

Obama Sağlık Reformu: Kanseri Aspirinle Tedavi Etmek!

Mustafa DURMUŞ*

Abstract: In the United States of America, trillions of US dollars were spent to rescue the major banks and other financial institutions of Wall Street, immediately after the 2008 crisis. On the other hand, to get healthcare services became increasingly harder for working families and unemployed. This caused a public outrage and a number of rallies and mobilisations for healthcare reform were initiated by labour, community and activist organisations. Because, in addition to the existing economic crisis, healthcare in the states had reached a critical-crisis level, causing families even with private health insurance policies, to face with a financial ruin as health insurance premiums for ordinary American families continued to skyrocket. However, the US Health Care Act passed with a narrow majority of 219-212 with not a single Republican vote in favour. Conservative Republicans and right wing politicians organised “tea parties” and demonstrations against the Act, accused Obama falsely of being a socialist. Whether the so-called Health Care Reform Act is a radical change or not has still been a hot issue.

Key words: Healthcare Act, uninsured, asymmetric information, premiums, medicare.

Özet/Giriş: 2008 krizinin ardından bankaları kurtarmak için trilyonlarca doların harcanması, buna karşılık çalışanların sağlık hizmetlerini elde etme konusunda zorlanmaları Amerikan halkının tepkisini artırmıştı. Öyle ki, son dönemlerde sıkça geniş katılımın sağlandığı ve ciddi bir sağlık reformu talep eden gösteriler ve eylemler yapıyordu. Çünkü yaşanmakta olan iktisadi krize ilave olarak, ABD sağlık sisteminin krizi de önemli boyutlara ulaşmıştı ve ABD sağlık sistemi – özel sağlık sigortasına rağmen - aileleri finansal yıkıma doğru götürmekteydi. Buna karşılık sağlık reformu yasa tasarısı 212'ye karşı sadece 219 oyla, yani sınırda kabul edildi. Tek bir Cumhuriyetçi üye dahi pakete destek vermedi. Tam tersine muhafazakâr-sağ eğilimli kesimler reform karşıtı kampanyalar düzenlediler, Obama' yı sosyalistlikle suçladılar. Sağlık reformu yasasının ABD sağlık

* Doç. Dr. Gazi Üniversitesi İ.İ.B.F Maliye Bölümü

sisteminde radikal bir dönüşüm sağlayıp sağlayamayacağı hususu hala tartışılan konuların başında geliyor.

Anahtar sözcükler: Sağlık reformu yasası, güvencesizlik, asimetrik bilgi, prim, sağlık hizmeti

I. Kuram: Ana Akım İktisat Yaklaşımının Sağlık Hizmetlerine ve Sigortacılık Sektörüne Bakışı

Neo liberal serbest piyasacı kapitalist üretim ilişkilerinin belirleyici olduğu bugünün dünyasında sağlık ve sigortacılık sektörleri birbirleriyle çok bağlantılı, çok önemli iki sektördür.

Tıpkı eğitim ve sosyal güvenlik gibi 1980'lere kadar daha ziyade bir kamu hizmeti olarak görülen sağlık sektörü özelleştirmelere en çok tabi tutulan sektörlerin başında geliyor. Öyle ki, neo liberal dönemle birlikte dünyanın hemen her yanında sağlık hizmetleri hem doğrudan, ama asıl olarak da taşeronlaştırma yöntemleriyle özelleştirilmektedir.

Kurumsal sermaye için çok karlı bir alan haline getirilen sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesini tamamlayan bir diğer kârlı sektör kuşkusuz sağlık sigortası sektörüdür. Böylece, şirketler hem bizzat sağlık hizmetinin sunucusu, hem de sigortacı aracıları olarak büyük çapta kâr elde etmekte ve bu iki alanda da hızla büyüebilmektedirler.

Ayrıca sigortacılık sektörü bir bütün olarak finansal sektörün en önemli bir bileşeni haline gelmiş ve elinde tuttuğu mali varlıklar itibariyle bankaların dahi önüne geçmiştir. Öyle ki 17 gelişmiş ülkedeki kurumsal yatırımcıların toplam varlıklarının değerlendirildiği finansman şirketleri arasında sigorta şirketleri birinci sırada (% 37- 17 trilyon dolar), yatırım fonları ikinci sırada (% 35- 16 trilyon dolar) ve emeklilik fonları üçüncü sırada (% 28- 13 trilyon dolar) yer almaktadır. Yani sigortacılık sektörü aynı yıl küresel hâsılanın % 81'ini aşan bir büyüklüğe sahip olmuştur (BIS, 2007).

Her ne kadar iktisadi ve ekolojik krizlerin neden olduğu negatif dışsallıklar sosyal olarak kemer sıkma politikaları ve yıkımı toparlama adı altında artan vergi yükü nedeniyle (Hill ve Myatt, 2010: 150-169; Parenti, 2011) tüm toplumun üstünde kalacak olsa da, 2008 krizinin ardından görüldüğü gibi, bankaların yanı sıra bu krizden mali yönden en çok etkilenen kesimler AIG gibi dünyanın en büyük sigorta tekelleri ve 2011 Japonya depremi ve tsunamisi ile beraber gelen Fukushima nükleer felaketinin ardından yine dünyanın dev sigorta şirketleri olmuştur.

Her iki sektör de ana akım iktisadi içinde “özellikli piyasalar” olarak ele alınır. Bu iktisat anlayışının sağlık ve sigortacılık sektörüne bakışını etkileyen temel olay ise 1929–1933 krizidir. Büyük Depresyon olarak anılan bu krize kadar, “bırakınız yapınlar” felsefesi altında piyasaların mükemmel bir biçimde kaynak tahsisini yapacağına ve böylece de her hangi bir krize yol açmaksızın toplumsal

refahın artırılacağına inanılıyordu. Kuşkusuz 19 yüzyılın sonlarında ortaya çıkan ve bugünkü ana akım iktisadın atası olan neo-klasik iktisat yaklaşımından önce konuya farklı yaklaşımlar da olmuştur. Örneğin Karl Marx daha 1860' lı yıllarda kaleme aldığı *Das Kapital*'de aşırı sermaye birikiminin sermayenin organik bileşiminde bir artışa neden olacağını ve bunun da kar oranlarını düşme eğilimine sokarak kapitalizmi döngüsel krizlere sokacağını ileri sürmüştü (Marx, 1863).

Büyük Depresyon ile birlikte, reformist bir iktisatçı olan J. M. Keynes'in de katkılarıyla serbest piyasa efsanesi sona erdi ve piyasa mekanizmasının ileri sürüldüğü gibi mükemmel çalışmadığı, piyasaların başarısız kalmasının kaçınılmaz olduğu doğrulanmış oldu. Neo-klasik iktisadın bundan sonraki açılımı 1980'li yılların ortalarına kadar "*Piyasa Başarısızlıkları Yaklaşımı*" oldu. Bu teori bir anlamda kapitalist devletlerin iktisadi olarak müdahale alanlarının sınırlarını da çizdi: Artık devletin iktisadi olarak görevi, piyasaların başarısız olduğu noktalarda "ikinci en iyi çözüm olarak" müdahale etmek (örneğin 1929–1933 ve 2008 krizlerinde olduğu gibi) ve bu başarısızlıkları ortadan kaldırmaktır (Bailey, 2002: 26-42).

Piyasa Başarısızlığı Yaklaşımı'nın, piyasa başarısızlığı olarak tespit ettiği alanlar ise sırasıyla ekonomik istikrarsızlıklar ve krizler, tekelleşme ve monopol-oligopol piyasalar (özellikle doğal tekeller), negatif ve pozitif dışsallıklar (çevre kirliliği gibi), kamusal-sosyal mal ya da hizmetler (milli savunma, sağlık, eğitim, yargı gibi) ve bilgi başarısızlıkları gibi alanlardı.

Bu bağlamda sağlık hizmetleri ve sigortacılık hem kamusal hizmet, hem de bilgi başarısızlıkları alanlarında bir piyasa başarısızlığı oluşturmakta ve bu anlamda da özel sektör tarafından sunulması halinde eksik ya da fazla üretim sorunu (etkinsiz kaynak tahsisi) doğmakta ve beraberinde toplumsal refah azalmaktadır.

Kamusal hizmet olma yönünden, örneğin sağlık hizmeti, sadece bu hizmeti alan bireyin kendisine özel fayda sağlamakla kalmamakta, içinde yaşadığı topluma da –hastalık yaymadığı için- pozitif bir dışsallık yayarak toplumsal bir fayda sağlamaktadır. Keza, kar sürümlü bir sistem perspektifinden beşeri sermaye, sağlıklı olmak, verimli bir işgücüne sahip olmak- bu anlamda da daha fazla artı-değer ve kar yaratmak – açısından çok önemlidir. Bunu daha da ileri götürerek işgücü verimliliğinin sermaye birikimi, iktisadi kalkınma ve büyüme için önemine de vurgu yapmak mümkündür.

Benzer bir şekilde, bu yaklaşım içinde sigortacılık hizmeti erdemli bir hizmet (Stiglitz, 2000: 89) olarak tanımlanır. Bu hizmetin erdemi bilinçsiz tüketiciler tarafından tam olarak bilinemediği için sigortalama işini kamunun ya bizzat bu sunumu üstlenerek ya da sübvansiyonlarla özel sektörü teşvik ederek verilmesini sağlaması gerektiği ve hatta bu hizmeti satın almanın zorunlu hale getirilmesi gerekliliği savunulur (örneğin Avrupa'da pek çok ülkede özel sağlık sigortası zorunludur ve ABD' de son reformla zorunlu hale getirilmiştir).

Bilgi başarısızlıkları perspektifinden bu iki sektörün konumu daha da önemlidir. Tam Rekabet Teorisi'ne göre, tam rekabet piyasası koşulları geçerliyse

kaynak tahsisi optimal olup, toplumsal refah en üst düzeydedir. Bu, ideal “birinci en iyi durumu”dur. Bu koşulların başında ise tüketici ve üreticilerin, üretilen malların maliyetleri, fiyatları, faydaları, üretim koşulları vb hakkında tam bir bilgiye sahip bulunması gerekliliği gelir. Sadece tam bir bilgilenme sağlanırsa, bireyler satın alma sırasında ürünün marjinal maliyetini (fiyat) marjinal faydasına eşitleyerek, rasyonel bir tüketici gibi davranmış olurlar ve faydalarını-dolayısıyla da refahlarını – en çoklarlar (Begg vd., 2003:102).

Özellikle, 19.yüzyılın sonlarından itibaren gelen tekelleri kapitalizm çağı ile birlikte tam rekabet piyasalarının ortadan kalktığı (Foster ve McChesney, 2009) ve tam bilgiye erişmenin özellikle de tüketici açısından mümkün olmadığı hemen her mal türü için ortaya çıkmıştır. Ancak, finansal ürünler, sigortacılık, gıda malı ve sağlık hizmetinde bu bilgilenme sorunu çok daha önemli boyutlara ulaşmış, dolayısıyla da çok önemli sonuçlara yol açmıştır (Stiglitz, 1994). Örneğin ilaç firmaları güvenilirliği hiç bilinmeyen, ortalıkta serbestçe alınıp satılan ilaçlar üretebilmektedirler. İlaç sektörünün dünyanın en hızlı büyüyen ve dünyanın en karlı tekellerinin içinde yer aldığı, aynı zamanda da ilaç dağıtımında fahiş fiyatların söz konusu olabileceği¹ bir sektör olduğu göz önüne alındığında işin önemi ortaya çıkar. Diğer taraftan, bu tür ilaç ve cihazların içeriği ve taşıdığı riskler konusunda bilgi sahibi olmaları beklenemeyeceğinden, halk ciddi sağlık riskleriyle karşı karşıya kalabilmektedir.

Kar maksimizasyonu ve rekabet güdüsüyle hareket eden piyasaların işleyiş mantığı gereğince, ilaç ve diğer sağlık malzemelerini üreten- satan firmaların tam ve doğru bilgiyi sunmaları için her hangi bir neden yoktur. Tam tersine bu firmalar yanıltıcı bilgi sunan devasa reklâm kampanyalarına girişebilmekte ve çok büyük bütçelerle promosyonlar sunabilmektedirler. Yani, özel sektörün bu bilgiyi sunması kar maksimizasyonu amacına aykırı düşmektedir. Bir dönem Türkiye’de kamu bütçesinden ilaca katrilyonlarca liralık kaynak ayrılması ve bu ilaçların içinde, içeriğini ve faydasını en az bildiğimiz, riskli ilaçlar grubunda yer alan antibiyotiklerin en başta geldiği gerçeği bilgi asimetrisi konusunun ne denli önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Bu nedenle de yeni bir ilacın satılmasına izin verilmesi (sertifikasyon), ruhsata bağlanması, denetlenmesi ve standart koyma gibi tedbirlerin alınması ihtiyacı doğmakta, bu da kamusal müdahaleyi gündeme getirmektedir (Durmuş, 2008:221).

Sağlık hizmetini alanlar yönünden ya böyle bir bilgi mevcut veya erişilebilir değildir ya da konu çok teknik olarak ele alındığından, bilgi anlaşılabilir değildir.

¹ Mart 2010’daki bir gazete haberine göre, bir kanser hastasının tedavisinde kullanacağı Lenomid 25 adlı ilaç Türkiye’de 24 bin liraya satılıyordu. Ancak hasta uzun bir mücadele sonucunda ilacın Hindistan’daki tek üreticisine ulaştı ve Türkiye’de 24 bin liraya satılan ilacı bu ülkeden 500 ABD dolarına getirtti (<http://www.taraf.com.tr/haber/47851.htm>, 23.3.2010).

Yani, sağlık hizmeti sunanların örneğin ilaç ya da tedavi ile ilgili bilgileri ile hastanın bilgi düzeyi arasında bir asimetri vardır. Kamu ekonomisi literatüründe buna “asimetrik bilgi” denir ve bu olgunun varlığı Piyasa Başarısızlıkları Yaklaşımı altında kamu müdahalelerinin gerekçelerinden birisini oluşturur.

Yani, hizmet sunucuların sağlık hizmeti ile ilgili olarak, hem maliyet hem de fayda konusundaki bilgisi, alıcı durumundaki hastalardan çok daha fazladır. Zira hastaların tek bilgi kaynağı ilacı reçeteye yazan doktorlardır. Kaldı ki özellikle acil durumlarda hasta, tedavinin maliyetini, niteliğini, faydasını sorup öğrenme ya da sorgulama durumunda değildir, çünkü kararı doktorlar verirler. Onlar da, özellikle de özel sağlık kurumları söz konusu olduğunda, en yüksek maliyetli tedaviyi önerme konusunda teşvik edilmişlerdir. Böyle bir durum, sıradan özel bir mal için aşırı tüketim gibi bir etkinsizlik ortaya çıkarırken, sağlık hizmeti ve gıda mallarında israf gibi kaynak tahsisi sorunlarına ilave olarak, başka ciddi riskler (ölümler, sakat kalma vb) ortaya çıkarabilmektedir. Ayrıca bu durum kamu bütçesi üzerinde çok ağır yüklere, bütçe açıklarına ve sonrasında daha ağır bir vergilemeye ya da borçlanmaya neden olmaktadır.

Diğer yandan bu yaklaşım çerçevesinde, gelecekle ilgili belirsizliklerin ve beraberinde gelen risklerin bilginin özel piyasalarca tam olarak sunulmasını caydırıcı bir faktör olduğundan yola çıkılarak, sağlık sektöründeki sorunların sigortalamayla çözümlenebileceği kabul edilir. Ancak, bir yandan, her şeyin sigortalanması ticari olarak mümkün olamadığı gibi (örneğin kötü hava koşullarına karşı genel tarım, afet sigortası gibi), sigortacılık sektörünün kendisi de “asimetrik bilgi, ahlak çöküntüsü, ters seçim” gibi nedenlerle piyasa başarısızlıklarına neden olmaktadır. Nitekim özel sağlık sigortası kapsamındaki tedavi ve ilaç masraflarının gereksiz yere de olsa artırılması hastanelerin ve ilaç şirketlerinin karını artırdığından, bu durum sigorta primlerinin hızla yükselmesine yol açar. Bu ise bir süre sonra poliçe bedellerini ödeyemeyen sigortalının poliçesini yenileyememesine neden olur. 2008 krizi sonrasında ABD başta olmak üzere pek çok ülkede bu sorun yaşanmış ve sigortalı sayısı azalmıştır.

Hükümetler ve ana akım iktisat teorisyenleri sağlık ve sigorta sektöründe yaşanan bu sıkıntıları, kar güdümlü sistemin kaçınılmaz bir sonucu olarak görmezler. Bu nedenle de soruna yaklaşım biçimleri kamusal mal perspektifi-negatif veya pozitif dışsallıklar ya da asimetrik bilgi sorunsalının ötesine gidememiştir. Sorun bu haliyle bir piyasa başarısızlığı olarak tanımlandığından, bu başarısızlıkların giderilmesinde 1980'lere kadar kamusal sunum ve /veya vergileme-sübvansiyon mekanizması ön planda tutulurken, 1980'lerden itibaren neo liberal ideolojinin hegemonyasının da etkisiyle bu noktadan da geriye gidilerek, gerektiğinde regüle edilmek üzere, hizmet sunumu özel sektöre bırakılmıştır.

Ancak son otuz yıldır yaşanan deneyimler, bu çabaların sorunu çözmek bir yana, sağlık ve sigortacılık sektöründeki sorunları daha da büyüttüğünü, halk sağlığının çok ciddi riskler altında olduğunu, buna karşılık hizmet sunucular ve aracı

konumundaki sigorta şirketlerinin çok büyük çapta karlar elde ettiklerini ortaya koymuştur. Bu bağlamda, dünyanın en büyük sağlık ve sigorta sektörlerine sahip ABD’deki durumun analizi ve Obama Yönetimi’nin geçtiğimiz yıl yasalaştırdığı Sağlık Reformu’nun tam bir değerlendirilmesinin yapılması önemli hale gelmiştir.

II. Amerikan Sağlık Sigortası Sektörü

Aşağıdaki tablo 2008 yılı itibarıyla Amerikan sağlık sigortası sektörünü poliçe bazında, özel-kamusal ve şirket ve bireysel sigorta olarak göstermektedir. Buna göre, Amerikan vatandaşlarının % 66,7’ si özel poliçe şeklinde sağlık sigortasına, % 24,7’ si devlet güvencesi altında sağlık sigortasına sahipken, % 15,4’ünün her hangi bir güvencesi yoktur.

Özel poliçeye sahip olanlar içerisinde çalıştıkları şirketler üzerinden kendisini ve ailesini sigortalattırılanların oranı % 58,5 iken bireysel olarak poliçe satın alanların oranı % 8,9’dur. Kamu güvencesine sahip olanların içinde 65 yaş ve üstü yaşlıların, çocukların ve engellilerin (Medicare) payı % 14,3 ve çok yoksulların (Medicaid) payı % 14,1 ‘dir. Tabloya bakıldığında kamu güvencesinin sadece çalışamaz durumda yaşlılar, çocuklar ve engelliler, çok yoksullar ve son olarak askerler için (% 3,8) mevcut olduğu görülmektedir.

Tablo 1: Amerikan Sağlık Sigortası Biçimleri (2000, 2007, 2008)

Poliçe Türü	2000 (%)	2007 (%)	2008 (%)	2000–2008 Değişim(%)	2007–2008 Değişim(%)
Özel Pol.	72,6	67,5	66,7	- 5,9	- 0,8
- Şirket pl	64,2	59,3	58,5	- 5,7	- 0,8
- Bireysel pl	9,6	8,9	8,9	- 0,7	- 0,0
Kamusal	24,7	27,8	29,0	+4,3	+1,2
-Medicare	13,5	13,8	14,3	+0,8	+0,5
-Medicaid	10,6	13,2	14,1	+3,5	+0,9
-Askeri	3,3	3,7	3,8	+0,5	+0,1
Sigortasız	13,7	15,3	15,4	+1,7	+0,1

Kaynak: Executive Office of the President, *The Burden of Health Insurance Premium Increases on American Families*, Sept. 22, 2009.

Yine tabloya göre, 307 milyon nüfusa sahip bulunan Amerika’da yaklaşık 50 milyon Amerikalı sağlık sigortasından yoksun durumdadır. Ayrıca 2000–2008 döneminde özel poliçeli vatandaş sayısında yaklaşık % 6’lık bir azalma görülürken, kamu güvencesinde % 4’ün üzerinde bir artış söz konusudur. Bu durum krizin de etkisiyle Amerikan halkının bir kısmının giderek poliçe satın alamayacak kadar yoksullaştığının ve kamu güvencesine sığınmaya çalıştığının bir göstergesidir. Nitekim Amerikan Hazinesi’nin 2009 yılında yayınladığı bir rapora göre, eğer

reform yapılmazsa Amerikan toplumunun % 50'si önümüzdeki 10 yıl içinde sigortasız kalacaktır (Health Insurance Report, 2009; Treasury Report, 2010).

Bir başka kaynağa göre sağlık sigortası olmadığından tedavi edilemeyip ölen Amerikalı sayısı 2002 yılında 18,000 ve 2008 yılında 22,000'dir. Yeterli kapsamda poliçeye sahip olmayanların sayısı 2003–2007 döneminde % 60 artarak 25 milyon kişiye ulaşmıştır. Üstelik sigortasızların % 40' ı yılda 50,000 dolarının üstünde gelir sahibi olan ailelerdir (Karas, 2009).

Diğer yandan, Amerikan halkının ödediği sağlık sigortası primleri sürekli olarak artmaktadır. Kaiser Family Foundation (KFF) adlı kuruluşun 15 Eylül tarihli Raporu'na göre

(Kaiser / HRET, 2009), 2008 yılında enflasyon oranının % 07 oranında azalmasına rağmen, ailelerin ödediği prim miktarı % 5,5 oranında artmış ve işveren ödemeli ortalama aile primi 13,375 dolara yükselmiştir (bu rakamlar 1999'da 2,196 ve 2008' de 12,680 dolardır). Geriye dönük olarak, sağlık sigortası primleri son 10 yılda % 90 ila % 150 oranında artarken, nominal ücretler ortalama % 38, buna karşılık enflasyon % 28 oranında artmıştır.

Sağlık sigortası şirketlerinin 2010 yılı için talep ettikleri prim zam oranları ise bölgelere göre % 23 ila % 56 arasında değişmektedir. Zamlara gerekçe olarak ABD sağlık sisteminin maliyetlerindeki hızlı artışlar gösterilse de, talep edilen artış oranlarının, maliyetlerdeki gerçek artışların beş-on katı düzeyinde olduğu ileri sürülmektedir (Insurance Companies Prosper, Families Suffer, 2010).

ABD sağlık sigortası sistemiyle ilgili bir diğer çarpıcı gerçek, sigortalıların prim ödemelerinin dışında ceplerinden ödedikleri miktarların da giderek artış göstermesidir. Buna göre; işveren üzerinden düzenlenen poliçeler için (PPO) son iki yılda cepten ödeme % 30 oranında arttı (1,034 dolardan 1,344 dolara). Küçük işletmelerde bu artış % 64' ü buldu. Bireysel poliçelerde cepten ödeme diğerinin iki katı oranında arttı. 2007 yılında ortalama bir ailenin cepten ödediği miktar 2,755 doları buldu. Cepten ödeme miktarı 2,000 doların üzerine çıkan ailelerin oranı % 41' den % 59' a çıktı. Doktora gidişte her seferinde ödenen katkı miktarı (copayment) arttı. 2004 yılında sadece her beş sigortalıdan birisi katkı payı öderken, 2008 yılında üçte bire yükseldi (Hidden Costs of Health Care, 2010).

Hem doğrudan poliçe ödemeleri hem de cepten ödemelerdeki bu artışlar sonucunda sağlık harcamalarının hane halkı bütçesi içindeki payları da önemli bir artış göstererek sürdürülemez düzeylere ulaşmıştır. Öyle ki, tüm poliçe biçimleri göz önüne alındığında düşük gelirli ailelerin % 37'si, orta gelirli ailelerin % 22'si ve yüksek gelirli ailelerin % 8' i bütçelerinin en az % 10' unu sağlık harcamaları için ayırmaktadırlar. Tek başına bireysel poliçeler dikkate alındığında (şirket üzerinden olmayanlar) ortalama aile bütçesinin % 22- % 50' si sağlık harcamalarına gitmektedir. İşveren üzerinden yapılan poliçelerde bu oran ortalama % 8 civarındadır (Hidden Costs of Health Care, 2010).

Katlanılan bu çapta bir maliyete karşın, Amerikan halkının azımsanamayacak bir kısmı poliçe kapsamı dışında kalmıştır. Yine bir diğer resmi rapora göre 12,6 milyon kişi (bireysel poliçe satın almak için başvuranların % 36'sı) hali hazırda ciddi sağlık sorunları olduğu gerekçesiyle poliçe satın alamamış ve her 10 kanser hastasından birisinin tedavi talebi reddedilmiştir (Coverage Denied, 2010).

Amerikan halkı için sağlık sigortası sistemi giderek pahalı hale gelip, ciddi bir sıkıntı kaynağı oluştururken, tekelleşme düzeyinin % 94 dolayında olduğu Amerikan sağlık sigortası sektöründeki sigorta şirketlerinin karları çok büyük bir hızda ve miktarda artmıştır (Insurance Companies Prosper, Families Suffer, 2010).

Buna göre; 2000- 2009 döneminde en büyük on sigorta şirketinin karı % 250 oranında arttı. Bu artış oranı enflasyondaki artışın on katı üzerinde bir orandır. En büyük beş sigorta şirketinin 2008 yılına 2009 karları % 56 oranında artarak 12,2 milyar dolar düzeyine çıktı. Örneğin, bu yılda GSYH % 1 dolayında daralırken, Well Point Şirketinin 2009 yılı son çeyrek karı 2,7 milyar dolar arttı. İlk beş firmanın CEO'larına 2008 yılında ödenen prim miktarı 24 milyon doları buldu.

Sigorta şirketlerinin personel ve diğer idari masraflar için yaptığı harcamalar (maaş, prim ve temettüleri) sürekli artış gösterirken, örneğin en büyük üç şirketin hastalar için ödediği miktarlar (ilaç, tedavi vb) azalmıştır. Poliçe bedellerindeki artışlar sonucunda sigortalı sayısında ciddi bir azalma görülmüştür. Örneğin 2009'un ilk dokuz ayında en büyük altı şirketin sigortalı sayısı 2,2 milyon azaldı. Bunun genel bir eğilim olduğundan hareketle bu dokuz ayda toplamda 4,2 milyonun özel sigorta güvencesini yitirdiği ileri sürülmüştür (Insurance Companies Prosper, Families Suffer, 2010).

III. Obama Sağlık Reformu'nun İçeriği

Mart ayı sonunda Cumhuriyetçilerin 212 ret oyuna karşılık 219 kabul oyuyla çıkartılabilen yasa birçok açıdan ele alınabilir. Obama Yönetimi tarafından, yeni düzenlemenin ön plana çıkartılan bazı yanları yukarıda özetlenen sağlık sisteminin çarpıklarına vurgu yapmaktadır.

Bunlar; özel sağlık sigortasının zorunlu olarak herkesi kapsayacak olması (mandate)-yani kimsenin özel sağlık sigortası kapsamı dışında bırakılmaması, prim ödemelerinin düşürülmesi ve mevcut hastalıkların poliçe düzenlenmesinde engel oluşturulmasına son verilmesi, ailesinin poliçesinden yararlanan öğrenci yaşınının 26'ya uzatılması ve çok yoksullara sunulan Medicaid hizmetinin kapsamının genişletilmesi gibi maddelerdir.

Ancak, bu kazanım sayılabilecek maddeler gerçek sorunu ortadan kaldırmazken, daha ziyade bu sorunun üstünü örtmektedir. Örneğin yasa gerçek sorunu hiçbir biçimde "kar amaçlı sağlık sistemi" olarak görmediğinden, bu yapıyı değiştirmeyi hedeflememektedir. Bu nedenle de zaman içerisinde sözü edilen bu kazanımların da giderek etkisiz hale gelmesi kaçınılmaz olacaktır (Karas, 2010).

Bu yeni düzenlemeden en karlı çıkacak olanlar, sağlık hizmetini sunmaksızın sadece aracılık yaparak ve prim ödemelerini yükselterek ya da kapsam dışı bırakmaya gidip sağlık harcama ödemelerini karşılamayarak ya da eksik karşılayarak karlarını artırmayı amaçlayan sağlık sigortası şirketleridir. Bu yasa, bu şirketleri daha da güçlendirip daha da zenginleştirecektir, zira ilave milyonlarca Amerikalı yasa gereğince zorunlu olarak bu şirketlerin bu tartışmaya açık poliçelerini almak zorunda kalacaklar. Alamayanlar için, devlet devreye girecek ve onlar adına bu şirketlere prim ödeyecek, böylece de kamu kaynakları bu şirketlere aktarılacaktır.

Yasanın bu yönlerini irdeleyen “Ulusal Sağlık Planı için Doktorlar (PNPH)” adlı itibarlı bir hekim örgütü bu düzenlemeyi “ kanseri aspirinle tedavi etmek” olarak yorumlamaktadır (www.pnhp.org, 2010). Buna göre yasa sadece hastalığın semptomlarıyla uğraşmaktadır. Oysaki semptomların ardındaki gerçek, yani kansere dönüşen şey, sağlık hizmetini parası olana veren, yani onu metalaştıran, bir piyasa malına dönüştüren, kar için çalışan sistemdir.

Sigorta yaptıramayanlar, kapsanmayanlar ya da eksik kapsananlar, prim ödemelerinin fırlaması, ölümlerin artması ve sistemdeki devasa boyutlara varan kaynak israfı bugünkü hastalığın bazı temel semptomlarıdır, ancak yasa bu semptomlarla mücadele konusunda da yeterli olamayacaktır. Örneğin, ABD’ de bu sektörde faal yaklaşık 1200 sigorta şirketi var ve bu şirketler sağlık hizmetini sunmasa da büyük çapta personel çalıştırmakta, idari masraflar yapmaktadırlar. Diğer taraftan hastaneler gibi sağlık hizmetinin sunucuları bu şirketlerle sigorta işlemlerini sürdürebilmek için personel çalıştırıp idari maliyetler üstleniyorlar. Yani, sağlık hizmetinin ne niceliğini ne de niteliğini artırmayan, sadece aracılık işlem maliyetlerini artıran bu harcamalar hem poliçe fiyatlarını yükseltmekte hem de ciddi bir kaynak israfına neden olmaktadır. Yasa ise bu gerçeklikle yüzleşmek niyetiyle hazırlanmamıştır.

Bu temel sorunun ötesinde yapılan reforma rağmen devam edecek olan diğer sorunlar şöyle özetlenebilir:

— **2019** yılına kadar 23 milyon insan hala sigortasız kalmaya devam edecek. Bu yılda 23,000 civarında gereksiz ölüm demektir (www.pnhp.org, 2010).

— **Zorunlu** özel sigorta uygulamasına başlanılmasıyla beraber milyonlarca orta gelirli aile bütçelerinin % 10’unu aşan bir maliyetle, ama sağlık harcamalarının en fazla % 70’ ini karşılayabilecek olan poliçeler almak zorunda kalacaklardır. Yani, ciddi hastalıklarla karşı karşıya kaldıklarında finansal olarak yıkıma uğrayacaklar ya da ölümü bekleyeceklerdir (League for the Fifth International, 2010).

—**Yasada** elli işçi üzerinde işçi çalıştıranlara, her bir işçisinin ailesiyle birlikte sigorta yaptırma zorunluluğu getirilmektedir. Bunun yansıma nedeniyle ortalama ücret düzeyini aşağıya çekeceği gerçeği bir yana, bu uygulama işverenlerin yararına bir sonuç ortaya çıkartacaktır. Çünkü yasaya göre, işverenler işçisini sigorta ettirmese işçi başına (ailesi dâhil) sadece 2,000 dolar ceza ödeyerek bundan kurtulabilecektir. Oysaki mevcut durumda bir işçinin ailesiyle birlikte yıllık poliçe

masrafı 13,000 dolar civarındadır. Dolayısıyla sigorta yaptırmayan işverenin işçi başına kazancı 11,000 dolar olacaktır. Böyle bir durumda işçi kendi sigortasını kendisi yaptırmak durumunda kalacağından yükleneceği mali külfet artacaktır (Karas, 2010).

—**Sigorta** şirketlerine, ödeme gücü olmayan çok yoksulların, çocukların ve çok yaşlı ihtiyaç halinde olanlar ve engellilerin poliçelerinin düzenlenmesi için kamu kaynaklarından aktarılacak olan sübvansiyon miktarının 447 milyar dolar olması beklenmektedir (Worker's Liberty, (2010). Böyle bir destekle özel sigorta şirketlerine ciddi bir gelir transferi yapılırken, devlet ilerdeki reformlar için kullanabileceği kaynaklardan mahrum kalacaktır²

—**Yasanın** mevcut hastalıklar nedeniyle poliçe düzenlenmesinin önlenemeyeceği hükmü yetişkinler için 2014 yılından itibaren geçerli olacaktır.

—**Yasada**, sigortalıların mali güçlerini aşan prim ödemelerinin önüne geçilmesini sağlayacak bir hüküm ya da düzenleme mevcut değildir. Eğer sigortalılar, örneğin işlerini kaybettikleri için, primlerini ödeyemezlerse ya ceza ödeyecekler ya da devlet bu şirketleri sübvansiyon edecektir.

—**Yasa**, yaşlı-genç ve kadın-erkek sigortalılığı konusundaki ayrımcılıkla ilgili her hangi düzenlemeye gitmemiştir. Örneğin 2017 yılına kadar yaşlılar gençlere göre üç kat daha fazla, kadınlarsa erkeklere göre daha fazla prim ödemeye devam edecekler. Çok özel durumlar dışında (tecavüz, ensest ilişki vb) kürtaj poliçe kapsamı dışında tutulduğundan kadınlara karşı cinsel ayrımcılık sigorta alanında da sürdürülecektir (www.pnhp.org, 2010).

Obama sağlık reformunun, Amerikan sağlık sisteminin kangren haline gelmesi nedeniyle bir zorunluluk olarak yapıldığı bir gerçektir. Diğer yandan Obama Yönetimi, 2008 krizi sonrasında dev bankaları ve GM gibi şirketleri kurtarabilmek için trilyonlarca dolar tutarında nakit desteği vermiş ve genel olarak kurtarma paketinin boyutları (garantiler dahil) ABD milli gelirinin % 70'ini aşmıştı (10 trilyon dolar) (Daehaeng vd.,2010:90). Bu nedenle de finans kapitali kurtarma da böyle heyecanlı ve bonkör davranan yönetimin yıllardır prim ödemeleri ve niteliksiz- eksik sağlık hizmetlerinden muzdarip, elli milyon insanının ise hiçbir şekilde sağlık sigortasına sahip bulunmadığı Amerikan halkı için bir şeyler yapması gerekiyordu. Bu bağlamda reform sağlıklı bir sağlık politikasından ziyade politik mülahazaların izlerini taşımaktadır.

Amerikalı hekimlerin çoğunluğunun tam olarak destek verdiği alternatif sistem ise tek birey ödemeli (single-payer) bir ulusal sağlık sigortasıdır. Bu sistem özel sigorta şirketlerini devreden çıkartıp, ilaç ve medikal tedarik sanayilerini kamulaştıran bir sistem niteliğindedir. Bu sistemde sağlık hizmetlerinin bedeli kamu

² ABD'nin gerek Afganistan gerekse de Irak operasyonları sırasında hükümetlerin ilk kısıntıya gittiği sektörün sağlık harcamaları olduğu hatırlanınca Orta Doğu'daki son gelişmeler sağlık harcamalarına verilmesi planlanan desteklerin azaltılmasını gündeme getirebilecektir.

finansmanı (vergileme) ile karşılanmakta ve sistem sağlık hizmetini “ihtiyaç noktasında bedava” olarak tanımlamakta, hastaları sağlık hizmetinin merkezine koymakta ve kolektif katılımcılık ilkesini hayata geçirerek, rekabetin yerine dayanışmayı temel almaktadır. Böyle bir sistemle yılda en az 400 milyar dolar civarında bir işlem maliyeti tasarrufu sağlanabileceği ileri sürülmektedir (www.pnhp.org, 2010). Böyle bir sistem etkin bir maliyet- kontrol de sağlayabilecektir, çünkü kamu bu sistemde ölçek avantajından, marjinal maliyet fiyatlamasının avantajlarından faydalanacaktır. Kar gibi bir hedefin olmaması ise, sistemin insanların temel sağlık hizmeti ihtiyacına göre şekillendirilmesini sağlayacaktır.

IV. Sonuç

Tekelleşmenin en hızlı gerçekleştiği sektörlerden olan sağlık ve sigortacılık sektörleri, bugün dünyanın en gelişmiş kapitalist ülkesi olan ABD’de halkın karşı karşıya kaldığı sağlık sorunlarının temel nedenidir. Çünkü her iki sektör de insanların sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasından ziyade, maksimum kar elde etmeye yönelik olarak faaliyet göstermektedirler.

İnsan ihtiyaçları ile kar amacının karşı karşıya geldiği- ki tesadüfen birbiriyle uyumlu oldukları kabul edilir- durumlarda ana akım iktisat ideolojisi ve hükümetler konuya en fazla kamusal mal perspektifi- dışsallıklar, asimetrik bilgi ve regülasyonlarla yaklaşabilmektedirler.

Ancak böyle yaklaşımlar sorunları çözmekte; bir yandan dev ilaç şirketleri ve sağlık sigortası şirketlerinin karları çok hızlı artarken, halkın ödediği sigorta primlerinin bedelleri hızla yükselmekte, sağlık hizmetlerinin kalitesi giderek bozulmakta, kapsam dışı bırakılan ya da ödeme gücü olmadığı için sigortasız kalanların sayısı giderek artmaktadır. Zenginlik ve refah timsali üç yüz milyonu aşan nüfuslu ABD’ de yaklaşık elli milyon insanın sigorta yaptıramaması nedeniyle sağlık hizmetlerinden yararlanamaması ve her yıl on binlerce insanın bu yüzden ölmesi, modern tıbbın bu denli geliştiği çağımızda savunulabilecek ya da hoş görülebilecek bir durum değildir.

Obama Yönetimi tarafından hayata geçirilen sağlık reformu ise, sigortalılar lehine getirdiği bazı küçük iyileştirmeleri dışarıda tutarsak; özel sağlık sigortası yaptırmayı zorunlu kıldığı, kamu kaynaklarından özel sigorta şirketlerine milyarlarca dolar aktarmayı planladığı için, daha çok özel sağlık sigortası şirketlerinin müşteri(!) sayısını ve karlarını daha da artırmalarına ve ekonomik ve politik olarak toplumsal yaşam üzerinde daha fazla söz sahibi olmalarına yarayacaktır. Verili koşullarda, sağlık hizmeti sunucusu doktorların çoğunluğunun destek verdiği kamu finansmanına dayalı - özel sigortacılığı reddeden- demokratik, katılımcı ve halkın ihtiyaçlarını ücretsiz sunmayı hedefine koymuş olan, sağlığın tüm bileşenlerini bütünlük olarak düşünüp ilaç vb sanayini de kamulaştıracak olan, ulusal bir sağlık sistemi Amerikan halkının ihtiyacını karşılayabilecek en iyi sistem olarak durmaktadır.

KAYNAKÇA

Bailey, J. Stephen (2002), **Public Sector Economics; Theory, Policy and Practice**, 2nd Edt., New York: Palgrave.

Begg, David, Fisher, Stanley, Dornbush, Rudiger (2003), Economics, 7th edition, Thr McGraw-Hill Companies.

Bank of International Settlements -BIS (2007), **Institutional Investors, Global Savings and Asset Allocation**.

Coverage Denied: How the Current Health Insurance System Leaves millions behind, www.healthreform.gov/reports ,(06.04.2010)

Durmuş, Mustafa (2008), **Kamu Ekonomisi**, Ankara: Gazi Kitapevi.

Durmuş, Mustafa(2010), **Kapitalizmin Krizi- 2008 Krizinin Eleştirel Bir Değerlendirmesi**, 2. Baskı, Ankara: Tan Yayınevi,

Executive Office of the President (2009), The Burden of Health Insurance Premium Increases on American

Families,

www.whitehouse.gov/assets/.../Health_Insurance_Premium_Report.pdf (22.09.2009).

Foster, J. Bellamy, McChesney, W.Robert (2009), Monopoly-Finance Capital and the Paradox of Accumulation, **Monthly Review**, SAYISI VE SAYFA NUMARASI ???

Hidden Costs of Health Care: Why Americans are paying more but getting less, www.healthreform.gov/reports (06.04.2010)

Hill, Rod, Myatt, Tony (2010), The Economics of Anti-Text Book, A critical thinker's guide to micro economics, Zed Books.

Kanser Hastasının İlaç Mücadelesi, Taraf Gazetesi, <http://www.taraf.com.tr/haber/47851.htm> (23.3.2010)

International Monetary Found, **The State of Public Finances: Outlook and Medium-Term Policies After the 2008 Crisis**, (06.03.2009).

Insurance Companies Prosper, Families Suffer: Our Broken Health Insurance System, www.healthreform.gov/reports (06.04.2010)

Kaiser / HRET (2010), Employer Health Benefits 2009 Annual Survey, www.kff.org/insurance/7936/index.cfm (06.04.2010).

Karas, Fran (2010), Democrats Pass Health Care Bill. But is this a Reason to Celebrate, Socialist Alternative, www.socialistalternative.org, (25.03. ????) ERİŞİM YILI???

Karas, Fran (2010), Dying for Profit- The Grim Truth About Our Helathcare System,, Socialist Alternative, www.socialistalternative.org (10.07.2009).

Pro-Single-PayerDoctors: Health Bill Leaves 23 Million Uninsured,

<http://www.pnhp.org/news/2010/march/pro-single-payer-doctors-health-bill-leaves-23-million-uninsured>. ERİŞİM TARİHİ???

League for the Fifth International, The new US health care bill? A betrayal of working people and women, <http://fifthinternational.org> (06.04.2010)

Marx, Karl (1863), Theories of Surplus Value, Part One, www.marxist.org (10.10.2010)

Parenti, Michael (2011), Profit Pathology and Disposable Planet, www.zcommunications.org (02.03.2011).

Stiglitz E. Joseph (2000), **Economics of the Public Sector**, 3rd Edition, New York: W.W.Norton & Company.

Stiglitz E. Joseph (1994), **"The role of the state in financial markets"**, Proceedings of the World Bank Annual Conference on Development Economics 1993, Washington DC.: World Bank.

Treasury Report (2010), The Risk of Losing Health Insurance Over a Decade: New Findings from Longitudinal Data, <http://www.treas.gov/press/releases/docs/final-hc-report092009.pdf> (06.04.2010).

Worker's Liberty (2010), Obama's healthcare bill: 23 million people still uninsured, <http://www.workersliberty.org> (23.03.2010).

