Nombre del alumno: SILVIA CELIA CANO MAZARIEGO
Nombre del profesor: MONICA ELIZABETH CULEBRO GÓMEZ

Nombre del trabajo: MAPA CONCEPTUAL
Materia: NEGOCIACION EN ORGANIZACIONES DE SALUD
Grado: 4TO CUATRIMESTRE
Posgrado: MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD

Villahermosa, Tabasco 12 de noviembre del 2022

NEGOCIACION EN ORGANIZACIONES DE SALUD

Mecanismos de negociación de las redes de servicios desde los aseguradores.

¿Qué es?

Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de **Servicios de Salud**, los Profesionales Independientes de **Salud** y los **Servicios** de Transporte Especial de Pacientes.

objetivo

La cantidad y calidad de la asistencia sea recibida sean las correctas

Mecanismos de pago de prestadores

son una de las herramientas con las que se puede abordar este problema. Un mecanismo de pago puede definirse como un tipo de contrato entre dos o más actores pacientes, prestadores y pagadores que crea incentivos específicos para la prestación médica y minimiza el riesgo de que se manifieste una conducta oportunista.

Las Instituciones **Prestadoras** de **Salud** son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los **servicios de salud** a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en **Salud**, dentro de las Entidades Promotoras de **Salud** o fuera de ellas.

Beneficios

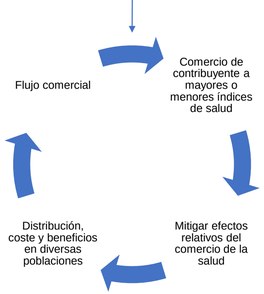
- Garantizar el derecho a la salud
- Buen funcimiento organizacional
- Análisis y evaluación
- Satisfacción al paciente
- Rendimiento en gastos económicos
- Eficiencia en los recursos finacieros, materiales y humanos.

Consideraciones comerciales en la negociación de los servicios de salud

Permite orientar el intercambio entre clientes y profesionales de la **salud** para satisfacer necesidades y expectativas en lo **que** concierne a la **salud**, para lograr **que** se alcance el bienestar individual y social y en esa medida se satisfacen también los objetivos de la organización sanitaria.

Efectos del comercio sobre la salud.

Reduce los precios de los bienes de consumo, aumentando el bienestar de los consumidores en los países importadores. El aumento del bienestar gracias a la reducción de precios puede ser mayor que los beneficios o pérdidas de los cambios en ingresos.



Negociación de precios en servicios de salud

- es *negociar* el *precio* de medicamentos y demás insumos para la *salud* contenidos en el Cuadro Básico para el primer nivel, segundo nivel y tercer nivel.

¿Qué busca?

- Garantizar las mejores condiciones de compra, aumentar la disponibilidad y acceso a medicamentos y demás insumos para la salud, a través de un proceso institucionalizado y transparente

objetivo

Es negociar el precio de medicamentos y demás insumos para la salud contenidos en el cuadro básico para el primer nivel de atención médica y en el catálogo de insumos para el segundo y tercer nivel, que cuenten con una patente vigente o sean de fuente única, es decir, aquéllos para los cuales existe un posible oferente en el mercado al momento en que se tenga programado realizar la contratación y que sean objeto del procedimiento de adjudicación directa contemplada en la ley de adquisiciones, arrendamientos y servicios del sector público.

Funciones

1. Ser la única instancia del gobierno federal que puede negociar anualmente los precios de los medicamentos y otros insumos
2. Determinar el universo de los medicamentos y demás insumos para la salud sujetos a negociación
3. Instrumentar estrategias de negociación y de adquisición que coadyuven a hacer más eficiente la compra pública.

Fundamento legal

1. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal del 30 de noviembre de 2018, se otorgaron a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público
2. quinto párrafo del artículo 1 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público
3. artículo 59 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones

Segmentación de mercados en servicios de salud y negociación de cada segmento (Prepagas, EPS, ARS)

los sistemas segmentados, tipo predominante de sistema de salud en la región, los grupos más pobres por lo general no tienen una cobertura explícita de aseguramiento y dependen de la red de prestadores de servicios de salud financiados con impuestos generales.

- Las EMP tienen como obligación la prestación de un servicio, razón por la cual se considera que estas empresas deben contar con una red propia para la prestación de los servicios de salud.

- Las principales diferencias entre las aseguradoras y las EMP están en primer lugar en que las EMP se encargan de la prestación directa del servicio; la otra gran diferencia es que en el contexto de la compra de un seguro el evento asegurado es incierto, en tanto que a los afiliados a una EMP por voluntad propia pueden acceder a la atención de salud con fines preventivos o curativos.

PASIÓN POR EDUCAR