



ჯანდაცვის კომერციალიზაცია და მისი შედეგები: აშშ-ის გამოცდილება

Commercialization of Healthcare and Its Consequences: The US Experience



<https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2026.10.01.7>

თენგიზ ვერულავა^{1a*}

Tengiz Verulava^{1b}

¹ ბიზნესის სკოლა, კავკასიის უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

¹ School of Business, Caucasus University, Tbilisi, Georgia

^a tverulava@cu.edu.ge

აბსტრაქტი

მიუხედავად იმისა, რომ შეერთებული შტატები ფლობს განსაკუთრებულ სამეცნიერო და კლინიკურ პოტენციალს, ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემა კვლავაც ვერ უზრუნველყოფს სათანადო შედეგებს. ნაშრომი აანალიზებს იმ ნეგატიურ შედეგებს, რომლებიც ათწლეულების განმავლობაში განხორციელებულმა ბაზარზე ორიენტირებულმა პოლიტიკურმა მიდგომებმა გამოიწვია და რომლებმაც წაახალისა სადაზღვევო სექტორისა და სამედიცინო მომსახურების მიმოწოდებლების მოგებაზე ორიენტირებული პრაქტიკა. პოლიტიკის შემქმნელებმა დაბალი შემოსავლის მქონე მოსახლეობისა (Medicaid) და 64 წელზე უფროსი ასაკის პირებისთვის განკუთვნილი (Medicare) საჯარო პროგრამების მნიშვნელოვანი ნაწილი კერძო სადაზღვევო კომპანიებს გადასცეს, რის შედეგადაც ამ კომპანიებმა საკუთარი შემოსავლების ძირითადი წყარო სწორედ საჯარო სახსრებიდან მიიღეს. აღნიშნულმა პროცესმა გაზარდა სახელმწიფო დანახარჯები და შეამცირა პაციენტთა რეალური ხელმისაწვდომობა სამედიცინო მომსახურებაზე. მიუხედავად სერიოზული მტკიცებულებებისა არასათანადო კორპორაციული ქცევის შესახებ, კომპანიებმა, რომლებიც პირველ რიგში აქციონერთა ინტერესებზე არიან ორიენტირებულნი, ხოლო ბოლო პერიოდში — ასევე კერძო კაპიტალის ფონდებმა, რომელთა სტრატეგია მოკლევადიან მოგებას ეფუძნება, ხელში ჩაიგდეს ჯანდაცვის სისტემისთვის კრიტიკულად მნიშვნელოვანი კლინიკური რესურსები. პრეზიდენტ ბაიდენის ადმინისტრაციამ გააუქმა დონალდ ტრამპის პირველი ვადის ყველაზე საზიანო პოლიტიკის ნაწილი, გააფართოვა დაზღვევის დაფარვა დაბალი შემოსავლის მქონე მოსახლეობისთვის და წამოიწყო მედიკამენტების ფასების რეგულირების შეზღუდული ზომები. ამის საპირისპიროდ, ხელისუფლებაში დაბრუნების შემდეგ პრეზიდენტმა ტრამპმა გააძლიერა ზეწოლა საზოგადოებრივ



This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons attribution-noncommercial-sharealike 4.0 international (cc BY-nc-sa 4.0). License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>)

ჯანმრთელობაზე, Medicaid-ის დაფინანსება 990 მილიარდი დოლარით შეამცირა მდიდარი ფენებისთვის საგადასახადო შეღავათების დასაფინანსებლად და დააჩქარა Medicare-ის პრივატიზაციის პროცესი. მოცემულ პირობებში, შტატების დონეზე შესაძლებელია მოგებაზე ორიენტირებული პრაქტიკების უფრო მკაცრი რეგულირება, ხოლო სამედიცინო პროფესიულ საზოგადოებას ეკისრება პასუხისმგებლობა დაუპირისპირდეს ჯანმრთელობისთვის საზიანო პოლიტიკურ კურსს. თუმცა არსებული ვითარების გამოსასწორებლად აუცილებელია უფრო სიღრმისეული და სტრუქტურული რეფორმები, რომლებიც დაზღვევისა და სამედიცინო მომსახურების მიწოდებას კომერციული ინტერესების დომინაციისგან გაათავისუფლებს.

საკვანძო სიტყვები: ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანობა; ბაზარზე ორიენტირებული ჯანდაცვის პოლიტიკა; ჯანდაცვის პრივატიზაცია; კერძო სადაზღვევო კომპანიები; მოგებაზე ორიენტირებული ჯანდაცვა; კერძო კაპიტალი ჯანდაცვაში; ჯანდაცვის დაფინანსება; სამედიცინო დახმარებაზე წვდომა; კორპორატიული გავლენა ჯანდაცვაში.

რეკომენდირებული ციტირება: თენგიზ ვერულავა. (2026). ჯანდაცვის კომერციალიზაცია და მისი შედეგები: აშშ-ის გამოცდილება. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 10 (1). DOI: <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2026.10.01.7>.

Abstract

Despite possessing exceptional scientific and clinical capacity, the United States continues to underperform in terms of health system outcomes. This paper analyzes the adverse consequences of decades of market-oriented policy approaches that have incentivized profit-seeking practices among insurers and healthcare providers. Policymakers have outsourced substantial portions of publicly funded coverage for low-income populations (Medicaid) and for individuals aged 65 years and older (Medicare) to private insurance companies, with the result that these firms now derive the bulk of their revenues from public funds. This shift has increased public expenditures while constraining patients' effective access to care. Despite substantial evidence of corporate misconduct, companies legally obligated to prioritise shareholder interests—and, more recently, private equity firms whose strategies are driven by short-term profit maximisation—have gained control over clinical resources that are critical to the functioning of the health-care system. The Biden administration rescinded some of the most harmful policies of Donald Trump's first term, expanded insurance coverage for low-income Americans, and introduced limited measures to regulate prescription drug prices. By contrast, following his return to office, President Trump has intensified pressures on public health, reduced Medicaid funding by US\$990 billion to finance tax cuts for wealthier populations, and accelerated the privatization of Medicare. Under these conditions, stricter regulation of profit-driven practices remains possible at the state level, and the medical profession bears a responsibility to oppose policy trajectories that undermine population health. However, addressing the current crisis requires deeper, structural reforms that would liberate health insurance and care delivery from the dominance of commercial interests.

Keywords: Health-care system performance; Market-oriented health policy; Health-care privatisation; Medicare; Medicaid; Private insurance; Profit-driven health care; Private equity in health care; Health system financing; Access to care; Corporate influence in health care.

Recommended Citation: Tengiz Verulava. (2026). Commercialization of Healthcare and Its Consequences: The US Experience. Health Policy, Economics and Sociology, 10(1). <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2026.10.01.7>.

შესავალი

აშშ-ის ჯანდაცვის სისტემა არასათანადოდ ფუნქციონირებს. მიუხედავად უკიდურესად მაღალი ხარჯებისა, ფართო ინფრასტრუქტურისა და გამორჩეული სამედიცინო და კლინიკური კომპეტენციისა, ჯანმრთელობის შედეგები დაბალია. 2024 წელს გამოკითხულ ამერიკელთა 56%-მა განაცხადა, რომ სამედიცინო მომსახურების ხარისხი საშუალო ან ცუდია, ხოლო რესპოდენტთა 72% ნეგატიურად აფასებს ჯანდაცვის დაფინანსებისა და დაზღვევის სისტემას (Brenan, 2024).

ამ მიმოხილვით ნაშრომში განვიხილავთ არასათანადო შედეგების გამომწვევ მიზეზებს და შევაფასებთ ტრამპის ადმინისტრაციის პოლიტიკას და შესაძლო ალტერნატივებს.

XXI საუკუნემდე აშშ-ში ექიმთა უმრავლესობა საკუთარ პრაქტიკას ფლობდა, ხოლო საავადმყოფოების უმეტესობას საჯარო უწყებები ან ადგილობრივი საქველმოქმედო საბჭოები მართავდნენ. ბოლო წლებში სამედიცინო დაწესებულებების კონტროლი სულ უფრო მეტად კერძო ინვესტორების ხელში გადავიდა. 2019–2023 წლებში აშშ-ში 127 700 ექიმმა (ექიმთა საერთო რაოდენობის 15%) დატოვა კერძო პრაქტიკა და კორპორაციულ თანამშრომლად იქცა. ჯანდაცვის სისტემაში მოგებაზე ორიენტაცია დღეს უკვე დომინანტურ ძალად იქცა.

საავადმყოფოები, კლინიკები და თვით ჰოსპისებიც კი, რომლებიც ათწლეულების განმავლობაში აშენდა გადასახადების და ქველმოქმედების ძალისხმევით, გადავიდა იმ კომპანიების კონტროლის ქვეშ, რომლებიც ვალდებულნი არიან პრიორიტეტი მიანიჭონ აქციონერთა ინტერესებს. ამ კომპანიების მასშტაბი მათ საშუალებას აძლევს ზეგავლენა მოახდინონ საჯარო პოლიტიკაზე და განდევნონ მცირე კონკურენტები. ამასთან, მათი ხელმძღვანელები სულ უფრო მეტად დაშორებულნი არიან როგორც მათ დაქვემდებარებულ პერსონალს, ისე იმ თემებს, რომლებიც მათზე არიან დამოკიდებული სამედიცინო მომსახურებისთვის, რაც აღმასრულებელ მენეჯერებს იცავს საკუთარი გადაწყვეტილებების კლინიკური შედეგებისგან.

28 მილიონი ამერიკელი კვლავ დაზღვევის გარეშე რჩება, და მოსალოდნელია, რომ ეს რიცხვი 2034 წლისთვის 44 მილიონს მიაღწევს, Medicaid-ის მოსალოდნელი შემცირებებისა და ხელმისაწვდომი ზრუნვის აქტის (Affordable Care Act) ფარგლებში სუბსიდიების შემცირების შედეგად (Cohen & Briones, 2025). გარდა ამისა, დაზღვეულთა მნიშვნელოვან ნაწილს უწევს მკურნალობაზე უარის თქმა ან სესხის აღება ავადმყოფობის, არადაფარული სერვისებისა და მაღალი თანამონაწილეობის (copayment) გამო. ჯანდაცვის პროფესიონალები სულ უფრო მეტად განიცდიან ზეწოლას, რომელიც მათ აიძულებს პაციენტების საჭიროებებსა და პროფესიულ ნორმებზე წინ დააყენონ დამსაქმებლების ფინანსური მიზნები.

საჯარო რესურსები და კერძო სექტორის მოგება ჯანდაცვაში

Medicare-ისა და Medicaid-ის (შესაბამისად, 64 წელზე უფროსი ასაკის პირებისა და დაბალი შემოსავლის მქონე მოსახლეობის ნაწილისთვის განკუთვნილი საჯარო დაზღვევის პროგრამები) ამოქმედებით 1960-იანი წლების შუა პერიოდში აშშ-ის მთავრობამ ჯანდაცვის დაფინანსებაში გადამწყვეტი როლი იკისრა. საჯარო სახსრების ნაკადმა, რომელიც 1960 წელს

აშშ-ის ჯანდაცვის ხარჯების 28%-ს შეადგენდა და 2020 წლისთვის 69%-მდე გაიზარდა (Gaffney დ სხვ., 2023), მნიშვნელოვნად გაზარდა საერთო ჯანდაცვის დანახარჯები და შექმნა მოგების მიღების ფართო შესაძლებლობები.

Medicare-ისა და Medicaid-ის შემოღებამდე კერძო ინვესტორთა საკუთრებაში მყოფი საავადმყოფოები იშვიათი იყო. საწყის ეტაპზე Medicare სუბსიდირებას უწევდა მოგებაზე ორიენტირებულ საავადმყოფოებს.

Medicare-ის ამოქმედების პირველ წლებში სახელმწიფო ფინანსურ უპირატესობას აძლევდა კერძო, მოგებაზე ორიენტირებულ საავადმყოფოებს. კერძოდ, ასეთი საავადმყოფოები Medicare-ისგან იღებდნენ დამატებით ანაზღაურებას იმ კაპიტალზე (ინვესტირებულ ფულზე), რომელიც მათ ბიზნესში ჰქონდათ ჩადებული, ანუ სახელმწიფომ მათ დაუფარა არა მხოლოდ სამედიცინო მომსახურების ხარჯები, არამედ მოგების მიღების შესაძლებლობაც უზრუნველყო. არაკომერციულ საავადმყოფოებს ასეთი შეღავათი არ ჰქონდათ: ისინი იღებდნენ მხოლოდ მომსახურების ხარჯების ანაზღაურებას და არ ეძლეოდათ კაპიტალზე „მოგების“ მიღების უფლება. შედეგად, სისტემა თავიდანვე ქმნიდა პირობებს, სადაც კერძო, მოგებაზე ორიენტირებული საავადმყოფოები ფინანსურად უფრო ხელსაყრელ მდგომარეობაში აღმოჩნდნენ და სწრაფად დაიწყეს გაფართოება.

მოგებაზე ორიენტირებული საავადმყოფოთა ქსელები, როგორიცაა HCA Healthcare (დაარსდა 1968 წელს და დღემდე აშშ-ის უმსხვილესი კერძო, მოგებაზე ორიენტირებული საავადმყოფოთა ქსელი), სწრაფად გაფართოვდა, სანამ 1980-იან წლებში Medicare-მა ეს საფინანსო უპირატესობა არ გააუქმა. ამჟამად აშშ-ის საავადმყოფოების 76% კვლავ (მინიმუმ ფორმალურად) არაკომერციული სტატუსისაა (American Hospital Association, 2022). თუმცა Medicare-ის მიერ თირკმლის ქრონიკული დიალიზისათვის (1973 წლიდან), მოგებაზე ორიენტირებული შინმოვლისთვის (1980 წლიდან) და ჰოსპისის მომსახურებისთვის (1983 წლიდან) დაწესებული გულუხვი ტარიფები სტიმულად იქცა ამ სფეროებში კერძო, ინვესტორული კაპიტალის შესვლისთვის. დღეს კერძო ინვესტორები აკონტროლებენ დიალიზის კლინიკების უმეტესობას (ორი კომპანია ფლობს ყველა ცენტრის დაახლოებით 80%-ს), აგრეთვე შინმოვლის სააგენტოებს, მოხუცთა თავშესაფრებსა და ჰოსპისებს.

კერძო ინვესტორული საკუთრების ზრდას თან ახლდა ფართოდ გავრცელებული მტკიცებები, თითქოს პრივატიზაცია გააუმჯობესებდა ხარისხსა და ეფექტიანობას, თუმცა დაგროვილმა მტკიცებულებებმა აჩვენა, რომ ხარისხი გაუარესდა, ხარჯები გაიზარდა და გამოიკვეთა თაღლითობის შემთხვევები.

2002 და 2004 წლებში ჩატარებულმა მეტაანალიზებმა დაადგინა, რომ მოგებაზე ორიენტირებულ საავადმყოფოებში ხარჯები 19%-ით მაღალი იყო, ხოლო სიკვდილიანობა 2%-ით მეტი, ვიდრე არაკომერციულ დაწესებულებებში (Devereaux დ სხვ., 2004). 2000–2003 წლებში Healthcare ქსელმა 1.7 მილიარდი აშშ დოლარის ოდენობის ჯარიმა გადაიხადა არაერთი დარღვევის გამო, მათ შორის Medicare-ისთვის თაღლითური ბილინგისათვის (US Department of Justice, 2003). 1994 წელს მეორე უმსხვილესი მოგებაზე ორიენტირებული საავადმყოფოთა კომპანია National Medical Enterprises (NME შემდგომში Tenet) დაეკისრა 380 მილიონი დოლარის ჯარიმა პაციენტების მიმართვისთვის ქრთამის გადახდისა და Medicare-ის, Medicaid-ისა და კერძო დაზღვევების თაღლითური გამოყენების გამო (Thomas, 1994). Tenet-მა ასევე გადაიხადა 100 მილიონი დოლარი იმ პაციენტებისთვის, რომლებიც ამტკიცებდნენ, რომ ისინი უკანონოდ იყვნენ დაკავებულნი კომპანიის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში, რათა უზრუნველყოფილიყო მაღალი სადაზღვევო ანაზღაურება (Eichenwald, 1997); 395 მილიონი დოლარი - 750 პაციენტისთვის, რომლებმაც გაიარეს არასაჭირო გულის ქირურგიული ოპერაციები, მათ შორის ისეთებმა, ვისაც გულის დაავადება არ ჰქონდა (New York Times, 2004); ხოლო 2016 წელს — 513 მილიონი დოლარი თაღლითური ანგარიშსწორებისა და პაციენტთა მიმართვისთვის ქრთამის გადახდის გამო (US Department of Justice, 2016).

სხვა მოგებაზე ორიენტირებულ ქსელებს ბოლო პერიოდში წაუყენეს ბრალდებები, რომ ისინი სასწრაფო დახმარების დეპარტამენტის ექიმებზე ზეწოლას ახდენდნენ დაბალი სიმძიმის მქონე პაციენტების ჰოსპიტალიზაციის მიზნით, საწოლების შევსებისა და მოგების გაზრდისათვის (Farmer, 2022). ინვესტორთა საკუთრებაში მყოფი საავადმყოფოები კვლავ იყენებენ მოგების ზრდის სტრატეგიებს - ამცირებენ აუცილებელ, მაგრამ არამომგებიან სერვისებს (მაგალითად, აივ/შიდსის მოვლას და ამბულატორიულ ფსიქიატრიულ მკურნალობას) და აფართოებენ მომგებიან მომსახურებებს, როგორცაა ინვაზიური კარდიოლოგიური პროცედურები, იმ რეგიონებშიც კი, სადაც ასეთი სერვისები უკვე ხელმისაწვდომია (Horwitz & Nichols, 2022).

ინვესტორული საკუთრების გამოცდილება სხვა სამედიცინო სფეროებშიც შემაშფოთებელია. მოგებაზე ორიენტირებული თირკმლის დიალიზის ინდუსტრია შემოსავლების ძირითად ნაწილს Medicare-იდან იღებს, რომელიც აშშ-ში ქრონიკულ დიალიზზე მყოფი პაციენტების 95%-ს ფარავს (Medicare Payment Advisory Commission, 2025). ერთ-ერთმა კომპანიამ, რომელიც აშშ-ში თითქმის 3000 დიალიზის ცენტრს ფლობს, 350 მილიონი დოლარი გადაიხადა პაციენტთა მიმართვისთვის ქრთამის შეთავაზების ბრალდებების მოგვარების მიზნით (US Department of Justice, 2014). კვლევები ადასტურებენ, რომ მოგებაზე ორიენტირებულ დიალიზის ცენტრებში სიკვდილიანობა 7%-ით მაღალია, ვიდრე არაკომერციულებში (Dickman და სხვ., 2021).

გრძელვადიანი მოვლის დაწესებულებებსა და სააგენტოებში, რომლებიც დიალიზის კლინიკების მსგავსად შემოსავლების დიდ ნაწილს Medicare-ისა და Medicaid-ისგან იღებენ, მომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციები ასევე ასოცირებულია უფრო მაღალ ხარჯებსა და დაბალ ხარისხთან. მაგალითად, მომგებიანი შინმოვლის სააგენტოებში ხარჯები 18.5%-ით მაღალია, ხოლო ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი 7.1%-ით მეტი, ვიდრე არაკომერციულებში (Cabin და სხვ., 2014). მოგებაზე ორიენტირებულ მოხუცთა თავშესაფრებს ნაკლები პერსონალი ჰყავთ, განსაკუთრებით ექთნები. მომგებიანი ჰოსპისები ნაკლები კვალიფიკაციის მქონე კლინიკურ პერსონალს ასაქმებენ, ნაკლებს ხარჯავენ უშუალო მოვლაზე, აქვთ უფრო მეტი ხარისხთან დაკავშირებული დარღვევები და ახასიათებთ საავადმყოფოებისა და სასწრაფო დახმარების დეპარტამენტების გამოყენების მაღალი სიხშირე (Aldridge, 2021). ჰოსპისის პაციენტთა ოჯახის წევრებიც უფრო უარყოფითად აფასებენ მოვლის გამოცდილებას მოგებაზე ორიენტირებულ დაწესებულებებში (Anhang და სხვ., 2023).

ფარმაცევტული კომპანიები, რომელთა მოგების დონე დაახლოებით ორჯერ აღემატება აშშ-ის სხვა მსხვილი ბიზნესების მაჩვენებლებს, ასევე ძლიერად არიან დამოკიდებული საჯარო დაფინანსებაზე. Medicare-ისა და Medicaid-ის ხარჯებმა ამბულატორიული რეცეპტული მედიკამენტებისთვის, რომლებიც 1970 წელს (2023 წლის ფასებში) მხოლოდ 3.3 მილიარდ დოლარს შეადგენდა, 2023 წლისთვის 195.6 მილიარდ დოლარს მიაღწია (Centers for Medicare and Medicaid Services, 2025). საერთო ჯამში, მთავრობა ფარავს ამბულატორიული მედიკამენტების ხარჯების 59%-ს (Schrier და სხვ., 2024).

სადაზღვევო ინდუსტრიის ტრანსფორმაცია მრავალფუნქციურ ჯანდაცვის კონგლომერატებად

აშშ-ის ჯანმრთელობის დაზღვევის ინდუსტრია სათავეს იღებს არაკომერციული სქემიდან, რომელიც დიდი დეპრესიის პერიოდში დალასში (ტეხასის შტატი) ერთ-ერთმა საავადმყოფომ შექმნა საკუთარი ფინანსური მდგომარეობის გასამყარებლად. ამ სქემამ საფუძველი ჩაუყარა არაკომერციულ Blue Cross-ის გეგმებს, რომლებიც ერთ დროს აშშ-ის რეგიონების უმეტესობაში დომინანტურ პოზიციას იკავებდნენ. თუმცა XX საუკუნის შუა პერიოდში ინვესტორთა საკუთრებაში მყოფმა სადაზღვევო კომპანიებმა დაიწყეს Blue Cross-ის გეგმებთან კონკურენცია. Blue Cross ყველა მომხმარებლისთვის ერთსა და იმავე სადაზღვევო პრემიას აწესებდა (ე.წ. „საზოგადოებრივი ტარიფი“ — community rating), მაშინ როდესაც

მოგებაზე ორიენტირებული დამზღვევები ფასდაკლებებს სთავაზობდნენ ახალგაზრდებსა და ჯანმრთელ პირებს, ხოლო ხანდაზმულებსა და უფრო რთული სამედიცინო საჭიროებების მქონე ადამიანებს ან უკიდურესად მაღალ პრემიებს უწესებდნენ, ან საერთოდ უარს ეუბნებოდნენ დაზღვევაზე. 1960-იანი წლების შუა პერიოდისთვის Blue Cross-ის ყველა გეგმამ უარი თქვა community rating-ზე, ხოლო 1994 წელს Blue Cross-ის ეროვნულმა ორგანიზაციამ გააუქმა ადგილობრივი ფილიალების კერძო ინვესტორულ საკუთრებაში გადაყვანის აკრძალვა. Blue Cross-ის მრავალი გეგმა მოგებაზე ორიენტირებულ მოდელზე გადავიდა.

ამავე პერიოდში სადაზღვევო ბაზარზე მიმდინარე კონსოლიდაციამ მნიშვნელოვნად შეასუსტა კონკურენცია. მსხვილი კომპანიების გაძლიერება განპირობებულია მასშტაბის ეფექტით, რომელიც რეგიონულად დომინანტურ დამზღვევებს საშუალებას აძლევს მოგების მიზნით ერთდროულად გაზარდონ სადაზღვევო პრემიები მოსახლეობისთვის და მოახდინონ ზეწოლა საავადმყოფოებსა და ექიმებზე, რათა მათგან ფასდაკლებები ან უფრო არასახარბიელო ანაზღაურების პირობები მიიღონ. შედეგად, ბაზრის ძალაუფლება კონცენტრირდება მცირე რაოდენობის მსხვილ მოთამაშეებში: ამჟამად მეტროპოლიურ ტერიტორიათა თითქმის ნახევარში (47%) ერთ დამზღვევს ეკუთვნის ბაზრის სულ მცირე ნახევარი, ხოლო რეგიონების 95% ითვლება მაღალკონცენტრირებულ ბაზრად (American Medical Association Division of Economic and Health Policy Research, 2025).

ბოლო პერიოდამდე სადაზღვევო კომპანიები ძირითადად ჰორიზონტალური ინტეგრაციის გზით იზრდებოდნენ — მაგალითად, ორი დამზღვევის შერწყმით. თუმცა ბოლო ათწლეულის განმავლობაში ფართოდ გავრცელდა ვერტიკალური ინტეგრაცია, როდესაც დამზღვევები აფართოებენ საქმიანობას აფთიაქების ქსელებისა და ექიმთა პრაქტიკების შეძენის გზით, რითაც ბუნდოვანი ხდება ზღვარი ჯანმრთელობის დაზღვევასა და უშუალოდ სამედიცინო მომსახურების გაწევას შორის. ვერტიკალური ინტეგრაციის შედეგად ყალიბდება მრავალფუნქციური ჯანდაცვის კონგლომერატები, რომლებიც ერთიანად აკონტროლებენ დაზღვევას, სამედიცინო მომსახურების გაწევასა და ფარმაცევტულ მიწოდებას და რომლებიც დღეს აშშ-ის ეკონომიკის ყველაზე მსხვილ კომპანიებს შორის არიან. ამ პროცესს უერთდება საცალო ვაჭრობის გიგანტი Amazon-იც, რომელიც ინტენსიურად შედის ჯანდაცვის სექტორში: იგი სწრაფად ავითარებს წევრობაზე დაფუძნებული, „კონსიერჟის“ ტიპის პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების ქსელს და ტელემედიცინის სერვისებს, რომლებიც პაციენტების რეცეპტულ მედიკამენტებს სისტემურად Amazon-ის ონლაინ აფთიაქისკენ მიმართავს, რითაც კიდევ უფრო აძლიერებს მომსახურების ვერტიკალურ ინტეგრაციას.

UnitedHealth ნათლად ასახავს ვერტიკალური ინტეგრაციის ტენდენციას. მისი სადაზღვევო განყოფილება (ერთ-ერთი 2600-ზე მეტი შიდა და საერთაშორისო შვილობილი კომპანიიდან) აშშ-ის უდიდესი კერძო დამზღვევია და 49 მილიონ ამერიკელს ფარავს. 2023 წელს UnitedHealth-მა შეიძინა შინმოვლის ქსელი 527 ლოკაციით.

CVS Health ჩამოყალიბდა 2018 წელს სადაზღვევო კომპანიის Aetna-ს (რომელიც ამჟამად დაახლოებით 39 მილიონ ადამიანს ფარავს) და CVS-ის — აშშ-ის უმსხვილესი აფთიაქების ქსელის, 9000-ზე მეტი ფილიალით — შერწყმის შედეგად. კომპანიის ფარმაცევტული სარგებლის მართვის შვილობილი სტრუქტურა Caremark მომსახურებას უწევს 103 მილიონ ამერიკელს, ხოლო CVS-ის საცალო აფთიაქებში ინტეგრირებულია დაახლოებით 1100 სამედიცინო კლინიკა. UnitedHealth-ის მსგავსად, CVS Health აქტიურად აფართოებს პირველადი ჯანდაცვის სექტორში საკუთარ პოზიციებს: Oak Street Medical-ის 169 პირველადი ჯანდაცვის კლინიკის შეძენის შემდეგ (10.6 მილიარდი დოლარის სანაცვლოდ), კომპანია გეგმავს ახალი კლინიკების დამატებას (Landi, 2023).

ვერტიკალურად ინტეგრირებული ჯანდაცვის კონგლომერატებისთვის სამედიცინო მომსახურების ყველა ეტაპზე, დაზღვევიდან კლინიკურ მოვლასა და ფარმაცევტულ მიწოდებამდე, კონტროლის კონცენტრაცია ქმნის მოგების ზრდის დამატებით შესაძლებლობებს. თუ წარსულში ექიმები ხშირად გამოდიოდნენ პაციენტების ინტერესების

დამცველებად და სადაზღვევო კომპანიებთან მოლაპარაკებების გზით ცდილობდნენ მედიკამენტების, დიაგნოსტიკური კვლევების ან მკურნალობის უარყოფის გადაწყვეტილებების შეცვლას, დღეს მზღვევების მიერ დასაქმებული ექიმები მნიშვნელოვან ინსტიტუციურ ზეწოლას განიცდიან. მათთვის „არაგუნდური“ ქცევა შეიძლება დასრულდეს თანამდებობრივი დაქვეითებით ან ანაზღაურების შემცირებით.

ამასთან, სადაზღვევო კომპანიები სისტემურად ასუსტებენ დამოუკიდებელ სამედიცინო პრაქტიკებს, როდესაც მათ გამორიცხავენ პროვაიდერთა ქსელებიდან ან უხდიან მნიშვნელოვნად დაბალ ტარიფებს, ვიდრე საკუთარი კორპორატიული კლინიკებისთვის. ანალოგიურად, კონგლომერატის სადაზღვევო სტრუქტურას შეუძლია პაციენტების ნაკადების მიზანმიმართული გადამისამართება საკუთარ ფარმაცევტული სარგებლის მართვის კომპანიებსა (PBM) და ავთიაქებში, რომლებიც ფარმაცევტული მწარმოებლებისგან მილიარდობით დოლარის ოდენობის რიბეიტებს იღებენ. ეს პრაქტიკა ერთდროულად ზრდის პაციენტების ჯიბიდან გადასახდელ ხარჯებს და ფინანსურად ზიანს აყენებს დამოუკიდებელ ავთიაქებს (Mattingly დ სხვ., 2023).

ვერტიკალური ინტეგრაცია მშობელ კომპანიას აძლევს შესაძლებლობას, ეფექტიანად გვერდი აუაროს მარეგულირებელ შეზღუდვებს მოგების შვილობილ სტრუქტურებს შორის გადანაწილების გზით. ფედერალური კანონმდებლობა პირდაპირ ზღუდავს მხოლოდ სადაზღვევო კომპანიების მოგების დონეს, მაშინ როდესაც იმავე კორპორაციის სხვა შვილობილ ერთეულებზე — როგორცაა კლინიკები, ფარმაცევტული სარგებლის მართვის კომპანიები (PBM) ან შინამოვლის სააგენტოები — მსგავსი შეზღუდვები არ ვრცელდება. შედეგად, როდესაც კონგლომერატის სადაზღვევო განყოფილება საკუთარ შვილობილ პროვაიდერებსა და სერვისულ ერთეულებს ხელოვნურად გაბერილ ფასებს უხდის, ეს მთლიან კორპორაციას დამატებით ხარჯებს არ უქმნის, თუმცა სადაზღვევო განყოფილებას საშუალებას აძლევს ფორმალურად დარჩეს მოგების დადგენილი ზედა ზღვრის ფარგლებში. აღნიშნული პრაქტიკის მასშტაბი თვალსაჩინოა: მხოლოდ 2024 წელს UnitedHealth-მა საკუთარი შვილობილი კომპანიებისგან 151 მილიარდი დოლარის ღირებულების მომსახურება, პროდუქცია და სერვისები შეიძინა (UnitedHealth Group, 2024).

კერძო სადაზღვევო კომპანიების როლი საჯარო პროგრამების ხარჯების ზრდაში

დღეს კერძო სადაზღვევო კომპანიები საკუთარი შემოსავლების ძირითად ნაწილს და მოგების დაახლოებით 90%-მდეც კი იღებენ Medicare-ისა და Medicaid-ის ბენეფიციარებისთვის დაზღვევის უზრუნველყოფის მიზნით გაფორმებული სახელმწიფო კონტრაქტებიდან (National Association of Insurance Commissioners, 2021). მიუხედავად იმისა, რომ რიგი მკვლევრები ამტკიცებდნენ, თითქოს მომსახურების კერძო გეგმებზე გადაცემა Medicare-ის ეფექტიანობას გაზრდიდა, პრაქტიკული გამოცდილება საპირისპიროს აჩვენებს: დაზღვევის კონტრაქტირება კერძო კომპანიებზე რეალურად ზრდის გადასახადის გადამხდელთა ფინანსურ ტვირთს. კერძოდ, Medicare კერძო გეგმებს თითო ბენეფიციარზე საშუალოდ 22%-ით მეტ თანხას უხდის, ვიდრე იმავე პირების სრულად საჯარო Medicare-ის ფარგლებში მომსახურება დაუჯდებოდა.

Medicare Advantage-ის მართვადი ზრუნვის ბიზნესმოდელი დამატებით ეფუძნება მაღალი ღირებულების მქონე სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის შეზღუდვას. ტრადიციული, სრულად საჯარო Medicare-ის ბენეფიციარებს პრაქტიკულად შეუძლიათ აირჩიონ ნებისმიერი საავადმყოფო და ექიმი და იშვიათად აწყდებიან მომსახურების ადმინისტრაციულ ბარიერებს. ამის საპირისპიროდ, Medicare Advantage გეგმების უმეტესობა ზღუდავს ბენეფიციარებს ექიმებისა და საავადმყოფოების ვიწრო ქსელით, ხშირად ქსელის გარეთ ტოვებს განსაკუთრებით ძვირადღირებულ პროვაიდერებს, მათ შორის აკადემიურ სამედიცინო ცენტრებსა და სპეციალიზებულ ონკოლოგიურ დაწესებულებებს (Kim დ სხვ., 2021).

ამგვარი შეზღუდვები განსაკუთრებით ნეგატიურად აისახება რთული, როგორც წესი მაღალი ღირებულების მქონე პაციენტების მოვლის ხარისხზე, თუმცა საერთო ხარისხზე მათი გავლენის შესახებ არსებული მტკიცებულებები ურთიერთგამომრიცხავია. მაგალითად, იმ ონკოლოგიურ პაციენტებში, რომელთაც ესაჭიროებათ რთული ქირურგიული ჩარევები, Medicare Advantage-ის ბენეფიციარები სრულად საჯარო Medicare-ის მონაწილეებთან შედარებით ნაკლებად ხვდებიან სერტიფიცირებულ ონკოლოგიურ ცენტრებში, უფრო დიდხანს ელოდებიან მკურნალობას და მათ შორის სიკვდილიანობის მაჩვენებელი უფრო მაღალია (Raouf და სხვ., 2023).

გარდა ამისა, როდესაც Medicare Advantage-ის ბენეფიციართა სამედიცინო საჭიროებები იზრდება და მათი მომსახურება ფინანსურად ნაკლებად მომგებიანი ხდება (მაგალითად, თირკმლის ჩანაცვლებითი თერაპიის ან ხანგრძლივი მოვლის დაწესებულებაში განთავსების საჭიროების შემთხვევაში), ასეთი პაციენტების არაპროპორციულად დიდი ნაწილი გადადის კერძო გეგმებიდან სრულად საჯარო Medicare-ში. შედეგად, Medicare Advantage გეგმები თავს არიდებენ მაღალი ხარჯების ტარებას და ამცირებენ საკუთარ ფინანსურ ვალდებულებებს (Li და სხვ., 2018).

Medicare Advantage გეგმების მიერ გამოყენებული ადმინისტრაციული მექანიზმები — რომლებიც მიმართულია როგორც გადახდის სისტემის ოპტიმიზაციის, ისე სამედიცინო მომსახურებაზე წვდომის შეზღუდვისკენ — თავად წარმოადგენს ხარჯიან პროცესს. სწორედ ეს ადმინისტრაციული ხარჯები და მოგება ერთობლივად ხსნის, თუ რატომ უჯდებათ Medicare Advantage გეგმები გადასახადის გადამხდელებს უფრო ძვირი, მიუხედავად იმისა, რომ ისინი კლინიკურ მომსახურებაზე შედარებით ნაკლებ თანხებს ხარჯავენ. 2023 წელს Medicare Advantage გეგმების ადმინისტრაციული ზედნადები ხარჯები (მოგებისა და ადმინისტრაციული ხარჯების ერთობლიობა) შემოსავლების საშუალოდ 13%-ს შეადგენდა და დაახლოებით შვიდჯერ აღემატება ტრადიციული Medicare-ის შესაბამის მაჩვენებელს (Ortaliza და სხვ., 2024).

კერძო კაპიტალის შემოსვლა ჯანდაცვის სექტორში

მომგებიანობის პერსპექტივამ ახალი, უფრო აგრესიული კორპორატიული მოთამაშეები, კერძო კაპიტალის ფირმები, მიიზიდა. ფირმები იყენებენ საკუთარ რესურსებს (ჩვეულებრივ, საერთო ინვესტიციის დაახლოებით 2%), მდიდარი ინვესტორების კაპიტალს (დაახლოებით 18%) და ბანკების ან სხვა სესხის მიმცემი ინსტიტუტებისგან აღებულ სესხებს (დაახლოებით 80%) კლინიკებისა და საავადმყოფოების შესყიდვისთვის. ფირმა ორგანიზებას უწევს სესხებს, თუმცა ვალის გადახდის პასუხისმგებლობა ეკისრება შეძენილ კომპანიას. ტრადიციული მოგებაზე ორიენტირებული ჯანდაცვის კომპანიებისგან განსხვავებით, რომლებიც გრძელვადიან საქმიანობას გეგმავენ, კერძო კაპიტალის ფირმები ინვესტორებს ჰპირდებიან კაპიტალის დაბრუნებას (მოსაკრებელი მოგებით) დაახლოებით 5 წელიწადში, შეძენილი კომპანიების გაყიდვის შედეგად. მოკლე დროის ჰორიზონტი, ფირმების დაბალი გამჭვირვალობა და საჯარო ანგარიშგების რეგულაციებიდან გამონაკლისი იცავს მათ რეპუტაციული რისკისგან, რომელიც სხვას მოგებაზე ორიენტირებულ კომპანიებს ამძიმებს (Fuse Brown & Hall, 2024).

ჯანდაცვის აქტივების შეძენა კერძო კაპიტალის მიერ 2001 წელს 2 მილიარდიდან 2021 წელს 151 მილიარდ დოლარამდე გაიზარდა (Jain და სხვ., 2023). ამჟამად ასეთი ფირმები ფლობენ მინიმუმ 460 ამერიკულ საავადმყოფოს, 409 ჰოსპისს, და მნიშვნელოვან წილს სხვადასხვა სპეციალისტთა პრაქტიკებიდან (Singh და სხვ., 2022).

კვლევები ადასტურებს, რომ კერძო კაპიტალის მფლობელობამ ჯანდაცვის დაწესებულებებზე სისტემური დადებითი გავლენა არ მოუტანია (Borsa და სხვ., 2023). კერძო კაპიტალის მიერ შეძენილ საავადმყოფოებში შემცირდა ჯანდაცვის მუშაკების, განსაკუთრებით ექთნების, რაოდენობა, ხოლო პაციენტებს ემუქრებათ უფრო მაღალი რისკი: ინფექციები, ოპერაციის შემდგომი სიკვდილიანობა. ჰოსპისებში იზრდება Medicare-ის ხარჯები, ხოლო

მომსახურების ხარისხი რჩება დაბალი, თუნდაც სხვა მოგებაზე ორიენტირებული დაწესებულებებთან შედარებით (Soltoff და სხვ., 2024).

კერძო კაპიტალის ფირმები ექიმთა პრაქტიკების შეძენით ზრდიან მოლაპარაკების ძალას სადაზღვევო კომპანიებთან და ზრდიან მომსახურების ფასებს. აშშ-ში ვიზიტების რაოდენობა და თითო ვიზიტის ღირებულება შესაძლოა 78%-მდე გაიზარდოს კერძო კაპიტალის შეძენის შემდეგ. დერმატოლოგიური პრაქტიკები, რომლებიც ფირმების ხელში გადავიდა, ხშირად ამცირებს ექიმთა რაოდენობას იაფი, საშუალო დონის პროვაიდერებით, როგორცაა ექიმის ასისტენტები, და ზრდის საექმო მომსახურების გაწევას – მაგალითად, ხშირი კანის ბიოფსიები დემენციის მქონე მოხუცთა დაწესებულებებში (Hafner & Palmer, 2017).

მომგებიანობის პრინციპის ინტეგრაცია ჯანდაცვის ორგანიზაციებში

აშშ-ის ჯანდაცვის ფინანსური სისტემა მომგებიანობას აუცილებელ პირობად განიხილავს, თუნდაც არაკომერციული საავადმყოფოებისთვის. ისეთი საავადმყოფოები, რომლებიც ვერ ახერხებენ მოგების მიღებას აწყდებიან პრობლემებს ინფრასტრუქტურისა და აღჭურვილობის განახლებასა თუ გაუმჯობესებაში, რაც საბოლოოდ მათი დახურვის საფრთხეს ქმნის.

შედეგად, მოგებაზე ორიენტირებულმა კორპორატიულმა კულტურამ შეაღწია არაკომერციულ საავადმყოფოებში, რომლებიც ხშირად, მომგებიანი ფირმების მსგავსად, გაერთიანდნენ ფართო ჯანდაცვის სისტემებში, რომლებიც მთელი რეგიონების დაფარვას ახდენენ და ათასობით ექიმს ამუშავებენ. ბევრმა ასეთმა სისტემამ ექიმებთან გააფორმა არაკონკურენციის შეთანხმებები, რაც ხელს უშლის მათ შესაძლებლობას, დამოუკიდებლად განახორციელონ პრაქტიკა. რადგან ექიმების უმეტესობა უკვე ჯანდაცვის სისტემების თანამშრომელია, ხოლო საავადმყოფოების ხელმძღვანელები ფინანსურ წარმატებას მაღალ პრიორიტეტს ანიჭებენ, ბევრი ექიმი განიცდის სამუშაო პირობების, სამუშაო კმაყოფილებისა და ჯანდაცვის მიწოდების მართვაში ჩართულობის გაუარესებას.

კონსოლიდირებული სისტემები ხშირად იყენებენ საკუთარ ნახევრად-მონოპოლიურ მდგომარეობას არასამთავრობო გადამხდელთა გადასახადების ასამაღლებლად. საავადმყოფოები, რომელთა გარშემო კონკურენტი არ არსებობს, 12%-ით უმატებენ ფასებს იმ საავადმყოფოების შედარებით, რომლებსაც კონკურენტები ჰყავთ, ხოლო როცა საავადმყოფოები ერწყმიან სიახლოვეში მდებარე კონკურენტებს, ფასები 6–9%-ით იზრდება. რეგიონებში, სადაც საავადმყოფოების საკუთრება ყველაზე კონცენტრირებულია, ფასები ყველაზე სწრაფად მატულობს.

ფინანსურ ეფექტიანობაზე მკვეთრი აქცენტი შეინიშნება სასულიერო ორგანიზაციებთან აფილირებულ ჯანდაცვის დაწესებულებებშიც. აშშ-ის უმსხვილესმა კათოლიკურმა არაკომერციული საავადმყოფოების ქსელმა, რომელიც 51 საავადმყოფოსა და 1000 კლინიკას მოიცავს, თანამშრომლებს დაავალა დეტალური ინსტრუქციების შესრულება პაციენტებისგან მაქსიმალური თანხების ამოსაღებად — მათ შორის იმ პირთაგანაც, რომლებსაც დაბალი შემოსავლის გამო უფასო მომსახურება ეკუთვნოდათ; ამასთან, ვალების ამომღები კომპანიები აქტიურად დევნიდნენ გადაუხდელ პაციენტებს (Silver-Greenberg & Thomas, 2022).

აგრესიული ვალის ამოღების პრაქტიკა ფართოდ არის გავრცელებული როგორც არაკომერციულ, ისე მომგებიან სამედიცინო დაწესებულებებში. ასეთი ვალები სერიოზულად აზიანებს პაციენტებს და ზღუდავს მათ შესაძლებლობას, მომავალში კვლავ მიმართონ სამედიცინო მომსახურებას. მიუხედავად იმისა, რომ სამედიცინო დავალიანება ყველაზე ხშირად დაუზღვეველ პირებს ეხებათ, კერძო დაზღვევის მქონე ზრდასრულთა 10.5%-მაც ვერ შეძლო სამედიცინო გადასახადების დაფარვა (Kluender და სხვ., 2021).

მომგებიანობაზე ორიენტირებულმა სტიმულებმა ასევე მნიშვნელოვანი გავლენა მოახდინა ამერიკული ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურის განაწილებაზე. ფინანსური მოსაზრებებით განპირობებულმა საავადმყოფოების შემცირებამ და დახურვამ მრავალი

სოფლად მცხოვრები მოსახლეობა დატოვა სამშობიარო მომსახურების გარეშე, ხოლო ზოგიერთ რეგიონში — საერთოდ სტაციონარული სამედიცინო დახმარების გარეშე. ამავე დროს, ახალი ინვაზიური კარდიოლოგიური განყოფილებები უფრო ხშირად იხსნება იმ საავადმყოფოებში, რომლებიც უკვე სთავაზობენ ამ მაღალშემოსავლიან მომსახურებებს, ვიდრე იმ ტერიტორიებზე, სადაც კარდიოლოგიური დახმარების საჭიროება დაუკმაყოფილებელია. აშშ-ის დაბალი შემოსავლის მქონე უბნების ნახევარს არ აქვს ინტენსიური თერაპიის განყოფილება. ანალოგიურად, საავადმყოფოები, რომლებიც უმეტესად აფროამერიკელ პაციენტებს ემსახურებიან, საშუალოდ ნაკლებ სივრცეს, აღჭურვილობასა და მომსახურებას სთავაზობენ სხვა დაწესებულებებთან შედარებით, რაც ასახავს ამ პაციენტების დაბალ ან არასაკმარის ფინანსურ ანაზღაურებას ჯანდაცვის სისტემაში.

ჯანდაცვის პოლიტიკის ცვლილებები აშშ-ში: ბაიდენიდან ტრამპამდე

პრეზიდენტმა ჯო ბაიდენმა გააუქმა დონალდ ტრამპის პირველი საპრეზიდენტო ვადის პერიოდში გატარებული ჯანმრთელობის პოლიტიკის ყველაზე მწვავე ზომების ნაწილი. აშშ ხელახლა გაწევრიანდა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციასა და პარიზის კლიმატის შეთანხმებაში, ასევე აღდგა მნიშვნელოვანი გარემოსდაცვითი და შრომითი ჯანმრთელობის დაცვის რეგულაციები. ბაიდენის ადმინისტრაციამ ასევე გააფართოვა Medicaid-ის დაფარვა დაბალი შემოსავლის მქონე მოსახლეობისთვის და გაზარდა სუბსიდიები კერძო სადაზღვევო გეგმებისთვის; დაიწყო მედიკამენტების ფასების რეგულირება Medicare-ის ფარგლებში (თუმცა ეს შეზღუდულ რაოდენობის პრეპარატებს შეეხო). დაუშვა აბორტის მედიკამენტების ტელემედიცინის გზით გამოწერა, რამაც მნიშვნელოვნად გააუმჯობესა აბორტზე ხელმისაწვდომობა, განსაკუთრებით იმ შტატებში, სადაც აბორტი აკრძალულია.

ხელახლა დაბრუნების შემდეგ, პრეზიდენტმა ტრამპმა სწრაფად გააუქმა ბაიდენის პოლიტიკის ძირითადი მიმართულებები და წამოიწყო ახალი შეტევები მეცნიერების, მედიცინისა და ჯანდაცვის წინააღმდეგ როგორც აშშ-ში, ისე გლობალურ დონეზე.

2025 წლის ივლისში ტრამპის მიერ ხელმოწერილი საბიუჯეტო კანონი ათი წლის განმავლობაში 990 მილიარდი დოლარით ამცირებს Medicaid-ის დაფინანსებას (და 300 მილიარდი დოლარით — დაბალი შემოსავლის მქონე პირებისთვის განკუთვნილ სასურსათო დახმარებას), რათა კომპენსირდეს მაღალი შემოსავლის მქონე ამერიკელებისთვის საგადასახადო შეღავათებით გამოწვეული ბიუჯეტური დანაკარგები. რთული საბიუჯეტო წესების გამო, ეს კანონი დამატებით 490 მილიარდი დოლარით ამცირებს Medicare-ის დაფინანსებას. შედეგად, მოსალოდნელია, რომ 10 მილიონი ადამიანი დაზღვევის გარეშე დარჩება (კიდევ 5 მილიონი დაკარგავს დაფარვას Affordable Care Act-ის სუბსიდიების გაუქმების გამო), რამაც შესაძლოა გამოიწვიოს მრავალი საავადმყოფოსა და კლინიკის დახურვა, განსაკუთრებით სოფლად და დაბალი სოციალური სტატუსის მქონე მოსახლეობისთვის მომსახურე რეგიონებში.

ამავდროულად, მთავრობამ 2026 წელს 25 მილიარდი დოლარით გაზარდა Medicare-ის გადახდები პრივატიზებული Medicare Advantage გეგმების მიმართ, რითაც კიდევ უფრო გაზარდა უკვე არსებული ზედმეტი ანაზღაურება ამ გეგმებისთვის.

Affordable Care Act-ის ბაზრებზე შეძენილი სუბსიდიზებული კერძო დაზღვევის მქონე 20 მილიონი ადამიანისთვის, კონგრესის მიერ ბაიდენის სუბსიდიების არგაგრძელება გამოიწვევს ჯიბიდან გადასახდელი პრემიის დაახლოებით 75%-იან ზრდას. ასევე მოსალოდნელია პრემიის ზრდა კერძო დაზღვევის მქონე პირთა უმრავლესობისთვის, რადგან სადაზღვევო კომპანიები შეეცდებიან ანაზღაურონ მოსალოდნელზე მაღალი სამედიცინო ხარჯებით გამოწვეული მოგების შემცირება.

ჯანდაცვის მდივანმა რობერტ კენედიმ გააუქმა გარკვეული ვაქცინების რეკომენდაციები, რაც სადაზღვევო კომპანიებს აძლევს შესაძლებლობას უარი თქვან მათ დაფინანსებაზე და ხარჯი პაციენტებზე გადაიტანონ.

ტრამპის მკაცრმა საიმედირო პოლიტიკამ უკვე გაამწვავა პერსონალის დეფიციტი და დაარღვია ჯანდაცვის მომსახურების უწყვეტობა. აშშ-ში დასაქმებული 3.4 მილიონი ჯანდაცვის მუშაკიდან 1.1 მილიონი არ არის მოქალაქე, მათ შორის 55 802 ექიმი და 148 445 რეგისტრირებული ექთანი (Azaroff და სხვ., 2025).

ამერიკის ჯანდაცვის პოლიტიკამ, რომელიც ათწლეულების განმავლობაში ფორმალურად „ბაზრის უხილავი ხელის“ ლოგიკას მისდევდა, პრიორიტეტი მიანიჭა ინვესტორულ საკუთრებას. ეს პოლიტიკა სათავეს იღებს 1971 წელს, როდესაც პრეზიდენტმა ნიქსონმა მართვადი ზრუნვის (managed care) სტრატეგია დანერგა. შედეგად ჩამოყალიბდა ჯანდაცვის სისტემა, რომელიც მსოფლიოში ყველაზე ძვირია, თუმცა ჯანმრთელობის შედეგებით კიდევ უფრო ჩამორჩება სხვა მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებს. ეფექტიანობის ნაცვლად, მოგებაზე ორიენტირებულმა ლოგიკამ წარმოშვა ჰიპერტროფირებული მმართველობითი აპარატი, რომლის ძალისხმევაც მიმართულია ანგარიშგების ზრდაზე, მაღალი მოგების მომტანი სერვისების გაფართოებაზე და იმ პაციენტების თავიდან არიდებაზე, რომელთა სამედიცინო საჭიროებები „არაკომერციულად“ მიიჩნევა. დღეს ეს ადმინისტრაციული პრაქტიკები ჯანდაცვის საერთო ხარჯების ერთ მესამედზე მეტს შთანთქმავს.

პოლიტიკოსების თავისუფალი ბაზრის რიტორიკამ შენიღბა სახელმწიფო ქმედებები, რომლებიც კორპორაციულ მოგებას აყენებს ჯანმრთელობაზე წინ და გადასახადის გადამხდელს აკისრებს სისტემის ძირითად ფინანსურ ტვირთს. მიუხედავად იმისა, რომ ფედერალურ დონეზე მნიშვნელოვანი წინსვლა ნაკლებად მოსალოდნელია პრეზიდენტ ტრამპის მმართველობის პირობებში, ცალკეულ შტატებს აქვთ შესაძლებლობა განახორციელონ კერძო კაპიტალის მიერ ჯანდაცვის დაწესებულებების შესყიდვებისა და მოგებაზე ორიენტირებული საკუთრების შეზღუდვა და რეგულირება.

ჯანდაცვის სისტემის პრობლემების სიმძიმე მოითხოვს ამერიკული ჯანდაცვის პოლიტიკის ფუნდამენტურ გადახედვას. კომერციალიზაციისგან გათავისუფლებული ეროვნული ჯანმრთელობის დაზღვევა - ე.წ. „Medicare ყველასთვის“ — მნიშვნელოვნად შეამცირებდა ფინანსურ ბარიერებს სამედიცინო დახმარებაზე ხელმისაწვდომობის გზაზე. მრავალი კვლევა, მათ შორის აშშ-ის კონგრესის საბიუჯეტო ოფისის შეფასებები, ადასტურებს ასეთი რეფორმის ფინანსურ მდგრადობას: დაზღვევასთან დაკავშირებულ ბიუროკრატიაზე ყოველწლიურად დაზოგილი ასობით მილიარდი დოლარი სრულად დააბალანსებდა დაფარვის გაფართოებისა და გაუმჯობესების ხარჯებს.

თუმცა, კერძო ინვესტორული საკუთრების ზრდამ, ასევე არაკომერციულ სექტორში კონსოლიდაციამ და მოგებაზე ორიენტირებულმა პრაქტიკებმა უკვე ის ეტაპი შექმნა, სადაც მხოლოდ გადახდის მექანიზმების რეფორმა აღარ არის საკმარისი — აუცილებელია მომსახურების მიწოდების სისტემის საკუთრების სტრუქტურის გადახედვა. საავადმყოფოებისა და სხვა არსებითი ჯანდაცვის ინსტიტუტების მიზნები და მართვა უნდა განისაზღვროს საზოგადოებრივი ინტერესებით და არა მოგების მოტივით.

აშშ-ის არაეფექტიანი ჯანდაცვის სისტემა საჯარო პოლიტიკებმა შექმნა. მისი გამოსწორება მოითხოვს რადიკალურად განსხვავებულ პოლიტიკურ მიდგომებს.

გამოყენებული ლიტერატურა

American Hospital Association. Fast facts on U.S. hospitals.
<https://www.aha.org/system/files/media/file/2022/02/Fast-Facts-2022-Infographics.pdf>

American Medical Association Division of Economic and Health Policy Research. Competition in health insurance: a comprehensive study of US markets. <https://www.ama-assn.org/system/files/competition-health-insurance-us-markets.pdf>

Aldridge, MD. (2021). Hospice tax status and ownership matters for patients and families. *JAMA Intern Med.* 181:1114-1115

Anhang Price, R · Parast, L · Elliott, MN · et al. (2023). Association of hospice profit status with family caregivers' reported care experiences. *JAMA Intern Med.* 183:311-318

Azaroff, LS., Woolhandler, S., Touw, S., et al. (2025). Deporting immigrants may further shrink the health care workforce. *JAMA.* 333:2018-2020

Borsa, A., Bejarano, G., Ellen, M. et al. (2023). Evaluating trends in private equity ownership and impacts on health outcomes, costs, and quality: systematic review. *BMJ.* 382, e075244

Cabin, W · Himmelstein, DU · Siman, ML · et al. (2014). For-profit Medicare home health agencies' costs appear higher and quality appears lower compared to nonprofit agencies. *Health Aff.* 33:1460-1465

Centers for Medicare and Medicaid Services. National health expenditure data: historical. <https://www.cms.gov/data-research/statistics-trends-and-reports/national-health-expenditure-data/historical>

Cohen, RA., Briones, EM. Health insurance coverage: early release of quarterly estimates from the National Health Interview Survey, 2023–September 2024. National Center for Health Statistics, Feb 6, 2025. <https://www.cdc.gov/nchs/nhis/early-release/health-insurance-coverage.html>

Devereaux, PJ · Heels-Ansdell, D · Lacchetti, C · et al. Payments for care at private for-profit and private not-for-profit hospitals: a systematic review and meta-analysis *CMAJ.* 2004; 170:1817-1824

Dickman, S., Mirza, R., Kandi, M., et al. (2021). Mortality at for-profit versus not-for-profit hemodialysis centers: a systematic review and meta-analysis. *Int J Health Serv.* 51:371-378

Eichenwald, K. \$100 million settlement seen in Tenet suits. *New York Times*, July 30, 1997. <https://www.nytimes.com/1997/07/30/business/100-million-settlement-seen-in-tenet-suits.html>

Farmer, B. Hospital giant HCA fends off accusations of questionable inpatient admissions. *KFF Health News.* <https://kffhealthnews.org/news/article/hca-hospitals-admissions-accusations/>

Fuse Brown, EC., Hall, MA. (2024). Private equity and the corporatization of health care. *Stanford Law Rev.* 76:527-596

Gaffney, A., Woolhandler, S., & Himmelstein, D. U. (2023). Century-Long Trends in the Financing and Ownership of American Health Care. *The Milbank Quarterly*, 101(2), 325-348.

Hafner, J., Palmer, G. (2017). Skin cancers rise, along with questionable treatments. *New York Times*, Nov 20, 2017. <https://www.nytimes.com/2017/11/20/health/dermatology-skin-cancer.html>

Horwitz, JR., Nichols, A. Hospital service offerings still differ substantially by ownership type. *Health Aff.* 2022; 41:331-340

Jain, N., Murphy, K., Klingan, F-R., et al. (2023). Healthcare private equity market 2022: the year in review. Bain & Company. <https://www.bain.com/insights/year-in-review-global-healthcare-private-equity-and-ma-report-2023/>

Kim, D · Meyers, DJ · Rahman, M · et al. Comparison of the use of the top-ranked cancer hospitals between Medicare Advantage and traditional Medicare. *Am J Manag Care.* 2021; 27:e355-e360

Kluender, R., Mahoney, N., Wong, F. et al. (2021). Medical debt in the US, 2009-2020. *JAMA.* 326:250-259
Brenan, M. (2024). View of US healthcare quality declines to 24-year low. *Gallup.* <https://news.gallup.com/poll/654044/view-healthcare-quality-declines-year-low.aspxDec%206,%202024>

Landi, H. CVS expects to close Oak Street Health deal by July as acquisition clears regulatory obstacle. *Fierce Healthcare*, March 31, 2023. <https://www.fiercehealthcare.com/payers/cvs-expects-close-oak-street-health-deal-july-acquisition-clears-regulatory-obstacle>

Li, Q · Trivedi, AN · Galarraga, O · et al. Medicare Advantage ratings and voluntary disenrollment among patients with end-stage renal disease. *Health Aff.* 2018; 37:70-77

Mattingly, TJ., Hyman, DA., Bai, G. (2023). Pharmacy benefit managers: history, business practices, economics, and policy. *JAMA Health Forum.* 4, e233804

Medicare Payment Advisory Commission. Report to the Congress: Medicare payment policy. <https://www.medpac.gov/document/march-2025-report-to-the-congress-medicare-payment-policy/>

National Association of Insurance Commissioners. US health insurance industry analysis report: 2021 annual results. <https://content.naic.org/sites/default/files/2021-Annual-Health-Insurance-Industry-Analysis-Report.pdf>

New York Times. \$395 million payment to settle unnecessary-surgeries suits. <https://www.nytimes.com/2004/12/22/business/395-million-payment-to-settle-unnecessary-surgeries-suits.html>.

Ortaliza, J., Fuglesten Biniek, J., Hinton, E. et al. Health insurer financial performance in 2023. KFF, July 2, 2024. <https://www.kff.org/medicare/issue-brief/health-insurer-financial-performance/>

Raoof, M · Ituarte, PHG · Haye, S · et al. Medicare Advantage: a disadvantage for complex cancer surgery patients. J Clin Oncol. 2023; 41:1239-1249

Silver-Greenberg, J., Thomas, K. (2022). Profits over patients. They were entitled to free care. Hospitals hounded them to pay. New York Times, Sept 24, 2022. <https://www.nytimes.com/2022/09/24/business/nonprofit-hospitals-poor-patients.html>

Singh, Y., Zhu, JM., Polsky, D. et al. (2022). Geographic variation in private equity penetration across select office-based physician specialties in the US. JAMA Health Forum. 3, e220825

Soltoff, AE., Unruh, MA., Stevenson, DG. et al. (2024). Caregiver-reported quality in hospices owned by private equity firms and publicly traded companies. JAMA. 332:2029-2031

Schrier, E · Himmelstein, DU · Gaffney, A · et al. Taxpayers' share of US prescription drug and insulin costs: a cross-sectional study. J Gen Intern Med. 2024; 40:1325-1332

Thomas, P. Psychiatric hospital group to pay record fine: \$379 million assessed after guilty plea in 3-year federal probe of fraud, kickbacks. Washington Post, June 29, 1994. <https://www.washingtonpost.com/archive/politics/1994/06/30/psychiatric-hospital-group-to-pay-record-fine/320a2bac-815d-4ac8-ac2f-4818c3aa1dcf/>

US Department of Justice. Largest health care fraud case in U.S. history settled: HCA investigation nets record total of \$1.7 billion https://www.justice.gov/archive/opa/pr/2003/June/03_civ_386.htm

UnitedHealth Group. 2024 annual report. <https://www.unitedhealthgroup.com/content/dam/UHG/PDF/investors/2024/UNH-Q4-2024-Form-10-K.pdf>

US Department of Justice. Hospital chain will pay over \$513 million for defrauding the United States and making illegal payments in exchange for patient referrals; two subsidiaries agree to plead guilty. <https://www.justice.gov/archives/opa/pr/hospital-chain-will-pay-over-513-million-defrauding-united-states-and-making-illegal-payments>

US Department of Justice. DaVita to pay \$350 million to resolve allegations of illegal kickbacks. <https://www.justice.gov/archives/opa/pr/davita-pay-350-million-resolve-allegations-illegal-kickbacks>