



Tema del Seguro de Salud de Florida "Obama y el cuidado de la salud"

Flexible - pero no de atención de la salud [Española](#)

Marzo de 2009 - En su conferencia de prensa televisada, el presidente [Obama](#) dijo, "que estaba dispuesto a ser flexible en la negociación con el Congreso sobre el presupuesto para el año fiscal 2010, pero que mantiene firme su compromiso de" [reforma de la atención sanitaria.](#) "" Se pone en marcha la cuestión de lo que él y otros entienden por ese término.

Aquí está una breve explicación de lo que probablemente refiere.

Como economista horizontal situada en una cama de hospital, yo, al igual que la mayoría de los pacientes, tienden a pensar en la atención de la salud como la atención la actividad humana en la que el reposo de mi confianza.

Como economista vertical, sin embargo, yo creo, naturalmente, de la atención de la salud como un sector económico con los siguientes distintos aspectos:

1. una demanda (por lo que me refiero a los pacientes o sus agentes, públicos y privados de seguros de salud, la atención

- de la salud que adquirir y pagar por esa atención)
2. un lado de la oferta (los [proveedores de atención de la salud](#) y productos para el cuidado de la salud)
 3. un seguro de salud [del sistema](#), destinadas a proteger a los individuos y los hogares de la excesiva pérdida financiera debido a facturas médicas, y también para ayudar a los pacientes obtener la atención de la salud a precios negociados
 4. una [infraestructura de información](#) de apoyo y la vinculación de los pacientes, aseguradores y proveedores de cuidado de los unos con los otros, y
 5. un [regulador](#) de infraestructuras destinadas a mantener las operaciones en este mercado honorable, justa para ambas partes, y orientada hacia el final los objetivos sociales de un sistema de salud.

Ambicioso como es, el presidente quiere reformar todas estas facetas del sector de la salud.

En primer lugar, en el lado de la demanda, le gustaría pasar a los Estados Unidos más cerca de los casi cien años de antigüedad objetivo de lograr [la salud universal, la cobertura de seguro](#). La idea es dotar con suficiente poder adquisitivo del creciente número de estadounidenses de bajos ingresos que no pueden pagar el costo de la atención de la salud de una calidad satisfactoria.

Del lado de la demanda, el presidente quiere reformar la manera en que nosotros pagamos a los proveedores de cuidado de la salud. La idea general es adaptar los pagos con efectivo "rendimiento" a través de lo que ahora se conoce como "pago [por rendimiento](#)" o simplemente P4P. Lo ideal sería que dicho sistema se basaría en los llamados ["paquetes de pagos"](#) para la totalidad de un tratamiento médico en caso de conformidad con [las pruebas basadas en las](#)

[guías de práctica clínica](#). Si bien una vieja idea, que ha eludido la aplicación hasta la fecha, debido a que es terriblemente difícil de lograr en la práctica.

El objetivo final de este lado de la demanda política, sin embargo, es provocar la oferta a través de incentivos financieros a entregar realmente [clínicamente integrado](#) de atención de salud, en lugar de la tradicional fragmentación de la atención que ahora cumplir. Se requeriría una importante realineación de profesionales y el poder económico de la oferta.

En tercer lugar, en la faceta de seguro de salud, el presidente desea desarrollar un buen funcionamiento del mercado de forma individual comprado [un seguro de salud](#), como una alternativa al sistema basado en el empleo que cubre la mayoría de los asegurados no ancianos estadounidenses.

Ahora es un mercado, pero sólo cubre una pequeña fracción de los no-americanos de edad avanzada, sobre todo porque está muy fragmentado y, por otra parte, en la mayoría de los estados las clavijas de la persona que las primas de seguros, el estado de salud del individuo. Para la reforma de este mercado, el presidente establecerá un [Intercambio Nacional de Seguros](#).

Esto puede ser pensado como análogo a los agricultores un mercado en el que compiten los aseguradores ofrecen sus productos, con sujeción a un conjunto de normas que hacen que las transacciones en el mercado transparente y honorable, y la justa competencia entre los aseguradores.

Una importante cuestión polémica es si las aseguradoras que compiten en este mercado debería incluir un nuevo plan de seguros del sector público, como [Medicare](#), pero no para los ancianos.

En cuarto lugar, la información sobre los aspectos de apoyo a ambas partes del mercado, el presidente y el Congreso en conjunto ya han destinado cerca de \$ 50 millones para el desarrollo de una [electrónica](#) de [información de salud](#) de infraestructura.

Infraestructura que contendrá un expediente médico electrónico, a través del cual los médicos en cualquier parte del sistema de salud pueden tener acceso a un solo paciente del registro médico, destinado a las salvaguardias del derecho del paciente a la intimidad.

A más largo plazo, habría también una llamada personal de registro de salud electrónica que vincula a los pacientes por vía electrónica a su historial médico y sus médicos de atención primaria.

Esa sería una infraestructura de información a disposición, a los pacientes y otros usuarios, información sobre la calidad de la atención de salud prestados por los proveedores de atención de la salud - por ejemplo, hospitales y médicos. Este acceso podría facilitar una mejor función de los costos y de control de calidad que emanan de la demanda del sistema.

Asimismo, difundir la información de lo que debería ser llamado "análisis coste-eficacia", pero, como se discutió en los primeros puestos, se ha limitado a ser mero "análisis comparativo" (véase esto y esto para obtener más información sobre este tema).

Por último, a que hagan todo el trabajo de estas piezas armonía - hacia los objetivos sociales de mejorar la situación sanitaria de los estadounidenses al proporcionar todos ellos con acceso a la atención oportuna, y de la protección de sus presupuestos de incursiones indebidas de las facturas médicas - se tendría que ser un conjunto de regulaciones gubernamentales adicionales,

principalmente en el sector de los seguros de salud.

Acerca del Seguro de Salud engañosas

EE.UU. Senador Jay Rockefeller, presidente del Comité del Senado sobre Comercio, Ciencia y Transporte, que se celebró audiencia de un comité de esta semana sobre "engañosas prácticas de la industria de seguros de salud - Cómo son los consumidores de lo que pagaban?"

La audiencia examinó cómo la industria de seguros de salud para los consumidores reembolsa los servicios de salud. Hubo centrarse en la manera en que la industria calcula "de costumbre, habitual y razonable" las tasas de reembolso para los consumidores que opten por recibir atención de fuera de la red de médicos y otros proveedores de atención médica.

Una reciente investigación de la Procuraduría General de Nueva York llegó a la conclusión de que la industria de los seguros ha subestimado sistemáticamente el fuera de la red de las tasas de reembolso se paga la participación de los asegurados, con un costo de miles de millones de dólares de los consumidores. Las víctimas de esta práctica fraudulenta son más de 100 millones de estadounidenses que pagan por la cobertura del seguro médico que les permita salir de su red de proveedores de atención médica.

"La industria de seguros de salud ha estado prometiendo el pago de una determinada parte de los consumidores" facturas médicas, pero luego han sido los datos de aparejamiento de salud para evitar el pago de su cuota justa ", dijo Rockefeller. "El resultado es que miles de millones de dólares en costos de atención de salud han sido injustamente desplazado a millones de consumidores norteamericanos."

En el testimonio escrito, la Dra. Mary Jerome, un paciente de cáncer, compartió su experiencia personal con las prácticas desleales y las tasas.

"Cuando me diagnosticaron el cáncer, pensé que el obstáculo más difícil que se enfrentaría sería la enfermedad", dijo. "Nunca sé, que se ocupan de mi compañía de seguros sería mi mayor batalla, porque para mí desconocido, que se operan con métodos engañosos de reembolso. Tuve que luchar el cáncer - y aún estoy luchando - y he tenido que luchar a mi compañía de seguros para tratar de obtener una cobertura justa. Es casi demasiado para soportar. "

"A nivel nacional, los costos médicos son la principal causa individual de la quiebra, a pesar de que el individuo normalmente seguros", declaró Linda Lacewell, en representación de la Nueva York Oficina del Fiscal General. "Fraudulenta en virtud de reembolso para los asegurados-estadounidenses es una parte de esta ecuación negativa para los consumidores."

En representación de la Unión de Consumidores, Chuck Bell explicó que durante los últimos diez años, las principales bases de datos que son utilizados por las aseguradoras para determinar "de costumbre, habitual y razonable" las tasas han sido de propiedad de Ingenix, una filial de United Health Group.

Dra. Nancy Nielsen, presidente de la Asociación Médica Americana, se sumaron varias otras partes para lograr una acción judicial contra el Grupo Unido de Salud para la utilización de datos asimétricos para determinar las tasas de los pagos.

"Después de casi una década de litigios, la AMA se alegra de que United Health Grupo reconoció la importancia de restablecer su relación con los pacientes y los médicos y es la solución de la AMA

por la demanda de acuerdo con pagar \$ 350 millones para reembolsar a los pacientes y los médicos que a corto cambiado, y confirmando en la corte federal su acuerdo por separado con el Fiscal General de Nueva York Cuomo para poner fin a la utilización de esta base de datos y la confianza de su reparación y operación de una organización sin fines de lucro institución ", declaró el Dr. Nielsen.

En caso de que tenemos seguro médico obligatorio?

La administración de Obama el compromiso de reformar la atención de la salud ha puesto en marcha uno de los debates más importantes que afectan a las pequeñas empresas en la memoria reciente. Junto a la reforma fiscal, el costo de la asistencia sanitaria y seguro de salud más alto rango en las encuestas de los propietarios de pequeñas empresas en cuestión.

A medida que el debate se desarrolle en los próximos meses, los propietarios de pequeñas empresas tendrán que ponerse al día sobre el estado actual del sistema de problemas. En una reciente audiencia ante la Cámara Comité de Energía y Comercio de la subcomisión de la Salud proporcionó algunos testimonios oculares de apertura en el sistema actual y por qué los problemas de carácter obligatorio, un seguro universal de salud debe ser una piedra angular de los esfuerzos de reforma.

"Seguro, en su forma más simple, las obras de puesta en común riesgos: muchos pagar una prima por adelantado, y luego aquellos que se enfrentan a un mal resultado (caer enfermo, estar en un accidente de coche, tras incendiar su casa) se pagarán con cargo a los recogidos primas ", explicó Katherine Baicker, profesor de economía de la salud en la Escuela de Harvard de Salud Pública.

"La incertidumbre acerca de cuándo podemos caer enfermos y

necesitan más atención de la salud es la razón por la que compra el seguro, no sólo por la atención de la salud es cara", explicó Baicker. "Es imposible" asegurar "en contra de un evento adverso que ya ha ocurrido, para ya no hay incertidumbre. Intente comprar seguro para cubrir su reciente destrucción de su vecino del Porsche, la prima será el costo de un nuevo Porsche . Usted no necesita el seguro de su automóvil, usted necesita un auto. "

La misma lógica explica por qué las compañías de seguros tratan de eliminar o negar la cobertura a los que ya están enfermos, o han llamado condiciones preexistentes. "La realidad del mercado de seguros de salud es que el éxito de una compañía depende de su capacidad para reducir al mínimo sus riesgos. Esto significa que cada empresa es mejor si sólo se asegura la gente que no necesita atención médica. Esto proporciona incentivos para la cereza recoger las personas sanas, y limitar el número de personas cubiertas insalubres ", Mila Kofman, Maine del superintendente de seguros, dijo la comisión.

"Dado que se estima que 20 por ciento de las personas que representan el 80 por ciento del gasto en salud, evitando incluso un pequeño número de individuos de alto costo puede reducir sustancialmente las pérdidas de una compañía de seguros", señaló Kofman. "Si bien el deseo de las compañías de seguros para reducir el riesgo es racional desde una perspectiva de libre mercado, crea un mercado que muchos estadounidenses no pueden acceder. Nadie compite para asegurar las personas enfermas."

Seguro funciona porque no todos se enferman al mismo tiempo, por lo que es posible hacer pagos a los que enferman a pesar de que sus costos de atención más que su prima, aprovechando la combinaron las primas de seguros. Así, el sistema está socavado por los no asegurados, tanto sanos como poco saludables.

Para no asegurados o no asegurados en virtud de las personas que están enfermas, la incertidumbre ya no es un factor. Que necesitan la atención de la salud - no seguro de salud -, pero falta el dinero para pagar por él, porque perderá el beneficio de explotar una reserva de primas de seguros.

Por la misma razón, cuando individuos sanos optar por ir sin seguro, el modelo se rompe y, debido a que están limitando el número de reservas disponibles para aquellos que están enfermos. Si esperan hasta que están enfermos para obtener el seguro, que en contra de la finalidad del seguro, también. Por eso, de Massachusetts, uno de los estados que la atención de la salud los esfuerzos de reforma, se requiere la participación universal en su programa de salud.

Hoy, dos años después de la promulgación de la reforma de la atención de la salud de barrido, 97,4 por ciento de Massachusetts "los residentes tienen cobertura de seguro de salud, en comparación con el 85 por ciento en promedio a nivel nacional, dijo Jon Kingsdale, director ejecutivo de la Comunidad del estado del Seguro de Salud Conector Autoridad.

"Como resultado, los obstáculos financieros para la obtención de atención han disminuido notablemente, Kingsdale dijo. En 2007, el primer año completo de la reforma, el número de personas en Massachusetts que necesitan la atención de la salud aplazado debido a los altos costos se redujo a entre la mitad y una tercio de la media nacional. "Y es razonable esperar que los obstáculos financieros siguió disminuyendo en el segundo año de la reforma, como el número de nuevos inscritos seguido creciendo", añadió.

Aunque se ha informado ampliamente de que 47 millones de estadounidenses no tienen cobertura de salud, millones más son insuficiente, que se define como familias que tienen fuera de su bolsillo los gastos médicos ascienden a 10 por ciento o más de sus

ingresos. Según un estudio realizado por el Commonwealth Fund, 25 millones de adultos que habían eran insuficiente cobertura de salud en 2007, un 60 por ciento de incremento respecto a la 15,6 millones de estadounidenses que fueron insuficiente en 2003. En resumen que están viviendo en el precipicio, una emergencia médica grave fuera de desastre financiero.

De hecho, casi la mitad de todas las quiebras en los Estados Unidos están relacionadas, al menos en parte, a gastos de atención médica. Y, de los médicos frente a las quiebras, aproximadamente las tres cuartas partes tenían seguro de salud al comienzo de la quiebra de su enfermedad, de acuerdo con Judy Feder, Senior Fellow en el Center for American Progress Fondo de Acción, Washington, DC, a base de reflexión.

Siete de cada 10 encuestados en un reciente estudio de los prestatarios de hipoteca informó inmanejable facturas médicas como una de las causas subyacentes de su hipoteca, o habían experimentado otros trastornos médicos a su ingreso, como la pérdida de trabajo debido a una enfermedad de origen o el uso de la equidad a pagar las facturas médicas , dijo Feder.

En el sistema actual, la falta generalizada de una adecuada cobertura de salud se estima que los costos de nuestra economía \$ 60 millones a US \$ 130 millones anuales. Una u otra manera, los contribuyentes que recoger los costes, ya sea a través de las amortizaciones fiscales por los hospitales aún no para la atención, los programas federales como Medicaid, o por medio de la peor resultado posible - médicos relacionados con las quiebras y las ejecuciones

Es por eso que la reforma debe comenzar con carácter obligatorio, la cobertura de seguro universal de salud, lo ideal sería ofrecido a través de los transportistas privados con una especie de red de

seguridad del gobierno. Es fundamental para conseguir un mango en directos e indirectos y costos de la atención de la salud con lo que el nivel de atención a las normas de otras naciones desarrolladas.

Demócratas Quieren Salud

Los esfuerzos para revisar el sistema de atención de salud han avanzado rápidamente, con el sector de los seguros de varios de los principales concesiones y los presidentes de los cinco comités del Congreso de llegar a un consenso sobre los principales ingredientes de la legislación.

La gobernadora Kathleen Sebelius el martes en su audiencia de confirmación del Senado como secretario de Salud y Servicios Humanos. Los presidentes, todos los demócratas, de acuerdo en que todos deben llevar el seguro y que los empleadores deberían estar obligados a ayudar a pagar por ello. También están de acuerdo en que el gobierno debe ofrecer un plan de seguro de salud pública como una alternativa a los seguros privados.

Sin embargo, los miembros del Congreso se acaba de pasar a los temas más explosivos, lo que podría retrasar o hacer descarrilar el proceso. Ellos todavía tienen que abordar la cuestión de cómo pagar por la cobertura de los no asegurados.

No han luchado con vehemente Republicano objeciones a la idea de un nuevo gobierno a ejecutar plan de seguro, que compiten directamente con los aseguradores privados.

Y no han descubierto el papel de los reguladores estatales de seguros, que cientos de hacer cumplir las leyes estatales obligatorias de cobertura de una miríada de temas, incluyendo tratamientos de infertilidad, cribado del cáncer de próstata y la

acupuntura. "Hay demasiado feliz hablar", dijo el senador John D. Rockefeller IV, demócrata de Virginia Occidental. "Es hora de empezar a paliza a cabo las decisiones en materia de temas difíciles".

La Casa Blanca, que muestra un sorprendente toque de luz, ha alentado a los demócratas en el Congreso para tomar las difíciles decisiones, mientras que la administración tiene foros en todo el país para escuchar las sugerencias de los ciudadanos de a pie. Líderes del Congreso han establecido un ambicioso calendario, de la Cámara y el Senado votará por separado en las facturas a finales de julio. El senador Edward M. Kennedy, demócrata de Massachusetts, ha conservado el calor de los negociadores.

Obama Presidente de selección para la secretaria de salud y servicios humanos, la Gobernadora de Kansas Kathleen Sebelius, le dijo a los senadores en una audiencia el martes que "la reforma de salud sería mi misión" si el Senado confirma su nombramiento. Sra. Sr. Obama Sebelius respaldado el llamamiento de los estadounidenses para dar la opción de un plan de salud del gobierno como una alternativa a la cobertura privada - "una opción, al lado de los aseguradores privados", dijo.

Nancy-Ann DeParle, director de la Casa Blanca, Oficina de la Reforma de Salud, que es en Capitol Hill casi todos los días, dijo: "En mi opinión, ha habido una progresión constante hacia conseguir un proyecto de reforma de la atención de la salud realizado este año, como el presidente ha instado y pidió. "

Pregunta si ella había recomendado ninguna opciones de política para el Congreso, la Sra. DeParle dijo, "Eso no se le ha ocurrido todavía."

Desde el otoño pasado, los demócratas del Senado han mantenido

reuniones periódicas con los defensores de los consumidores y los grupos de presión para el cuidado de la salud, los seguros y las industrias farmacéuticas. Las conversaciones se han reducido las diferencias.

En noviembre, dos semanas después de la elección presidencial, el sector de los seguros de salud dijo que aceptar a todos los solicitantes, independientemente de la enfermedad o la discapacidad, si el Congreso requiere que cada uno tenga cobertura. La industria dio un paso más la semana pasada, la oferta para poner fin a la práctica de cobrar primas más elevadas para las personas enfermas en el mercado de seguros individuales.

Pero cada punto de acuerdo plantea una serie de preguntas. El gobierno no puede exigir a la gente a tener un seguro si no pueden permitírselo, por lo que los legisladores deben decidir: ¿Quién obtener subvenciones? ¿Cuánto? Y si el gobierno subsidia el seguro, en caso de que, asimismo, los artículos y servicios que deben estar incluidos - los beneficios o su valor total?

Liderando el esfuerzo en el Congreso son los cinco presidentes de las comisiones, representantes de George Miller y Henry A. Waxman de California y Charles B. Rangel de Nueva York, el senador Max Baucus de Montana y el Sr. Kennedy.

Las graves negociaciones se están llevando a cabo en un proceso secreto que se ve un poco como el que el presidente Bill Clinton y la primera dama, Hillary Rodham Clinton, que se utiliza para elaborar su malogrado plan de aseguramiento universal de salud en 1993.

Para estar seguro, los jugadores son diferentes este año. Congreso, en lugar de la Casa Blanca, ha tomado la iniciativa en la elaboración de una propuesta para reordenar una sexta parte de la economía de la nación. Sra. DeParle, el funcionario de la Casa Blanca, dijo: "Mi

trabajo es trabajar con miembros del Congreso. Ellos son los que hacen el trabajo duro. Estamos proporcionando la asistencia técnica. Les ayudamos con las tuercas y tornillos ".

Y que la Clinton atacó intereses especiales y excluidos de la formulación de políticas deliberaciones, Kennedy asistentes han acogido con satisfacción a dos veces por semana reuniones de los interesados, conocido como el "grupo WORKHORSE".

Aún así, incluidos los grupos de presión en las negociaciones no garantiza que apoyará cualquier emerge. "El hablar de grupos de presión más suavemente," dijo el Sr. Rockefeller ", pero podría ser tan letal para la reforma de la atención de la salud como lo fueron hace 15 años."

Sr. Baucus, presidente de la Comisión de Finanzas del Senado, senadores periódicamente convoca a su oficina para las reuniones de la "junta de directores", un grupo de seis demócratas y cinco republicanos reflexionando maneras de dirigir la salud a través de la legislación del Senado.

Demócratas insisten en que los consumidores deben tener la posibilidad de elegir entre un seguro privado y un plan de salud del gobierno. Los aseguradores privados celebrará reducir costes y mejorar la atención si tienen que competir con un plan, dijo el líder de Asamblea Democrática, Representante Steny H. Hoyer de Maryland.

Pero los republicanos dicen un plan de gobierno tendría ventajas injustas y podrían conducir los aseguradores privados del mercado.

Grupos de presión del Congreso y asistentes han debatido una posible solución de compromiso: el Congreso podría autorizar un nuevo Gobierno a ejecutar el programa de seguro, sino que sólo

llegará a existir si se cumplen ciertas condiciones - si, por ejemplo, los aseguradores privados no para frenar los gastos de salud en un determinado cantidad después de varios años. Esta condición sería un fuerte incentivo para que los aseguradores a aumentar los pagos a los médicos y hospitales.

Representante Roy Blunt de Missouri, el presidente de un grupo de 21 miembros, que es la configuración de la política de salud para la Cámara los republicanos, dijo que él vio el beneficio de recetas médicas de Medicare como un modelo, "un buen modelo de cómo funciona un mercado competitivo".

El beneficio de medicamentos se entrega totalmente a las aseguradoras privadas bajo contrato con el gobierno federal, que supervisa sus actividades. Los costes han sido mucho menores de lo originalmente previsto.

La ley de Medicare 2003 le permitió al gobierno establecer un plan de recetas médicas en cualquier zona geográfica con menos de dos planes privados. Sin embargo, las aseguradoras, al ver una lucrativa oportunidad de negocio, se apresuró en el mercado, y el gobierno nunca tuvo que establecer un plan de su propia cuenta.

El costo de la cobertura universal es probable que sea una de las cuestiones más difíciles. Demócratas fácil reconocer que sus propuestas serán costosos.

En su presupuesto, el Sr. Obama demostró que él era serio cuando pidió al Congreso la anulación de más de \$ 600 millones como pago inicial en los esfuerzos para rehacer el sistema de atención de salud en los próximos 10 años, en parte por la limitación de la deducción del impuesto sobre la renta que la mayoría de ricos contribuyentes reclamación.

Ni la Cámara ni el Senado, el Sr. Obama ha aceptado las propuestas concretas. Ambas cámaras se espera que la votación a finales de esta semana sobre planes de gasto que permita al Congreso a avanzar en la legislación en materia de salud, siempre que no aumente el déficit.

Las principales propuestas Democrática no sólo subvencionar la compra de seguros privados, sino también ampliar Medicaid, a un mayor número de personas pobres, y Medicare, para eliminar dos años de período de espera para las personas con discapacidades graves.

La Casa Blanca y los Demócratas en el Congreso están operando en dos hipótesis optimistas. Una de ellas es que si todo el mundo había un seguro de salud, sería más fácil de controlar los costes sanitarios.

La otra premisa es que la nación podría reducir el crecimiento del gasto sanitario si los médicos hicieron menos uso de tratamientos agresivos que elevan los costos, pero no dan lugar a mejores resultados.

Sin embargo, ninguna combinación de aumentos de impuestos y Medicare, cerca de ahorro viene a cubrir el costo total de las propuestas, que los demócratas podrían decir 1 billón de dólares más de 10 años.

Preguntas acerca del Seguro de Salud

Presidente Barack Obama ha lanzado una campaña para revisar el sistema de salud, a una empresa la mayoría de los estadounidenses cree que es necesario, pero no está seguro acerca de cómo llevar a cabo. Congreso de comenzar a trabajar sobre la legislación que los líderes en el Senado y la Cámara esperamos enviar a Obama a

finales de el año.

Gobernador de Kansas Kathleen Sebelius, si se confirma como la salud y servicios humanos secretario, tendrá la tarea de iniciar la medida en el Congreso y mantenimiento de diversos grupos detrás de una legislación amplia.

¿Cuál es el problema?

Los estadounidenses gastan más en cuidado de la salud que cualquier otro país, sin embargo, unos 46 millones carecen de seguro de salud. El costo de la atención y el seguro ha aumentado rápidamente, afectando a las empresas que ofrecen cobertura de salud a sus trabajadores. La mayoría de los trabajadores obtener la cobertura de salud a través de sus empleadores. Cuando los trabajadores pierden sus empleos, muchos de ellos pierden el seguro de salud. Los programas gubernamentales para los ancianos pobres y llenar algunas de las lagunas, pero no todas.

¿QUIÉN ES para la revisión?

Las empresas, los consumidores y la industria de la salud y grupos de legisladores de acuerdo en el sistema actual no funciona para muchos estadounidenses y las necesidades que se determinen. Están de acuerdo los costos son demasiado altos, y demasiadas personas se quedan con insuficiente o ninguna cobertura. Pero más allá de ese acuerdo básico se encuentran algunas diferencias profundas que Obama tendrá que salvar si se trata de tener éxito donde otros han fracasado.

¿QUÉ QUIEREN LAS EMPRESAS?

La mayoría de las grandes empresas y muchas pequeñas empresas ofrecer cobertura médica a sus trabajadores. Para los trabajadores,

esta es la manera más rentable para recibir cobertura, incluso si tienen que pagar una parte o la totalidad de los costes, porque el seguro es más barato cuando el riesgo es compartido entre un grupo de personas. Trabajadores por cuenta propia y otras personas que deseen contratar un seguro en el mercado individual pagar los costos más altos porque no son parte de un grupo de riesgo compartido. La reducción de costo es de las empresas objetivo principal.

¿QUÉ QUIEREN LOS CONSUMIDORES?

Asequible y eficaz la asistencia sanitaria que no desaparece cuando se convierte en una enfermedad grave o pierde un puesto de trabajo. Facturas médicas pueden acumularse rápidamente y llevar a la quiebra.

¿Qué de los aseguradores?

Está surgiendo un consenso en todo el mundo que requieren para obtener seguro de salud, un mandato que los aseguradores que millones de nuevos clientes. Pero, ¿cómo ese mandato que queda por resolverse - si sería a través de un mandato individual, la obligación de los empleadores a proporcionar a los trabajadores de cobertura o, más probablemente, una mezcla de ambos. Ese mandato implica subsidios gubernamentales para ayudar a los bajos permitirse un seguro de ingresos de personas. El sector de los seguros ha ofrecido poner fin a la práctica de cobrar primas más elevadas para los enfermos y la exclusión de condiciones preexistentes de la cobertura a cambio de su mandato.

Las aseguradoras también se oponen a la creación de un nuevo gobierno a ejecutar un plan que pudiera competir con ellos para las empresas. Los republicanos también se oponen a un plan de gobierno, con el argumento de que los aseguradores privados

unidad de negocio. Demócratas atrás la idea, argumentando que la competencia en el mercado de seguros de enfermedad.

¿QUÉ ACERCA DE LOS HOSPITALES Y MÉDICOS

Hospitales quieren una reforma que resulte en un menor número de personas sin seguro de llegar a sus puertas, y también promueve la salud y programas de bienestar en lugar de sólo tratar la enfermedad.

La escasez de médicos de atención primaria es una preocupación importante y que están buscando más dinero para la formación. Médicos de atención primaria podrían beneficiarse de las propuestas que puedan mejorar su supervisión de la compensación por el cuidado de los pacientes. El objetivo es recompensar a los buenos resultados de los médicos, en lugar de pagar por los procedimientos y tratamientos que pueden dar lugar a repetidas hospitalizaciones y costos más elevados.

La Asociación Médica Americana también quiere a los aseguradores a ser más abiertos sobre cómo establecer tasas de reembolso para los tratamientos, alegando que algunos pagos son artificialmente bajos.

¿Qué DISPOSITIVO MÉDICO DE DROGAS Y LAS INDUSTRIAS

América de todos los medios a más personas pueden pagar los medicamentos recetados y los tratamientos y, por tanto, aumentar la demanda. Sin embargo, la revisión tendrá como objetivo reducir el costo de los medicamentos y tratamientos. Medidas que favorezcan la utilización de medicamentos genéricos y que requieren más información sobre la eficacia de diferentes tratamientos pueden afectar a estas industrias.

DONDE SON LAS RAZONES mayor batalla?

Obama ha pedido un esfuerzo bipartidista en el cuidado de la salud general, pero se mantiene abierta la opción de un rápido seguimiento de la legislación a través de un proceso llamado de reconciliación del presupuesto. Una medida de este tipo enfurecer a los republicanos que se vería limitado en su capacidad para insistir en los cambios a la legislación.

Grandes batallas partidistas se puede esperar mucho más de cómo los programas de gobierno estarán involucrados. Demócratas liberales y sus aliados quieren un plan de gobierno para formar parte de la mezcla de opciones de seguros a disposición de los consumidores a reducir el costo de la cobertura.

Las aseguradoras, los republicanos y los conservadores se oponen a la idea, argumentando que sería el primer paso hacia un gobierno de adquisición de la industria de la salud.

Un número de republicanos se oponen también a la recopilación y el suministro de más información sobre la efectividad de los tratamientos. Ellos argumentan que llevar a racionamiento de la atención.

Health Care Reform es vital

WASHINGTON --- La reforma de los EE.UU. sistema de salud es de vital importancia este año, debido a crecientes costes y el empeoramiento de la atención, la Salud y el Departamento de Servicios Humanos dijo en un informe el lunes.

El HHS informe, publicado en www.healthreform.gov, el resultado de docenas de estudios que se han utilizado para justificar las llamadas para una revisión completa del sistema de salud.

Si bien la necesidad de cambio no es controvertido, los conservadores y los liberales difieren sobre la forma en que debe abordarse. Presidente Barack Obama ha dicho que quiere que la legislación de este año, pero está dejando los detalles al Congreso a trabajar fuera.

"El informe de hoy expone el alto costo de la espera para arreglar un sistema que ha dejado a demasiados estadounidenses sin asequibles, la calidad de la atención que merecen," HHS vocera Jenny Backus en un comunicado.

El informe señala que los Estados Unidos gastaron \$ 2.2 billones en asistencia sanitaria en 2007, o 7421 dólares per cápita. Cuidado de la salud representa más del 16 por ciento del producto interno bruto, casi el doble de la media de otras naciones desarrolladas.

Los costes sanitarios se duplicó de 1996 a 2006, y se prevé que ascenderá al 25 por ciento del PIB en 2025; 49 por ciento en 2082, si algo no cambia.

"Patrocinado por el empleador, primas de seguro de salud se han más que duplicado en los últimos nueve años", dice el informe. "Como resultado de estos costos de la atención de la salud de trituración, las empresas están perdiendo su capacidad de competir en el mercado mundial."

Más de 160 millones de estadounidenses obtener seguro médico a través de los empleadores. "La atención de la salud en General Motors pone a la compañía en \$ 5 mil millones de desventaja en contra de Toyota (7203.T), que gasta 1.400 dólares menos en la atención de la salud por vehículo", añade el informe - citando a ex General Motors Corp de (GM.N), director ejecutivo Rick Wagoner oficial. [ID: nSP207882]

"A pesar de los enormes recursos invertidos, el sistema de salud todavía no ha alcanzado la meta de una atención de alta calidad", señala el informe.

"A través de 37 indicadores de rendimiento, los Estados Unidos alcanzaron una puntuación general de 65 sobre un máximo posible de 100," dijo, citando a la Comunidad sin ánimo de lucro Fundación. La administración de Obama se ha basado en gran medida de esos informes en el establecimiento de su estrategia de asistencia sanitaria.

Plan de Seguro de Salud es demasiado caro?

Bando republicano: el Presidente Obama dice que no puede permitirse el lujo de no pasar a la reforma de la atención sanitaria, a pesar de que nuestra economía se enfrenta a sus desafíos más grandes en décadas.

El Sr. Obama sostiene que las empresas estadounidenses están en desventaja competitiva debido a los altos costos de salud. Pero los costes sanitarios no desaparecer bajo su plan, que acaba de llegar a otro libro de conmutación a través de impuestos más elevados.

El presidente está trabajando con los líderes del Congreso a escribir una legislación que exigiría a las empresas a proporcionar un rico conjunto de prestaciones de salud. Todo el plan costará por lo menos \$ 1.5 billones en la próxima década.

[Get a Health Quote](#) | [Florida Health Insurance](#) | [Florida Life Insurance](#)

[Health Insurance](#)