



“OBAMA SAĞLIK REFORMU” KANSERİ ASPİRİNLE TEDAVİ ETMEK...

Mustafa DURMUŞ

Doç. Dr., Gazi Üniv. IIBF Maliye Bölümü Öğretim Üyesi

Giriş

2008 krizinin ardından bankaları kurtarmak için trilyonlarca ABD dolarının harcanması, buna karşılık emekçilerin sağlık hizmetlerini alma konusunda zorlanmaları halkın tepkisini artırmıştı. Öyle ki, son dönemlerde sıkça halkın geniş katılımının 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 sigortaları olmasına 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 muhafaza-sağ eğilimli kesimler reform karşıtı kampanyalar düzenlediler, Obama'yı sosyalistlikle suçladılar. Sağlık reformu yasasının ABD sağlık sisteminde radikal bir dönüşüm sağlayıp sağlayamayacağı hususu ise bugünlerde tartışılan konuların başında geliyor.

Hâkim-Ana Akım İktisat Yaklaşımı Sağlık Hizmetlerine ve Sigortacılık Sektörüne Nasıl Bakıyor?

Kapitalist üretim ilişkilerinin geçerli olduğu bugünün dünyasında sağlık ve sigortacılık sektörleri birbirleriyle çok bağlantılı, çok önemli iki sektördür. Çünkü 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.

Sermaye için çok kârlı bir alan haline getirilen sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesini tamamlayan bir diğer kârlı sektör kuşkusuz sağlık sigortası sektörüdür. Böylece, sermaye hem bizzat sağlık hizmetinin sunucusu, hem de sigortacı aracısı olarak büyük çapta kâr elde etmiş ve bu iki alanda da hızla büyümüştür. Ayrıca sigortacılık sektörü bir bütün olarak finansal sektörün en önemli bir bileşeni haline gelmiş ve elinde tuttuğu mali varlıklar itibarıyla bankaların önüne geçmiştir. Ayrıca, 2008 krizinin ardından görüldüğü gibi, bankaların yanı sıra bu krizden en çok etkilenen şirketler AIG gibi dünyanın en büyük sigorta tekelleri olmuştur.

Her iki sektör de ana akım iktisadî içinde “özel-likli piyasalar” olarak ele alınırlar. Bu iktisat anlayışının sağlık ve sigortacılık sektörüne bakışını etkileyen temel olay ise 1929–1933 krizidir. “Büyük Depresyon” olarak anılan bu krize kadar, “bırakınız yapsınlar” felsefesi altında piyasaların mükemmel bir biçimde kaynak tahsisini yapacağına ve böylece de her hangi bir krize yol açmaksızın toplumsal refahın artırılabileceğine inanılıyordu. Kuşkusuz 19



yüzyılın sonlarında ortaya çıkan ve bugünkü ana akım iktisadın atası olan neo-klasik iktisat yaklaşımının dışında konuya farklı yaklaşanlar da vardı. Örneğin Karl Marx 1860'lı yıllarda kaleme aldığı *Das Kapital*'de aşırı sermaye birikiminin sermayenin organik bileşiminde bir artışa neden olacağını ve bunun da kâr oranlarını düşme eğilimine sokarak kapitalizmi döngüsel krizlere sokacağını ortaya koymuştu.

Büyük Depresyon ile birlikte, bir burjuva reformist iktisatçı olan J. M. Keynes'in katkılarıyla serbest piyasa efsanesi sona erdi ve piyasa mekanizmasının ileri sürüldüğü gibi mükemmel çalışmadığı, piyasaların başarısız kalmasının kaçınılmaz olduğu doğrulanmış oldu¹. 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 çizmiş oldu: 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.

Piyasa Başarısızlığı Teorisi'nin, piyasa başarısızlığı olarak tespit ettiği alanlar ise sırasıyla ekonomik istikrarsızlıklar ve krizler, tekeller (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.

Sağlık hizmetleri ve sigortacılık hem kamusal mal/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 (etkin kaynak tahsisi) doğmakta ve beraberinde toplumsal refah azalmaktadır.

Kamusal mal-hizmet olma yönünden, örneğin sağlık hizmeti, sadece bu hizmeti alan bireyin kendisine özel fayda sağlamakla kalmamakta, içinde yaşadığı topluma da -hastalık yaymadığı için- toplumsal bir fayda sağlamaktadır. Keza, beşeri ser-

maye perspektifiyle sağlıklı olmak, verimli bir işgücüne sahip olmak -bu anlamda da daha fazla artı-değer yaratmak- açısından çok önemlidir. Bunu daha da ileri götürerek işgücü verimliliğinin iktisadi kalkınma ve büyüme için önemine de vurgu yapmak mümkündür. Benzer bir şekilde, bu yaklaşım içinde sigortacılık hizmeti erdemli bir hizmet 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 perspektifiyle 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.

Özellikle, 19.Yüzyılın sonlarından itibaren gelen tekelci kapitalizm çağı ile birlikte tam rekabet piyasalarının ortadan kalktığı ve tam bilgiye erişmenin özellikle de tüketici açısından mümkün olmadığı hemen her mal türü için ortaya çıkmıştır. Ancak, finansal ürünler, sigortacılık, gıda ve sağlık malı ya da hizmetinde bu bilgilenme sorunu çok daha önemli boyulara ulaşmış, dolayısıyla da çok önemli sonuçlara yol açmıştır. Örneğin ilaç firmaları güvenilirliği hiç bilinmeyen, ortalıkta serbestçe alınıp satılan ilaçlar üretebilmektedirler. İlaç sektörünün kapitalist dünyanın en hızlı büyüyen, aynı zamanda da en kârlı tekelleri olduğu



göz önüne alındığında² 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.

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 girişmekte ve çok büyük bütçelerle promosyonlar yapmaktadırlar. Yani, özel sektörün bu bilgiyi sunması kâr amacına aykırı düşmektedir. Bu konuda Türkiye iyi bir örnektir. 2006 yılında, dönemin sosyal güvenlik bakanının açıklamasına göre, bütçeden ilaca 9 katrilyon TL harcanmıştır. Bu ilaçların içinde, içeriğini ve faydasını en az bildiğimiz, riskli ilaçlar grubunda yer alan antibiyotikler en başta gelmektedir. 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 getirmektedir³.

Sağlık hizmetini alanlar yönünden ise, ya böyle bir bilgi mevcut değildir, ya erişilebilir değildir, ya da konu çok teknik olarak ele alındığından, bilgi anlaşılabilir değildir. Yani, sağlık hizmeti sunanların örneğin ilaç ya da tedavi ile ilgili bilgileriyle hastanın bilgi düzeyi arasında bir asimetri vardır. Kamu ekonomisi literatüründe buna “asimetrik bilgi” olgusu adı verilir ve bu olgunun varlığı Piyasa Başarısızlıkları Yaklaşımı altında kamu müdahalelerinin gerekçelerinden birisini oluşturur⁴.

Yani, 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 etkinlik 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 olur. Nitekim özel sağlık sigortası kapsamındaki tedavi ve ilaç masraflarının gereksiz yere de olsa artırılması hastanelerin ve ilaç şirketlerinin kârını artırdığından, bu durum sigorta primlerinin hızla yükselmesine yol açar⁵. 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.

Kapitalist hükümetler ve hâkim iktisat teorisyenleri sağlık ve sigorta sektöründe yaşanan bu sıkıntıları, kâr amaçlı kapitalist sistemin kaçınılmaz bir sonucu olarak görmezler. Bu nedenle de soruna yaklaşım biçimleri daha ziyade yukarıda özetlendiği biçimiyle, kamusal mal perspektifi ya da asimetrik bilgi ile sınırlı kalmıştır. Sorun bu haliyle bir piyasa başarısızlığı olarak tanımlandığından, bunların giderilmesinde 1980'lere kadar kamusal sunum ve/veya kamunun güdümünde sunuma ağırlık verilirken, 1980'lerden itibaren bu noktadan da geriye gidilerek hizmet sunumunu özel sektöre bırakıp, gerektiğinde regüle etme-düzenleme esas olmuştur. Ancak son 30 yıldır yaşanan deneyimler, bu çabaların sorunu çözmek bir yana, sağlık ve sigortacılık sektöründeki sorunları daha da büyüttüğünü, halkın sağlığının çok ciddi riskler altında olduğunu, buna karşılık hizmet sunucular ve aracı konumundaki sigorta şirketlerinin çok büyük çapta kârlar elde ettiklerini ortaya koymuştur. Bu bağlamda, dünyanın en büyük sağlık ve sigorta sektörlerine sahip ABD'deki durumun analizi ve Obama Yönetimi'nin yakın zamanda

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

Police Türü	2000 (%)	2007 (%)	2008 (%)	2000–2008 Değişim (%)	2007–2008 Değişim (%)
Özel Police	72,6	67,5	66,7	- 5,9	- 0,8
- Şirket Poliçesi	64,2	59,3	58,5	- 5,7	- 0,8
- Bireysel Police	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

(Executive Office of the President, *The Burden of Health Insurance Premium Increases on American Families*, Sept 22 2009)

yasalaştırdığı Sağlık Reformu'nun tam bir değerlendirilmesinin yapılması önemli hale gelmiştir.

Amerikan sağlık sigortası sektörünün durumu

Tablo-1 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 çalışmaz durumda yaşlılar, çocuklar ve engelliler, çok yoksullar ve son olarak askerler için (%3,8) mevcut olduğu görülmektedir.

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 kalacaktır⁶.

Bir başka kaynağa göre sağlık sigortası olmadığından tedavi edilemeyip ölen Amerikalı sayısı 2002 yılında 18.000 idi. Bu sayı 2008 yılında 22.000 oldu. Yeterli kapsamda poliçeye sahip olmayanların sayısı 2003–2007 döneminde %60 artarak 25 milyon kişiye ulaştı. Üstelik sigortasızların %40'ı yılda 50.000 ABD dolarının üstünde gelir sahibi olan ailelerdir⁷.

Diğer yandan, Amerikan halkının ödediği sağlık sigortası primleri sürekli olarak artmaktadır. Kaiser Family Foundation (KFF) adlı kuruluşun 15 Eylül tarihli Raporu'na göre⁸, 2008 yılında enflasyon oranının %07 oranında azalmasına rağmen, ailelerin ödediği prim miktarı %5,5 oranında arttı ve işveren ödemeli ortalama aile primi 13.375 ABD dolarına yükseldi (Bu rakamlar 1999'da 2.196 ve 2008'de 12.680 ABD dolarıydı). Geriye dönük olarak, sağlık sigortası primleri son 10 yılda %90 ila %150 oranında artarken, nominal ücretler ortalama %38, buna karşılık enflasyon %28 oranında arttı.

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 5–10 katı düzeyinde olduğu ileri sürülmektedir⁹.

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 ABD dolarından 1.344 ABD dolarına). Küçük işletmelerde bu artış %64'ü buldu. Bireysel poliçelerde cepten ödeme değerinin iki katı oranında arttı. 2007 yılında ortalama bir ailenin cepten ödediği miktar 2.755 ABD dolarını buldu. Cepten ödeme miktarı 2000 ABD dolarının 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 yükseldi¹⁰.

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 civarındadır¹¹.

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 alamadılar. Her 10 kanser hastasından birisi reddedildi¹².

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 kârları devasa bir hızda ve miktarda artmıştır¹³. Buna göre; 2000-2009 döneminde en büyük on sigorta şirketinin kârı %250 oranında arttı. Bu artış oranı enflasyondaki artışın 10 katı üzerinde bir orandır. En büyük beş sigorta şirketinin 2008 yılına göre 2009 kârları %56 oranında artarak 12,2 milyar ABD doları düzeyine çıktı. Örneğin, bu yılda GSYİH %1 dolayında daralırken, Well Point Şirketinin 2009 yılı son çeyrek kârı 2,7 milyar ABD doları arttı. İlk beş

firmanın CEO'larına 2008 yılında ödenen prim miktarı 24 milyon ABD dolarını 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 sürülmüştür¹⁴.

Obama Sağlık Reformu Ne Getiriyor?

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 yaşının 26'ya uzatılması ve çok yoksullara sunulan Medicaid hizmetinin kapsamının genişletilmesi gibi maddelerdir.

Ancak, bu kazanım sayılabilecek maddeler gerçek sorunu perdelemektedir. Örneğin yasa gerçek sorunu hiçbir biçimde "kâr amaçlı sağlık sistemi" olarak görmediğinden, bu yapıyı değiştirmeyi hedeflememektedir. Bu nedenle de zaman içerisinde sözü edilen bu kazanımların da giderek etkisiz hale gelmesi kaçınılmaz olacaktır¹⁵.

Bu yeni düzenlemeden en kârlı çıkacak olanlar, sağlık hizmetini sunmaksızın sadece aracılık yaparak ve prim ödemelerini yükselterek ya da kapsam dışı bırakmaya gidip sağlık harcamalarını karşılamayarak ya da eksik karşılayarak kârlarını 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 çürük poliçelerini almak



zorunda kalacaklar. Alamayanlar içinse, devlet devreye girecek ve onlar adına bu şirketlere prim ödeyecek, böylece de kamu kaynakları bu şirketlere aktarılacaktır.

Yasanın bu yönlerini irdeleyen Ulusal Sağlık Planı İçin Doktorlar (PNPH) adlı itibarlı bir hekim örgütü bu düzenlemeyi “kanseri aspirinle tedavi etmek” olarak yorumlamaktadır¹⁶. Buna göre yasa sadece hastalığın semptomlarıyla uğraşmaktadır. Oysaki semptomların ardındaki gerçek, yani kansere dönüşen şey, sağlık hizmetini parası olana veren, yani onu bir piyasa malına dönüştüren, kâr 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 çalıştırıyorlar, idari masraflar yapıyorlar. 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 demektir¹⁷.

Zorunlu özel sigorta uygulamasına başlanmasıyla 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 bekleyeceklerdir¹⁸.

Yasada 50 işçi üzerinde işçi çalıştıranlara, her bir işçisinin ailesiyle birlikte sigorta yaptırma

zorunluluğu getirilmektedir. Bunun 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 2000 ABD doları ceza ödeyerek bundan kurtulabilecektir. Oysaki mevcut durumda bir işçinin ailesiyle birlikte yıllık poliçe masrafı 13.000 ABD doları civarındadır. Dolayısıyla sigorta yaptırmayan işverenin işçi başına kazancı 11.000 ABD doları olacaktır. Böyle bir durumda işçi kendi sigortasını kendisi yaptırmak durumunda kalacağından yükleneceği mali külfet artacaktır¹⁹.

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 ABD doları olması bekleniyor²⁰. Böyle bir destekle özel sigorta şirketleri daha da semirip güçlenirken, devlet ilerdeki reformlar için kullanabileceği kaynaklardan mahrum kalacaktır.

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 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 erkeklerle 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 sürdürülecektir²¹.

Obama sağlık reformununun, 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 ABD doları nakit desteği vermiş ve



genel olarak kurtarma paketinin boyutları (garantiler dahil) ABD milli gelirinin %70'ini aşmıştı (10 trilyon ABD doları)²². Bu nedenle de finans kapitali kurtarma da böyle heyecanlı ve bonkör davranan yönetimin yıllardır prim ödemeleri ve niteliksiz-eksik sağlık hizmetleri altında inleyen, 50 milyon insanın 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 %59'unun 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 kamulaştıracaktır. Sağlık hizmetlerinin bedeli ise kamu finansmanı (vergilene) ile karşılanacaktır. Bu sistem sağlık hizmetini "ihtiyaç noktasında bedava" olarak tanımlar, hastaları sağlık hizmetinin merkezine koyar ve kolektif katılımcılık ilkesini hayata geçirir ve rekabetin yerine dayanışmayı temel alır. Böyle bir sistemle yılda en az 400 milyar ABD doları civarında bir işlem maliyeti tasarrufu sağlanacaktır²³. Böyle bir sistem etkin bir maliyet-kontrol de sağlayabilecektir, çünkü kamu bu sistemde ölçek avantajından, marjinal maliyet fiyatlamasının avantajlarından faydalanacaktır. Kâr gibi bir hedefin olmaması ise, sistemin insanların temel sağlık hizmeti ihtiyacına göre şekillendirilmesini sağlayacaktır.

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 karşılanması için değil, sermayenin maksimum kâr elde edebilmesine yönelik olarak faaliyet göstermektedirler. Bu durum aslında kapitalizmin genel olarak insan ihtiyaçlarını karşılamak için değil kâr için işleyen bir toplum olduğu gerçeğini sektörel düzeyde ortaya koymaktadır.

İnsan ihtiyaçları ile kâr amacının karşı karşıya geldiği -ki tesadüfen birbiriyle uyumludurlar- durumlarında hâkim iktisat ideolojisi ve burjuva

hükümetler konuya en fazla kamusal mal perspektifi, asimetrik bilgi ve regülasyonlarla yaklaşabilmektedirler. Kuşkusuz böyle yaklaşımlar sorunları çözmekte; bir yandan dev ilaç şirketleri ve sağlık sigortası şirketlerinin kârları 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 307 milyon nüfuslu ABD'de yaklaşık 50 milyon insanın sigorta yaptıramaması nedeniyle sağlık hizmetlerinden yararlanamaması ve on binlerce insanın her yıl bu yüzden gereksiz yere ölmesi, modern tıbbın bu denli geliştiği çağımızda kapitalizmin en ileri versiyonunun ayıplarından sadece birisidir.

Obama yönetimi tarafından hayata geçirilen sağlık reformu ise, sigortalılar lehine getirdiği bazı küçük iyileştirmeleri dışında tutarsak; özel sağlık sigortası yaptırmayı zorunlu kıldığı için, kamu kaynaklarından özel sigorta şirketlerine milyarlarca ABD doları aktarmayı planladığı için, sistemin paraziti konumundaki sağlık sigortası şirketlerinin müşteri(!) sayısını ve kârlarını 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, demokratik katılımcı, özel sigorta şirketlerini dışarıda tutan ve halkın ihtiyaçlarını bedava 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.

Dipnotlar

1. Mustafa D., Maliye Politikaları, Teori ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi, Yaklaşım Yayınları, Aralık 2003, s. 34-35.
2. 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>, Erişim tarihi: 23.3.2010).



3. Mustafa Durmuş, Kamu Ekonomisi, Gazi Kitabevi 2008, s.221.
4. age
5. age, s.223.
6. Executive Office of the President, The Burden of Health Insurance Premium Increases on American Families, www.whitehouse.gov/assets/.../Health_Insurance_Premium_Report.pdf (Sept 22, 2009), Treasury Report, "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>, (Erişim tarihi: 06.04.2010).
7. Dying for Profit- The Grim Truth About Our Helathcare System, Fran Karas, Socialist Alternative, www.socialistalternative.org/, (July 10, 2009), (Erişim tarihi: 06.04.2010).
8. Kaiser/HRET Employer Health Benefits 2009 Annual survey, www.kff.org/insurance/7936/index.cfm, (Erişim tarihi: 06.04.2010).
9. Insurance Companies Prosper, Families Suffer : Our Broken Health Insurance System, www.healthreform.gov/reports/, (Erişim tarihi: 06.04.2010)
10. Hidden Costs of Health Care: Why Americans are paying MORE but getting LESS, www.healthreform.gov/reports/, (Erişim tarihi: 06.04.2010)
11. agm.
12. Coverage Denied: How the Current Health Insurance System Leaves MILLIONS behind, www.healthreform.gov/reports/, (Erişim tarihi: 06.04.2010)
13. Insurance Companies Prosper, Families Suffer : Our Broken Health Insurance System, www.healthreform.gov/reports/, (Erişim tarihi: 06.04.2010)
14. agm
15. Democrats Pass Health Care Bill. But is this a Reason to Celebrate, Fran Karas, Socialist Alternative, www.socialistalternative.org/Mar25,2010, (Erişim tarihi: 06.04.2010)
16. <http://www.pnhp.org/news/2010/march/pro-single-payer-doctors-health-bill-leaves-23-million-uninsured>.
17. agm
18. The new US health care bill? A betrayal of working people and women, League for thr Fifth International, <http://fifthinternational.org>, Erişim tarihi: 23.03.2010, 06.04.2010.
19. Fran Karas, Democrats Pass Health Care Bill. But is thi a Reason to Celebrate?, www.SocialistAlternative.org, Erişim tarihi: 25.03.2010.
20. Obama's healthcare bill: 23 million people stil uninsured, <http://www.workersliberty.org>, Erişim tarihi: 23.03.2010.
21. <http://www.pnhp.org/news/2010/march/pro-single-payer-doctors-health-bill-leaves-23-million-uninsured>.

22. Mustafa D., Kapitalizmin Krizi- 2008 Krizinin Eleştirel Bir Değerlendirmesi, Tan Yayınevi, 2.Baskı, 2010, s.90.
23. <http://www.pnhp.org/news/2010/march/prosingle-payer-doctors-health-bill-leaves-23-millionuninsured>.

Kaynaklar

1. Durmuş M., Maliye Politikaları, Teori ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi, Yaklaşım yayınları, Aralık 2003.
2. Durmuş M., Kamu Ekonomisi, Gazi Kitabevi 2008.
3. Durmuş M., Kapitalizmin Krizi, 2008 Krizinin Eleştirel Bir Değerlendirmesi, Tan Yayınevi, 2.Baskı, 2010.
4. <http://www.taraf.com.tr/haber/47851.htm>, (Erişim tarihi: 23.3.2010).
5. Executive Office of the President, The Burden of Health Insurance Premium Increases on American Families, www.whitehouse.gov/assets/.../Health_Insurance_Premium_Report.pdf, (Erişim tarihi: 22.09.2010).
6. Treasury Report, 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>, (Erişim tarihi: 06.04.2010).
7. Fran Karas, Dying for Profit- The Grim Truth About Our Helathcare System, Socialist Alternative, www.socialistalternative.org/, (Erişim tarihi: 06.04.2010).
8. Kaiser/HRET Employer Health Benefits 2009 Annual Survey, www.kff.org/insurance/7936/index.cfm, (Erişim tarihi: 06.04.2010).
9. Insurance Companies Prosper, Families Suffer: Our Broken Health Insurance System, www.healthreform.gov/reports/, (Erişim tarihi: 06.04.2010).
10. Hidden Costs of Health Care: Why Americans are paying MORE but getting LESS, www.healthreform.gov/reports/, (Erişim tarihi: 06.04.2010).
11. Coverage Denied: How the Current Health Insurance System Leaves MILLIONS behind, www.healthreform.gov/reports/, (Erişim tarihi: 06.04.2010).
12. Fran Karas, Democrats Pass Health Care Bill. But is this a Reason to Celebrate, Socialist Alternative, www.socialistalternative.org/, (Erişim tarihi: 06.04.2010).
13. <http://www.pnhp.org/news/2010/march/pro-single-payer-doctors-health-bill-leaves-23-millionuninsured>, (Erişim tarihi: 06.04.2010)
14. The new US health care bill? A betrayal of working people and women, League for thr Fifth International, <http://fifthinternational.org>, (Erişim tarihi: 06.04.2010).
15. Obama's healthcare bill: 23 million people stil uninsured, <http://www.workersliberty.org>, (Erişim tarihi: 06.04.2010).●