AUNNA ASOCIACIÓN

EL SECTOR EN

5 MINUTOS

RESUMEN SEMANAL CON LAS PRINCIPALES NOTICIAS DEL SECTOR

18-22 DE NOVIEMBRE 2019

Cae el beneficio del seguro pese a la mejora de la siniestralidad y los gastos
El beneficio neto del sector asegurador cayó un 0,7% en los tres primeros trimestres de 2019, por los menores rendimientos de las inversiones financieras, ya que el sector mejoró su desempeño técnico, con menos siniestralidad y gestos de gestión.
Así, el resultado de la cuenta no técnica sectorial fue de 3.57o millones de euros hasta septiembre, un 0,7% menos que un año antes, según las estadísticas de ICEA. Esta caída hay que achacarla a los menores rendimientos de las inversiones de las aseguradoras, fundamentalmente por el bajo entorno de tipos de interés, ya que el resultado de la cuenta técnica fue del 9,5% del negocio retenido, superior al 9,1% de septiembre de 2019.
Esta mejoría técnica se cimenta sobre todo en la siniestralidad, qué bajó más de dos puntos porcentuales, hasta el 74,3% de las primas imputadas negocio directo y aceptado.
Por segmentos, los mejores resultados estuvieron en No Vida, donde la cuenta técnica fue del 10,3% de las primas en septiembre de este año, frente al 9,8% un año antes, sobre todo por el impulso de Multirriesgos, cuya cuenta técnica escaló hasta el 10,3%, frente al 5,8% de septiembre de 2018. El resto de los ramos de No Vida tuvo ligeros retrocesos técnicos.
Por su parte, Vida también cayó ligeramente con un resultado técnico del 0,9% de las provisiones, frente al 1% de un año antes.

Fuente: Seguros News, 18 de septiembre de 2019.

Los seguros de riesgo crecen un 1,6% en primas y un 2,59% en clientes
Las primas de seguros de riesgo han alcanzado los 3.724 millones de euros a septiembre de 2019, un 1,67% más que en el mismo mes del año anterior. Los asegurados se situaron en 20.865.161, un 2,59% más. Así se extrae del informe 'El Seguro de Vida. Estadística a septiembre. Año 2019', publicado por ICEA.

Fuente: ADN del Seguro, 21 de noviembre de 2019.

Otros Multirriesgos y Comercio, las modalidades de Multirriesgos con mejor resultado en 2018
De todas las modalidades del seguro Multirriesgos, Otros Multirriesgos obtuvo la mayor rentabilidad técnico-financiera del pasado ejercicio, situándose en el 20,94% de las primas imputadas, seguida de Comercio que alcanzó el 14,90%.

Las mejores ratios combinados también se registraron en estas dos modalidades, siendo del 83,70% en Otros Multirriesgos y del 92,26% en Comercio, según el estudio 'Cuentas Técnicas Comparadas de los Seguros Multirriesgos, ejercicio 2018', elaborado por Inese DATA.
La tasa de siniestralidad neta sobre primas imputadas más alta en 2018 se dio en Industriales, alcanzando el 82,94%, así como los mayores gastos de adquisición, que se situaron en el 37,35% de las primas. Los gastos de administración más elevados correspondieron a Comercio con el 3,65% de las primas imputadas del ejercicio.
Este estudio se presenta en una aplicación informática que permite consultar, comparar, imprimir o exportar, para cada compañía y grupo, las cuentas técnicas de los seguros de Comercio, Comunidades, Hogar, Industriales y Otros Multirriesgos.

Fuente: Inese, 19 de noviembre de 2019.

Los mediadores se enfrentan a cinco retos digitales
El Consejo General considera necesaria una mayor colaboración entre aseguradoras y agentes y corredores que garantice el flujo de información.
El Consejo General de Mediadores ha identificado a través de sus Colegios los 5 retos a los que se enfrenta la mediación como consecuencia de la evolución tecnológica. "La digitalización está cambiando la forma de relacionarse con clientes y aseguradoras y exige la incorporación de nuevas herramientas y aptitudes en la profesión y desde esta entidad buscamos dar las indicaciones precisas para que los mediadores profesionales puedan desarrollar su actividad de la forma más fluida y fructífera posible en el entorno digital", destaca Elena Jiménez de Andrade, presidenta del Consejo General.
Los nuevos retos de la Mediación, según el informe 'Evolución Digital de la Información', realizado por el Consejo General, son:
Clientes más exigentes: los millennials ganan peso en la cartera de las aseguradoras. Son grandes consumidores digitales, acostumbrados a combinar canales online con otros presenciales buscando la relación que más les conviene en cada momento con las marcas. Los asegurados y tomadores de seguros se han vuelto más proactivos, demandan inmediatez, información y su mayor conocimiento les hace más exigentes. La multicanalidad, estar presente para el cliente en el canal de preferencia de este, proporciona al mediador una visión integrada sobre sus preferencias.
Los Seguros tradicionales pierden valor: algunos seguros tradicionalmente comercializados por la Mediación como Hogar y Autos se han convertido en commodities, productos básicos con márgenes cada vez más ajustados. La crisis económica ha impulsado los servicios compartidos y el pago por uso en detrimento de la posesión exclusiva de bienes. Las pólizas de corta duración o de activación bajo demanda y la atomización de las coberturas requieren cambios profundos en la experiencia del cliente.
Nuevos competidores, también Amazon: frente al modelo tradicional de los seguros, la entrada en escena de Insurtechs o startups que innovan y utilizan la tecnología para mejorar el actual modelo de negocio, ha traído un incremento de la competencia. Esta situación demanda que los mediadores adopten nuevas herramientas y aptitudes en el desempeño de su trabajo. Por otro lado, las grandes plataformas globales como Amazon, Google o Apple, con millones de clientes y la capacidad de prestar todos los servicios pueden cambiar el futuro del sector.
Inversión continua: el proceso de adaptación a las nuevas tecnologías requiere una inversión constante con retornos a medio plazo. Un desembolso que resulta más llevadero si se asume colectivamente que de manera individualizada. Es conveniente crear un ecosistema colaborativo que agrupe a toda la Mediación para hacer frente a estas inversiones derivadas de la transformación digital.
Colaboración con las aseguradoras: homogeneizar la comunicación con las aseguradoras, trabajando de forma conjunta en la gestión de leads (contactos) y

lanzamiento de campañas. El nuevo escenario tecnológico precisa establecer protocolos de intercambio de información eficaz entre mediadores y aseguradoras para diseñar acciones y promociones que serán ejecutadas por el mediador.

Fuente: Diario Abierto, 20 de noviembre de 2019.

El 63% de los consumidores, proclives a renovar o adquirir una póliza si incluye ciberseguridad

Muchas empresas no ofrecen ayuda o protección para las víctimas de los delitos cibernéticos. Esto, según el estudio de cxLoyalty sobre ciberseguridad ("El cibercrimen y su relación con el consumidor"), supone perder una excelente oportunidad para ganar nuevos clientes y mejorar la reputación de la marca. El estudio, basado en una encuesta realizada a 13.000 consumidores de 12 países diferentes, ha revelado que son los bancos (y otras instituciones financieras) los que están tomando la delantera en este aspecto al ofrecer protección frente al cibercrimen.

Y es que en caso de producirse un ciberdelito como el phising, la piratería o el fraude en compras online, son los bancos a quienes acuden primero las víctimas. Casi dos tercios (67%) de los encuestados afirman confiar en ellos para prevenir (67%), detectar (63%) y resolver (64%) un incidente de cibercrimen, especialmente si este es de naturaleza financiera.

Junto a los bancos se encuentran las compañías de seguros. Uno de cada tres encuestados asegura que estas pueden prevenir (33%), detectar (31%) o resolver (37%) un incidente de delito cibernético. Por su parte, la policía, un puerto tradicionalmente seguro al que acudir para prevenir y resolver ciberdelitos, no es la opción principal para muchas personas: solo el 14% de los encuestados recurriría a ella.

Sin embargo, el descubrimiento más importante que ha traído consigo esta investigación es que ayudar a un cliente en un escenario tan complicado como es el de la ciberdelincuencia, y proporcionarle una solución positiva, puede fortalecer la relación entre la empresa y el consumidor y forjar un vínculo de confianza a largo plazo. De hecho, el 64% de los encuestados declaró tener un sentimiento positivo hacia la empresa que los ayudó a resolver un incidente cibernético.

Por ello, las empresas que apuesten por esto e incluyan en sus servicios protección frente al cibercrimen, podrán verse recompensadas con la confianza de los consumidores. De los encuestados, el 63% afirma tener más posibilidades de renovar o adquirir una póliza de seguro si esta incluye protección cibernética; el 62% de decantarse por una compañía telefónica en base a ello y el 70% de elegir un servicio bancario (o proveedor de tarjetas de crédito) u otro.

Eduardo Esparza, VP General Manager de cxLoyalty, ha afirmado que "la amenaza que supone el delito cibernético aumenta a medida que el mundo online se vuelve cada vez más complejo y global. Sin embargo, esto puede traducirse en una oportunidad para las empresas siempre que estas sean capaces de proteger al cliente y darle la confianza que necesita. Nuestra investigación revela que cualquier empresa que consiga hacerlo será recompensada con una mejor percepción de su marca y una mayor lealtad del cliente". «Al proporcionar servicios de protección en Internet y ofrecer a los clientes el conocimiento necesario sobre cómo protegerse online, las empresas están dando a sus clientes una experiencia digital más segura, algo positivo para todos», ha concluido.

Fuente: Seguros News, 20 de noviembre de 2019.

El fraude al seguro en Europa supuso 13.000 millones de euros en 2017

Insurance Europe ha publicado hoy un nuevo informe titulado: Fraude de seguros: no es un delito sin víctimas. La publicación describe las diversas medidas que las aseguradoras están tomando para combatir el fraude de seguros, que es superado solo por el fraude fiscal en las formas más comunes de fraude a nivel mundial. También señala que esta semana es la Semana Internacional de Concienciación sobre Fraude.

El estudio también proporciona una estimación de la escala del problema en la UE. Según las estimaciones de los miembros de Insurance Europe, el fraude de seguros en la UE ascendió a aproximadamente € 13.000 millones en 2017.
Según el informe, «la naturaleza del fraude de seguros está en constante evolución, moldeada por la tecnología a disposición de los estafadores. Por ejemplo, en los últimos años, el fraude cibernético se ha vuelto más frecuente a medida que se realizan más negocios de seguros en línea».
El informe también describe las muchas consecuencias negativas del fraude de seguros. Por ejemplo, «los consumidores honestos enfrentan primas de seguro más altas y sus aseguradoras tienen menos capacidad para hacer frente a siniestros verdaderos rápidamente. Ciertos tipos de fraude ponen en riesgo la vida humana, como «accidentes por dinero en efectivo» o incendios provocados relacionados con el fraude, lo que significa que el fraude de seguros también ejerce presión sobre los recursos de la sociedad. Y los estafadores a menudo están vinculados al crimen organizado, por lo que los fondos de fraude de seguros y facilitan otros delitos graves».

Fuente: Seguros News, 20 de noviembre de 2019.

El 69% de los planes de pensiones se abrieron con el partícipe menor de 40 años
Son la opción favorita de los españoles a la hora de invertir, por encima de las acciones o de los fondos de inversión. Un 22% de los ahorradores elige este producto buscando una mayor rentabilidad, según un estudio de Popcoin.
El 69% de los españoles que posee un plan de pensiones lo abrió con menos de 40 años, según una encuesta del gestor digital automatizado de inversiones de Bankinter, Popcoin. Un 31% comenzó su inversión econ una edad comprendida entre los 30 y 40 años, y uno de cada tres lo hizo entre los 25 y los 30 años.
Existe un 78% de la población que no cuenta con un plan de pensiones. Sin embargo, un 62% se plantea abrir uno, y el 16% tiene más de 45 años.

Fuente: Diario Abierto, 20 de noviembre de 2019.

El renting podría cerrar 2019 con un crecimiento superior al 15%
El renting podría cerrar 2019 con un crecimiento superior al 15% lo que supone un incremento del parque en unas 100.000 unidades y unas matriculaciones totales de 300.000 vehículos, según las previsiones de la AER que hizo públicas en la IX Convención de la asociación.
Agustín García, presidente de la AER, durante su discurso ha hecho hincapié en el cambio que está experimentando este sector, en el que el peso de los clientes más pequeños, pequeñas empresas (con hasta cuatro vehículos), autónomos y particulares cada vez está cobrando más importancia. De este modo, dos tercios del crecimiento de la flota de 2019 vendrán impulsados por estos pequeños clientes, con una media de algo más de un vehículo por cliente y con un alto potencial de crecimiento.
Popularización de le renting
La gran empresa, aunque continúa creciendo, ha pasado de tener un peso del 75%, a un del 50%, lo que se traduce en una popularización del renting y en que el crecimiento se impulsa cada vez más desde todas las comunidades autónomas de España.
Esta democratización del renting conlleva, además, que los clientes hayan pasado de los 55.000, que se contabilizaban en 2015, a los cerca de 200.000 con los que se podría cerrar 2019.
Agustín García explica que "hoy día, el renting tiene otro rostro muy diferente y mucho más alegre, del que tenía en la primera Convención celebrada en 2011. Así, si, a principios de este año, cuando analizábamos los datos de 2018, decíamos que era un año con un crecimiento histórico de 77.000 unidades, esta cifra, diez meses después, ya ha quedado obsoleta, pues a octubre de 2019 ya llevamos un incremento de la flota de 94.000 unidades; el hito histórico estaría en llegar a las 100.000 unidades en un solo

ejercicio. No lo podemos garantizar, pero el renting lleva unos años dándonos gratas sorpresas y todo es posible".

Tres retos para el renting

Por otro lado, Agustín García ha destacado que este crecimiento del renting lo sitúa en un lugar privilegiado para impulsar y generar nuevas formas de movilidad. "Es importante que se medite acerca de estos aspectos y que el renting sea punto de encuentro para analizar las nuevas tendencias de movilidad". En este sentido, el presidente de la AER destacó que esta IX Convención de la AER es una oportunidad para que el sector reflexione sobre los diferentes retos que tiene que afrontar para mantener su papel protagonista en la movilidad del futuro, centrándose, en esta ocasión, en tres:

Movilidad como Servicio: "Ya no podemos hablar sólo de coches, sino que tenemos que incluir la movilidad y ello implica que el renting asuma el liderazgo de aglutinar cada vez más servicios a su oferta, que promueva la intermodalidad y que sea el verdadero referente de las soluciones de movilidad", afirma el presidente de la AER.

Energías Alternativas (Coches Cero emisiones y ECO): "El renting apunta a ser el principal artífice para conseguir el reto de que los fabricantes cumplan con su objetivo de los 95 g CO2/km y que a la vez se reduzca la contaminación en las ciudades".

Rejuvenecimiento del parque a través de la Economía Circular (VO de renting). "El renting puede desplazar a los vehículos más antiguos, a través de su oferta de vehículos de ocasión, contribuyendo al rejuvenecimiento del parque y a la equidad social de los potenciales ciudadanos que precisen cambiar de vehículo". En este sentido, Agustín García ha adelantado que se anunciará la iniciativa del renting para dar mayor transparencia y trazabilidad al vehículo de ocasión, mediante un acuerdo voluntario con la DGT, que contribuirá a dar mayor confianza al comprador de vehículos usados.

Fuente: Grupo Aseguranza, 21 de noviembre de 2019.

Condiciones para el seguro de explotaciones frutícolas del 40º Plan de Seguros Agrarios

El BOE ha publicado la Orden APA/1125/2019, de 31 de octubre, por la que se definen los bienes y los rendimientos asegurables, las condiciones técnicas mínimas de cultivo, el ámbito de aplicación, los periodos de garantía, las fechas de suscripción y los precios unitarios del seguro de explotaciones frutícolas. Todo ello dentro del 40º Plan de Seguros Agrarios Combinados.

Fuente: Grupo Aseguranza, 18 de noviembre de 2019.

El patrimonio de los fondos de inversión nacionales creció un 0,39%, en octubre

Los fondos de inversión nacionales han registrado, durante el mes de octubre, un incremento patrimonial de 1.082 millones, un 0,39% más que sitúa el patrimonio total gestionado en 275.201 millones, según señala VDOS.

Este aumento patrimonial viene motivado por captaciones netas de 718 millones. A esto, hay que sumar el efecto del rendimiento positivo de las carteras por valor de 363 millones.

Las captaciones netas se han concentrado principalmente en los bancos, con 992 millones, seguido de las sociedades cooperativas de crédito con 14. En el lado contrario encontramos los grupos internacionales, registrando reembolsos netos de 154 millones.

De esta forma, los bancos mantienen su posición dominante con 216.640 millones gestionados y una cuota de mercado del 78,72%, seguido de entidades independientes e internacionales con un 9,70 y un 6,73 % respectivamente.

Por grupo financiero, las mayores captaciones netas las obtiene Caixabank, con 248 millones, seguido de Ibercaja y Santander, con 245 y 165 millones. En el lado contrario encontramos a Allianz, con reembolsos netos de 220 millones en el año.

Caixabank mantiene su posición como mayor entidad nacional por patrimonio gestionado, con 46.281 millones y una cuota de mercado del 16,85%, seguido de BBVA con 40.846 millones y una cuota del 14,87% y Santander, con un 14,30%.
En términos de rentabilidad Cobas Asset Management es la gestora con un mejor comportamiento en el mes, con un avance de un 4,62%, seguido de Horos Asset Management con un 2,90. Entre las principales gestoras, destaca la evolución de Kutxabank Gestión, con un avance de un 0,42 %.
Por categorías VDOS, la sectorial Biotecnología ha sido la más rentable, con un 5,13%, seguido de RVI Japón Valor. En el lado contrario encontramos la categoría de Monetario USA Plus, que ha registrado un descenso de un 2,19 %.
Las mayores captaciones netas se han canalizado a las categorías de Mixto conservador global y Deuda pública euro, con 522 y 371 millones respectivamente. En el lado contrario se ha situado la categoría Monetario euro plus, con reembolsos netos de 388 millones.
Por fondos de inversión, el Mutuafondo Estrategia Global en su clase L es el que ha registrado mayores captaciones netas, con 379 millones. Por su parte el fondo Quality Inversión Conservadora se mantiene como el fondo con mayor patrimonio gestionado, con 11.022 millones gestionados, seguido del Quality Inversión Moderada, con 8.018 y del Mi Fondo Santander Moderado en su clase S con 6.841 millones.

Fuente: ADN del Seguro, 18 de noviembre de 2019.

Los consumidores denuncian problemas en una de cada cuatro pólizas de Salud
Con algo más de 12 millones de personas aseguradas - exactamente, 12.073.360- y cubiertas bajo algún tipo privado de salud en España, según datos del sector a 31 de diciembre de 2018, la patronal UNESPA cifra en un 25% de la población española la que dispone de un aseguramiento de este tipo.
De entre estos asegurados, 10.268.012 tienen suscritas coberturas propias del seguro médico, garantizándose servicios médicos y tratamientos a través de cuadros médicos cerrados o de libre elección. El resto, hasta los 12 millones, son asegurados que se cubren con algún seguro de enfermedad que garantiza una indemnización en caso de hospitalización o percance médico.
Con la perspectiva de estas cifras en la mano, cobra relieve el reciente estudio de la Organización de Consumidores y Usuarios (OCU) denunciando que el 24% de las pólizas analizadas de entre sus socios presenta problemas para el asegurado. La falta de cobertura inesperada es el incidente más destacado según ha advertido OCU tras el análisis de más de 8.400 pólizas aportadas por sus asociados.
De entre este volumen de pólizas problemáticas (una de cada cuatro) destacan, por orden de importancia, estos problemas principales para el usuario: no estar cubierto un tratamiento determinado (17%); la aseguradora incrementó la prima en la renovación por el estado de salud del asegurado (6%); no se autorizó un tratamiento/prueba, que sí estaba cubierta en la póliza (5%); para usar el seguro, el cliente tuvo que pagar un importe imprevisto (4%); el asegurado debió hacer frente a un error de facturación de la aseguradora (3%); la aseguradora canceló la póliza por la edad del asegurado (1%); la aseguradora canceló la póliza del cliente por su estado de salud (1%).
Tal y como recoge María del Castillo Gaitero en la revista Dinero y Derechos, cuando se denuncian faltas de cobertura inesperadas “podría tratarse de un periodo de carencia, una dolencia previa excluida, un tratamiento novedoso aún no contemplado por la póliza o que el seguro tenga el ámbito restringido y el tomador no estuviera informado”.
En cuanto a los aumentos de primas relacionados con el empeoramiento de la salud del asegurado (6%) el informe de OCU refiere el problema principal que supone que la prima de los años futuros es desconocida y va subiendo con la edad. La denuncia pone el acento en el hecho que “en caso de no estar dispuesto a pagar esa prima, si ya tiene algún achaque o más de 65 años, lo tendrá difícil para que le admitan en otra compañía y más aún para que no le excluyan todo lo relacionado con su problema de salud”.

Respecto a los asegurados que descubren que no se les autoriza un tratamiento que sí está cubierto en su póliza, en la mayoría de los casos se trata de la necesidad de gestionar autorizaciones burocráticas sin ningún motivo y según la organización de consumidores pueden comportar exclusiones. Se señala que no existen motivos claros para que los tratamientos cubiertos por cada póliza y prescritos por facultativos de la aseguradora “no sean prestados sin más trámite”.
Especifica la investigación de OCU que en aquellos casos de pagos imprevistos por servicios adicionales no incluidos en el seguro (4%), el asegurado puede verse obligado a decidir entre pagar un tratamiento recomendado por el médico o prescindir de él. Por ello, la recomendación siempre en estos casos es “acudir al médico de familia de la sanidad pública, con lo que podrá comprobar si realmente necesita pagar por ese tratamiento”
Cabe destacar que cuando se produce un desacuerdo en la interpretación sobre lo que cubre o no la póliza, el usuario tendrá que resolver el problema de salud adelantando el dinero o acudiendo a la sanidad pública. Posteriormente, y si se tienen argumentos y forma para defender la postura, OCU recomienda reclamar por los daños y perjuicios ocasionados a través del servicio de atención al cliente o el defensor del asegurado.
Tal y como ha difundido OCU, en el caso de los seguros de salud, la mayoría de los asegurados (68%) paga la póliza de su bolsillo, mientras que al 13% se lo costea íntegramente su empresa y otro 9% lo paga en parte. El 8% lo tiene a través de las mutualidades de funcionarios. Los asegurados utilizan la póliza con frecuencia, que la mayoría de ellos tiene el seguro desde hace 10 años y que solo el 14% se plantea cambiar de compañía.
La investigación revela que los usuarios están satisfechos en general respecto a sus seguros de salud y puntuarían con un “holgado notable” a la mayoría de los seguros. Las valoraciones más bajas en satisfacción tienen que ver con las primas mientras que la calidad de los servicios recolecta las valoraciones más altas.
El estudio sobre los seguros de salud ofrece una puntuación por parte de los usuarios teniendo en cuenta distintos aspectos (atención al usuario, claridad del contrato, importe y evolución de las primas, trámites y autorizaciones etc...).
En opinión de los usuarios, las siete aseguradoras mejor puntuadas en su conjunto han resultado ser Mutua General Catalunya, Clinicum, Asistencia Sanitaria Colegial (ASC), Generali, Lagun Aro, FIATC, y Cigna.
A continuación, las que han recibido buena puntuación en cuanto a satisfacción general por parte de los asegurados son: HNA, AXA, Antares, Néctar, Mapfre, DKV, Asisa, Sanitas, IMQ, Adeslas Segurcaixa, Agrupación Mutua, Plus Ultra, Unión Madrileña, Santa Lucía, Allianz y Caser.
A la cola de esta clasificación de OCU aparecen las aseguradoras AEGON, ASEFA y Divina Pastora.
Según los apartados, la opinión de los usuarios asegurados destaca como coberturas sanitarias más apreciadas las de ASC, Fiatc, Clinicum y Generali. Por la calidad de los servicios sanitarios, aparecen bien valoradas Clinicum, ASC, Generali y FIATC. En los aspectos negativos, los asegurados valoran negativamente la evolución de las primas en Plus Ultra, AEGON, Sanitas e IMQ.
El último Informe Estamos Seguros de UNESPA señala que en el ámbito del seguro de salud tiene especial importancia determinar el impacto de las enfermedades o dolencias graves. A efectos estadísticos, el Seguro conceptúa un cliente de “elevada morbilidad” aquél que “causa” a su aseguradora un gasto anual o superior a los 6.000 euros.
Con datos de 2018, un total de 40.000 asegurados supusieron un coste superior a 6000 euros anuales (alrededor de 500 euros mensuales, contado de otro modo) dentro del sistema de las Administraciones Públicas o mutualismo administrativo (Muface, Isfas y Mugeju). La cifra asciende a 76.500 asegurados en el caso de los seguros individuales.
Recoge UNESPA que siendo como es el seguro de salud español una estructura de riesgo colectivizado, se requiere un colectivo elevado de clientes que con sus

aportaciones económicas financian el gasto de los otros asegurados que precisan asistencia.
En el sistema de mutualidades de funcionarios cabe estimar para el año 2018 un total de 1,3 millones de asegurados con un gasto inferior a los 500 euros en todo el año, a los que se puede sumar unos 245.000 asegurados cuyo gasto anual se situó entre los 500 y los 1.000 euros. Este grupo de asegurados causó un gasto diario de apenas 2 euros por cliente.
Especifica el Informe Estamos que entre los 1.000 y 6.000 euros de gasto se encuentran otros 215.000 asegurados. Por encima de ese umbral y hasta los 30.000 euros de gasto se encuentran 37.000 asegurados más. En la categoría de muy elevada morbilidad, esto es por encima de los citados 30.000 euros de gasto al año, se encuentran casi 3.500 personas.
Las aseguradoras de salud pagan unos 1.000 millones de euros en atenciones recibidas por el colectivo de asegurados que causan un gasto de hasta 500 euros al año. Mientras, los que están entre 6.000 y 30.000 euros de gasto suponen 830 millones de euros, y los de morbilidad muy elevada (por encima de 30.000 euros), unos 235 millones.
El seguro privado, por lo tanto, gasta tres millones de euros diarios en tratamientos para personas que generan un coste superior a 6.000 euros al año, y 643.000 euros en la atención de los casos de muy elevada morbilidad.

Fuente: La Vanguardia, 21 de noviembre de 2019.