



El seguro médico privado en la Unión Europea

The private medical insurance in the European Union

■ Julián Ruiz Ferrán

Resumen

El objetivo de este artículo es mejorar la comprensión y proporcionar una visión de conjunto de cómo el seguro médico privado actúa en la Unión Europea (UE); cómo contribuye a los sistemas nacionales de salud y de seguridad social; cuáles son sus características y cómo funciona; cuáles son sus tendencias, qué papel puede desempeñar a medida que vaya creciendo el gasto sanitario en el futuro y a qué desafíos se enfrenta.

Palabras clave

Aseguramiento. Asistencia sanitaria. Coberturas asistenciales. Desafíos estratégicos. Movilidad de pacientes. Gasto médico. Primas.

Abstract

This article sets out to bring a deeper understanding of private medical insurance and provide an overall view of how it operates in the European Union (EU). Points covered include how private medical insurance contributes to the national healthcare and social security systems, its characteristics and how it functions, its tendencies, the role it will play in the future as healthcare costs increase and the challenges it will have to face.

Key words

Voluntary Health Insurance. Healthcare Insurance. Healthcare coverage. Strategic challenges. Patient mobility. Medical costs. Premiums.

Julián Ruiz Ferrán es médico y ex-presidente de la Comisión de Asistencia Sanitaria del Comité Europeo de Seguros (CEA).

■ Concepto de seguro médico privado

El seguro médico privado, también conocido como seguro sanitario privado, seguro de salud o seguro de enfermedad, puede definirse como aquél voluntariamente sufragado por ciudadanos a título personal o por empresarios a cuenta de sus trabajadores. Este tipo de seguro puede ser proporcionado por entidades aseguradoras de finalidad lucrativa (compañías de seguros) o no lucrativa (mutuas). La tendencia actual es hacia una progresiva consolidación y dominio del mercado por las compañías aseguradoras, aunque por razones históricas en diversos países como Bélgica, Dinamarca, Francia, Irlanda y Luxemburgo las mutuas dominan el mercado.

El seguro sanitario privado consiste básicamente en un acuerdo contractual por el cual una compañía aseguradora se compromete a cubrir, y por tanto a sufragar, los gastos sanitarios en los que haya incurrido un asegurado a cambio de una prima. En el presente artículo, y con el objeto de familiarizar al lector con la nomenclatura habitual, se utilizarán indistintamente los términos seguro de salud, seguro de enfermedad, seguro médico privado y aseguramiento sanitario privado.

Por lo tanto, el seguro privado de enfermedad, basado en un sistema de primas satisfechas de forma voluntaria, diluye el riesgo de un individuo asegurado en el conjunto de individuos asegurados a lo largo del tiempo, ofreciendo cobertura y servicio más allá de lo ofrecido por los sistemas estatales de cobertura sanitaria obligatoria, basados en impuestos y contribuciones sociales.

Aunque el tamaño del mercado asegurador no está directamente relacionado con el nivel de crecimiento económico de un país determinado, es objetivo que los estratos sociales de mayor nivel socioeconómico acaparan buena parte del mercado en la mayoría de los estados de la UE.

Dentro del acuerdo contractual entre asegurados y aseguradores, en el supuesto de sobrevenir un siniestro, en este caso una intervención de carácter asistencial, estos últimos se comprometen a pagar una cantidad de dinero a los primeros, o bien a cubrir directamente el servicio de forma gratuita o con un copago, o a indemnizar al asegurado por los daños y perjuicios sufridos por causa de una enfermedad.

El seguro privado de enfermedad tiene una orientación de negocio mucho más nacional que la mayoría del resto de actividades socioeconómicas, debido en gran medida a la adaptación local de las aseguradoras a las estructuras y coberturas públicas existentes en cada país.

Hasta ahora, el papel de la UE en la regulación del seguro de enfermedad, tanto público como privado, ha sido discreto, limitándose a insistir sobre la necesidad de que todos los ciudadanos y residentes en el territorio de la Unión estén cubiertos ante los riesgos que comporta la salud, principalmente por medio de actuaciones de los poderes públicos de los países miembros y, por lo general, aunque en ellos existen diversos sistemas sanitarios, se distingue claramente entre lo que constituye cobertura pública y lo que es el seguro privado.

Sin duda, uno de los papeles clave del aseguramiento sanitario privado es proporcionar accesibilidad a los cuidados asistenciales al mayor número posible de ciudadanos de la UE, cubriendo los huecos en la cobertura de prestaciones asistenciales que dejan los sistemas públicos. Por ello, aunque los sistemas sanitarios difieran en los distintos países, los aseguradores sanitarios privados, en dependencia de los distintos modelos aseguradores en vigor, tienen como objetivo proporcionar el mejor servicio y las más amplias coberturas asistenciales dentro de un amplio marco de primas y productos.

La demanda de seguros médicos de enfermedad se asocia a factores tales como aversión al riesgo financiero, probabilidad de aparición de enfermedades, magnitud de pérdidas económicas en caso de enfermedad, primas de los productos, coberturas asistenciales públicas, nivel de los servicios asistenciales proporcionados por el sector público, masificación y listas de espera en centros públicos, capacidad a la hora de elegir la provisión asistencial, nivel de ingresos y de educación de los ciudadanos. Algunos de estos factores son más difíciles de medir que otros y la influencia de cada uno de ellos puede variar considerablemente de un país a otro.

Por todo ello, la responsabilidad de los aseguradores privados no debe limitarse a los aspectos puramente financieros, sino que deben promover una asistencia sanitaria eficiente, de calidad, segura, costo-efectiva, ofreciendo un buen servicio y una alta satisfacción a los asegurados.

Características del seguro médico privado

En la UE se distinguen tres grandes grupos de seguros médicos privados:

- Los *seguros complementarios* financian coberturas y servicios asistenciales no cubiertos o no garantizados por los sistemas públicos de seguridad social, de modo total o parcial, como es el caso de Francia o Bélgica, por ejemplo.
- Los *seguros substitutivos* adoptan la forma de seguro privado substitutivo como principal fuente de cobertura asistencial en una parte de la población y proporcionan acceso asistencial a grupos e individuos que no pueden acceder al mismo a través de los seguros públicos, debido a su exclusión de las coberturas públicas tanto de forma voluntaria como involuntaria, como ocurre en Alemania (a partir de un cierto nivel de ingresos anuales) y España (grandes mutualidades del Estado).
- Los *seguros suplementarios* garantizan determinadas coberturas asistenciales administradas y proporcionadas fuera del sistema público, por no estar cubiertas por el mismo. Pueden operar en forma de seguro privado alternativo o de cobertura duplicada, como sucede en el Reino Unido y España.

Los seguros médicos complementarios cubren aquellos gastos asistenciales no asumidos por los sistemas públicos de financiación, por lo que su ámbito de actuación dependerá en cada país de las coberturas ofrecidas a sus ciudadanos. Estos seguros están disponibles prácticamente en todos los Estados miembros de la Unión, aunque son particularmente relevantes en Francia, Bélgica, Italia, Dinamarca y Eslovenia; según la previsible evolución de las coberturas asistenciales públicas, con la progresiva incorporación de copagos por utilización de servicios asistenciales, están llamados a tener una importancia creciente en la UE.

Los seguros médicos de carácter substitutivo reemplazan la cobertura asistencial de carácter público. Por ello, los asegurados acogidos a un esquema privado de carácter substitutivo no tienen derecho a una cobertura asistencial pública; de ahí que los servicios y coberturas proporcionadas por los aseguradores privados deban ofrecer, como mínimo, las mismas garantías asistenciales que el sistema público.

Estos seguros substitutivos son contratados por ciudadanos excluidos total o parcialmente de la cobertura asistencial pública, como los alemanes y holandeses, que por encima de determinados ingresos anuales son automáticamente privados de la cobertura asistencial pública, los trabajadores autónomos en Bélgica y en Austria, o el de los beneficiarios de las grandes mutualidades del Estado en España (MUFACE, ISFAS, MUGEJU) que constituyen un grupo privilegiado de ciudadanos al poder escoger libremente una vez al año entre provisión asistencial pública y privada proporcionada por entidades aseguradoras (el 86% elige la privada).

El seguro médico suplementario en su variante de cobertura duplicada, predominante en el Reino Unido, Grecia, Italia, Portugal y España, con algunas excepciones abarca la misma cartera de servicios que los seguros sanitarios de carácter estatal u obligatorio. Su objetivo principal es incrementar el nivel de elección de proveedor asistencial por parte del asegurado así como el nivel de servicio hospitalario. Este tipo de seguro médico privado, que existe en la mayoría de los estados miembros, está también íntimamente ligado a la oferta cuantitativa y cualitativa de servicios asistenciales y coberturas de los sistemas públicos.

Los seguros médicos de cobertura duplicada proporcionan mayor rapidez de acceso, mejores instalaciones y mayor capacidad de elección de proveedor asistencial a aquellos ciudadanos que, a pesar de tener derecho a una cobertura pública integral, deciden contratar un seguro privado. Es decir, estos ciudadanos reciben teóricamente el mismo tipo de servicio que el que podrían obtener a través de la financiación pública, pero pagando dos veces, una a través de impuestos y otra directamente de su bolsillo. Resulta obvio que si el nivel de servicio público fuera adecuado para cubrir las expectativas de la gran mayoría de los ciudadanos, este tipo de seguro languidecería.

Es importante tener en cuenta que en la actualidad en el seguro sanitario privado no existe, o es muy reducido, el subsidio cruzado entre generaciones, lo que significa que cada grupo etario debe cubrir el coste financiero de su riesgo asistencial. Este

tema dará lugar en un futuro no lejano a un debate acerca de la posible introducción de reservas por edad; reservas que deberán ser incluidas en el precio de las primas para cubrir el riesgo incrementado de enfermedad ligado a la edad del asegurado y evitando que los mayores de 60-65 años, por los costes crecientes que se proyectan en sanidad, se enfrenten pronto a unas primas tan elevadas que prácticamente los expulse del mercado.

Las compañías aseguradoras, sobre todo en aquellos mercados europeos con una presencia significativa de seguros suplementarios con redes asistenciales contratadas, promueven en gran medida una mejor relación coste/efectividad dentro de un marco de servicio y de calidad asistencial, en el manejo de los pacientes por parte de los proveedores asistenciales, lo que, aunque no todas las entidades lo consiguen, suele traducirse en un mejor control del gasto médico y mayor satisfacción por parte de los asegurados y profesionales.

La mayoría de los países europeos no otorgan estímulos fiscales para incentivar a sus ciudadanos a adquirir pólizas privadas de salud, tanto por motivos político-ideológicos como por razones prácticas, ya que no han evidenciado su eficacia. No obstante, diversos países, incluyendo España, proporcionan incentivos fiscales a las empresas que contratan pólizas colectivas para sus empleados y en estos casos tales incentivos sí parecen funcionar. Existen además deducciones fiscales para empresarios en Austria, Bélgica, Dinamarca, Francia e Irlanda; mientras que no las hay en Finlandia, Alemania, Grecia, Italia, Luxemburgo, Holanda, Suecia o Reino Unido.

El rápido crecimiento de las pólizas colectivas se debe a que representan un gran volumen de negocio con gastos moderados de *marketing*; ofrecen primas reducidas a condiciones favorables; cubren por lo general estratos de la población más jóvenes, más sanos y más homogéneos que la población general; los criterios de selección de riesgo, al tratarse de grandes grupos, son mucho más flexibles que los aplicados en las pólizas individuales, y permiten al empresario una gran capacidad a la hora de elegir al asegurador idóneo.

Precio de las primas

Como cualquier otro campo de la actividad socioeconómica, el seguro privado de enfermedad opera en un entorno de negocio que tiende a la flexibilidad y a la competitividad en relación con las primas. La variación de primas de productos de asistencia sanitaria y reembolso en los diferentes Estados de la UE, así como la multiplicidad de productos existentes, hace extremadamente difícil la comparación de primas entre países, aunque una constante es que los asegurados se han visto sometidos a subidas anuales de primas muy por encima, no solo de la inflación general del país, sino de la inflación sanitaria, siendo estos incrementos el princi-

pal motor del crecimiento experimentado por el sector en los últimos años. Teniendo en cuenta la relación entre coberturas asistenciales y nivel de provisión privada existente, se llega a la conclusión de que España es el mercado asegurador que ofrece las primas más competitivas de la Unión, aunque ello se traduzca, al menos hoy por hoy, en los baremos y tarifas menos competitivos en detrimento de médicos y centros asistenciales.

Siniestralidad

El porcentaje de las primas recaudadas por las compañías aseguradoras que se dedica a financiar la asistencia sanitaria a los asegurados (índice de siniestralidad) varía considerablemente entre países. Así, por ejemplo, Dinamarca presenta un índice medio de siniestralidad del 91% mientras que el de España es de algo más del 80%, aunque hay compañías que apenas dedican un 70% del volumen recaudado a financiar la asistencia que prestan. Los principales factores que inciden en este índice de siniestralidad están ligados por una parte al volumen de primas (ventas, mix de productos, prima media, etcétera) y por otra a la asistencia sanitaria facilitada (frecuentación, baremos, tarifas, calidad de la cartera de asegurados, nuevas prestaciones, complejidad de actos médicos, etc.).

Gastos de administración

Los gastos de gestión y administración del sector asegurador suelen ser bastante más altos que los causados por los sistemas nacionales de salud debido a las limitadas economías de escala, la abultada burocracia aplicada a la evaluación de riesgo, cálculo de primas y diseño de productos, así como a los gastos de *marketing*, publicidad y atención al cliente, pago de comisiones a agentes y mayoristas, salarios y gastos de estructura y mantenimiento, sin olvidar el legítimo beneficio empresarial y los correspondientes impuestos.

Los gastos de administración son considerablemente menores en el caso de las mutuas (10% en Alemania, Luxemburgo, Holanda y Francia), mientras que llegan a suponer el 25% en aseguradoras de Austria, Bélgica, Italia y Portugal. En España el gasto de administración de las compañías del sector se sitúa alrededor del 12%, aunque hay aseguradoras que pueden llegar al 18%, lo que las obliga a detraer fondos destinados a sufragar la asistencia sanitaria para financiar los costes indirectos de explotación del negocio.

En cambio, los gastos administrativos de los sistemas nacionales de salud son substancialmente más bajos, oscilando entre el 3 y el 5% del total del gasto sanitario financiado públicamente, correspondiendo a España ese último porcentaje.

Funcionamiento del seguro médico privado

El seguro privado de enfermedad mejora el acceso a cuidados asistenciales y la elección de esos cuidados a amplias franjas de la población europea. Posee carácter voluntario, opera en el marco de un mercado competitivo y funciona siguiendo los principios del seguro que incluyen, entre otros, el de la diferenciación por riesgo; esto es, el riesgo financiero de un individuo ligado a una intervención asistencial se diluye en el riesgo global de otros asegurados que presentan un riesgo similar.

En el proceso asegurador es de importancia crucial calcular la probabilidad de que un siniestro o evento de carácter asistencial ocurra y estimar su costo, por lo que la posesión de datos estadísticos sobre perfiles de riesgo es fundamental para el cálculo actuarial. Dado que, obviamente, los fondos disponibles para cubrir el conjunto de siniestros son limitados, las entidades aseguradoras se ven obligadas a analizar cuidadosamente qué riesgos pueden cubrir a cambio de unas primas razonables y comercialmente atractivas.

Para que un riesgo sea asegurable, como el riesgo que supone caer enfermo y necesitar tratamiento, debe ser posible cuantificarlo en términos de medias poblacionales, aunque no se pueda saber si el siniestro finalmente tendrá lugar o no, o cuándo ocurrirá. Por ello, las pólizas sólo pueden asegurar riesgos y no certezas (como son enfermedades preexistentes o cirugías programadas conocidas antes de la fecha de contratación del seguro), ya que tales situaciones, rayanas en la seguridad de que un determinado siniestro asistencial va a ocurrir, nos hallamos ante un riesgo no asegurable, pues su precio sería prohibitivo.

Las primas se determinan principalmente en función de cálculos actuariales basados en las coberturas asistenciales a asegurar; la edad en el momento de contratación de la póliza; el estado de salud y sus antecedentes, así como, en menor medida, en el sexo del asegurado, siempre que se pueda demostrar que no hay ninguna discriminación por esta causa, especialmente en las mujeres en edad de procrear.

Como consecuencia del dominio de su entorno de negocio, los aseguradores privados ofrecen una gama de coberturas, servicios y productos que van más allá de los límites impuestos por los sistemas públicos de aseguramiento, que se adaptan a la mayoría de las necesidades de los clientes individuales. Dependiendo del mercado asegurador local pueden ofrecer el reembolso total o parcial de gastos, pago directo a médicos y hospitales, coberturas hospitalarias y extrahospitalarias, esquemas suplementarios de coberturas asistenciales públicas, etc. Por ello, las aseguradoras médicas están en condiciones de ofrecer al paciente una amplia oferta y un gran margen de elección de médicos y centros asistenciales, pudiéndose afirmar que, cuando la cobertura asistencial pública no es completa o universal, el aseguramiento privado juega un papel primordial a la hora de facilitar el acceso a los servicios asistenciales.

No obstante, el mencionado acceso a los servicios asistenciales suele no ser equitativo, ya que los seguros médicos privados son contratados en general por los estratos

de población de mayor nivel sociocultural y económico, hecho compensado en parte por el incremento experimentado en toda Europa de los seguros colectivos contratados por las empresas que proporcionan cobertura asistencial privada a capas de la población que difícilmente podrían hacerlo por medios propios.

Aunque el seguro privado de enfermedad suele ofrecer un núcleo común de coberturas y servicios en la práctica totalidad de países miembros de la UE, existe una gran diversidad de tipos de seguro y de productos que refleja la gran diferencia de coberturas asistenciales públicas que afectan en gran medida a las estrategias de los aseguradores privados.

Por ello, y debido a esta gran diversidad de sistemas públicos de aseguramiento, la situación es sumamente heterogénea en lo relativo a la presencia y penetración del seguro médico privado en los distintos países de la UE que impide una comparación detallada por la extremada diversidad de entornos culturales, económicos y sociales.

En general, las políticas de los Estados de la Unión siempre han tenido como objetivo intentar preservar una cobertura asistencial pública de carácter amplio, universal y obligatorio, independiente del nivel de capacidad adquisitiva del ciudadano; unas políticas que han llevado al desarrollo de sistemas sanitarios caracterizados por su obligatoriedad, cobertura prácticamente universal, amplia cartera de servicios y alto gasto público. Esta política social, iniciada en las postrimerías del siglo XIX, ha permitido a los ciudadanos europeos contar en la actualidad con unas garantías de cobertura sanitaria ausentes, salvo contadas excepciones, en el resto del mundo.

Así, la diferente evolución histórica y social acaecida en el último siglo en los distintos países ha marcado el desarrollo de los sistemas estatales de cobertura asistencial y su regulación. Ello, a su vez, ha condicionado el florecimiento, o no, de distintos tipos de aseguramiento sanitario privado y su penetración en los distintos mercados locales; sus niveles de coberturas y los tipos de compañías aseguradoras; los mecanismos para determinación de primas y los criterios de selección de asegurados; los articulados de las pólizas y las coberturas garantizadas; los incentivos fiscales y los índices de siniestralidad; los niveles de acceso a servicios asistenciales y las implicaciones sobre la equidad de los servicios y coberturas.

La proporción de la población que posee un seguro médico privado contratado varía enormemente entre países y no es fácil de comparar por la enorme variedad de tipos de cobertura y de servicios asistenciales. En los Estados de la UE en los que predomina el seguro médico privado de carácter complementario, la cobertura oscila entre un 20 y un 70% de la población, mientras que el seguro médico de carácter suplementario cubre como media a un 10% de la población. En términos generales, y aunque las estadísticas son incompletas por la falta de información en algunos de los países adheridos a la Unión a partir de 2004, se estima que alrededor de un 5% de los ciudadanos de la UE tienen contratado un seguro médico privado de algún tipo, y que el gasto sanitario financiado por las aseguradoras privadas constituye menos del 10% del total del gasto sanitario; (si bien con considerables diferencias, ya que en Francia

supone el 12% del total, en Holanda el 18% y en España el 5%; mientras que representa menos del 5% del gasto sanitario total en Bélgica, Dinamarca, Portugal, Reino Unido, Suecia, Finlandia, Grecia, Italia y Luxemburgo).

Aunque en los últimos 20 años ha aumentado en toda Europa la proporción de gasto sanitario financiado por entidades aseguradoras privadas respecto al gasto sanitario total, ello se ha debido sobre todo a incrementos tanto de primas como de copagos, más que a un aumento de la demanda individual de estos tipos de seguro, que han alcanzado un cierto grado de saturación en los países más desarrollados.

En general, se puede afirmar que los ciudadanos europeos que contratan servicios médicos privados proceden de grupos con mayor nivel de ingresos, estatus social más alto y de las regiones más ricas y desarrolladas. No obstante, cabe destacar que el aumento en el número de asegurados experimentado por el seguro médico privado en diversos países europeos se ha debido principalmente a la contratación de pólizas colectivas por parte de empresas, que pueden permitirse ofrecer este beneficio social a sus trabajadores con pólizas y primas mucho más ventajosas que las que pueden obtener los ciudadanos a título individual (que además sufren subidas anuales de primas notablemente superiores).

El seguro médico privado en la UE muestra un gran dinamismo a la hora de segmentar productos y mercados, dando a los aseguradores la oportunidad de distinguir claramente entre buenos y malos riesgos. No obstante, la multiplicidad de productos hace difícil al consumidor su comparación en términos de coste/beneficio, por lo que un exceso de oferta puede inducir confusión e ir en perjuicio del consumidor desorientado y en clara asimetría con el estamento asegurador en cuanto a información.

Las compañías aseguradoras operan en un entorno altamente competitivo y para ellas es primordial reducir costes mediante una adecuada selección del riesgo, aunque esta selección de asegurados pueda comprometer la equidad del conjunto del sistema sanitario al promover la contratación de personas con un riesgo medio o bajo de enfermedad y descartando los riesgos altos.

Dado que la función primordial del seguro médico privado es proteger al individuo frente a las consecuencias de la mala salud, es controvertido que el sector asegurador tienda a disminuir el gasto asistencial incrementando la selección de riesgo, favoreciendo a los individuos con menor riesgo actuarial y, por tanto, ejerciendo una selección en la cartera de asegurados. De acuerdo con la política de cada compañía, y según los países, la selección de riesgo, basada en datos actuariales no siempre exactos —ya que deberían basarse en datos epidemiológicos de morbilidad— puede conducir al rechazo en la contratación de determinados individuos, a la imposición de sobreprimas y a la exclusión de determinadas patologías preexistentes. La polémica que esto origina se extiende a la posible cancelación unilateral de contratos de asegurados con alta siniestralidad o que hayan alcanzado cierta edad, lo que en conjunto puede implicar una discriminación larvada de aquellos con menores recursos económicos, más edad y peor salud.

Asimismo, son objeto de debate el alto nivel de las primas en algunos países (por ejemplo, Reino Unido y Alemania), los límites de edad a la hora de contratar determinados productos y los contratos de carácter anual que limitan de forma importante el acceso a este tipo de seguros a capas enteras de la población, por lo que algunos gobiernos europeos, como los de Francia, Bélgica, Alemania, y Holanda, han introducido regulaciones que limitan la discrecionalidad del sector asegurador.

Las aseguradoras intentan modular la demanda asistencial introduciendo mecanismos de coparticipación del usuario en el gasto sanitario. Existen compañías que introducen topes en las cuantías del gasto; otras introducen franquicias liberando pequeños gastos, mientras que la mayoría se inclina por introducir copagos moderados en cada modalidad de acto asistencial. Aunque la efectividad de estas medidas no está demostrada, algunos gobiernos, como el alemán y el francés, y a pesar de la impopularidad política de la decisión, han introducido en los últimos años copagos en algunos de los esquemas asistenciales que financian.

Las prestaciones asistenciales pueden proporcionarse mediante la provisión directa de los servicios a través de redes asistenciales contratadas por cada entidad aseguradora (seguros de asistencia sanitaria) o mediante el reembolso total o parcial de los gastos ocasionados al acceder a los servicios asistenciales (seguro de reembolso). El seguro de reembolso es prevalente en Bélgica, Dinamarca y Alemania, por ejemplo, mientras que el seguro de asistencia sanitaria constituye cerca del 90% del mercado en España, donde existen amplias redes asistenciales que incluso integran centros asistenciales y hospitales pertenecientes a las propias aseguradoras en un intento, no siempre exitoso, de integrar verticalmente la gestión de sus servicios asistenciales.

En la mayor parte de los casos cubiertos por pólizas de asistencia sanitaria, las aseguradoras sanitarias abonan directamente a los proveedores asistenciales por acto médico baremado, aunque hay algunas excepciones. Por ejemplo, los médicos generales concertados en grandes capitales de España pueden ser remunerados según un acuerdo capitativo; en Grecia los médicos que trabajan en centros asistenciales pertenecientes a aseguradoras cobran una combinación de salario y de pago por acto médico; los aseguradores en Irlanda pagan a los hospitales en función de acuerdos *per diem*; en Holanda algunas aseguradoras capitán hospitales y en Austria los pagos por acto médico se complementan mediante sumas adicionales. En el caso de pólizas de reembolso, los servicios médicos pueden pagarse según baremos (Francia) o mediante precios de referencia (Portugal).

En algunos países, como Bélgica, Dinamarca, Francia, Alemania, Grecia, Italia, Luxemburgo, Holanda, España y Suecia, en los hospitales públicos no hay camas privadas y los aseguradores tienen que concentrar su volumen de pacientes en centros asistenciales de índole privada. En cambio, en Austria, Portugal, Irlanda y Reino Unido, es común encontrar camas privadas en centros hospitalarios públicos y ampliamente utilizadas por el sector asegurador privado. En estos casos, se mantie-

ne la discusión acerca de las implicaciones que ello puede tener para el sector público en términos de equidad y eficiencia.

La existencia de seguros privados de enfermedad en países en los que los límites entre lo público y lo privado no están bien definidos y en los que los proveedores asistenciales son financiados al mismo tiempo por los sectores público y privado, se puede llegar a distorsiones asistenciales por el mayor incentivo a la hora de tratar pacientes privados, lo que podría conllevar problemas de equidad y eficiencia en la gestión de sus sistemas sanitarios.

Tendencias

Dado que parece existir una relación prácticamente lineal entre nivel de desarrollo socio-económico y gasto sanitario, no es de extrañar que en el seno de la UE, sobre todo en aquellos países que ya sitúan el gasto sanitario alrededor del 10% del PIB, se empiece ya a cuestionar la viabilidad a largo plazo de una sanidad universal y gratuita financiada públicamente en su integridad.

Aunque en los últimos 20 años se detecta un cierto declive en la proporción de gasto público en relación con el gasto sanitario total, debido al incremento de la coparticipación de los ciudadanos en el mismo, así como una mayor presencia del seguro sanitario privado y de prestaciones asistenciales sufragadas directamente por los consumidores (cirugía estética, cirugía refractiva, odontología, etcétera), la carga financiera que va a suponer la cobertura asistencial de la población en toda la UE hará que el porcentaje del PIB dedicado a sanidad aumente progresivamente en la próxima década y que plantee problemas de coste-oportunidad a la hora de elaborar los presupuestos estatales.

Si a ello se añade el progresivo envejecimiento de la población europea, el encarecimiento de las nuevas tecnologías sanitarias y las cada vez mayores demandas y expectativas de asistencia sanitaria por parte de la población, en el futuro se puede incrementar el papel del seguro sanitario privado, entendido como servicio público, en cuanto contribuirá a aliviar el esfuerzo presupuestario de los gobiernos destinado a la sanidad.

Del mismo modo, la empresa privada está llamada a ser paulatinamente la fuente más importante de financiación del aseguramiento sanitario privado, entendiendo éste como un beneficio social a los trabajadores; ésta es la tendencia actual en la mayoría de los países de la UE.

Movilidad de pacientes y aseguramiento sanitario

En la práctica totalidad de países europeos la estructura y funcionamiento de las entidades aseguradoras privadas, así como la mayoría de los productos y coberturas

que proporcionan, están usualmente orientadas a mercados nacionales e incluso regionales por lo que, a excepción de determinados servicios de urgencia, resulta sumamente complicado obtener coberturas asistenciales fuera de áreas geográficas bien delimitadas, lo que choca con las iniciativas de la UE para garantizar la movilidad de los pacientes por todo su territorio.

La nueva regulación europea en materia de movilidad de pacientes plantea un importante problema al sector asegurador que no está preparado, ni siquiera entre compañías del mismo grupo, para dar el salto de proporcionar asistencia sanitaria a sus asegurados en cualquier país de la Unión; (aunque algo parecido sucede con los sistemas nacionales de salud, que han sido lentos a la hora de prevenir cuáles serían los siguientes pasos de la UE a la hora de garantizar total libertad de movimientos de personas, bienes y servicios).

La cuestión de si el sector asegurador restringirá o no la libertad de movimientos de los pacientes dentro de la Unión dependerá, en gran medida, de las posibilidades de trasladar las prestaciones asistenciales de un país a otro, respetando las condiciones originales de contratación en origen, aunque ello conlleve un aumento de primas por la gran disparidad del coste de las prestaciones asistenciales entre los distintos países de la Unión. Si esto ya se logró hace años en el ramo de seguros de automóvil, sorprende que no se haya conseguido, al menos por el momento, en el campo de los seguros de asistencia sanitaria. Pero el tema es complejo, ya que si los aseguradores se vieran obligados a cubrir los gastos de la asistencia sanitaria en la totalidad de los Estados miembros, se produciría un aumento de primas que afectaría sobre todo a los asegurados de mayor edad.

Si bien algunos aseguradores privados, sobre todo a través de pólizas de reembolso, proporcionan cobertura asistencial a sus asegurados que viajan al extranjero, el porcentaje de gasto sanitario financiado por estas entidades en países distintos al de origen del asegurado no supera el 2% del total en la actualidad y, como se ha visto, la mayoría de pólizas de enfermedad poseen una cobertura territorial limitada y los acuerdos internacionales cruzados entre empresas aseguradoras, incluso pertenecientes al mismo grupo, son la excepción. En cualquier caso, el futuro del seguro médico privado en Europa irá ligado a una mayor transparencia y definición de los sistemas de salud estatales, dentro de un marco de movilidad de pacientes en el territorio de la UE.

A instancias de sus gobiernos, en el Reino Unido, Suecia y otros países las compañías aseguradoras han acordado no solicitar por el momento información de carácter genético ni tests genéticos a sus asegurados. En otros países, incluyendo España, esto está regulado por ley, y se estima que este tema será de gran actualidad a lo largo de la próxima década a medida que esas pruebas se desarrollen y sean más específicas y costo-eficientes. No obstante, la polémica acerca de la utilización y/o demanda de tests genéticos por parte de las aseguradoras no parece que vaya a afectar significativamente al ramo de seguros de enfermedad, al menos a medio plazo, aunque probablemente sí al de los seguros de vida.

El seguro médico privado será cada vez más un seguro a la carta destinado a satisfacer idealmente las necesidades de todos los individuos, o al menos del mayor número de grupos posible. Por ello este aseguramiento ofrece tal cantidad de productos, coberturas, niveles asistenciales, primas, copagos, etcétera, que hace muy difícil la elección informada del tipo de seguro más conveniente en cada caso y la mejor oferta disponible en el mercado. Por lo tanto, con seguridad en el futuro se exigirá mayor transparencia de los mercados aseguradores y sus productos por parte de reguladores y consumidores, permitiendo al ciudadano acceder a un nivel adecuado de información que le permita una elección juiciosa del producto asegurador más conveniente para su caso.

Los desafíos del sector asegurador

Tras lo expuesto, surge la pregunta: ¿cuáles son las perspectivas de expansión del sector asegurador médico privado en el futuro? La respuesta es que cualquier expansión dependerá de la evolución de los sistemas estatales de aseguramiento, de su financiación y su universalidad; del posible establecimiento futuro de una cobertura pública europea estándar garantizada a todos los ciudadanos de la UE y de las nuevas regulaciones dirigidas a limitar la selección de riesgo y la discriminación en primas basadas en edad, sexo y estado de salud.

Otros factores que sin duda influirán en el devenir del seguro privado serán el envejecimiento de la población europea, el coste de las nuevas tecnologías diagnósticas y de las nuevas terapias, así como las demandas y expectativas de asistencia sanitaria por parte de los ciudadanos y su disposición a pagar por ello.

Guste o no, el principio que subyace en la mayoría de las políticas e iniciativas promovidas por la Unión se inspiran, directa o indirectamente en el lema de la Revolución Francesa, *Liberté, Égalité, Fraternité*, que en el entorno sanitario implica libertad de movimiento de las personas, y por tanto de los pacientes, igualdad a la hora de acceder a unas prestaciones sanitarias garantizadas, y fraternidad entre países a la hora de establecer mecanismos de reciprocidad entre sistemas sanitarios.

¿Qué consecuencias tendrá ello para el sector asegurador? En primer lugar, tendrá que establecer los acuerdos cruzados y *modus operandi* internacionales que permitan a todo ciudadano o residente europeo que contrate un seguro privado de salud, acceder a las prestaciones contratadas fuera del país de origen y dentro del territorio de la UE. En segundo lugar, en algún momento los Estados miembros de la Unión se verán obligados a definir un catálogo europeo de prestaciones asistenciales, garantizado en todos los países de la UE que, lógicamente, se deberá vertebrar alrededor de un núcleo de prestaciones por la gran desigualdad entre las ofrecidas a los ciudadanos en los diversos países, lo que sin duda abrirá la posibilidad a desarrollar un nuevo mercado europeo de seguros complementarios y suplementarios a la carta.

Igualmente, se deberán dar los pasos necesarios para el reconocimiento de la contribución del sector asegurador sanitario privado en el mantenimiento de la salud de importantes estratos de la población europea, fomentando la colaboración y el acuerdo entre los sectores público y privado en sus diversas variantes. En este último campo quizá el país que más haya avanzado sea precisamente España a través de los convenios para la cobertura asistencial de empleados públicos y para la gestión del conjunto de los recursos y servicios asistenciales de segmentos de población encuadrados en áreas sanitarias.

Para su supervivencia a largo plazo, el aseguramiento sanitario privado deberá plantear como máxima prioridad estratégica el demostrar de modo fehaciente el valor añadido de su gestión de intermediación entre médicos y pacientes, sobre todo en relación con el seguro público, tanto en términos de calidad, seguridad y coste-efectividad como de satisfacción de pacientes y médicos.

Por último, el sector asegurador a lo largo de la próxima década se verá comprometido a responder a desafíos como la no discriminación por edad, sexo o estado de salud a la hora de contratar nuevas pólizas; proporcionar servicio en todo el territorio de la Unión respetando la movilidad del asegurado; hacer frente a la escalada del gasto asistencial, equilibrando la gestión de ese gasto con la promoción de la calidad y seguridad asistenciales; llevar a cabo una consolidación no traumática del mercado asegurador todavía con un excesivo número de compañías no competitivas en escenarios globales; garantizar la confidencialidad de la información relativa a la salud y la asistencia sanitaria proporcionada a los asegurados; hacer frente a los nuevos avances de la Medicina, incluyendo los tests genéticos y nuevas prestaciones y tecnologías, así como promover una mayor colaboración y acuerdo con los sistemas nacionales de salud y seguridad social. Dependiendo de cómo se enfrente a estos desafíos, el sector asegurador podrá llegar a desempeñar un papel determinante en la salud y asistencia sanitaria de los ciudadanos europeos o, por el contrario, deberá hacer frente a una reconversión del conjunto de su negocio.

Bibliografía

- Association of British Insurers. Are you buying private medical insurance? London, Association of British Insurers; 2003.
- Bertinato I, Busse R et al. (2005) Cross- Border Healthcare in Europe. Copenhagen, WHO Observatory of Health Systems and Policies.
- Besley T, Hall J, Preston I. The demand for private health insurance: do waiting lists matter? *Journal of Public Economics*; 1999;72:155-181.
- British Medical Association. Medical information and insurance: joint guidelines from the British Medical Association and the Association of British Insurers; 2002.
- CEA. The European Health Insurance Market in 2005. Comité Européen des Assurances; 2007.
- Colombo F, Tapay N. Private health insurance in OECD countries: the benefits and costs for individuals and health systems. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development; 2004.

- Costa J, García J. Demand for private health insurance: how important is the quality gap? *Health Econ* 2006;12:587-599.
- Durán A, Lara JL, van Waveren M (2006). Health care systems in transition: Spain. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems and Policies.
- Emerson C, Frayne C, Goodman A. Should private medical insurance be subsidised? *Health Care UK* 2001; p. 49-65.
- Ewald F. Genetics, insurance and risk. In: McGleenan T, Wiesing U, Ewald F, eds. *Genetics and insurance*. Oxford, BIOS Scientific Publishers; 1999:17-34.
- ICEA. Investigación Comparativa entre Entidades Aseguradoras y Fondos de Pensiones. El seguro de Salud. Estadística año 2007.
- Keen J, Light D, Mays N. Public-private relations in health care. London, King's Fund, 2001.
- López-Casasnovas G, Sáez M. A vueltas con el aseguramiento sanitario privado. *Gac Sanit* 2005;19:59-64.
- Maynard A, Dixon A. Voluntary health insurance and medical savings account: theory and experience. En: Mossialos E et al., eds. *Funding health care: options for Europe*. Buckingham, Open University Press 2002.
- Mossialos E, Dixon A. Genetic testing and insurance: challenges and opportunities for society. *Trends in Molecular Medicine* 2001;7:323-324.
- Mossialos E, Dixon A. Funding health care: an introduction. En: Mossialos E et al., eds. *Funding health care: options for Europe*. Buckingham, Open University Press; 2002.
- Mossialos E, S.M.S. Thomson (), Voluntary health insurance in the European Union: a critical assessment. *International Journal of Health Services* 2002;32:19-88.
- Mossialos E, Thomson S. Voluntary health insurance in the European Union. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe; 2004.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. Private health insurance in OECD countries: compilation of national reports. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development; 2001.
- Palm W. Voluntary health insurance and EU insurance directives: between solidarity and the market. Brussels, Association Internationale de la Mutualité (AIM); 2001.
- Price Waterhouse Coopers. Elecciones saludables: El papel cambiante de las aseguradoras sanitarias. Madrid; 2007.
- Robinson J. Renewed emphasis on consumer cost sharing in health insurance benefit design. *Health Affairs*; 2002; W139.
- Thomphson S, Mossialos E. Regulating private health insurance in the European Union: the implications of single market legislation and competition policy. LSE Health WP no 4; 2006.
- Wallis G. The demand for private medical insurance. *Economic Trends* 2004;606:46-56.