

ჯანდაცვის სისტემის რეფორმები აშშ-ში

თენგიზ ვერულავა

მედიცინის აკადემიური დოქტორი
ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორი

გამოქვეყნდა რეცენზირებად სამეცნიერო ჟურნალში "ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა" N 1 2015.

ციტირება: თენგიზ ვერულავა. „ჯანდაცვის სისტემის რეფორმები აშშ-ში“. *ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა*, №1 (2015).

თითოეულ ქვეყანაში ჯანდაცვის საკუთარი სისტემაა განვითარებული. ამა თუ იმ ქვეყნის ჯანდაცვის ეროვნული სისტემის ხასიათი დამოკიდებულია ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკურ მდგომარეობაზე, ეკონომიკური განვითარების დონეზე, ისტორიის, ეროვნული ხასიათის, პოლიტიკური ცხოვრების, კულტურისა და საზოგადოებრივი მსოფლმხედველობის თავისებურებებზე.

ამერიკის შეერთებული შტატების ჯანდაცვის სისტემა ასახავს ამერიკული სოციალურ-ეკონომიკური მოდელის, იდეოლოგიის და ტრადიციების თავისებურებებს, როგორც ეკონომიკის სხვადასხვა დარგში, ასევე ჯანდაცვის სფეროში. ჯანდაცვის ამერიკული მოდელი უფრო მეტად ორიენტირებულია საბაზრო მექანიზმების მაქსიმალურად გამოყენებაზე.

ამერიკის შეერთებულ შტატებში მოქმედებს სოციალური დაცვის შერჩევითი (სელექციური) სისტემა. ჯანდაცვის სისტემური მოწყობის სელექციური პრინციპი ეფუძნება მოსახლეობის საჭიროებების შეფასების პროცედურებს და გულისხმობს სახელმწიფოს მიერ მოსახლეობის მხოლოდ იმ ნაწილის მოცვას ვინც სოციალურად დაუცველია ან მაღალი რისკის გამო ყველაზე მეტად საჭიროებს სერვისებს. ამისგან განსხვავებით ევროპის ისევე როგორც მსოფლიოს ბევრ ქვეყნებში მოქმედებს უნივერსალური, საყოველთაო ჯანდაცვის პრინციპი, რომელიც ფარავს მთელ მოსახლეობას,

ინდივიდუალიზმისა და სელექციურობის პრინციპი მყარად დამკვიდრდა ამერიკულ საზოგადოებრივ ცნობიერებაში. თუ ევროპულ ქვეყნებში სოციალური პოლიტიკის შემუშავებისას ყოველთვის დომინირებდა თანასწორობის, სოციალური დაცულობის და საზოგადოებრივი სოლიდარობის პრინციპები, ამერიკაში ასეთი რამ მიუღებელი აღმოჩნდა მოქალაქეთა დიდი ნაწილისთვის. ამერიკელების უმრავლესობის აზრით ადამიანი პასუხისმგებელია საკუთარ ბედზე და ქმედებებზე, ხოლო პასუხისმგებლობის სახელმწიფოსთვის გადაცემის იდეა დიდი მხარდაჭერით არ სარგებლობს. აშშ-ში ქვეყნის სოციალურ და საზოგადოებრივ ცხოვრებაში სახელმწიფოს როლის გაძლიერება ტრადიციულად განაპირობებს მოქალაქეთა მხრიდან უკმაყოფილებას. ჯანდაცვის სფეროს ამერიკელთა უმრავლესობა განიხილავს არა როგორც სახელმწიფოს ყველაზე მნიშვნელოვან სოციალურ ფუნქციას, არამედ როგორც სერვისს, რომელიც სხვა სერვისების მსგავსად იყიდება სამედიცინო ბაზარზე.

მსოფლიოში ყველაზე ლიბერალური ეკონომიკის ქვეყანას აქვს ჯანდაცვის დეცენტრალიზებული სისტემა, სადაც სახელმწიფოს ჩარევები მინიმალურია, ხოლო კერძო სექტორის წილი საკმაოდ დიდია. აშშ-ის ფედერალური მთავრობის, შტატების მთავრობების და ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოების ფუნქციები გაყოფილია და თითოეული მათგანი თავის როლს თამაშობს. შტატების და ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოების ავტონომია, მათ მიერ საკანონმდებლო, აღმასრულებელი და მარეგულირებელი საქმიანობის ადგილობრივ დონეზე განხორციელების უფლება, ასევე დაფინანსების საკუთარი წყაროების არსებობა გამყარებულია კონსტიტუციით.

ამერიკულ საზოგადოებაში დამკვიდრებულმა შეხედულებებმა და ღირებულებათა სისტემებმა გავლენა მოახდინეს სოციალური სფეროს და ჯანდაცვის სისტემის განვითარებაზე, რამაც განაპირობა მისი თავისებურებები.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, უმრავლეს ქვეყნებში ჯანდაცვა სახელმწიფო სახსრებიდან ფინანსდება. კერძოდ, 2010 წლის მონაცემებით ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაციის

(OECD) 20 ქვეყანაში კერძო და სახელმწიფო დაფინანსების წყაროები შეადგენდნენ შესაბამისად 30%-ს და 70%-ს; ამასთან, ოთხ უდიდეს ევროპულ ქვეყანაში (გერმანია, საფრანგეთი, იტალია, ბრიტანეთი) ეს თანაფარდობა შეადგენდა 20,8% : 79,2%-ს.¹ აშშ-ში ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში კერძო დაფინანსების წილი აღემატება სახელმწიფო დანახარჯების წილს. სახელმწიფო დანახარჯების წილი 2000 წელს შეადგენდა 43%-ს, ხოლო 2010 წელს - 48%-მდე გაიზარდა².

ამერიკული მოდელის აღნიშნული მახასიათებლები ქვეყანას მრავალი ათეული წლების მანძილზე საშუალებას აძლევდა წარმატებით მოეხდინა ადაპტაცია შიდა და გარე ცვალებად პირობებზე, რითაც ახდენდა თავისი მოქნილობის დემონსტრირებას, ასევე უზრუნველყოფდა დინამიურ ეკონომიურ განვითარებას და მაღალ კონკურენტუნარიანობას. აშშ მსოფლიო ლიდერია არა მარტო ეკონომიკასა და მეცნიერებაში, არამედ ჯანდაცვის სფეროშიც და გვთავაზობს პრობლემების გადაჭრის ნოვატორულ გზებს.

აშშ-ში ჩამოყალიბდა რთული, შერეული სახის ჯანდაცვის სისტემა, თავისი საორგანიზაციო და ფინანსური სტრუქტურით, რომელიც დაფუძნებულია კერძო და სახელმწიფო პარტნიორობაზე. აშშ-ის ჯანდაცვის სისტემამ, მიუხედავად არსებული პრობლემებისა, უზრუნველყო უდიდესი მიღწევები სამედიცინო სფეროში. აშშ სხვა ქვეყნებს უსწრებს თანამედროვე სამედიცინო ტექნოლოგიების განვითარების კუთხით. ამერიკელებს ეკუთვნით ბოლო 30 წლის განმავლობაში სამედიცინო სფეროში ყველაზე მნიშვნელოვანი გამოგონებები. ბოლო 20 წლის განმავლობაში ახალი პრეპარატების ნახევარზე მეტი შემუშავებულ იქნა ამერიკელი ფარმაცევტული კომპანიების მიერ. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ აშშ-ს მიანიჭა პირველი ადგილი ისეთ პარამეტრებში, როგორცაა პაციენტის საჭიროებაზე მორგებული მომსახურება, პაციენტების კმაყოფილება ექიმის ან სამედიცინო დაწესებულების არჩევის, სამედიცინო პერსონალის

¹ OECD, 2012. http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/public-expenditure-on-health_20758480-table3.

ობ. აგრეთვე: World Health Organization. The World Health Report. Health Systems Financing. The Path to Universal Coverage. -- Geneva: WHO, 2010; World Health Organization. World Health Statistics 2012. Part III. Global Health Indicators. http://www.who.int/healthinfo/EN_WCHS2012_Part3.pdf

² იქვე.

პაციენტის მიმართ კეთილგანწყობილი დამოკიდებულების, მომსახურების დროულად გაწევის და კონფიდენციალურობის თვალსაზრისით. აქვე აღსანიშნავია, რომ ერთ სულ მოსახლეზე გაწეული ჯანდაცვის ხარჯებით აშშ პირველ ადგილზეა მსოფლიოში.

მიუხედავად აღნიშნულისა, აშშ ჯანდაცვის კუთხით ბევრ პარამეტრში ჩამორჩება სხვა განვითარებულ ქვეყნებს. ამ მახასიათებლებს განეკუთვნება ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობა, მოსახლეობის მოცვა, მაღალი ფასი სამედიცინო მომსახურებაზე, ასევე ფასის სწრაფი ზრდა მედიკამენტებზე.

ჯანდაცვის ექსპერტთა მტკიცებით, თავისუფალი კონკურენცია შეუძლებელია ეკონომიკის ისეთ სექტორში, როგორცაა ჯანდაცვა, თავისი მნიშვნელოვანი სოციალური ფუნქციებით. ამასთან დაკავშირებით აუცილებელია სწორი ბალანსის მოძებნა სახელმწიფოს პირდაპირ მონაწილეობას, საბაზრო კონკურენციასა და სახელმწიფო რეგულირებას შორის.

მკვლევართა აზრით, ამერიკის ჯანდაცვის სისტემა საჭიროებს რეფორმირებას, ახალი მექანიზმების ჩართვას, რომლებიც უზრუნველყოფენ სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევის მოდერნიზაციას.

ჯანდაცვის სფერო აშშ-ის შიდა პოლიტიკის ერთ-ერთი მტკივნეული საკითხია. იგი მჭიდროდ არის დაკავშირებული ქვეყანაში პოლიტიკური ძალების განლაგებაზე. ამ მხრივ, საინტერესოა აშშ-ის მთავრობის მიერ ჯანდაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის შემუშავებისა და რეალიზაციის პროცესის ანალიზი. მნიშვნელოვან სოციალურ პრობლემებზე გადაწყვეტილებების შემუშავების და მიღების პროცესი წარმოადგენს აშშ-ის აღმასრულებელი და საკანონმდებლო ხელისუფლებების რთული და წინააღმდეგობრივი ურთიერთქმედების შედეგს, რომელშიც მონაწილეობენ ექსპერტები, დაინტერესებული ჯგუფები, საზოგადოება.

ნაშრომში ნაჩვენებია ჯანდაცვის რეფორმის გარშემო მიმდინარე პოლიტიკური ბრძოლა და ჯანდაცვის რეფორმირების გარშემო არსებული საზოგადოებრივი დისკუსიები.

ამერიკის შეერთებულ შტატებში ჯანმრთელობის ეროვნული დაზღვევის იდეა ყოველთვის მაშინ დგებოდა დღის წესრიგში, როდესაც იცვლებოდა ქვეყნის პოლიტიკური კლიმატი, რომელიც ზოგჯერ დაკავშირებული იყო ომთან, დეპრესიის პერიოდთან. ფრანკლინ რუზველტის რეფორმები დიდი დეპრესიის პერიოდთან ასოცირდება, ხოლო ჰარი ტრუმენის მიერ შემოთავაზებული ეროვნული დაზღვევის სისტემა – მეორე მსოფლიო ომის შემდგომ პერიოდთან. აშშ-ის ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე ისტორიული ცვლილებები შესაძლებელია 2008 წლის მსოფლიო ეკონომიკურ კრიზისს დაუკავშიროთ.

ბარაკ ობამა ხელისუფლების სათავეში 2009 წლის იანვარში მოვიდა, როდესაც მსოფლიოში 2007 წლის მეორე ნახევარში დაწყებული ეკონომიკური კრიზისი მძვინვარებდა. 2007-2009 წლების დიდი რეცესია მოითხოვდა კრიზისული მოვლენების დაძლევის უპრეცედენტო ზომების მიღებას. კრიზისმა გააშიშვლა ამერიკის ეკონომიკაში დაგროვილი სტრუქტურული და ფინანსური პრობლემები, და აჩვენა სოციალურ-ეკონომიკურ პოლიტიკაში სერიოზული ცვლილებების საჭიროება.

აშშ-ის საპრეზიდენტო არჩევნების ისტორიაში არასოდეს ყოფილა ჯანდაცვის რეფორმები ისეთი აქტუალური და პრიორიტეტული, როგორც 2008 წლის არჩევნების დროს. მიუხედავად განსხვავებული მიდგომებისა, ქვეყნის ორივე მსხვილი პარტია, როგორც რესპუბლიკური, ასევე დემოკრატიული, ერთ რამეში თანხმდებოდნენ: ამერიკის ჯანდაცვის სისტემა საჭიროებს ძირეულ რეფორმირებას.

რესპუბლიკური პარტიის ხედვა

რესპუბლიკელები მიიჩნევენ, რომ ამერიკის ჯანდაცვის სისტემა საჭიროებს რეფორმირებას, მაგრამ არა სახელმწიფოს როლის გაძლიერების გზით. მათი აზრით, დემოკრატების მიერ წარმოდგენილი რეფორმა კიდევ უფრო გაზრდის ფედერალური ბიუჯეტის ისედაც ღრმა დეფიციტს. რესპუბლიკელებმა დემოკრატების მიერ წამოწყებულ ჯანდაცვის რეფორმას "ფისკალური ფრანკენშტეინი" უწოდეს.

ექსპერტთა შეფასებით, ობამას გუნდს ჯანდაცვის სფეროს გარდაქმნისთვის ორი ერთმანეთისაგან გამომრიცხავი მიზანი ამოძრავებს: ერთი მხრივ, ჯანდაცვის ხარჯების შემცირება, მეორე მხრივ, დაუზღვეველი მოსახლეობისათვის დაზღვევის უზრუნველყოფა. ოპონენტების აზრით, არსებული ეკონომიკური პრობლემებისა და ფედერალური ხარჯების მკვეთრი ზრდის ფონზე მოსახლეობის საყოველთაო დაზღვევა არარეალურია.

რესპუბლიკელები თვლიან, რომ ობამას ჯანდაცვის რეფორმა გადასახადების ზრდას განაპირობებს. პრეზიდენტმა ობამამ განაცხადა, რომ ის გადასახადებს გაზრდის მხოლოდ მაღალშემოსავლიანი გადამხდელებისათვის. თუმცა გაზრდილი საგადასახადო ტარიფები არამარტო მდიდარ, არამედ მილიონობით საშუალო ფენის წარმომადგენლებს დააზარალებს. რეფორმის შედეგად, ზოგიერთი ოჯახის გადასახადები 50 %-ს გადააჭარბებს.

რესპუბლიკელებისათვის მიუღებელია მაღალ შემოსავლებზე გადასახადების გაზრდა, რადგან დიდი ბიზნესი ქმნის სამუშაო ადგილებს ინვესტიციების გზით. მაღალ შემოსავლებზე გადასახადები კი შეამცირებს სამუშაო ადგილებს, რაც კიდევ უფრო გაზრდის იმ პირთა რაოდენობას, რომელსაც ობამას გეგმის მიხედვით, ესაჭიროება სახელმწიფო სუბსიდირება.

გარდა ამისა, რეფორმის შედეგად გაიზრდება პაციენტთა მიმართვიანობა, რაც ექიმების დეფიციტის თემასაც დააყენებს დღის წესრიგში. გაიზრდება მოცდის დროები სამედიცინო დაწესებულებებში, რაც ასე დამახასიათებელია

ევროპული ჯანდაცვის სისტემებისათვის. შემცირდება სამედიცინო დახმარების ხარისხი.

რესპუბლიკელები ეწინააღმდეგებიან სადაზღვევო სექტორზე სახელმწიფოს მხრიდან რეგულაციების გაზრდას. ბარაქ ობამას რეფორმის მიხედვით, სადაზღვევო კომპანიებს ეკრძალებათ ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო დაზღვევაზე უარის თქმა, ასევე ეკრძალებათ დაზღვეულის ავად გახდომის შემთხვევაში დაზღვევის შეწყვეტა. ექსპერტთა აზრით, აღნიშნული მკვეთრად გაზრდის სადაზღვევო პრემიების ღირებულებას, რაც კიდევ უფრო ხელმიუწვდომელს გახდის დაზღვევას და შედეგად, გაიზრდება სახელმწიფოს მხრიდან სუბსიდირებულთა რიცხვი.

რესპუბლიკელები მიიჩნევენ, რომ მძიმე სახელმწიფო რეგულაციები სადაზღვევო კომპანიებს არასახარბიელო მდგომარეობაში ჩააყენებენ. გარდა ამისა, რეფორმის შედეგად გაიზრდება ბიუროკრატია, რადგან ობამას გეგმა მოითხოვს ჯანდაცვის სისტემის მაკონტროლებელი 50-ზე მეტი სახელმწიფო კომისიების და დაწესებულებების ჩამოყალიბებას. ობამას ინიციატივით მიღებულ ჯანდაცვის სისტემას სახელმწიფო ჯანდაცვის სისტემებისათვის დამახასიათებელი ბიუროკრატიული ბარიერები და მოუქნელობა შეზღუდავს. მრავალი ექსპერტის შეფასებით, ობამას ჯანდაცვის რეფორმა ამერიკულ საზოგადოებას ბიუროკრატიული აპარატის „მსხვერპლად“ აქცევს.

რესპუბლიკელთა აზრით, ჯანდაცვის მაღალი ხარჯები სახელმწიფოს მხრიდან გაზრდილი მარეგულირებელი როლითაა განპირობებული. კერძოდ, შტატებს შორის კონკურენტული გარემოს არარსებობით. შტატის კანონმდებლობით ბენეფიციარს უფლება არ აქვს სხვა შტატის სადაზღვევო სარგებელი აირჩიოს. ასეთი სახის არჩევანის არარსებობა და შესაბამისად არაკონკურენტული გარემო ზრდის ხარჯებს. რესპუბლიკელთა ჯანდაცვის პროგრამა სადაზღვევო ბაზრის დერეგულირებას, შტატებს შორის ასეთი ბარიერების გაუქმებას, მომხმარებელთა არჩევანის გაფართოებას და ჯანსაღი კონკურენტული გარემოს ჩამოყალიბებას ითვალისწინებდა. რესპუბლიკელები

თვლიან, რომ სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევის სისტემა, ე.წ. "საზოგადოებრივი არჩევანი" ("public option") განაპირობებს სადაზღვევო ბაზარზე სახელმწიფო და კერძო დაზღვევის არათანაბარ კონკურენციას, რადგან სახელმწიფო ყველანაირ ბერკეტებს გამოიყენებს კონკურენციის შესაზღუდავად (მაგ. საავადმყოფოებისა და ექიმების დაფინანსების მეშვეობით), რაც საბოლოოდ სახელმწიფო ჯანდაცვის სისტემას დააფუძნებს ქვეყანაში.

რესპუბლიკელები თვლიან, რომ ჯანდაცვის რეფორმა აშშ-ს საკონსტიტუციო საფრთხის წინაშე აყენებს. სახელმწიფო მოქალაქეებს აიძულებს შეიძინონ ჯანმრთელობის დაზღვევა. წინააღმდეგ შემთხვევაში მათ მთლიანი შემოსავლიდან გარკვეული პროცენტის ჯარიმის გადახდა მოუწევთ. ჯარიმის გადახდა შეეხება იმ დამქირავებლებსაც, რომლებიც საკუთარ თანამშრომლებს დაზღვევით არ უზრუნველყოფენ. რესპუბლიკელების აზრით, ამერიკის კონსტიტუციით ფედერალურ მთავრობას არ აქვს უფლება აიძულოს მოქალაქე შეიძინოს ჯანმრთელობის დაზღვევა. კონსტიტუცია მკაცრად კრძალავს სახელმწიფოს ჩარევას ადამიანის პირად ცხოვრებასა და ეკონომიკური გადაწყვეტილებების მიღების პროცესში, მათ შორის ჯანმრთელობის დაცვაში. "თუ ობამას დავუჯერებთ, ჯანმრთელობაზე გადაწყვეტილება უნდა მიიღოს არა ექიმმა და მისმა პაციენტმა, არამედ ყოვლისშემძლე ფედერალურმა მთავრობამ", – განაცხადა რესპუბლიკელმა კონგრესმენმა ჯონ კემპბელმა.

ანტიკონსტიტუციურობის გამო, ობამას ჯანდაცვის რეფორმის წინააღმდეგ გამოვიდნენ ზოგიერთი შტატის (ალაბამა, კოლორადო, ფლორიდა, აიდაჰო, ლუიზიანა, მიჩიგანი, ნებრასკა, სამხრეთ კაროლინა, სამხრეთ დაკოტა, ტეხასი, ვაშინგტონი, უტა, ვირჯინია) იუსტიციის მინისტრებიც, რომლებმაც სასამართლოშიც კი შეიტანეს სარჩელი. ვირჯინიის იუსტიციის მინისტრის აზრით, ჯანდაცვის კანონი ეწინააღმდეგება ვირჯინიის შტატის ჯანდაცვის თავისუფლების აქტს, რომლის მიხედვით, სახელმწიფო არ აქვს უფლება მოქალაქეს ჯანმრთელობის დაზღვევის შეძენა აიძულოს. იგივე აზრზეა სამხრეთ კაროლინის იუსტიციის მინისტრი ჰენრი მაკმასტერიც. მაკმასტერის შეფასებით,

ობამას ჯანდაცვის რეფორმა არაკონსტიტუციურია, რადგან ეწინააღმდეგება აშშ-ის კონსტიტუციის მეათე შესწორებას, რომლითაც სახელმწიფოს ეკრძალება ადამიანებისათვის მათი ნების საწინააღმდეგოდ რაიმეს ყიდვის იძულება. მაკმასტერის შეფასებით, ობამას ჯანდაცვის რეფორმა სახელმწიფოს სუვერენიტეტისა და თავისუფლების შეურაცხყოფაა. ფლორიდის იუსტიციის მინისტრის ბილ მაქქოლმის განცხადებით: "ობამას რეფორმა წარმოადგენს უპრეცედენტო შეჭრას შტატების სუვერენიტეტში... კანონი შტატებს აიძულებს აკეთოს ის რაც პრაქტიკულად შეუძლებელია და აიძულებს ამის კეთებას დამატებითი ფინანსური რესურსების გამოყოფის გარეშე".

რესპუბლიკელები ფიქრობენ, რომ ობამას ინიციატივა არ შეესაბამება ამერიკულ პოლიტიკურ და საზოგადოებრივ კულტურას. ამერიკა ეფუძნება მმართველობის უმცირესი ჩარევის პრინციპებს როგორც ეკონომიკურ, ისე სოციალურ საკითხებში. ადამიანის წარმატება განისაზღვრება შრომისმოყვარეობით, ამიტომ მათთვის მიუღებელია მეტი გადასახადების გადახდა იმ პირების დაზღვევისთვის, ვინც, მათი შეხედულებით, უსაქმურია, უმუშევარი, აქვთ ჭარბი წონა, თამბაქოს მომხმარებელია და ირჩევს ცხოვრების არაჯანსაღ წესს.

ფაქტიურად ბარაკ ობამას ბრალი დასდეს აშშ-ში "სოციალიზმის ელემენტების" შემოტანაში და ევროპული ქვეყნების მაგალითზე სახელმწიფო როლის გაძლიერებისკენ სწრაფვაში. რესპუბლიკელებმა ობამას ჯანდაცვის რეფორმას "სოციალიზებული მედიცინა" და "საბჭოთა ჯანდაცვა" უწოდეს. რესპუბლიკელთა აზრით, ბარაკ ობამას ჯანდაცვის რეფორმა ანგრევს "ამერიკულ ოცნებას", რომელიც ეფუძნება საკუთარ სიცოცხლეზე პიროვნული პასუხისმგებლობის და თავისუფალი არჩევანის იდეას. ჯონ მაკკეინმა ობამას რეფორმას უწოდა "თევზი მზეზე, რომელიც რაც უფრო დიდხანს დევს, მით უფრო ყროლდება".

დემოკრატიული პარტიის ხედვა

2008 წლის 8 იანვარს ნიუ-ჰემფშირში წარმოთქმულ თავის წინასაარჩევნო სიტყვაში ბარაკ ობამამ განაცხადა: "ახალი ამერიკული უმრავლესობა წერტილს დაუსვამს მოსახლეობისათვის ხელმიუწვდომელი ჯანდაცვის სისტემის თავაშვებულებას. ჩვენ შემოგვიერთდებიან ექიმები, პაციენტები, დასაქმებულები და დამსაქმებლები, დემოკრატები და რესპუბლიკელები და განვუცხადებთ ფარმაცევტულ და სადაზღვევო ინდუსტრიებს, რომ ისინი ამჯერად ყველა ადგილებს ვერ იყიდებიან".

ბარაკ ობამა მხარს უჭერდა ჯანდაცვის სექტორში სახელმწიფო პასუხისმგებლობის, სადაზღვევო სექტორის რეგულირების გაზრდას, მინიმალური ბაზისური პაკეტის შექმნას, საშუალო და დაბალშემოსავლიანი ამერიკელებისათვის სახელმწიფო სუბსიდირების გაფართოებას. დემოკრატების აზრით, ჯანდაცვის ახალი რეფორმა შეამცირებს ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯებს.

"ჩემი რეფორმა ეხება კოლორადოელ ქალბატონს, რომელსაც ვესაუბრე. მან მიაჩნო, რომ როდესაც მას აღმოუჩინეს ძუძუს კიბო, სადაზღვევო კომპანიამ – რომელიც ამ ქალბატონისგან ყოველთვიურად 700 დოლარს ღებულობდა – მკურნალობის დაფინანსებაზე უარი განუცხადა. სოცოცხლის გადასარჩენად ქალბატონი იძულებული გახდა საკუთარი საპენსიო დანაზოგები გამოეყენებინა. ჩემი რეფორმა ეხება მერილენდელ მამაკაცს, რომლის სადაზღვევო პერიოდი სამუშაოს შეცვლასთან ერთად შეწყდა. ამ დროს მას დასჭირდა სასწრაფო ქირურგიული სამედიცინო დახმარება, და როდესაც ნარკოზიდან გამოიღვიძა 10000 დოლარის ვალი დახვდა" – განაცხადა ბარაკ ობამამ.

თავდაპირველად ბარაკ ობამა უპირატესობას ანიჭებდა ცენტრალიზებული, ერთი გადამხდელის სისტემის ("single-payer system"), სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევის სისტემის, ე.წ. "საზოგადოებრივი არჩევანის" ("public option"), აგრეთვე საყოველთაო დაზღვევის ("universal health care") ჩამოყალიბებას. გამოთქმული იყო მოსაზრება მედიქეას გაფართოების შესახებაც,

კერძოდ, 65 წლამდე მთელი მოსახლეობა უნდა დაზღვეულიყო მედიქას სახელმწიფო დაზღვევის სისტემაში ("Medicare buy-in"). თუმცა, ქვეყანაში არსებული ინფრასტრუქტურის და ჯანდაცვის ცენტრალიზებულ სისტემაზე პოლიტიკური ოპოზიციის გამო, შემდგომ პერიოდში ობამამ ცვლილებები შეიტანა წარმოდგენილ პროგრამაში.

სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევის სისტემის, ე.წ. "საზოგადოებრივი არჩევანის" («public option») მომხრენი მიიჩნევენ, რომ კერძო დაზღვევის სისტემა დაინტერესებულია დაბალრისკიანი, ჯანმრთელი პირების დაზღვევაში (არახელსაყრელი შერჩევა), რის გამოც მარალრისკიანი ბენეფიციარები დაზღვევის გარეშე რჩებიან, ან იძულებული არიან მაღალი სადაზღვევო პრემიები გადაიხადონ. გარდა ამისა, მათი აზრით, სახელმწიფო დაზღვევის სისტემა შედარებით ნაკლებ დანახარჯებს მოითხოვს, ვიდრე კერძო დაზღვევის სისტემა. გეგმა ითვალისწინებდა პრევენციული ღონისძიებების გაუმჯობესებას, ქრონიკული დაავადებების მართვას, რაც ასევე შეამცირებდა ხარჯებს.

რესპუბლიკელებისაგან განსხვავებით, დემოკრატებს მიაჩნიათ, რომ ჯანმრთელობის დაცვა "უფლებაა და არა პრივილეგია". კონგრესის ქვედა პალატის სპიკერმა ნენსი პელოსიმ 2010 წლის 21 მარტს ჯანდაცვის რეფორმის კანონპროექტზე ისტორიული კენჭისყრის შემდეგ განაცხადა: "დღეს ჩვენ შესაძლებლობა გვქმნება ბოლომდე მივიყვანოთ ჩვენი საზოგადოების დიადი, დაუსრულებელი საქმე და ყველა ამერიკელისათვის დავამტკიცოთ ჯანმრთელობის დაზღვევა, რადგანაც ჯანდაცვა უფლებაა და არა პრივილეგია".

ჯანდაცვის რეფორმირების გეგმის ქრონოლოგია

2009 წელს ბარაკ ობამამ ეროვნული ჯანდაცვის რეფორმის კოორდინაციისათვის დააფუძნა ჯანდაცვის რეფორმირების კომიტეტი. 2009 წლის 24 თებერვალს ბარაკ ობამამ განაცხადა: "მე არ მაწუხებს ილუზიები, რომ ეს იქნება იოლი პროცესი. ეს იქნება საკმაოდ რთული. ასევე ვიცი, რომ თითქმის 100 წელი გავიდა მას შემდეგ, რაც პირველად, თედი რუზველტმა გამოაცხადა

ჯანდაცვის რეფორმირების შესახებ. ჯანდაცვაზე დანახარჯებმა ძალიან დიდხანს დაამძიმა ეკონომიკის ზრდა და ჩვენი ერის სინდისი. ასე, რომ ნუ იქნება ნურავითარი ეჭვი. ჯანდაცვის სისტემის რეფორმას არ შეუძლია მოცდა, მან არ უნდა იცადოს და ის არ დაიცდის კიდევ ერთი წელი". 2009 წლის 9 სექტემბერს თავის გამოსვლაში პრეზიდენტმა ბარაკ ობამამ განაცხადა: "მე არ ვარ პირველი პრეზიდენტი ვინც განიხილავს ამ საქმეს, თუმცა მზად ვარ ვიყო უკანასკნელი".

ჯანდაცვის რეფორმირებაზე კანონპროექტი განსახილველად გადაეცა წარმომადგენელთა პალატის 3 კომიტეტს. 2009 წლის 7 ნოემბერს წარმომადგენლობითმა პალატამ მხარი დაუჭირა "ამერიკისათვის ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობის კანონს" ("The Affordable Health Care for America Act"). კანონპროექტს ხმა მისცა 220 კონგრესმენმა (საკმარისი იყო 218 ხმა). 215 კონგრესმენმა, ძირითადად რესპუბლიკელებმა, კანონპროექტის წინააღმდეგ მისცეს ხმა.

ამის შემდეგ, კანონპროექტი განსახილველად გადაეცა სენატის 2 კომიტეტს. აშშ-ის სენატს აქვს წესი, ე.წ. "filibuster", რომელიც სენატორს კანონის გარშემო ხანგრძლივი დებატების საშუალებას აძლევს. დებატების შეწყვეტა და კანონის მიღება მხოლოდ "ზეუმრავლესობით" და არა უბრალო უმრავლესობითაა შესაძლებელი, ანუ საჭირო იყო 100 ხმიდან 60 ხმის მხარდაჭერა. 2009 წელს ტედ კენედის გარდაცვალებამდე დემოკრატებს ჰყავდათ 60 კანდიდატი. 2009 წლის დეკემბერში დამატებითი არჩევნები ჩატარდა მასაჩუსეტის შტატში ტედ კენედის გარდაცვალების შემდეგ სენატში გამონთავისუფლებული ადგილის დასაკავებლად. არჩევნებში გაიმარჯვა რესპუბლიკელმა. ამგვარად, დემოკრატებმა სენატში დაკარგეს "ზეუმრავლესობა" (დღეისათვის ხმათა გადანაწილება შეადგენს – 59-41-ს), და მასთან ერთად რესპუბლიკელების "filibuster" გადალახვის შესაძლებლობა. შედეგად, წარმომადგენლობით პალატაში დემოკრატებს არ დარჩათ შესწორებების ვარიანტების შეთავაზების შესაძლებლობა. მაგრამ დემოკრატებს დარჩათ ე.წ. საბიუჯეტო შეთანხმების პროცესის ("budget reconciliation")

შესაძლებლობა: თუ სენატის კანონპროექტში შესწორებები შეეხება მხოლოდ ბიუჯეტზე ეფექტების შეცვლას, მაშინ სენატის კანონპროექტის მისაღებად საკმარისია წარმომადგენლობით პალატაში ხმათა უბრალო უმრავლესობის არსებობა, ხოლო შემდგომ სენატში ხმათა უბრალო უმრავლესობის არსებობა, რომ მიღებულ იქნეს წარმომადგენლობითი პალატის მიერ წარმოდგენილი საბიუჯეტო ცვლილებები. დემოკრატები ამ გზით წავიდნენ.

რეფორმის მიმართ ყველაზე ოპოზიციურად იყო განწყობილი კონსერვატიული ჯგუფი "ჩაის პარტია" ("Tea Party"), რომელიც ეწინააღმდეგებოდა გადასახადების გაზრდას და სახელმწიფოს როლის გაფართოებას. ჯანმრთელობის სადაზღვევო კომპანიები სახელმწიფო სადაზღვევო გეგმის ("public option"), წინააღმდეგ გამოვიდნენ, რომელიც სადაზღვევო ბაზარზე არათანაბარ კონკურენციას გაუწევდა კერძო სექტორს. ზეწოლის შედეგად სახელმწიფო სადაზღვევო გეგმა, ე.წ. "საზოგადოებრივი არჩევანი" ("პუბლიკ ოპტიონ") ამოღებულ იქნა რეფორმის გეგმიდან. ჯანდაცვის მიმწოდებლები და ექიმები მხარს უჭერდნენ რეფორმას. თავად დემოკრატებს შორის უთანხმოება ძირითადად განპირობებული იყო აბორტის დაფინანსებით.

კანონპროექტის მიღების მინიმალური შესაძლებლობის გამო, დემოკრატებმა რეფორმის პროგრამაში მრავალი კონსერვატიული შესწორებანი შეიტანეს. კერძოდ:

- ამოღებულ იქნა სახელმწიფო სადაზღვევო გეგმა, ე.წ. "საზოგადოებრივი არჩევანი" (public option), რომელიც სადაზღვევო ბაზარზე კონკურენციას გაუწევდა კერძო სექტორს;
- რეფორმის დასაფინანსებლად, გადასახადები მდიდარი შინამეურნეობებიდან გადანაწილდა დარგებზე. წარმომადგენელთა პალატის კანონპროექტში განზრახული იყო დამატებითი გადასახადი 5.4 % ინდივიდუალური პირების შემოსავლებზე (500 000 დოლარზე მაღლა წლიურ შემოსავალზე). სენატის კანონპროექტში ამის მაგივრად

წარმოდგენილ იქნა მვირადღირებულ სადაზღვევო გეგმებზე 40 %-იანი სააქციო გადასახადი, აგრეთვე ინდივიდუალურ პირებზე, წლიური შემოსავლით 200 000 დოლარზე მეტი გადასახადის გაზრდა 1.45 %-დან 2.35 %-მდე;

- ანტიმონოპოლური კანონმდებლობა არ გავრცელდება სადაზღვევო კომპანიებზე;
- რეფორმის სხვადასხვა კომპონენტების დანერგვის ვადები გადაიდო სამომავლოდ;
- ცალკეული შტატებისათვის (ნებრასკა, ლუიზიანა) შემოღებულ იქნა რამდენიმე პრეფერენცია.

2009 წლის 24 დეკემბერს სენატმა მხარი დაუჭირა ჯანდაცვის რეფორმას და მიიღო "პაციენტთა დაცვის და ხელმისაწვდომი დახმარების კანონი" ("The Patient Protection and Affordable Care Act") 60 ხმით 39-ის წინააღმდეგ. კანონპროექტს მხარი დაუჭირა 58 დემოკრატმა და ორმა დამოუკიდებელმა ექსპერტმა.

ობამამ ამ შედეგებს "ამერიკელი ხალხის დიდი გამარჯვება" უწოდა. რადგან კანონპროექტი შობის წინ იყო მიღებული, რეფორმის მომხრეებმა მას ამერიკელებისათვის გაკეთებული "საშობაო საჩუქარი" უწოდეს.

რადგან სენატმა და წარმომადგენლობითმა პალატამ ორი, ერთმანეთისაგან განსხვავებული კანონპროექტი მიიღეს, უნდა შექმნილიყო შეთანხმებითი კომისია, რომელშიც ორივე პალატის წარმომადგენლები შედიოდნენ და შემუშავდებოდა კანონპროექტის ერთიანი ვერსია. სენატის ვერსიის მიხედვით, 54 მილიონი დაუზღვეველი მოსახლეობიდან 2019 წელს დაზღვევით უზრუნველყოფილი იქნებოდა 32 მილიონი ბენეფიციარი, ხოლო წარმომადგენელთა პალატის ვერსიით - 37 მილიონი პირი. გარდა ამისა, წარმომადგენელთა პალატა მხარს უჭერდა სახელმწიფო დაზღვევის სისტემის განვითარებას, რომელსაც სენატი არ ეთანხმებოდა.

2010 წლის დასაწყისში დემოკრატმა კონგრესმენებმა უარი თქვეს კანონპროექტის დამოუკიდებელ ვერსიაზე და გადაწყვიტეს კენჭისყრაზე გამოეტანათ სენატის მიერ მხარდაჭერილი კანონპროექტი.

2010 წლის 22 თებერვალს, რესპუბლიკური პარტიის ლიდერებთან შეხვედრამდე რამდენიმე დღით ადრე, ობამამ წარმოადგინა ჯანდაცვის რეფორმირების კანონპროექტის შეცვლილი ვარიანტი, რომელშიც ახალი წინადადებები გაახმოვანა. იგი ითვალისწინებდა ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის რეფორმაში გარკვეული ცვლილებების შეტანასა და ამ საკითხის გამო შექმნილი ჩიხიდან ამერიკელი კანონმდებლების გამოყვანას.

ობამას მიერ წამოყენებული გეგმა წარმოადგენდა ამერიკის კონგრესის ორივე პალატის მიერ წინათ მხარდაჭერილი ორი კანონპროექტის განზოგადებულ ვერსიას. "ნიუ იორკ თაიმსი" აღნიშნავდა, რომ მთლიანობაში ობამას გეგმაში ჭარბობდა სენატის ვარიანტი, ხოლო წარმომადგენელთა პალატის მიერ წარმოდგენილი ვერსია ნაკლებად იყო გათვალისწინებული.

ანალიტიკოსებმა ობამას გეგმა კომპრომისულ ვარიანტად ჩათვალეს, რომელიც წინათ გაჟღერებული ინიციატივებისაგან განსხვავებით, არ შეიცავდა რადიკალურ იდეებს. გეგმაში აღნიშნული იყო, რომ რეფორმის განხორციელება ამერიკის ბიუჯეტს 10 წლის განმავლობაში დაუჯდებოდა 940 მილიარდი დოლარი. რეფორმის მიხედვით, 2019 წლისათვის სამედიცინო დაზღვევას მიიღებდა დაზღვევის გარეშე დარჩენილი 32 მილიონი ამერიკელი. გარდა ამისა, დაზღვევის შესაძენად სახელმწიფო სუბსიდიებს მიიღებდნენ საშუალო ფენის და მცირე ბიზნესის წარმომადგენლები.

კანონპროექტის ახალი ვარიანტი გვერდს უვლიდა ზოგიერთ სადაო საკითხებს, რომელიც დემოკრატებსა და რესპუბლიკელებს შორის დისკუსიის პროვიცირებას გამოიწვევდა. კერძოდ, ობამას გეგმაში არ იყო ნახსენები სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევის სისტემის შექმნის ინიციატივა, რომელიც ოპონენტების მიერ აღიქმებოდა როგორც კერძო დაზღვევის ალტერნატივა.

აგრეთვე, ობამამ ყურადღება არ გაამახვილა აბორტების დასაფინანსებლად ფედერალური სახსრების გამოყოფის შესახებ.

რესპუბლიკელები კრიტიკულად შეხვდნენ პრეზიდენტის მიერ წარმოდგენილ ჯანდაცვის რეფორმის ვარიანტს. ამის საპასუხოდ თეთრი სახლის წარმომადგენელმა, დემოკრატმა რობერტ გიბსმა რესპუბლიკელებს კონკრეტული წინადადებების შემუშავება ურჩია.

2010 წლის 25 თებერვალს ბლეირ სახლში (Blair House) ჩატარდა სამიტი, სადაც წარმოდგენილი იყვნენ ორივე პარტიის ლიდერები. 7 საათიანი დებატების შემდეგ მიღწეულ იქნა მცირე კონსენსუსი დემოკრატებსა და რესპუბლიკელებს შორის. თუმცა, კონგრესში რესპუბლიკელთა უმცირესობის ლიდერმა ჯონ ბუნერმა განაცხადა, რომ ბარაკ ობამას შეცვლილ კანონპროექტში არაფერია ახალი და იგი დემოკრატების მიერ ადრე წამოყენებულ იდეებს ეფუძნება.

2010 წლის 3 მარტს პრეზიდენტი თეთრ სახლში წარსდგა სიტყვით, სადაც კიდევ ერთხელ გაუსვა ხაზი ჯანდაცვის რეფორმის მნიშვნელობას და კანონის მისაღებად შეთანხმების პროცესზე («reconciliation process») მიუთითა. სენატში კანონის მისაღებად 60 ხმის ნაცვლად უბრალო უმრავლესობაც საკმარისი იყო.

"როცა გვესმის, რომ რეფორმისათვის ახლა დრო არ არის, გავიხსენოთ, თუ რა სიტუაციაში არიან ის პაციენტები, რომლებიც მდგომარეობის მიუხედავად, იძულებული გახდნენ დაზღვევაზე უარი ეთქვათ. ხალხი პოლიტიკას ნაკლებად აქცევს ყურადღებას, ნაცვლად ამისა მოსახლეობა დახმარებას ელის. სწორედ ამიტომ, ჯანდაცვის რეფორმა არ უნდა გადავდოთ" – განაცხადა ბარაკ ობამამ ოჰაიოს დედაქალაქში სიტყვით გამოსვლისას.

კანონის მიღებამდე რასმუსენისა და სი-ენ-ენ-ის მიერ ჩატარდა საზოგადოების გამოკითხვა. კვლევების მიხედვით, ობამას რეფორმა ამერიკელებისათვის მიუღებელი აღმოჩნდა. სი-ენ-ენ-ის გამოკითხვით, ამერიკელების 56 %-ს არ სურდა ჯანდაცვის სფეროში სახელმწიფოს მაკონტროლებელი როლის გაძლიერება, ხოლო მთავრობის უფლებამოსილების

გაზრდას რიგითი ამერიკელები საკუთარი უფლებებისა და თავისუფლებისათვის საფრთხედ მიიჩნევდნენ.

მიუხედავად პოლიტიკური ოპონენტების და ამერიკული საზოგადოების უმრავლესობის აზრისა, 2010 წლის 21 მარტს, გვიან საღამოს, კონგრესმენები ისევ შეიკრიბნენ კაპიტოლიუმის ბორცვზე გამართულ კვირის ექსტრაორდინალურ სესიაზე. კონგრესის წარმომადგენლობითმა პალატამ მხარი დაუჭირა "პაციენტთა დაცვის და ხელმისაწვდომი დახმარების კანონს" ("The Patient Protection and Affordable Care Act"). კანონს ხმა მისცა 219 კონგრესმენმა, 212-ის წინააღმდეგ. ობამას ინიციატივას არცერთმა რესპუბლიკელმა არ მისცა ხმა. დემოკრატების პოზიციაც კი არაერთგვაროვანი იყო. კერძოდ, 34 დემოკრატმა ობამას რეფორმის წინააღმდეგ მისცა ხმა. ამერიკის ისტორიაში პირველად, მსგავსი მასშტაბის რეფორმა, რესპუბლიკელების სრული წინააღმდეგობის ფონზე, მაინც დაკანონდა.

ისტორიული კენჭისყრის შემდეგ ობამა თეთრ სახლში გამოვიდა სიტყვით: "საბოლოო ანგარიშით, ეს დღე სხვა არაფერია, თუ არა კიდევ ერთი აგური, რომელიც ამერიკული ოცნების სამირკველში ჩაიდო. დღეს ჩვენ ისტორიის გამოწვევას ვუპასუხეთ, ისევე როგორც ჩვენამდე ამას სხვა თაობები აკეთებდნენ: როცა კრიზისი გვემუქრებოდა, გამოწვევას არ ვემორჩილებოდით და სირთულეებს გადავლახავდით; პასუხისმგებლობას არ გავურბოდით – მას თვალს ვუსწორებდით; მომავლის არ გვეშინოდა – მას ვქმნიდით... ეს კანონი არ ახდენს ჯანდაცვის ყველა პრობლემის დაფიქსირებას, თუმცა მივყავართ სწორი მიმართულებით... დღეს ჩვენ ვქმნით ისტორიას ჩვენი ქვეყნისთვის და პროგრესს ამერიკელი ხალხისთვის".

გავლენიანმა ამერიკულმა გაზეთმა "The Wall Street Journal" ასე უპასუხა კანონის მიღებას: "ზრუნვა ობამასაგან არის ამერიკული კაპიტალიზმის სიცოცხლისუნარიანობის წინააღმდეგ მიცემული ხმა". ხოლო წარმომადგენელთა პალატაში სიტყვით გამოსვლისას, რესპუბლიკელმა ჯეოფ დევისმა განაცხადა: "გული დარდით მაქვს სავსე. ამ კენჭისყრით ამერიკის სამომავლო სახე

გამოიკვეთა – მსხვილი გადასახადები; შეზღუდული ჯანდაცვა; გაფართოებული ბიუროკრატია. დემოკრატები ამერიკელი ხალხის ნების წინააღმდეგ მიდიან და ისინი პირდაპირ სოციალიზმისაკენ მიჰყავთ”.

2010 წლის 23 მარტს თეთრი სახლში პრეზიდენტმა ბარაკ ობამამ საზეიმო ვითარებაში ხელი მოაწერა “პაციენტის დაცვისა და ფინანსური ხელმისაწვდომობის კანონს” (Patient Protection and Affordable Care Act – PPACA. P.L. 111-148). 22 კალმით საკუთარი ავტოგრაფის დასმის შემდეგ, ობამამ სენტიმენტალურად განაცხადა, რომ ეს გააკეთა “დედამისის სახელით, რომელიც სიმსივნით ავადმყოფი, სიცოცხლის ბოლომდე ებრძოდა სადაზღვევო კომპანიებს”.

“დღეს ხელი მოვაწერე კანონს, რომლისათვის ამერიკელთა თაობები იბრძოდნენ”, – ამყად განაცხადა პრეზიდენტმა. როგორც გარშემომყოფებმა აღნიშნეს, პრეზიდენტი იმდენად გახარებული იყო თავისი მთავარი შიდაპოლიტიკური პროექტის განხორციელებით, რომ მოჭარბებულ ემოციებს ვერ ფარავდა. მან სენატს მოუწოდა დაემტკიცებინა ხელმოწერილ კანონში შესული დამატებითი ცვლილებები, რომლებიც მას კიდევ უფრო პროგრესულს გახდიდა. რამდენიმე საათის შემდეგ, სენატორები უკვე მუშაობდნენ ობამას მიერ მოწოდებულ თხოვნაზე.

შესწორებათა პაკეტი («reconciliation bill») მოიცავდა:

- კანონის ტექსტიდან ამოღებულ იქნა ცალკეული შტატებისათვის პრეფერენციები;
- მდიდარი შინამეურნეობების საინვესტიციო შემოსავლებზე საგადასახადო ბაზის გაფართოება;
- სიღარიბის ფედერალური ზღვარის (133 – 400 %) ოჯახთა დაზღვევის შედარებით ნაკლები საპროგნოზო ღირებულება;
- მედიქას პროგრამით მედიკამენტების შესაძენად ფანჯრის დახურვა («doughnut hole»);
- მედიქას და მედიქეიდის მონიტორინგის დამატებითი ღონისძიებები;

- პირობის გაუქმება, რომელიც ითვალისწინებდა დამქირავებლის მიერ შეთავაზებული არსებული სადაზღვევო გეგმების გამოყვანას ახალი კანონის ზემოქმედებიდან, კერძოდ 26 წლამდე ბავშვთა სადაზღვევო დაფარვა მშობლების სადაზღვევო გეგმით, დისკრიმინაციის აკრძალვა და სადაზღვევო გადახდებზე უარი;

- მსხვილ დამქირავებლებზე (50-ზე მეტი), რომლებიც დასაქმებულებს არ სთავაზობენ დაზღვევას, ჯარიმების გაზრდა;

- მედიკეიდის გასაფართოებლად შტატებზე ფედერალური სუბსიდიების გაზრდა;

- ფარმაცევტულ კომპანიებზე გადასახადების გაზრდა \$ 22 მილიარდიდან \$ 27 მილიარდამდე (10 წლის განმავლობაში);

- დაზღვევის არქონისას ჯარიმების ტვირთის გადანაწილება ნაკლებად ღარიბი შინამეურნეობებიდან უფრო მდიდრებზე (პირველნი გადაიხდიან ნაკლებს, მეორენი – უფრო მეტს).

რამდენიმე დღის შემდეგ, ვირჯინიაში, ჯორჯ მესონის უნივერსიტეტში გამოსვლისას ბარაქ ობამამ განაცხადა: "ეს არის დავა, რომელიც გრძელდებოდა არამარტო ბოლო ერთი წლის განმავლობაში, არამედ მთელი უკანასკნელი საუკუნე. ეს არის დავა – არამარტო ჯანდაცვის ხარჯებზე, არამარტო იმაზე, თუ როგორ დავეხმაროთ ადამიანებს, რომელთაც არასამართლიანად ექვევებიან სადაზღვევო კომპანიები. ეს არის დავა ჩვენი ქვეყნის ხასიათზე, იმაზე, თუ როგორ შევძლებთ გავუძლოთ დროის მოთხოვნას და გვეყოფა თუ არა სიმამაცე მივცეთ თითოეულ მოქალაქეს, და არამარტო ზოგიერთებს, თავისი ოცნების განხორციელების საშუალება"

ამგვარად მიღებული კანონი ჯანდაცვის რეფორმის განხორციელების საკანონმდებლო საფუძველი გახდა. კანონის მიღებით საფუძველი ჩაეყარა საყოველთაო ჯანდაცვის ზოგად პრინციპებს. ჯანდაცვის კანონი 1965 წელს მიღებული 65 წლის და ზევით მოსახლეობისათვის მედიკეას სახელმწიფო

დაზღვევის პროგრამის შემდეგ ყველაზე მნიშვნელოვან სოციალურ პროგრამას წარმოადგენს.

შეიძლება დავასკვნათ, რომ ობამას მოწინააღმდეგეებმა ვერ შეძლეს ჩაეგდოთ რეფორმის გეგმა, თუმცა, მათ შეძლეს პრეზიდენტისთვის მაქსიმალურად გაერთულებინათ მისი მთავარი წინასაარჩევნო დაპირების შესრულება და საგრძნობლად დაწიეს მისი რეიტინგი და პოპულარობა. იმ შემთხვევაში თუ კანონპროექტი ჩავარდებოდა, ობამას რეიტინგი უფრო დაბალი იქნებოდა და ამერიკელები მიიჩნევენ სუსტ და არაეფექტურ პრეზიდენტად.

რესპუბლიკელებმა და მათ უკან მდგარმა ამომრჩეველმა არ მიიღეს რეფორმა და არ შეურიგდნენ წაგებას. რესპუბლიკური პარტიის წარმომადგენლებმა განაცხადეს, რომ მიღებული რეფორმები სასიკვდილო განაჩენია დემოკრატიისთვის, რომლებმაც რეფორმა გაიტანეს კონგრესის გავლით ოპოზიციის აზრის გაუთვალისწინებლად. მათ ასევე განაცხადეს მზადყოფნა, გამოიყენონ ყველა შესაძლებლობა და შეაჩერონ ჯანდაცვის რეფორმა. ამერიკის 26 შტატის მთავარმა პროკურორმა, ასევე დამოუკიდებელი ბიზნესის ეროვნულმა ფედერაციამ რეფორმის არაკანონიერებაზე აღძრეს სამართლის საქმე. ყველა საჩივარზე დოკუმენტის ქვეშ რესპუბლიკური პარტიის ხელმოწერები იყო. ისინი მზად იყვნენ დაემტკიცებინათ, რომ ობამას ადმინისტრაციის მიერ მიღებული კანონი ეწინააღმდეგებოდა აშშ-ს კონსტიტუციას.

ექსპერტები კი თვლიდნენ, რომ საჩივრები კონსტიტუციური სამართლით არაპერსპექტიული იყო და შეიცავდნენ სიმბოლურ ხასიათს. ამრიგად, კანონის მიღების და პრეზიდენტის ხელმოწერის შემდეგ ჯანდაცვის რეფორმის გარშემო ბრძოლა მიმდინარეობდა არამართო დისკუსიის ფორმით, არამედ გადავიდა იურიდიულ სიბრტყეში.

აშშ-ის 14 შტატის იუსტიციის მინისტრებმა ანტიკონსტიტუციური "სამედიცინო რეფორმის" ანუღირების თხოვნით მიმართეს სასამართლოს. სასამართლო პროცესზე ინიციატივა საკუთარ თავზე აიღო ფლორიდის

იუსტიციის მინისტრმა ბილ მაკკოლუმმა. სარჩელი შეტანილ იქნა პენსაკოლის (ფლორიდის შტატი) ფედერალურ სასამართლოში.

თუმცა, ექსპერტები თვლიან, რომ კანონის გაუქმება ან მისი ძირითადი პუნქტების შეცვლა უახლოეს მომავალში ნაკლებად დამაჯერებელია. აშშ-ის იუსტიციის სამინისტროს წარმომადგენლის ჩარლზ მილლეს განცხადებით: "ჩვენ ენერგიულად დავიცავთ ჯანდაცვის რეფორმირების კანონის კონსტიტუციურობას ნებისმიერ უწყებაში, სადაც კი იქნება წამოყენებული საჩივარი. ჩვენ დარწმუნებული ვართ, რომ აღნიშნული კანონი კონსტიტუციურია, და ჩვენ მივაღწევთ გამარჯვებას".

როჯერ კოენის ერთ-ერთი საგაზეთო წერილის მიხედვით: "ინდივიდუალიზმი, მეწარმეობა და მთავრობისადმი უნდობლობა ამერიკულ გენომშია ჩაქსოვილი. არცერთი ეს თვისება არ გაქრება მხოლოდ იმის გამო, რომ ვინმე ახალგაზრდა დაეზღვიოს... ინდივიდუალიზმი ამერიკული იდეაა, მაგრამ, აგრეთვე, იმ ცნების აღმნიშვნელიცაა, რომ როცა რამე ფუჭდება, ის უნდა შეკეთდეს. როგორც იქნა შეაკეთეს. შედეგი ნამდვილად არ აღმოჩნდა იდეალური, მაგრამ ის თავისი ნაკლოვანებების – არაეფექტური ხარჯების აღმოსაფხვრელად არის გამიზნული. მთავარია შეძლებს თუ არა ობამა ჯანდაცვის რეფორმის დაწყებით ამერიკის განახლებისა და გაუმჯობესების საფუძვლების ჩაყრას, რასაც აშკარად არ ჰქონია ადგილი მთელი მისი პრეზიდენტობის დროს. თუ ასე არ მოხდება, მაშინ მას მტკივნეულად დაატყდება თავს მართალთა რისხვა".

2011 წლის აგვისტოში სააპელაციო სასამართლომ ჯანდაცვის რეფორმის საკვანძო პუნქტი, სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის შესახებ, კონსტიტუციასთან წინააღმდეგობრივად მიიჩნია. ამის საპასუხოდ იუსტიციის სამინისტრომ ჯანდაცვის რეფორმების მხარდასაჭერად თხოვნით მიმართა უმაღლეს სასამართლოს. რეფორმების ბედი განიხილებოდა 9 მოსამართლის მიერ. 5 მოსამართლე ითვლებოდა კონსერვატორად, 4 კი ლიბერალად (ისინი თავიანთ პოსტებს იკავებენ სიკვდილამდე).

2012 წლის ივნისის ბოლოს აშშ-ის უმაღლესმა სასამართლომ გამოიტანა გადაწყვეტილება, რომ 2010 წელს მიღებული კანონი შესაბამებოდა ქვეყნის კონსტიტუციას. ამ გადაწყვეტილებით სასამართლომ დაამტკიცა, რომ საყოველთაო დაზღვევა არ უპირისპირდებოდა კონსტიტუციას. ეს ვერდიქტი საკმარისი გახდა ბარაკ ობამას რესპუბლიკელებზე გასამარჯვებლად. გადაწყვეტილება მიღებულ იქნა მხოლოდ ერთი ხმის უპირატესობით. 5 მოსამართლემ ჯონ რობერტსის თავჯდომარეობით მხარი დაუჭირა ამ კანონს. ხოლო დანარჩენი 4 წინააღმდეგი იყო. ჯანდაცვის კანონის აშშ-ის კონსტიტუციასთან თანხვედრით ობამამ მიიღო საჭირო მორალური უპირატესობა რეფორმის მოწინააღმდეგეებთან დავაში. უმაღლესი სასამართლოს გადაწყვეტილების შემდეგ ჯანდაცვის რეფორმის მოწინააღმდეგეები თვლიან, რომ ბრძოლა არ დამთავრებულა და არ აპირებენ დანებებას¹.

ჯანდაცვის რეფორმის ძირითადი პრინციპები

ბარაკ ობამამ ჯანდაცვის რეფორმირების 8 ძირითადი პრინციპი ჩამოაყალიბა:

1. ჯანდაცვაზე დანახარჯების გრძელვადიანი ზრდის შემცირება ბიზნესისა და სახელმწიფოსთვის;
2. ოჯახების დაცვა ჯანდაცვაზე დანახარჯებით გამოწვეული გაკოტრებისა და დავალიანებისაგან;
3. სავალდებულო დაზღვევის შემოღება;
4. ექიმისა და დაზღვევის თავისუფალი არჩევანის გარანტია;
5. პრევენციის (პროფილაქტიკური პროგრამების გაზრდა) და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ინვესტირება; პრევენციული ჯანდაცვა მთლიანად დაფინანსდება სადაზღვევო გეგმის მეშვეობით; მოსახლეობის პასუხისმგებლობის ამაღლება საკუთარ ჯანმრთელობაზე, ჯანმრთელობის

¹. იხ.: http://www.cbsnews.com/8301-503544_162-57404793-503544/poll-1-in-4-want-supreme-court-to-uphold-health-care-law/

საკითხებზე მისი ინფორმირებულობის გაუმჯობესება, პასუხისმგებლური მოხმარების ფორმირება;

6. პაციენტის უსაფრთხოებისა და მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება; ყველა ამერიკელისთვის ხარისხიან სამედიცინო მომსახურებისა და ფინანსური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა; მტკიცებულებითი მედიცინის პრინციპების აქტიური დანერგვა; ჯანდაცვის სტანდარტიზაცია;

7. სამსახურის შეცვლის ან დაკარგვის შემთხვევაში დაზღვევით დაფარვის გაგრძელება; დაზღვევაზე ბარიერების შემცირება უკვე არსებული ჯანმრთელობის პრობლემების შემთხვევაში;

8. კონტროლის მექანიზმების და სისტემის გამჭვირვალობის ამაღლების ღონისძიებების ჩამოყალიბება. ჯანდაცვის ხარჯების ეფექტურობაზე კონტროლის გაძლიერება.

სავალდებულო დაზღვევა ყველასათვის

თავდაპირველად ობამას რეფორმა გულისხმობდა საყოველთაო დაზღვევას ("universal health care"). შემდგომ რეფორმის უმთავრესი მიზანი გახდა დაზღვევაზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა. 1914 წლიდან მოსახლეობის უმრავლესობაზე გავრცელდება სავალდებულო დაზღვევა. კონგრესის საბიუჯეტო კომიტეტის შეფასებით, 2019 წლისათვის აშშ-ის მოსახლეობის 95 % უზრუნველყოფილი იქნება ჯანმრთელობის დაზღვევით.

რეფორმით 32 მილიონზე მეტ ადამიანს, რომელთაც წინათ არ ჰქონდათ დაზღვევა, მიეცემა ჯანდაცვის დაზღვევის მიღების შესაძლებლობა. აქედან 16 მილიონი მოქალაქე მიიღებს სახელმწიფო სუბსიდიებს, ხოლო 15 მილიონი ღარიბი მოსახლეობა დაეზღვევა მედიკიდის სახელმწიფო პროგრამით.

2014 წლიდან მცირე საწარმოებში დასაქმებულებს, უმუშევრებს, თვითდასაქმებულებს, დაბალშემოსავლიან პირებს შესაძლებლობა ექნებათ იყიდონ დაზღვევა ახლადშექმნილ ამერიკის ჯანმრთელობის სარგებლების

ბირჟებში ("American Health Benefit Exchange"), რისთვისაც სახელმწიფო გაიღებს თანხებს სუბსიდიების სახით.

მათზე ვინც მონაწილეობას არ მიიღებს სადაზღვევო გეგმის შექმნაში, დაწესდება ჯარიმები.

აქვე აღსანიშნავია, რომ სამედიცინო დაზღვევას არ ექნება მკაცრად სავალდებულო ხასიათი. ის ვინც არ შეიძენს დაზღვევას, დაწესდება ჯარიმები, რომელიც დამოკიდებული იქნება შემოსავლებზე, მაგრამ არ გადააჭარბებს დაზღვევის საშუალო ღირებულებას. ამასთან ასეთ ბენეფიციარს უფლება ექნება სხვა დროს დაეზღვიოს.

მედიქას პროგრამის სრულყოფა

მედიქას ბენეფიციარები მიიღებენ დამატებით სუბსიდიებს მედიკამენტების შესაძენად. ბრენდირებულ მედიკამენტებზე განხორციელდება 50 %-იანი ფასდაკლება.

2011 წლიდან განხორციელდება სახელმწიფო პროგრამების გაფართოება. კერძოდ, 65 წლამდე ყველა პირზე (ბავშვები, ორსულები, მშობლები და მოზრდილები), რომელთა შემოსავალი ფედერალური სიღარიბის ზღვრის 133%-ზე ნაკლებია (14404 \$ ერთ პირზე და 29327 \$ ოთხწევრიან ოჯახზე, 2009 წ.) გავრცელდება მედიქეიდის პროგრამა⁸⁰. კონგრესის საბიუჯეტო კომიტეტის გათვლებით, მედიქეიდის პროგრამას დაემატება 16 მილიონი ადამიანი.

2014-2016 წლებში მედიქეიდის პროგრამის ახალი წევრები მიიღებენ 100% ფედერალურ დაფინანსებას. 2017 წლიდან – 95% ფედერალურ დაფინანსებას, 94% – 2018 წელს და 90%-ს 2020 და მომდევნო წლებში. შტატებს ევალებათ დარჩენილი წილის დაფარვა. მედიქეიდის მიერ პირველადი ჯანდაცვის სერვისებზე პირველადი ჯანდაცვის ექიმების დაფინანსება გაიზრდება მედიქეას დაფინანსების მაჩვენებლის 100 %-ით, და 2014 წელს 100 % ფედერალური დაფინანსებით.

სახელმწიფო გამოყოფს სახსრებს ბავშვების სამედიცინო დაზღვევის პროგრამისთვის (CHIP) 2019 წლამდე და გააფარებს პროგრამის დაფინანსებას 2015 წლამდე.

სუბსიდიები

2014 წლიდან ოჯახები, რომელთა შემოსავალი შეადგენს ფედერალური სიღარიბის ზღვრის 133-400%-ს კერძო დაზღვევის შესაძენად მიიღებენ სახელმწიფო სუბსიდირებას. ერთი პირისათვის წლიური შემოსავლის ზღვარი, რომლის ქვევით დაწესდება სუბსიდირება შეადგენს დაახლოებით 29,327 დოლარს, ოთწევრიანი ოჯახისათვის იგი შეადგენს დაახლოებით 88,200 დოლარს. ფედერალური სუბსიდია გადაირიცხება სადაზღვევო კომპანიაში. 2014-2020 წლების პერიოდში აღნიშნულ სუბსიდიებზე მოსალოდნელი ხარჯები შეადგენს 449 მილიარდ დოლარს (81).

თუ დამსაქმებლის დაზღვევის პროდუქტი შეადგენს აქტუარული ღირებულების სულ მცირე 60%-ს, ან თუ დასაქმებულის პრემიის წილი აღემატება შემოსავლების 9,5%-ს, დასაქმებული მიიღებს სუბსიდიას. ანუ სახელმწიფო გარანტიას იძლევა, რომ ბენეფიციარი შემოსავლის 9.8 %-ზე მეტს არ გადაიხდის სადაზღვევო პაკეტის შესაძენად.

სუბსიდიები გაიცემა მცოცავი, შემოსავალზე დაფუძნებული სკალით, რომლის მეშვეობით, რაც უფრო მცირეა შემოსავალი მით ნაკლებს იხდის ბენეფიციარი დაზღვევისათვის. 133-400%-იან სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობა მიიღებს სუბსიდიას, ისე რომ ისინი არ გადაიხდიან შემოსავლების 10%-ზე მეტს დაზღვევისთვის. კერძოდ, პირები, რომელთა შემოსავალი სიღარიბის ზღვარის 133-200 %-ს შეადგენს, პრემიაზე შემოსავლის 4 %-ზე ზევით ხარჯებს დაფარავს სუბსიდია. მაგალითად, პირი, რომლის შემოსავალი 14 000 დოლარია, ხოლო 4 წევრიანი ოჯახისათვის 29 000 დოლარი, დაზღვევისათვის იხდის შემოსავლის 3-4 %-მდე. პირი, რომლის შემოსავალი სიღარიბის ფედერალური ზღვარის 300-400 %-ს

შეადგენს, პრემიაზე შემოსავლის 9.5 %-ზე ზევით ხარჯები დაიფარება გაცემული სუბსიდიებით.

სუბსიდიები გაიცემა ჯიბიდან გადახდების (თანაგადახდა, თანადაზღვევა, დედუქციები) შესამცირებლად. აღნიშნული სუბსიდიაც მცოცავი, შემოსავალზე დაფუძნებული სკალით გაიცემა. პირები, რომელთა შემოსავლები სიღარიბის ზღვარის 150 %-ს შეადგენს მიიღებენ სუბსიდიას, რომლითაც ჯიბიდან გადახდების მაქსიმალური ხარჯები არ აღემატება სადაზღვევო გეგმის აქტუარული ღირებულების 6 %-ს. პირები, რომელთა შემოსავლები სიღარიბის ზღვარის 250-400 %-ს შეადგენს მიიღებენ სუბსიდიას, რომლითაც ჯიბიდან გადახდების მაქსიმალური ხარჯები არ აღემატება სადაზღვევო გეგმის აქტუარული ღირებულების 30 %-ს. ასე მაგალითად, ოთხწევრიანი პირი, რომლის წლიური შემოსავალი 30000 \$-ს შეადგენს, 9435 \$-იანი სადაზღვევო პოლისის ყიდვისას, მიიღებს 8481 \$-ის ფედერალურ სუბსიდიას, ხოლო თვითონ იხდის 954 \$-ს. თუ ოთხწევრიან ოჯახის წლიური შემოსავალი შეადგენს 65 000 \$-ს, მიიღებს 3358 \$-ის სუბსიდიას, ხოლო თვითონ გადაიხდის 6077 \$-ს.

რეფორმა ითვალისწინებს იმ დამსაქმებლების ხელშეწყობას, რომელსაც ჰყავს არა უმეტეს 25 თანამშრომლისა და საშუალო წლიური ხელფასები არის \$50 000 ნაკლები. დასაქმებულებისთვის სამედიცინო დაზღვევის შესაძენად გაიცემა კრედიტი. ამასთან, დამქირავებელი ვალდებულია დააზღვიოს სრულგანაკვეთიანი დაქირავებული პირი და გადაიხადოს პაკეტის ღირებულების არანაკლებ 50 %. კრედიტის რაოდენობა დამოკიდებულია საწარმოს ზომაზე და დაქირავებულის ხელფასზე. 2011-2014 წლების პერიოდში, დამქირავებელს, რომლის თანამშრომელთა რაოდენობა 10-ს ან მასზე ნაკლებს, ხოლო საშუალო წლიური ხელფასი 25 000 \$ შეადგენს, უფლება აქვს მიიღოს კრედიტი, რომელიც შეესაბამება დამქირავებლის შენატანის მთლიანი რაოდენობის 35 %-ს. ჩვეულებრივ, საოჯახო პოლისისათვის კრედიტი შეადგენს დაახლოებით 2000 \$-ს. 2014 წლის შემდეგ

იგივე დამქირავებელი, რომლის თანამშრომელთა რაოდენობა 10-ს ან მასზე ნაკლებს, ხოლო საშუალო წლიური ხელფასი 25 000 \$ შეადგენს, მიიღებს კრედიტს, რომელიც შეესაბამება დამქირავებლის შენატანის მთლიანი რაოდენობის 50 %-ს.

აგრეთვე გათვალისწინებულია შუალედური გადაზღვევის პროგრამის შექმნა დამსაქმებლებისთვის, რომლებიც უზრუნველყოფენ სამედიცინო დაზღვევას 55 წელზე მეტი ასაკის პენსიონერებზე, რომელთაც არ აქვთ მედიკაში გაწევრიანების უფლება. პროგრამა აუნაზღაურებს დამსაქმებელს, ან დამზღვევს ზარალების 80% \$15000-დან – \$90000-მდე. პროგრამა დაიწყება 2010 წლის ივნისში და დასრულდება 2014 წლის 1 იანვარს.

კონგრესის საბიუჯეტო კომიტეტის გათვლებით, 25 მილიონი ადამიანი იყიდის დაზღვევას ამერიკის ჯანმრთელობის სარგებლების ბირჟების ("American Health Benefit Exchange") მეშვეობით, აქედან 19 მილიონს დასჭირდება ფინანსური დახმარება. რეფორმა ითვალისწინებს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრების დაფინანსების გაზრდას (11 მილიარდი დოლარი). დაახლოებით 1.5 მილიარდი დოლარი გამოიყოფა ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრების ასაშენებლად.

ამერიკის ჯანმრთელობის სარგებლების ბირჟა

რეფორმის მთავარი ელემენტია ამერიკის ჯანმრთელობის სარგებლების ბირჟების ("American Health Benefit Exchange") შექმნა, რომელიც სადაზღვევო ბაზრის ფუნდამენტალურ ცვლილებებს გამოიწვევს. გარკვეული სახით ამერიკის ჯანმრთელობის სარგებლების ბირჟა ემსგავსება მით რომნის (Mitt Romney) მასაჩუსეტის გეგმის კონექტორს ("Connector"). ბირჟა ერთგვარ ანგარიშსწორების პალატას, საბითუმო ვაჭრობის დაწესებულებას წარმოადგენს, სადაც მომხმარებლები ურთიერთობას ამყარებენ პროვაიდერებთან და ეცნობიან სადაზღვევო პროდუქტებთან დაკავშირებულ

ინფორმაციას⁷⁴. ბირჟები ახდენენ სადაზღვევო გეგმების (მათ შორის სერვისების ხარჯები) შეფასებას, რითაც დახმარებას უწევენ მომმარებლებს სადაზღვევო გეგმის არჩევაში.

ჯანმრთელობის სარგებლების ბირჟების მიზნები და ამოცანებია:

- კონკურენცია ფასით და ხარისხით და არა შიგთავსით – სადაზღვევო პროდუქტებით შეთავაზებული მომსახურება, ანაზღაურების ლიმიტები და თანაგადახდის პირობები სტანდარტიზებულია (მაქსიმალური წლიური ზღვარი – 5950 \$ ერთი პირისათვის და 11900\$ ოჯახისათვის), რაც შესაძარისს ხდის სხვადასხვა სადაზღვევო კომპანიის პროდუქტს;

- ადმინისტრაციული მექანიზმების შექმნა იოლი გაწვევრიანებისთვის – დიდი ბიზნესი თავად აფორმებს კონტრაქტს სადაზღვევო კომპანიებთან და უზრუნველყოფს პრემიუმების გადახდას და კონტრაქტის განახლებას, იგივე ფუნციებს შეასრულებს "Exchange" მცირე ბიზნესისა და ინდივიდებისთვის; ბენეფიციარებს და მცირე ბიზნესის წარმომადგენლებს შეუძლიათ იყიდონ სტანდარტული სადაზღვევო გეგმები ონლაინის მეშვეობით;

- დაბალშემოსავლიანი პირებისათვის (სიღარიბის ფედერალური ზღვარის 400 %-ზე ნაკლები) და მცირე ბიზნესის წარმომადგენლებისათვის (50-მდე დასაქმებული) ბირჟების მეშვეობით სადაზღვევო გეგმების შესაძენად გაიცემა სუბსიდია; სადაზღვევო კომპანიებს ეკრძალებათ აღნიშნულ პირებზე ჯანმრთელობის მდგომარეობის, სქესის ან შემოსავლების და სხვა მაჩვენებლების (ასაკის გარდა) მიხედვით დისკრიმინაცია; განხორციელდება პრემიუმის ცვლილების ან აკრძალვა ან ლიმიტირება;

- დაზღვევის პერმანენტულობა – სამუშაო ადგილის ცვლილებისას დაზღვეულის სტატუსის შენარჩუნება;

- სადაზღვევო პროდუქტების, დაზღვევის პირობების და სადაზღვევო კომპანიების შესახებ მომხმარებლის უკეთესი ინფორმირება.

სახელმწიფოს ხელშეწყობით თითოეულ შტატში შეიქმნება ამერიკის ჯანმრთელობის სარგებლების ბირჟები ("American Health Benefit Exchange"). მათი

საქმიანობა ძირითადად შტატების კანონებს დაეფუძნება, ცხადია ფედერალური პირობების გათვალისწინებით. რამდენიმე შტატს შეუძლიათ გაერთიანებული ძალებით შექმნან რეგიონალური ბირჟა. შესაძლებელია ერთ შტატში რამდენიმე "Exchange"-ის არსებობა, თუ ცალკეული მათგანი ემსახურება კონკრეტული გეოგრაფიულ არეალს. ჯანმრთელობის დაზღვევის ბირჟების შექმნაში სახელმწიფო გაიღებს გარკვეულ ხარჯებს. ჯანმრთელობის დაზღვევის ბირჟების ფუნქციონირება დაიწყება 2014 წელს.

იმ პირობებს, რომლებისთვისაც ფინანსურად ხელმიუწვდომელია დაზღვევა, საშუალება ექნებათ იყიდონ დაზღვევა ამერიკის ჯანმრთელობის სარგებლების ბირჟების მეშვეობით. მცირე ბიზნესისთვის ჩამოყალიბდება ცალკე ამერიკის ჯანმრთელობის სარგებლების ბირჟების ცენტრები. სადაზღვევო მოცვა ხელმისაწვდომი რომ გახდეს, განხორციელდება პრემიუმების და წილობრივი გადახდების (cost-sharing) სუბსიდირება.

ჯანმრთელობის სარგებლების ბირჟების მეშვეობით დაზღვევის ყიდვის უფლება აშშ მოქალაქეებს და ლეგალურ ემიგრანტებს. მცირე ბიზნესში (სადაც დასაქმებულთა რაოდენობა 100-ზე ნაკლებია) დასაქმებულებს შეუძლიათ შეიძინონ დაზღვევა ჯანმრთელობის სარგებლების ბირჟების მეშვეობით.

ჯანმრთელობის სარგებლების ბირჟები არ მოიცავს სახელმწიფო პროგრამების არჩევანს (public plan option). პერსონალის მართვის კომიტეტი (Office of Personnel Management), რომელიც მართავს ფედერალური დაქირავებულების ჯანმრთელობის სარგებლების პროგრამას, ხელშეკრულებას გააფორმებს კერძო დაზღვევის კომპანიასთან თითოეულ ბირჟაში (არანაკლებ ერთი არამომგებიანი ორგანიზაციის ჩათვლით) არანაკლებ ორი მულტი-შტატის გეგმის მოცვისათვის. ყოველ შტატში ბირჟები უნდა მოიცავდეს არანაკლებ ორ მულტი-შტატის სადაზღვევო გეგმებს. მულტი-შტატის გეგმები საჭიროებს ლიცენზირებას და რეგულირებას. არანაკლებ ერთი სადაზღვევო გეგმა არ უნდა მოიცავდეს აბორტს, აგრეთვე ერთი მზღვეველი უნდა იყოს არამომგებიანი.

ბირჟების გეგმები უნდა მოიცავდნენ სარგებლებს, რომლებიც შეესაბამება დადგენილ მინიმალურ სტანდარტს. მინიმალური პაკეტი უნდა შეესაბამებოდნენ ფედერალურ მოთხოვნებს. შტატებს შეუძლიათ შესთავაზონ დამატებითი პაკეტი. მინიმალური სადაზღვევო პაკეტის ჩათვლით შემუშავებულია ოთხი სადაზღვევო პაკეტი, რომლებიც ერთმანეთისაგან განსხვავდება პრემიების, ჯიბიდან გადახდების და სარგებლების მიხედვით და ერთი კატასტროფული დანახარჯების პაკეტი, რომელიც გაიყიდება ბირჟების მეშვეობით:

- ბრინჯაოს პაკეტი – აუცილებელი სამედიცინო დაზღვევა, რომელიც ფარავს სამედიცინო ხარჯების 60%-ს (ყველაზე იაფი პაკეტი), ჯიბიდან გადახდების ლიმიტი ტოლია ჯანმრთელობის სადეპოზიტო ანგარიშის (HSA) ლიმიტის (\$5,950 ინდივიდებისთვის და \$11,900 ოჯახებისთვის 2010 წელს);
- ვერცხლის პაკეტი – აუცილებელი სამედიცინო დაზღვევა, რომელიც ფარავს სამედიცინო ხარჯების 70%-ს, HSA ლიმიტით;
- ოქროს პაკეტი – აუცილებელი სამედიცინო დაზღვევა, რომელიც ფარავს სამედიცინო ხარჯების 80%-ს, HSA ლიმიტით;
- პლატინის პაკეტი – აუცილებელი სამედიცინო დაზღვევა, რომელიც ფარავს სამედიცინო ხარჯების 90%-ს, HSA ლიმიტით;
- კატასტროფული პაკეტი – 30 წლამდე ახალგაზრდა, ან იმ პირებისთვის, ვინც არ არის ვალდებული შეიძინოს დაზღვევა და ფარავს მომსახურების ღირებულებას ჯანმრთელობის შემნახველ ანგარიშების (HSA) ლიმიტით.

ბენეფიციარის მრიდან ჯიბიდან გადახდის პირობები ლიმიტირებულია მისი შემოსავლების შესაბამისად:

- ბენეფიციარს, რომელსაც აქვს სიღარიბის ფედერალური ზღვარის 400 %-ზე მეტი შემოსავალი, ჯიბიდან გადახდების მაქსიმალური წლიური ზღვარი შეადგენს 5950 \$-ს ერთი პირისათვის და 11900\$

ოჯახისათვის (დაახლოებით ჯანმრთელობის შემნახველ ანგარიშებზე არსებული ლიმიტის ტოლი). იგივე ლიმიტი ეხება კატასტროფული ხარჯების გეგმასაც.

- პირები რომელთა შემოსავალი სიღარიბის ფედერალური ზღვარის 300-400 %-ს შეადგენს, ჯიბიდან გადახდების მაქსიმალური წლიური ზღვარი შეადგენს 3987 \$-ს ერთი პირისათვის და 7973 \$-ს ოჯახისათვის (ჯანმრთელობის შემნახველ ანგარიშებზე არსებული ლიმიტის ორი მესამედი);
- პირები რომელთა შემოსავალი სიღარიბის ფედერალური ზღვარის 200-300 %-ს შეადგენს, ჯიბიდან გადახდების მაქსიმალური წლიური ზღვარი შეადგენს 2975 \$-ს ერთი პირისათვის და 5950 \$-ს ოჯახისათვის (ჯანმრთელობის შემნახველ ანგარიშებზე არსებული ლიმიტის ნახევარი);
- პირები რომელთა შემოსავალი სიღარიბის ფედერალური ზღვარის 200 %-ზე ნაკლებს შეადგენს, ჯიბიდან გადახდების მაქსიმალური წლიური ზღვარი შეადგენს 1983 \$-ს ერთი პირისათვის და 3967 \$-ს ოჯახისათვის (ჯანმრთელობის შემნახველ ანგარიშებზე არსებული ლიმიტის ერთი მესამედი).

კონგრესის საბიუჯეტო კომიტეტის (CBO) გათვლით, ბრინჯაოს პაკეტის პრემიის ღირებულება ინდივიდუალური პირისათვის შეადგენს დაახლოებით 4500 \$-დან 5000 \$-მდე, ხოლო ოჯახისათვის 12000 \$-დან 12500 \$-მდე⁷⁹. სხვა პაკეტების ღირებულება გაცილებით მაღალია.

რეგულირება

რეფორმა ითვალისწინებს რეგულირების სისტემის ჩამოყალიბებას ჯანმრთელობის გეგმების/დაზღვევის პროდუქტებისთვის. რეფორმით გამკაცრდება მოთხოვნები კერძო დაზღვევის კომპანიებთან. სადაზღვევო კომპანიებს უფლება არ ექნებათ ჯანმრთელობის მდგომარეობის, ან სქესის გამო

უარი უთხრან ბენეფიციარებს, ან ამისთვის მოითხოვონ მაღალი სადაზღვევო შესატანი. 26 წლამდე პირებს უფლება აქვთ ისარგებლონ თავიანთი მშობლების სადაზღვევო პოლისით.

2014 წლიდან ყველა მოქალაქე და რეზიდენტი ვალდებულია ჰქონდეს სამედიცინო დაზღვევა. რეფორმით გათვალისწინებულია ადმინისტრაციული პასუხისმგებლობის დაწესება იმ პირებზე, რომლებიც არ შეიძენენ დაზღვევას. დაზღვევის არქონა ისჯება ჯარიმით, რომელიც განხორციელდება შემდეგი სქემით: \$95 – 2014 წელს, \$325 – 2015 წელს და \$695 – 2016 წელს, ანუ 2014 წელს – ოჯახის შემოსავლის 1.0%; 2015 წელს – 2% და 2016 წელს კი 2.5%. ჯარიმები სრულ ოდენობას აღწევს 2016 წელს. გამონაკლის შეადგენენ ამერიკელი ინდიელები, ადამიანები, რომელთაც დაზღვევა არ ჰქონდა 3 თვეზე ნაკლები ვადით, დოკუმენტების არ მქონე იმიგრანტები, ის პირები, რომელთა დაზღვევის პაკეტი აჭარბებს მათი შემოსავლის 8%-ს და ისინი, ვისი შემოსავალიც ნაკლებია სიღარიბის ზღვარზე.

რეფორმის მიხედვით, ადმინისტრაციული პასუხისმგებლობა დაეკისრებათ იმ საწარმოების მფლობელებსაც, რომლებიც უარს განაცხადებენ დაქირავებულებისათვის დაზღვევის შექმნაზე. კერძოდ, დამქირავებლებს რომელთაც ჰყავთ 50 და მეტი თანამშრომელი, რომლებიც არ არიან დაფარული დაზღვევით, და თუ ჰყავთ ერთი სრულ განაკვეთზე დასაქმებული თანამშრომელი მაინც, რომელიც იღებს ფედერალური მთავრობის სუბსიდიას სამედიცინო დაზღვევის საყიდლად, დამქირავებელმა უნდა გადაიხადოს \$2000 ყოველ ასეთ, სრულ განაკვეთზე დასაქმებულ თანამშრომელზე.

დამქირავებელი, რომელსაც ჰყავს 200 მეტი თანამშრომელი, რომელიც სთავაზობს დაზღვევას თანამშრომლებს, ვალდებულია ავტომატურად გააწევიანოს თანამშრომლები დაზღვევაში.

დამსაქმებელს მოეთხოვება, უზრუნველყოს ვაუჩერის თავისუფალი არჩევანი იმ თანამშრომლებისთვის, რომელთაც გადაწყვიტეს მიიღონ დაფარვა "Exchange"-ს საშუალებით და მათი შემოსავალი ნაკლებია სიღარიბის

ფედერალური ზღვრის 400%-ზე (ერთი პირისათვის შეადგენს 10800 \$-ს, ოთხწევრიანი ოჯახისათვის 22000 \$-ს), რომელთა პრემიის წილი მეტია შემოსავლის 8%-ზე და ნაკლები 9,8%-ზე.

მონიტორინგი, სისტემის გამჭვირვალობის ამაღლება

რეფორმით გათვალისწინებულია კონტროლის მექანიზმების და სისტემის გამჭვირვალობის ამაღლების ღონისძიებების ჩამოყალიბება. კერძოდ:

- საავადმყოფოებმა უნდა გამოაქვეყნონ მათ მიერ გასაწევი სერვისების ღირებულება;
- სადაზღვევო გეგმების სტანდარტიზაცია, რომელიც უნდა შეესაბამებოდეს მომხმარებელთა მოთხოვნებს და მომსახურების ხარისხს;
- ბენეფიციართა ინფორმირება სადაზღვევო პრემიების გაზრდის მიზეზების თაობაზე;
- შედარებითი ეფექტური თერაპიულ ღონისძიებებზე დამოუკიდებელი კვლევების ჩატარება.

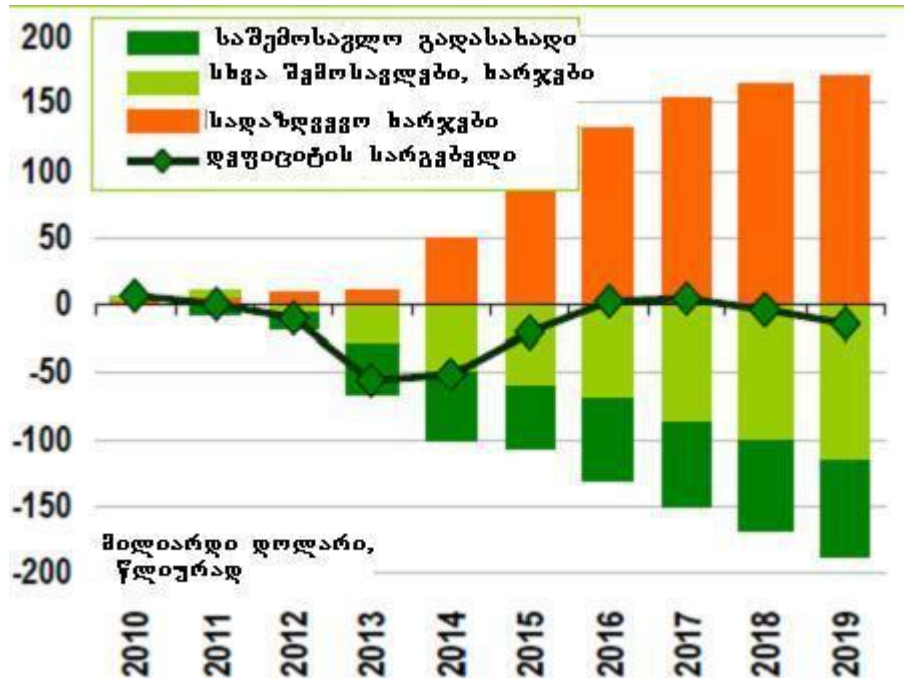
რეფორმის ბიუჯეტი, მაკროეკონომიკური შედეგი

მიუხედავად ოპონენტ ექსპერტთა მტკიცებისა, რეფორმით გამოწვეული ბიუჯეტის შესაძლო დეფიციტის შესახებ, დამოუკიდებელი ორგანიზაციის, კონგრესის საბიუჯეტო კომიტეტის გათვლით, რეფორმა გრძელვადიან პერსპექტივაში ბიუჯეტის დეფიციტს შეამცირებს. კონგრესის საბიუჯეტო კომიტეტის მიერ წარმოდგენილი ანგარიშის მიხედვით, რეფორმის შედეგად, პირველი ათი წლის განმავლობაში დაიხარჯება 938 მილიარდი დოლარი, ხოლო იმავე პერიოდში ფედერალური ბიუჯეტის დეფიციტი 143 მილიარდ დოლარამდე შემცირდება, ხოლო შემდგომი 10 წლის პერიოდში ფედერალური ბიუჯეტის დეფიციტი 1.2 ტრილიონ დოლარამდე შემცირდება.

რეფორმის მიზანს წარმოადგენს ფედერალური ბიუჯეტის და ქვეყნის ეკონომიკის სტაბილურობა. მოსახლეობის სადაზღვევო დაფარვის გაზრდის

გამო, რეფორმა ითვალისწინებს ჯანდაცვაზე ხარჯების გაზრდას უახლოესი 10 წლის განმავლობაში. თუმცა დამატებითი დანახარჯების წილი მშპ-ის 0.5 %-ს არ აღემატება (2009 წელს ჯანდაცვაზე დანახარჯებმა შეადგინა მშპ-ის 17 %).

ნახ: საბიუჯეტო ეფექტი



წყარო: კონგრესის საბიუჯეტო კომიტეტის გათვლები

პროგრამის დაფინანსების წყაროებს წარმოადგენს:

- მედიქას სავალდებულო გადასახადების გაზრდა შემლებული ფუნდებისათვის – ბენეფიციარს, რომლის წლიური შემოსავალი 200 000 \$-ზე მეტია, ხოლო შეუღლებულ პირებს, რომელთა შემოსავალი 250 000 \$-ს აღემატება, მედიქას გადასახადი გაეზრდებათ 2.9%-დან 3.8 %-მდე. უპირველეს ყოვლისა მედიქა "ა" ნაწილის (ჰოსპიტალური დაზღვევა) გადასახადი გაიზრდება 0.9 %-დან 2.35 %-მდე;

- გადასახადი ინვესტიციებიდან მიღებულ შემოსავლებზე – 2013 წლის 1 იანვრიდან ახალი გადასახადი დაწესდება მდიდარი შინამეურნეობების საინვესტიციო შემოსავლებზე (3.8 %), დივიდენდებზე, კერძოდ იმ ბენეფიციარებზე, რომელთა მთლიანი წლიური შემოსავალი 200 000 \$-ზე მეტია, და შეუღლებულ პირებზე, რომელთა მთლიანი წლიური შემოსავალი

250 000 \$-ს აღმატება. თუ შეუღლებულ პირების სახელფასო შემოსავალი შეადგენს 200000 \$-ს და 100 000 \$ კაპიტალური სარგებლიდან, 50000 \$ ექვემდებარება გადასახადს. კაპიტალურ სარგებელს განეკუთვნება უძრავი ქონების გაყიდვებიდან მიღებული სარგებელი, ანუ, როდესაც პირი უძრავი ქონების გაყიდვიდან მიიღებს 200000\$ ან მეტ მოგებას, იგი ექვემდებარება გადასახადს. ამ გადასახადის დაწესებით კაპიტალურ სარგებელზე დღეს არსებული 15 %-იანი გადასახადი 24 %-მდე გაიზრდება. გადასახადის გაერთიანებული კომიტეტის (Joint Committee on Taxation) გათვლებით ამ გადასახადებით შემოსული შემოსავალი 2013 წლიდან 2019 წლამდე შეადგენს 210 მილიარდ დოლარს. ზოგიერთი მკვლევარი თვლის, რომ კაპიტალურ სარგებლებზე გადასახადის მომატება შეამცირებს ინვესტიციებს, რაც განაპირობებს ეკონომიკური ზრდის შეფერხებას, სამუშაო ადგილების და ხელფასების შემცირებას (74);

- "კადილაკის გადასახადი" ძვირადღირებულ დაზღვევის გეგმებზე – ძვირადღირებულ სამედიცინო დაზღვევის გეგმებზე, ე.წ. "კადილაკის პოლისებზე" დაწესდება 40 %-იანი სააქციო გადასახადი, ე.წ. "კადილაკის გადასახადი" ("Cadillac tax"). კერძოდ, სააქციო გადასახადი დაწესდება სადაზღვევო გეგმებზე, რომელთა წლიური ღირებულება ინდივიდუალური პირისათვის შეადგენს 10200 დოლარს, ხოლო ოჯახის მოცვისათვის 27 500 დოლარს. აღნიშნული ახალი გადასახადი ამოქმედდება 2018 წელს. გადასახადის გაერთიანებული კომიტეტის (Joint Committee on Taxation) გათვლებით ამ გადასახადით 2 წლის განმავლობაში შემოსული შემოსავალი შეადგენს 32 მილიარდ დოლარს. მკვლევარების აზრით, აღნიშნული გადასახადი შეეხება დასაქმებულთა 12 %-ს.

- სამედიცინო ტექნოლოგიებზე გადასახადები – 2013 წლის 1 იანვრიდან სამედიცინო ტექნოლოგიებზე (მოწყობილობა-დანადგარები) დაწესდება 2.3 % სააქციო გადასახადი. გადასახადი დაწესდება ყველა სახის სამედიცინო ტექნოლოგიებზე კომპიუტერული ტომოგრაფიიდან დაწყებული ქირურგიული

დანების ჩათვლით. გადასახადები დაწესდება ლაბორატორიულ გამოკვლევებზეც. ამ გადასახადით შემოსული თანხა შეადგენს 20 მილიარდ დოლარს;

- გადასახადები მედიკამენტებზე – გადასახადები დაწესდება ფარმაცევტულ საწარმოებზე ბაზარზე მათი წილის პროპორციულად, აგრეთვე გადასახადები დაწესდება ბრენდირებულ მედიკამენტებზე. ამ გადასახადებით ფარმაცევტული საწარმოებიდან 2011-2019 წლებში შემოსული თანხები შეადგენს 27 მილიარდ დოლარს. ზოგი მკვლევარის აზრით, აღნიშნული გადასახადი მედიკამენტების გაძვირებას გამოიწვევს (74);

- სადაზღვევო კომპანიებზე დამატებითი გადასახადები – 2011 წლიდან სადაზღვევო კომპანიებზე დაწესდება დამატებითი გადასახადები, რომელიც დამოკიდებული იქნება მათ წილზე სადაზღვევო ბაზარზე, კერძოდ, კომპანიის მიერ მოზიდულ პრემიებზე. გათვლებით, ამ გადასახადებით შემოსული თანხა 60 მილიარდ დოლარს შეადგენს. ზოგი მკვლევარის აზრით, აღნიშნული გადასახადი სადაზღვევო პრემიების კიდევ უფრო გაზრდას გამოიწვევს (74);

- ჯანდაცვის ხარჯების ზრდის ტემპის შემცირება, სერვისების ღირებულების შემცირება, სერვისების ხარჯთეფექტურობის გაზრდა (156 მილიარდი დოლარი);

- სახელმწიფო პროგრამების, ძირითადად მედიქას სახელმწიფო ხარჯების შემცირება (132 მილიარდი დოლარი) – მედიქას სადაზღვევო გეგმაზე სახელმწიფო ხარჯები 10 წლის განმავლობაში შემცირდება 132 მილიარდი დოლარით.

- მედიქას სადაზღვევო პროგრამის ეფექტურობის გაზრდა და ხარჯების შემცირება – მედიქას ბინაზე სამედიცინო დახმარების პროგრამის ხარჯები 10 წლის განმავლობაში შემცირდება 40 მილიარდი დოლარით. 2019 წლისათვის საავადმყოფოებზე გარკვეული დანახარჯები 22 მილიარდით შემცირდება;

- მედიქას უპირატესობის (Medicare Advantage) სადაზღვევო პროგრამის ეფექტურობის გაზრდა და ხარჯების შემცირება 70 მილიარდი დოლარით (ამ

პროგრამით თითო პირზე ხარჯები 14 %-ით აღემატება ჩვეულებრივი მედიქეას ხარჯებს);

- ნებაყოფლობითი ადგილობრივი მიკროდაზღვევის შექმნა დროებითი შრომისუნარიანობის შემთხვევაში, საავადმყოფო ადგილების ეკონომია (70 მილიარდი დოლარი)

ზოგი მკვლევარის მტკიცებით, გადასახადები და სუბსიდიები განაპირობებს შემოსავლების ძირეულ გადანაწილებას. ახალი კანონის საფუძველზე, ოჯახები რომელთა წლიური შემოსავლები აღემატება 348000 \$-ს, მოუწევთ დამატებით 52000 \$-ის გადახდა. ის პირები, რომელთა წლიური შემოსავლები 18000\$-ზე ნაკლებია, მიიღებენ მცირე სარგებელს, რადგან მათზე ისედაც ვრცელდება მედიქეიდის პროგრამა (74).

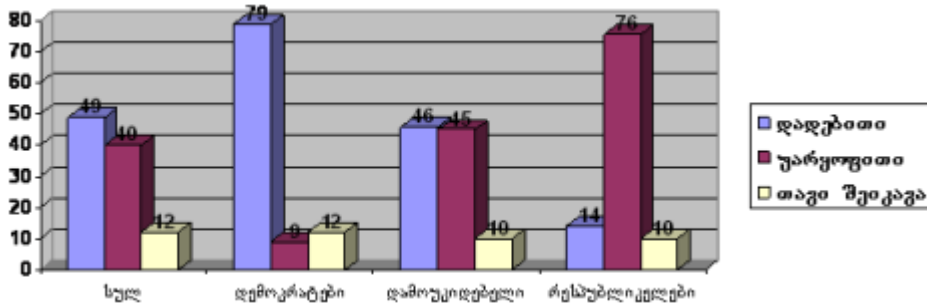
მოსახლეობის დამოკიდებულება მიმდინარე რეფორმებზე

რეფორმის შესახებ მოსახლეობის აზრი მკვეთრად პოლარიზებულია. ზოგი ექსპერტი თვლის რომ დროთა განმავლობაში მისი პოპულარობა გაიზრდება, თუ მხედველობაში მივიღებთ მედიქეას სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამის შემოღების გამოცდილებას. 1965 წელს მედიქეას პროგრამის მიღებაც კონსერვატორების მხრიდან განიცდიდა იმავე სახის მკაცრ კრიტიკას მედიცინის სოციალიზაციის შესახებ. თუმცა დღეს მედიქეას პროგრამა საკმაოდ პოპულარულია.

კომპანია გელლაპის მიერ ჩატარებული სოციალური გამოკითხვით, აშშ-ის მოქალაქეთა 49 % ჯანდაცვის რეფორმას მხარს უჭერს, მაშინ როდესაც რესპოდენტთა 40 % მას ნეგატიურად განიხილავს.

კანონის მიღების შემდეგ სადაზღვევო და ფარმაცევტული კომპანიების აქციების ზრდა ან დაცემა არ შეინიშნებოდა.

ნახ: როგორ ფიქრობთ, რამდენად კარგია ან ცუდია კონგრესის მიერ მიღებული ჯანდაცვის რეფორმა?



წყარო: GALLUP

მოკლევადიან პერსპექტივაში რეფორმას ამერიკის ეკონომიკისათვის არ ექნება მნიშვნელოვანი ეფექტი, რადგან მისი ძირითადი ასპექტები რამდენიმე წლის შემდეგ ამოქმედდება. მაგალითად, სადაზღვევო გეგმების ბირჟები გაიხსნება 2014 წელს. მოკლევადიან პერიოდში ახალ სადაზღვევო გეგმებზე მოსალოდნელია სადაზღვევო პრემიების გაზრდა, ბენეფიციართა დისკრიმინაციაზე აკრძალვის დაწესების გამო. აგრეთვე, მოკლევადიან პერიოდში ზოგიერთი მსხვილი კომპანია დაკარგავს მედიკამენტების შექმნასთან დაკავშირებულ ხარჯებზე საგადასახადო შეღავათებს იმ ყოფილი თანამშრომლებითვის, რომლებიც პენსიაზე გავიდნენ.

მკვლევართა აზრით, რეფორმა ვერ შეაჩერებს ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ბიუჯეტის დანახარჯების არაპროპორციულ ზრდას. თუმცა იგივე მკვლევარები აღიარებენ, რომ ზრდის პროცესი მცირედ შენელებს. ზოგი ექსპერტი იმედოვნებს, რომ მიღებული კანონი მხოლოდ პირველ და აუცილებელ ნაბიჯს წარმოადგენს, რომელმაც უნდა განავითაროს ქვეყნის შემდგომი სვლა ეფექტური ჯანდაცვის სისტემისაკენ. სისტემის გარდაქმნის ეტაპის შემდეგ მოსალოდნელია რეფორმათა ახალი წყება.

Abstract

Health care reform in the United States

Tengiz Verulava¹

Health care reform in the United States has a long history. Reforms have often been proposed but have rarely been accomplished. In 2010, landmark reform was passed through two federal statutes enacted in 2010: the Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA), signed March 23, 2010, and the Health Care and Education Reconciliation Act of 2010 (H.R. 4872), which amended the Patient Protection and Affordable Care Act and became law on March 30, 2010. Future reforms and ideas continue to be proposed, with notable arguments including a single-payer system and a reduction in fee-for-service medical care. The Patient Protection and Affordable Care Act includes a new agency, the Center for Medicare and Medicaid Innovation, which is intended to research reform ideas through pilot projects.

ბიბლიოგრაფია

- Shipman William G. Retiring with Dignity: Social Security vs. Private Markets, Cato Institute's Project on Social Security Privatization.
- Lionel Robbins. The Great Depression (London: Macmillan, 1934), pp. 203, 213, 236.
- Franklin D. Roosevelt, The Public Papers and Addresses of Franklin D. Roosevelt, comp. Samuel I. Rosenman (New York, Random House, 1938), vol. 3, pp. 287-93;
- Clive Riddle, President MCOL The Future of Managed Care An Outline, MCOLE – Seminars, 2000.
- Shirley Johnson-Lans, A Health Economic Primer, Pearson Education, Addison Wesley, 2005.
- Glied, Sherry A, "Managed Care" Handbook of Health Economics, Vol. 1A, Anthony J. Culyer and Joseph P. Newhouse, eds. (Amsterdam: Elsevier, 2000).
- Jensen, Gail A., et al. "The New Dominance of Managed Care: Insurance Care in the 1990s", Health Affairs, 16 (January-February 1997).

¹ Doctor of Medical Science, Professor of Ilia State University.

- Gutler, D. M. and R. J. Zeckhauser, “The Anatomy of Health Insurance”, Vol. 1A, Handbook of Health Economics.
- Carmen DeNavas-Walt, Bernadette D. Proctor, Jessica Smith Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2006, U.S. Department of Commerce, Economics and Statistics Administration, U.S. CENSUS BUREAU, 2007
- Thomas E. Getzen. Health Economics, Fundamentals and Flow of Funds. Temple University, 1997.
- Victor R. Fuchs, Three “Inconvenient Truths” About Health Care, The New England Journal of Medicine, October 23, 2008
- Health, United States, 2006, National Center for Health Statistics, With Chartbook on Trends in the Health of Americans. Hyattsville, MD: 2006;
- Michael Tanner, The Grass Is Not Always Greener. A Look at National Health Care Systems Around the World, Policy Analysis, March 18, 2008;
- Uwe Reinhardt, Peter Hussey, and Gerard Anderson, “U.S. Health Care Spending in an International Context,” Health Affairs 23, no. 3 (2004): 11–12.
- Jagadeesh Gokhale, “Medicaid’s Soaring Costs: Time to Step on the Brakes,” Cato Institute Policy Analysis no. 597, July 19, 2007.
- BlueCross BlueShield Association, “The Uninsured in America,” January 2005;
- Devon Herrick, “Crisis of the Uninsured: 2007,” National Center for Policy Analysis Brief Analysis no. 595, September 28, 2007.
- Joseph P. Newhouse_ Anna Sinaiko Can Multi-payer Financing Achieve Single-Payer Spending Levels? Forum for Health Economics & Policy, Volume 10, Issue 1 2007
- Cathy Schoen, Karen Davis, and Sara R. Collins, Building Blocks For Reform: Achieving Universal Coverage With Private And Public Group Health Insurance, Health Affairs 27, no. 3 (2008)
- Thomas M. Selden and Merrile Sing, “The Distribution Of Public Spending For Health Care In The United States, 2002,” Health Affairs 27, no. 5 (2008): 349-359 (published online 29 July 2008)
- Elizabeth Docteur, Hannes Suppanz et Jaejoon Woo, The U.S. Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform, OECD Working Papers, No. 350, 27 February 2003, p. 7

- Sally C. Pipes, *Miracle Cure: How to Solve America's Health Care Crisis and Why Canada Isn't the Answer*, (San Francisco and Vancouver: Pacific Research Institute and Fraser Institute, 2004), p. 25.
- Danap Goldman, Elizabetha McGlynn. *U.S. Health Care Facts About Cost, Access, and Quality*, <http://www.rand.org>
- Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, 2000, 2002, 2003a, and 2003b.
- Baker and Atlas, 2004; Canadian Institute for Health Information, 2003
- Centers for Medicare & Medicaid Services, 2004.
- Pamela Farley Short & Deborah R. Graefe, *Battery-Powered Health Insurance? Stability in Coverage of the Uninsured*, 22 *HEALTH AFFAIRS* 244, 247-48 (Nov./Dec. 2003); CBO, *supra* note 175, at viii fig.S2, 9 tbl.3.
- *Technological Change and the Growth of Health Care Spending*, The Congress of the United States O Congressional Budget Office, 2008
- *National Health Expenditure Data: NHE Fact Sheet*, Centers for Medicare and Medicaid Services, referenced February 26, 2008
- Marc L. Berk and Alan C. Monheit, "The Concentration Of Health Care Expenditures, Revisited", *Health Affairs*, Volume 20, Number 2, March/April 2001. Retrieved February 27, 2008.
- Marc L. Berk and Alan C. Monheit, "Datawatch: The Concentration Of Health Expenditures: An Update", *Health Affairs*, Winter 1992. Retrieved February 27, 2008.
- Micah Hartman, Aaron Catlin, David Lassman, Jonathan Cylus and Stephen Heffler, "U.S. Health Spending By Age, Selected Years Through 2004", *Health Affairs* web exclusive, November 6, 2007. Retrieved February 27, 2008.
- Henry J. Kaiser Family Foundation and Health Research and Educational Trust (Kaiser/HRET), *Employer Health Benefits: 2008 Annual Survey* (Washington, D.C.: Kaiser/HRET, September 2008).
- Sally C. Pipes. *The Top Ten Myths of American Health Care: A Citizen's Guide*, Pacific Research Institute. 2008.
- *Core Health Indicators*; The latest data from multiple WHO sources, World Health Organization, 2008

- David Brown, "Life Expectancy Hits Record High in United States," The Washington Post, June 12, 2008, "<http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2008/06/11/AR2008061101570.html?hpid=sec-health>
- Ezra Klein, "Health Care Reform for Beginners: The Many Flavors of the Public Option," Washington Post, June 8, 2009.
- Michael D. Tanner. Bad Medicine, A guide to the real costs and consequences of the new health care law. Cato Institute, 2010.
- Michael F. Cannon, Sinking SCHIP A First Step toward Stopping the Growth of Government Health Programs, Cato Institute, 2007
- Frank A. Sloan and Christopher J. Conover, "Effects of State Reforms on Health Insurance Coverage of Adults," Inquiry 35, no. 3 (Fall 1998): 280–93. See also Christopher J. Conover, "Health Care Regulation: A \$169 Billion Hidden Tax," CatoInstitute Policy Analysis no. 527, October 4, 2004.
- Mark V. Pauly and Bradley Herring, "Risk Pooling and Regulation: Policy and Reality in Today's Individual Health Insurance Market," Health Affairs 26, no. 3 (May/June 2007): 770–79.
- Steven G. Craig and Joel W. Sailors, "Interstate Trade Barriers and the Constitution," Cato Journal 6, no. 3 (Winter 1987): 821
- Michael Tanner. A Fork in the Road Obama, McCain, and Health Care, Cato Institute, 2008
- Devon Herrick, 'How to Create a Competitive Insurance Market,' National Center for Policy Analysis Brief Analysis no. 558, June 15, 2007, citing data from the Commonwealth Fund.
- Kim Bailey and Laura Parisi, Too Great A Burden: Americans Face Rising Health Care Costs (Washington: Families USA, April, 2009).