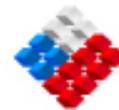


criteria
research

Estudio Cualitativo para la Selección del Plan de Salud

*-Dimensiones de Valor para el Usuario
en la Selección de un Plan de Salud-*

SUPERINTENDENCIA DE SALUD
P O R U N A S A L U D F U E R T E



GOBIERNO DE CHILE

Marzo, 2008

Objetivo General

Identificar las dimensiones de valor para el cotizante de Isapres en la elección de un plan de salud.

Para el cumplimiento de este objetivo general, se indagó en las siguientes temáticas:

- ✓ **Conocimiento y valoraciones respecto de su plan de salud:** áreas de mayor y menor comprensión. Coberturas y prestaciones más y menos valoradas.
- ✓ **Beneficios, atributos y valores, que reconoce el usuario respecto de su plan de salud.**
- ✓ **Experiencias de los usuarios en el uso de su plan de salud.**
- ✓ **Proceso de elección de un plan de salud:** drivers, frenos, obstaculizadores, facilitadores y actores involucrados en el proceso y en la comparación de planes.
- ✓ **Expectativas y necesidades no cubiertas en torno a la selección de un plan de salud.**

Se realizó un estudio cualitativo exploratorio con fases complementarias y consecutivas de investigación. Cada fase busca la complementariedad en términos del cumplimiento de los objetivos propuestos para la investigación.

A continuación se describe en detalle los aportes de cada una:

Minigrupos focales

Tienen como objetivo profundizar en el discurso compartido en torno a los planes de salud, indagando principalmente en la relación del target con sus planes, incluyendo los drivers de elección de un plan...

...Conocer las necesidades y expectativas asociadas a la administración de ellos (uso cotidiano y/o uso eventual)

Entrevistas en Profundidad

Tienen como objetivo entender en profundidad el proceso y la experiencia del cotizante frente a la decisión de contratar un nuevo plan de salud:

- De-construir el proceso: qué motiva el cambio, cómo se da el proceso y qué sensaciones, emociones y pensamientos genera.*
- Evaluación de la experiencia de manera integral.*

Shoots Etnográficos

Los shoots tienen como objetivo retratar impresiones espontáneas y percepciones acerca del estatus de conocimiento de los planes de salud y la experiencia particular de contratación de un plan de salud.

Este material permitirá retratar a la dirección de la Superintendencia de Salud, la percepción espontánea del público objetivo respecto a la temática central del estudio.

Metodología

Con la finalidad de lograr una exploración exhaustiva y profunda, que permita levantar las dimensiones de valor (los contenidos manifiestos y los subyacentes/latentes) asociadas a la contratación y experiencia de uso de un plan de salud se apoyó la discusión y evocación de contenidos con enfoques complementarias:

ANÁLISIS DEL DISCURSO

Relatos, percepciones y opiniones complementando la visión individual con la construcción grupal de contenidos.

EVOCACIÓN DE CONTENIDOS LATENTES Y MENOS Y DECLARATIVOS

Significados y valoraciones que las personas poseen con ciertos temas, instituciones y/o servicios

LAS TÉCNICAS ESPECÍFICAS UTILIZADAS SON:

EJERCICIO DE JERARQUÍA DE VALOR:

Este ejercicio supone un trabajo de encadenamiento de sentido, que une los atributos menos significativos y más funcionales con los valores implícitos y los beneficios emocionales que orientan la conducta.

Esta técnica busca encontrar los vínculos existentes entre los atributos, las consecuencias esperadas y los valores.

EJERCICIOS DE ELICITACIÓN Y JERARQUIZACIÓN DE EMOCIONES IDEALES:

Facilita el acceso a estados finales deseados y a los beneficios emocionales asociados a la presencia de ciertos atributos y códigos experienciales.

DE-CONSTRUCCIÓN DE LA EXPERIENCIA DE CONTRATACIÓN DE UN PLAN:

Permite reconstruir el proceso de contratación, indagando en la vivencia de la experiencia, las claves que la definen, los facilitadores y obstaculizadores de la decisión usando como apoyo los documentos del plan contratado.

Indagar en el proceso de cotización en vista a identificar las dimensiones de valor en la contratación de un plan de salud.

Público Objetivo

✓ *Hombres y Mujeres*

✓ *De edades entre los 28 y 75 años (Al interior de cada segmento de edad se consideró la inclusión de personas con distintas composiciones familiares acordes con la etapa vital en la que se encuentran)*

✓ *Cotizantes de Isapres abiertas*

Muestra

Se realizaron 9 dinámicas grupales de 6 personas cada uno segmentadas de la siguiente manera:

Minigrupos focales

SEGMENTOS	C1C2		C3		C2	TOTAL
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Mixto	
28-40 años	1	1	1	1		4
41-55 años	1	1	1	1		4
60-75 años					1	1
TOTAL	2	2	2	2	1	9

Adicionalmente se realizaron 8 entrevistas en profundidad con la siguiente muestra:

Entrevistas en Profundidad

SEGMENTOS	C1C2		C3		TOTAL
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	
28-40 años	1	1	1	1	4
41-55 años	1	1	1	1	4
TOTAL	2	2	2	2	8

En esta fase se realizaron 20 capturas audiovisuales en dos sectores de Santiago: sector poniente (mayor afluencia de público C3) y sector oriente (con mayor afluencia de público C1C2).

Se aplicó un filtro previo para identificar a los usuarios de Isapres abiertas de los de otros sistemas de salud (FONASA, Isapres cerradas) y para constatar GSE.

Shoots Etnográficos

	Sector Poniente (C3)	Sector Oriente (C1C2)	TOTAL
Nº de capturas	10	10	20

Resultados

Relación con los Planes de Salud

Una relación controversial...

Al hablar de los planes de salud hay consenso en las opiniones:

***ES UNA RELACIÓN QUE
PROVOCA INCERTIDUMBRE
E INSEGURIDAD***



Desde el momento de contratar un plan y que se refuerza frente a la inminencia de su uso:
Inseguridad de su capacidad de protección
Vulnerabilidad por falta de conocimiento
Temor por no ver cumplida las promesas de contratación

***DISTANTE HASTA CUANDO
LA NECESITAS***



En el uso se pone a prueba o se comprueba la capacidad de un plan y el cumplimiento de las promesas de beneficios (coberturas, topes, prestadores)

***Y CON EXPERIENCIAS
NEGATIVAS FRENTE A SU
USO***



En la tramitación de licencias, dificultades y rechazo.
Aumentos sorpresivos en el valor de la cotización.
Endeudamiento o imposibilidad de afrontar el copago en caso de enfermedades mayores.

...Pero que a pesar de los puntos débiles, aporta beneficios que refuerzan la permanencia en Isapres...

La permanencia se refuerza a pesar de las debilidades...

Cotizar en el sistema privado genera certezas y seguridades que difícilmente podrían experimentar en FONASA.

Los segmentos más bajos (C3) son más intensos en esta crítica puesto que la experiencia con Fonasa es más cercana (ellos mismos o personas cercanas).

ATENCIÓN OPORTUNA

Frente a un síntoma, una sospecha o una enfermedad declarada estar en una Isapre asegura rapidez de atención. Cuando se trata de urgencia este atributo se vuelve aún más relevante.

SERVICIO DE CALIDAD

Posibilidad de usar la red privada de salud evitando los riesgos de la atención pública: maltratos, esperas, desinformación en la atención.

LIBERTAD DE ELECCIÓN

La posibilidad de elegir a gusto personal o de acuerdo a las necesidades la red de prestadores y las coberturas del plan.

Incluso entre quienes han optado por planes cerrados y/o con prestadores preferentes buscando costos más bajos (C3), la posibilidad de elegir el prestador se significa como un valor diferencial del sistema privado.

Más que una relación que se refuerza en la cotidianidad, el plan de salud es un seguro/un respaldo que permanece inactivo hasta cuando se requiera.

Aunque su rol y utilidad se evalúe principalmente ante la existencia de una enfermedad declarada, abre un espacio a lo preventivo, beneficio que se percibe muy distante a FONASA, especialmente en lo que respecta a lo ambulatorio.

No obstante los beneficios, la relación se percibe asimétrica...

Por la sensación permanente que la salud privada (los productos y las instituciones) es un negocio, donde lo que prima es la arbitrariedad de las Isapres como empresas prestadoras del servicio:

EN TÉRMINOS DE CALIDAD...



Con más dinero se puede acceder al mejor sistema de salud: las mejores clínicas, elegir los médicos, contratar seguros complementarios.

Si no se tiene lo suficiente hay que trazar: un plan bueno en un ítem y malo en otro o bien buscar lo menos malo dentro de las alternativas.

FRENTE A LOS ACUERDOS...



La percepción que la isapre tiene el control unilateral de los acuerdos: cambio del precio del plan, no pago de licencias médicas

Y EN TORNO A LA INFORMACIÓN...



Los cotizantes se sienten vulnerables: no conocen las condiciones

Si bien, desde la perspectiva de los entrevistados, estar en una isapre y tener un plan es mejor que estar en FONASA, las condiciones distan mucho de ser las mejores...

...Son los prestadores los elementos de valor y por quienes se aceptan las arbitrariedades de las isapres...

Los planes de salud , a ojos de los entrevistados, son una protección necesaria que asegura el acceso a la red de prestadores valorados en toda ocasión evitando el riesgo de “caer” en la red pública...

...Más allá de ello (a la hora de evaluar coberturas y prestaciones) los planes se percibe como un producto básico que requiere de un complemento más específico y personalizado que permite asegurar una salud de calidad: seguros complementarios de salud, catastróficos, oncológicos, entre otros.



LOS COTIZANTES SE SIENTEN INMERSOS EN UNA RELACIÓN INCIERTA, QUE POCO CONTROLAN Y DE LA CUAL NO SABEN QUE ESPERAR...

...COMO COTIZANTES, LAS PERSONAS REFLEJAN UNA ACTITUD DEFENSIVA FRENTE A LA ISAPRE, LLENA DE DUDAS Y CUESTIONAMIENTOS Y CON EL TEMOR DE QUE EXISTA ALGO QUE NO VA RESULTAR.

ESTE ES EL CONTEXTO EN EL CUAL SE DARÁN LAS EXPERIENCIAS Y LAS EXPECTATIVAS CON EL PRODUCTO PLAN DE SALUD.

Dimensiones de Valor en un Plan de Salud

Qué importa en un Plan de Salud...

Hay coincidencia entre los distintos grupos respecto a la importancia atribuida a la cobertura y prestaciones asociadas a una HOSPITALIZACIÓN (principalmente en situaciones de urgencia médica) por sobre lo ambulatorio y/o planificado:

Es un ítem de altos costos:
Lo más caro en salud



Es más complejo y completo en prestaciones: *día cama, médico, medicamentos, quirófano, etc.*



Es difícil proyectar con exactitud los costos involucrados antes del cierre de la prestación

A PESAR DE LA IMPORTANCIA DE CONOCER LAS COBERTURAS Y PRESTACIONES DE UNA HOSPITALIZACIÓN SON LOS ÍTEMES QUE MENOS SE CONOCEN Y EN LOS CUALES SE SIENTEN MÁS VULNERABLES:

- Más allá del porcentaje de cobertura (70,80 o 90%) y los prestadores asociados (dónde me conviene ir si algo pasa) la mayoría no posee conocimientos más específicos para enfrentar una hospitalización y/o para elegir la mejor opción.
- La poca información concreta que existe para proyectar los costos específicos de una operación, costos del equipo médico, entre otros resalta la vulnerabilidad del cotizante cuando se enfrenta a experiencias fortuitas.

Los segmentos de mayor edad (porque se asumen como un grupo de mayor riesgo) y los segmentos de nivel más alto -C1C2- (les importa menos asumir costos más altos en consultas) ubican a la hospitalización como eje de valoración de un plan.

Qué importa en un Plan de Salud...

En el contexto de vulnerabilidad que provoca la idea de una hospitalización y/o una intervención quirúrgica...

...Se valora todo lo que reduzca la incertidumbre (económica y en salud) y genere la tranquilidad y respaldo necesario para enfrentar con mayor control estas situaciones, que en su mayoría son impredecibles...

Qué importa en un Plan de Salud...

¿QUÉ VALORAN DE UN PLAN CUANDO SE ENFRENTAN A UNA HOSPITALIZACIÓN?

Convenios con clínicas

Coberturas especiales al menos con una clínica de prestigio.

"Buena hotelería"

Contar con una infraestructura que asegure la comodidad del paciente: piezas individuales (C3), calidad de dormitorios y servicios (C1C2 y mujeres en edad fértil)

"Que me atienda mi médico"

Cobertura del plan para ser atendido por un médico especialista o el médico tratante (C1C2).

"Buena atención"

Personal de atención constante: turnos continuos de enfermeras, médicos especialistas al servicio de las necesidades del paciente.

Pago licencias

Proceso rápido y sin complicaciones.
Aplicación de criterios homogéneos para casos similares.

Que cubre y no cubre el plan

Ante intervenciones programadas disponer de una simulación de costos totales: poder anticipar los costos y programar pago.
Los valores que más importan sean transparentados: día cama, honorarios médicos, hora quirófano.

Dónde ir en caso de urgencia

Prestadores con convenio especial y cercanos al lugar de la urgencia.
Reembolsos efectivos y rápidos en tanto estas prestaciones implican un desembolso inesperado y que puede significar altos montos de dinero inmediato (énfasis C3)

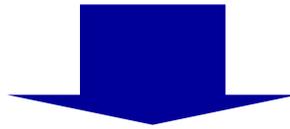
Calidad de los prestadores

Incorporación de clínicas de prestigio en el plan: la trayectoria, la publicidad masiva y la vinculación con universidades destacadas a nivel nacional e internacional aportan al posicionamiento de prestigio de un prestador.

Las más mencionadas: Santa María, Alemana, Dávila (C3), Hospital UC (C1C2), Hospital U Chile.

Qué importa en un Plan de Salud...

A lo AMBULATORIO se bien se le atribuye una importancia menos simbólico que lo hospitalario -por sus costos más bajos y porque permite algún grado de planificación- son las prestaciones más habituales y cotidianas de un cotizante.



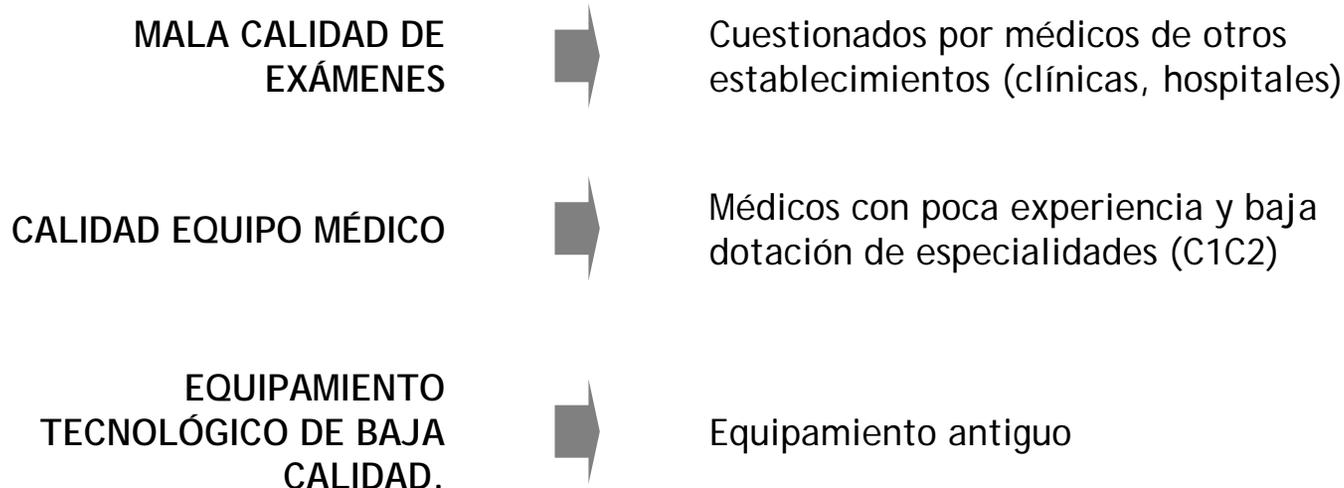
LO AMBULATORIO ACTUALIZA DE MANERA PERMANENTE LA RELACIÓN CON EL PLAN Y LA ISAPRE Y EN SUS PRESTACIONES LEVANTA DE MANERA MÁS CLARA EL CONTRAPUNTO CON FONASA...

...EN EL USO COTIDIANO DEL PLAN DE SALUD SE REFLEJA MÁS LUCIDAMENTE LAS VENTAJAS DE ESTAR EN UNA ISAPRE...

AUNQUE NO EN TODOS LAS ÁMBITOS DE ATENCIÓN...

Qué importa en un Plan de Salud...

Si bien el acceso, el servicio y la libertad de elección son los atributos mejor cumplidos en lo ambulatorio LA CALIDAD DE LOS PRESTADORES MÁS MASIVOS - CENTROS MÉDICOS- ES FOCO DE CRÍTICAS:



SI BIEN LA CRÍTICA ES TRANSVERSAL POSEE UN TONO MAS INTENSO EN EL SEGMENTO C3 EN TANTO DEMANDAN MAS DE ESTE TIPO DE PRESTADORES AMBULATORIOS:

Centros médicos como Integramédica, Avansalud son sus referentes más alcanzables y habituales de atención ambulatoria: están más propensos a vivir experiencia negativas.

Asimismo, exigen mejores condiciones de atención puesto que han sacrificado mejores condiciones en lo hospitalario para obtener mejores beneficios en lo ambulatorio.

Qué importa en un Plan de Salud...

Si bien lo AMBULATORIO es uno de los ítemes más resueltos en términos del conocimiento -los cotizantes tienen referencia de costos y coberturas- de todos modos se levantan expectativas:

Los cotizantes valoran optimizar el uso de estas prestaciones en lo económico (precio-calidad de la atención) a través de transparentar sus costos y ajustar la oferta a las propias necesidades y expectativas.

Qué importa en un Plan de Salud...

¿QUÉ VALORAN DEL PLAN EN LO AMBULATORIO?

Valor del bono
(Copago)

Posibilidad de planificar el gasto y ajustar el tipo de prestador a lo que se puede pagar.

Porcentaje/
tope
reembolsos

Se valora contar con información específica de costos de bonos y exámenes en diversas especialidades con la finalidad de elegir anticipadamente el prestador.

Prestaciones
"Costo Cero"
(consulta,
exámenes)

En prestaciones generales (básicas) se espera algún tipo de beneficio especial de parte de la Isapre a sus cotizantes.

Médicos
particulares
con convenio

Poder acceder con libertad al médico de confianza u obtener una segunda opción (C1C2 y 41-55 años)

Centros
médicos
integrales y de
prestigio

Se valora la posibilidad de centralizar las atenciones más generales en un solo lugar y cercano.

Los referentes más valorados se vinculan con clínicas de prestigio y universidades importantes: Avansalud, Red UC, centros médicos de clínicas importantes, Dial medica (C1C2),

Conocer los
aranceles
médicos

Se valora como una medida de transparencia hacia el cotizante.
Brinda la oportunidad de ajustar los beneficios del plan a la realidad de cada cliente.

Conocer las
exclusiones

Se valora esta información como medida de anticipación y no encontrar sorpresas durante la atención.

Cobertura
nacional

Contar con una red de prestadores nacionales a los cuales recurrir en caso de emergencias fuera de la ciudad.

Qué importa en un Plan de Salud...

Junto con la importancia atribuida a los ítemes hospitalización y ambulatorio surgen otros aspectos del plan que si bien no son drivers centrales para la selección de un plan de salud (como si son los primeros), refuerzan una decisión y/o la permanencia con determinado plan:

LOS SERVICIOS ADICIONALES (PRESTACIONES QUE COMÚNMENTE NO ESTÁN CONTENIDAS EN LOS PLANES DE SALUD) Y LAS COBERTURAS EN ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS SE DESTACAN POR SU CARÁCTER DIFERENCIADOR:

- Atención dental
- Cobertura oftalmológica,
- Ortopedia
- Tratamientos psicológicos
- Convenios para medicamentos

*SE CONCIBEN COMO
UNA RETRIBUCIÓN
DE PARTE DE LA
ISAPRE A SUS
COTIZANTES, UN
GESTO DE
RESPALDO...*

- Coberturas adicionales al AUGE
- Prestadores en convenio
- Condiciones de cobertura

Entre los cotizantes con poca información del auge, este servicio lo consideran como algo desarrollado por la isapre y como parte de su propia iniciativa.

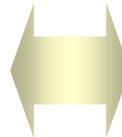
Proceso de Elección de un Plan de Salud

El cambio de plan se utiliza como un mecanismo para enfrentar alzas del costo del plan por parte de las Isapres más que una oportunidad para ajustar las condiciones y beneficios del plan:

LAS SITUACIONES QUE PRECIPITAN LA DECISIÓN SON BASTANTE PUNTUALES Y PUEDEN SER ORIGINADAS POR ALGUNA DE LAS PARTES (ISAPRE O COTIZANTE):

*DESDE EL COTIZANTE SURGE
POR CAMBIOS FAMILIARES
PRINCIPALMENTE:*

incorporar una carga,
nacimiento de un hijo



*OTRAS POR CAMBIO DE
CONDICIONES DE PARTE DE LA
ISAPRE:*

aumento del costo del plan
luego del término del contrato
pactado.

En este contexto el cambio se utiliza como una medida de prevención y/o evitación de alzas de precio más que como una medida de adecuación y ajuste del plan a los cambios que vive el cotizante en torno a su salud y/o la de su familia.

Es un proceso complejo desde el momento de la decisión...

Elegir un nuevo plan de salud es un trámite de poca utilidad en tanto no existen las condiciones para que este genere nuevos beneficios para el cotizante:

POR LA HOMOGENEIDAD
PERCIBIDA EN LA OFERTA DEL
MERCADO EN TORNO A PLANES DE
SALUD DE UN MISMO RANGO DE
PRECIO



PORQUE EL COTIZANTE SE SIENTE
SIN LA INFORMACION NI EL
CONOCIMIENTO NECESARIO PARA
DISCRIMINAR Y DESCUBRIR EN LA
OFERTA DE PLANES ALGO QUE
PUEDA REPORTAR BENEFICIOS.

*"Por la misma plata es difícil
encontrar algo mejor a lo que
tengo"*

*"Es difícil darse cuenta que un
plan es mejor que otro"*

***EL RESULTADO DE LA PERCEPCIÓN DE BAJA UTILIDAD DEL CAMBIO
GENERA DOS ACTITUDES DIFERENTES:***

*UNA, HACIA MANTENER EL PLAN POR AÑOS EN TANTO EL CAMBIO REPRESENTA UN
RIESGO Y LA POSIBILIDAD CIERTA DE PERDER MAS QUE GANAR.*

*OTRA MINORITARIA, HACIA EL CAMBIO SIN MUCHA REFLEXION (PRINCIPALMENTE
POR ALGUN VENDEDOR CONOCIDO) EN TANTO SE BASA EN LA CONVICCIÓN QUE
OPTAR POR UN NUEVO PLAN DIFICILMENTE PUEDE AFECTAR POSITIVA O
NEGATIVAMENTE LAS CONDICIONES DE COBERTURA.*

*Los que manifiestan una actitud más
indiferente y de menor apego por mantener
las condiciones del plan contratado son los
hombres mas jóvenes y sin carga.*

Es un proceso complejo desde el momento de la decisión...

Los cotizantes se enfrentan a un proceso poco claro que no saben como enfrentar por si solos...

...Si bien tienen la idea general que existen momentos en los cuales es necesario ajustar las condiciones de su plan no tienen el conocimiento específico que los impulse con seguridad a cambiarse a un nuevo plan.

Que se complejiza más aún...

...Cuando hay que comparar entre distintos planes ofrecidos por la misma Isapre o por distintas isapres:

EL PROCESO DE COMPARACIÓN Y DECISIÓN ESTÁ MARCADO POR LA DESINFORMACIÓN, LA INCERTIDUMBRE Y EL TEMOR A TOMAR UNA DECISIÓN QUE GENERE CONSECUENCIAS DESFAVORABLES EN LO ECONÓMICO Y EN LA PROTECCIÓN EN SALUD:

EL COTIZANTE SE SIENTE POCO PREPARADO PARA TOMAR UNA DECISIÓN:



LA FIGURA DEL VENDEDOR SE LEVANTA, A PESAR DE LAS DESCONFIANZA Y ARBITRARIEDADES COMO LA ÚNICA VOZ EXPERTA A QUIEN PREGUNTAR:

No sabe que es lo que más le conviene enfrentándose al proceso con escasa información y claves a evaluar.

Sin embargo en la simplificación del plan y traducción del lenguaje induce al cotizante a preferir determinado plan.

Que se complejiza más aún...

EL VENDEDOR COMO ÚNICA REFERENCIA NO LOGRA NEUTRALIZAR LOS TEMORES E INSEGURIDADES, AL CONTRARIO SU GESTIÓN LAS ENFATIZA POR LO TANTO EL COTIZANTE SE SIENTE MÁS DESPROTEGIDO DURANTE EL PROCESO Y CON LA SENSACIÓN QUE TIENE MUCHO QUE PERDER:

“Más que mis necesidades a él le conviene venderme el plan más caro aunque no me sirva”

“No tengo claro que es lo más importante”

“No tengo tiempo para tomar una buena decisión”

“Representa a una isapre, no confío en él”

“Tengo temor a llevarme una sorpresa cuando lo necesite”

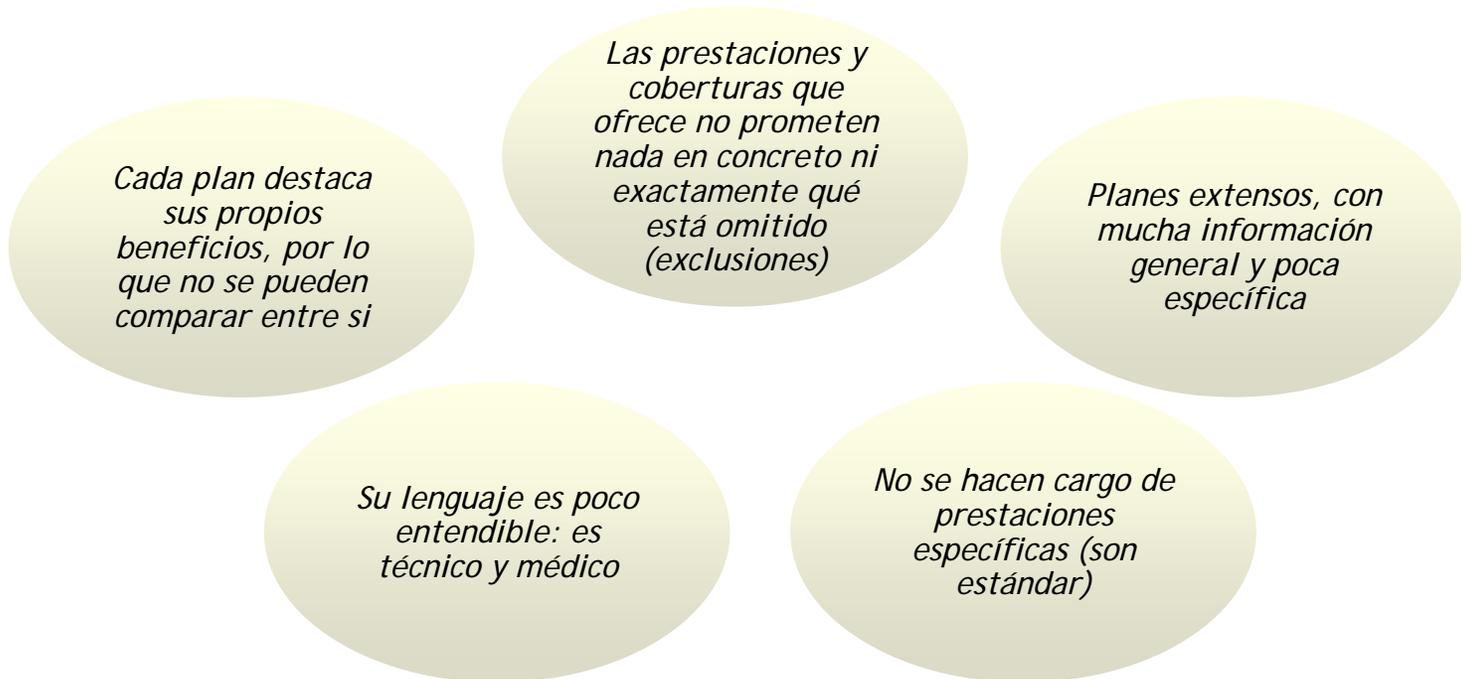
El vendedor como figura encarna y refuerza la actitud percibida en las isapres de ocultar información y de buscar en las condiciones ofrecidas su propio beneficio y no el del cliente.

Frente a esto los cotizantes de GSE más alto hacen una búsqueda personal más activa de información (Internet, Centros de Atención Isapres). No ven en los vendedores garantía de una buena información.

Que se complejiza más aún...

En las situaciones que el cliente decide abrir el proceso a más isapres y más planes e involucrarse en el proceso de comparación el proceso se vuelve aún más complejo:

LAS PRINCIPALES DIFICULTADES PARA COMPARAR PLANES DIFERENTES SON:



En el proceso de comparación el cotizante no logra distinguir claves distintivas que permita reconocer qué plan se ajusta más a sus necesidades...

...Por lo tanto se rige por las claves más visibles, pero que según la experiencia de uso son las que menos delatan como se comportará el plan en un futuro: porcentaje cobertura hospitalaria y ambulatoria, topes.

Que se complejiza más aún...

En definitiva, el sistema de planes no brinda en la actualidad las facilidades y las herramientas para que el cotizante compare sus condiciones y beneficios...

...El tipo de información disponible para la comparación no logra levantar focos de valoración claros y distintivos que puedan personalizar la búsqueda más allá de los indicadores básicos...

Los planes son estáticos y la biografía de sus cotizantes es dinámica...

El ciclo de vida cambia, la salud y los riesgos también, y todos ellos se desprenden necesidades y expectativas diferentes:

SE LEVANTAN FOCOS DE RIESGO EN SALUD DIFERENTES



Y el control y resolución de estos riesgos deben resolverse de manera diferente a través del tiempo: mayores urgencias, enfermedades más o menos graves, necesidad de especialistas, etc.

LA COMPOSICIÓN FAMILIAR CAMBIA A TRAVÉS DE LOS AÑOS



Y la importancia atribuida a la protección en salud de algunos miembros de la familia va variando: los hijos pequeños, la mujer en edad fértil, etc.

LAS CONDICIONES ECONÓMICAS VAN VARIANDO



Lo que requiere ajustar las condiciones de protección en salud de los planes de salud como también de los productos complementarios. El protagonismo de cada uno varía y la complementariedad también.

Los cotizantes buscan en la variedad de alternativas que ofrece el mercado, claves de personalización y adaptación a sus propias necesidades y expectativas...

...Y con ello actualizar el valor de la libertad de elección del sistema privado en beneficio de sus propios intereses...

La idea de un comparador se levanta como expectativa espontánea de los cotizantes...

Del cual se espera información, orientación, y recomendación:



La gente espera recibir una oferta que reduzca la incertidumbre actual del sistema de planes pero que al mismo tiempo asegure la libertad de elección y deposite en el propio usuario el control de su plan de salud.

Finalmente...

- *La relación con las Isapres se construye y valida en la contraposición con FONASA y los prestadores públicos en particular.*
- *El acceso, el servicio de calidad y la libertad de elección a los prestadores privados referentes del sistema de salud, que hoy aparecen cautivos por el sistema de isapres, son el eje de valoración y mantención del cotizante dentro del sistema: ellos son el único rostro valorado de las isapres.*
- *Más allá de ello, la relación con las isapres se torna compleja y difícil de abordar por el cotizante en tanto reconocen estar inmersos dentro de un mercado poco transparente y que no le brinda las condiciones para elegir libremente qué es lo mejor para él.*
- *En este contexto, la movilidad y la búsqueda de mejores alternativas en planes de salud se percibe como un proceso de escaso valor y al que se le ve poco beneficio.*
- *La elección en este contexto difícilmente se vuelve una decisión racional e informada.*

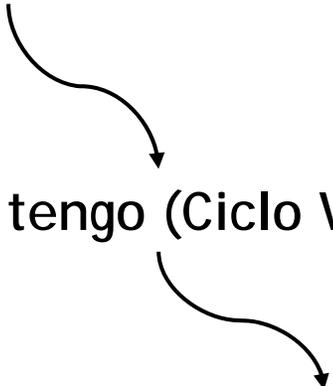
- *En la elección de un plan de salud se evidencian roles claros que la Superintendencia de Salud podría ejercer en beneficio de los cotizantes.*
- *Lo primero es levantar los drivers para la elección de un plan de salud:*
 - ✓ *¿Por qué es importante informarse antes de elegir un plan de salud?*
 - ✓ *Informar cuales son las circunstancias que deben motivar la revisión y adecuación de un plan: ¿frente a que circunstancias es relevante cambiar el plan? ¿qué eventos en la vida personal y familiar debieran motivarlo?, ¿qué se gana con el cambio?, ¿qué pierde el cotizante al no cambiarse?*
- *Lo segundo es levantar la importancia de ajustar los planes de salud a las necesidades y expectativas que surjan en diferentes ciclos de la vida personal y familiar como un mecanismo para optimizar las condiciones y beneficios del producto.*

- *Lo tercero es reducir la incertidumbre del mercado y ajustar la oferta sobre los indicadores que los cotizantes valoran de un plan a través de un comparador que reúna los siguientes aspectos:*
 - ✓ *Que adapte y reduzca la oferta sobre las dimensiones que el cotizante reconoce como importantes.*
 - ✓ *Que identifique las claves de valoración que hacen distinto a un plan de otro.*
 - ✓ *Que reconozca la importancia atribuida a lo ambulatorio y hospitalario como elementos constituyentes de un plan de salud y los atributos de valor que se esperan de cada uno.*
 - ✓ *Que resalte la presencia de beneficios adicionales al plan que pueden significar un plus en el producto.*
 - ✓ *Y que informe de manera clara sobre qué las exclusiones y omisiones en ciertos planes de salud.*

- *Finalmente, la Superintendencia a través de asumir un rol de informador de estas materias podrá instar a que los cotizantes tomen el control de sus planes de salud...*
- *...Y con ello decidan dentro de una oferta más ajustada (en cantidad y variables) y personalizada (atributos de valor para el cotizante) el producto que mejor se adapte al ciclo de vida/composición familiar, las condiciones económicas y de protección en salud que el cotizante poseen en el momento de la elección.*

1. Cuándo y por qué cambiar de plan

2. Qué opciones tengo (Ciclo Vital)



ATRIBUTOS VALORADOS							
DIMENSIONES DE SERVICIO	PORCENTAJE DE COBERTURA	TOPE POR PRESTACIÓN	SIMULADORES DE PRECIOS	EXCLUSIONES	PRESTADORES Y MÉDICOS EN CONVENIO	CALIDAD DE PRESTADORES	SERVICIOS ADICIONALES DE LA ISAPRE
AMBULATORIO							
HOSPITALIZACIÓN							
URGENCIA							
CATASTRÓFICO							
COBERTURAS ADICIONALES (Cobertura oftalmológica, Ortopedia Tratamientos psicológicos Convenios para medicamentos)							

criteria

research

*Buscamos el vínculo entre las compañías,
sus marcas y los consumidores*