de la DGSFP. UNESPA considera que no existen restricciones injustificadas o desproporcionadas en el acceso a la contratación de seguros de asistencia sanitaria en la normativa aplicable.

Esta exhaustiva regulación de las entidades aseguradoras, basada en unas rigurosas garantías financieras y de solvencia y en la protección del asegurado, contrasta con la regulación significativamente menos exigente a la que han de hacer frente otros operadores no aseguradores que – en la actualidad y sin el soporte de una entidad aseguradora – ofertan productos de servicios sanitarios, principalmente en el ámbito de la telemedicina (plataformas u operadoras telefónicas, grupos hospitalarios, etc.). Esta circunstancia supone, de forma manifiesta, una menor protección para el consumidor.

Por otra parte, cabe destacar que la Ley 50/1980, de Contrato de Seguro ("Ley 50/1980") prohíbe la denegación de acceso a la contratación, a procedimientos de contratación diferentes a los habituales o la imposición de condiciones más onerosas por discapacidad – disposición adicional cuarta – o por VIH/SIDA u otras condiciones de salud – disposición adicional quinta –, salvo que se encuentren fundadas en causas justificadas, proporcionadas y razonables, que se hallen documentadas previa y objetivamente (en base a información estadística, actuarial o experiencia médica). Además, la Ley 15/2022 Integral de Igualdad de trato y la no discriminación establece en su artículo 17, que no podrá denegarse el acceso a la contratación de seguros o servicios financieros afines ni establecerse diferencias de trato en las condiciones de los mismos por razón de nacimiento, origen racial o étnico, sexo, religión, convicción u opinión, edad, discapacidad, orientación o identidad sexual, expresión de género, enfermedad o condición de salud, estado serológico y/o predisposición genética a sufrir patologías y trastornos, lengua, situación socioeconómica o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.

<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 de un siniestro por parte de las entidades aseguradoras suele producirse, con carácter general, por encontrarse dicho siniestro dentro de las exclusiones contenidas en el propio contrato o como consecuencia de la interpretación del cuestionario de salud. En este último término, el artículo 10 de la Ley 50/1980 establece que el tomador del seguro, previamente a la conclusión del contrato, habrá de declarar, de acuerdo al 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.</p> <p>La Guía de Buenas Prácticas de UNESPA establece, además, que debe informarse al potencial tomador, con carácter previo a la contratación de un seguro de salud, sobre qué es el cuestionario de salud y las razones por las que se debe cumplimentar el cuestionario de salud, indicando claramente la necesidad de veracidad en su contenido, así como las consecuencias de incurrir en falsedades, ya que, en caso de inexactitud e incumplimiento de este deber mediando dolo o culpa grave del tomador del seguro, el asegurador puede liberarse del pago de la prestación.</p> <p>En base a la citada declaración y a su valoración, la entidad aseguradora determinará la pertinente prima, formalizándose la póliza de seguro; contrato que, conforme a las condiciones generales y particulares del mismo, incluirá las coberturas y exclusiones de cobertura correspondientes. Si la entidad aseguradora detectase que en la cumplimentación del cuestionario de salud por parte del tomador se hubiera producido dolo, la prestación podría verse reducida o incluso la entidad aseguradora podría quedar liberada de acometer tal prestación.</p> <p>Según la Memoria del Servicio de Reclamaciones de la DGSFP correspondiente al año 2021, dicho Servicio de Reclamaciones recibió, respecto del seguro de Salud (enfermedad y asistencia sanitaria) tan solo 723 reclamaciones, de las que 270 correspondían al rehúse del siniestro. Considerando el número de actos médicos llevados a cabo por facultativos adscritos a los cuadros médicos de las entidades aseguradoras del ramo de salud a lo largo del citado año, cuya cuantía se estima en más de 146 millones de actos médicos, el ratio resultante respecto de las reclamaciones planteadas resulta significativamente reducido (0,00049%), lo que pone de manifiesto el generalizado buen hacer de las entidades aseguradoras en la provisión de servicios de seguros de salud. Se adjunta como Anexo 2, la Memoria del Servicio de Reclamaciones publicada por la DGSFP.</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>La prestación de servicios de asistencia sanitaria en los más altos estándares de calidad requiere por parte de las entidades aseguradoras la adaptación de las prestaciones a los nuevos tratamientos y técnicas que no existían en el momento de firmarse la póliza. Si bien existen muy diversos tipos de pólizas y cada entidad de seguros tiene su propia política comercial, en el ámbito de los seguros de asistencia sanitaria es habitual establecer como periodo de duración del contrato un año, de manera que los contratos se renuevan una vez transcurrido dicho periodo. Es en el momento de la renovación de la póliza en el que suelen incorporarse los nuevos tratamientos, técnicas o especialidades que no estaban disponibles en la fecha de firma de la póliza en cuestión.</p> <p>En este sentido, cabe señalar que, conforme al artículo 22 de la Ley 50/1980, si se produjera un aumento de la prima para el nuevo periodo de cobertura, la entidad aseguradora tiene la obligación de comunicar al tomador del seguro dicho incremento, y los factores considerados para su determinación, con dos meses de antelación a la finalización del contrato. En caso de que el asegurado no acepte la subida de la prima, la entidad podrá negarse a prorrogar el contrato para el siguiente periodo de cobertura.</p>

<p>8. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</p>	<p>NC</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>El mercado de seguros sanitarios en España está formado por un elevado número de operadores. En concreto, a cierre de 2022, existían al menos ochenta y dos entidades aseguradoras que comercializaban coberturas de asistencia sanitaria o enfermedad. En este sentido, se adjunta como Anexo 3, el informe de ICEA "El Seguro de Salud. Estadística a diciembre 2022", accesible al público en general, en el que se muestran las principales cifras del seguro de Salud y su evolución (en concreto, facturación, prestaciones y número de asegurados, de forma global y por modalidad de cobertura). La Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia ("CNMC") ha tenido la oportunidad de analizar los mercados de seguros en numerosos precedentes, en los que ha podido constatar que "el sector asegurador se caracteriza por la presencia de un elevado número de operadores nacionales e internacionales, y un significativo grado de competencia", siendo un sector muy dinámico. La CNMC también ha podido apreciar que la oferta del mercado de seguros de salud es amplia, existiendo un elevado número de entidades que operan en este mercado. Además del elevado número de operadores en este ámbito, es preciso destacar que la tipología de seguros de asistencia sanitaria o enfermedad presentan es muy elevada, ofertándose diferentes coberturas y modalidades de aseguramiento con distintos cuadros médicos e infraestructuras, técnicas de tratamiento avanzadas, telemedicina, etc., que pueden diferir de unas entidades aseguradoras a otras.</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>El artículo 22 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras ("Ley 20/2015") establece una serie de condiciones para que las entidades puedan desarrollar la actividad aseguradora:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adoptar una de las formas jurídicas previstas en la Ley. - Limitar su objeto social a la actividad aseguradora y reaseguradora. - Presentar y atenerse a un programa de actividades. - Disponer del capital social o fondo mutual mínimo y de los fondos propios básicos admisibles para cubrir el mínimo absoluto del capital mínimo obligatorio. - Mantener fondos propios básicos admisibles para cubrir en todo momento el capital mínimo obligatorio así como fondos propios admisibles para cubrir el capital de solvencia obligatorio. - Indicar las aportaciones y participaciones en el capital social o fondo mutual de todos los socios. - Hacer constar qué socios tienen el control y qué socios tienen la condición de entidad aseguradora, entidad de crédito o empresa de servicios de inversión. - Informar sobre la existencia de vínculos estrechos con otras personas o entidades. - Quienes ejerzan la dirección efectiva de la entidad o integren su sistema de gobierno deben ser personas que cumplan las exigencias de honorabilidad y las condiciones necesarias de cualificación y experiencia profesionales previstas en la Ley. - Disponer de un sistema eficaz de gobierno que reúna los requisitos previstos en el artículo 65 de la Ley. <p>Si bien las aseguradoras están sujetas al cumplimiento de estas formalidades y capacidades de solvencia, UNESPA entiende que estos requisitos no constituyen barreras de entrada infranqueables, como ha declarado la CNMC en diversos precedentes. La ausencia de barreras a la entrada se refleja en el hecho de que, en los últimos diez años, han sido autorizadas diecisiete entidades como nuevos operadores del mercado asegurador, según las cifras publicadas por la DGSFP.</p> <p>En concreto, el acceso a la actividad aseguradora está sometido a un proceso de autorización por el Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital, que se tramita por la DGSFP y los organismos competentes en aquellas Comunidades Autónomas que han asumido competencias en esta materia. Desde la transposición al ordenamiento español de las llamadas "terceras directivas", esta autorización es válida para todo el Espacio Económico Europea (EEE), y permite que aseguradoras con domicilio en otros Estados miembros puedan operar directamente en España en régimen de derecho de establecimiento o libre prestación de servicios, quedando bajo el control financiero del Estado de origen. Además, los operadores deben tener capacidad financiera suficiente y una red de distribución adecuada. En cuanto a la capacidad financiera, la CNMC ha considerado que los márgenes de solvencia y fondos de garantía exigidos por la normativa no parecen constituir una barrera infranqueable. En cuanto a la red de distribución, las nuevas formas de distribución a distancia (vía telefónica o a través de Internet) y los acuerdos entre entidades financieras y mediadores de seguros, han reducido el impacto de esta barrera.</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>UNESPA considera que la regulación aplicable permite a los clientes cambiar de proveedor con facilidad, lo que promueve la competencia entre los distintos proveedores, tal y como ha podido constatar la CNMC también en diversos precedentes.</p> <p>En este sentido, el artículo 22 de la Ley 50/1980 establece que tanto el asegurado como el asegurador pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea el asegurador. Los contratos de seguros de asistencia sanitaria o de enfermedad son generalmente de duración anual, con prórrogas automáticas por otra anualidad. A la vista de ello, no resulta complicado cambiar de entidad aseguradora que cubra los riesgos de la salud, ya que únicamente se requiere notificar el deseo de no renovar como máximo un mes antes de la fecha de renovación. El cambio de seguro de asistencia sanitaria no implica, además, ningún coste.</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).

UNESPA carece de información sobre las tarifas de los seguros de asistencia sanitaria. No obstante lo anterior, se puede apreciar que, según las diferentes ofertas del mercado, las tarifas de este tipo de seguro pueden variar no sólo entre diferentes entidades aseguradoras, sino también dentro de una propia entidad, que puede ofrecer distintos tipos de póliza en función de la demanda de cada cliente. Como consecuencia de ello, la tipología de seguros en el mercado asegurador de salud resulta amplia y consolidada, ofertándose, a partir de una base estandarizada, diferentes coberturas y modalidades de aseguramiento con distintos cuadros médicos e infraestructuras, técnicas de tratamiento avanzadas, telemedicina, etc. que pueden marcar las diferencias de unas entidades aseguradoras a otras e incluso dentro de la misma entidad aseguradora.

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 características de la demanda del sector asegurador hacen que la tipología de seguros en el mercado asegurador de salud sea muy amplia, ofertándose diferentes coberturas y modalidades de aseguramiento con distintos cuadros médicos e infraestructuras, técnicas de tratamiento avanzadas, telemedicina, etc. que pueden diferir de unas entidades aseguradoras a otras.

<p>14. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</p>	<p>NC</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>El proceso de concentración experimentado recientemente entre los distintos centros de salud y grupos hospitalarios que prestan servicios de asistencia sanitaria a pacientes con seguro de asistencia sanitaria en España ha dado lugar a que en ciertas provincias determinados grupos empresariales cuenten con el único centro hospitalario con internamiento o con un centro de referencia en una determinada especialidad. Las entidades aseguradoras están obligadas a llegar a acuerdos con dichos grupos sanitarios, que cuentan con un elevado poder de negociación, para así poder prestar servicios a sus asegurados en esas provincias, ya que no pueden permitirse la opción de no contar con cobertura en una determinada zona geográfica dentro del territorio español.</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>NC</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>El sector sanitario privado cuenta con diferentes certificaciones que acreditan la calidad de los servicios prestados, como son la certificación ISO, el Modelo de excelencia Europeo EFQM, las certificaciones o sellos de calidad de Comunidades Autónomas, la acreditación de la Joint Commission International o el Reconocimiento QH-Quality Healthcare de la Fundación IDIS.</p> <p>Se adjunta, como Anexo 4, el informe sobre la Sanidad privada elaborado por la Fundación IDIS en abril de 2022 respecto de la aportación de valor del sector de la sanidad privada en España, que realiza entre el 17% y el 31% de la actividad hospitalaria del Sistema Nacional de Salud, dependiendo de la especialidad; y que lidera la mejora continua de la calidad con 109 entidades privadas que cuentan con reconocimiento QH de un total de 147 entidades reconocidas en nuestro país.</p>

<p>18. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).</p>	<p>NC</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>UNESPA carece de información sobre el mercado de proveedores de servicios sanitarios. No obstante, son pocos los supuestos de relaciones verticales en el ramo de seguros de Salud, entendidos como aquellos grupos hospitalarios que pertenecen a compañías aseguradoras.</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>UNESPA carece de información sobre el efecto que las citadas relaciones puedan tener en la calidad, eficiencia o nivel de competencia.</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>UNESPA no participa en las negociaciones que tienen lugar entre los centros sanitarios/grupos hospitalarios o cada uno de los facultativos médicos y las empresas aseguradoras (negociación de las tarifas, condiciones de prestación del servicio, etc.). Cada entidad aseguradora tiene su propia política en relación con sus proveedores de servicios profesionales, manteniéndose entre ambos una relación mercantil que se lleva a cabo de forma independiente y de acuerdo con los intereses de las dos partes.</p> <p>En este sentido, es preciso señalar que han sido varias las ocasiones en las que UNESPA ha recibido la invitación de diferentes colectivos de prestadores de servicios sanitarios (asociaciones, colegios profesionales y sindicatos de facultativos), para llevar a cabo negociaciones colectivas de las condiciones contractuales de los facultativos que forman parte de los cuadros médicos de las entidades aseguradoras y las propias entidades aseguradoras.</p> <p>A este respecto, y en virtud del firme compromiso con el cumplimiento de la normativa que le resulta de aplicación y, en especial, de la normativa de defensa de la competencia, UNESPA ha declinado en todo momento participar en este tipo de negociaciones con prestadores de servicios sanitarios – o sus representantes – de las condiciones económicas bajo las cuales los asociados de UNESPA – entidades aseguradoras – habrían de contratar tales servicios; condiciones económicas que no sólo incluirían la negociación de precios o tarifas, sino la de aquellos aspectos que directa o indirectamente podrían afectar a la autonomía en la demanda que se le presupone a cada una de las partes (fijación de plazos de pago, duraciones y prórrogas de contratos, etc.).</p> <p>Considerando lo anterior, UNESPA tiene fijado como criterio unánime de su Comité Ejecutivo el no mantener negociación alguna con proveedores de servicios en nombre de sus asociados y entiende que este compromiso de cumplimiento de la normativa de defensa de la competencia debería adoptarse, asimismo, por todos los operadores de servicios sanitarios y sus colectivos, incluidos los colegios profesionales.</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 aseguradora 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. En concreto, el artículo 94 de la Ley 20/2015 establece que "las tarifas de primas deberán fundamentarse en bases técnicas y en información estadística elaborada de acuerdo con lo dispuesto en esta Ley y en sus normas de desarrollo. Deberán ser suficientes, según hipótesis actuariales razonables, para permitir a la entidad aseguradora satisfacer el conjunto de las obligaciones derivadas de los contratos de seguro y, en particular, constituir las provisiones técnicas adecuadas".

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 éstos consisten principalmente en el pago a los centros hospitalarios y profesionales sanitarios que prestan los servicios asistenciales y al mantenimiento de las infraestructuras y los instrumentos para la prestación de dichos servicios.

Tal y como se ha descrito en la pregunta anterior, 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 injustificado del importe de las primas dado que, conforme a la normativa aseguradora, éstas 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).

NC