

Sosyal Politikada Değişim Ve Sosyal Güvenlik Reformu

Seyhan ERDOĞDU*

Giriş¹

Sosyal güvenlik, bireylerin ve ailelerin ekonomik ve sosyal risklerle karşılaşmaları durumunda gereksinim duydukları destek ve dayanışmanın, kamu programları aracılığıyla kurumsallaştırılmasıdır. Bu kurumsallaştırılmış sistem ile yüksek gelir gruplarından düşük gelir gruplarına gelir transferi sağlanabildiği gibi nesiller arasında da gelir transferi gerçekleştirilebilir. Bireylerin ve ailelerin hastalık, analık, iş kazası, meslek hastalığı, malullük, yaşlılık, ölüm, işsizlik ve aile sahibi olma durumunda karşılaşacakları gelir kaybı ve gider artışlarının karşılanması için sosyal güvenlik sistemlerinin kurulması ve yaşatılması sosyal devletin temel görevidir. Sosyal güvenlik, Türkiye'nin de onayladığı uluslararası belgelerde tanınan temel bir insan hakkı olmanın yanı sıra tüm vatandaşlar için anayasal bir haktır.

Türkiye'de sosyal güvenlik hizmetleri, kişiyi ve geçindirmekle yükümlü olduğu kişileri, yasayla tanımlanan risklere karşı, esas itibariyle zorunlu olarak ödenen primlere dayanan bir sistemle koruyan sosyal sigortalar; muhtaçlık ölçütlerine bağlı

* Dr. A.Ü., Siyasal Bilgiler Fakültesi, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü

¹ Yazının sosyal güvenlikte değişim ve sosyal sigortalara ilişkin bölümleri, İnönü Üniversitesi'nin 13-16 Haziran 2006 tarihlerinde Malatya'da düzenlediği Türkiye İktisat Politikaları Kurultayı'nda tebliğ olarak sunulmuştur. Sosyal güvenlikte değişim ve genel sağlık sigortasına ilişkin bölümler ise Yüzüncü Yıl Üniversitesi'nin 6-8 Eylül tarihlerinde Van'da düzenlediği, 10.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'nde tebliğ olarak sunulmuştur.

olarak prim karşılığı olmaksızın bireye veya aileye yapılan nakit yardımlardan oluşan sosyal yardımlar ve gene muhtaçlık ölçütlerine bağlı olarak bireye, aileye veya gruplara sunulan sosyal hizmetlerden oluşmaktadır².

Uluslararası Para Fonu (IMF) ve Dünya Bankasının önerileri doğrultusunda 2006 yılında uygulanma sürecine sokulan sosyal güvenlik sistemine ilişkin yeni düzenlemelerle, mevcut sosyal güvenlik sisteminde üç ayaklı bir dönüşümün yolu açılmış bulunmaktadır. Kurumsal yapıya ilişkin dönüşüm, 5502 sayılı ve 16.05.2006 tarihli Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile primli sisteme ilişkin dönüşüm 5510 sayılı ve 31.05.2006 tarihli Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile düzenlenmiştir³. Henüz tasarı taslağı halinde bulunan Sosyal Yardımlar ve Primsiz Ödemeler Kanunu ise dönüşümün üçüncü ayağını teşkil edecektir.⁴

Gene IMF ve Dünya Bankasının önerileri doğrultusunda ve Dünya Bankasının kredi desteği⁵ ile uygulamaya konan Sağlıkta Dönüşüm Programının, birinci basamak sağlık hizmetlerine ilişkin Aile Hekimliği sistemi⁶ ve hastanelerin Sağlık İşletmelerine dönüştürülmesi, sosyal güvenlik sistemindeki dönüşümün ve Genel Sağlık Sigortasına ilişkin düzenlemelerin ayrılmaz parçalarını teşkil etmektedir.⁷

Sosyal sigortalar isteminde yapılan düzenlemelerle, devlet memurları, ücretliler, tarım işlerinde ücretle çalışanlar, kendi hesabına çalışanlar ve tarımda kendi hesabına çalışanları kapsayan beş farklı sosyal sigortalar sistemi tek bir kurumsal ve yasal çerçeve altında toplanma yoluna gidilmiştir.⁸

² Sağlık hizmetleri açısından memurlar, sosyal sigorta sisteminin dışındadır.

³ Cumhurbaşkanı Ahmet Necdet SEZER, Türkiye Büyük Millet Meclisi'nce 19 Nisan 2006 tarihinde kabul edilen 5489 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununu, 3, 28, 29, 31, 40, 46, 55, 63, 80, 82, geçici 1, geçici 2, geçici 4, geçici 6 ve geçici 9. maddelerinin bir kez daha görüşülmesi için 10 Mayıs 2006 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisine geri göndermiştir. Yasa, Türkiye Büyük Millet Meclisince 31 Mayıs 2006 tarihinde yeniden görüşülerek aynen kabul edilmiştir (Kanun no 5510).

⁴ Sosyal hizmetlere ilişkin olarak, 1983 tarih ve 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanununun yerine geçmek üzere Sosyal Hizmetler Hakkında Kanun Tasarısı hazırlanmış bulunmaktadır.

⁵ "Sağlıkta Dönüşüm Projesi", Dünya Bankası tarafından, 2004-2007 döneminde kullanılmak üzere sağlanan 49.42 milyon Avro kredi ile desteklenmektedir. Bkz. <http://worldbank.org.tr>

⁶ Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun, 09.12.2004 tarih ve 25665 sayılı Resmi Gazete; Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik, 06.07.2005 tarih ve 25867 sayılı Resmi Gazete; Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamındaki Personel İçin Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği, 12.08.2005 tarih ve 25904 sayılı Resmi Gazete.

⁷ Türk Tabipleri Birliği (2003), Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2003 Türkiye'sinde Halka ve Hekimlere/ Sağlık Personeline Ne Getiriyor? Ankara: Türk Tabipleri Birliği.

⁸ 4947 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Teşkilâtı Kanunu ile kurulan Sosyal Güvenlik Kurumu, 4958 sayılı Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu ile kurulan Sosyal Sigortalar Kurumu, 1479 sayılı Esnaf ve

1. IMF ve Dünya Bankasının Sosyal Güvenlikte Değişim Baskısı

Sosyal güvenlik sisteminde 2006 yılında yapılan değişiklikler, 60 yıllık sosyal güvenlik sisteminden köklü bir kopuş teşkil etmekle birlikte, bu değişiklikler ani değil son yirmi yıldan beri aşama aşama gerçekleştirilen bir dönüşümün yeni halkalarıdır. Bu dönüşüm 1998 yılından bu yana süreklilik kazanan bir IMF gözetiminde sürdürülmektedir.

1998 IMF Yakın İzleme Anlaşması ile öngörülen ve 1999, 2002 ve 2005 IMF anlaşmaları ile de sürdürülen, parametrik değişikliklerle sisteme yapılan katkıların artırılıp, yararların azaltılması, bireysel emeklilik alternatifinin yerleştirilmesi, sağlık hizmetlerinde katkı payları, ticarileşme ve özelleştirme şeklindeki yaklaşım, dönem hükümetlerinin tümü tarafından uygulanmıştır.⁹

AKP Hükümetinin 2006 yılında gerçekleştirdiği sosyal güvenlik reformu da, 2005 yılında IMF ile yapılan 19. Stand by Anlaşması çerçevesinde, IMF yapısal uyum programının önemli bileşenlerinden biri olarak gündeme gelmiştir. IMF ile uygulanan program çerçevesinde *“kamu maliyesinde kalıcı iyileşme sağlamayı hedefleyen reform çabalarının temel unsurunun, bütçe dengelerini korumaya yönelik kısa vadeli tedbirler ile desteklenen geniş kapsamlı bir sosyal güvenlik reformu”* olduğu belirtilmiş ve sosyal güvenlik reformu kredi anlaşmasının koşulları arasına dahil edilmiştir.

Yapılan düzenlemelerle uzun vadede tasarruf sağlanacağı ifade edilirken, kısa vadede *“üç sosyal güvenlik kuruluşunun (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı) genel dengesine (transferlerden önce) program süresince 2004 yılındaki seviyesi olan GSMH'nin %4,5'i oranında bir tavan getirilmesi”*, *“Gösterge Niteliğindeki Hedefler”* arasında yer almıştır.

Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu ile kurulan Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu ile 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanunu ile kurulan Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı, Sosyal Güvenlik Kurumu adını alan kurumsal yapıda, 1964 tarih ve 506 sayılı Sosyal Sigortalar Yasası, 1983 tarih ve 2925 sayılı Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Yasası, 1971 tarih ve 1479 sayılı Bağ-Kur Yasası, 1983 tarih ve 2926 sayılı Tarımda Kendi Adına ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Yasası ile 1949 tarih ve 5434 sayılı Emekli Sandığı Yasası, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası yasası olarak aynı yasal yapıda toplanmışlardır.

⁹ IMF ile yapılan Haziran 1998 Yakın İzleme Anlaşması; 23 Aralık 1999 Stand by Anlaşması; 18 Ocak 2002 Stand by Anlaşması; 2005 Stand by Anlaşması ve gözden geçirme metinleri için bkz. <http://www.hazine.gov.tr>

Emeklilik sistemine ilişkin olarak yapılan parametrik değişikliklerin amacı, sistemin açığı uzun vadede Gayri Safi Milli Hasılanın %1'inin altına indirmektir. Bu hedefe ulaşmak için yapılacak değişiklikler arasında, aylıkları çalışma hayatı boyunca elde edilen kazançlar bazına oturtan birleştirilmiş emeklilik aylığı formülünün kullanılması, ana emeklilik parametrelerinin değiştirilmesi, kanuni emeklilik yaşının uzayan yaşam süresine göre ayarlanması, prim tabanının genişletilmesine değinilmektedir.

Reforma ilişkin yasa taslağının, TBMM'ye sunulması IMF Anlaşması çerçevesinde "Ön Koşul", yasanın 2005 Haziran ayı sonuna kadar TBMM'den geçmesi "Yapısal Performans Kriteri", sosyal güvenlik reformuna ilişkin idari yapılanma yasasının 2005 yılı Haziran ayı sonuna kadar geçmesi "Yapısal Kriter" olarak tanımlanmıştı. Bu yaklaşımla sosyal güvende yapılacak değişikliklerin içerik ve zamanlaması IMF ile yapılan anlaşma ile belirlenmiş olmaktadır. TBMM'nde maddelerin gruplar halinde görüşülmesi ile kısa sürede tamamlanan yasal süreç, önceden belirlenmiş olan bu içeriğin onaylanmasından ibaret kalmıştır.

IMF Anlaşması metninde, genel sağlık sigortasının geçiş maliyetleri olacağı ifade edilerek sağlıkta dönüşümün ayakları olan aile hekimliği ve hastanelerin sağlık işletmeleri olarak yeniden yapılanması ile orta vadede bu maliyetlerin aşağı çekileceği söylenmektedir. Kısa vadede ise ilaç harcamalarının ve diğer sağlık harcamalarının "kontrol altında tutulması" yoluna gidilecektir. Sistemin uygulanması sırasında ise "olası ilave maliyet için, ihtiyaç duyulduğu takdirde telafi edici mali tedbirler" alınacaktır.

Yasanın kabul edilmesinin ardından sağlık harcamalarını izlemek ve orta vadeli eğilimleri değerlendirmek amacıyla sayısal bir çerçeve geliştirilmesi, 2005 yılı Kriterleri arasına dahil edilmiştir. İzlemelere göre sağlık harcamalarının "kontrol altında tutulması" için gereken önlemler de geliştirilecektir. Böylece anayasal bir hak olan sağlık hakkı, yalnızca idarenin kararlarına değil ayrıca IMF'nin kararlarına tabi kılınmıştır.

Sağlık harcamalarının kontrol altında tutulmasının ne anlama geleceği de 6 Temmuz 2006 tarihinde yayınlanan ve birinci basamak resmi ve özel sağlık kuruluşlarında ayakta tedavilerde temel tahliller dahil "vaka" başına ödemeyi 11 YTL ve 13.2 YTL ile sınırlayan Maliye Bakanlığı Tebliğinden anlaşılmaktadır.¹⁰

Sosyal Güvenlik Sistemindeki dönüşümün bir diğer mimarı olan Dünya Bankası da yapılan değişiklikleri kredi ve hibelerle desteklemektedir. Daha önce Sağlıkta

¹⁰ Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği, Sıra No 8, 06.07.2006, Maliye Bakanlığı.

Dönüşüm Programı için kullandırılan Dünya Bankası kredilerine ek olarak, 29 Haziran 2006 tarihinde onaylanan 403 Milyon Avroluk Program Amaçlı Kamu Sektörü Kalkınma Politikası Kredileri (PPDPL I), sosyal güvenlik ve genel sağlık sigortası reformlarının desteklenmesi için kullanılacaktır. PPDPL II için ise Dünya Bankası aracılığıyla Japonya'dan 900 000 ABD Dolarlık bir hibe temin edilecek ve bu meblağ da sosyal güvenlik sistemi reformunun uygulanmasına ilişkin faaliyetlere teknik destek sağlamak amacıyla kullanılacaktır.¹¹

2. Sosyal Güvenlik Sisteminde Değişimin Gerekçeleri:

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı tarafından yürütülen çalışmalar sonunda hazırlandığı ifade edilen ve kamu oyunda "Beyaz Kitap" olarak anılan *Sosyal Güvenlik Reformu: Sorunlar ve Çözüm Önerileri* başlıklı kitapta¹² sosyal güvenlik sistemindeki değişim için üç temel gerekçe öne sürülmektedir. Bunlar nüfusun yaşlanması, mevcut sistemin bütün nüfusu koruma altına almaması ve yoksulluğa karşı koruyamaması ile sistemin finansman açıklarıdır.

2.1 Nüfusun Yaşlanması

Bu gerekçeye göre Türkiye'de nüfus, gelecekte hızla yaşlanacaktır. Bu durum, bir yandan sosyal güvenlik sisteminin gelirlerinin azalmasına bir yandan da giderlerinin artmasına yol açacaktır. Mevcut sosyal güvenlik sistemi, bu yaşlı nüfusun gerek emeklilik gerekse sağlık açısından giderek artan gereksinimlerini karşılayamayacaktır. Sistemin finansman açıklarının sürdürülemez boyutlara gelmesi tehlikesi giderek artmaktadır. Bunun için şimdiden gereken önlemler alınmalı, emeklilik yaşlarının yükseltilmesi dahil bazı parametrik değişiklikler yapılmalıdır.

Gerçeklikte ise, gelişmiş ülkelerde işgücü piyasasına yansıyan nüfusun yaşlanması olgusu ülkemiz açısından geçerli olmayıp tam tersine, Türkiye'de genç nüfus olgusundan ve bu olgunun işgücü piyasalarına yansımından söz etmek gerekir. Türkiye, demografik fırsat penceresi adı verilen ve uygun makro ekonomik koşullarda ekonomik gelişme açısından katkı sağlayacak bir nüfus yapısı dönemini yaşamaktadır. Nüfus, yıllık ortalama yüzde 1.5 oranında artarken çalışma çağındaki nüfus yüzde 1.9 artış göstermektedir. Sorun çalışma çağına gelmiş olan bu nüfusun işgücüne katılım oranlarının düşüklüğüdür. Ayrıca işsizlik ve eksik istihdam da çok yüksek oranlarda seyretmektedir. Türkiye'de çalışma yaşamı ve ekonomi açısından ele

¹¹ T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Basın Duyurusu, Sayı: 2006/ 73, 7 Temmuz 2006, <http://www.hazine.gov.tr>

¹² T.C. Başbakanlık (2005), Sosyal Güvenlik Reformu: Sorunlar ve Çözüm Önerileri, Ankara: T.C. Başbakanlık.

alınması gereken öncelikli konu nüfusun yaşlanması sorunu değil, nüfusun sağlık ve eğitim sorunları ve çalışma çağındaki nüfusun üretken istihdamının nasıl sağlanacağıdır.

2040 yılında sorun haline gelmesi beklenen nüfusun yaşlanması olgusunun, bugünden sosyal güvenlik sisteminin temel bir sorunu gibi sunulması ise pek çok sözde reform uygulamasında olduğu gibi Dünya Bankası ve IMF şablonlarının Türkiye'ye ithalinden ibarettir.

Dünya Bankasının 1994 yılından itibaren sosyal güvenlik sistemlerine ilişkin olarak ortaya attığı tartışma, nüfusun yaşlanması gerekçesine dayanmakta, Avrupa Birliğinde de sosyal güvenlik sistemlerinin “modernizasyonu” tartışmalarında sorun önemli ölçüde nüfusun yaşlanması olgusuna bağlanmaktadır.¹³

1990'lı yıllarda dünyanın çeşitli ülkelerinde sosyal güvenlik sistemlerinin özelleştirilmesinin arkasındaki önde gelen güç Dünya Bankası olmuştur. Dünya Bankasının sosyal güvenlik sistemlerine ilişkin politikalarının temelini, bu sistemlerin sürdürülemez olduğu tezi oluşturmaktadır. 20. yüzyılda dünyanın pek çok ülkesinde özellikle yaşlılar ve özürülüler arasında yoksulluğun ortadan kaldırılması yolunda büyük ilerlemeler sağlayan sosyal güvenlik sistemleri neden 90'lı yıllarda birdenbire sürdürülemez hale gelmiştir? Dünya Bankasının 1994 yılında yayınlanan “*Yaşlılık Krizinden Kaçınmak*” başlıklı kitapta buna verdiği temel cevap nüfusun yaşlanmasıdır.¹⁴ Dünya Bankasına göre toplumsal zenginlik arttıkça ve tıbbi teknoloji ilerledikçe insanlar daha uzun yaşıyor olmuşlardır. Eğer sosyal güvenlik sistemleri değiştirilmezse, bu uzun yaşayan nüfusun yükünü ne bu sistemler ne de ulusal ekonomiler çekebilecektir.

Ama bu gerçek, yani insanların daha uzun yaşıyor olması ve tıbbi teknolojinin ilerlemesi yalnızca 90'lı yılların değil son yüzyılın gerçeğidir ve önümüzdeki yüzyılda da bu eğilimin değişmeyeceği şimdiden söylenebilir. O halde yaşlı nüfus krizi denen olgu, bir seferlik bir olgu değildir ve sosyal güvenlik sistemlerinin zayıflatılması bu olguyu ortadan kaldırmayacağına göre bu zayıflatma ya da özelleştirme ile varılacak sonuç, yaşlı nüfusun yükünün sosyal güvenlik sistemlerinin ve kamunun sırtından alınıp, yaşlıların kendi sırtlarına yüklenmesinden ibarettir. Bundan yarar sağlayacak olanlar da bugünün aktif çalışanları ve yarının emeklileri değil, sosyal güvenliğin daraltılması, ticarileşmesi ve özelleşmesinden yarar sağlayacak olan çıkar çevreleridir.

¹³ Erdoğan, S. (2005), “Sosyal Güvenlikte Reform Paketi – Emeklilik Sisteminde Değişim”, (Yay. Haz. Ankara Tabip Odası-Sağlık Emekçileri Sendikası Ankara Şubesi) Sosyal Güvenliğin Gaspı SSK'nın Sosyal Güvenlik ve Sağlık Sunumundaki Yeri ve Geleceği içinde, Ankara: ATO-SES, s. 76-86.

¹⁴ World Bank (1994), *Averting the Old Age Crisis: Policies to Protect the Old and Promote Growth*, Washington DC: World Bank

Dünya Bankasının tahminlerine yöneltlen ciddi bir eleştiri de bu tahminlerin gelir duyarlı tahminler olmaması, yani gelir dağılımındaki bozulmayla birlikte, yoksullaşan kesimlerin hayatta kalma ümidindeki artış hızının, yüksek gelirli gruplara göre çok daha düşük olacağını bu tahminlerin hesaba katmamasıdır. İngiltere'yle ilgili bir çalışmanın bulgularına göre 1970'lerde zenginlerle yoksullar arasındaki hayatta kalma ümidi arasındaki fark 5.5 iken, 1990'larda 9.5'e yükselmiştir.¹⁵ Yeni liberal ekonomik politikaların ülkeler arasında ve içindeki kişisel gelir dağılımını büyük ölçüde bozduğu bilinen bir gerçektir. Dünya Bankası, kendisinin önerdiği ve desteklediği yeni liberal politikaların yol açtığı gelir dağılımındaki kötüleşmenin ve önerdiği sosyal güvenlik "reformu" uygulamaları sonucunda artan yoksullaşmanın, yaşam beklentisi üzerindeki etkilerini hesaba katmamaktadır.¹⁶

2.2 Sosyal güvenlikten dışlananlar

Yeni düzenlemelerin gerekçelerinden biri de mevcut sistemin yoksulluğa karşı koruyamaması ve bütün nüfusu koruma altına alamamasıdır. Sistemde yapılan değişikliklerle bu konuda iyileştirmeler sağlanacağı iddia edilmektedir.

Sosyal güvenlik, gelirleri ne olursa olsun, kişilere belirli sosyal riskler karşısında güvence sağlar. Oysaki yapılan düzenlemelerle tam da sosyal güvenliğe en çok ihtiyacı olan, gelir düzeyi görece düşük kesimler zorunlu sosyal güvenlik kapsamı dışında bırakılmaktadır. Gelir dağılımındaki eşitsizliklerin arttığı ve çalışma ilişkilerinin esnekleştirildiği bir dönemde, yoksul kesimlerin sosyal güvenlik kapsamı dışında tutulması, sosyal devletin küreselci devlete dönüştürülmesi sürecinin bir aşaması ve sosyal krizdeki büyümenin habercisidir.

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasasına göre (madde 6),

-Ev hizmetlerinde süreksiz olarak çalışanlar; ev hizmetlerinde hizmet akdi ile sürekli çalışmasına rağmen haftalık çalışma sürelerinin İş Yasasında belirtilen sürelerden az olması nedeniyle aylık kazançları prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz katından az olanlar;

-Niteliği itibarıyla bir kişinin bir gün içinde yapabileceği işlerde yevmiyeli olarak çalışanlar,

-Kamu idareleri hariç olmak üzere, tarım işlerinde veya orman işlerinde hizmet akdiyle süreksiz işlerde çalışanlar;

¹⁵ The Guardian, 13.10.2004.

¹⁶ Örneğin Rusya Federasyonunda 1980 ortalarında erkekler için yaşam beklentisi 70 iken 2006'da 59'a düşmüştür. International Council on Social Welfare (2006), Statement to United Nations Commission for Social Development, 44th Session, New York, 8-17 Şubat, s.5. <http://icsw.org/sta>

-Kendi nam ve hesabına çalışanlardan gelir vergisinden muaf olup aylık faaliyet gelirlerinden bu faaliyete ilişkin masraflar düşüldükten sonra kalan tutarı, prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz katından az olduğunu belgeleyenler,

-Tarımda kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan; tarımsal faaliyette bulunan ve yıllık tarımsal faaliyet gelirlerinden bu faaliyete ilişkin masraflar düşüldükten sonra kalan tutarın aylık ortalamasının, bu Yasada tanımlanan prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz katından az olduğunu belgeleyenler, kısacası ev hizmetlerinde çalışan yoksul kadınlar, tarım ve orman işlerinde süreksiz olarak çalışan topraksız ve az topraklı yoksul köylüler, gündelikçi yoksul kentliler, yoksul küçük esnaf, tarımda geçimlik faaliyette bulunan yoksul köylüler yani tam da sosyal güvenliğe ihtiyacı olanlar zorunlu sosyal güvenlik kapsamı dışında bırakılmışlardır.¹⁷

Yasa bu yoksul kesimlere isteğe bağlı olarak, prim ödemek suretiyle uzun vadeli sigorta kollarına ve genel sağlık sigortasına tabi olma yolunu açık tutmaktadır.

İsteğe bağlı sigorta primi prime esas kazancın alt sınırı ile üst sınırı arasında sigortalı tarafından belirlenen günlük kazanç ve prim ödeme gün sayısı üzerinden bulunacak kazancın % 32'si yani mevcut koşullarda 30 tam gün için yaklaşık asgari 169 YTL'dir. Bunun % 20'si malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları primi, % 12'si genel sağlık sigortası primidir. Bu ağır prim yükümlülüğü karşısında söz konusu yoksul kesimlerin isteğe bağlı sigortalı olabilmesi olanaklı görünmemektedir.

Dahası bakmakla yükümlü olunan kişi, isteğe bağlı sigortalı olduğu takdirde, halen yararlanmakta olduğu eşinin, babasının hastalık sigortası kapsamından çıkarılmakta, genel sağlık sigortalısı olarak prim ödemek zorunda bırakılmaktadır.

Kapsam açısından çok önemli bir değişiklik de özellikle kadınları ilgilendirmektedir. Yasada, yaşları ne olursa olsun evli olmayan, evli olmakla beraber sonradan boşanan veya dul kalan kız çocukları, bakmakla yükümlü olunan kişi sayılmamakta, sadece ölen sigortalıdan dolayı %25 oranında ölüm aylığı bağlanmaktadır. Bakmakla yükümlü olunan kapsamından çıkartılan bu kadınlar genel sağlık sigortalısı olarak prim yükümlüsü haline gelmektedirler. Yeşil Kart uygulamasının koşulları ve bu koşulların IMF talepleri ve idari kararlarla sıkılaştırılması olasılığının yüksek olduğu bir yapıda pek çok kadının genel sağlık sigortası primini ödememekten ötürü sağlık hakkından dışlanacağı açıktır.

Yasa beş ayrı sosyal güvenlik rejimini birleştirerek sosyal güvenlik sistemini fon yönetimine indirgeyen yaklaşımıyla sosyal güvenlikle çalışma hayatı ile arasındaki

¹⁷ Mülkiyeliler Birliği (2006), Sosyal Güvenlik Reformu Üzerine Mülkiyeliler Birliği Görüşü. <http://www.mulkiye.org.tr>

ilişkiyi kopartmaktadır. Mesleki statü ve sektör farklılıklarını esas alan bir sistem yerine risk bazlı bir sisteme geçildiği ifade edilmektedir.¹⁸ Bu geçişin temel gerekçelerinden biri eski sistemin nüfusun bütün kesimlerini kapsamamasıdır. Oysa yeni sistem eski sistemden daha da dışlayıcıdır ve sistemin içerisine yerleştirilmiş düzenlemelerle emeklilikte olduğu gibi sağlıkta da yoksullar sistemden dışlanmaktadır. Norm ve standart birliğinin sağlanması uygulamada, mevcut sosyal güvenlik kazanımlarının eritilmesine dönüşmüştür. Fon yönetimi yaklaşımıyla yapılan sosyal güvenlik düzenlemeleri, vatandaş sigorta hizmeti satın alan bir müşteri konumuna indirgemekte ve kişilerin alım güçleri oranında sosyal güvenliğe kavuşmaları yönünde bir standart birliği getirmektedir.¹⁹

2.3. Sosyal güvenlikteki finansman sorunu

Sosyal güvenlik sistemindeki değişikliklerin son gerekçesi ise sosyal güvenlik kurumlarının finansman açıklarının “ekonomi üzerindeki olumsuz etkileri”dir.

Burada kastedilen olumsuzluk, sistemin Gayri Safi Milli Hasılanın %4.8’i oranında açık vermesi, bu açıkların bütçeden transferlerle kapatılması ve bu nedenle de IMF’ye verilen %6.5 oranındaki faiz dışı fazla²⁰ taahhüdünün olumsuz etkilenmesidir.

Çözüm olarak da sosyal güvenlik sistemindeki mali dengesizliğin makroekonomik nedenleri ve yapısal özellikleri göz önüne alınmadan, açığın giderilmesi için katkıların artırılması yararların azaltılması önerilmektedir.

Oysa sosyal güvenlik sisteminin aktüeryal dengesi, açıkların arkasındaki gerçek nedenlere eğilinmeden çözüme kavuşamayacaktır. 1999 yılında yapılan değişiklikler de aynı yaklaşıma dayandırılmış, katkılar artırılıp, yararlar azaltılarak açıkların kapatılacağı umulmuştur. 2006’da gelinen nokta, bu yaklaşımın sistemin sorunlarını çözemeyeceğini bir kez daha göstermiştir.

Sosyal güvenlik sisteminin finansman açıklarının arkasında dört temel neden yatmaktadır.

Birincisi ve en önemlisi, sosyal güvenlik sisteminde devlet katkısının olmaması ve devlet katkısı olmayan bir sosyal güvenlik sisteminin sürdürülebilirliğinin sağlanamamasıdır.

¹⁸ TİSK (2005), “Sosyal Güvenlik Yasa Tasarılarının Değerlendirilmesi” Semineri, 22 Şubat, Ankara: TİSK.

¹⁹ Mülkiyeliler Birliği (2006), Sosyal Güvenlik Reformu Üzerine Mülkiyeliler Birliği Görüşü. <http://www.mulkiye.org.tr>

²⁰ Kamu kesiminin faiz dışı fazla dengesi, kamu gelirlerinden, faiz hariç kamu harcamaları çıktıktan sonra kalan kısmın, ülkenin gayri safi milli hasılasına oranıdır.

İkincisi işgücüne katılımın düşüklüğü, işgücü piyasasındaki yüksek kayıtdışılık ve işsizliktir. Türkiye’de işgücüne katılım oranı son yıllarda %50’lere gerilemiştir. Bu oran, 15 AB ülkesinin ortalama %70’ler olan seviyesinin önemli ölçüde gerisindedir. Her yıl çalışma çağına gelen ortalama 925 000 kişinin ancak %49’u işgücü piyasasına girebilmektedir. 2006’da genel işsizlik oranı %11.8 olmuştur. Atıl işgücü olarak adlandırabileceğimiz eksik istihdam, işgücü dışında olduğu varsayılan mevsimlik çalışanlar, iş aramayıp işbaşı yapmaya hazır olanların işsizlik tanımına dahil edilmesi ile bulunan türetilmiş işsizlik oranı iki kat daha yüksektir.²¹ İstihdamın kayıt dışılık oranı %50’ler düzeyindedir. Ücretli istihdamın ise üçte biri kayıt dışıdır.

Üçüncüsü, emeklilik yaşı, borçlanma yasaları, karşılığında prim alınmayan ödemeler, primlerin toplanamaması (düşük beyan-düşük tahsilat), sık sık çıkartılan af yasaları, sistemde biriken kaynakların kamu açıklarının finansmanı için kullanılması gibi konularda sisteme siyasi yaklaşımlardır.

Son dönemlerde özellikle sağlıkta hizmet sunumunun ticarileştirilmesi ve özelleştirilmesi de sistemin finansman açıklarını hızla artıran ve diğer üç sorun alanının önüne geçmeye başlayan dördüncü sorun alanı olarak ortaya çıkmıştır.

Getirilen düzenlemeler, bu sorun alanlarına değil prim kazançları ile giderlerin dengelenmesini hedefleyen aktüeryal hesapları temel alan bir bakış açısı ile şekillendirilmiştir. Bu bakış açısı, sosyal güvenlik sistemine devletin katkısının gerekliliğini hesaba katmadan sosyal güvenlik sisteminde açık olduğu tespitini yapmakta ve bu açığın giderilmesi için katkıların (gelirlerin) artırılması hizmetlerin (giderlerin) azaltılmasını esas almaktadır. Oysa “*sosyal devlette sosyal güvenlik sistemi, yalnızca aktüeryal hesaba dayanan bir düzenek olarak oluşturulamaz. Sosyal güvenliği salt aktüeryal denge olgusu düşüncesiyle oluşturmak, ‘sosyal devlet’ ilkesini savsaklamak anlamına gelir ki, bunu, Anayasa’nın 2. maddesiyle bağdaştırmak olanaksızdır. Devletin ‘sosyal’ niteliği, aktüeryal denge ile sosyal devlet ilkesi arasında uyum sağlanmasını; sosyal güvenlik sisteminden kaynaklanan açıkların, başka bir deyişle sosyal güvenlik yükünün gerektiğinde devletçe karşılanmasını zorunlu kılar*”²².

Sosyal güvenlik kurumları, açıkları nedeniyle kamu finansman açığını büyüten, böylece yatırımları dolayısıyla büyümeyi ve en önemlisi de istihdamı engelleyen temel suçlu olarak ortaya konulduğu için, sosyal güvenlik sistemlerindeki finansman

²¹ Türken, E. (2005), Türkiye’de İşgücünün Yapı ve Nitelikleri: Gelişme ve Değerlendirmeler, Ankara: Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası, s. 13.

²² Bkz. Cumhurbaşkanı Necdet Sezer’in yasayı bir kez daha görüşülmek üzere TBMM’ne gönderme gerekçesi, <http://www.cankaya.gov.tr>

açığını ortadan kaldırmak için yapılacak “reformlarla”, yatırımların, büyümenin ve istihdamın artacağı böylece çalışanların lehine bir ekonomik ortam sağlanacağı iddia edilmektedir. Devlet katkısı önerilmediği ölçüde finansman açığı gerçektir, ama bu açığın ortadan kaldırılmasına ilişkin olarak öne sürülen sosyal güvenlik sistemlerinin zayıflatılması yoluyla sağlanacak fazlanın kullanımının yaratacağı ekonomik ve sosyal sonuçlara ilişkin öngörüler gerçekçi ve tutarlı değildir.

3. Sosyal güvenlik sisteminde yapılan değişiklikler

Bu bölümde 5510 sayılı yasa ile getirilen sosyal sigortalarla ilgili düzenlemelerin temel özellikleri anlatılarak, SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı sigortalılarının uğradıkları hak kayıplarına değinilecektir.²³

3.1 Zorunlu sigorta kolları

Zorunlu sigorta kollarında yapılan değişikliklerde esas eğilim, prime esas kazanç, aylık bağlama için gerekli minimum yaş, prim gün sayısı, aylık bağlama oranı, aylık gelirlerin yükseltme biçimi, kazancın güncelleme biçimi, sigorta yardımlarının türü ve kapsamı gibi konularda sigortalılar arasında en düşük ortak paydada eşitlik sağlanmasıdır. SSK, Bağ-Kur ve Emekli sandığının sigorta sistemlerinde, hangi sistem haklar açısından dar, yükümlülükler açısından ağırsa, birleşme sürecindeki eşitleme o sistemin koşullarına göre yapılmıştır. Bu eşitleme özellikle Emekli Sandığı çalışanları açısından haklarda ve yararlarda önemli ölçüde kötüleşme anlamına gelmektedir. Sınırlı iyileştirmeler marjinal nitelik taşımış ve olasılığı ve hacmi düşük risklere yöneltilmiştir.

3.1.1 Kısa vadeli sigorta kolları

Yasada hastalık sigortasına ilişkin hususlar genel sağlık sigortası kapsamında düzenlendiği için kısa vadeli sigorta kolları altında iş kazası ve meslek hastalığı ve analık sigortası ele alınmıştır. Kısa vadeli sigorta kollarında yapılan marjinal iyileştirmeler, bir olayın ortaya çıkmasına bağlı olan ve sisteme az yük getirecek nitelikte iyileştirmelerdir.

Buna karşılık memurların hastalık ve analık hallerinde eskiden aylık ve özlük haklarına dokunulmazken, artık hastalık ve analık ödeneklerinin günlük kazançlarının üçte ikisine indirilmesi, kamu personeli için aradaki farkın çalıştıkları kurumlarınca ödenmesi öngörülerek geçiş süresince uygulama ertelenmiş olmakla birlikte, önemli bir kayıptır.

²³ Bu bölümdeki saptamalarda, Mülkiyeliler Birliği bünyesinde oluşturulan ve Yazarın da içinde bulunduğu bir çalışma grubunun, 5510 sayılı Yasanın maddelerinin SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı Yasaları ile ayrıntılı teknik karşılaştırmasından yararlanılmıştır.

3.1.2 Uzun vadeli sigorta kolları

Malullük, yaşlılık ve ölümden oluşan uzun vadeli sigorta kollarında ise özellikle yaşlılıkta mevcut yararlanma koşulları ağırlaştırılmakta ve koruma düzeyinde önemli gerilemeler öngörülmektedir.

Malullük sigortasından yararlanma koşulları açısından norm birliği, koşulları en ağır olan Emekli Sandığı düzenlemelerinde sağlanmaktadır. Sigortalıya malullük aylığı bağlanabilmesi için SSK ve Bağ-Kur sigortalılarında aranan 5 yıllık süre yeni Yasada 10 yıla çıkartılmıştır. SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığındaki maluliyet aylığı bağlama oranları da kademeli olarak düşürülmektedir.

Sosyal güvenlik sisteminde yapılan esas değişiklik yaşlılık sigortasında karşımıza çıkmaktadır. Yaşlılık sigortası Dünya Bankasının sosyal güvenlik sistemine yaklaşımının hayata geçirildiği temel alandır.

İlk bakışta Sosyal Güvenlik Sistemi Reformu kapsamında emekliliğe ilişkin olarak bir sistem değişikliği yapılmayacak ve parametrik değişikliklerle yetinilecek gibi görünmektedir. Yani kamusal emeklilik sistemi devam edecek, ama haklar ve yararlar açısından daraltılmış, aylık bağlama oranları giderek azaltılmış kısacası etkisizleştirilmiş bir kamusal sistem varlığını sürdürecektir.²⁴

Ancak geleceğe yönelik olarak baktığımız zaman Dünya Bankası modeline uygun bir yapısal değişimin de öngörüldüğü anlaşılmaktadır. Bu sistem, birinci ayak olarak fonsuz, tanımlanmış faydaya dayalı, asgari bir aylığı da garanti eden kamusal sistemin daraltılarak yani düşük düzeyde bir aylık vererek varlığını sürdürmesi; ikinci ayak olarak özel yönetilen, fonlu, tanımlanmış katkıya dayalı, ücrete bağlı bir aylık sağlayan emeklilik sisteminin geliştirilmesi; üçüncü ayak olarak isteğe bağlı, yine tanımlanmış katkıya dayalı özel emekliliğin yerleştirilmesi varsayımlarına dayanmaktadır. Türkiye'deki ikinci ayak emeklilik sistemlerinin Avrupa Birliğinin çeşitli ülkelerinde ve Amerika Birleşik Devletlerinde tarihsel olarak gelişmiş olan ek emeklilik sistemlerinden daha farklı bir sistem olacağı da TÜSİAD'ın son çıkarmış olduğu emeklilik sistemine ilişkin Rapordan anlaşılabilir.²⁵

Dünya Bankası modelinde sistemin kuruluşunda bir geçiş aşaması da mevcuttur. Geçiş aşamasında kamusal dağıtım esasına dayalı sistemlerin giderek küçültülmesi, cömert sayılan yararların azaltılması, katkıların artırılması, ikinci ayak sistemin finansmanının zemininin hazırlanması sağlanacak, mevcut sistemdeki birikmiş hakların ödenmesine devam edilirken yeni bir sisteme geçilmesi gerçekleştirilecektir.

²⁴ Emekliliğe ilişkin ayrıntılı bir ilk inceleme için bkz. Erdoğan, 2005.age.

²⁵ TÜSİAD (2004), Türk Emeklilik Sisteminde Reform, İstanbul: TÜSİAD.

Türkiye’deki emekliliğe ilişkin sistemin de bir geçiş aşaması ile Dünya Bankası modeline doğru yaklaştırılmak istendiğini görülmektedir. Kamusal sistemler küçültülerek yapısal değişikliğin ön koşulları hazırlanmaktadır. 2001 yılında bireysel emeklilik sistemine ilişkin yasal düzenlemelerin yapılmış olması da bu kapsamda değerlendirilmelidir.²⁶ Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı Başesgioğlu, yeni sistem işlemeye başladıktan sonra “kamuda ikinci ayak emeklilik sistemine” geçileceğini, bu konunun “bürokrat arkadaşlar” tarafından kabullenildiğini ifade etmektedir.²⁷

1999 yılında emeklilik sisteminde yapılan değişiklikte, SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığının üçü de emeklilik yaşı açısından parametrik değişikliklere tabi tutulmuş ve asgari emeklilik yaşı mevcut sigortalılar için bir geçiş dönemiyle yükseltilirken ilk defa sigortalı olacaklar için 58-60 (K/E) olarak belirlenmişti. Şimdi de aynı şeyi yapılmakta; emeklilik yaşının SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı çalışanları için 2036 yılından itibaren kademeli olarak kadınlarla erkekler için eşitlenerek 65’e yükseltilmesi öngörülmektedir. Böylece her üç kurum yüksek bir emeklilik yaşında eşitlenmektedir.

Yasada Sigortalılık süresi 9000 gün olarak öngörülmüştür. SSK sigortalıları için sigortalılık süresi daha önce 7000 gün olduğundan prim ödeme koşulu yasanın yürürlük tarihinden itibaren her yıl 100’er gün artırılarak 2026 yılında 9000 güne tamamlanmak üzere 2000 gün arttırılmıştır.

Kısmi aylık bağlama koşulları da zorlaştırılmaktadır. 5400 gün ve yaş hadlerine 3 yıl eklenme (2035’e kadar kadın için 61, erkek için 63 yaş) koşulu aranmaktadır. SSK sigortalıları için kadın 58, erkek 60 yaşını doldurmuş olması, 25 yıldan beri sigortalı bulunması ve en az 4 500 gün prim ödemiş olma koşulu aranırken sigortalılık süresi kademeli olarak (her yıl 100’er gün) artırılarak 5400 güne çıkartılmış yaş koşuluna da 3 yaş eklenmiştir. Böylece yararlanma koşulları ağırlaşmaktadır. Bağ-Kur ve Emekli Sandığı sigortalılarına kısmi aylık bağlanabilmesinde daha önce 15 yıl (5400 gün) arandığı için sadece yaş koşulunda artış olmaktadır.

Kısmi zamanlı, geçici, mevsimlik, gündelikçi olarak çalışan geniş yoksul kesimlerin yaşlılık aylığından yararlanabilmek için kadınların 61 ve erkeklerin ise 63 yaşını doldurmaları ve 5400 gün malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları primi ödemiş olmalarını beklemek gerçekçi değildir.

Aylık bağlama oranlarında da önemli kayıplar söz konusudur. 1999’da SSK’da 5 bin gün prime karşılık yüzde 60 olan aylık bağlama oranı, 7 bin gün prime karşılık

²⁶ 4632 sayılı Bireysel Emeklilik ve Yatırım Sistemi Kanunu (Resmi Gazete 7 Nisan 2001) ve 4697 sayılı Bazı Vergi Kanunlarında Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (Resmi Gazete 10 Temmuz 2001).

²⁷ “Çifte Emeklilik Geliyor”, Takvim Gazetesi, <http://www.takvim.com.tr/2006/03/31/gnb123.html>

yüzde 53.9'a düşürülmüştü.²⁸ Bağ-Kur'da, 25 yıl prime karşı 70 olan aylık bağlama oranı yüzde 65'e düşürülmüştü. SSK ve Bağ-Kur'da maluliyet için aylık bağlama oranı 10 puan düşürülmüştü. Reform öncesinde Emekli Sandığı ortalamasında aylık bağlama oranı ise %75'tir. Yıllık bazda bakınca aylık bağlama oranı, SSK ve Bağ-Kur için yüzde 2.6, Emekli Sandığı için yüzde 3'e denk gelmektedir. Yeni yasa ile çalışılan her yıl için aylık bağlama oranları eşitlenecek ve 2016 yılına kadar %2.5, 2016 yılından sonra %2 seviyesinde olacaktır.

Yasaya göre, yaşlılık aylığına hak kazanan sigortalıların aylığı, ortalama aylık kazancı ile aylık bağlama oranının çarpımı sonucunda bulunan tutardır. Aylık bağlama oranlarının düşürülmesinin yanı sıra, ortalama aylık kazancın hesaplanmasında tüm sigortalılık süresinin hesaba katılması ve güncelleme katsayısının formülünde yapılan değişikliklerle refah payının formülden çıkartılması bağlanan aylıkların daha da düşük olmasına yol açacaktır.

Dolayısıyla, tüm sigortalılar açısından yaşlılık riski karşısında koruma düzeyi önemli ölçüde azaltılmaktadır.

Tüm sigortalılar için koruma düzeyi azaltılmakla birlikte emeklilik açısından yeni sistemde en büyük kaybı Emekli Sandığı sigortalıları yaşayacaktır. Emekli Sandığı sigortalıları, 1999 yılında 4447 sayılı yasa ile yapılmış olan temel değişiklikleri, yaş hariç, yaşamamışlardır. Reform öncesinde Dünya Bankasının Emekli Sandığından esas şikayeti, sandığın "cömert" olmasından kaynaklanmaktaydı. Fiili hizmetlerin yanı sıra, itibari hizmet süreleri ve fiili hizmet zamlarının aylıkların bağlanmasında dikkate alınmasının daha erken yaşlarda ve daha yüksek oranlarda aylık bağlanmasına yol açması; aylıkların bütün sigortalılık süresinden değil, son bulunulan görevin derece, kademe ve göstergesi esas alınarak bağlanması, prim alınmayan tazminatların aylıkların hesabında dikkate alınması, yüksek aylık bağlama oranları bu cömertliğin unsurları olarak görülmekteydi. Yeni emeklilik sigortası sistemi ile artık memurlar da bu "cömert" sistemin dışına çıkartılmışlardır.

3.2 Kısa ve uzun vadeli sigorta kollarında primler

SSK ve Bağ-Kurlular açısından prim matrahlarında önemli bir değişiklik öngörülmemekle birlikte Emekli Sandığı sigortalıları açısından prim matrahlarında ciddi artışlar öngörülmektedir. Dolayısıyla Emekli sandığı sigortalılarının gelirlerinde kayda değer düşüşler olacaktır. Belirlenen prime esas kazanç ile eski uygulamadaki matrah farkına ait sigorta priminin iki yıl süre ile memurların kurumlarınca karşılanması öngörülmektedir. gelir kayıplarının ertelenmesine çalışılmıştır.

²⁸ Teksöz, T. (2002), Sosyal Güvenlik Reformunun Genel Stratejisi, <http://www.hazine.gov.tr>

Prim oranlarında önemli bir değişiklik söz konusu değildir. Ancak çalışan emeklilerin, özellikle kendi hesaplarına çalışmaları durumunda ödeyecekleri sosyal güvenlik destek primi önemli ölçüde artırılmaktadır. Sigortalı bir işte çalışmaya başlayan emeklilerin prime esas kazançları üzerinden alınmakta olan %30 oranındaki sosyal güvenlik destek primi toplamda %33,5 ile %39'a; %7,5 olan çalışan hissesi de %14'e yükselmektedir. Emeklilerin kendi hesabına çalışmaları halinde ödeyecekleri sosyal güvenlik destek primi ise beyan edecekleri prime esas kazancın %10'undan %33,5 ile %39'una kadar yükselmektedir. Malullük, yaşlılık ve ölüm sigortaları primine yapılacak %5, sağlık sigortası primine yapılacak olan %3 oranında devlet katkısı, tahakkuk eden değil tahsil edilen primine göre belirlenmekte ve tahsil edilen primin dörtte biri olarak hesaplanmaktadır. Bağ-Kur'da prim toplama oranının düşüklüğünü, SSK'da prim toplama oranının %85 olduğunu, tarım sigortalılarının yarısının prim ödemediğini göz önüne alırsak ve kurulan sistemin eskiye göre daha da dışlayıcı olduğunu hatırlarsak, devletin yetersiz bir biçimde %5 + %3 olarak belirlenen prim katkısının gerçeklikte çok daha düşük bir oran olacağı anlaşılabilir.

4. Genel Sağlık Sigortası

Genel Sağlık Sigortası söyleminin kamu oyunda "genel sağlık" olarak algılanması için yeni liberal çevrelerin özel çabalarının olduğu söylenebilir. Oysa "genel" olacak olan sağlık değil, "sigorta" sistemidir. Sistemin de "sağlıkta genel sigorta olarak" olarak algılanması daha doğru olacaktır. Sistem, herkese sağlık hizmeti sunumunun finansman modeli olarak değil, aile hekimliği ile özelleştirilen birinci basamak sağlık hizmetlerinin ve ticarileştirilen ve özelleştirilen ikinci basamak sağlık hizmetlerinin finansman modeli olarak algılanırsa doğru olarak anlaşılabilir.

4.1 Sağlık hizmetlerinde ticarileşme ve özelleştirme: arka plan

Türkiye'de sağlık sektöründe yeni kamu işletmeciliği anlayışı temelinde serbestleşme ve özelleştirme 1980'li yıllardan bu yana çeşitli aşamalarda gündeme gelmiş ve uygulamaya konmuştur. 1982 Anayasası ile sağlıkta sosyal devletçi yaklaşımın değiştirilmesi, sürecin ilk ve temel adımı olmuş,

Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu (1987) ile sürecin genel çerçevesi çizilmiştir. Sağlık Bakanlığının görevlerini planlama, standart geliştirme, denetleme ile sınırlandırma stratejisi, SSK'nın hizmet satın almasının yaygınlaştırılması, aynı sürecin sağlık bakanlığına da yayılması, özel hastanelere sevk, özel hastanelere yapılan başvurularda fark ücreti uygulaması, tıbbi sarf malzemelerinin hasta ve hasta yakınlarından temin edilmesi, döner sermaye uygulamasının genişletilmesi, fatura ve reçete yolsuzluklarında artış ve benzeri pek çok uygulama ile sağlığın

piyasalaşması süreci işletilmiştir. Dünya Bankası'nın biçimlendirdiği ve kredi desteği verdiği Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003) süreci ile sağlığın metalaşması daha da hızlanmıştır. Esnek bir sözleşmelilik statüsü getiren 4924 sayılı, Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun (2003), TTB'nin çabaları sonucu etkisiz kılınan Sağlık Bakanlığının Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine Getirilmesi Gereken Hizmetlerin Satın Alınma Yoluyla Gördürülmesine İlişkin Esas ve Usuller ve Uygulama Talimatı (2004), Kamu Yönetimi Temel Kanunu ile sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı bünyesinden alınarak İl Özel İdarelerine, Belediyelere ve özel sektöre devri ve böylece sağlık hizmet sunumunun yerelleştirilerek özelleştirilmesi girişimi (2004), kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan hekim ve sağlık personeline performanslarına göre ücret ödenmesi,

Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kuruluşlarında görevli personele performansa dayalı döner sermaye gelirlerinden ek ödeme yapılması (2004), Sağlık Kanunu Tasarısı (Ocak 2004), 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun (2004), 5220 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (2004) ile Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kuruluşları ve hastanelerin hazineye bedelsiz devrinden sonra Maliye Bakanlığınca satılmasına olanak tanınması, 5283 sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına devredilmesine Dair Kanun (2005) ve SSK sağlık kurumlarının Sağlık Bakanlığına devri (Şubat 2005), SSK eczaneleri yerine serbest eczanelerden ilaç alımı, SSK İlaç Fabrikasının faaliyetinin durdurulması (2006) vb. son üç yılda sağlık hizmetlerinin metalaştırılmasının farklı görünümleridir. Genel Sağlık Sigortası bu sürecin devamı ve yeni bir aşaması olarak ortaya çıkmıştır.

4.2 Genel Sağlık Sigortasının kapsamı

Yasanın "Genel Sağlık Sigortalısı Sayılanlar" başlıklı 60. maddesinde kimlerin genel sağlık sigortalısı sayılacağı belirtilmiştir. Buna göre hemen tüm vatandaşlar ve yerleşim yeri Türkiye'de olan tüm kişiler genel sağlık sigortası kapsamında sayılmaktadır. İşgücüne dahil olan ve zorunlu sosyal sigortalar kapsamına giren kişiler kadar, bir iş sahibi olmakla birlikte zorunlu sosyal sigortalar kapsamına girmeyen kişiler ve işsizler de genel sağlık sigortası açısından zorunlu sigorta kapsamındadır. Ayrıca işgücüne dahil olmayanlar da zorunlu genel sağlık sigortası kapsamındadır.

60. maddede genel sağlık sigortalısı sayılanlar tek tek sıralandıktan sonra (g) bendinde "yukarıdaki bentlerin dışında kalan ve başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanmayan kişiler" demek suretiyle herkesin genel sağlık sigortalısı olduğu açık bir biçimde ifade edilmektedir. Sosyal sigortalarda olduğu gibi nüfusun bazı

kesimlerinin sigorta dışında kalması ya da isteğe bağlı sağlık sigortalılığı olanaklı değildir. Herkes zorunlu olarak sigortalıdır ve bu nedenle herkes için sigorta primi ödenecektir.

Konuyu anlaşılır kılmak açısından 60. maddeyi 4. ve 6. maddelerle birlikte okumak yararlı olacaktır.

Genel sağlık sigortalısı sayılanlar

MADDE 60- Yerleşim yeri Türkiye’de olan kişilerden;

a) 4 üncü maddenin birinci fıkrasının;

1) (a) ve (c) bentleri gereğince sigortalı sayılan kişiler (*işçi, memur, sözleşmeli personel*),

2) (b) bendi gereğince sigortalı sayılan kişiler (*kendi hesabına çalışanlar*)

b) İsteğe bağlı sigortalı olan kişiler,

c) Yukarıdaki (a) ve (b) bentlerine göre sigortalı sayılmayanlardan;

1) 18/6/1992 tarihli ve 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşlanması Hakkında Kanun kapsamında yeşil kart verilen kişiler,

2) Vatansızlar ve sığınmacılar,

3) 1/7/1976 tarihli ve 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Gücsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,

4) 24/2/1968 tarihli ve 1005 sayılı İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre şeref aylığı alan kişiler,

5) 28/5/1986 tarihli ve 3292 sayılı Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,

6) 3/11/1980 tarihli ve 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,

7) 24/5/1983 tarihli ve 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişiler,

8) Harp malûllüğü aylığı alanlar ile Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlar,

9) 18/3/1924 tarihli ve 442 sayılı Köy Kanununun 74 üncü maddesinin ikinci fıkrasına göre görevlendirilen kişiler,

d) Oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan kişiler,

e) 25/8/1999 tarihli ve 4447 sayılı İşsizlik Sigortası Kanunu gereğince işsizlik ödeneğinden yararlandırılan kişiler,

f) Bu Kanun veya bu Kanundan önce yürürlükte bulunan sosyal güvenlik kanunlarına göre gelir veya aylık bağlanmış olan kişiler,

g) Yukarıdaki bentlerin dışında kalan ve başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan kişiler, genel sağlık sigortalısı sayılır.

(g) bendinde diğer bentlerin dışında kalanlar olarak sınıflanan bu kişiler kimlerdir? Bu kişilerin büyük çoğunluğu, yukarıda zorunlu sigorta kollarına ilişkin bölümde açıkladığımız gibi, zorunlu sosyal sigortalar kapsamı dışında olan ve yeşil kart almalarını sağlayacak muhtaçlık ölçütlerine uymayan çoğu düşük gelirli kesimlerdir.

Sistem bu kişilerden asgari ücretin iki katı üzerinden %12 oranında genel sağlık sigortası primi yatırımlarını talep etmektedir.

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının “Türkiye’de Yeni Bir Sosyal Güvenlik Sistemine Doğru” başlıklı broşüründe, “*Çalışanların primleri işverenleri tarafından, işveren olanların veya zengin olanların primleri kendileri tarafından, yoksul olanların primleri ise devlet tarafından yatırılmak suretiyle tüm vatandaşlarımız sağlık sigortası güvencesine kavuşacaktır.*” denilmektedir.

Türkiye’de halen yürürlükte olan eski sisteme göre sağlık sigortası kapsamında olmayan yaklaşık 15 milyon nüfus vardır. Yeşil kartlı olmayan bu nüfusun tümü “zengin” olmayıp tam tersine geniş çoğunluğu, zorunlu sosyal sigortalar kapsamı dışında bırakılan ve isteğe bağlı sigortalı olmayan, ancak yeşil kart almalarını sağlayacak muhtaçlık koşullarında olduğunu da kanıtlayamayan düşük gelirli kesimlerdir²⁹. Bu kişilerin zorunlu sağlık primini ödeyebilmeleri son derece zordur.

Öte yandan halen BAĞ-KUR’lular, tarım sigortalıları ve isteğe bağlı sigortalılar arasında primlerini ödeyemeyenlerin sayısı kayda değer düzeydedir. Örneğin 2004 yılı sonu itibarıyla BAĞ-KUR prim borçları nedeniyle sağlık hizmetlerinden yararlanamayan sigortalı ve hak sahiplerinin sayısı, 6 milyon 453 bin 312’dir³⁰. Bu kişilerin yeni sistemde primlerini ödeyebileceklerini varsaymak için elimizde bir veri bulunmadığı

²⁹ Mülkiyeliler Birliği (2006), Sosyal Güvenlik Reformu Üzerine Mülkiyeliler Birliği Görüşü. <http://www.mulkiye.org.tr>

³⁰ Radikal Gazetesi (2005), Borçlu Bağ-Kur’luya Hizmet Yok. 3 Nisan.

gibi gelir dağılımında bozulma ve finansal krizlere bağılı olarak yaşanan gelir istikrarsızlığı prim ödeyememe sorununun daha da yaygınlaşacağıının ipuçlarını vermektedir. Bu olgular, Genel Sağlık Sigortasının uygulamaya konması süreci içerisinde düşük ve alt orta gelir gruplarının yaşamsal sorunlarla karşılaşacağını göstermektedir.

4.3 Yoksullara Yeşil Kart uygulaması

Yeni sistemde yoksullara yeşil kart uygulaması devam etmektedir.

Taslak halinde bulunan Sosyal Yardımlar ve Primsiz Ödemeler Yasası Tasarısına göre yeşil kart alabilmek ya da Taslaktaki ifade ile sağlık yardımından yararlanabilmek için kişinin yaşam düzeyinin sağlık yardımı eşik değerinin altında olması gerekecektir.

Eşik değer, “ikamet edilen yerin sosyo-ekonomik özellikleri” de dikkate alınarak Kurum tarafından belirlenecektir. Mevcut Yeşil Kart uygulamasında olduğu üzere asgari ücrete bağlanmamış olduğu için mevcut düzeyden daha da düşük saptanma olasılığı vardır. Ayrıca bölgeye veya kıır kent ayrımına göre de değişebilecektir. Kişinin yaşam düzeyi ise “yardım için başvuran kişinin gelir ve aylığı; kendisine yapılan aynı ve nakdi diğer ödemeleri; nakdi transfer ve hibe gelirleri; her türlü haklardan dolayı elde edilen gelirleri; taşınmaz malları ve hakları; harcamaları” dikkate alınarak “Kurumca çıkarılacak yönetmelik hükümlerine göre” belirlenecektir (Madde 8).

Sosyal yardımların “devletin mali kaynaklarının yeterliliği ölçüsünde genel bütçeden ayrılan kaynaklarla sağlanması” taslağın “temel ilkesi” olduğu için, bütçe kısıtlarına bağılı olarak “yoksulluk” eşik değerinin düşük tutulacağı ve “Entegre Sağlık Bilgi Sistemi” ve ulusal veri tabanı ile yalnızca tanımlanan yoksulların kapsanmasında etkinliğin artırılacağı beklenebilir.

Mevcut uygulamada yeşil kart için eşik değer net asgari ücretin üçte biri (2006 yılı için 122 YTL) olduğu göz önüne alındığında (3816 sayılı yasa-Madde 2), karı, koca ve çocuklardan oluşan aile içindeki kişi başı gelirin bu düzeyin üstünde olması halinde, karı veya kocanın genel sağlık sigortası primi ödemek zorunda olacağı ve genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olmadığı aile fertlerinin de genel sağlık sigortası primi ödemek zorunda kalacağı düşünülebilir.

4.4 Bakmakla yükümlü olunan kişiler tanımında daralma ve Genel Sağlık Sigortası

Genel sağlık sigortalısının sigortasının kapsamına, bakmakla yükümlü olduğu kişiler de dahildir. Bu açıdan bakmakla yükümlü olunan kişilerin tanımı, tescil ve pirim

açısından özel önem taşımaktadır (Madde 3 /10). Genel sağlık sigortalısının sigortalı veya isteğe bağlı sigortalı olmayan veya kendi sigortalılığı nedeniyle gelir veya aylık bağlanmamış olan; eşi, 18 yaşını doldurmamış çocukları, lise ve dengi öğrenimde veya mesleki eğitimde olması halinde 20 yaşını doldurmamış çocukları ve yüksek öğrenimde ise 25 yaşını doldurmamış ve evli olmayan çocukları, yaşına bakılmaksızın malul olduğu tespit edilen evli olmayan çocukları, geçimini sigortalının sağladığı ana ve babası genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişiler kapsamına girmektedir.

Bu kişilerin ayrıca tescili gerekmemektedir. Burada dikkati çeken husus eğitimde olmayan kız çocuklarının bakmakla yükümlü bulunan kişi kapsamından çıkartılmış olmasıdır. Genel sağlık sigortalısının 18 yaşını doldurmuş eğitimde olmayan ve evli bulunmayan kız çocukları birey olarak zorunlu genel sağlık sigortasına tabidir. Yeşil Kart uygulamasının koşulları ve bu koşulların IMF talepleri ve idari kararlarla sıkılaştırılması olasılığının yüksek olduğu bir yapıda pek çok kadının genel sağlık sigortası primini ödememekten ötürü sağlık hakkından dışlanacağı düşünülebilir.

Bir başka önemli husus da bakmakla yükümlü olunan kişinin isteğe bağlı sigorta kapsamına girmesi durumunda genel sağlık sigortasını da ödemek zorunda olmasıdır (Madde 52).

4.5 Genel Sağlık Sigortası prim oranları

Zorunlu genel sağlık sigortalısı olmak sigorta primini ödemeyi de kuşkusuz beraberinde getirecektir. Genel sağlık sigortası primi kısa ve uzun vadeli sigorta kollarına tabi olanlar için prime esas kazancın %12.5'idir. Bu primin %5'i sigortalı %7.5'i ise işveren hissesidir. Yalnızca genel sağlık sigortasına tabi olanların genel sağlık sigortası primi, prime esas kazancın %12'sidir.

İşçi, memur ve sözleşmeli personelin genel sağlık sigortası primini ödeme yükümlüsü işverenleri, sosyal sigortalar kapsamındaki kendi hesabına çalışanların ve isteğe bağlı sigortalıların prim ödeme yükümlüsü kendileri, başta yeşil kartlılar olmak üzere 60/c'dekilerin merkezi yönetim bütçesinden karşılanacak primlerinin ödeme yükümlüsü ilgili kamu idareleri, işsizlik ödeneğinden yararlanan kişilerin prim ödeme yükümlüsü İŞKUR, yerleşik yabancıların ve 60/g'deki kişilerin prim ödeme yükümlüsü gene kendileridir. Sosyal güvenlik yasalarına göre gelir veya aylık bağlanmış kişiler prim ödemeyeceklerdir.

Genel sağlık sigortasında prime esas kazancın alt sınırı asgari ücret, üst sınırı asgari ücretin 6.5 katıdır. Primi devlet tarafından ödenenler için prime esas kazanç asgari ücret, işsizlik sigortasından yararlananlar için ödenen işsizlik ödeneği tutarıdır.

Burada özellikle altı çizilmesi gereken husus 60. maddenin (g) fıkrasında sözü geçen ve geniş kent ve kırsal yoksullarını içeren kişilerin genel sağlık sigortası primini asgari ücretin iki katı tutarında bir kazanç üzerinden ödemek zorunda olmalarıdır (Madde 80). Yasaya göre özel sağlık sigortasına ve bireysel emeklilik sigortasına prim ödeyecek gücü olan kişilerin ödedikleri primler, asgari ücretin %30'una kadar prime esas kazançtan düşülürken, isteğe bağlı sigorta bile olamayacak kadar yoksul olan ama yeşil kart koşullarını da yerine getiremeyen kişilerin prime esas kazançlarının asgari ücretin iki katı olarak hesaplanması, yasanın gerekçelerinden biri olan tüm nüfusun kapsanması ve yoksulların korunması amacının söylem düzeyinde kaldığını göstermektedir.

Devlet genel sağlık sigortasına %3 oranında katkı yapacaktır. Ancak bu katkı tahakkuk eden değil tahsil edilen genel sağlık sigortası priminin dörtte biri olarak hesaplanır (Madde 81). Genel sağlık sigortası primini ödeyemediği için sistem dışı kalanların sağlık için devlet katkısından yararlanamıyor olmaları da sistemin düşük gelir gruplarının aleyhine olan bir başka yapısal özelliğidir.

Genel sağlık sigortası ilk adımda dışlayıcı bir sistem olarak karşımıza çıkmaktadır. Nüfusun hemen tamamını zorunlu sağlık sigortası kapsamına sokan sistemin çözümsüz bıraktığı ya da daha doğru bir ifade ile idari cezalar ve haciz tehdidi ile çözmeye çalıştığı ilk soru, genel sağlık sigortası primini ödeyemeyenlerin sağlık hizmetlerini nasıl alacağıdır? Bu sorunun yanıtı kısa ve özdür. Sigorta mantığının gereği olarak primini ödeyemeyenler sağlık hizmeti alamayacaklardır. Sigortalı, sağlık hizmet sunucusuna başvurduğu tarihte hem kısa ve uzun vadeli sosyal sigorta primlerini, hem de sağlık sigortası primlerini ödemiş olmak zorundadır. Eski BAĞ-KUR'lular, tanımlı sigortalıları, isteğe bağlı sigortalılar ve 60/g'deki diğer kişiler ve bakmakla yükümlü oldukları kişiler için bu koşulun yerine getirilememesi, sağlık hizmetlerinden tam dışlanma anlamına gelmektedir. 18 yaşın altında olan kişiler, tıbben başkasının bakımına muhtaç olan kişiler, acil haller, bildiri zorunlu bulaşıcı hastalıklar, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, analıkla ilgili hizmetler, iş kazası ile meslek hastalığı halleri yasal olarak primin ödenmiş olması koşulunun dışında tutulmaktadır. Ancak, özelleştirilmiş birinci basamakta aile hekimlerinin, ticarileştirilmiş ve özelleştirilmiş ikinci basamakta hastanelerin, yukarıdaki hallerde de, primini ödemeyen bireye ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere hizmet sunmalarını zorlaştıran hükümler ilgili yasal düzenlemelerin içine yerleştirildiği gibi uygulamada aile hekimleri ve hastaneler de bedelini tahsil edip edemeyecekleri belirsiz olan bu hizmetleri sunmakta istekli olmayacaklardır. Genel sağlık sigortası yükümlüsü olduğu halde tescilini yaptırmamış ve/veya primini ödememiş olan sigortalıların, sağlanan bu istisnalardan yararlanmalarını engelleyecek bir başka husus da tescilini yaptırmayan veya primini ödemeyenlere ilişkin ceza hükümleridir. İstisnalardan yararlanma durumunda ceza hükümlerine yakalanma tehlikesi kişilerin sağlık kuruluşlarına başvurmalarını engelleyebilecektir.

4.6 İdari para cezası, gecikme cezası ve haciz

Yasaya göre (Madde 61) genel sağlık sigortası giriş bildirgesini süresi içinde vermeyenlere aylık asgari ücret tutarında idari para cezası uygulanacaktır (Madde 102/a.).

Sigortalı, primini süresi içinde ve tam olarak ödemezse, ödenmeyen kısmı sürenin bittiği tarihten itibaren ilk üç aylık sürede her bir ay için %3 oranında gecikme cezası uygulanarak artırılır. Daha sonraki gecikmelere ise devlet iç borçlanma senetlerinin aylık ortalama faizi bileşik bazda uygulanarak gecikme zammı uygulanır (Madde 89).

Ayrıca Kurumun süresi içinde ödenmeyen prim ve diğer alacaklarının tahsilinde Amme Alacaklarının Tahsil Usûlü Hakkında Yasanın 51 inci, 102 nci ve 106 ncı maddeleri hariç, diğer maddeleri uygulanır (Madde 88). Prim borçlarının zaman aşımına uğraması veya terkini söz konusu değildir. Bu borçlardan sigortalının mirasçıları da sorumludur. Prim alacaklarının tahsili için en geç bir yıl içinde icra yoluna başvurmayan Kurum yetkili personeli hakkında da genel hükümlere göre soruşturma yapılacaktır. Sağlık hizmeti sunucuları, başvuran kişinin sigorta primlerini yatırıp yatırmadığını kontrol edecek ve belgeleyecektir (Madde 73). Eğer hekimler ve sağlık çalışanları primini ödemiş sigortalılara ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere sağlık hizmeti verirlerse bu hizmetler Kuruma fatura edilemeyecektir.

Yukarda değinilen hükümlere göre primini ödeyemediği için emeklilik aylığı alamayan bir sigortalı veya ölüm aylığı alamayan bir hak sahibi, primlerin cezalı olarak ve/veya haciz yolu ile ödenmesi durumunda bu aylığa kavuşabilecektir. Ancak primlerini ödeyemediği için genel sağlık sigortasından yararlanamamış olan, belki de bu nedenle hayatını kaybeden sigortalıdan, yararlanamadığı ve yararlanamayacağı geçmiş hizmetlerin priminin ödenmesi istenmekte hatta genel sağlık sigortası primi yükümü, hak sahipleri miras reddinde bulunmazlarsa ölümden sonra bile devam etmektedir.

Genel Sağlık Sigortasının öngördüğü bu ceza ve haciz sistemi, sosyal hukuk devleti ilkelerine aykırı olduğu gibi demokratik rejim koşullarında uygulanabilirliği de yoktur.

4.7 Katılım payı ya da cepten ödemeler

Yasaya göre prim yükümlülüğünü yerine getirmiş olmak sağlık hizmetlerinden yararlanmak için gerekli ancak yeterli değildir. Sigortalı, sosyal sigorta ve genel sağlık sigortası primlerinin zamanında ve tam olarak ödenmiş olmasının yanısıra,

ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesinde her yıl yeniden değerleme oranında artırılmak üzere 2 YTL; ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri ve ayakta tedavide sağlanan ilaçlarda ise %10 ila %20'si arasında olmak ve asgari ücretin %75'ini geçmemek üzere Kurumca belirlenecek miktarda "katılım payı" ödemesinde bulunacaktır.³¹ Yeşil Kartlılar, sığınmacılar ve 65 yaş aylığı alan muhtaç sigortalıların ödeyecekleri katılım payları talepleri halinde, kendilerine geri ödenecektir (Madde 68).

Yasada iş kazası ve meslek hastalığı, afet ve savaş hali, acil haller, aile hekimi muayeneleri ve koruyucu sağlık hizmetleri vs. hallerde ve 60/c maddesinin 4,5,6,7,8 bentleri, vazife malülleri vs. kişiler için katkı payı alınmayacağı belirtilmekte ve katılım payı alınmayacak sağlık hizmetlerini "tek tek veya gruplandırarak tespiti" Kurum yetkili kılınmaktadır (Madde 69).

Katılım payı tutarı ve oranları, sevk zincirine uyulmadan diğer basamaktaki sağlık hizmet sunucusuna doğrudan müracaat halinde %50 artırılarak uygulanacaktır.

İş kazası ve meslek hastalığı, afet ve savaş hali ile acil haller dışında, sevk zincirine uyulmadan başvuru bu sağlık kuruluğu sözleşmeli ise sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları için belirlenen tutarın %70'i Kurumca, geri kalanı sağlık sigortalısı tarafından cepten ödenecektir. Sağlık işlemlerinin otelcilik ve öğretim üyesi farkı olarak talep edecekleri katılım payları ayrıca ödenecektir.

4.8 Sözleşmesiz sağlık kuruluşlarına ve üst gelir gruplarına kaynak aktarımı

Sevk zincirine uyulmak şartı ile sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından sağlık hizmeti alınması halinde, sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları için belirlenen tutarın %70'i Kurumca, geri kalanı sağlık sigortalısı tarafından ödenecektir (Madde 72).

Sevk zincirine uyulmadan sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından sağlık hizmeti alınması halinde, sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları için belirlenen tutarın %50'si Kurumca, geri kalanı sağlık sigortalısı tarafından ödenecektir

Sevk zincirine uyarak veya uymayarak sözleşmesiz sağlık kuruluşlarına başvuran sigortalılar ayrıca fark ödemeyi kabul eden yüksek gelir gruplarından olacaklardır. Böylece konulan ölçülere göre yoksul olmadığı için yeşil kart alamayan veya primini ödeyemediğı için sağlık hizmetlerinden yararlanamayan kişiler sağlık hizmetlerinden dışlanırken, Genel Sağlık Sigortasının kaynakları, görel olarak daha pahalı özel sağlık

³¹ Bu hüküm, "vergi, resim, harç ve benzeri malî yükümlülüklerin muafık, istisnalar ve indirimleriyle oranlarına ilişkin hükümlerinde kanunun belirttiğı yukarı ve aşağı sınırlar içinde değişiklik yapmak yetkisini" Bakanlar Kuruluna veren Anayasa'nın 73. maddesine aykırıdır.

hizmeti tüketimi için yüksek gelir gruplarına ve özel sağlık sunucularına aktarılmış olacaktır. Sistem bu anlamda “yoksul”u dışlarken “zengin”i içeren bir nitelik taşımaktadır.

4.9 Sağlık hizmetlerinin ödenecek bedellerinin belirlenmesi

Sağlanan sağlık hizmetlerinin Kurumca ödenecek bedellerini, “sağlık hizmetinin sunulduğu il ve basamak, sağlık hizmetlerinin maliyeti, devletin doğrudan veya dolaylı olarak sağlamış olduğu sübvansiyonlar, sağlık hizmetinin niteliği itibarıyla hayati öneme sahip olup olmaması, kanıta dayalı tıp uygulamaları, teşhis ve tedavi maliyetini esas alan maliyet-etkililik ölçütleri ve genel sağlık sigortası bütçesi dikkate alınmak suretiyle, her bir sağlık hizmeti için belirlemeye Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu yetkili olacaktır” (Madde 72). Fiyat Tespit Komisyonu fiyatları belirlerken özel sağlık sunucularının esnek olmayan bir talebin geçerli olduğu piyasa koşullarında oluşacak olan ortalama karlarını kapsayacak bir fiyat belirlemek durumundadır. Genel sağlık sigortasının bütçesi, sigortalılardan tahsil edilen primler, hazinece karşılanan primler ve devlet katkısından oluşmaktadır. İstihdamın %50’sinin, ücretli istihdamın üçte birinin kayıt dışı olduğu, 2006’nın ilk yarısında işsizliğin %11.8’i bulunduğu, atıl işgücü olarak adlandırabileceğimiz eksik istihdam, işgücü dışında olduğu varsayılan mevsimlik çalışanlar, iş aramayıp işbaşı yapmaya hazır olanların işsizlik tanımına dahil edilmesi ile bulunan türetilmiş işsizlik oranının iki kat daha yüksek olduğu,³² kayıtlı sektörde prime esas kazançların düşük gösterildiği, gelir dağılımının bozuk olduğu ve geniş kesimlerin yoksulluk sınırının altında yaşadığı bir ekonomide prim tahsilatının düşük olması beklenen bir olgudur. Primsiz ödemelere genel bütçe ile getirilen sınırlar ve prim tahsilatındaki düşüklüğe bağlı olarak daha da azalan devlet katkılarının son derece düşük olmasının planlanması da bu olguya eklenince, genel sağlık sigortasının bütçesinin herkese kaliteli ve erişilebilir sağlık hizmetleri sunumuna yetmeyeceği şimdiden söylenebilir. Özel sağlık sunucuları, fiyatların kendilerini tatmin edecek bir karlılıkta belirlenmemesi durumunda, belirlenen fiyatın iki katına kadar çıkmalarına olanak sağlayan otelcilik hizmetleri ve öğretim üyesi fiyat farkı hakkını yaygın bir biçimde kullanacaklardır. Bir başka olasılık da özel sağlık sunucularının, Kurumla hizmet sunum sözleşmesi yapmadan Kurumca belirlenen fiyatın %70’ini sigortadan, kalan farkı da sigortalıdan almak suretiyle hizmet sunma yoluna gitmeleridir. Hizmet bedellerinin düşük belirlenmesi halinde yaşanacak sorunlar, özertleştirilmiş kamu sağlık işletmeleri için de geçerlidir. Karlılığa göre düzenlenmiş fiyatlar finansman sorunu ile, düşük belirlenmiş fiyatlar arz sorunu ile karşılaşacaktır. Türkiye’nin sosyo-ekonomik koşullarında piyasanın bu çelişkiyi çözebilmesi olanaklı değildir.

³² Türken, E. (2005), Türkiye’de İşgücünün Yapı ve Nitelikleri: Gelişme ve Değerlendirmeler, Ankara: Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası, s. 13.

4.10 Sağlık hizmetlerinin sağlanma yöntemi

“Sağlık hizmetleri, Sosyal Güvenlik Kurumu ile yurt içindeki veya yurt dışındaki sağlık hizmeti sunucuları arasında yapılan sözleşmeler yoluyla ve/veya bu Yasa hükümlerine uygun olarak genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından satın aldıkları sağlık hizmeti giderlerinin ödenmesi suretiyle” sağlanacaktır (Madde 73). Bu sistem, birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimleri tarafından, diğer sağlık hizmetlerinin de özel hastaneler ve özerk işletmeler haline getirilmiş devlet hastaneleri tarafından sağlanacağını varsaymaktadır. Bu yaklaşımda kamunun özele önceliği yoktur ve genel sağlık sigortasının kaynakları için özerk devlet sağlık işletmeleri ile özel hastaneler “rekabet” edeceklerdir. Rekabet edemeyen kamu sağlık işletmelerinin satılması veya kapatılması piyasanın kaçınılmaz kuralıdır. Milli Savunma Bakanlığı ve üniversiteler dışındaki kamu özerk hastaneleri özerkleşmenin yanı sıra yerelleşecekler ve yönetimleri yönetim modeline göre yeniden biçimlenecektir. Sağlık işletmesi haline dönüştürülmüş sağlık işletmelerindeki hekim ve sağlık çalışanları da statü hukuku kapsamında memur olarak değil, sözleşmeli personel olarak istihdam edileceklerdir.

Sonuç

Küreselleşme sürecine bağlı olarak istihdamın yapısının değişmesi, işsizlik, yoksulluk ve sosyal dışlanmanın artması, farklılaşan sosyal politika ihtiyaçlarına ve yeni toplumsal hareketlerin yükseldiği sosyal politika taleplerine yol açmaktadır. Bu bağlamda, mevcut sistemin eksikliklerini giderecek ve yeni talepleri karşılayacak bir sosyal güvenlik reformuna kuşkusuz ihtiyaç bulunmaktadır. Oysa 2006 yılında yasalaşan düzenlemelerle, güvenceye en çok ihtiyaç duyan, düşük gelirli grupların sosyal güvenliklerini iyileştirecek bir sosyal güvenlik reformu yapılmamaktadır. Tersine yoksullar sosyal güvenlik kapsamı dışına itilmekte, karşılanan sosyal riskler daraltılmakta, koruma düzeyi düşürülmekte ve yararlanma koşulları zorlaştırılmaktadır. Sosyal güvenlik piyasalaştırılırken, nispeten yüksek gelir gruplarının ekonomik ve sosyal risklere karşı korunmalarına kamusal güvenceler ve teşvikler verilmekte ve gelir dağılımındaki bozulma derinleştirilmektedir.

Emeklilik sisteminde yapılan değişiklikler büyük ölçüde parametrik değişiklikler niteliğinde ise de emeklilik haklarındaki daralma yoluyla üst gelir gruplarının sosyal güvenlik taleplerinin bireysel emeklilik şirketlerine yöneltilmesi söz konusu olmaktadır. İkinci ayak emeklilik sistemlerinin kurulması ve kamusal emeklilik fonlarının bireysel emeklilik şirketleri aracılığıyla mali piyasalara devri, Dünya Bankası ve büyük sermaye gruplarınca talep edilmekle ve hükümet yetkililerince hazırlıkları yapıldığı ifade edilmekle birlikte, bu konuda henüz bir yasa tasarısı mevcut değildir³³.

³³ Erdoğan, S. (2006), “Sosyal Güvenlikte Değişim”, İnönü Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Ulusal Bağımsızlık İçin Türkiye İktisat Politikaları Kurultayı, 13-16 Haziran, Malatya.

Genel sağlık sigortası, sağlığı bir insan hakkı olarak kabul eden yaklaşım üzerine değil, özel sigortacılık mantığı üzerine kurulmuş bulunmaktadır. Bu anlayışa göre sağlık, bir kamu hizmeti değildir. Piyasada alınıp satılan bir metadır. Genel sağlık sigortası da bu metanın alınıp satılması sürecinde kamu kaynaklarını özel sektöre aktaran bir finansman modeli olarak devreye girmektedir.

Türkiye’de sağlıkta özelleştirme, sağlık hizmetlerinin özel sektörde piyasada tüketicilere sunulmasından çok kamu kaynaklarının sağlık sektörüne aktarılması mekanizmalarına dayanmaktadır. Toplam sağlık harcamalarındaki artışın içindeki esas pay, ağırlıklı biçimde sosyal güvenlik kuruluşları aracılığıyla olmak üzere kamuya aittir. Kamu sağlık harcamalarındaki bu artış, kamudan özele kaynak aktarımı olarak gerçekleşmiştir³⁴.

Sağlıkta hızla ilerleyen kamunun hizmet sunucusu olmaktan çıkartılması ve kamu kaynaklarının özel sağlık kuruluşlarından hizmet alımına aktarılması süreci, sosyal güvenlik sistemlerinin sağlık harcamalarını artırmakta ve sistemin finansman sorununu ağırlaştırıcı bir etki yapmaktadır. Sağlığın ticarileştirilmesi ve özelleştirilmesi, sağlık hizmetlerinin ülkeye ve sisteme maliyetlerini büyük ölçüde artırmaktadır. İlaç harcamalarındaki artış, tıbbi teknoloji ve sağlık hizmetlerinin piyasadan temininin sonuçları, SSK hastanelerinin devrinin sonuçları³⁵, Düzce Aile Hekimliği Pilot uygulamasının sonuçları³⁶, sağlıkta özelleştirmenin finansman açısından sürdürülemez olduğunu şimdiden göstermektedir.

Genel sağlık sigortası sistemi ve sağlığın metalaştırılması, kamusal sağlık hizmetlerine en çok ihtiyacı olan yoksul ve yoksun kesimleri sağlık hizmetlerinden yoksun bırakmakla kalmayacak, en temel insan hakkı olan yaşam hakkından da yoksun bırakacaktır. Bu süreçte tüketici konumuna sokulan yurttaş, bilinçli bir siyasal tepkiden uzak olduğu ölçüde, bir yandan bilim dışı çözüm arayışlarına yönelirken bir yandan da sağlık çalışanlarına karşı şiddet dahi içeren bir tepkiselliğe yönelebilecektir.

Sosyal güvenlik sisteminde yapılan değişiklikler sosyal korumayı azalttığı halde sistemin finansman sorununu çözemedikçe, “önce borç” diyen yeni liberal politikalar, çözümü sosyal korumanın daha da azaltılmasında görmektedirler. Oysa sosyal politikayı daraltan ve piyasalaştırılan siyasal iktidarların, demokrasi koşullarında sürdürülemez olduğunu çeşitli ülke örnekleri göstermektedir.

³⁴ Soyer, A. (2006), AKPHükümeti, Sağlıkta Üç Yılda Ne Yaptı Ne Yapmadı?, <http://www.sendika.org>

³⁵ Ankara Tabip Odası (2004), “SSK Gerçeği”, Hekim Postası Eki, Ankara: Ankara Tabip Odası.

Türk Tabipleri Birliği (2006), Devrin 1. Yılında Sosyal Sigortalar Kurumu, Tespitler, Görüşler, Ankara: Türk Tabipleri Birliği.

³⁶ Türk Tabipleri Birliği Halk Sağlığı Kolu, Halk Sağlığı Uzmanları derneği, Halk Sağlığı Anabilim Temsilcileri, Basın Açıklaması, 11.03.2006, Ankara.