

UDC33

ე-49

ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი
პაატა გუგუშვილის ეკონომიკის ინსტიტუტი

Ivane Javakhishvili Tbilisi State University Paata Gugushvili Institute of
Economics

ეკონომისტი

EKONOMISTI

NSD

ERIH PLUS

European Reference Index for the Humanities

—



2017

4

ტომი-VOLUME

XIII

თენგიზ ვერულაგა

მედიცინის აკადემიური დოქტორი,
ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორი

ჯანდაცვის სისტემის რეფორმები აშშ-ში: ინდივიდუალიზმი და უნივერსალიზმი

რეზიუმე

პრეზიდენტ ბარაკ ობამას მიერ ინიცირებული სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის მთავარი მიზანია ჯანმრთელობის დაზღვევით მოსახლეობის დაფარვის გაფართოება და სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება. განვითარებულ ქვეყნებს შორის აშშ წარმოადგენდა ერთადერთ ქვეყანას, სადაც არ არსებობდა საყოველთაო, სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევა. რეფორმას არაერთგვაროვანი შეფასება მიეცა აშშ საზოგადოებაში. მეკვლევართა აზრით, რეფორმა ვერ შეაჩერებს ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ბიუჯეტის დანახარჯების ზრდას. თუმცა, იგი აუცილებელი ნაბიჯია ეფექტური ჯანდაცვის სისტემისაკენ ქვეყნის შემდგომი სვლისათვის.

საკვანძო სიტყვები: აშშ-ის ჯანდაცვის რეფორმები, საყოველთაო ჯანდაცვა, უნივერსალური მოცვა.

შესავალი

თითოეულ ქვეყანაში ჯანდაცვის საკუთარი სისტემაა განვითარებული. ამა თუ იმ ქვეყნის ჯანდაცვის ეროვნული სისტემა დამოკიდებულია ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკურ მდგომარეობაზე, ეკონომიკური განვითარების დონეზე, ეროვნული ხასიათის, პოლიტიკური ცხოვრების, კულტურისა და საზოგადოებრივი მსოფლმხედველობის თავისებურებებზე. ამერიკის შეერთებული შტატების ჯანდაცვის სისტემა ასახავს ამერიკული სოციალურ-ეკონომიკური მოდელის, იდეოლოგიის და ტრადიციების თავისებურებებს. ჯანდაცვის ამერიკული მოდელი უფრო მეტად ორიენტირებულია საბაზრო მექანიზმების მაქსიმალურად გამოყენებაზე [Fuchs, 2008:56].

აშშ-ში მოქმედებს სოციალური დაცვის შერჩევითი (სელექციური) სისტემა. იგი ეფუძნება მოსახლეობის საჭიროებების შეფასების პროცედურებს და გულისხმობს სახელმწიფოს მიერ მოსახლეობის მხოლოდ იმ ნაწილის მოცვას, ვინც სოციალურად დაუცველია ან მაღალი რისკის გამო უფრო საჭიროებს სერვისებს. ამისგან განსხვავებით, მსოფლიოს ბევრ ქვეყანაში მოქმედებს უნივერსალური, საყოველთაო ჯანდაცვის პრინციპი, რომელიც ფარავს მთელ მოსახლეობას. ინდივიდუალიზმისა და სელექციურობის პრინციპი მყარად დამკვიდრდა ამერიკულ საზოგადოებრივ ცნობიერებაში. თუ ვეროპულ 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 ბედსა და ქმედებებზე, ხოლო პასუხისმგებლობის სახელმწიფოსთვის გადაცემის იდეა დიდი მხარდაჭერით არ სარგებლობს. აშშ-ში ქვეყნის სოციალურ და საზოგადოებრივ ცხოვრებაში სახელმწიფოს როლის გაძლიერება ტრადიციულად განაპირობებს მოქალაქეთა გარკვეული ნაწილის უკმაყოფილებას. ამერიკელთა უმრავლესობა

ჯანდაცვის სფეროს განიხილავს არა როგორც სახელმწიფოს ყველაზე მნიშვნელოვან სოციალურ ფუნქციას, არამედ როგორც სერვისს, რომელიც სხვა სერვისების მსგავსად იყიდება სამედიცინო ბაზარზე [Tanner, 2008:69].

აშშ-ში ჯანდაცვის დეცენტრალიზებული სისტემაა, 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.

აშშ-ში ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში კერძო დაფინანსების წილი აღემატება სახელმწიფო დანახარჯების წილს. 2010 წლის მონაცემებით, სახელმწიფო დანახარჯების წილი შეადგენდა 48%-ს. აშშ-ში ჩამოყალიბდა შერეული ჯანდაცვის სისტემა, რომელიც დაფუძნებულია კერძო და სახელმწიფო პარტნიორობაზე [Pipes, 2008:126].

აშშ-ის ჯანდაცვის სისტემამ, მიუხედავად არსებული პრობლემებისა, უზრუნველყო უდიდესი მიღწევები სამედიცინო სფეროში. იგი სხვა ქვეყნებს უსწრებს თანამედროვე სამედიცინო ტექნოლოგიების განვითარების კუთხით. ამერიკელებს ეკუთვნით მნიშვნელოვანი გამოგონებები სამედიცინო სფეროში ბოლო 30 წლის განმავლობაში. ახალი პრეპარატების ნახევარზე მეტს ქმნიან ამერიკული ფარმაცევტული კომპანიები. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ აშშ-ს მიანიჭა პირველი ადგილი ისეთ პარამეტრებში, როგორცაა პაციენტის საჭიროებაზე მორგებული მომსახურება, პაციენტების კმაყოფილება ექიმის ან სამედიცინო დაწესებულების არჩევის, სამედიცინო პერსონალის პაციენტის მიმართ კეთილგანწყობილი დამოკიდებულების, მომსახურების დროულად გაწევის და კონფიდენციალურობის თვალსაზრისით. ერთ სულ მოსახლეზე გაწეული ჯანდაცვის ხარჯებით აშშ პირველ ადგილზეა მსოფლიოში.

ჯანდაცვის სფერო აშშ-ის პოლიტიკის ერთდერთი აქტუალური საკითხია. მიუხედავად ჯანდაცვის კერძო დაფინანსების დიდი წილისა, სახელმწიფო დაზღვევის პრობლემა პერიოდულად დგებოდა დღის წესრიგში, განსაკუთრებით მაშინ როდესაც იცვლებოდა ქვეყნის პოლიტიკური კლიმატი, რაც დაკავშირებული იყო ომთან, დეპრესიის პერიოდთან. ფრანკლინ რუზველტის რეფორმები დიდი დეპრესიის პერიოდთან ასოცირდება, ხოლო ჰარი ტრუმენის მიერ შემოთავაზებული სახელმწიფო დაზღვევის სისტემა – მეორე მსოფლიო ომის შემდგომ პერიოდთან. აშშ-ის ჯანდაცვის სისტემაში ბოლო ათწლეულში მიმდინარე ისტორიული ცვლილებები შესაძლებელია 2008 წლის მსოფლიო ეკონომიკურ კრიზისს დაეუკავშიროთ. ქვეყნის ორივე მთავარ პარტიას, რესპუბლიკურს და დემოკრატიულს, განსხვავებული მიდგომები აქვს ჯანდაცვის მიზნების და სისტემური მოწყობის შესახებ. თუმცა, მიუხედავად ამისა, ისინი ერთ რამეში თანხმდებიან: ამერიკის ჯანდაცვის სისტემა საჭიროებს ძირეულ რეფორმირებას.

რესპუბლიკური პარტიის ხედვა. რესპუბლიკელები მიიხსენებენ, რომ ჯანდაცვის სისტემაში სახელმწიფოს როლი უნდა იყოს მინიმალური. მათი აზრით, დემოკრატიების რეფორმა კიდევ უფრო გაზრდის ფედერალური ბიუჯეტის ისედაც ღრმა დეფიციტს. მაღალ შემოსავლებზე გადასახადების გაზრდა უარყოფითად იმოქმედებს ბიზნესის განვითარებაზე, კერძოდ, შეამცირებს სამუშაო ადგილებს, რაც მილიონობით საშუალო ფენის წარმომადგენლებს დაახარადლებს და კიდევ უფრო გაზრდის იმ პირთა რაოდენობას, რომელთაც, ობამას გეგმის მიხედვით, ესაჭიროებათ სახელმწიფო სუბსიდირება. ამასთან, მძიმე სახელმწიფო რეგულაციები,

ბიუროკრატის ზრდა სადაზღვევო კომპანიებს არასახარბიელო მდგომარეობაში ჩააყენებენ [Klein, 2009:156].

რესპუბლიკელთა აზრით, აშშ-ის ჯანდაცვის მაღალი ხარჯები განპირობებულია სახელმწიფოს გაზრდილი მარეგულირებელი როლით და 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 ითვალისწინებს. მათი მტკიცებით, დემოკრატების მიერ შემოთავაზებული სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევა განაპირობებს სადაზღვევო ბაზარზე სახელმწიფო და კერძო დაზღვევის არათანაბარ კონკურენციას, რადგან სახელმწიფო ყველანაირ ბერკეტს გამოიყენებს კონკურენციის შესაზღვდავად, რაც საბოლოოდ სახელმწიფო ჯანდაცვის სისტემას დააფუძნებს ქვეყანაში [Tanner, 2010:186].

რესპუბლიკელების აზრით, დემოკრატების ჯანდაცვის რეფორმა აშშ-ს საკონსტიტუციო საფრთხის წინაშე აყენებს. მოქალაქეები იძულებული ხდებიან, შეიძინონ ჯანმრთელობის დაზღვევა. წინააღმდეგ შემთხვევაში მათ ჯარმის გადახდა მოუწევთ. ამერიკის კონსტიტუციით 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. ამასთან, ობამას ინიციატივა არ შეესაბამება ამერიკულ პოლიტიკურ და საზოგადოებრივ კულტურას, რადგან იგი ეფუძნება მმართველობის უმცირესი ჩარევის პრინციპებს როგორც ეკონომიკურ, ისე სოციალურ სფეროში. ადამიანის წარმატება განისაზღვრება შრომისმოყვარეობით. ამიტომ, მიუღებელია მეტი გადასახადების გადახდა იმ პირების დაზღვევისთვის, ვინც, მათი აზრით, უსაქმურია, აქვთ ჭარბი წონა, თამბაქოს მომხმარებელია და ირჩევს ცხოვრების არაჯანსაღ წესს. რესპუბლიკელებმა ობამას ჯანდაცვის რეფორმას „სოციალისტური მედიცინა“ უწოდეს. მათი აზრით, ბარაკ ობამას ჯანდაცვის რეფორმა ანგრევს „ამერიკულ ოცნებას“, რომელიც ეფუძნება საკუთარ სიცოცხლეზე პიროვნული პასუხისმგებლობის და თავისუფალი არჩევანის იდეას (Cannon, 2007:56).

დემოკრატიული პარტიის ხედვა. დემოკრატებს მიაჩნიათ, რომ ჯანმრთელობის დაცვა „უფლებაა და არა პრივილეგია“. ისინი მხარს უჭერენ ჯანდაცვის სექტორში სახელმწიფო პასუხისმგებლობის, სადაზღვევო სექტორის რეგულირების გაზრდას, მინიმალური ბაზისური პაკეტის შექმნას, საშუალო და დაბალ-შემოსავლიანი ამერიკელებისათვის სახელმწიფო სუბსიდირების გაფართოებას. სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევის სისტემის მომხრენი მიიჩნევენ, რომ კერძო დაზღვევის სისტემა დაინტერესებულია დაბალრისკიანი, ჯანმრთელი პირების დაზღვევაში, რის გამოც მაღალრისკიანი ბენეფიციარები დაზღვევის გარეშე რჩებიან ან იძულებული არიან, მაღალი სადაზღვევო პრემიები გადაიხადონ. ამასთან, სახელმწიფო დაზღვევის სისტემა შედარებით ნაკლებ დანახარჯებს მოითხოვს, ვიდრე კერძო დაზღვევის სისტემა [Tanner, 2008:168].

2008 წლის 8 იანვარს ნიუ-ჰემფშირში წარმოთქმულ თავის წინასაარჩევნო სიტყვაში ბარაკ ობამამ განაცხადა: „ახალი ამერიკული უმრავლესობა წერტილს დაუსვამს მოსახლეობისათვის ხელმიუწვდომელი ჯანდაცვის სისტემის თავაშვებულობას... ჩემი რეფორმა ეხება კოლორადოელ ქალბატონს, რომელსაც ვესაუბრე. მან მიაბზო, რომ როდესაც მას აღმოუჩინეს ძუძუს კბო, სადაზღვევო კომპანიამ – რომელიც ამ ქალბატონისგან ყოველთვიურად 700 დოლარს იღებდა

– მკურნალობის დაფინანსებაზე უარი განუცხადა. სოცოცხლის გადასარჩენად ქალბატონი იძულებული გახდა საკუთარი საპენსიო დანახოვები 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”.

თავდაპირველად ბარაკ ობამა უპირატესობას ანიჭებდა ცენტრალიზებული, ერთი გადამხდელის სისტემის (“single-payer system”), სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევის სისტემის, ე.წ. „საზოგადოებრივი არჩევანი“ (“public option”), აგრეთვე საყოველთაო დაზღვევის (“universal health care”) ჩამოყალიბებას. თუმცა, ამერიკული საზოგადოების გარკვეული ფენების წინააღმდეგობის გამო, შემდგომ პერიოდში დემოკრატებმა ცვლილებები შეიტანეს წარმოდგენილ პროგრამაში.

ჯანდაცვის რეფორმირების ეტაპები

2009 წელს ბარაკ ობამამ ეროვნული ჯანდაცვის რეფორმის კოორდინაციისათვის დააფუძნა ჯანდაცვის რეფორმირების კომიტეტი. 2009 წლის 24 თებერვალს მან განაცხადა: „მე არ მაწუხებს ილუზიები, რომ ეს იქნება იოლი პროცესი. ეს იქნება საკმაოდ რთული. თითქმის 100 წელი გავიდა მას შემდეგ, რაც პირველად თედი რუზველტმა გამოაცხადა ჯანდაცვის რეფორმირების შესახებ. ჯანდაცვაზე დანახარჯებმა ძალიან დიდხანს დაამძიმა 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 პალატას. 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.

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 წინააღმდეგ გამოვიდნენ, რომელიც სადაზღვევო ბაზარზე არათანაბარ კონკურენციას გაუწევდა კერძო სექტორს.

დემოკრატებმა რეფორმის პროგრამაში ბევრი შესწორება შეიტანეს. კერძოდ:

- ამოღებულ იქნა სახელმწიფო სადაზღვევო გეგმა, ე.წ. „საზოგადოებრივი არჩევანი“ (პუბლიც ოპტიონ), რომელიც სადაზღვევო ბაზარზე კონკურენციას გაუწევდა კერძო სექტორს;

- წარმომადგენელთა პალატის კანონპროექტში განზრახული იყო დამატებითი გადასახადი 5.4% ინდივიდუალური პირების შემოსავლებზე (500000 \$-ზე მაღლა წლიურ შემოსავალზე). სენატის კანონპროექტში ამის მაგივრად წარმოდგენილ იქნა ძვირადღირებულ 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.

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 შევიდოდნენ და შემუშავებოდა კანონპროექტის ერთიანი ვერსია.

2010 წლის 22 თებერვალს ობამამ წარმოადგინა ჯანდაცვის რეფორმირების კანონპროექტის შეცვლილი ვარიანტი. იგი წარმოადგენდა ამერიკის კონგრესის ორივე პალატის მიერ წინათ მხარდაჭერილი ორი კანონპროექტის განზოგადებულ ვერსიას. ანალიტიკოსებმა ობამას გეგმა კომპრომისულ ვარიანტად ჩათვალეს, რომელიც, წინათ გაჟღერებული ინიციატივებისაგან განსხვავებით, არ შეიცავდა რადიკალურ იდეებს. რეფორმის განხორციელება ამერიკის ბიუჯეტს 10 წლის განმავლობაში დაუჯდება 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 სადავო საკითხს, რომელიც დემოკრატებსა და რესპუბლიკელებს შორის დისკუსიის პროვოცირებას გამოიწვევდა. კერძოდ, ობამას გეგმაში არ იყო ნახსენები სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევის სისტემის შექმნის ინიციატივა, რომელიც ოპონენტების მიერ აღიქმებოდა როგორც კერძო დაზღვევის ალტერნატივა.

რესპუბლიკელები კრიტიკულად შეხვდნენ პრეზიდენტის მიერ წარმოდგენილ ჯანდაცვის რეფორმის ვარიანტს. 2010 წლის 25 თებერვალს ბლეირ სახლში (Blair House) ჩატარდა სამიტი, სადაც წარმოდგენილი იყვნენ ორივე პარტიის ლიდერები. 7 საათიანი დებატების შემდეგ მიღწეულ იქნა კონსენსუსი დემოკრატებსა და რესპუბლიკელებს შორის.

2010 წლის 3 მარტს პრეზიდენტი თეთრ სახლში წარსდგა სიტყვით, სადაც კიდევ ერთხელ გაუსვა ხაზი ჯანდაცვის რეფორმის მნიშვნელობას: „როცა გვემის, რომ რეფორმისათვის ახლა დრო არ არის, გავისხენოთ, თუ რა სიტუაციაში არიან ის პაციენტები, რომლებიც, ჯანმრთელობის მდგომარეობის მიუხედავად, იძულებული გახდნენ დაზღვევაზე უარი ეთქვათ. ხალხი პოლიტიკას ნაკლებად აქცევს ყურადღებას, ნაცვლად ამისა მოსახლეობა დახმარებას ელის. სწორედ ამიტომ, ჯანდაცვის რეფორმა არ უნდა გადავდოთ“.

კანონის მიღებამდე ტელეკომპანია 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 მიიჩნევენ.

მიუხედავად პოლიტიკური ოპონენტების და ამერიკული საზოგადოების უმრავლესობის აზრისა, 2010 წლის 21 მარტს, გვიან საღამოს, კონგრესმენები

ისევ შეიკრიბნენ 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 არც ერთმა 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: „ეს დღე სხვა არაფერია, თუ არა კიდევ ერთი აგური, რომელიც ამერიკული ოცნების საძირკველში ჩაიდო. დღეს ჩვენ ისტორიის გამოწვევას ვუპასუხეთ, ისევე როგორც ჩვენამდე ამას სხვა თაობები აკეთებდნენ: როცა კრიზისი გვემუქრებოდა, გამოწვევას არ ვემორჩილებოდით და სირთულეებს გადავლახავდით; პასუხისმგებლობას არ გავუბრუნებდით – მას თვალს ვუსწორებდით; მომავლის არ გვეშინოდა – მას ვქმნიდით ეს კანონი ვერ წვევტს ჯანდაცვის ყველა პრობლემას, თუმცა მივყავართ სწორი მიმართულებით დღეს ჩვენ ვქმნით ისტორიას ჩვენი ქვეყნისთვის და პროგრესს ამერიკელი ხალხისთვის“.

გაგლენიანმა ამერიკელმა გაზეთმა “The Wall Street Journal” ასე უპასუხა კანონის მიღებას: “ობამას რეფორმა არის ამერიკული კაპიტალიზმის სიცოცხლისუნარიანობის წინააღმდეგ მიცემული ხმა”. ხოლო წარმომადგენელთა პალატაში სიტყვით გამოსვლისას, რესპუბლიკელმა ჯოფ დევისმა განაცხადა: “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 თეთრ სახლში პრეზიდენტმა ბარაკ ობამამ სახეიმო ვითარებაში ხელი მოაწერა “პაციენტის დაცვისა და ფინანსური ხელმისაწვდომობის კანონს” (Patient Protection and Affordable Care Act – PPACA. P.L. 111-148). საკუთარი ავტორგრაფის დასმის შემდეგ, ობამამ სენტიმენტალურად განაცხადა, რომ ეს გააკეთა “დედამისის სახელით, რომელიც, სიმშინით ავადმყოფი, სიცოცხლის ბოლომდე ებრძოდა სადაზღვევო კომპანიებს“.

რამდენიმე დღის შემდეგ, ვირჯინიაში, ჯორჯ მესონის უნივერსიტეტში გამოსვლისას ბარაკ ობამამ განაცხადა: “ეს არის დავა, რომელიც გრძელდება არა არა მარტო ბოლო ერთი წლის განმავლობაში, არამედ მთელი უკანასკნელი საუკუნე. ეს არის დავა – არამარტო ჯანდაცვის ხარჯებზე, არამარტო იმაზე, თუ როგორ დავეხმაროთ ადამიანებს, რომელთაც არასამართლიანად ექცევიან სადაზღვევო კომპანიები. ეს არის დავა ჩვენი ქვეყნის ხასიათზე, იმაზე, თუ როგორ შევძლებთ გავუძლიოთ 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 მედიკას სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამის შემდეგ ყველაზე მნიშვნელოვან სოციალურ პროგრამას წარმოადგენს.

რესპუბლიკური პარტიის წარმომადგენლებმა არ მიიღეს ჯანდაცვის რეფორმა და განაცხადეს მზადყოფნა, გამოიყენონ ყველა შესაძლებლობა და შეაჩერონ იგი. ამერიკის 26 შტატის მთავარმა პროკურორმა, ასევე დამოუკიდებელი ბიზნესის ეროვნულმა ფედერაციამ რეფორმის არაკანონიერებაზე აღძრეს

სამართლის საქმე. მათი მტკიცებით, ობამას ადმინისტრაციის მიერ მიღებული კანონი ეწინააღმდეგებოდა აშშ-ის კონსტიტუციას. ამით, ჯანდაცვის რეფორმის გარშემო ბრძოლა მიმდინარეობდა არა მარტო დისკუსიის ფორმით, არამედ გადავიდა იურიდიულ სიბრტყეში.

როჯერ კოენის ერთ-ერთი საგაზეთო წერილის მიხედვით: “ინდივიდუალიზმი, მეწარმეობა და მთავრობისადმი უნდობლობა ამერიკულ გენომშია ჩაქსოვილი. არც ერთი ეს თვისება არ გაქრება მხოლოდ იმის გამო, რომ ვინმე ახალგაზრდა დაეხდეს ინდივიდუალიზმი ამერიკული იდეა, 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. 2012 წელს აშშ-ის უმაღლესმა სასამართლომ 2010 წელს მიღებული კანონი ქვეყნის კონსტიტუციის შესაბამისად გამოაცხადა. ამ გადაწყვეტილებით სასამართლომ დაამტკიცა, რომ საყოველთაო დაზღვევა არ უპირისპირდებოდა კონსტიტუციას. ჯანდაცვის კანონის აშშ-ის კონსტიტუციასთან თანხვედრით ობამამ მიიღო საჭირო მორალური უპირატესობა რეფორმის მოწინააღმდეგეებთან დავაში.

ჯანდაცვის რეფორმის ძირითადი პრინციპები

ბარაკ ობამამ ჯანდაცვის რეფორმირების 8 ძირითადი პრინციპი ჩამოაყალიბა:

1. ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯების ზრდის შემცირება;
2. ჯანდაცვაზე კატასტროფული ხარჯებისგან ოჯახების დაცვა;
3. სავალდებულო დაზღვევის შემოღება;
4. ექიმისა და დაზღვევის თავისუფალი არჩევანის გარანტია;
5. პრევენციის და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ინვესტირება; მოსახლეობის პასუხისმგებლობის ამაღლება საკუთარ ჯანმრთელობაზე;
6. პაციენტის უსაფრთხოებისა და მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება; სერვისებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდა; მტკიცებულებითი მედიცინის პრინციპების დანერგვა; ჯანდაცვის სტანდარტიზაცია;
7. სამსახურის შეცვლის ან დაკარგვის შემთხვევაში დაზღვევით დაფარვის გაგრძელება; დაზღვევის მიღებაზე ბარიერების შემცირება;
8. კონტროლის მექანიზმების და სისტემის გამჭვირვალობის ამაღლება.

ჯანდაცვის ხარჯების ეფექტურობაზე კონტროლის გაძლიერება. თავდაპირველად ობამას რეფორმა გულისხმობდა საყოველთაო დაზღვევას (“universal health care”). შემდგომ რეფორმის უმთავრესი მიზანი გახდა დაზღვევაზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა. რეფორმის შედეგად 32 მილიონზე მეტი ადამიანი, რომელთაც წინათ არ ჰქონდათ დაზღვევა, მიეცემა ჯანდაცვის დაზღვევის მიღების შესაძლებლობა. აქედან 16 მილიონი მოქალაქე მიიღებს სახელმწიფო სუბსიდირებას, ხოლო 15 მილიონი ღარიბი მოსახლეობა დაეხდებოდა მედიკამენტების სახელმწიფო პროგრამით.

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. სამედიცინო დაზღვევას არ ექნება მკაცრად სავალდებულო ხასიათი. ვინც არ შეიძენს დაზღვევას, დაწესდება ჯარიმები, რომელიც დამოკიდებული იქნება შემოსავლებზე.

რეფორმის მიხედვით, მედიკას სახელმწიფო პროგრამის ბენეფიციარები მიიღებენ დამატებით სუბსიდიებს მედიკამენტების შესაძენად. გაფართოვდება სახელმწიფო პროგრამები. კერძოდ, 65 წლამდე პირებზე (ბავშვები, ორსულები, მშობლები და მოზრდილები), რომელთა შემოსავალი ფედერალური სიღარიბის ზღვარის 133%-ზე ნაკლებია (14404\$ ერთ პირზე და 29327\$ ოთხწევრიან ოჯახზე), გაგრძელდება მედიკეიდის პროგრამა. კონგრესის საბიუჯეტო კომიტეტის გათვლებით, მედიკეიდის პროგრამას დამატება 16 მილიონი ადამიანი. მედიკეიდის პროგრამის ახალი წევრები მიიღებენ 95% ფედერალურ დაფინანსებას 2017 წლიდან, 94%-ს – 2018 წელს და 90%-ს – 2020 და მომდევნო წლებში. დაფინანსების დარჩენილ წილს დაფარავენ შტატები.

ოჯახები, რომელთა შემოსავალი შეადგენს ფედერალური სიღარიბის ზღვარის 133-400%-ს, კერძოდ დაზღვევის შესაძენად მიიღებენ სახელმწიფო სუბსიდირებას. ერთი პირისათვის წლიური შემოსავლის ზღვარი, რომლის ქვევით დაწესდება სუბსიდირება, შეადგენს 29,327 დოლარს, ოთხწევრიანი ოჯახისათვის – 88,200 დოლარს. ფედერალური სუბსიდია გადაირიცხება სადაზღვევო კომპანიაში. სუბსიდიები გაიცემა ჯიბიდან გადახდების (თანაგადახდა, თანადაზღვევა) შესამცირებლადაც.

რეფორმა ითვალისწინებს იმ დამსაქმებლების ხელშეწყობას, რომელსაც ჰყავს არაუმეტეს 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 ზომასა და დაქირავებულის ხელფასზე. 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.

კონგრესის საბიუჯეტო კომიტეტის გათვლებით, 25 მილიონი ადამიანი იყიდის დაზღვევას ამერიკის ჯანმრთელობის სარგებლების ბირჟების მეშვეობით, აქედან 19 მილიონს დასჭირდება ფინანსური დახმარება.

ამერიკის ჯანმრთელობის სარგებლების ბირჟა (“American Health Benefit Exchange”). რეფორმის მთავარი ელემენტია ამერიკის ჯანმრთელობის სარგებლების ბირჟების შექმნა, რომელიც სადაზღვევო ბაზრის ფუნდამენტურ ცვლილებებს გამოიწვევს. ბირჟა ერთგვარი ანგარიშსწორების, საბითუმო ვაჭრობის დაწესებულებას წარმოადგენს, სადაც მომხმარებლები ურთიერთობას ამყარებენ პროვაიდერებთან და ეცნობიან სადაზღვევო პროდუქტებთან დაკავშირებულ ინფორმაციას. ბირჟები ახდენენ სადაზღვევო გეგმების (მათ შორის სერვისების ხარჯები) შეფასებას, რითაც დახმარებას უწევენ მომხმარებლებს სადაზღვევო გეგმის არჩევაში.

სახელმწიფოს ხელშეწყობით თითოეულ შტატში შეიქმნება ამერიკის ჯანმრთელობის სარგებლების ბირჟები. მათი საქმიანობა ძირითადად შტატების კანონებს დაეფუძნება, ცხადია, ფედერალური პირობების გათვალისწინებით. იმ პირებს, რომლებისთვისაც ფინანსურად ხელმიუწვდომელია დაზღვევა, საშუალება ექნებათ, იყიდონ დაზღვევა ბირჟების მეშვეობით.

რეგულირება. რეფორმა ითვალისწინებს ჯანმრთელობის დაზღვევის პროდუქტების რეგულირებას. რეფორმით გამკაცრდება მოთხოვნები კერძო დაზღვევის კომპანიებთან. სადაზღვევო კომპანიებს უფლება არ ექნებათ, ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო უარი უთხრან ბენეფიციარებს ან ამისთვის მოითხოვონ მაღალი სადაზღვევო შესატანი.

ყველა მოქალაქე და რეზიდენტი ვალდებულია, ჰქონდეს სამედიცინო დაზღვევა. რეფორმით გათვალისწინებულია ადმინისტრაციული პასუხისმგებლობის დაწესება იმ პირებზე, რომლებიც არ შეიძენენ დაზღვევას. დაზღვევის არქონა ისჯება ჯარიმით. გამონაკლისს შეადგენენ ამერიკელი ინდიელები, ადამიანები, რომელთაც დაზღვევა არ ჰქონდათ 3 თვეზე ნაკლები ვადით, დოკუმენტების არმქონე 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 მინც, რომელიც იღებს ფედერალური მთავრობის სუბსიდიას სამედიცინო დაზღვევის საყიდლად, დამქირავებელმა უნდა გადაიხადოს \$2000 ყოველ ასეთ, სრულ განაკვეთზე დასაქმებულ თანამშრომელზე.

დამქირავებელი, რომელსაც ჰყავს 200-ზე მეტი თანამშრომელი, რომელიც სთავაზობს დაზღვევას თანამშრომლებს, ვალდებულია, ავტომატურად გააწვირიანოს თანამშრომლები დაზღვევაში. დამსაქმებელს მოეთხოვება, უზრუნველყოს ვაუჩერის თავისუფალი არჩევანი იმ თანამშრომლებისთვის, რომელთაც გადაწყვიტეს, მიიღონ დაფარვა “ბირჟების“-ს საშუალებით.

რეფორმით გათვალისწინებულია კონტროლის მექანიზმების და სისტემის გამჭვირვალობის ამაღლების ღონისძიებების გატარება. კერძოდ, საავადმყოფოებმა უნდა გამოაქვეყნონ სერვისების ღირებულება, რომელიც უნდა შეესაბამებოდეს მომხმარებელთა მოთხოვნებს და მომსახურების ხარისხს. სადაზღვევო კომპანიებმა უნდა მოახდინონ ბენეფიციართა ინფორმირება სადაზღვევო პრემიების გაზრდის მიზეზების თაობაზე.

რეფორმის ბიუჯეტი, მაკროეკონომიკური შედეგი

კონგრესის საბიუჯეტო კომიტეტის მიერ წარმოდგენილი ანგარიშის მიხედვით, რეფორმის შედეგად, პირველი 10 წლის განმავლობაში დაიხარჯება 938 მილიარდი დოლარი, იმავე პერიოდში ფედერალური ბიუჯეტის დეფიციტი 143 მილიარდ დოლარამდე შემცირდება, ხოლო შემდგომი 10 წლის პერიოდში იგი 1.2 ტრილიონ დოლარამდე შემცირდება.

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 %).

პროგრამის დაფინანსების წყაროებს წარმოადგენს:

- მედიქას სავალდებულო გადასახადების გაზრდა შეძლებული ფენებისათვის – ბენეფიციარს, რომლის წლიური შემოსავალი 200 000 \$-ზე მეტია, ხოლო შეუძლებულ პირებს, რომელთა შემოსავალი 250 000 \$-ს აღემატება, მედიქას გადასახადი გაეზრდებათ 2.9%-დან 3.8 %-მდე. უპირველეს ყოვლისა, მედიქა “ა” ნაწილის (პოსპიტალური დაზღვევა) გადასახადი გაიზრდება 0.9 %-დან 2.35%-მდე;

• გადასახადი ინვესტიციებიდან მიღებულ შემოსავლებზე – 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 აღემატება. თუ შეუღლებული 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. ზოგიერთი მკვლევარი თვლის, რომ კაპიტალურ სარგებლებზე გადასახადის მომატება შეამცირებს ინვესტიციებს, რაც განაპირობებს ეკონომიკური ზრდის შეფერხებას, სამუშაო ადგილების და ხელფასების შემცირებას;

• ძვირადღირებულ სამედიცინო დაზღვევის გეგმებზე, ე.წ. ”კალიდაკის პოლისებზე” დაწესდება 40 %-იანი სააქციზო გადასახადი, ე.წ. ”კალიდაკის გადასახადი” (“ნადილლაც ტას”). კერძოდ, სააქციზო გადასახადი დაწესდება სადაზღვევო გეგმებზე, რომელთა წლიური ღირებულება ინდივიდუალური პირისათვის შეადგენს 10200 დოლარს, ხოლო ოჯახის მოცვისათვის 27 500 დოლარს. აღნიშნული ახალი გადასახადი ამოქმედდება 2018 წელს. მკვლევართა აზრით, აღნიშნული გადასახადი შეეხება დასაქმებულთა 12 %-ს.

- სამედიცინო ტექნოლოგიებზე დაწესდება 2.3 % სააქციზო გადასახადი;
- გადასახადები დაწესდება ფარმაცევტულ საწარმოებზე ბაზარზე მათი წილის პროპორციულად, აგრეთვე გადასახადები დაწესდება ბრენდირებულ მედიკამენტებზე;
- სადაზღვევო კომპანიებზე დაწესდება დამატებითი გადასახადები, რომელიც დამოკიდებული იქნება მათ წილზე სადაზღვევო ბაზარზე, კერძოდ, კომპანიის მიერ მოზიდულ პრემიებზე.

მოსახლეობის დამოკიდებულება მიმდინარე რეფორმებზე.

რეფორმის შესახებ მოსახლეობის აზრი მკვეთრად პოლარიზებულია. სოციალური გამოკითხვით, აშშ-ის მოქალაქეთა 49% ჯანდაცვის რეფორმას მხარს უჭერს, ხოლო რესპონდენტთა 40 % მას ნეგატიურად განიხილავს. მკვლევართა აზრით, რეფორმა ვერ შეახერხებს ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ზრდას. თუმცა იგივე მკვლევარები აღიარებენ, რომ ზრდის პროცესი მცირედ შენელებულია. 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.

გამოყენებული ლიტერატურა

Cannon, Michael F. *Sinking SCHIP* 2007. *A First Step toward Stopping the Growth of Government Health Programs*. Cato Institute.
Fuchs, Victor R. 2008. *Three “Inconvenient Truths” About Health Care*. The New England Journal of Medicine, October 23.
Klein, Ezra. 2009. *Health Care Reform for Beginners: The Many Flavors of the Public Option*. Washington Post, June 8.

- Pipes, Sally C. 2008. *The Top Ten Myths of American Health Care: A Citizen's Guide*. Pacific Research Institute.
- Tanner, Michael. *The Grass Is Not Always Greener. A Look at National Health Care Systems Around the World*. Policy Analysis, March 18, 2008.
- Tanner, Michael. 2008. *A Fork in the Road Obama, McCain, and Health Care*. Cato Institute.
- Tanner, Michael. 2010. *Bad Medicine, A guide to the real costs and consequences of the new health care law*. Cato Institute.

Tengiz Verulava
*Professor of Ilia State University,
Head of Public Health and Insurance Institute*

HEALTH SYSTEM REFORMS IN THE US: INDIVIDUALISM AND UNIVERSALISM Expanded Summary

The U.S. health care system is unique among advanced industrialized countries. The U.S. does not have a uniform health system, has no universal health care coverage, and only recently enacted legislation mandating healthcare coverage for almost everyone. Rather than operating a national health service, a single-payer national health insurance system, or a multi-payer universal health insurance fund, the U.S. health care system can best be described as a hybrid system. In 2014, 48 percent of U.S. health care spending came from private funds, with 28 percent coming from households and 20 percent coming from private businesses. The federal government accounted for 28 percent of spending while state and local governments accounted for 17 percent. Most health care, even if publicly financed, is delivered privately.

In 2014, 89.6% of the U.S. population had some type of health insurance, with 66 percent of workers covered by a private health insurance plan. Among the insured, 115.4 million people (36.5%) received coverage through the U.S. government in 2014 through Medicare (50.5 million), Medicaid (61.65 million), and/or Veterans Administration or other military care (14.14 million) (people may be covered by more than one government plan). In 2014, nearly 32.9 million people in the U.S. had no health insurance.

On April 1, 2014 came into effect one of the key elements of health care reform, initiated by Barack Obama - compulsory health insurance for individuals. From now on, all uninsured Americans must purchase a medical insurance policy under the threat of fines from the state.

It has been over 4 years since, both in the United States passed a law on the reform of the health insurance. Since the reform continually stalled, encountering opposition resistance, technical difficulties, trials and lack of understanding on the part of a significant part of American society.

The main objective of the reform of Barack Obama was the expansion of coverage of the population with health insurance, as well as improving access to health services.

The law on the protection of patients and access to health care (Patient Protection and Affordable Care Act - ACA) was adopted in March 2010, after a long debate in Congress due to the resistance of the Republican opposition. He is known by the official abbreviation ACA and unofficial - Obamacare, which was widely circulated in the media. This law marks a serious health care reform, in fact the first since the 60s. the last century, when public health programs have been created for the poor and pensioners - Medicaid and Medicare.

Among the developed countries, the United States of the world - the only one which never existed mandatory health insurance and public health. Most of the population uses the services of private health insurance. Contrary to popular opinion in the United States is quite

active and valid public health in the form of medical programs, but it is selective in nature and applies only to certain categories of mostly senior citizens (on which propagates the state Medicare program) and the poor (the Medicaid program).

Reform has received very mixed assessment in US society. Democrats generally supported it, while Republicans spoke strongly against. In their view, such a reform will only be an additional tax for individuals and businesses, and will further increase the cost of insurance and public expenditures. In this case the main problem - the high cost of medicine - is resolved.

Beginning in January 2014, almost all Americans are required to have some form of health insurance from either their employer, an individual plan, or through a public program such as Medicaid or Medicare. Since the so-called “individual mandate” took effect, the total number of nonelderly uninsured adults dropped from 41 million in 2013 to 32.3 million in 2014. The largest coverage gains were concentrated among low-income people, people of color, and young adults, all of whom had high uninsured rates prior to 2014. A major provision of the ACA was the creation of health insurance marketplace exchanges where individuals not already covered by an employer-provided plan or a program such as Medicaid or Medicare can shop for health insurance. Individuals with incomes between 100 percent and 400 percent of the federal poverty line would be eligible for advanceable premium tax credits to subsidize the cost of insurance. States have the option to create and administer their own exchanges or allow the federal government to do so. Currently, only 14 states operate their own exchanges.

Designed to promote competition among providers and deliver choice transparency to consumers, the state-based exchanges appear to be doing just that. A recent analysis by the Commonwealth Fund found that the number of insurers offering health insurance coverage through the marketplaces increased from 2014 to 2015. Additionally, there was generally no reported increase in average premiums for marketplace plans over that period. The analysis found only a modest increase in average premiums for the lowest cost plans from 2015 to 2016.

The ACA also included a major expansion of the Medicaid program, although this expansion is a state option. As of 2014, adults with incomes at or below 138% of the federal poverty line are now eligible for Medicaid in the states that have adopted the expansion.

Despite improvements to the U.S healthcare system under the ACA, a number of challenges remain. In 2014, 10.4 percent of Americans were still uninsured, and those with insurance still face high deductibles and premium costs. Furthermore, in the 20 states that had not expanded Medicaid, an estimated three million poor adults fall into the “coverage gap” where their incomes are above current Medicaid eligibility limits but below the lower limit of premium credits on the healthcare exchanges.

The ACA included a number of other provisions to improve healthcare access and affordability. The law banned lifetime monetary caps on insurance coverage for all new plans and prohibited plans from excluding children and most adults with preexisting conditions. Insurance plans are also prohibited from cancelling coverage except in the case of fraud, and are required to rebate customers if they spend less than 85 percent of premiums on medical services. The ACA established the Prevention and Public Health Fund to allocate \$7 billion towards preventative care such as disease screenings, immunizations, and pre-natal care for pregnant women.

A number of cost control provisions were included in the ACA in an attempt to curb rising medical costs. Among them is the Independent Payment Advisory Board, which will provide recommendations to Congress and the President for controlling Medicare costs if the costs exceed a target growth rate.

Keywords: US health care reforms, universal healthcare, universal care.