



Mi Universidad

Mapa conceptual

Nombre del Alumno: Morales Hernández Felipe Antonio.

Nombre del tema: Unidad II

Parcial

Nombre de la Materia: Negociación en organizaciones de salud.

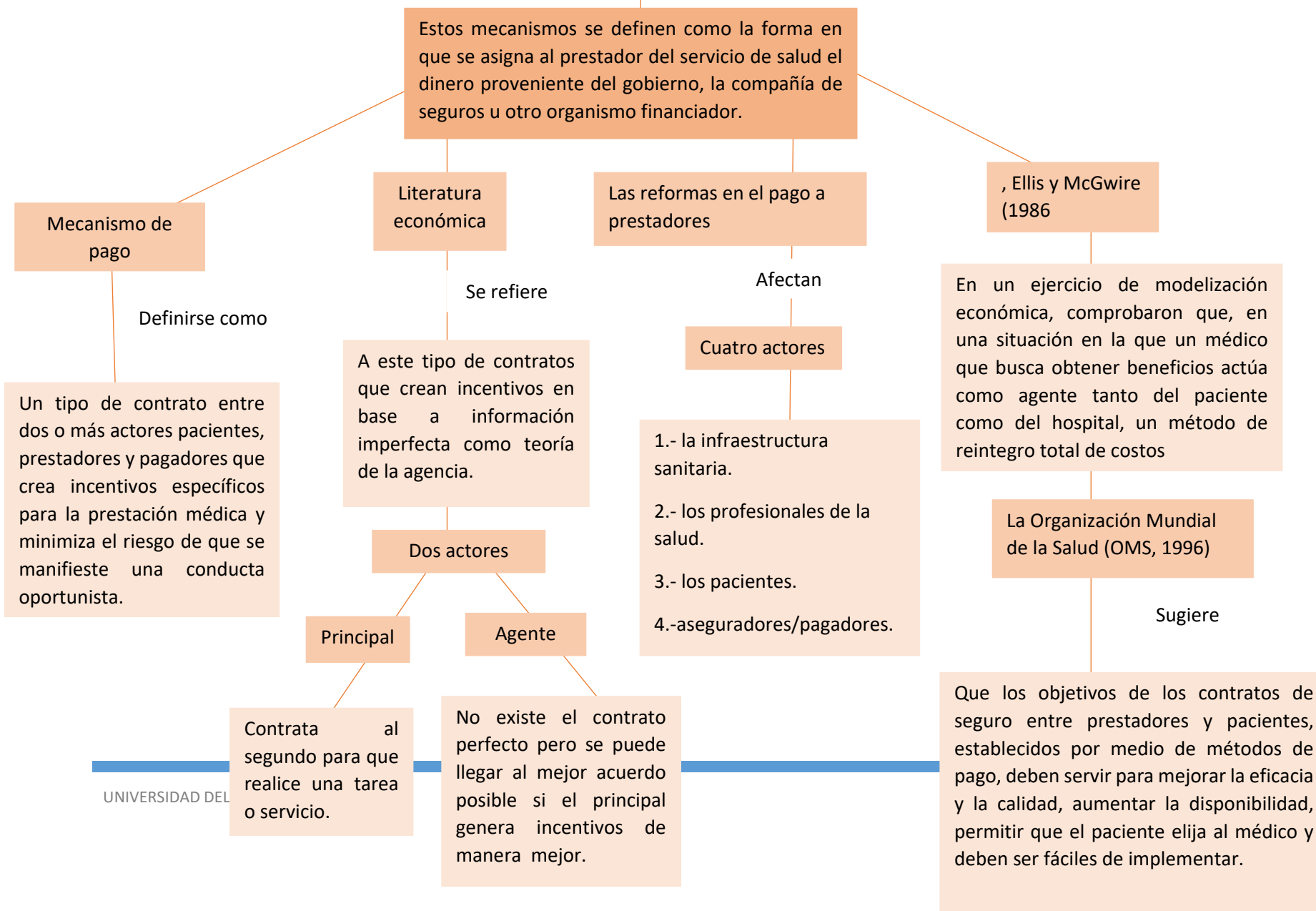
Nombre del profesor: Mónica Elizabeth Culebro Gómez.

Nombre de la maestría: Administración en sistemas de salud.

Cuatrimestre 4

UNIDAD II

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



2.2. Consideraciones comerciales en la negociación de los servicios de salud.

Los actuales procesos de la globalización están creando vínculos más estrechos entre las personas y las poblaciones de los más diversos países.

Tres áreas en las que estas evidencias se requieren para poder observar los efectos del comercio sobre la salud.

Son

A. En primer lugar, la evidencia que permita medir los flujos comerciales en el sector salud.

B. En segundo lugar, la evidencia de los efectos de estos flujos, que debe servir principalmente para determinar si el comercio contribuye a mayores o menores índices de salud, o si ésta conduce al desarrollo económico, o bien si la salud y el comercio tienden a reforzarse mutuamente.

C. Y, por último, hace falta evidencia sobre las respuestas políticas destinadas a mitigar los efectos negativos del comercio sobre la salud, o a optimizar los beneficios sanitarios, distribuyendo costes y beneficios adecuadamente entre las diversas poblaciones.

Comercio internacional de servicios

Concepto

Se ha considerado durante mucho tiempo que los servicios, a diferencia de la mayor parte de la producción agrícola e industrial, no son comercializables cuando tienen que salvar fronteras o, más en general, grandes distancias.

Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS) en 1995.

confirmó la tendencia mundial a la reorganización y reestructuración de los servicios.

El AGCS

Ofrece

Un sistema de condiciones previsible y exigibles jurídicamente para el comercio de servicios y puede tener repercusiones positivas sobre la inversión.

Artículo XVI del AGCS

Prohíbe también la aplicación de pruebas de necesidades económicas, p. ej., condicionar la autorización del acceso al mercado a unos indicadores preestablecidos, como el número de camas de hospital o de consultorios per cápita.

Artículo XVII

Define el trato nacional como la ausencia de medidas que modifiquen las condiciones de competencia en detrimento de los servicios o proveedores de servicios extranjeros.

Artículos XVI y XVII

Los Miembros tienen la posibilidad de reducir determinados compromisos mediante la modificación de las listas, que, sin embargo, debe ser negociada, a ser posible con una compensación.

El AGCS es aplicable

Únicamente

1.- adopten los gobiernos, a cualquier nivel, u organismos dependientes de los gobiernos

2.-incidan en el suministro de servicios en cualquiera de los cuatro modos. Podría resultar imposible, pues, impedir que agentes privados discriminaran a los proveedores extranjeros.

La aplicación de medidas similares por compañías privadas de seguros ni siquiera entraría en el ámbito del Acuerdo. Si bien es cierto que el artículo VII faculta a los Miembros a concertar acuerdos de reconocimiento o a otorgar dicho reconocimiento.

2.3. Negociación de precios en servicios de salud.

Existía una Comisión encargada de 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.

Esta comisión tenía las siguientes funciones

1.- Ser la única instancia del Gobierno Federal que puede negociar anualmente los precios de los medicamentos y otros insumos para la salud que cuenten con una patente vigente o sean de fuente única.

2.- Determinar el universo de los medicamentos y demás insumos para la salud sujetos a negociación. Este universo

3.- Instrumentar estrategias de negociación y de adquisición que coadyuven a hacer más eficiente la compra pública.

20 de julio de 2021

Se publicó

En el Diario Oficial de la Federación el "Acuerdo por el que se abroga el diverso por el que se crea la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud, publicado el 26 de febrero de 2009, así como sus modificaciones subsecuentes.

En torno a ello, debe considerarse

Secretaría de Hacienda y Crédito Público

Así como a cualquier otra dependencia o entidad de la Administración Pública Federal que celebre convenios de coordinación con organismos intergubernamentales internacionales (como el caso INSABI-UNOPS).

1. El "Artículo Único" simplemente abroga el acuerdo por el que se crea la referida Comisión, así como los posteriores acuerdos que la regulaban. No existe mayor regulación o disposición de interés.

2. Sin perjuicio de este Acuerdo que abroga la creación de la Comisión, lo cierto es que la misma dejó de operar -ser utilizada- con la actual Administración Pública (2019-2024).

3. Aun cuando no hay mayor disposición (salvo la que abroga la creación de la citada Comisión), de los Considerandos del Acuerdo se desprenden tres cuestiones relevantes

I. Que por reformas a la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal del 30 de noviembre de 2018, se otorgaron a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público facultades para fungir como área consolidadora de procedimientos de compra de bienes y contratación de servicios.

II. Que el quinto párrafo del artículo 1 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público prevén mecanismos alternos de contratación en materia de salud.

III. Que se abroga el acuerdo que crea la Comisión derivado de los dos puntos anteriores, así como "dadas las nuevas estrategias de contratación se hace innecesario contar con la Comisión.

UNIDAD III

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

Los sistemas de salud

De la región pueden establecerse en cuatro grupos según su grado de fragmentación (integrado o segmentado) y participación del sector privado en el aseguramiento y la prestación de servicios dentro de los sistemas públicos de salud.

Sistemas integrados

Existían tradicionalmente sistemas nacionales de salud que ofrecían una atención que cobijaba todos los niveles de atención y a (casi) toda la población dentro de un único sistema público.

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.

Sin participación del sector privado.

Brasil, que sólo tiene participación del sector privado en la prestación como se señala en la tabla con (p)-, el seguro privado no podría suplir un papel de seguro principal en salud, pues son los gobiernos locales los que están a cargo de garantizar la atención en salud de la población.

Sin participación explícita del sector privado en el aseguramiento.

Como ejemplo, en México y Venezuela, los seguros privados sólo podrían ofrecer seguros voluntarios que ofrezcan productos complementarios, suplementarios o de duplicado fuera de los sistemas de salud.

Empresas de Medicina Prepagada (EMP)

Algunos países de América Latina empresas privadas que ofrecen planes de salud en contextos diferentes al de las compañías de seguros.

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

1.- primer lugar en que las EMP se encargan de la prestación directa del servicio.

2.- compra de un seguro el evento asegurado es incierto, en tanto que a los afiliados a una EMP

Cuatro tipos de actores privados

Son

1.-Obras sociales nacionales: entidades de seguridad social sin fines de lucro y tradicionalmente vinculadas con la gestión sindical por rama de actividad.

2.-Empresas de medicina prepaga (EMP): asumen la forma de sociedades comerciales.

3.-Cooperativas y Mutuales (CyM): Entidades no lucrativas que ofrecen planes de salud pero no operan ni como OS ni como medicina prepaga.

4.-Prestadores privados de salud: hospitales, clínicas y profesionales independientes que atienden a los afiliados de las obras sociales y de las EMP

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

El sistema mexicano de salud está compuesto por dos sectores: el público y el privado

El sector público

Comprende

Las instituciones de seguridad social

- ° Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).
- ° Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE).
- ° Petróleos Mexicanos (PEMEX).
- ° Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros.
- ° Instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social (Secretaría de Salud (SSa), Servicios Estatales de Salud (SESA), INSABI (SPS) y el IMSS BIENESTAR.

El sector privado

Comprende

Las compañías aseguradoras y los prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa.

El sistema mexicano de salud es un sistema segmentado que dependiendo de la población objetivo de cada subsistema, ofrece beneficios muy diferentes.

Tres grupos

1.- Los trabajadores asalariados, los jubilados y sus familias.

2.- Los trabajadores independientes, trabajadores del sector informal, desempleados y personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo, junto con sus familias.

3.- La población con capacidad de pago.

1.- IMSS dirigido a los trabajadores del sector formal privado.

2.- ISSSTE, dirigido a los trabajadores del gobierno.

3.- los servicios médicos para los empleados de empresas públicas PEMEX, SEDENA y SEMAR en conjunto se encargan de proveer de servicios de salud al 1% de la población con seguridad social en clínicas de PEMEX y de las Fuerzas Armadas.