

GENEL YÖNETİM DEĞİŞİKLİKLERİNİN SAĞLIK REFORMLARINA ETKİSİNİN OBAMACARE ÜZERİNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ

İlayda GÜZEL* Serap DURUKAN KÖSE**

Öz: Amerika Birleşik Devletleri, neo-liberal politikaları ile dünya üzerinde geniş bir etki alanına sahip olan bir ülkedir. Bu politikaların sağlık alanındaki yansımaları ise yıllardır tartışılan bir konu olarak birçok araştırmaya konu olmuştur. Ülke, son yıllardaki genel yönetim değişiklikleri neticesinde uygulanan sağlık politikalarında da farklı bakış açılarının etkisiyle dönüşümler yaşamıştır. Bu çalışmanın amacı, politik kararlardan etkilenen sağlık sisteminin finansman yapısı, hizmetin kapsamı, maliyetlerin kontrolü konularındaki değişimlerin sağlık politikası perspektifiyle incelenmesidir. Derleme yöntemi kullanılan bu çalışmada, sağlık hizmetlerinde devletin rolü de genel olarak değerlendirilerek, sistemde köklü değişimler yaratarak kırılım noktası sayılabilecek bir sağlık reformu olan Obamacare -Ekonomik Sağlık Hizmeti Yasası (The Affordable Care Act (ACA))-, kendinden önceki ve sonraki dönemler ile birlikte ele alınmıştır. Özellikle kapsam bakımından reform önceki dönemle karşılaştırıldığında sayısal veriler göstermiştir ki, ACA ülkedeki dezavantajlı kesimler için sağlık hizmetlerine erişimi artırmıştır. Trump'ın devlet başkanı olmasıyla birlikte, Obamacare ile elde edilen kazanımlar devam etmiş olsa da reformun belli yönlerden esnetilmeye çalışıldığı söylenebilir. Tüm bu değerlendirmeler, genel yönetim değişikliklerinin ülkenin sağlık politikasında belirleyici olabildiğini, sağlık hizmetlerine erişim ile ilgili gelişmelerin incelenmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Anahtar sözcükler: Sağlık reformu, Obamacare, sağlık sistemleri.

Evaluation of the Impact of Political Transitions on Healthcare Reforms through Obamacare

Abstract: The United States, with its neoliberal policies, holds a broad influence globally. The impact of these policies on the healthcare sector has been a subject of extensive research and debate for many years. In recent years, the country has undergone transformations in healthcare policies due to changes in the overall governance, influenced by different perspectives. The aim of this study is to examine changes in the financing structure, service scope, cost control of the healthcare system, all of which have been influenced by political decisions, from a healthcare policy perspective. In this review-based study, the role of the government in healthcare services is generally evaluated. It also examines the Affordable Care Act (ACA), commonly known as Obamacare, which represents a pivotal healthcare reform that brought significant changes to the system. The study considers the period before and after ACA, highlighting the impact of this reform on healthcare accessibility, particularly for disadvantaged populations, based on quantitative data. With the assumption of the presidency by Donald Trump, it can be said that while some of the gains achieved with Obamacare continued, efforts were made to relax certain aspects of the reform. All these assessments underscore the decisive influence of changes in governance on the country's healthcare policy and emphasize the need to examine developments related to healthcare access.

Key words: Health reform, Obamacare, healthcare systems

1. Giriş

Amerika Birleşik Devletleri (ABD), dünyadaki diğer sağlık sistem modelleri arasında sahip olduğu sağlık finansmanı ve organizasyonel yapısı itibarıyla kendine özgü bir modele sahiptir. ABD sağlık sistemini diğer ülkelerin sağlık sistemlerinden ayıran yönleri aşağıdaki gibi sekiz boyutta özetlenebilir (Dewar, 2010: 3):

1. Merkezi bir yönetim kurumu yoktur ve koordinasyon çok sınırlıdır.
2. Sağlık hizmet sunumu sistemi teknolojiye dayalıdır ve akut bakım öncelikli odak noktasıdır.
3. Sistem yüksek maliyetlidir; ancak buna rağmen ortalama düzeyde iyileşmiş sağlık sonuçları verir.

4. Sağlık hizmetleri, aksak piyasa koşulları altında sunulur.
5. Özel sektör hâkim bir piyasadır.
6. Pazar hedefleri ve sosyal adalet birbiriyle çelişkilidir.
7. Birden fazla organizasyonel yapı ve aktör vardır.
8. Entegrasyon ve hesap verebilirlik konularında sorunlar bulunmaktadır.

Bu özellikleri göz önünde bulundurulduğunda, ABD sağlık sistemi ile ilgili tartışılan önemli konulardan birisi, evrensel sağlık hizmetlerini alabilme hakları başta olmak üzere sağlık riskleri ile karşılaşmaları durumunda bireylerin sağlığa erişimlerini etkileyen

*Arş.Gör., Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi (ORCID ID: 0000-0001-5672-0814)

**Prof.,Dr. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi (ORCID ID: 0000-0001-5000-0664)

Geliş Tarihi / Received : 20.09.2023

Kabul Tarihi / Accepted : 10.02.2024

bir unsur olan sağlık sigortasının varlığıdır. En az kapsama sahip olup en pahalı sağlık hizmetinin sunulması liberal ekonomi anlayışının ve bununla uyumlu olarak özel sağlık sigortacılığının sağlığın finansmanına hâkim olduğu ülkede, 23 Mart 2010 tarihli Ekonomik Sağlık Hizmeti Yasası (The Affordable Care Act- ACA) veya Obamacare, Medicaid ve Medicare'in 1965'te kabul edilmesinden bu yana ülkenin sağlık politikasındaki en büyük değişiklik olarak kabul edilmektedir. Yürürlüğe girmesinin ardından ACA'yı başarılı veya başarısız olarak olumlayan ya da olumsuzlayan farklı yorumlar mevcuttur (**Machikanti ve ark., 2017: 111**). Yayınlanan ilgili araştırmaların incelenmesi, uluslararası raporlarda yer alan sayısal verilere daha yakından bakılarak değerlendirilmesinin bu konuda yürütülen tartışmalara katkı sağlanacağı düşünülmektedir. Bu çalışmanın amacı, politik kararlardan etkilenen sağlık sisteminin finansman yapısı, hizmetin kapsamı, maliyet paylaşımı ve kontrolü konularındaki değişimlerin sağlık politikası perspektifiyle incelenmesidir. Bu çalışma ile, derleme yöntemi kullanılarak sağlık hizmetlerinde devletin rolünü de genel olarak değerlendirecek şekilde, sunulan sağlık hizmetinin kapsamı, finansmanı, maliyet paylaşımı ve kısıtlaması konularında sistemin kırılım noktası sayılabilecek bir reform olan Obamacare odak noktası alınmıştır. Reform sonrası dönemde Cumhuriyetçi Parti başkan adayı olarak seçimleri kazanan, 2016-2020 yıllarında devlet başkanlığı yapan, 2017 yılında ACA'nın alternatifi olarak AHCA (American Health Care Act) reformu gibi sağlık sisteminde köklü düzenlemelere gitme isteği olan Donald Trump döneminde alınan hangi sağlık politikası kararlarıyla bu alanlarda ne gibi değişimler yaşandığı ve bu değişimin sağlık hizmetlerine erişime etkileri ortaya konulmak istenmektedir. Bu değişimin daha kolay anlaşılabilmesi ve değerlendirmelerin belli bir temel üzerine yapılması gerekliliğiyle ilk olarak ACA öncesi dönemdeki sağlık sistemi ile ilgili bilgi edinilmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

2. ACA Öncesi ABD Sağlık Sistemi

ABD, tüm vatandaşlarının gelişmiş diğer ülkelerden farklı olarak evrensel sağlık hizmetlerine ulaşma hakkının olmadığı bir ülke olarak bilinmektedir. Sağlık hizmetlerinde yer alan kuruluşlar ve bireyler, eğitim ve araştırma kurumlarından, tıbbi tedarikçilerden, sigortacılar, ödeyicilerden ve sağlık sigortası hasar uzmanlarından (*claims processors*)

sağlık hizmeti sağlayıcılarına kadar uzanmaktadır (**Shi ve Singh, 2009**). Hasta hizmetlerinin çok büyük bir kısmı (yaklaşık %80'i) hizmet başı ödeme alan hekimler tarafından ofis ve kliniklerde verilmektedir. Tüm aktif hekimlerin yaklaşık üçte ikisi bir ofis veya klinik temelli muayenehanede doğrudan hasta bakımına katılırken, geri kalanının çoğunluğu hastanelerin tam zamanlı çalışanı olarak kalanlar ise asistan, araştırmacı, eğitimci olarak görev yapmaktadır. Ofis tabanlı tıbbi uygulamalar ve hastanelere ek olarak Amerikan toplumuna sağlık hizmetlerinin sunulmasında yer alan diğer kuruluş türleri, resmî kurumlar, gönüllü kuruluşlar, özel kuruluşlar ve iş dünyasındaki yardımcı sağlık işletmeleridir (**Cockerham, 2017: 491**).

Sağlık hizmetleri sisteminde, kamu ve özel sigortalar kapsamında olanlar, sağlık hizmetleri sağlayıcılardan özel düzenleyici kuruluşların yanında federal, eyalet ve yerel hükümetler tarafından yapılan düzenlemelere uygun olarak sağlık hizmeti alabilirler. Nüfusun çok büyük bir bölümü özel sağlık sigortası kapsamındadır, fakat sağlık sisteminin ayırt edici bir özelliği olarak özel sağlık sigortaları kâr amacı güdenler ve kâr amacı gütmeyenler şeklinde sınıflandırılabilir. Kâr amacı gütmeyen özel sağlık sigortaları Blue Shield- Blue Cross gibi bağışlarla finanse edilen sağlık sigortalarıdır (**Upshaw ve Deal, 2002: 73**).

Sistemin organizasyonel yapısı özel sigorta odaklı olarak incelendiğinde, en yaygın olarak kullanılan sağlık hizmeti sunum sistemi olan *yönetilen sağlık bakımı (managed care)* kapsamında yer alan bu organizasyonlar Sağlık Koruma Organizasyonları (Health Maintenance Organizations- HMOs), Tercihli Sağlık Organizasyonları (Preferred Provider Organizations- PPOs). Bu sistem ile sağlık sunumu fonksiyonlarının entegrasyonu yoluyla verimlilik elde edilmesi, kullanımı kontrol edecek mekanizmaların kullanılması ve sağlık hizmetlerinde fiyat ve hizmet sağlayıcılara yapılan ödemelerin belirlenmesi amaçlanmıştır (**Shi ve Singh, 2009: 3**). Bu organizasyonlar bireysel özel sigortalılar ile (işveren tarafından ya da herhangi bir gruba ait olmadan ödeme yapılan) sözleşme imzalanarak sigorta kapsamında olan kişilere sağlık hizmeti finansmanı sağlarlar (**Rice ve ark., 2013:26**). Özel sigortalıların büyük çoğunluğu, bunu bir işveren aracılığıyla (%10'u bireysel) satın almaktadır. 2009'da ABD'de herhangi bir sağlık sigortası olmadan yaşayan kabaca 50 milyon insan vardı (toplam

nüfusun %17'si) ve bu 65 yaş altı beş yetiştikten yaklaşık birinin sigortasız olduğu anlamına gelmekteydi (**ABD Nüfus Bürosu, 2010**). ACA öncesi dönemde, yönetilen sağlık bakımı sisteminin özel sağlık sigorta kapsamında olanlar üzerinde yarattığı olumsuz etkiler bulunmaktaydı. Bu sistem ile, yararlanıcılar olan hastaların tedavi maliyetlerinin yüksek olduğu, yatarak tedavi gören hastalarda seçim haklarının iptal edilmesi (*deselect*) veya tedavi maliyetlerinin hane halklarına yüklenmesi gibi zararlara uğramalarına neden olduğu ifade edilmiştir (**Light, 2004: 20**).

ABD sağlık sisteminde kamusal sağlık hizmetlerindeki organizasyonel yapıya bakıldığında ise, federal hükümet, eyaletlerdeki uygulamalarda düzenleyici rodedir, hiyerarşik olarak en üst seviyede yer almaktadır. Ülkede, elli yılı aşkın süredir nüfusun dezavantajlı kesimleri için geliştirilmiş olan sosyal güvenlik ağı araçlarından Medicare, Medicaid ve CHIP bulunmaktadır (**Shi ve Singh, 2009**).

Federal hükümet ve eyalet hükümetleri tarafından ortaklaşa yönetilen, yoksullara yönelik programın adı ise Medicaid'dir.

Düşük gelirli ailelerdeki çocuklara yönelik olan bir başka federal/eyalet ortaklığında yürütülen program ise CHIP olarak adlandırılmaktadır (**Shi ve Singh, 2019**). İlk olarak 1997 yılında Medicaid programının tamamlayıcısı olarak yürürlüğe giren CHIP, ortaklaşa finanse edilen bir federal-eyalet ortaklığıdır. CHIP, Medicaid'e hak kazanamayacak kadar fazla kazanan ancak özel sigorta satın almaya gücü yetmeyen ailelerin çocuklarına sağlık sigortası sağlamak üzere tasarlanmıştır. Eyaletlerin, CHIP için gelir uygunluk kuralları oluşturma konusunda önemli bir esnekliği vardır (**Ryan, 2009**). Sağlık hizmetleri için kullanılacak kamu gelirleri vergilerdir ve federal, eyalet ve yerel yönetim düzeylerinde toplanan vergiler sağlık harcamaları için kaynak oluşturur (**Upshaw ve Deal, 2002: 72**). Diğer kamu kaynaklarıyla finanse edilen organizasyonlar ise, Gazi Sağlığı Yönetimi (*Veterans Health Administration*) ve çalışan tazminatıdır (*workers' compensation*). Gazi Sağlığı Yönetimi, gazilere sağlık hizmetleri ve önleyici eğitimler sağlamak ve sağlık araştırmaları yapılması amacıyla kurulmuştur. Çalışan tazminatı ise, işle ilgili engellilik nedeniyle kaybedilen ücretler için bireylere ödeme sağlar ve engellilikle ilgili gerekli tıbbi bakımın tamamını veya bir kısmını öder (**Upshaw ve Deal,**

2002: 72-73). ACA'nın en çok etkilediği kesim olan sigortasızlar için sağlık hizmetleri ise, reform öncesinde genellikle hastaneler ve doktorların yanı sıra kamu ve toplum kliniklerinden oluşan bir güvenlik ağı sistemi tarafından sağlanmaktaydı (**Rice ve ark., 2013: 28**).

ABD'nin sağlık sisteminin genel bir portresi çizilmeye çalışıldığında, özel sektörün baskın rolü nedeniyle dezavantajlı kesim başta olmak üzere sağlık hizmetlerine erişim ile ilgili sorunların olduğu söylenebilmektedir. Neo-liberal politikaların sağlık hizmetlerinde yarattığı bir sonuç olarak özel sağlık sigortacılığı, toplumun her kesiminin ulaşmadığı bir sağlık hizmeti sunumunu doğurmuştur. Nüfus içindeki sigortasızların oranı neredeyse %16 olarak bu durumu niceliksel şekilde ortaya koymaktadır (**Smith ve Medalia, 2015: 1**). Sağlık hizmetlerinin piyasa ekonomisine bırakılması sonucunda ülke derin bir sağlık krizi içine girmiştir (**Terzi, 2007: 2**). ABD toplumu için bir sağlık reformuna zemin hazırlayan bu erişim sorunu, reform kapsamında sağlıkta kamusal finansman kaynaklarının ve sağlık hizmeti kapsamının genişletilmesini gerekli kılmıştır.

3. ABD Sağlık Sisteminde Yaşanan Değişimler

ABD sağlık sisteminde uygulamaya konulan ACA ile köklü değişimler yaşanmıştır. Bu değişimlerin değerlendirilebilmesi için reform uygulamalarının yoğunlaştığı alanların daha detaylı olarak incelenmesi gerekmektedir. Bu alanlarda yaşanan değişimlerin ABD Başkanı Trump yönetimiyle birlikte sağlık politikalarının nasıl bir seyir izlediğinin görülmesi bakımından, yapılan düzenlemeler ayrı başlıklar altında incelenmiştir.

3.1. Sağlık Sigortasının Kapsamı

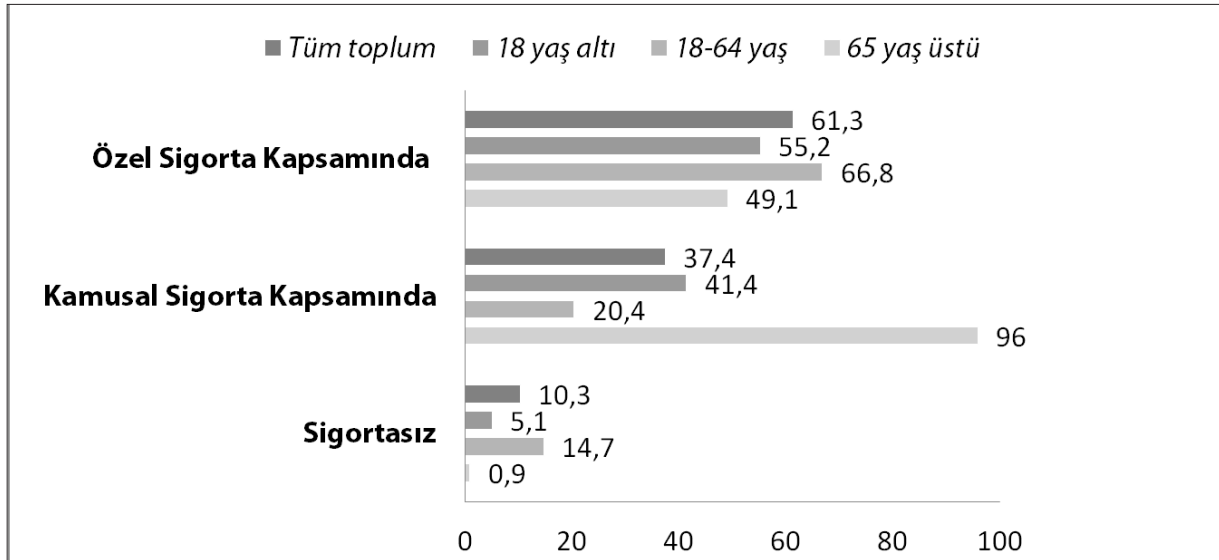
Amerika Birleşik Devletleri, tüm vatandaşlarının genel sağlık sigortasına sahip olduğu bir sağlık sistemine sahip değildir. Bunun yanında, tarihsel sürece bakıldığında, sağlık hizmeti hakkının güvence altına alınmasına yönelik hareketlerin giderek arttığı söylenebilir (**Rovner, 2019**). Sosyal sağlık sigortaları olarak Medicare ve Medicaid'in 1965 yılında kurulmasıyla milyonlarca Amerikalı sağlık hizmeti alabilmeleri için kapsama alınmıştır. Söz konusu sigorta programlarının kapsamı ve gereklilikleri ile ilgili konularda, kuruldukları dönemdekiler de dâhil olmak üzere ülke genelindeki politika yapıcılar fikir birliği içinde olmuşlardır (**Berkowitz, 2005: 19**).

Sağlık sigortası sisteminin kapsam bakımından incelenmesinde, sigortalıların oranı ve bu sigortalıların sigorta türlerine göre özel veya kamusal sigortalı olma oranları dönemsel karşılaştırmalarda önem arz eden bilgiler sunar. ACA reformu ile ABD toplumundaki sigortasızların oranı reformun yapıldığı yıldan itibaren düşüş göstermiştir. 2010'da %16,3; 2011'de %15,7; 2012'de %15,4'tür. Bu oran, 2013 ile 2014 arasında ciddi şekilde düşerek bir yıl içinde sigortasız oranındaki en büyük yüzdelik düşüş (%2,9 oranında) yaşanmıştır. Sigortalı olanlar içinde sosyal sigortalı olanların oranı ise %34,6'dan %36,5'e yükselmiştir (**Smith ve Medalia, 2015: 1**).

ACA ile sistemden önceden de var olan Medicare ve Medicaid planlarının geliştirilmesi yoluyla kapsamlı bir sigorta sistemine sahip olan ve hizmete erişimi kolaylaştıran, maliyeti düşüren ve sağlığı güçlendiren bir sağlık sistemi oluşturmak için büyük bir adım atılmıştır (**Rosenbaum, 2011: 130**). ACA ile çeşitli mekanizmalar devreye sokularak sağlık sigortasının kullanılabilirliği iyileştirilmiştir. ACA'nın ana hedeflerinden biri, sigorta kapsamını 32 milyon sigortasız kişiyi kapsayacak şekilde genişletmek olarak belirlenmiştir. Planın, Medicaid programının genişletilmesi ve bireysel, küçük grup sağlık sigortası pazarlarını desteklemek için yeni yapılar oluşturulması olmak üzere iki ana bileşeni vardır. 2015 yılına gelindiğinde, 19-64 yaş aralığındaki sigortasız kişilerin oranı, öncesine göre %16 azalmıştır. ACA ile, Medicaid için kategorik uygunluk kavramı ortadan kaldırılmıştır; bunun

yerine, federal yoksulluk seviyesinin %138'i oranında standart bir uygunluk kriteri uygulanmıştır. 2012 yılında Yüksek Mahkeme, federal hükümetin eyaletleri Medicaid kapsamını genişletmeye zorlamayacağına karar vermiştir ve yalnızca 32 eyalet ve Columbia Bölgesi Medicaid'i genişletmeyi tercih etmiştir. ACA olmasaydı yaklaşık 17,5 milyon kişinin Medicaid kapsamında olamayacağı tahmin edilmektedir (**National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2018: 7-8**). Bunun yanında, Ocak-Aralık 2019 Ulusal Sağlık Görüşmesi Anketi'nden (NHIS) elde edilen verilere dayanarak hazırlanan raporda, ABD nüfusu için sağlık sigortası kapsamına ilişkin yıllık tahminler sunulmuştur (**Cohen ve ark., 2020: 1**). Yaş gruplarına göre bakıldığında, herhangi bir sigortaya dâhil olmayanlar en yüksek oranla (%14,7) 18- 64 yaş arası kesime dâhildir. Kamusal sigortalara dâhil olma durumuna bakıldığında ise en yüksek oranla 65 yaş ve üzeri kişilerin %96'sının kapsamda olduğu görülmektedir (**Şekil 1**).

ACA kapsamında, birden çok hastalığı veya kronik rahatsızlığı olan bireylerin içinde erken teşhis konusunda sağlık durumlarının farkına vararak tedaviye erken başlama gibi faydalar da sağlanmıştır. Bu konu ile ilgili Ulusal Sağlık ve Beslenme İnceleme Anketi (1999- 2012) kullanılarak yapılan araştırmada araştırmacılar (**Hogan ve ark., 2015**), sağlık sigortası ile diyabet, hiperkolesterolemi ve hipertansiyon gibi kronik hastalıkların tanı ve hastalık yönetimi arasındaki ilişkileri değerlendirmişlerdir.



Şekil 1. Kişilerin Yaşlarına Göre Sigorta Kapsamında Olma Oranları, 2019

Kaynak: Cohen ve ark. (2020). Health Insurance Coverage: Early Release of Estimates From the National Health Interview Survey, 2019.

Araştırmada, sigortalı bireyler, sigortasız bireylere kıyasla önemli ölçüde daha yüksek diyabet ve hiperkolesterolemi (%14 daha yüksek) ve hipertansiyon (%9 daha yüksek) teşhisi konulması olasılığına sahiptirler. ACA'nın odak noktası sayılabilen sağlık hizmetlerinde erişimi artırma amacının tamamen olmasa da kısmen gerçekleştiğini söylemek mümkündür. Amerikan Topluluğu Anketi'nin 2008-2014 yıllarına ait verileri kullanılarak yapılan bir araştırmaya göre, Hispaniklerin %40,5'i ve Afrikalı Amerikalıların %25,8'i sigortasızdır. Bu oran 2013'te beyazlarda %14,8'di. Ancak, ACA'nın ana hükümleri 2014'te yürürlüğe girdiğinde, 2013'e göre sigortasız Hispaniklerde yüzde %7,15, sigortasız Afrikalı Amerikalılarda %5,1 ve sigortasız beyazlarda %3 azalma olmuştur (**Buchmueller ve ark., 2016**). **Chen, Vargas-Bustamante, Mortensen ve Ortega (2016)** tarafından yapılan araştırmada da, 2014 yılı göstergelerine göre, sigortasızlık durumu Latin olmayan Afrikalı Amerikalılar ve Latinler arasında önemli ölçüde azaldığı bulunmuştur. Sonuçlar, erişimdeki ırksal ve etnik farklılıkların ACA uygulamasının ilk yıllarında önemli ölçüde azaldığını göstermektedir.

ACA'dan önce Medicaid, kişilerin gelir durumu ve eyalet düzeyinde belirlenen diğer gereklilikler temelinde kategorik olarak yardım almaya uygun olan kişileri kapsamaktadır. Uygunluk kategorileri, düşük gelirli çocuklar ve aileleri, 65 yaş ve üstü düşük gelirli kişiler, düşük gelirli yetişkinler ve engelli çocuklar şeklindedir. ACA ile birlikte, Medicaid'deki uygunluk kategorileri, bazı eyaletler tarafından gönüllü olarak kişilerin yüksek tıbbi giderleri olma ve uzun süreli işsizlik gibi durumlarını göz önünde bulundurularak genişletilmiştir (**National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2018: 40**).

Trump, seçilmesi halinde bütün Amerika'ya sağlık sigortası getireceğini ifade etmiştir. Başkan olarak yaptığı ilk basın toplantısında Obamacare'i bir felaket olarak nitelendirerek bunun yerine maliyeti düşük ve iyi bir sistem getireceği vaadinde bulunmuştur (**Euronews, 2017**). Trump'ın vaatlerini gerçekleştirme arzusu ile 2017 yılında gündeme gelen AHCA, ABD Kongresi'nde sunulan bir yasa tasarısıdır. Temsilciler Meclisi tarafından kabul edilmiş ancak ABD Senatosu tarafından kabul edilmemiştir (**Congress.gov**). ABD'deki bu gelişmeler politik bağlamda değerlendirildiğinde,

yoğun politika taleplerinin reform sonrası siyasi gündemi şekillendirmede rol oynayabilmektedir. Cumhuriyetçilerin ACA'nın önemli bölümlerini yürürlükten kaldıran kanunlar getirme olasılığını etkilemiş, yoğun politika taleplerinin Temsilciler Meclisi Cumhuriyetçilerinin ilk ACA değiştirme planına ilişkin oylamayı da şekillendirmiştir (**Rocco ve ark., 2018**). Cumhuriyetçi Parti, Başkanlığı ve her iki Kongre Meclisini kontrol etse de, ACA'nın toptan yürürlükten kaldırılması ve değiştirilmesi yönündeki girişimler başarısız olmuştur. Buna rağmen, ABD'de evrensel sağlık hizmetleri kapsamına yönelik ivmenin durduğunu söylemek yanlış olmaz. Üstelik Trump Yönetimi, daha az kişinin sağlık sigortası teminatı satın almayı seçmesine yol açacak çeşitli idari kararlar almıştır (**Rice ve ark., 2018: 700**):

1. Ulusal Gelir İdaresi'nin sigortasız kalmayı tercih edenler için vergi cezalarını uygulamayacağını belirtmesi ;
2. Yıllık açık kayıt dönemi boyunca bilgilendirilme faaliyetleri için finansmanın ciddi şekilde kesilmesi ve dönemin süresinin azaltılması ;
3. ACA hakkında olumsuz kamu açıklamalarının yapılması ;
4. Sözde "maliyet paylaşımı sübvansiyonlarının" finanse edilmemesi.

Düzenleyici ve yürütücü müdahaleler yoluyla sağlık hizmeti kullanıcılarının korunması konusunda farklı bir yaklaşım benimsenerek uygulamalar yapılmıştır. Örneğin, bireylerin sigortalı olmasını gerektiren, sağlık sigortası yaptırmamanın mali yaptırımını olan bireysel yetki 2017'de kaldırılmıştır ve 2019'da yürürlüğe giren bu kararın, bireysel piyasa primlerinin maliyetini artıracakı öngörülmüştür (**Lambrew ve ark., 2018**). The Commonwealth Health tarafından yapılan araştırmaya göre, tüketicilerin bu yetki iptaline tepkileri, kanuna uyma arzusu, yaptırımla ilgili inançlar ve karar vermedeki atalet gibi ölçülmesi zor olan mali olmayan faktörlerden etkilenebileceği belirtilmiştir. Yapılan araştırma ile, yetki cezasının kaldırılmasının sağlık sigortası planlarına kayıtlı kişi sayısını 2,8 milyon azaltarak 13 milyon kişiye düşürdüğü belirlenmiştir (**Eibner ve Nowak, 2018**).

Özel veya kamu sağlık planına dâhil olanların oranları ve bu oranlardaki yüzdelik değişim incelendiğinde, Trump'ın politikalarının uygulanması

Tablo 1. Sağlık Harcamalarının Yıllar İçindeki Değişimi (%)

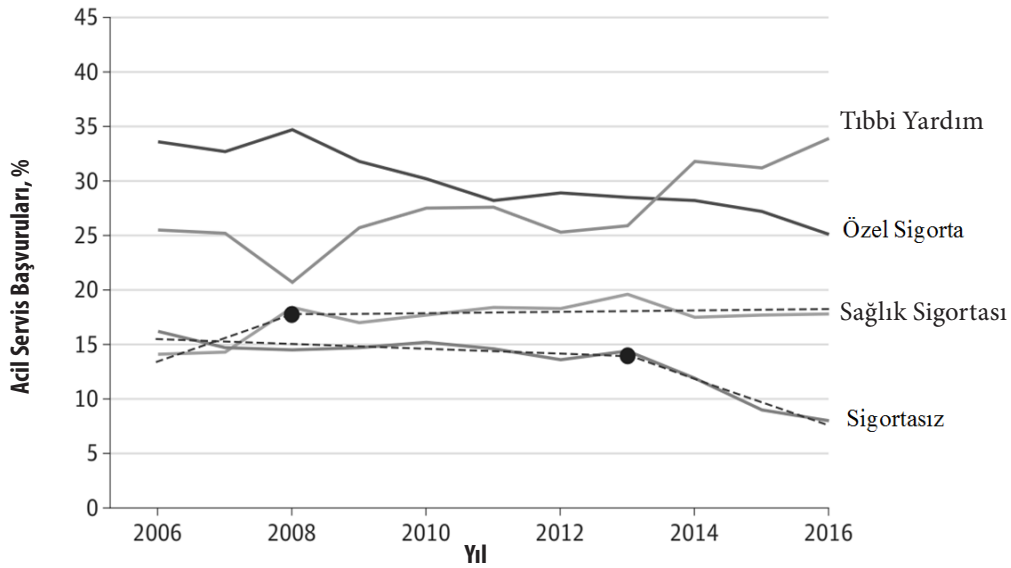
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Kamu Harcamaları	48,5	48,5	48,4	48,9	84,1	84,6	84,4	84,4	84,7	84,8
Özel Sağlık Sigortası Harcamaları	39,3	39,2	39,5	39,1	4,3	4,2	4,4	4,6	4,5	-
Cepten Ödemeler	12,3	12,3	12,1	12	11,5	11,2	11,2	11	10,8	-

Kaynak: OECDStat, Health expenditure and financing.

sonucunda 2019 yılında 2018 yılına göre, özel sağlık planları (TRICARE -Savunma Bakanlığı Askeri Sağlık Sistemi'nin sağlık planı- hariç) kapsamında olan kişilerin oranı azalmıştır. Medicare hariç diğer kamusal sağlık planlarının kapsamındaki kişilerin oranı da azalmıştır. Daha genel bakıldığında, herhangi bir sigorta kapsamında olmayan kişilerin oranında önceki yıla göre %4 artış olmuştur (**Berchick, 2019: 4**). Kongre Bütçe Ofisi tarafından yayınlanan AHCA analizinde, mevcut yasayla karşılaştırıldığında, teklif edilen mevzuatın 2026 yılına kadar 24 milyon daha az kişinin sigorta kapsamına girmesiyle sonuçlanacağı tahmin edilmiştir (**Congressional Budget Office, 2017: 2**).

Shengelia ve ark. (2003), sağlık hizmetlerine erişimi kapsam ve kullanım kavramlarıyla tanımla-

maktadır. Kapsam, sağlık hizmeti ihtiyacına bağlı olarak gerekli hizmeti alma olasılığı; kullanım ise alınan sağlık hizmetinin ve prosedürlerin miktarıdır. Kişilerin sağlık sigortaları olmaksızın erişebilecekleri sağlık hizmetlerini acil servislerde alabilmeleri mümkündür. Bu nedenle, reformun (ACA) etkisinin sağlık hizmetlerine erişimdeki etkisini anlayabilmenin bir yolu da acil servislere başvuru sayılarının incelenmesi olabilir. Örneğin, 2006-2016 yıllarını kapsayan dönemde ülke çapında tahmini 1,4 milyar acil servis başvurusu olmuştur (Şekil 2). 2013 ve 2016 yılları arasındaki acil servis başvurularının sayısı, önceki yıldaki zaman trendlerine uygun olarak 2,3 milyon olarak beklendiği gibi artmıştır. Aynı dönemde, Medicaid'li hastaların acil servis başvurularının oranı istikrarlı bir şekilde artarken, 2013'ten sonra sigortasız bireylerin ziyaretlerinde yılda %2,1 oranında azalma

**Şekil 2.** Sigorta Türlerine Göre Acil Servislere Başvuru Oranları

Kaynak: Singer ve ark., 2019:5

olmuştur, sigortasız başvurular 2016'daki başvuruların yalnızca %8'idir. Medicaid kapsamındaki hastaların yıllık acil servis ziyaretlerinin yüzdesi 2013'te %26'dan 2016'da %34'e yükselmiştir; sigortasız olmayan hastaların başvuruları ise yüzde 14'ten yüzde 8'e düşmüştür (**Singer ve ark., 2019: 5**).

Trump dönemindeki bir diğer idari düzenleme de 2017 ve 2018 yıllarında yürürlüğe giren, eyaletlerin ACA'nın minimum gereksinimlerini karşılamayan daha düşük maliyetli, düşük düzeyli düzenlenmiş sigorta planları sunmalarına izin verilen düzenlemedir (**Tikkanen, 2020: 221**). Bu düzenleme ile ACA'nın hem kapsam hem de hizmetin kalitesi konusundaki hedeflerinin aşındırıldığı söylenebilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin kapsamındaki değişikliklerin sadece ACA kapsamındaki sigorta planlarında değil; daha geniş anlamda yarar sağlayan koruyucu sağlık hizmetlerini düzenleyen programlarda da yapıldığı görülmektedir. 2010 yılında Obama tarafından oluşturulan ulusal bir program olan Genç Gebelik Önleme Programı (TPPP), en çok ihtiyaç duyan nüfuslara ulaşmaya odaklanarak genç hamileliğini azaltmak ve önlemek için çalışan kuruluşları finanse etmekteydi. Fakat Trump yönetimi 2017 yılında programın finansmanında kısıtlamaya giderek tarihi kazanım olarak nitelendirilen düzenlemeyi iptal etmiştir (**Hellmann, 2017**). Sağlığa ayrılan kaynaklar içerisinde önleyici programların öncelik olarak görülmemesi, Trump'ın bu tür hizmetlere yaklaşımını ortaya koymasından önemlidir.

3.2. Sağlık Hizmetleri Finansmanı

Ülkelerin sağlık sistemlerine verdikleri değer anlaşılması için genellikle kullanılan göstergelerden biri gayrisafi yurt içi hasıladan sağlığa ayrılan paydır. OECD (2020) verilerine göre ABD'de bu oran %17'dir. Ancak sağlık harcaması oranı tek başına ülkelerin sağlık sistemi hakkında detaylı bilgi vermez.

Amerika'da sağlık hizmetleri finansmanı kamu, özel sigortalar, işveren finansmanı ve cepten ödemelerden oluşan karma bir yapı bulunmaktadır (**National National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2018: 7**). ACA'nın hayata geçirilmesi, sağlık hizmetleri finansmanında değişim yaratmıştır. Bu yıllar içerisindeki değişimine bakıldığında, reform uygulamaları öncesinde toplam sağlık harcamaları içerisindeki kamu

harcamaları payının 2010 yılı için yüzde 48,5 iken; reformun etkisiyle 2014 yılında yüzde 84,1'e yükseldiği görülmektedir. Sağlık harcamalarındaki değişim de Tablo 1'de görülmektedir.

Sağlık harcamalarında kamu harcamaları, gönüllü (özel sağlık sigortası) harcamaları ve cepten ödemeler şeklindeki ayırmada diğer OECD ülkeleri ile karşılaştırma yapılarak yerinin görülmesi de sağlık sisteminin bu özelliğinin anlaşılmasını sağlayacaktır. Kamu harcamalarının toplam harcamalar içerisindeki yeri söz konusu olduğunda da en yüksek kamu harcamasına sahip ülke ABD'dir. Kişi başı toplam sağlık harcaması olan 11.072 ABD dolarının 9.386 ABD dolarlık kısmını kamusal sağlık harcamaları oluşturmaktadır. Ona en yakın ülke olan İsviçre'de ise, 7.732 ABD doları olan kişi başı toplam sağlık harcamasının 4.988 ABD doları kamusal sağlık harcamalarına aittir (**OECD, 2020**). Sağlık harcamaları içerisinde sosyal sağlık sigortalarına yapılan harcamalarının oranı 2018 yılında %23'tür. Bu oranın, zorunlu sağlık sigortası uygulanmakta olan Türkiye'de %55 olması, ABD sağlık sisteminde kamusal finansmanın yerini görmemiz açısından önemlidir (**WHO, Global Health Expenditure Database, 2020**).

Geri ödeyici kurumlar tarafından yapılan ödemeler bakımından kamu programlarıyla özel sigortalarda ödeme oranlarının belirlenmesinde farklı yöntemler kullanılmaktadır. Özel sigorta şirketleri tarafından yapılan sağlık sigortaları için müzakere süreciyle belirlenirken, -yönetilen bakım planları haricinde- Medicare ve Medicaid için yasayla belirlenmektedir. Bu ödeme oranları, sağlık hizmeti sunum maliyetlerinin altında olup, eksik ödeme ile sonuçlanmaktadır. Medicare ve Medicaid programları ile sözleşme yapan yönetilen sağlık bakım planları tarafından yapılan ödemeler genellikle hastaneyle görüşülmektedir. Medicare ve Medicaid'le hastanelerin sözleşme yapması isteğe bağlıdır. Bununla birlikte, topluma sağlık hizmeti sağlamak için federal vergi muafiyeti alınmanın bir koşulu olarak, kâr amacı gütmeyen hastanelerin Medicare ve Medicaid yararlanıcılarına hizmet sunması gerekmektedir. Hastaneler tarafından sunulan hizmetlerin yüzde 60'ından fazlasını Medicare ve Medicaid kapsamındaki hastalar oluşturmaktadır. Bu teşviklerin bir sonucu olarak, çok az hastane Medicare ve Medicaid'le sözleşme yapmamayı tercih etmektedir (**AHA, 2020: 1**).

ACA sonrası dönemde, sağlık kurumlarına yapı-

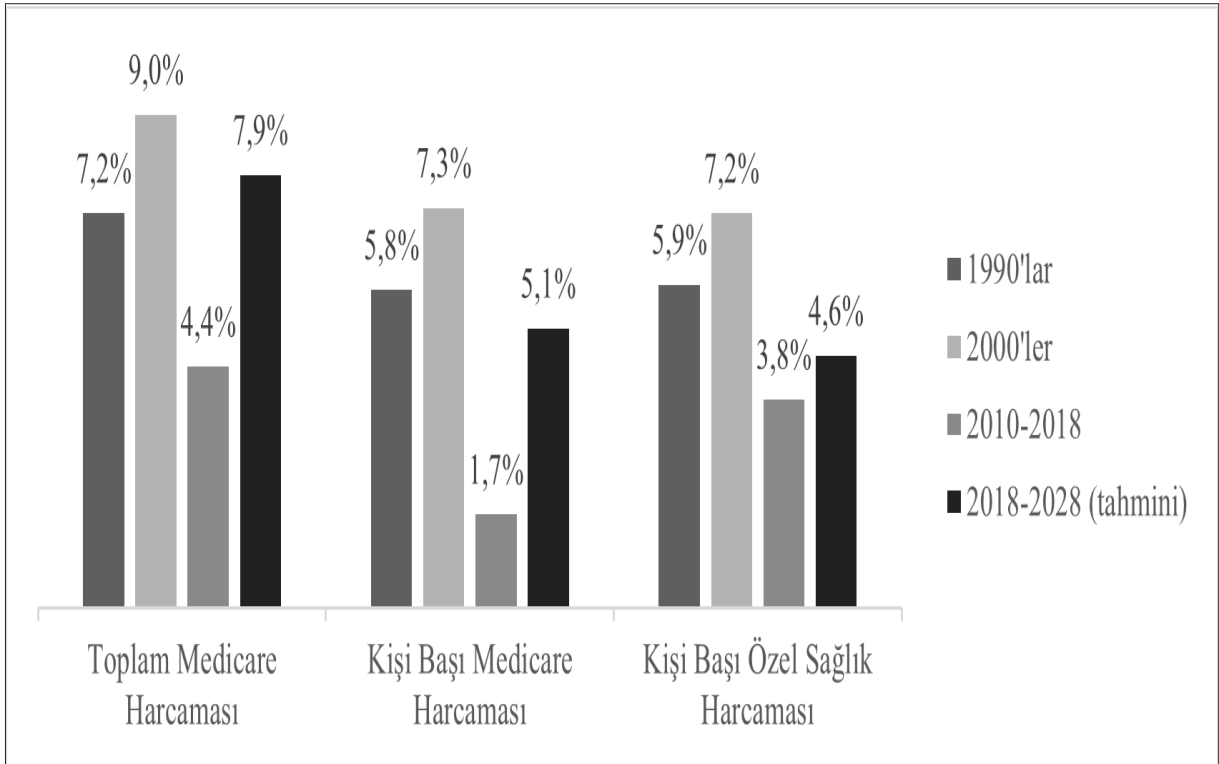
lan Medicare ödemeleri toplamı 675 milyar dolar (2016 verisi) olmuştur ve bu rakam federal bütçenin yüzde 15'ini ifade etmektedir (**National National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2018: 7**). Trump yönetimindeki verilere bakıldığında ise, Medicare harcamaları 605 milyar dolar (2018 verisi) ile toplam federal harcamaların yüzde 15'ini oluşturmaktadır (**Cubanski ve ark., 2019: 2**). Bu açıdan bakıldığında, ACA sonrası dönemler ve Trump'ın yönetimde olduğu dönem de dâhil olmak üzere Medicare harcamalarında önemli düzeyde bir değişiklik olmadığı, federal bütçe içindeki payında ise değişiklik olmadığı görülmektedir.

ABD'de sağlık hizmeti sunumu geri ödeme sistemi, tarihsel olarak hizmet başına ödeme yöntemi ağırlıklı düzenlenmiştir. ACA öncesi dönemde, bu ödeme modelinin hekim, hastane başvurularında artışa neden olarak sağlık hizmetlerinin kullanımını artırıcı bir etki yarattığı bilinmektedir. ACA, Medicaid programının genişletilmesi, yeni sağlık sigortası pazarlarının oluşturulması, sübvans edilmiş ve daha düşük maliyetli sağlık sigortası planları yoluyla hizmetlere erişim konusunda iyileştirme çabalarını içeren yapısal değişiklikler getirmiştir. Ayrıca önceden bulunan koşullar için kapsam konusundaki kısıtlamalar ve yaşam süresi sınırlandırmaları kaldırılarak kişinin yaşamı boyunca sağlık harcamalarının belirli bir noktada durması engellenmiştir (**National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2018: 7**). Yine de ACA'nın toplam sağlık harcamaları içindeki cepten ödeme yoluyla finansman oranlarında çok büyük değişiklikler yarattığı söylenememektedir. 2018'de hane halkları, federal hükümet ile hemen hemen aynı oranda (%28,3) toplam sağlık harcamalarını (%28,4) finanse etmiştir (**U.S. Department of Health & Human Services, 2020**). Cepten harcamalar, bunun yaklaşık üçte biri, yani toplam sağlık harcamalarının %10'u kadardır. Hastalar genellikle, kamusal sağlık sigorta planlarından birine dahil olacakları koşulları sağlayana kadar bakım maliyetinin tamamını öderler; 2018 yılında sağlık hizmetleri için bireyler ortalama 1.846 dolar ödeme yapmıştır. Bazı sağlık bakım planları, ödeme indirimleri yapılmadan önce birinci basamak sağlık hizmeti ziyaretlerini kapsama dâhil etmektedirler ve yalnızca bir ortak ödeme uygulamaktadırlar (**Tikkanen ve ark., 2020: 215**). Trump'ın seçildiği dönemde de yüksek maliyet

paylaşımı nedeniyle kapsamdaki kişiler için hâlâ sağlık hizmetleri giderlerini karşılayamama söz konusudur (**Woolhandler ve ark., 2021: 724**). Bu durum, yetersiz sigortalama (*underinsured*) olarak tanımlanmaktadır. Kişiler katılım payları ve kapsam dışı hizmetler gibi ödemeler sonucunda sağlık hizmetlerine erişememektedirler (**Collins ve ark., 2019**).

Cepten yapılan harcamalar daha çok, ağız diş sağlığı hizmetleri (toplam harcamalarının %40'ü) ve reçeteli ilaçlar (toplam harcamaların %14'ü) için yapılmaktadır. OECD ortalamasına bakıldığında, bu iki tür hizmetin hane halklarının cepten ödeme yoluyla finanse edilme oranları sırasıyla %61 ve %25'tir (**OECD, 2019: 3**). OECD ortalamasının altında kalırsa da ABD'de cepten ödemelerin yarattığı maliyetler tedaviyi ertelemenin yanı sıra, özellikle ilaçların uygun kullanımıyla ilgili sorunlar yaratmaktadır. Yapılan bir araştırmaya göre, tüm yetişkinlerin %29'u ilaçlarını maliyet nedeniyle son 1 yıl içinde reçete edildiği gibi kullanmadıklarını belirtmiştir. Bu oran, reçeteyi doldurmayan (toplamın %19'u) veya bunun yerine reçetesiz bir ilaç alan (toplamın %18'i) ve ilacı yarıda kesip kullananları veya doz atlayanları (%12) içermektedir. Ayrıca, ilaçlarını reçeteye göre almadığını belirtenler (%29), reçetelerini tavsiye edildiği gibi almadıkları için durumlarının kötüleştiğini de belirtmişlerdir (toplamın %8'i) (**Kirzinger ve ark., 2019**).

Cepten ödemelerin yarattığı bu olumsuz sonuçlar, ACA'nın ortaya çıkış nedenlerinden olan kapsamın önemini vurgular niteliktedir. ACA ile Medicaid'in kapsamının genişletilmesi, kamu kaynaklı sigortaya sahip bireyler için sübvansiyonlar verilmesi ve sağlık sigortası satın alma yetkisi yoluyla sağlık hizmeti sunumundaki kapsamın genişletilmesi olarak açıklanabilir. ACA'nın bu yönleri esas olarak düşük gelirli haneleri etkilediğinden, makul olarak, sağlık sigortası kapsamındaki gelirle ilişkili eşitsizliğin azalması beklenilmektedir. Son araştırmalar, Medicaid ile birlikte kapsam düzenlemesinin gerçekten de kapsamı önemli ölçüde genişlettiğini doğrulasa da öte yandan devlet tarafından yürütülen finansal sistemin özel sigorta kapsamındaki bireylerin oranını artırdığına dair bulgularda içermektedir (**Courtemanche ve ark., 2017: 180**). Özel sigortalı bireylerin oranının yanında, kişi başı sağlık harcamalarındaki büyümede sigorta türlerine göre yıllar içinde yaşanan değişimler **Şekil 3**'te görülmektedir. Medicare harcamala-



Şekil 3. Medicare ve Özel Sağlık Sigortaları Harcamalarındaki Değişim
Kaynak: Cubanski ve ark., 2019: 4.

rındaki ortalama yıllık büyüme ACA öncesi yıllar olan 2000'lerde %9 iken, ACA'nın uygulamaya koyulduğu dönem olan 2010 ile 2018 yılları arasında döneminde %4,4'e gerilemiştir. Trump dönemi politikalarının etkilediği 2018 ve sonrasında ise sağlık harcamalarındaki değişim yüzdelerinde artışlar meydana gelmiştir. Daha da artacağı tahmin edilmektedir.

Yıllar içerisindeki sağlık politikası değişimleri içerisinde birinci basamak sağlık hizmetlerindeki değişimler de incelenmiştir. Obamacare ile birlikte, birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan doktorlara (aile hekimliği, genel iç hastalıkları veya pediatrik tıp) sundukları hizmetler için yapılan Medicaid ve Medicare ödemeleri ACA öncesi dönemde tamamını kapsamıyorken, ACA ile birlikte tamamı ödenir duruma gelmiştir (2013 ve 2014 yılları için). Eyaletlere ise, artırılan ödeme oranları için %100 federal finansman sağlanmıştır (1 Ocak 2013 itibarıyla). Buna ek olarak, 2011'den 2015 yılına kadar Medicare'deki birinci basamak sağlık kurumlarında görev yapan doktorlara -yeni düzenleme ile- %10 ikramiye ödemesi yapılmıştır (**Kaiser Family Foundation- KFF, 2013**).

Trump yönetimi ise, birinci basamak sağlık hizmetleri finansmanı ile ilgili yapılan bir değişikliğe örnek olarak Primary Care First (PCF) modeli verilebilir. 2019 yılında duyurulan bu modelin temelinde gönüllü beş yıllık ödeme modeli vardır. Modelin ilkeleri olarak; hasta-hekim ilişkisine öncelik verilmesi, kronik hastalıkları olanlar için sağlık hizmeti sunumunun artırılması, idari yükü azaltılması ve finansal ödüllerin iyileştirilmiş sağlık sonuçlarına odaklanması sayılmaktadır. 1 Ocak 2020 itibarıyla, performans bazlı ödeme yöntemi uygulanmaya başlanmıştır (**cms.gov**).

3.3. Maliyetlerin Kontrolü

ABD, OECD ülkeleriyle karşılaştırıldığında en yüksek kişi başına düşen yıllık sağlık harcamalarına sahip olan ülkedir. 2018 yılında bu rakam ortalama kişi başı 11.172 dolardır ve önceki yıla göre sağlık harcamalarında %4,6 artış meydana gelmiştir (**Hartman ve ark., 2020: 2**).

Obama tarafından, ACA için ikili bir etki alanı benimsenmiştir. Yalnızca sağlık hizmet kapsamını genişletmekle kalmayıp, aynı zamanda maliyetlerin düşürülmesi (artan kapsamla birlikte ek kaynak kullanımına rağmen) ve kalitenin de iyileştirilmesini gerekli kılacak düzenlemeler yapılmıştır (**Orszag, 2016: 493**).

ACA, 6 yıl içinde MA (Medicare Advantage) planlarına yapılan ödemeleri azaltmıştır. 2016 itibarıyla, MA planlarına yapılan ödemeler ile geleneksel Medicare programındaki maliyetler ile karşılaştırıldığında daha yüksek oranda bir fark olması beklenirken yalnızca %2 daha yüksek çıkmıştır. Bu kesintileri eleştirenler, planların programdan çekilmesine yol açmasından endişe duymuşlardır. Buna rağmen, Kaiser Aile Vakfı'nın araştırmasına göre, sağlık sigortası planlarına kayıtlar 2009'da %24 iken 2016'da %31'e yükselmiştir. Ödeme indirimleri ise federalere 2011-2016 yılları arasında 68 milyar dolarlık kısa vadeli tasarruf sağlamıştır (**Weiner ve ark., 2017**). Sağlık hizmetleri harcamalarındaki artışın yavaşlaması, faktörler farklı olsa da Medicare'in de ötesine uzanmaktadır. Robert Wood Johnson Vakfı – Urban Institute (**McMorrow ve Holahan, 2016**) tarafından yapılan analizde, 2014-2019 yılları kümülatif ulusal sağlık harcamalarının, ACA'nın yürürlüğe girmesinden önce öngörülenden 2,6 trilyon \$ (%11) daha düşük olacağı sonucuna ulaşmıştır. Sayısal verilerle de ortadadır ki ACA, reform öncesi dönemdeki gereksiz kamusal maliyetleri düşürerek ülkenin sağlık harcamalarında tasarruf yapılmasına yol açmıştır.

ACA ile sağlık harcamaları azaltılmışken Trump yönetiminin ACA'nın getirdiği "bireysel yetki"yi kaldırma çabaları, maliyetlerin yeniden artışına neden olmuştur. Halbuki bireylerin sağlık sigortası edinme zorunluluğu tamamen uygulandığında, daha genç ve/veya daha sağlıklı bireyler kaydolma ile ilgili kararsız veya çekimserse sigorta planlarına kaydolmaya teşvik edildiğinden risk havuzunun iyileşmesi sağlanabilir. Bu durum, herkes için primlerin düşmesine neden olmaktadır ve sigortaları daha ulaşılabilir hâle getirmektedir. **Findley ve arkadaşlarının (2019)** araştırmaları da bunu doğrular niteliktedir. Araştırmada, sağlık sigortasına kayıtlı olanların kronik rahatsızlıklara sahip olma ihtimalinin daha yüksek olduğu ve bu bireylerin büyük olasılıkla ACA kapsamında sürekli sigortaya kaydolmaya ve daha yüksek primler ödemeye gönüllü olduğu tespit edilmiştir. Primler 2018 yılında ortalama %50 oranında (kişi başı 180 dolar) artmıştır ve bunun nedeni büyük ölçüde herhangi bir hastalığı olan kişilerin daha fazla ACA kapsamındaki sağlık sigortalarına kaydolması olarak görülmüştür (**Van Parys, 2018**).

Trump döneminde ilaç ile ilgili olarak da bir düzenleme yapılarak ilaç fiyatlandırmalarında bir müdahale yapılmak istenmiştir. 2018 yılında senato tarafından ezici bir çoğunlukla kabul edilen bir yasa tasarısı, eczacıların, tüketicileri sigortasız bir ilacı satın almanın daha ucuz olduğu durumlarda bu konu ile ilgili onları bilgilendirmesine izin verilmiştir. Önceden yasak olarak nitelendirilen (*gag clauses*) bu durumun, eczacılar tarafından bir yönlendirme yapılarak tüketicilerin satın alma kararlarını etkileyeceğinden ilaç fiyatlarına müdahale olarak değerlendirilmiştir (**Nicholas Florko, STAT**).

4.Sonuç

Amerika Birleşik Devletleri'nde iki zıt ilke olan, orta sınıf çalışan Amerikalıların çoğu için mevcut olan işveren temelli sağlık sigortası (piyasa adaleti) ve belirli dezavantajlı gruplar için kamu tarafından finanse edilen Medicare, Medicaid ve CHIP gibi kamusal sağlık sigortaları (sosyal adalet) birbirini tamamlamaktadır. Bu ilkeler, sağlık hizmeti kaynakları tek tip olarak dağıtılmadığında ve birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekim sıkıntısı olduğunda bazı çatışmalar yaratmaktadır.

Kapsamdaki genişleme, azınlıklar, eğitimi az olanlar ve genç yetişkinler dâhil olmak üzere öncesinde daha düşük kapsama oranlarına sahip gruplar için ACA ile gelen en büyük kazanım olduğu söylenebilir. Ancak, bu kazanımların Amerikan toplumunda sağlık sigortasındaki eşitsizliği nasıl etkilediği belirsizliğini hâlâ korumaktadır (**Renna ve ark., 2020: 2**). ACA ile elde edilen kazanımların araştırıldığı ve ortaya konulmaya çalışıldığı ortadadır. Amerika için çok keskin bir viraj olarak nitelendirilen bu reform için yine de politika zemininde tartışmalar yapılmaya devam etmektedir. Medicaid ve Medicare'in 1965'te yürürlüğe girmesinden sonra olduğu gibi, ACA'nın değiştirilmesi yerine iyileştirilmesi konusunda tartışmalar olmuştur ve olmaya devam edeceği de muhtemeldir. İyileştirmelere ilişkin perspektifler de politik değişimlerin beraberinde değişecektir; bazı politika yapımcılar yasanın yeterince cömert olmadığını savunurken, diğerleri yasanın zaten çok maliyetli ve müdahaleci olduğunda ısrar etmektedirler (**Sommers, 2015: 2397**). 2010 yılında yürürlüğe giren, ancak Cumhuri-

yetçilerin iktidara gelir gelmez ekonomik gerekçelerle feshetme sözü verdiği sağlık reformu yasası Obamacare, uygulamadaki aksaklıklar ve artan primler konusunda aldığı eleştirilere rağmen, Obama'nın başkanlık dönemine damgasını vuran en önemli sağlık politikası uygulamalarından biri olmuştur. Daha önce sağlık sigortası bulunmayan 20 milyona yakın kişinin sigortalanmasını sağlayan, aynı zamanda sigortasız çocukların ebeveynlerin sağlık sigortalarından 26 yaşına kadar yararlanabilme hakkı sağlanmış, diğer taraftan sigorta şirketlerinin hastalarının sağlık sorunları yüzünden sigortalarının iptali ve her yıl değişkenlik gösteren sağlık primleri gibi problemleri de ortadan kaldıran program, ülke tarihindeki en kapsamlı federal yardım programlarından biri haline gelmiştir. Bu yönüyle sosyal devlet anlayışına uygun adımlar atıldığı söylenebilir.

Trump döneminde yapılan düzenlemeler yoluyla, Cumhuriyetçilerin de politikası olan vergileri azaltma gerçekleşmiş, ancak Trump'ın popülist seçim söylemindeki herkesin sağlık sigortalı yapılması gerçekleşmemiştir (**Bozoğlu, 2017: 77**). Bunun tam aksine, ACA ile genişletilen sigorta kapsamının yeni düzenlemelerle daraltılarak sağlığa erişimin sağlanması önüne setler çekilmiş olduğu ve özel teşebbüs ağırlıklı yapıya geri dönülme arzusu görülmektedir.

Bu noktada asıl üzerinde durulması gereken sorunlardan birinin hatırlanmasında yarar vardır. Sağlık hizmetleri maliyetleri, temel olarak sağlık sigortası maliyetlerinden etkilenmektedir. Maliyetlerin artması, ABD'deki hane halkları için sigorta teminatının karşılanabilirliğini zorlaştırmaktadır. ACA ve Cumhuriyetçilerin alternatif olarak sunduğu AHCA'nın ülkedeki bu sorunu çözmeye ne kadar yettiği veya yeteceği konusundaki tartışmalar devam etmektedir (**Kliff, 2017**). Trump yönetimi tarafından başlatılan ve ileride alınabilecek kararlara ilişkin politika değişikliklerine zemin hazırlayan bulgulara ulaşmayı amaçlayan araştırmalar yapılarak bu konularda somut verilere ulaşılmaya da çalışılmaktadır (**Findley ve ark., 2019: 698**).

Ülkelerde alınacak yönetsel kararlarda ülkelerde yaşayan bireylerin genelinin kendilerine has özelliklerinin de belirleyici role sahip olduğunu

hatırlatmakta fayda vardır. **Kaiser Sağlık İzleme Anketi (2017)**, AHCA hakkında olumlu görüşten ziyade olumsuz görüşe sahip olan Amerikalıların sayısının daha fazla olduğunu ortaya koymaktadır (%55'e karşı %31). Amerikalıların bağımsızlığa ve kişisel özgürlüklere daha fazla değer verme ve hükümete daha az güvenme eğilimleri devlet yönetimindeki kararlarında etkili olmaktadır. Örneğin "yönetilen sağlık hizmetleri" kısmen doktorların gelirlerini daralttığı için büyük bir tepki yaratmıştır, ancak tepkinin asıl sebebi hastaların özel doktorlarından elde edebilecekleri faydaları kısıtlayarak "özgürlüğe müdahale" olarak algılanması olmuştur. Sağlık hizmetlerinde dağılım konusu, hasta ile sağlığının, kente karşı kırsalın ve zengin ile fakirin arasında gerilimler ve ödünleşmeler yaratmaktadır. Herkesin sağlık hizmetine erişmesi gerektiği hemfikir olunan bir konu olsa da bunu kimin finanse edeceği ve kimlerin ne kadar sağlık hizmeti alması gerektiği konusunda fikir birliğine varmak zordur (**Getzen, 2013: 436**).

Sonuç olarak, sağlığa erişimin en önemli belirleyicilerinden olan sağlık sigortası kapsamının genişletilmesi konusunda yaşanan gelişmeler sonucunda ACA kazanımlarının Trump dönemindeki düzenlemeler yoluyla aşındırılması, dezavantajlı kesimler de dahil nüfusun tamamı için evrensel sağlık hizmetlerinden mahrum kalma riskini doğurmaktadır. Bu nedenledir ki, Amerikalılar için kapsamı ve erişimi iyileştirmek için yapılanların iyi analiz edilmesi, bireysel ve toplumsal kazanımlar göz önünde bulundurularak değerlendirilmesi önemlidir. Geçmişten bugüne devlet yönetimindeki değişimlerin yarattığı sağlık politikaları değişiminin mevcut sağlık sistemine etkilerinin araştırılması ileride geliştirilecek politikalara da ışık tutacaktır.

Son notlar.

1. Bir kişinin hayatı boyunca sağlık harcamalarında belirlenen üst sınırın ortadan kaldırılmasını ifade etmektedir. Yani, belirli bir zaman dilimi boyunca sağlık hizmetlerine yapılan harcamalara konulan sınırlama veya kısıtlamanın ortadan kaldırılması demektir. Bu tür bir düzenleme, kişinin yaşamı boyunca sağlık harcamalarının belirli bir noktada durmasını engellemektedir ve tedavi maliyetlerinin daha uzun vadeli veya ciddi durumlarda devam etmesine olanak tanımaktadır (U.S. Department of Health and Human Services, hhs.gov).
2. Medicare Advantage Planı (HMO, PPO gibi) Orijinal Medicare' e bir alternatiftir. Orijinal Medicare'de, devlet Medicare yardımlarını hizmet aldığınızda ödemektedir. "MA Planları" olarak adlandırılan Medicare Advantage Planları, Medicare tarafından onaylanan özel şirketler tarafından sunulmaktadır. Medicare, Medicare kapsamındaki hizmetler için bu şirketlere ödeme yapmaktadır (medicare.gov).

Kaynaklar

- ABD Nüfus Bürosu (U.S. Census Bureau) web sayfası.** (2010). *Income, Poverty And Health Insurance Coverage In The United States: 2010* <https://www.census.gov/data/tables/2011/demo/income-poverty/p60-239.html>
- AHA- American Hospital Association web sayfası.** (2020). *Fact Sheet: Underpayment by Medicare and Medicaid: January 2020*. Erişim Tarihi: 15 Ekim 2020, <https://www.aha.org/system/files/media/file/2020/01/2020-Medicare-Medicaid-Underpayment-Fact-Sheet.pdf>
- Berchick, E. R., Barnett, J. C., Upton, R.D.** (2019). *Current Population Reports, 60-267(RV). Health insurance coverage in the United States: 2018*, Washington DC: US Government Printing Office.
- Berkowitz, E.** (2005). *Medicare And Medicaid: The Past As Prologue*. *Health Care Financing Review*, 27(2): 11–23.
- Blumenthal, D., Abrams, M., Nuzum, R.** (2015). *The Affordable Care Act at 5 Years*. *New England Journal of Medicine*, 372(25): 2451–2458. doi:10.1056/nejmhpr1503614
- Bozoğlu, T.** (2017). Hegel'in Zeitgeist'i ve Otoriter Popülist Siyasal Söylemi: Trump Üzerine Bir Okuma. *Ekonomi Politika ve Finans Araştırmaları Dergisi*, 2(1): 67-82.
- Buchmueller, T. C., Levinson, Z. M., Levy, H. G., Wolfe, B. L.** (2016). *Effect of the Affordable Care Act on Racial and Ethnic Disparities in Health Insurance Coverage*. *American Journal of Public Health*, 106(8): 1416–1421. doi:10.2105/AJPH.2016.303155
- Chen, J., Vargas-Bustamante, A., Mortensen, K., and Ortega, A. N.** (2016). *Racial and Ethnic Disparities in Health Care Access and Utilization under the Affordable Care Act*. *Medical Care*, 54 (2): 140. doi:10.1097/MLR.0000000000000467
- CMS- Center of Medicare and Medicaid Services, Primary Care First Model Options**, Erişim Tarihi: 23 Aralık 2020, <https://innovation.cms.gov/innovation-models/primary-care-first-model-options>.
- Cockerham, W. C.** (2017). *Health Systems: United States, Health System of the*, Editor(s):Quah, S.T., *International Encyclopedia of Public Health (Second Edition)*, Academic Press, 2017: 491-496, doi:10.1016/B978-0-12-803678-5.00478-1.
- Cohen, R. A., Cha, A.E., Martinez, M. E., Terlizzi, E. P.** (2020). *Health Insurance Coverage: Early Release of Estimates From the National Health Interview Survey, 2019*.
- U.S. Department of Health and Human Services web cite**, *Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics*, Erişim Tarihi: 16 Şubat 2021, <https://www.cdc.gov/nchs/data/nhis/earlyrelease/insur202108-508.pdf>
- U.S. Department of Health and Human Services web cite**, *Lifetime & Annual Limits*, Erişim Tarihi: 25 Kasım 2023, <https://www.hhs.gov/healthcare/about-the-aca/benefit-limits/index.html#:~:text=Lifetime%20Limits,re%20enrolled%20in%20that%20plan>.
- Collins, S. R., Bhupal, H. K., Doty, M. M.** (2019) *Health insurance coverage eight years after the ACA: fewer uninsured Americans and shorter coverage gaps, but more underinsured*. Erişim tarihi: 25 Ağustos 2023, <https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2019/feb/health-insurance-coverage-eight-years-after-aca>
- Congressional Budget Office web sayfası.** (2017). *Cost Estimate: American Health Care Act*, Erişim Tarihi: 30 Kasım 2023, <https://www.cbo.gov/system/files/115th-congress-2017-2018/costestimate/americanhealthcareact.pdf>
- Courtemanche, C., Marton, J., Ukert, B., Yelowitz, A., Zapata, D.** (2017). *Early Impacts of the Affordable Care Act on Health Insurance Coverage in Medicaid Expansion and Non-Expansion States*. *Journal of Policy Analysis and Management*, 36(1): 178–210.
- Cubanski, J., Tricia Neuman, T. and Freed, M.** (2019). *The Facts on Medicare Spending and Financing*. Issue Brief, Henry J. Kaiser Family Foundation (KFF), Erişim Tarihi: 18 Ocak 2021, <http://files.kff.org/attachment/Issue-Brief-Facts-on-Medicaid-Spending-and-Financing>
- Congress.gov**, H.R.1628 - *American Health Care Act of 2017*, Erişim Tarihi: 1 Aralık 2023, <https://www.congress.gov/bills/115/congress/house-bill/1628>
- Department of Health and Human Services, Proposed rule.** *Federal Register*. 82(32): 10980-10998, Erişim Tarihi: 1 Aralık 2020, <https://www.federalregister.gov/documents/2017/02/17/2017-03027/patient-protection-and-affordable-care-act-market-stabilization>
- Dewar, D. M.** (2010). *Essentials of health economics*. USA: Jones and Bartlett Publishers
- Eibner, C., Nowak, S. A.** (2018). *The Effect of Eliminating the Individual Mandate Penalty and the Role of Behavioral Factors*. Report July 2018, https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2018-07/Eibner_individual_mandate_repeal.pdf
- Euronews.** (2017). *ABD Senatosu'ndan Obamacare'in İptali İçin İlk Adım*, Erişim Tarihi: 20 Kasım 2023, www.tr.euronews.com/2017/01/12/abd-senatosu-ndan-obamacare-in-iptali-icin-ilk-adim.
- Findley, P. A., Wiener, R. C., Shen, C., Dwibedi, N., Sambamoorthi, U.** (2019). *Health Reform Under The Patient Protection and Affordable Care Act: Characteristics of Exchange-Based Health Insurance Enrollees*. *Social Work in Health Care*, 58(7): 685-702.
- Getzen, T. E.** (2013). *Health economics and financing*. Hoboken: John Wiley & Sons
- Hartman, M., Martin, A. B., Benson, J., Catlin, A., National Health Expenditure Accounts Team.** (2020). *National Health Care Spending In 2018: Growth Driven By Accelerations In Medicare And Private Insurance Spending*. *Health Affairs*, 39(1): 1-10.
- Hellmann, J.** (2017). *Abrupt Trump Cuts to Teen Pregnancy Program Surprise Groups*. *The Hill*, 8 Kasım 2017, <https://thehill.com/policy/healthcare/346122-abrupt-trump-cuts-to-teen-pregnancy-program-surprise-groups>
- Hogan, D. R., Danaei, G., Ezzati, M., Clarke, P. M., Jha, A. K., Salomon, J. A.** (2015). *Estimating the potential impact of insurance expansion on undiagnosed and uncontrolled chronic conditions*. *Health Affairs*, 34(9): 1554–1562. doi:10.1377/hlthaff.2014.1435
- H.R. Congressional Budget Office**, 1628, *American Health Care Act of 2017*. 24 May 2017, Erişim Tarihi: 27 Kasım 2023, <https://www.cbo.gov/publication/52752>
- Kaiser Family Foundation.** (2013). *Summary of the Affordable Care Act*, April 25, Erişim Tarihi: 11 Aralık 2020, <https://www.kff.org/health-reform/fact-sheet/summary-of-the-affordable-care-act/>
- Kaiser Health Tracking Poll** (Kaiser Sağlık İzleme Anketi). (2017) *The AHCA's Proposed Changes to Health Care*, Erişim

- Tarihi: 28 Kasım 2023, <https://www.kff.org/health-costs/report/kaiser-health-tracking-poll-may-2017-the-ahcas-proposed-changes-to-health-care/>
- Kirzinger, A., Munana, C., Wu, B., Brodie, M.** (2019). Data Note: Americans' Challenges with Health Care Costs. KFF- Kaiser Family Foundation, Erişim Tarihi: 11 Aralık 2020, <https://www.kff.org/health-costs/issue-brief/data-note-americans-challenges-health-care-costs/>
- Kliff, Sarah** (2017). "The Senate bill does nothing to fix America's biggest health care problem", Erişim Tarihi: 28 Kasım 2023, www.vox.com/2017/6/30/15894832/senate-bill-health-prices
- Lambrew, J., Aron-Dine, A., Berger, S., Fiedler, M., Levitis, J.** (2018). Recommended actions for states to protect their health insurance markets. Erişim Tarihi: 12 Ocak 2021, <https://www.americanprogress.org/issues/ext/2018/01/22/445299/recommended-actions-states-protect-healthinsurance-markets/>
- Light, D.** (2004). Introduction: Ironies of Success: A New History of the American Health Care "System". *Journal of Health and Social Behavior*, 45: 1-24.
- Manchikanti, L., Helm Ii, S., Benyamin, R.M., Hirsch, J.A.** (2017). A Critical Analysis of Obamacare: Affordable Care or Insurance for Many and Coverage for Few? *Pain Physician*, 20(3): 111-138. PMID: 28339427.
- McMorrow, S., Holahan, J.** (2016). The widespread slowdown in health spending growth: implications for future spending projections and the cost of the Affordable Care Act. Urban Institute. Erişim Tarihi: 9 Şubat 2021 <http://www.urban.org/research/publication/widespread-slowdown-health-spending-growth-implications-future-spending-projections-and-cost-affordable-care-act-update>.
- Medicaid.gov**, The Official U.S. Government Website for Medicaid, Erişim Tarihi: 9 Aralık 2020, <https://www.medicare.gov/chip/benefits/index.html>
- Medicare.gov**, What Medicare Covers, Erişim Tarihi: 9 Aralık 2020, <https://www.medicare.gov/what-medicare-covers>
- Medicare.gov** (2015). What's a Medicare Advantage Plan?, Erişim Tarihi: 20 Kasım 2023, <https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-07/11474.pdf>
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine.** (2018). Health-Care Utilization As a Proxy in Disability Determination. Washington, DC: The National Academies Press. doi:10.17226/24969.
- Nicholas Florko, STAT**, Erişim Tarihi: 13 Aralık 2020, <https://www.statnews.com/2018/09/17/senate-passes-bill-to-ban-gag-clauses-and-free-pharmacists-to-discuss-drug-pricing-options/>
- OECD.** (2019). Out-of-Pocket Spending: Access to Care and Financial Protection. Erişim Tarihi: 9 Ocak 2021, <https://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Focus-on-Out-of-Pocket-Spending-April-2019.pdf>
- OECD.** (2020). Health spending (indicator). Erişim Tarihi: 09 Aralık 2020, doi: 10.1787/8643de7e-en.
- OECDStat** (2018). Health status (indicator) maternal and infant mortality, life expectancy, Erişim Tarihi: 16 Ocak 202, <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=24879>
- OECDStat**, Health Expenditure and Financing, Erişim Tarihi: 16 Ocak 2021, <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>
- Orszag, P. R.** (2016). US Health Care Reform: Cost Containment and Improvement in Quality. *JAMA*, 316(5): 493-495. doi:10.1001/jama.2016.9876
- Pilzer, P. Z., Lindquist, R.** (2014). *The End of Employer-Provided Health Insurance: Why It's Good for You and Your Company*. USA: Wiley.
- Reid, R., Damberg, C., Friedberg, M. W.** (2019). Primary Care Spending in the Fee-For-Service Medicare Population. *JAMA Internal Medicine*, 179(7): 977-980.
- Renna, F., Kosteas, V. D., Dinkar, K.** (2020). Inequality in Health Insurance Coverage Before and After the Affordable Care Act. *Health Economics*, 30(2): 384-402. doi: 10.1002/hec.4195
- Rice, T., Rosenau, P., Unruh, L. Y., Barnes, A. J.** (2013). Editor(s): Saltman, R. B., Van Ginneken, E. (2013). United States of America: Health system review. *Health Systems in Transition*, 15(3): 1- 431.
- Rice, T., Unruh, L. Y., Van Ginneken, E., Rosenau, P., & Barnes, A. J.** (2018). Universal Coverage Reforms in the USA: from Obamacare through Trump. *Health Policy*, 122(7): 698-702.
- Rocco, P., Haeder, S. F.** (2018). How Intense Policy Demands Shape Postreform Politics: Evidence from the Affordable Care Act. *J Health Polit Policy Law*, 43(2): 271-304. doi: 10.1215/03616878-4303498. PMID: 29630708.
- Rosenbaum, S.** (2011). The Patient Protection and Affordable Care Act: Implications for Public Health Policy and Practice. *Public Health Reports (Washington, D.C.: 1974)*, 126(1): 130-135. doi:10.1177/003335491112600118
- Rovner, J.** (2019). The Complicated, Political, Expensive, Seemingly Eternal US Healthcare Debate Explained. *BMJ*. 2019 Oct 10;367: l5885. doi: 10.1136/bmj.l5885. PMID: 31601555.
- Ryan J.** (2009). The Children's Health Insurance Program (CHIP): The Fundamentals, *National Health Policy Forum*, https://hsrc.himmelfarb.gwu.edu/sphhs_centers_nhp/219/
- Sekhri, N. K.** (2000). Managed Care: The US Experience. *Bull World Health Organ.*, 78(6): 830-44. PMID: 10916920; PMCID: PMC2560791.
- Shafer P., Dusetzina, S.** (2017). Looking Ahead To 2018: Will A Shorter Open Enrollment Period Reduce Adverse Selection In Exchange Plans?, "Health Affairs Blog, April 14, 2017. doi: 10.1377/hblog20170414.059663
- Shengelia, B., Murray, C. J. L., Adams, O. B.** (2003). Beyond Access And Utilization: Defining and Measuring Health System Coverage, in Edited by Murray C. J.L., Evans D.B, *Health Systems Performance Assessment. Debates, Methods And Empiricis.* Geneva: World Health Organization, 221-234.
- Shi, L., Singh, D. A.** (2009). *Essentials of the U.S. Health Care System*, Second Edition. Jones & Bartlett Publishers, ISBN: 0763763802,9780763763800
- Shi, L., Singh, D. A.** (2019). *Delivering health care in America: A Systems Approach.* (7th ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Singer, A. J., Thode, H. C., Pines, J. M.** (2020). US Emergency Department Visits and Hospital Discharges Among Uninsured Patients Before and After Implementation of the Affordable Care Act. *JAMA Netw Open*, 2(4): e192662. doi:10.1001/jama-networkopen.2019.2662
- Smith, J. C., Medalia, C.** (2015). *Health insurance coverage in the United States*. 2014. Washington, DC: US Department of Commerce, Economics and Statistics Administration, Bureau of the Census, <https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2015/demo/p60-253.pdf>
- Sommers, B. D.** (2015). *Health Care Reform's Unfinished*

- Work Remaining Barriers to Coverage and Access. *New England Journal of Medicine*, 373(25), 2395-2397. doi:10.1056/nejmp1509462
- Terzi, C.** (2007). Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi. *Toplum ve Hekim*, 22(1-2): 2-22.
- Tikkanen, R., Osborn, R., Mossialos, E., Djordjevic, A., Wharton, G. A.** (2020). *International Profiles of Health Care Systems*. https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2020-12/International_Profiles_of_Health_Care_Systems_Dec2020.pdf
- Upshaw, V.M., Deal, K. M.** (2002). *The United States of America*, in Fried, B., & Gaydos, L. M. (Eds.), *World Health System: Challenges and Perspectives*. Chicago: Health Administration Press.
- Van Parys, J.** (2018). ACA marketplace premiums grew more rapidly in areas with monopoly insurers than in areas with more competition. *Health Affairs*, 37(8), 1243-1251. doi:10.1377/hlthaff.2018.0054
- Weiner, J.** (2017). *Issue Brief: Effects of the ACA on Health Care Cost Containment*, <https://ldi.upenn.edu/brief/effects-aca-health-care-cost-containment>
- WHO, Global Health Expenditure Database**, Erişim Tarihi: 7 Aralık 2020, <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>
- Woolhandler, S., Himmelstein, D. U., Ahmed, S., Bailey, Z., Bassett, M. T., Bird, M., ...and Venkataramani, A.** (2021). *Public Policy and Health in the Trump Era*. *The Lancet*, 397(10275): 705-753.
- Xu, J., Murphy, S.L., Kochanek, K. D. and Arias, E.** (2020). *Mortality in the United States, 2018*. NCHS Data Brief, No. 355, Erişim Tarihi: 2 Şubat 20201 <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db355-h.pdf>