



## ბილ კლინტონის ჯანდაცვის რეფორმები: წარუმატებლობის მიზეზები

ნათია ბრეგაძე<sup>1</sup>, ნათელა წილოსანი<sup>1</sup>, ნინია რამაზაშვილი<sup>1</sup>, თენგიზ ვერულავა<sup>2</sup>

<sup>1</sup>საჯარო პოლიტიკის ადმინისტრირების სამაგისტრო პროგრამა, მეცნიერებათა და ხელოვნების ფაკულტეტი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი

<sup>2</sup> მედიცინის აკადემიური დოქტორი, ჯანდაცვისა და დაზღვევის ინსტიტუტი, ბიზნესის ფაკულტეტი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი

### აბსტრაქტი

ამერიკის შეერთებული შტატების პრეზიდენტმა ბილ კლინტონმა თავისი მმართველობა ჯანდაცვის სისტემის რეფორმით დაიწყო, თუმცა დიდი ძალისხმევის და მხარდაჭერის მიუხედავად ვერ შეძლო მისი გატარება. კვლევაში განხილულია კლინტონის ჯანდაცვის რეფორმის წარუმატებლობის ძირითადი მიზეზები: კერძო სადაზღვეო ბაზრის რეგულირების სირთულე, რეფორმის განხორციელებისათვის საჭირო ხარჯებზე კონტროლის სირთულე, ხარჯების დიდი მოცულობა, მოსახლეობის დიდი ნაწილი არ აღმოჩნდა მზად ჯანდაცვის სისტემის რადიკალური რეფორმირებისათვის, ბიზნეს სექტორმა ყველაზე დიდი წინააღმდეგობა გაუწია რეფორმას, რადგან რეფორმა დამსაქმებლებს უდიდეს პასუხისმგებლობას ეკისრებდა თითოეული დასაქმებულის დაზღვევის თვალსაზრისით.

**საკვანძო სიტყვები:** ჯანდაცვა, საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემა, აშშ-ის ჯანდაცვის სისტემა, კლინტონის ჯანდაცვის რეფორმა.

**ციტირება:** ნათია ბრეგაძე, ნათელა წილოსანი, ნინია რამაზაშვილი, თენგიზ ვერულავა. ბილ კლინტონის ჯანდაცვის რეფორმები: წარუმატებლობის მიზეზები. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2019; 3

### Bill Clinton's Health Care Reforms: The Causes of Failure

#### Abstract

President of the United States of America Bill Clinton has stated his presidency with the health care reform. Despite huge efforts and support he couldn't succeed. The research address key reasons for failure of the reform: difficulties to regulate private insurance marketplace, difficulties to control expenditures for fulfillment the reform, the amount of

expenditure itself. Big part of population was not ready for the radical reform of insurance systems, the business sector was against the reform, because employers were imposed huge responsibility to the employees in regard to their insurance.

**Key words:** health care, healthcare system, The US healthcare system, Clinton's healthcare reform.

**Quote:** Natia Bregadze, Natela Tsilosani, Ninia Ramazashvili, Tengiz Verulava. Bill Clinton's Health Care Reforms: The Causes of Failure. Health Policy, Economics and Sociology, 2019; 3

## შესავალი

ამერიკის შეერთებული შტატების 42-ე პრეზიდენტმა ბილ კლინტონმა თავისი მმართველობის 8 წლის განმავლობაში სხვადასხვა სფეროში მრავალი რეფორმები წამოიწყო. კლინტონის სახელს უკავშირდება პოლიტიკურ ცხოვრებაში ქალების წინ წამოწევის ხელშეწყობა, სხვადასხვა უმცირესობის წარმომადგენლების უფლებების დაცვა, დამნაშავეობასთან ბრძოლის გაზრდა.

გარდა ზემოაღნიშნულისა, კლინტონის მიზანს შეადგენდა ქვეყანაში საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემის შემოღება. იმის მიუხედავად, რომ მმართველობის პირველი ორი წლის მანძილზე კონგრესს მისივე პარტიის წარმომადგენლები, დემოკრატები აკონტროლებდნენ, ჯანდაცვის რეფორმის გატარება კლინტონმა მაინც ვერ შეძლო.

ამ მხრივ, საინტერესოა კლინტონის მიერ წამოწყებული ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების შესწავლა.

## *ჯანდაცვის სისტემის თავისებურებები აშშ-ში*

განვითარებულ ქვეყნებს შორის მხოლოდ აშშ-ს არ ჰქონდა ჯანმრთელობის დაზღვევის ეროვნული სისტემა. ამერიკელების უმრავლესობა - 60%-ზე მეტი - დაზღვეულია დამსაქმებლების მიერ შემოთავაზებული ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევით. სახელმწიფო ხელს უწყობს დასაქმებაზე დაფუძნებულ სადაზღვევო სისტემის განვითარებას და ასეთი სახის სადაზღვევო პროდუქტები განთავისუფლებულია გადასახადებისაგან [1].

ხანდაზმულთათვის და მოსახლეობის ღარიბი ფენებისათვის მოქმედებს მედიკას და მედიკეიდის სახელმწიფო პროგრამები. მოსახლეობის ჯანმრთელობის

დაცვის ფედერალური პროგრამით მოცულია 65 წლის და მეტი ასაკის (31 მილიონი ადამიანი 1990 წელს) ადამიანი და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების გარკვეული ნაწილი (დაახლ. სამი მილიონი პირი). სახელმწიფო სამედიცინო დახმარების პროგრამა (ფედერალური და შტატების ერთობლივი სახელმწიფო პროგრამა), ფარავდა გადაუდებელ, პრევენციულ, სასწრაფო და გრძელვადიან სამედიცინო სერვისებს. ფედერალური მთავრობა აგრეთვე უზრუნველყოფდა ჯანმრთელობის დაზღვევას ვეტერანებისა და სამხედრო მოსამსახურეებისთვის. მოსახლეობის დანარჩენი ნაწილი ან ყიდულობს კერძო სადაზღვევო პოლისს ან დაუზღვეველია. თუმცა, დაუზღვეველ ადამიანებს შეუძლიათ სამედიცინო მომსახურებისათვის მიმართონ საჯარო ჯანდაცვის დაწესებულებებს და საავადმყოფოების გადაუდებელი დახმარების განყოფილებებს. ფედერალური რეგულაციების შესაბამისად, საავადმყოფოები, რომლებიც ღებულობენ სახელმწიფო დაფინანსებას, მოვალენი იყვნენ გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურება გაუწიონ დაუზღვეველ პაციენტებს.

ჯანდაცვა აშშ-ში ერთ-ერთი მძლავრი ინდუსტრიაა და მოიცავს ქვეყნის ეკონომიკის ერთი მეშვიდედს. მსოფლიოს არც ერთი ქვეყანა არ ხარჯავს ჯანდაცვაზე იმდენს, რამდენსაც აშშ ხარჯავს. 1980-იან წლებში აშშ-ის ჯანდაცვის ხარჯები ბევრად უფრო სწრაფად იზრდებოდა, ვიდრე მთლიანი ინფლაცია. 1988-დან 1993 წლამდე პერიოდში, მაგალითად, საშუალო ოჯახური სადაზღვევო პრემია დამსაქმებლის მიერ მოწოდებული ჯგუფური ჯანმრთელობის დაზღვევისთვის დაახლოებით ორჯერ, 2,500 დოლარიდან 5,200 დოლარამდე გაიზარდა. 1980 წლიდან 1991 წლის პერიოდში ჯანდაცვის ხარჯები მთლიანი შიდა პროდუქტის 9%-დან 13%-მდე (\$ 752 მილიარდი) გაიზარდა.

სამედიცინო მომსახურების ხარჯების მკვეთრი ზრდა დაკავშირებულია უახლესი სამედიცინო ტექნოლოგიების განვითარებასთან (მაგალითად, MRIS, CAT სკანირება, ორგანოთა ტრანსპლანტანტები), რაც ზრდიდა როგორც მკურნალობის ხარისხს, ასევე ხარჯებს. ჯანდაცვაზე ხარჯების ზრდა ასევე განპირობებულია ასაკოვანი მოსახლეობის წილის გაზრდით, რომლებიც საჭიროებენ ძვირადღირებულ მკურნალობას. ხარჯების ზრდაზე გარკვეული გავლენა მოახდინა პროფესიული შეცდომების გამო აღძრულმა სარჩელებმა. ასეთი

საფრთხის თავიდან ასაცილებლად ექიმები ახორციელებენ ე.წ. "თავდაცვით მედიცინას", რაც გულისხმობს ზედმეტი გამოკვლევების და მომსახურებების ჩატარებას. კვლევები აჩვენებენ, რომ ამ ფაქტორმა სამი პროცენტი გაზარდა სამედიცინო მომსახურებების ხარჯები. ხარჯების ზრდაზე ასევე გავლენას ახდენს მაღალი ადმინისტრაციული ხარჯები [2].

ხარჯების ზრდის შეკავების მიზნით გატარდა სხვადასხვა ღონისძიებები. ზოგიერთმა დიდმა ბიზნესმა დაიწყო "თვითდაზღვევა", რათა თავიდან აეცილებინა სახელმწიფო სადაზღვევო რეგულაციებთან დაკავშირებული ხარჯები. დასაქმებულების საპენსიო შემოსავლის და უსაფრთხოების შესახებ 1974 წლის კანონის (ERISA) დებულებების შესაბამისად, თვითდაზღვევის განმახორციელებელი ორგანიზაციები გათავისუფლებული იყვნენ სახელმწიფო რეგულაციებიდან, რაც ხშირად მოიცავდა სადაზღვევო პრემიაზე მინიმალურ გადასახადს. თვითდამზღვევი კომპანიები კისრულობდნენ ანდერრაითინგთან დაკავშირებულ რისკებს, მაგრამ ხელშეკრულებებს დებდნენ კერძო ფირმებთან სადაზღვევო პრეტენზიების ადმინისტრირების მიზნით.

მრავალმა დამსაქმებელმა ხარჯების შესამცირებლად ჯანდაცვის დაზღვევის ზოგიერთი ხარჯი გადაიტანა თავიანთ თანამშრომლებზე თანადაზღვევის და თანაგადახდის სახით. 1980 წლიდან მოყოლებული 1990-იანი წლების დასაწყისამდე, ჯანმრთელობის დაზღვევის პრემიის წილი, რომელსაც იხდიდნენ დამსაქმებლები, 80-დან 69 პროცენტამდე შემცირდა. დიდმა ორგანიზაციებმაც დაიწყო დასაქმებულების გადაყვანა ისეთ სადაზღვევო პაკეტებზე, რომლებსაც კონტრაქტები გაფორმებული ჰქონდათ ნაკლებად ძვირადღირებულ სამკურნალო დაწესებულებებთან. ასევე, დაიწყეს მართული სამედიცინო დახმარების სხვადასხვა ფორმების ფართოდ გამოყენება.

მცირე ორგანიზაციები უფრო შეზღუდული არჩევანის წინაშე დადგნენ. მათი სადაზღვევო პრემიები ჩვეულებრივ 35%-ით უფრო მაღალი იყო, ვიდრე მსხვილი ფირმების. ამასთან, მცირე ორგანიზაციებში ჯანმრთელობის სერიოზული პრობლემების მქონე რამდენიმე თანამშრომელიც კი იწვევდა განსაკუთრებით მაღალ სადაზღვევო ხარჯებს. სადაზღვევო პრემიების ზრდის გამო ზოგიერთმა დამსაქმებელმა შეამცირა სამედიცინო მომსახურების ხარჯების ანაზღაურება (ან

საერთოდ უარი თქვა). 1989-1991 წლებში, იმ ორგანიზაციების პროცენტული მაჩვენებელი, ვისაც ჰყავდა 25 ან ნაკლები თანამშრომელი და უზრუნველყოფდა ჯანმრთელობის დაზღვევას შემცირდა 39-დან 32%-მდე, ხოლო იმ ორგანიზაციების პროცენტული მაჩვენებელი, რომლებსაც ჰყავდათ 25-დან 99-მდე დასაქმებული, ეს რიცხვი შემცირდა 93-დან 81%-მდე.

აშშ-ის ჯანდაცვის სფეროში განსაკუთრებით შემაშფოთებელ ტენდენციას წარმოადგენდა დაუზღვეველი ადამიანების რიცხვის ზრდა. დაუზღვეველთა რაოდენობა 1980 წლიდან 1992 წლამდე პერიოდში 24 მილიონიდან 37 მილიონამდე გაიზარდა, ანუ არა-ხანდაზმული მოსახლეობის 15%-ს არ ჰქონდა ჯანმრთელობის დაზღვევა. ნიუ-იორკ ტაიმსის ანგარიშის თანახმად, დაუზღვეველი მოსახლეობის 84 პროცენტი იყო სრული ან ნახევარი განაკვეთით დასაქმებულები და მათი ოჯახები. ზოგიერთი მათგანი არ იყო დაზღვეული საკუთარი ნებით. მაგალითად, 1987 წელს, დაახლოებით 2.6 მილიონმა ადამიანმა „უარი თქვა“ დაზღვევაზე, ჩვეულებრივ, ისინი იყვნენ ახალგაზრდა და ჯანმრთელი დასაქმებულები, რომელმაც უარი თქვეს სამსახურის მიერ დაზღვევის შეთავაზებაზე. ეს რიცხვი 1996 წელს 6.3 მილიონამდე გაიზარდა. რამდენადაც 1990-იანი წლების დასაწყისში ეკონომიკური ზრდა შენელდა, ბევრმა დასაქმებულმა, რომელსაც ჯანმრთელობის დაზღვევა ჰქონდა, გამოთქვა შემფოთება თავიანთი სამუშაოების და, შესაბამისად, დაზღვევის დაფარვის დაკარგვის გამო. მაშინაც კი, თუ ისინი ახალ სამსახურს იპოვნიდნენ, დამზღვევები სავარაუდოდ უარს ეტყოდნენ დაზღვევაზე; სხვებს შეიძლება ისეთი სამუშაო ეპოვა, რომელიც არ უზრუნველყოფდა ჯანმრთელობის დაზღვევას. ქვეყანაში ჩატარებული მრავალი გამოკითხვა ადასტურებდა ჯანდაცვის რეფორმირების აქტუალობას. დემოკრატები ცდილობდნენ ამ პრობლემის წინ წამოწევას 1992 წლის საპრეზიდენტო არჩევნებზე.

### ***ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების განსხვავებული ვარიაციები***

ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის შესახებ არსებული წინადადებები ძირითადად იყოფოდა რამოდენიმე კატეგორიად. ჯორჯ ბუშმა 1992 წელს წარმოადგინა **ოთხ პუნქტიანი გეგმა**, რომელიც გულისხმობდა ბაზარზე ორიენტირებულ რეფორმას, რომლის მეშვეობით დაზღვევა უნდა გამხდარიყო უფრო ხელმისაწვდომი. იგი

ხასიათდებოდა საგადასახადო შეღავათებით, რომელიც უნდა დახმარებოდა საშუალო და დაბალშემოსავლიან ოჯახებს დაზღვევის შესაძენად. გარდა ამისა, მცირე ბიზნესის წარმომადგენლებისათვის შეიქმნებოდა ჯანმრთელობის დაზღვევის “ქსელი“, ხოლო დამზღვევს უნდა დაეზღვია ყველა ასაკობრივი ჯგუფის ადამიანი.

დემოკრატიებში პოპულარული იყო *ერთი გადამხდელის სისტემა*, რომელიც წარმოადგენდა შედარებით რთულ ცენტრალიზებულ მიდგომას ჯანმრთელობის დაზღვევასთან დაკავშირებით. ეს სისტემა დანერგილი იყო კანადაში, დიდ ბრიტანეთში და მრავალ ევროპულ ქვეყანაში და უნდა შეეცვალა დაზღვევის არსებული სისტემა აშშ-ში. იგი გულისხმობდა ერთი დამფინანსებლის მიერ ადმინისტრირების სისტემას, სადაც დაფინანსების უმთავრეს წყაროს წარმოადგენდა ზოგადი გადასახადებიდან მიღებული შემოსავლები. დემოკრატიების 90 წევრმა ამ პროგრამას მხარდაჭერა გამოუცხადა.

კიდევ ორი სხვა მიდგომა იყო, რომელიც გულისხმობდა არსებულ ბაზარზე დამყარებული დაზღვევის აშენებას *“play or pay”* სქემის მიხედვით. დამსაქმებელს მოეთხოვებოდა შეეთავაზებინა ჯანმრთელობის დაზღვევა ან გადაეხადა გადასახადი, რომელსაც მთავრობა გამოიყენებდა დაუზღვეველის დასაზღვევად. ეს მიდგომა გულისხმობდა დაზღვევის შემსყიდველი კოოპერატივების შექმნას, რომლის სათავეში იქნებოდა დიდი ან პატარ დამსაქმებლები. ყოველ წელს სპონსორები შეარჩევდნენ გარკვეული ჩამონათვალიდან დაზღვევის გეგმას, რომელიც შეირჩეოდა სტანდარტული პაკეტიდან უფრო ძვირი პაკეტისაკენ. დამსაქმებლები გადაიხდიდნენ გარკვეულ ფიქსირებულ ნაწილს, ხოლო დანარჩენ ნაწილს უტოვებდნენ დასაქმებულებს. ამ სქემით მზღვეველები იძულებული გახდებოდნენ შეემცირებინათ სადაზღვევო შენატანები.

### **ბილ კლინტონის პროგრამა**

თეთრ სახლში ადრეულ ეტაპზევე კლინტონი დაპირდა ხალხს რომ წარმოადგენდა რეფორმის გეგმას პირველივე წელს, რომელიც უზრუნველყოფდა ყველა ამერიკელისათვის ხელმისაწვდომ დაზღვევას. მან უარყო დემოკრატიების მიერ წარმოდგენილი ერთი გადამხდელის სქემის ე.წ. “big government” მიდგომა.

1992 წლის 24 სექტემბერს მან წარმოადგინა ჯანდაცვის რეფორმირების გეგმა. იგი ითვალისწინებდა სპეციალური საბჭოს შექმნას, რომელიც დააწესებდა ჯანდაცვის ხარჯები ლიმიტებს. კლინტონი აღნიშნავდა, რომ ეს სქემა არ მოითხოვდა ახალი გადასახადების დაწესებას და შეინარჩუნებდა იმ არსებული დაზღვევის სისტემის პოზიტიურ ასპექტებს. თუმცა, აღმოჩნდა რომ მას შეუძლებელი იყო ახალი გადასახადების გარეშე წარმოდგენილი რეფორმის დანერგვა. მან შექმნა ჯგუფი, რომელსაც სათავეში ჩაუდგა მისი ცოლი ჰილარი კლინტონი. სამუშაო ჯგუფს პირველი 100 დღის განმავლობაში უნდა შეესწავლა ყველა საჭირო დეტალს რომ არ მომხდარიყო ახალი გადასახადების დაწესება.

სამუშაო ჯგუფში გაერთიანდა 500-მდე ადამიანი. მასში შედიოდნენ აღმასრულებელი ხელისუფლების დეპარტამენტებისა და სააგენტოების წარმომადგენლები, დემოკრატი კონგრესმენები, ჯანდაცვის პოლიტიკაზე მომუშავე აკადემიური წრეები. ისინი დაიყვნენ 34 სამუშაო ჯგუფად და მუშაობდნენ ისეთ საკითხებზე, როგორებიცაა ღირებულება, სარგებელი, საინფორმაციო სისტემები და ა.შ. სამუშაო ჯგუფში არ მონაწილეობდა რესპუბლიკელების არცერთი წარმომადგენელი. მაგრამ ეს არ იყო შემაფერხებელი ფაქტორი სამუშაო ჯგუფისათვის. ისინი აწარმოებდნენ მოლაპარაკებებს უამრავ ორგანიზაციასთან და კონგრესის წევრებთან. ჯამში სამუშაო ჯგუფის წევრები შეხვდნენ 572 ორგანიზაციის წარმომადგენელს და დაახლოებით 200 სესია გამართეს კონგრესის წევრებთან და ლიდერებთან.

პრეზიდენტ კლინტონს იმედი ჰქონდა, რომ ჯანდაცვის რეფორმის მიღებას მისი გაპრეზიდენტებიდან მალევე შეძლებდა. კლინტონის გეგმა მოიაზრებდა ბიუჯეტის რეკონსტრუქციის კანონპროექტსაც, რომელსაც, მისი აზრით, დიდი წინააღმდეგობა არ უნდა მოჰყოლოდა სენატში და უბრალო უმრავლესობითაც შეძლებდა ამ ინიციატივის მიღებას. თუმცა, აღნიშნულ კანონპროექტს წინ აღუდგა სენატორი რობერტ ბირდი, სენატის პროცედურული მხარის watchdog, რომელმაც კანონპროექტის დეტალური განხილვა და დებატები მოითხოვა. ბირდის წინააღმდეგობა საერთო გეგმაში უკან დახეული ნაბიჯი იყო, თუმცა პრეზიდენტმა კლინტონმა გადაწყვიტა, შეეცვალა ჯანდაცვის რეფორმის დღის წესრიგი.

ამასობაში, სამუშაო ჯგუფი ერთგვარად ჩაიკარგა თავის ამბიციურ სამუშაო გეგმაში. დღის წესრიგს რამდენიმე კვირით ჩამორჩებოდნენ და ძირითადი საკითხები ჯერ კიდევ ჩამოსაყალიბებელი, შესათანხმებელი იყო. საბოლოოდ, სამუშაო ჯგუფი მაისში დაიშალა, მანამდე სანამ სექტემბერში პრეზიდენტი თავის სრულ ყურადღებას ჯანდაცვის ახალი სისტემის კონცეფციას მიაპყრობდა და საბოლოო გადაწყვეტილებებს მიიღებდა მის შინაარსთან დაკავშირებით.

ამ ხანგრძლივი პოლიტიკის საბოლოო შედეგი გახლდათ 245 გვერდიანი რთული დოკუმენტი. “The Proposal” (განაცხადი) ამგვარი სათაურით გამოაქვეყნა ჟურნალმა ნიუ იორკ თაიმსმა სტატია ამ დოკუმენტის შესახებ და მისი შინაარსი დაახასიათა, როგორც კომპლექსური და ამბიციური. თაიმსის მიხედვით, კლინტონის მიერ შემუშავებული რეფორმის სტანდარტული პაკეტი მოიაზრებდა საკმაოდ დიდი რაოდენობის სერვისებს, პრევენციული ღონისძიებებიდან დაწყებული სკრინინგის პროგრამებით დასრულებული - კლინიკაში, ჰოსპისში თუ ბინაზე. ადმინისტრაციის ვარაუდით, ამერიკელი მოსახლეობის მხოლოდ 10-12%-ს, ძირითადად ახალგაზრდებს, მოუწევდათ შედარებით მეტის გადახდა იმ მომსახურებისთვის, რასაც აქამდე ისედაც იღებდნენ. დანარჩენები გადაიხდიან იგივეს ან ნაკლებს უკეთესი სარგებლისთვის. გარდა ამისა, კლინტონის შეთავაზება მოიაზრებდა ამ სისტემის შიგნით უშუალო დაზღვევის რამდენიმე ფორმას, რომელიც დამსაქმებელს დასაქმებულისთვის შეეძლო შეეთავაზებინა. აქამდე, მხოლოდ ერთი ან ორი ფორმა არსებობდა და დასაქმებულს, ფაქტობრივად, არჩევანის საშუალება არც ჰქონდა.

კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი საკითხი იყო დამსაქმებლის მანდატი. კლინტონის გეგმის მიხედვით, ჯანმრთელობის დაზღვევის პრემიის დიდი ნაწილი - საშუალოდ 1, 800 \$ წელიწადში ინდივიდუალურ დონეზე, 4, 200 \$ კი საოჯახო სტანდარტულ პაკეტზე - უნდა გადაეხადათ დამსაქმებლებს. აღნიშნული შეთავაზება დამსაქმებელს ავალდებულებდა, რომ სრულ განაკვეთზე დასაქმებული თანამშრომლის სადაზღვევო პრემიის საშუალო ღირებულების 80% თვითონ დაეფარა. ნახევარ-განაკვეთზე დასაქმებულებს კი, რომლებიც ადრე სადაზღვევო სისტემაში საერთოდ არ მოიაზრებოდნენ, ასევე გადაუხდიდა შესაბამის პროცენტს. ამგვარი სისტემის ფარგლებში, ჯანმრთელობის დაზღვევის შენატანი



დაფარავდა ანაზღაურების 7.9%-ს. პატარა კომპანიებისთვის ეს იქნებოდა ანაზღაურების 3.5%-ზე ნაკლები, მათი ზომისდა შესაბამისად. გარდა ამისა, კომპანიები რომლებსაც 50 თანამშრომელზე ნაკლები ჰყავდათ, სახელმწიფოსგან სუბსიდიებს მიიღებდნენ. ის უმსხვილესი კომპანიები კი, რომლებსაც 5 000 თანამშრომელზე მეტი ჰყავდათ, შეემღებოდათ, თუ სურვილი ექნებოდათ, პროცესი წარემართათ თვით-დაზღვევით, მაგრამ არსებული პოლიტიკის ფარგლებში, არსებული კანონმდებლობითა და საგადასახადო ვალდებულებებით.

ამ სისტემაში გათვალისწინებული იყვნენ უმუშევარი, დაუზღვეველი ადამიანებიც, რომელთა სადაზღვეო პრემიისთვისაც გამოიყოფოდა სუბსიდია, რომელიც დაფინანსდებოდა რეგიონული ჯანდაცვის ალიანსის ბიუჯეტიდან. ასევე, დიდი ორგანიზაციების წახალისებისთვის, სახელმწიფო ბიუჯეტიდან გათვალისწინებული იქნებოდა იმ დასაქმებულების სადაზღვეო პრემიის 80%-იანი დაფინანსება, რომელთა ასაკიც იყო 55-65 წელი.

ყველაფერ ამის გათვალისწინებით, კლინტონის გეგმის მიხედვით, ფედერალური ბიუჯეტიდან დაიხარჯებოდა 350 მილიარდი დოლარი 1994-2000 წლებში. რეფორმის დანერგვის პროცესს მონიტორინგს გაუწევდა 7 სუბიექტიანი „National Health Board“.

### **პრესა და საზოგადოებრივი აზრი**

22 სექტემბერს კლინტონმა ოფიციალურად წარადგინა რეფორმის გეგმა. საზოგადოების რეაქცია ძირითადად პოზიტიური იყო. გამოკითხვებით დადგინდა, რომ 59% პოზიტიურად აფასებდა გეგმას, 33% კი მოწინააღმდეგე იყო.

რამდენიმე კვირის შემდეგ ჩატარებულმა გამოკითხვამ კი აჩვენა, რომ გამოკითხულთა მხოლოდ 21% აცხადებდა, რომ კლინტონის გეგმის შესახებ სრულყოფილ ან ძირითად ინფორმაციას ფლობდა. New York Times and CBS News-ის გამოკითხვით კი ჯანდაცვის რეფორმა დასახელდა ყველაზე მნიშვნელოვან პრობლემად, რომლის წინაშეც ქვეყანა იდგა.

ანალოგიური შერეული პოზიციები და მესიჯები მოდიოდა კონგრესისგანაც. ზოგი კრიტიკულად იყო განწყობილი, ზოგი კი მხარს უჭერდა პრეზიდენტის ინიციატივას. შეფასებებში ისმოდა „სრულყოფილი არ არის“, „პირველი

ნაბიჯისთვის ნორმალურია“, „კომპლექსური საკითხია და დახვეწას საჭიროებს“, „მიუღებელია“.

### **ბიზნეს სექტორი და ჯანდაცვის რეფორმა**

ბიზნეს სექტორის მრავალფეროვნების გათვალისწინებით, მათი დამოკიდებულება ჯანდაცვის რეფორმის მიმართ არ იყო ერთგვაროვანი. ერთის მხრივ, არსებობდა ფართოდ გავრცელებული შეთანხმება, რომ ჯანმთელობის დაზღვევის მაღალი დანახარჯები დააზიანებდა ბიზნესს. ამასთან, რეფორმა განსაკუთრებით მძიმე ტვირთი იყო მსხვილი კომპანიებისთვის. დაიმლერ კრისლერის აღმასრულებელი დირექტორი სწრაფი კვების ობიექტების ქსელის მაგალითზე, რომლებიც არ ფარავდნენ დასაქმებულთა ჯანდაცვის ხარჯებს, განმარტავდა, რომ აღნიშნული პრინციპით მსხვილი ბიზნესს ფაქტიურად უწევდა მცირე ბიზნესის სუბსიდირება. ავტომობილების მწარმოებელი მსხვილი ამერიკული კომპანიებისთვის წარმოებაზე დანამატი საკმაოდ დიდი იყო. მაგალითისთვის, კრისლერის კორპორაციას დასაქმებულთა ჯანდაცვის ხარჯები წარმოებას უძვირებდა 700 დოლარით. ეს განსაკუთრებულად დამაზიანებელი იყო კონკურენციის პირობებში, რომელიც ამერიკული წარმოების მანქანას უნდა გაეწია იაპონიის და ევროპული ქვეყნების ავტომობილების მწარმოებლებთან.

კონკურენციის პრობლემა მნიშვნელოვანი იყო ასევე მცირე ბიზნესისთვისაც. მათთვის დაზღვევის ხარჯები მაღალი იყო სხვადასხვა მიზეზის გამო. ისინი მეტისმეტად მცირე ბიუჯეტის იყვნენ თვითდაზღვევისთვის, რაც მათ იზოლირებას გამოიწვევდა იმ ხარჯებისგან, რომელსაც სახელმწიფო მანდატი ითვალისწინებდა. მცირე ბიზნესის მფლობელები ორი არჩევანის წინაშე იდგნენ ან ქონოდათ უკონტროლო ჯანდაცვის ხარჯები ან შეემცირებინათ ჯანდაცვის დაზღვევის მოცულობა, რაც მათ ასევე არაკონკურენტულ პოზიციაზე ტოვებდა. ბოლო წლების განმაცლობაში, მცირე ბიზნესში დასაქმებულები კომპანიების მიერ განხორციელებულ გამოკითხვებში ჯანდაცვის დაზღვევის პრობლემას ასახელებდნენ ყველაზე მნიშვნელოვან პრობლემად.

მხვილი ბიზნესი იყო ის სეგმენტი, რომლის მხარდაჭერაზეც ჯანდაცვის რეფორმის ახალ კანონპროექტთან მიმართებით თეთრი სახლი დიდ იმედებს

ამყარებდა. კლინტონი შეხვდა მხვილი ბიზნესის წარმომადგენელთა ჯგუფს ჯანდაცვის რეფორმის განხილვის მიზნით. კვლევები ადასტურებდნენ, რომ აღნიშნული რეფორმა ჯანდაცვის ხარჯებს შეამცირებდა. ამასთან, მთავრობა ბიზნესს სთავაზობდა, მათთან დასაქმებული ადრეული საპენსიო ასაკის პირების ჯანდაცვის ხარჯის 80%-ის სახელმწიფოს მიერ დაფარვას. სწორედ ეს შეთავაზება განიხილებოდა მიმზიდველ არგუმენტად. დიდი კომპანიები აღნიშნული შეთავაზებით კმაყოფილები იყვნენ და მხარს უჭერდნენ სახელმწიფოს მიერ შემოთავაზებულ გეგმას და ამ გეგმით დადგენილ დამსაქმებლის მანდატს. თუმცა, მსხვილი ბიზნესის სექტორში იყვნენ ისეთებიც, რომლებსაც გააჩნდათ გარკვეული ფრთხილი დამოკიდებულება აღნიშნული რეფორმის მიმართ. ფირმები, როგორცაა პეპსი კოლა რომლებიც ფლობდნენ რესტორნების ქსელს და ჰყავდათ ბევრი ნახევარ განაკვეთზე დასაქმებული თანამშრომლები და დაუზღვეველი პირები, ოპონირებდნენ აღნიშნულ რეფორმას. კერძოდ, დამსაქმებლის მანდატს. შესაბამისად, მათ დაიწყეს მხარდაჭერა კლინტონის ალტერნატიულ ჯანდაცვის რეფორმის, რომელიც ჯიმ კუპერის მიერ იყო ინიცირებული. აღნიშნული ჯანდაცვის რეფორმა, გულისხმობდა სავალდებულო კორპორატიულ შესყიდვებს და ამით დაბალი შემოსავლის მქონე დასაქმებულის ჯანდაცვის ხარჯის სუბსიდირებას. თუმცა, არც აღნიშნული რეფორმა იყო ბოლომდე მათთვის მიმზიდველი. მათი მხარდაჭერის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი არგუმენტი იყო ის გარემოება, რომ აღნიშნული ჯანდაცვის რეფორმა განიხილებოდა კლინტონის ჯანდაცვის რეფორმის ერთადერთ ალტერნატივად.

დასაწყისიდანვე ჩანდა, რომ კლინტონის შემოთავაზებული ჯანდაცვის რეფორმა იქნებოდა არაპოპულარული მცირე ბიზნესის წარმომადგენლებისთვის. მათ უმრავლესობას არ მოწონდა დამსაქმებლის მანდატი. თუმცა, არც ამ საზოგადოების აზრი იყო მონოლითური. სავაჭრო პალატამ, რომელიც შედგებოდა 200.000 მცირე ბიზნესის წარმომადგენლებისგან, გამოხატა სურვილი მიეღო დამსაქმებლის მანდატი. პალატის წარმომადგენლები მართავდნენ კონსულტაციებს რეფორმის ინიციატორებთან და მიუხედავად იმისა, რომ ჯანდაცვის რეფორმის გეგმა ბოლომდე არ მოსწონდათ, მათ იმედი ქონდათ რომ მის შეცვლას/ ჩასწორებას საკანონმდებლო განხილვების დროს მოახერხებდნენ.

მალე აღნიშნული პალატის წევრებმა დაიწყეს ორგანიზაციის მიტოვება და გადასვლა მის ოპონენტ ორგანიზაციაში, დამოუკიდებელი ბიზნესის ეროვნულ ფედერაციაში. აღნიშნული ფედერაცია 600.000 წევრს ითვლიდა. ისინი აცხადებდნენ, რომ პრეზიდენტის არჩევნებამდე მათი პოზიცია ცნობილი იყო, რომ ისინი ეწინააღმდეგებოდნენ ჯანდაცვის რეფორმის მოცემულ გეგმას. ისინი დარწმუნებულები იყვნენ, რომ დამსაქმებლის მანდატით გამოწვეული ხარჯები მრავალ მათ წევრს დატოვებდა ბიზნესის მიღმა. მცირე ბიზნესის წარმომადგენლების აზრით, ეს რეფორმა გამოიწვევს მილიონობით ადამიანის უმუშევრობას. აღნიშნულმა ორგანიზაციამ წამოიწო ფართომასშტაბიანი საინფორმაციო კამპანია, რომლის მიზანი იყო „მანდატის მოკვლა“.

### ***სადაზღვევო კომპანიები***

ბუნებრივია, ჯანდაცვის ახალი რეფორმა ყველაზე დიდ გავლენას სადაზღვევო ბიზნესზე მოახდენდა. ანალიტიკოსების მოსაზრებით, ხუთი ძირითადი მსხვილი სადაზღვევო კომანია რეფორმის შედეგად აღმოჩნდებოდა გამარჯვებულთა რიგებში. მათთვის კონკურენტული სისტემა გაცილებით ადვილი საოპერირებო გარემო გახდებოდა. გაცილებით დიდი დარტყმა იქნებოდა აღნიშნული რეფორმა საშუალო და მცირე კომპანიებისთვის. სადაზღვევო კომპანიები გამოთქვავდნენ წუხილს, კლინტონის რეფორმის მიმართ. ამ მხრივ ყველაზე აქტიურად მოქმედებდა ამერიკის ჯანდაცვის დამზღვევთა ასოციაცია. ამერიკის ჯანდაცვის დამზღვევთა ასოციაციის წარმომადგენელთა შეხვედრები ჯანდაცვის რეფორმების საკითხებზე უშედეგო აღმოჩნდა. 1993 წელს ასოციაციამ დაიწყო თანხების მოზიდვა რეფორმის საწინააღმდეგო ღონისძიებებისთვის. მათ შორის ყველაზე დიდი თანხა გაიხარჯა სატელევიზიო კამპანიაზე. ეს იყო ვიდეო რგოლების ციკლი, ცნობილი როგორც „ჰარი და ლუისი“. აღნიშნულ ვიდეო რგოლში, მსახიობები განასახიერებდნენ მეუღლეებს, რომლებიც მსჯელობდნენ ჯანდაცვის ახალ რეფორმაზე. წუხდნენ მცირე არჩევანზე, რასაც ახალი პროგრამა სთავაზობდა. ვიდეო რგოლები ერთი ფრაზით მთავრდებოდა: ისინი ირჩევენ“ - ამბობდა ჰარი, „ჩვენ ვაგებთ“ - პასუხობდა ლუისი. აღნიშნული ვიდეო რგოლები მიმართული იყო

საზოგადოებრივი აზრის შესაქმნელად, რათა საბოლოო ჯამში კანონმდებლებზეც მოეხდინა გავლენა.

### **კონგრესი**

ადმინისტრაციამ კონგრესში ჯანდაცვის ახალი კანონპროექტი 1993 წლის 20 ნოემბრამდე არ წარადგინა. ეს იყო 1,342 გვერდიანი გრძელი და რთული საკანონმდებლო დოკუმენტი. პროექტით გამოწვეული ხარჯები არ იყო დაანგარიშებული და ბიუჯეტის ოფისის მიერ აღნიშნულ საკითხზე ანგარიში 1994 წლის პირველ ნახევარში თუ დაიდებოდა.

კლინტონის კანონპროექტს არც საკანონმდებლო სიცრცეში შეხვდნენ ერთნაირი პოზიციით. კომიტეტებში ძლიერი იყო კლინტონის გეგმის მოწინააღმდეგეთა გავლენა. კომიტეტების უმრავლესობა აღნიშნულ კანონპროექტს კლინტონის ფანტაზიას ეძახდა. თუმცა, კანონპროექტის შანსები კონგრესში ცუდი არ იყო. დემოკრატები აკონტროლებდნენ ორივე პალატას. ამასთან, ახლოვდებოდა შუალედური არჩევნები და აღნიშნული კანონპროექტის და ზოგადად, ჯანდაცვის რეფორმა კვლავ „ბრძოლის“ არენად განიხილებოდა.

### **რატომ ჩავარდა კლინტონის ჯანდაცვის რეფორმა**

საბოლოო ჯამში, ყველაფერ ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, შეგვიძლია გამოვკვეთოთ ის ძირითადი მიზეზები, სირთულეები და არგუმენტები, რის გამოც კლინტონის ჯანდაცვის რეფორმა ჩავარდა:

- *გადაჭარბებული ამბიციაც* - კლინტონის ჯანდაცვის რეფორმა ბევრმა საკმაოდ ამბიციურ განაცხადად შეაფასა. კრიტიკოსების აზრით, საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემის შემოღებას მრავალწლიანი კვლევა, განხილვა, შეფასება სჭირდება. შესაბამისად, ამგვარი რადიკალური რეფორმის გატარების იდეა გაპრეზიდენტებიდან რამოდენიმე წელში თავიდანვე კრახისთვის იყო განწირული.
- *კერძო სადაზღვეო ბაზრის რეგულირების სირთულე* - ჯანდაცვის რეფორმის კონცეფციაში არსად არ იყო საუბარი კერძო სადაზღვეო ბაზრის რეგულირებაზე. ფაქტია, რომ სადაზღვეო ბიზნესის თამამგარედ დატოვება მძაფრი რეაგირების გარეშე არ დარჩებოდა.

- *ხარჯების კონტროლი* - კლინტონს გათვალისწინებული ჰქონდა, რომ ჯანდაცვის რეფორმის განხორციელების პერიოდში გაწეულ ხარჯებს გააკონტროლებდა ჯანდაცვის ეროვნული საბჭო. საბჭო დაკომპლექტებული იქნებოდა როგორც პარტიული წარმომადგენლებისგან, ისე სფეროში კომპეტენტური ადამიანებისაგან, თუმცა, დიდი საფრთხე ჩნდებოდა მიკერძოებულობის, არაობიექტურობისა და თანხების არამიზნობრივი ხარჯვის.
- *ხარჯების მოცულობა* - კლინტონის ჯანდაცვის რეფორმისათვის საჭირო იყო 2 ტრილიონი დოლარი, რაც აშშ-ის მთლიანი ბიუჯეტის მეექვსედს წარმოადგენდა. ამგვარი ხარჯის გაწევა საკმაოდ დიდი რისკი იყო, შესაბამისად, გახდა ერთ-ერთი ფაქტორი იმისა, რომ კონგრესი არ ენდო ინიციატივას.
- *მოსახლეობის განწყობა* - მიუხედავად იმისა, რომ კლინტონის წინასაარჩევნო პროგრამამ დიდი გავლენა იქონია მის გაპრეზიდენტებაზე, შემდგომი კვლევებით დადგინდა, რომ ამერიკის მოსახლეობის საგრძნობლად დიდი ნაწილი სულაც არ ეთანხმებოდა ჯანდაცვის სისტემის ასეთ რადიკალურ ცვლილებას. მათ აშინებდათ ბიუჯეტიდან გამოსაყოფი თანხების მასშტაბურობა, ასევე აღნიშნავდნენ, რომ ამერიკის მოსახლეობა ჯერ არ იყო მზად ამ რეფორმისთვის
- *ბიზნეს სექტორი* - კლინტონის რეფორმას ყველაზე დიდი წინააღმდეგობა სწორედ ბიზნეს სექტორის წარმომადგენლებისგან ჰქონდა. გასაკვირი არც არის, ახალი რეფორმის ფარგლებში დამსაქმებლებს უდიდესი პასუხისმგებლობა ეკისრებოდათ - მათი მხრიდან თითოეული დასაქმებულის სადაზღვეო პრემიაზე გაწეული ხარჯი საგრძნობლად აღემატებოდა უკვე არსებულს.

### გამოყენებული ლიტერატურა

1. ვერულავა თ. ჯანდაცვის სისტემის რეფორმები აშშ-ში ინდივიდუალიზმი და უნივერსალიზმი. ეკონომისტი, 2017: XIII (4):142-154. [Link](#), [Google Scholar](#)

2. ვერულავა თ. არამომგებიანი საავადმყოფოების როლი ჯანდაცვის სისტემაში: მსოფლიო გამოცდილება და საქართველო. *ეკონომიკა და ბიზნესი*. 2017; 10 (3), გვ. 100-110. [Link](#), [Google Scholar](#)
3. ვერულავა თ. *ჯანდაცვის პოლიტიკა*. თბილისი: ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამომცემლობა, 2016. [Link](#), [Google Scholar](#)
4. ვერულავა თ. *ჯანდაცვის ეკონომიკა და დაზღვევა*. თბილისი: საქართველოს უნივერსიტეტი, 2009. [Link](#), [Google Scholar](#)
5. ვერულავა თ. სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის ფორმები, მსოფლიო პრაქტიკა და საქართველო. ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი (IDFI). 2016. [Link](#), [Google Scholar](#)
6. Verulava T, Jorbenadze R. Dangadze B. The Role of Non-Profit Organizations in Healthcare System: World Practice and Georgia. *Georgian Medical News*. 2018; 278(1):178-182. [Link](#), [Google Scholar](#)
7. Blendon RJ, Brodie M, Benson J. What Happened to Americans' Support for the Clinton Health Plan?, *Health Affairs*, 1995; 14(2):7-23.
8. Philip C, Schone B. More Offers, Fewer Takers for Employment-Based Health Insurance: 1987 and 1996, *Health Affairs*, 1997; 16(6):142-149.
9. Cutler DM. A Guide to Health Care Reform. *Journal of Economic Perspectives*, 1994: 3-17.
10. Domestic Policy Council (2001). *Health Care Accomplishments of the Clinton Administration*. Washington, DC: The White House.
11. Employee Benefits Research Institute (2000). *Sources of Health Insurance and Characteristics of the Uninsured*. Washington, DC: EBRI.
12. Farber H, Levy H. Recent Trends in Employer-Sponsored Health Insurance Coverage: Are Bad Jobs Getting Worse? *Journal of Health Economics*, 2000; 19(1), 93-119
13. Gruber J. Health Insurance for Poor Women and Children in the U.S.: Lessons from the Past Decade, in *Tax Policy and the Economy* 11, James Poterba, ed. Cambridge, MA: MIT Press, 1997; 169-211.
14. Madrian BC. Employment-Based Health Insurance and Job Mobility: Is There Evidence of Job-Lock? *Quarterly Journal of Economics* 1994; 109, 27-51.
15. Newhouse J. et al. (1993). *Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*. Santa Monica, CA: RAND Corp.
16. Peden, Edgar A., and Mark S. Freeland (1995), "A Historical Analysis of Medical Spending Growth, 1960-1993", *Health Affairs*, 14(2), Summer, 235-247.
17. U.S. General Accounting Office (1998). *Social Security Disability Policy: Factors Affecting Beneficiaries' Return to Work*. Testimony before the Subcommittee on Social Security