

Demografik Değişimlerin Sosyal Güvenlik Kurumlarına Etkisi ve Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kurumlarının Mali Yapısının Analizi

Yrd. Doç. Dr. Ali Rıza GÖKBUNAR

Celal Bayar Üniversitesi, Uygulamalı Bilimler Yüksekokulu

Araş. Gör. Özgür Emre KOÇ

Celal Bayar Üniversitesi, Uygulamalı Bilimler Yüksekokulu

ÖZET

Demografik değişimler kamusal sağlık harcamalarının sunumunda kamu sektörünü etkileyen belirgin özellikler göstermektedir. Demografik değişimlere bağlı olarak sosyal güvenlik sistemi içerisinde yer alan sağlık harcamalarında da belirgin bir şekilde değişim gerçekleşmektedir.

Bu çalışmada, demografik değişimlerin sosyal güvenlik kurumlarına etkisi ve ülkemizde bulunan sosyal güvenlik kurumlarının sağlık sektörüne yönelik yaptığı harcamaların finansmanında karşılaştıkları güçlükler ile kurumların bu sıkıntılarını aşmak için izlemesi gereken yolların neler olacağı üzerinde durulacaktır.

Anahtar Sözcükler: Sosyal Güvenlik, Mali Yapı, Demografi.

Effects of Demographic Changes to Social Security Agencies and Fiscal Structure Analyses of Social Security Agencies in Turkey

ABSTRACT

Health spending in our current social security system has altered considerably due to the changes in demographics. These changes in demographics also affect how states provide public health services. In Turkey, social security services are provided by the troika of Emekli Sandığı, SSK, Bag-Kur. These institutions have represented different groups of workers in the Turkish economy. This study investigates effects of demographic changes to social security agencies and the financial problems of the Turkish social security institutions and proposes policies to solve their current financial problems.

Keywords: Social Security, Financial Structure, Demographics.

GİRİŞ

Günümüzde sosyal güvenlik kurumları hem üyelerinin maaş, ikramiye gibi ödemelerinin yanı sıra sağlık harcamalarının da karşılanmasında finansal sorunlarla karşılaşmaktadırlar.

Sosyal güvenlik sistemlerinde ortaya çıkan sorunların çözümüne yönelik olarak tüm dünyada yeniden yapılanma ya da reform çalışmaları

yoğunluk kazanmıştır. Özellikle Avrupa Birliği’ne üye ülkelerin büyük bir bölümü, yürürlükteki sistemlerine bağlı kalarak, reform arayışlarına yönelmişlerdir. Ancak mevcut sistemin tümüyle tasfiye edilerek yeni bir modelin benimsenmesi yönündeki siyasi girişimler (Fransa ve Almanya örneklerinde olduğu gibi) yoğun toplumsal tepkilere yol açmış ve bu nedenle geri adım atılarak, modelin korunması esası benimsenmiştir.

Ortaya çıkan sorunlar temelinde gerçekleştirilen reformlar üç başlık altında toplanabilir: İlk olarak finansman sorununa çözüm, ikinci olarak, emeklilik sigortaları (emeklilik yaşının yükseltilmesi, prim ödeme süresinin uzatılması vb) üçüncü olarak da sağlık harcamalarının kısıtlanması önlemlerine ağırlık verilmiştir.

I. DEMOGRAFİK DEĞİŞİMLERİN SOSYAL GÜVENLİK KURUMLARI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

Günümüzde dünya nüfusu 6 milyar civarında olup, bu sayı 20. yüzyılın başındaki dünya nüfusunun 3.5 katıdır ve 1960 yılındaki nüfusun ise iki katıdır. Ancak dünya nüfusunun 7, 8, 9 milyar rakamlarına ulaşması çok uzun zaman alması beklenmektedir (U.S. Census Bureau, 2002:11). 2001 yılından 2025’e kadar, Avrupa nüfusunun % 6, Japonya nüfusunun % 3 oranında azalabileceği öngörülmektedir. Kuzey Amerika’nın nüfusu % 21 ve Afrika’nın % 74 oranında büyüyeceği tahmin edilmektedir. Yaşlanan nüfusun en yoğun olduğu bölgeler Avrupa ve Japonya’dır. Avrupa’da orta yaş gurubundaki nüfusun oranı toplam nüfus içinde 2000 yılında 38 iken, orta yaş 2050 yılında 59’a yükselebileceği tahmin edilmektedir. Yaşlanan nüfus; sosyal güvenlik sistemi, sağlık hizmetleri, emekli aylıklarının ödenmesi üzerinde önemli bir baskı oluşturmaktadır. Dünyanın bazı bölgelerinde, yaşlı insanların artan sayısını planlamak şimdiden şarttır (Blomm vd., 2001:30).

Nüfusunun yaş-cinsiyet bileşimi o toplumun şimdiki ve gelecekteki gelişimi açısından önemlidir. Nüfusun yaş-cinsiyet bileşimi, kamu politikalarının belirlenmesini etkilemektedir. 2002 yılında dünyadaki ortalama olarak her 3 kişiden 2’si, 15-64 yaş diliminde yani aktif nüfusa dahil kişilerdir. Aktif nüfusun sayısı ise yaklaşık olarak 4 milyar kişidir. Önümüzdeki 50 yıl boyunca dünyadaki aktif nüfusun 5.7 milyara ulaşması beklenmektedir. 2010 yılında dünyadaki aktif nüfusun toplam nüfus içindeki oranının % 66’ya yükseleceği; 2050 yılında ise gerileyerek % 63’e düşeceği tahmin edilmektedir. Önümüzdeki 20 yıl boyunca aktif nüfus diliminin az gelişmiş dünya ülkelerinde önemli ölçüde büyümesi beklenmektedir (U.S. Census Bureau, 2002:47).

Demografik yapı ve küreselleşmeye bağlı olarak yaşam biçimleri ve istemler değişmektedir. Örneğin çocuk oranı yüksek olan ülkelerde çocukların bakımı için gerekli yatırımların yapılması gerekmektedir.(Blomm vd., 2001:2).

Diğer yandan yaşam süresinin artması ve doğum hızının azalması beraberinde, yaşlı nüfusun artması ve genç nüfusun azalmasının yaratacağı ekonomik ve sosyal sorunlara kayıtsız kalınması halinde ülkeler bu demografik dönüşümden olumsuz yönde etkilenecektir (Akgeyik vd, 2007: 53).

A- Demografik Değişimin Sosyal Güvenlik Sistemleri Üzerine Etkisi

Gelecek 50 yıl içerisindeki nüfus değişimleri dünya ekonomisini birçok yönden etkileyecektir. Örneğin; gelişmekte olan ülkelerde düşen doğum oranları, kadınların daha fazla işgücüne katılımına ve ailelerin çocuklarına daha fazla eğitim ve sağlık harcaması yapmalarına olanak sağlamaktadır. Diğer yandan nüfus bileşimlerindeki değişimler ekonomilerde emeklilik sistemleri üzerinde sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Richard, 2004:39).

Ekonomistler nüfus artışının etkilerine odaklanırlarken, nüfus artıkaç oluşun yaş dağılımındaki değişimleri göz ardı etmeye yönelmişlerdir. Ancak bu değişimler nüfus artışı kadar önemlidir. Nüfustaki her yaş grubu farklı davranmakta, ayrı ekonomik sonuçlar oluşturmaktadır. Gençler, sağlık ve eğitim alanında yoğunlaşmış yatırımlara ihtiyaç duymakta; orta yaşlı gruplar ise yatırım yapmakta; yaşlılar ise sağlık önlemleri ve emeklilik gelirlerine ihtiyaç duymaktadır.

2050 yılına kadar, 15 yaşın altındaki ve 64 yaşın üzerindeki insanların, 15-64 yaş arasındaki insanlara oranı olan bağımlılık oranları tahminleri de büyük ölçüde her ülkenin gelişme düzeylerine göre değişmektedir. Yüksek bir bağımlılık oranı, çocukların ve emeklilerin vergi transferleri ve aile bakımı yoluyla çalışan insanlar üzerine getirdiği yükü artırmaktadır. Bağımlılık oranlarının az gelişmiş ülkelerde azalması, gelişmişte olan ülkelerde sabit kalması ve Çin’de yükselmesi, gelişmiş ülkelerde çok fazla yükselmesi beklenmektedir.

Genç ve yaşlılar ürettiklerinden daha çok tüketmekte, çalışan kesim ise yatırımlar planlamaktadır. Geliştirilen sağlık teknolojisi, uzun ömürlülük, yatırımı kolay ve çekici hale getirmiştir. Uzun yaşam beklentisi insanların yaşamında temel değişikliklere neden olur. Eğitime, aileye, emeklilik ve kadının iş dünyasında katılımı gibi. Hayattan beklentiler artıkaç ebeveynler çocuklarına daha ileri seviyede eğitim vermeyi seçmektedir (Blomm vd., 2001:17).

Bir ülkenin yaşam beklentisinin yükselmesi (örneğin; 50-55 çıkması) o ülkenin işçi arzını ve bağımlılık oranını düşürür. Fakat yaşam beklentisinin 70’den 75’e yükselmesi ise bağımlılık oranını artırmaktadır. Buna benzer olarak doğurganlık oranındaki düşüş çocukların sayısını düşürdüğü için bağımlılık oranını azaltmaktadır (Richard, 2004:44).

Çocukların toplam nüfustaki azalan payı nedeniyle oluşan düşük bağımlılık oranı geçici olarak birçok gelişmekte olan ülkede ekonomik büyüme oranlarını artırabilmektedir. Bu nedenle doğum oranları düştüğçe bağımlılık oranlarındaki azalmanın etkisi “nüfus kâr payı” olarak adlandırılır. Azalan doğum oranları kadınların çocuklarıyla ilgilenmelerine, az zaman harcamalarına ve böylece iş gücüne daha fazla katkıda bulunmalarını sağlar. Kadınların işgücüne geçişi, geçici olarak işgünündeki büyüme oranlarını artırabilmektedir.

Azalan bağımlılık oranları ekonomik büyümeyi teşvik etmektedir. Birçok Latin Amerika Ülkesi, Doğu Asya ülkelerinin hızlı ekonomik büyümesinde son 40 yıl içerisinde azalan bağımlılık oranlarının etkisi söz konusudur. Örneğin; 1950 ve 2000 yılları arasında Japonya ve Brezilya’nın bağımlılık oranları yaklaşık % 10 azalmıştır (Richard, 2004:45).

Artan bağımlılık oranları birçok ülkede sosyal güvenlik sistemleri için sorunlar oluşturacaktır. Çünkü bu sistemlerde emeklilere ödenen fonlar yetersiz kaldığında finansman açığı vergi gelirlerinden karşılanmaktadır. Artan bağımlılık oranları, hem temel gelirleri azaltır, hem de vergilerden ödenecek emekli maaşlarının sayısını artırır. Yüksek vergi oranları, hızlı ücret artışı veya yüksek göç oranı gelirleri artırmadıkça sistem üstlendiği emekli maaşlarını ödeyecek fondan yoksun kalacaktır (Richard, 2004:47).

Nüfusun yaşlanmasıyla işgücü oranındaki azalma vergi gelirlerini azaltacaktır. Ayrıca yaşlı insanların kısmen tıbbi bakım payının artması sağlık harcamalarını artıracaktır.

Dünyada en hızlı yaşlanan ve ortalama yaşam süresinin arttığı ülke olan Japonya’da; bugün doğacak bir bebeğin 81 yıl yaşayacağı beklenmektedir. Japonya’da 1920’lerde 27 yaş orta yaş olarak kabul edilirken günümüzde 40’lı yaşlar orta yaş olarak kabul edilmektedir. Diğer yandan Japonya’da doğurganlık oranına göre, her bir Japon kadınına 1,3 çocuk düşmektedir. Dolayısıyla da Japonya’da hızla yaşlanan nüfus önemli bir sorun haline gelmiştir. Japonya’daki nüfusun % 17’si 65 yaş üstü iken, 2050 yılında bu oranın % 42 olacağı ve 80 yaş üstü oranın da % 15 olacağı tahmin edilmektedir. Bağımlılık oranı da % 47’den % 96’ya yükselecektir. Emeklilik aylık ödemeleri gittikçe küçülen genç işgücü tarafından yeterince desteklenmemesi, Japonya bütçesinin 2030 yılında % 20 oranında açık vermesine yol açacaktır. Doğurganlık oranının düşmesi, birçok insanın emekli olması, çalışan insan sayısının oranının küçülmesi, gelecekte Japonya ekonomisi için bir sorun olabileceği gibi ekonomik büyümeyi de yavaşlatabilecektir (Blomm vd., 2001:28).

Gelişmiş ülkeler, artan bağımlılık oranlarına tepki olarak birkaç politika değişikliği yapmışlardır. Bu değişiklikler göç yasalarında liberalleşme, yüksek doğum oranlarını teşvik etme, vergi oranlarını yükseltme, emekli aylığı ve sağlık kârlarını azaltmayı içermektedir.

Emeklilik için yüksek göç kabul etme politikası bazı ülkelerde önem kazanmaktadır. Örneğin; ABD’de 65 yaşındaki ve üzerindeki insanların 15-64 yaşları arasındaki insanlara oranını korumak için yeni göçmenlerin sayısını yıllık 1.25 milyondan 12 milyona çıkarmak zorundadır (Richard, 2004:52).

B- Sağlık Harcamaları Üzerine Etkisi

Sağlık harcamaları OECD ülkelerinin ekonomilerinde artan bir paya sahiptir. Ortalama sağlık harcaması 1980’li yıllarda GSMH’nin % 7,1’i iken, 1990’lı yıllarda % 7,7’ye ve 2000’li yıllarda % 8,4’e yükselmiştir. Tablo 2’de OECD ülkelerinde en fazla sağlık harcaması GSMH’nin % 13’üyle ABD tarafından yapılmıştır (Martin, 2003:2).

Sağlık harcamalarındaki bu artış kişi başına yurt içi hasıladaki büyüme ile yakından ilgilidir. Genel olarak daha yüksek GSMH'ya sahip ülkelerde kişi başına düşen sağlık harcaması daha fazladır.

Sağlık harcamalarının artışında “ilaç olanaklarının artması, sağlık teknolojisinin değişmesi, kopyalama, biyoteknoloji ve eczacılık alanındaki gelişmeler” etkili olmuştur. Nüfusun yaşlanması sağlık harcamalarının gelecekteki artışında en önemli etkidir. Zaman içinde sağlık harcamalarının yaş ile bağlı olduğu ve bu harcamaların başka etmenlerden etkilenmediği kabul edilirse OECD ülkelerinde sağlık harcamaları 2000-2050 arasında yaklaşık GSYİH'nın % 2'si kadar artabilecektir (Martin, 2003:3).

Sağlık harcamalarının dağılımı çocuklar için en düşük iken, yaş artıka sağlık harcamaları ancak 50 yaşından sonra katlanarak artmaktadır. Yaşlıların yıllık sağlık harcamaları gençlere oranla 5/4 kat fazladır. Kişisel sağlık harcamaları ayrıca 65 yaş üstü nüfusta yaşla birlikte şiddetli bir şekilde artmaktadır. En yaşlı grup olan 85 yaş üstü kişiler, 65-74 arasındakilerden üç kat, 75-84 arasındakiler iki kat daha fazla sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadırlar (Alemayehu, Warner, 2004:627).

Alemayehu ve Warner yaptıkları çalışmada bir kişinin yaşam boyu sağlık harcamasının ne kadar olabileceğini hesaplamışlardır. 2000 yılı tüketici fiyat endeksleri dikkate alınarak yaptıkları hesaplamalarda, ortalama bir kişinin yaşam süresi boyunca sağlık harcaması 316.597 dolardır (erkekler 268, 679 \$, kadınlar 361.192 \$). Kadınların, erkeklere göre uzunlu ömre sahip olmaları nedeniyle sağlık harcamaları % 8 daha fazladır. Ömür süresince yapılan bu sağlık harcamalarının % 60'ı (188,688\$) 65 yaş üstü kişiler tarafından yapılmaktadır. Ortalama yaşam süresi için tüm ömür boyu sağlık harcamalarının sadece beşte biri yaşamın ilk yarısında, % 80'i 40 yaş sonrasında ve neredeyse bu harcamaların yarısına yakını ise 65 yaş üstü kişiler tarafından yapılmaktadır. ABD'de, 85 yaşından büyük vatandaşlara yapılan sağlık harcamalarının toplam harcamaların % 8,1'i olduğu tespit edilmiştir (Alemayehu, Warner, 2004:637-41). ABD'de sağlık harcamalarının nüfusun yaşlanmasına bağlı olarak beşte bir oranında yükseleceği tahmin edilmektedir.

Tablo 1:Ortalama Yaşam Süresi ve Sağlık Harcamaları

Yaş	Yapılan Sağlık Harcaması \$	Yüzde (%)
0-19	3.432	7,8
20-39	1.448	12,5
40-64	2.601	31
65-84	10.245	36,5
85+	17.071	12,1

Kaynak: (Alemayehu, Warner, 2004:637).

ABD'de yaşam beklentisi, 1950'de % 68,2 iken, 1975'te % 72,6 ve 2000'de % 76,9'a yükselmiştir. ABD'de yaşam süresinin artışı ve diğer faktörlerle birlikte (sağlık teknolojisi gibi) kamu gelirlerinin önemli bir bölümü sağlık harcamalarına ayrılmak zorunda kalınmıştır. 1950'de % 5,2 olan bu pay,

1975’de % 9,4 ve 2000’de 15,4’e yükselmiştir. Hall ve Jones’in ABD’de demografik değişimlerin (ortalama yaşam ömrünün 85 olduğunda) sağlık harcamaları üzerindeki etkisine yönelik yaptıkları simülasyon çalışmasında, bu payın 2020 yıllarda % 20’lere ve 2050 yılında ise % 30’lar düzeyine çıkabileceği ifade edilmektedir. Sağlık harcamalarında bu artışın iki temel nedeni yaşam kalitesi ve yaşam süresinin artışıdır. Sağlık harcamalarındaki artış gelirlerdeki artışa bağlı olarak yükselmektedir. Çünkü, daha iyi ve uzun bir yaşam sürdürmek için daha fazla sağlık harcamalarının yapılması gerekmektedir (Hall, Jones, 2004:2-13).

Son yirmi beş yıl içerisinde gelişmiş ülkeler başta olmak üzere çoğu ülkede sağlık hizmetlerinin GSMH içerisindeki payı giderek artmaktadır. Özellikle gelişmiş ülkelerde bu artış hızlı bir şekilde gerçekleşmektedir. Gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarının artış nedenleri farklılıklar göstermektedir. Bu farklılıklar, sağlık hizmeti kullanımının artması, sosyal güvenlik kurumlarının yaygınlaşması, halkın beklentilerinin artması ve teknolojik gelişmeler gibi nedenlerden kaynaklanabilmektedir (Mutlu, Işık, 2005:210).

Gelişmiş ülkelerde, 1950’li yıllarda toplam sağlık harcamalarının GSMH oranları %2 ile %4 arasında iken o dönemden günümüze bu oran ekonomik büyüme hızından daha hızlı bir oranda artış göstererek %8-10’lar düzeyine ulaşmış bulunmaktadır.

Tablo 2: OECD Ülkelerindeki Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH İçindeki Payı (%)

ÜLKELER/YILLAR	2000	2001	2002	2003	2004
KANADA	8,9	9,4	9,7	9,9	9,9
DANİMARKA	8,3	8,6	8,8	8,9	8,9
YENİ ZELANDA	7,7	7,8	8,2	8	8,4
NORVEÇ	8,5	8,9	9,9	10,1	9,7
PORTEKİZ	9,4	9,3	9,5	9,8	10,1
FRANSA	9,2	9,3	10	10,4	10,5
İNGİLTERE	7,3	7,5	7,7	7,8	8,1
ALMANYA	10,3	10,4	10,6	10,8	1,6
ABD	13,3	14	14,7	15,2	15,3
İSPANYA	7,2	7,2	7,3	7,9	8,1
İTALYA	8,1	8,2	8,3	8,4	8,7
HOLLANDA	7,9	8,3	8,9	9,1	9,2
YUNANİSTAN	9,9	10,4	10,3	10,5	10
İSVİÇRE	10,4	10,9	11,1	11,5	11,6

Kaynak: (OECD Health Data, 2005).

OECD ülkeleri içinde ABD, İngiltere ve İspanya dışındaki ülkelerde de sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı yadsınamayacak derecede yüksektir. ABD’de sağlık harcamalarının GSMH içinde önemli bir kalem

oluşturduğu görülmesine karşın Tablo 2’de yapılan sağlık harcamalarının kamu kesiminden ziyade özel sektörler tarafından yerine getirildiği görülmektedir.

OECD ülkelerinin yapmış olduğu sağlık harcamalarının toplam kamu harcamaları içindeki payını gösteren Tablo 3’e baktığımızda ise, İngiltere ve İsviçre’nin bu konuda diğer ülkelere göre farklı olduğunu söyleyebiliriz.

OECD ülkelerinin sağlık harcamaları içindeki kamu harcamaları payının büyüklüğüne baktığımızda İtalya, Birleşik Krallık ve Yeni Zelanda’nın gözle görülür bir şekilde diğer ülkelere göre kamu sağlık harcamalarının ortalama %85 düzeyinde olduğu görülmektedir.

OECD’ye üye ülkeler içinde kamu sağlık harcamalarında 1960-1995 döneminde sürekli olarak artış görülen ülkeler, Belçika, İsviçre ve Kanada’dır. ABD’de sağlık hizmetleri serbest piyasaya bırakılmasına rağmen kamu sağlık harcamalarında düzenli bir artış gözlenmektedir.

Tablo 3: OECD Ülkelerindeki Sağlık Harcamalarının Toplam Kamu Harcamaları İçindeki Payı (%)

ÜLKELER/YILLAR	2000	2001	2002	2003	2004
FRANSA	75,8	75,9	78,1	78,3	78,4
KANADA	70,3	69,9	69,6	70,1	69,8
FİNLANDİYA	75,1	75,9	76,1	76,2	76,6
YENİ ZELANDA	78	76,4	77,9	78,3	77,4
NORVEÇ	82,5	83,6	83,5	83,7	83,5
PORTEKİZ	72,5	71,5	72,2	73,5	73,2
BİRLEŞİK KRALLIK	80,9	83	83,4	85,6	86,3
ALMANYA	79,7	79,4	79,3	78,7	76,9
ABD	44	44,8	44,8	44,6	44,7
İSPANYA	71,6	71,2	71,3	70,4	70,9
HOLLANDA	63,1	62,8	62,5	63	62,3
YUNANİSTAN	52,6	55,5	54,1	53,6	52,8
İSVİÇRE	84,9	84,9	85,1	85,4	84,9
İTALYA	72	74,3	74,2	73,7	75,1

Kaynak: (OECD Health Division).

Yukarıdaki tablodan da görüldüğü üzere OECD ülkeleri içinde sağlık harcamalarının toplam kamu harcamaları içerisindeki payı oldukça yüksektir. Bu durumun, gelişmiş ülkelerdeki ekonomik gelişme ile toplumun sağlık düzeyi arasındaki ilişkiden kaynaklandığını söyleyebiliriz.

II. TÜRKİYE’DE SOSYAL GÜVENLİK KURUMLARININ FİNANSMAN SORUNLARI

Ülkelerin sosyal güvenlik sistemlerinin hukuki, idari ve mali, bakımdan teşkilatlanması ve uygulanan sosyal güvenlik programları, toplumların ekonomik güçlerini gösteren fonksiyonlardandır. Türkiye’de uygulanan sosyal güvenlik sistemi, zaman zaman sigortalılara ülkenin

ekonomik ve sosyal imkanlarını aşan yardımlar sunmuştur. Erken emeklilikle çok sayıda bağımlının güvence altında bulunması, ödeneklerin asgari şartlarla bağlanmaması gibi uygulamalar sosyal güvenlik sisteminin ülke gerçeklerinden uzak olduğunun bir kanıtı olarak ifade edilebilir (Dülger, 1991:50).

Sosyal güvenlik kurumlarının finansman açıklarının GSMH'ya oranının giderek artış göstereceği tahmin edilmektedir. Sosyal güvenlik açıklarının GSMH'ya oranı, 2006 yılında % 4, 2007'de % 4,4 iken 2020 yılında % 8,36 ve 2050 yılına gelindiğinde ise %16,22'ye yükseleceği tahmin edilmektedir (İTO, 2007:120).

Mevcut durumun devam etmesi halinde ise, sosyal güvenlik kurumlarının harcamalarını karşılamak üzere sigortalıların gelirlerinden kesilecek olan prim oranlarının 2010 yılına gelindiğinde % 77'e ve 2050 yılına gelindiğinde de %111'e ulaşacağı öngörülmektedir (İTO, 2007:120).

TÜSİAD'ın 1997 yılında hazırlamış olduğu raporda, öngörülen önlemlerin alınması halinde bile sistem içindeki iyileşmenin, reformun uygulanmaya başlandığı andan itibaren 10 yıl sonra gerçekleşebileceği, bunun ise en erken 2030 yılında olabileceği belirtilmektedir (TÜSİAD, 1997: 125).

A.Sosyal Güvenlik Kurumlarının Mali Yapısı

Ülkemizde sosyal güvenlik sisteminin yapılanmasına baktığımız zaman üçlü bir ayırımdan söz etmek mümkündür. Bu yapılanma içerisinde bağımsız çalışanlar, bağımlı çalışanlar ve devlet memurları ayrı sosyal güvenlik kurumlarına tabi tutulmuştur. Buna göre, bağımsız çalışanlar Bağ-Kur'a, bağımlı çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu ve devlet memurları da Emekli Sandığı'na bağlı kılınmıştır.

1. Emekli Sandığı Mali Yapısı

1950 yılında 5434 sayılı kanunla kurulan T.C. Emekli Sandığı'nın başlıca amacı, kamu kesiminde çalışanlarla bunların dul ve yetimlerinin sosyal güvenliklerini sağlamaktır.

Emekli Sandığı hizmetlerinin finansmanında sigortalı ve işverenlerden alınan primler ile fon gelirleri önemli gelir kaynakları arasında yer almaktadır. Devlet katkısı ise bu kurumda da dolaylı bir şekilde gerçekleşmektedir (Çakıcı, 2001: 24).

Emekli Sandığı'nın gelirleri içerisinde kesenekler oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Emekli Sandığı'nın elde ettiği gelirler içerisinde kesenekler %80'e yakın bir orana sahip olduğu söylenebilir.

Emekli Sandığı'nın kesenekler dışındaki geçici gelirleri ve faaliyet dışı gelirleri kurum için düşük bir yüzdeye sahiptir. Tablo 4' den de anlaşılacağı üzere faaliyet dışı gelirler toplam gelirlerinin ancak % 0,5'lik bir kısmına karşılık gelmektedir. Dolayısıyla kurumun asıl gelir kaynağı keseneklerin oluşturduğu primlerdir.

Tablo 4 : Emekli Sandığı Gelirleri (YTL)

Yıllar	Kesenekler	Toplam Gelir İçindeki Payı (%)	Geçici Gelirler	Toplam Gelir İçindeki Payı (%)	Faaliyet Dışı Gelirler	Toplam Gelir İçindeki Payı (%)
2002	3.845.653.222	77,20043	11.937.386	0,23964	23.432.315	0,470397
2003	5.520.099.936	81,00798	49.380.066	0,724657	23.322.631	0,342262
2004	6.439.630.910	82,76679	17.295.688	0,222297	48.221.464	0,619777
2005	7.373.633.341	73,01351	20.730.377	0,205272	541.141.881	5,358372
2006	7.814.000.000	79,45431	740.000	0,007524	558.652.411	5,680489

Kaynak: Emekli Sandığı Yıllık İstatistiği, <<http://www.emekli.gov.tr>> (24/09/2006).

Emekli Sandığı'na işveren genelde kamu kurum ve kuruluşlarıdır. Dolayısıyla işveren devlet olarak düşünüldüğünde devletin Emekli Sandığı'na dolaysız katkısının olduğunu söylemek mümkündür. Emekli Sandığı'na bütçeden yapılan transferler aşağıdaki tabloda gösterilmektedir.

Tablo 5: Emekli Sandığı'na Yapılan Bütçe Transferleri (Milyon YTL)

Yıllar	Ödenek	Gerçekleşme	Hazine Adına Yapılan Ödemeler	Sandık Açığı	Açık/Ödenek (%)
2000	1.775,0	1.775,0	817,2	837,4	47,1
2001	2.675,0	2.675,0	1.164,7	-1.583,0	59,1
2002	4.676,0	4.676,0	1.802,6	-2.648,3	56,6
2003	6.145,0	6.145,0	2.669,3	-3.532,6	59,8
2004	7.800,0	7.800,0	3.248,3	-4.464,6	57,4
2005	8.889,3	8.889,3	4.684,0	-3.986,9	44,8
2006	10.035,0	10.035,0	5.086,2	-5.399,2	53,7

Kaynak: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (2007), Sosyal Güvenlik Kurumları İstatistiği, s.9.

Son yıllarda kurumun devamlı bir şekilde gelir-gider farkının giderler lehine bozulduğunu söylemek mümkündür. Tablo 6'ya baktığımız zaman, kurum gelirlerinin, bir önceki yıla oranla ortalama %52 düzeyinde artış göstermesine rağmen, giderlerinde meydana gelen artışı karşılayamadığı ve sürekli açık verdiği görülmektedir. Süreklilik arz eden bu açıklar, kurumun mali yapısının bozulmasındaki en önemli etken olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır.

Tablo 6: Emekli Sandığı Gelir Gider Farkı

Yıllar	GERÇEKLEŞME (YTL.)		Fark (YTL.)	Değişim Oranı (%)
	Gelirler	Giderler		
2000	2.138.765.110	2.976.238.608	-837.473.498	
2001	3.217.177.726	4.800.176.358	-1.582.998.632	52,9
2002	4.981.388.344	7.629.741.972	-2.648.353.628	599,77
2003	6.814.266.712	10.346.934.283	-3.532.667.571	74,96
2004	7.780.452.224	12.245.126.168	-4.464.673.944	79,12
2005	10.098.998.052	14.085.992.348	-3.986.994.296	-15
2006	9.834.582.411	15.233.823.935	-5.399.241.524	73,8

Kaynak: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (2007), Sosyal Güvenlik Kurumları İstatistiği, s.9.

2. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) Mali Yapısı

Sosyal Sigortalar Kurumu ülkemizde ilk olarak 1945 tarihinde 4792 Sayılı Kanunla kurulmuş, 1964 yılında 506 Sayılı Kanunla Sosyal Sigortalar Kurumu adını almıştır.

Kurumun temel amacı sosyal sigortacılık ilkelerine dayalı, etkin, adil, kolay erişilebilir, aktüeryal ve mali açıdan sürdürülebilir, çağdaş standartlarda sosyal güvenlik sistemini yürütmektir. Sosyal güvenlik politikalarını uygulamak ve geliştirmek, hizmet sunduğu gerçek ve tüzel kişilikleri bilgilendirmek, sosyal güvenlik ile ilgili konularda gerek uluslararası kuruluşlarla ilişki kurmak ve gerekse de uluslararası antlaşmaları uygulamak, sosyal güvenlik alanında işbirliği sağlamak SSK'nın temel görevleridir.

SSK'nın temel gelir kaynağı işveren ve çalışanlar tarafından ödenen primlerdir. SSK'nın primler dışında genel bütçeden yapılan transferler de diğer gelir kalemleridir.

Tablo 7: SSK'nın Prim Gelirleri ve Bütçe Transferleri (Bin YTL)

Yıllar	Prim Gelirleri	Değişim Oranı (%)	Bütçe Transferleri	Yıllık Değişim (%)	GSMH İçindeki Oranı (%)
2000	4.221.000	112,20	400.000	64,0	0,3
2001	5.985.000	41,79	1.108.000	117,0	0,6
2002	8.941.000	49,39	2.386.000	115,3	0,9
2003	12.745.000	42,55	4.808.617	101,5	1,3
2004	16.967.000	33,13	5.757.000	19,7	1,3
2005	19.865.378	17,08	7.507.267	30,4	1,5
2006	25.703.675	29,39	8.527.000	12,5	1,6

Kaynak: SSK Yıllık İstatistik Bülteni, 2007, s.5.

Tablo 7’de görüldüğü gibi SSK’nın prim gelirleri yıllar itibariyle sürekli bir artış halinde günümüze kadar gelmektedir. Prim artışlarının nedeni olarak öncelikle, SSK’ya bağlı prim ödeyen sigortalı sayısındaki artış gösterilebilir. SSK’nın sosyal güvenlik kapsamına aldığı sigortalı sayısı itibariyle ülke nüfusunun % 65’lik bir kısmına hizmet verir konuma gelmiştir.

SSK’ya yapılan bütçe transferlerinin de yıllar itibariyle artış gösterdiği görülmektedir. Bu artışın nedeni, kurum tarafından toplanan primlerin genel giderleri karşılamada yetersiz kalmasıdır.

3. Bağ-Kur’un Mali Yapısı

1971 yılında 1479 Sayılı Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalılar Kanunu ile kurulan Bağ-Kur’un kapsamında sigortalı olanlar: esnaf ve sanatkarlar ile diğer bağımsız çalışanlardan ticari kazanç ve meslek kazancı dolayısıyla gerçek veya basit usulde gelir vergisi mükellefleri veya gelir vergisinden muaf tutulanlar, kolektif şirketlerin adi ortakları, adi komandit şirketlerin komandit ve komanditer ortakları, limited şirketlerin ortakları, sermayesi paylara bölünmüş komandit şirketlerin komandite ortakları, donatma şirketleri ortakları ile anonim şirketi kurucu ortakları ve yönetim kurulu üyeleridir.

Bağ-Kur’un gelirleri; “sigortalının ödeyeceği primler, para cezaları, gerçek veya tüzel kişiler tarafından yapılan bağış ve vasiyetler, kurumun taşınır ve taşınmaz mallarının sağlayacağı gelirler, genel bütçeden yapılan transferler, kurum iştirak ve kuruluşlarını gelirleri ve diğer gelirler”dir.

Sayılan bu gelirler içerisindeki en önemli gelir kaynağı, prim gelirleri ve genel bütçeden yapılan transferlerdir.

Tablo 8: 1479 Sayılı Kanuna Göre Bağ-Kur Tarafından Tahsil Edilen Primlerin Aylıkları Karşılama Durumu

Yıllar	Prim Tahsilatı (Bin YTL)	Aylık Ödemeler (Bin YTL)	Karşılama Oranı (%)	Gelir (Bin YTL)	Artış Yüzdesi (%)
2000	350.092,7	1.085.784	32,2	1.051.460	32,1
2001	603.715,0	1.686.604	35,8	1.740.000	65,5
2002	920.474,4	2.585.848	35,6	2.622.000	50,7
2003	1.264.084	4.354.254	29,0	4.930.000	88,0
2004	1.758.791	5.569.571	31,6	5.273.000	7,0
2005	1.681.657	6.514.255	25,8	6.925.800	31,3

Kaynak: Bağ-Kur İstatistik Yıllığı, 2005, s.9-10.

Yukarıdaki tablodan anlaşılmaktadır ki, kurumun son yıllarda toplamış olduğu prim gelirleri, kurumun aylık ödemelerinin ortalama %30’unu karşılamaktadır. Tahsil oranlarının düşüklüğü kurumu mali anlamda zorlandığının bir göstergesidir. Ayrıca, kurumdan yapılan aylık ödemelerinin de

yıllar itibariyle artış eğilimi göstermesine karşılık elde edilen prim gelirlerinin, giderleri karşılama oranında 2003 yılından itibaren düşüş eğilimi içinde olduğu görülmektedir. Devlet bütçesinden yapılan transferlerin yıllara göre dağılımına göre kuruma yapılan transferlerin en yüksek artış oranına sahip olduğu yıl 2003 yılıdır.

Bağ-Kur’un prim gelirleri dışındaki diğer önemli bir gelir kalemi de devlet bütçesinden yapılan transferlerdir. Son yıllarda kuruma yönelik devlet bütçesinden yapılan transferlerin toplamı 22.542.260.000 YTL’dir.

Aşağıdaki Tablo 9’da gösterildiği gibi kurumun toplam gelir ve giderleri arasındaki farkın giderler lehinde olması, kurumun mali açıdan bir darboğazda olduğunun bir göstergesidir. Kurumun son yıllarda gelirlerinde meydana gelen artış eğilimi oransal anlamda, giderlerine oranla daha fazla artış göstermesine rağmen, gelir gider farkının devamlı bir şekilde açık verdiği görülmektedir.

Tablo 9: Bağ-Kur’un Toplam Gelirleri ve Giderleri

Yıllar	Gelir (Bin YTL)	Gider (Bin YTL)	Fark (Bin YTL)	Artış Yüzdesi (%)	
				GELİR	GİDER
2000	725.912,8	1.899.118,3	-1.173.205,5	75,3	45,0
2001	1.280.348,1	3.059.214,4	-1.778.866,3	76,4	61,1
2002	2.101.540	5.032.115,1	-2.930.575,1	64,1	64,5
2003	2.982.986	8.061.199	-5.078.213	41,9	60,2
2004	4.241.518	9.953.538	-5.712.020	42,2	23,5
2005	3.726.768,	11.020.036	-7.293.268,	-12,1	10,7

Kaynak: Bağ-Kur İstatistik Yıllığı, 2005, s.9.

B. Türkiye’de Demografik Değişimlerin Türk Sosyal Güvenlik Sistemi Üzerinde Oluşturduğu Sorunlar ve Diğer Temel Sorunlar

Türkiye’de sosyal güvenlik kuruluşlarının mali açıdan çeşitli sorunları bulunmaktadır. Bu sorunları bir kısmı ortak sorunlar iken bir kısmı ise kurumlara özel sorunlar şeklindedir. Bu sorunları, demografik yapı değişmesinden kaynaklanan sorunlar ve diğer sorunlar olmak üzere iki grupta sınıflandırmak mümkündür.

C. 1. Türkiye’de Demografik Değişimlerin Türk Sosyal Güvenlik Sistemine Etkisi

1990’lı yıllardan günümüze gelen süreç içerisinde ülkemizde, henüz farkına varılmamış ve uzun dönemli etkileri çok büyük olacak bir sorunla karşı karşıyadır. 1990 yılından günümüze doğurganlık hızındaki düşüş, beklenen yaşam süresindeki artış ve nüfusun yaşlanması gibi demografik değişkenler Türkiye’nin büyük çaplı bir dönüşüm içerisinde olduğunu ortaya koymaktadır. Bu durum aşağıdaki tabloda ifade edilmektedir (Akgeyik vd, 2007: 56).

Tablo 10:Türkiye’de Nüfusun Seçilmiş Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Yaş Grupları/Yıllar	0-14	15-64	65+
1990	35,0	60,7	4,3
2006	28,1	66,0	6,0
2015	25,3	68,2	6,6

Kaynak: (Akgeyik vd, 2007: 56)

Demografik dönüşüm tamamlandığında, Türkiye’nin nüfusu sabitlenecek ve şimdiki nüfus yapısından oldukça farklı bir yapıya sahip olacaktır. Batılı ülkelerin 100 yılda geçirdiği değişimi ülkemiz 40-50 yılda yaşamış ve önümüzdeki 20-30 yılda bu süreci tamamlaması beklenmektedir (Akgeyik vd, 2007:56).

Yaşanılan bu demografik değişimin sosyal güvenlik sistemleri üzerindeki en önemli çıkmazı, yaşlanan nüfusa bağlı olarak toplam bağımlılık oranının artması, aktif/pasif oranının düşmesine bağlı olarak sosyal güvenlik sistemlerinin finansal krizler içine sürüklenmesidir (Akgeyik vd, 2007: 56).

Türkiye 2025 yılına kadar demografik geçiş sürecinin toplumlar için “Fırsat Penceresi” olarak nitelendirilen ikinci evresini yaşayacaktır. Yani Türkiye’de nüfus artış hızı yavaşlama eğilimine girecektir. Türkiye’de çocukların toplam nüfusa oranı azalmakta, 2000 yılından itibaren hızla artan genç ve yetişkin nüfus ortaya çıkmaktadır. Öncelikle günümüzde yaşanıyor olan ve 2025’e kadar devam edecek olan bu demografik süreç sağlık sisteminde değişimlerin ortaya çıkmasına neden olacaktır. Bu olası önemli değişimlerden bazıları şunlardır:

- Türkiye’de % 8,6’larda olan yaşlı nüfus oranının 2025 yılında % 15’e ulaşabileceği öngörülmektedir.
- Yaşlı nüfusun artışıyla birlikte emeklilik sisteminde değişimlerin olması gerekmektedir. Ülkemizde 2007 yılı itibariyle toplam nüfusun yarısı ortalama 28,3 yaş altı kesimdir. Bu yaş gurubunun toplam nüfus içindeki payının 2025 yılında % 33’e düşmesi beklenmektedir. Makas etkisi olarak nitelendirilen insan ömrünün uzaması (ortalama yaşın 20 yıl öncesine oranla 5,7 yıl artması) ve doğum oranının azalması da dikkate alındığında, bakmakla yükümlü olunan kesimin bakmakla yükümlü olan kesime olan oranı zaman içerisinde artacaktır. Bu nedenle emeklilik maaşı alacak kesimin sayısı artacaktır.
- Yıllık nüfus artışıyla birlikte yoğunlaşan kentleşme ve göç olgusu sonucu kentlerde yaşayan insan sayısı her yıl % 6-7 oranında artmaktadır.

C. 2. Diğer Temel Sorunlar

Diğer temel sorunları daha çok sosyal güvenlik sisteminin yapısından veya sosyal güvenlik kuruluşları ile devlet arasındaki ilişkiden kaynaklanan sorunlardan oluşmaktadır. Kamu sektöründen aktarılan kaynakların düşük oranlarda kalması, sosyal güvenlik sistemine dahil olan sigortalılara yönelik erken emeklilik uygulamasının varlığı ve prim tahsilatında yaşanan sorunlar

sosyal güvenlik kurumlarının sistemden kaynaklanan başlıca sorunları oluşturmaktadır.

a. Kaynak Yetersizliği

Bir sosyal güvenlik sisteminin yeterli derecede sosyal güvenlik garantisi verebilmesi için, kaynak yetersizliği içinde olmaması gerekir. Ancak ülkemizde sosyal güvenliğe tahsis edilen kaynakların GSMH’ya oranı yaklaşık %5 ile sınırlıdır. Nüfusun tamamının genel bir sağlık hizmeti kapsamına alınmamış olması, hizmetin finansmanı, hizmetin arz ve talebinde farklı uygulamalara neden olmaktadır. Sağlık hizmeti organizasyonunun çok çeşitli olması ve hizmetlerin sağlık ekonomisinden uzak bir şekilde sunulması etkin kaynak kullanımını ve kaynak tahsisini ortadan kaldırmaktadır (Sağlam, 2001:1591).

Türkiye’de sosyal güvenlik sisteminin sorunları, 1990’lı yıllardan itibaren giderek artmaya ve içinden çıkılmaz bir duruma doğru sürüklenmiştir. Tüm yapısal nitelik kazanan sorunların temelinde, devletin başlangıçtan itibaren kapsamlı ve etkin bir sosyal güvenlik programına sahip olamaması vardır.

Belirtilen nedenler özellikle, sosyal güvenlik kurumlarının gelirlerinin, siyasi tercihler doğrultusunda kullanılmasının yollarını açık tutmuş, sosyal sigorta ilkelerine aykırı uygulamalar fonların kısa bir süre içerisinde erimesine neden olmuştur. Özellikle Bağ-Kur ve SSK’da, prim tahsilatındaki başarısızlıklara çözüm bulunamamış, bu nedenle de kurumlar yeterli gelir kaynağına sahip olamamışlardır. Finansman kaynağının genel olarak prime dayandığı sosyal güvenlik sisteminde, istihdam yapısı ile sosyal güvenlik kurumlarının gelir kaynakları arasında doğrudan bir ilişki vardır. Kayıt dışı istihdamın yaygınlaşmasının doğal bir sonucu olarak sosyal güvenlik kurumları çok ciddi gelir kaybına uğramaktadırlar. Bu duruma varolan yüksek işsizlik oranı da eklenince sosyal güvenlik sistemimizin finansman dar boğazının nedeni daha kolay anlaşılacaktır (Güzel, 2005:68).

Fonlardan elde edilen gelirler uzun bir dönem geçmişte yaşanan kronik enflasyon nedeniyle çok düşük düzeylerde kalmıştır. Sosyal güvenlik kurumları zorunlu olarak aldıkları tahvillerden ve banka mevduatı olarak tuttıkları fonlardan reel olarak çok düşük gelir elde etmişlerdir.

Siyasi gerekçelerle sisteme yapılan olumsuz müdahaleler de sosyal güvenlik kurumlarının prim gelirlerinde bir azalmaya neden olmuştur. Siyasi iktidarlar yıllarca sosyal sigorta kurumlarını siyasi yatırım aracı, ucuz kredi kurumu olarak görmüşler; sistemin fonlarını, konut kredileri, düşük faizli devlet tahvillerin alınması gibi siyasi güdümlü uygulamalarla tüketmişlerdir (Türk-İş, 2005: 5).

Primi alınmadan emeklilere yapılan sosyal yardım zammı ödemeleri, prim afları ve kamu kuruluşlarının prim borçlarının ertelenmesi gibi uygulamalar sosyal güvenlik kurumlarında kaynak yetersizliğine neden olmaktadır.

Prim oranlarının, dünyadaki diğer ülkelerdeki uygulamalar seviyesinde olmasına rağmen, prime esas kazançların tamamının prime esas tutulmaması ve gelirlerin olduğundan daha düşük beyan edilmesi prim gelirlerinin artırılmasına engel olmaktadır. Ücretlerdeki gelişmenin prime esasa kazançların üzerinde bir seviyeye yükselmesi prim alınmayan kazanç miktarını artırmıştır. Bu olumsuz durum neticesinde de sosyal güvenlik kurumlarının en önemli gelir kaynağı olan primlerden yeterince faydalanamamaktadırlar (DPT, 2007:3). Ayrıca, primlerin zamanında ve yeterince tahsil edilememesi nedeniyle sosyal güvenlik kurumlarının gelirlerinde bir azalmanın meydana gelmesidir.

b. Devlet Katkısı Sorunu

Günümüz dünyasında sosyal güvenlik artık bir devlet görevi olarak kabul görmektedir. Bunun en önemli nedeni, vatandaşların sosyal güvenliğini sağlamanın devlete anayasal bir görev olarak verilmesidir. Sosyal güvenlik sisteminin amaçlarının gerçekleşmesi için çalışan ve işverenle birlikte devletin de sosyal güvenlik harcamalarının finansmanına katılması doğal sayılmaktadır (Yıldız, 2000: 27). Dünyada birçok ülkede, devlet, işçi ve işverenlerden kesilen primlerin yanı sıra kendisinde sosyal güvenlik kuruluşlarının finansmanına katkıda bulunmaktadır. Ülkemizde sosyal güvenlik kuruluşlarına doğrudan devlet katkısının olamaması, onları darboğaza düşüren etkenlerden birisidir.

Ülkemizde devlet anayasal bir görev olarak sosyal güvenliğini sağlamakla birlikte, prime dayalı sosyal güvenlik hizmetlerinin finansmanına doğrudan doğruya katılmamakta, kuruluş giderlerini karşılama, işlemleri vergi ve harçlardan muaf tutma gibi dolaylı yollardan katkı sağlamaktadır (Aktürk, 1995: 2).

Türkiye’de devlet, sosyal güvenlik sisteminin finansmanına katılmadığı gibi sosyal güvenlik fonlarını kullanarak kendine ucuz iç finansman kaynağı yaratmıştır. Ülkemizde Emekli Sandığı dışında, devletin sosyal sigortaların finansmanına düzenli bir katkısı olduğu söylenemez. Vergi indirimi ve bağışıklıkları yoluyla sağlanan dolaylı devlet katkıları ise önemli bir rol oynamamaktadır (Şakar, 1998: 55).

Ayrıca ülkemizde tüm mali sistemin sorunlarından biri olan kayıt dışılık sorunu da sistemin gelirlerinin azalmasına neden olmaktadır. Neredeyse her iki kişiden birisi kayıtdışı çalışmaktadır. Türkiye’de kayıt dışı ekonomiye yönelimin temel nedeni olarak istihdam üzerindeki vergi ve sosyal güvenlik kesintileridir. Vergi takozu olarak ifade edilebilen ücretlerden yapılan bu kesintiler % 40-45'lere ulaşabilmektedir. Kayıt dışı ekonominin varlığı kamu kesimi açısından vergi kaybı anlamına gelmekte, dolayısıyla kamu kesimi gelir kaynaklarının azalmasına neden olmaktadır. Kayıt dışı olarak çalışan pek çok kişi ya hiç prim ödememekte ya da asgari ücret üzerinden prim ödeyerek sosyal güvenlik kuruluşlarının gelirleri üzerinde negatif etki yaratmaktadır (Bknz.; Özsoylu, 1993:2-28).

c. Aktif/Pasif Sigortalı Sorunu ve Emeklilik Sorunu

Finansman dengesini bozan en önemli sorunlardan biri erken emekliliktir. SSK'da emeklilerin % 62'sinin yaşının asgari emeklilik yaşı olan 58-60 yaşın altında olması, sorunun boyutunu açıkça ortaya koymaktadır (Çalışma Bakanlığı, 2005: 19).

Genç emekli sayısının yüksek olması, daha kısa çalışma süresi, daha uzun emeklilik süresi anlamına gelmektedir. Örnek vermek gerekirse, SSK'da 19,4 yıl çalışarak emekli olabilen bir kadın 35 yıl, bir erkek ise 28 yıl boyunca emekli aylığı alabilmektedir. 1999 yılındaki emeklilik yaşıyla ilgili düzenlemeler sonucunda, emeklilikte geçen süre 2020 yılına kadar aşamalı olarak azalacaktır. Ancak, çalışılan süre/emeklilikte geçen süre ilişkisini çalışılan süre lehine değiştirecek yeni düzenlemeler yapılmaması durumunda, hayatta kalma beklentisinin önümüzdeki yıllarda giderek artacak olması nedeniyle, emeklilikte geçen süre 2020 yılından sonra yeniden artmaya başlayacaktır (Çalışma Bakanlığı, 2005:19).

OECD ülkeleri arasındaki karşılaştırmalara göre, ülkemiz en uzun süre emekli maaşı ödenen ülkeler arasındadır. 1999 yılında yapılan emeklilik yaşı artışı bile, bu durumu çok fazla değiştirmemiştir (Çalışma Bakanlığı, 2005: 20).

Ülkemizde emeklilik sisteminin diğer önemli parametrelerinden birisi de aylık bağlama oranının yüksekliğidir. Çalışırken, ele geçen net ücretle karşılaştırıldığında emekli aylıklarının SSK'da ücrete çok yakın, Emekli Sandığı ve Bağ Kur'da ise üzerinde olduğu görülmektedir. Emekli aylığının prime esas net ücrete oranı olarak tanımlanan aylık bağlama oranı SSK'da % 90, Bağ-Kur'da % 127 ve Emekli Sandığı'nda % 106'dır (Çalışma Bakanlığı, 2005: 20).

Türkiye'de sosyal güvenlik kapsamı içerisindeki nüfusla ilgili dikkati çeken konu, aktif sigortalı başına düşen pasif sigortalı ve bağımlı sayısının yüksekliği ve bu sayının zaman içerisinde gösterdiği artıştır. Pasif sigortalı/aktif sigortalı ve bağımlı nüfus/aktif sigortalı oranlarının yüksekliği ve giderek artması da mali açıdan sosyal güvenlik kurumlarını olumsuz yönde etkilemektedir.

Sosyal güvenlik kurumlarındaki aktif/pasif sigortalı oranları 1986'dan günümüze farklılıklar göstermektedir. Emekli Sandığı'nda, bu zaman serisi içerisinde aktif sigortalının, kurumdan aylık alan pasif sigortalıya oranla daha düşük bir oranda değişim gösterdiği ve bu durumun da kurumun mali yapısı içerisinde olumsuz etkiler yarattığı bilinmektedir (Gümü, 2007: 6).

SSK için aktif sigortalı/pasif sigortalı değişimi, 1988, 1994, 1996, 2002, 2005, 2006 ve 2007 yıllarında aktif sigortalı lehine değişim göstermiş, geriye kalan yıllarda ise pasif sigortalılar lehinde bir değişim görülmüştür. SSK'da da aktif sigortalı/pasif sigortalı oranının kurumdan sadece aylık alanlar lehine değişmesi kurumun mali dengesini de olumsuz etkilemiştir (Gümü, 2007:6).

Bağ-Kur'un durumu da diğer iki kurumdan farklılık göstermemektedir. Zira 1986-2006 yılları arasında sürekli aylık alanların büyüme oranı prim ödeyenlerin büyüme oranından daha yüksek bir seviyede gerçekleşmiş, bu durum kurumun gelir gider dengesini ciddi bir biçimde etkilemiştir (Gümüş, 2007: 6).

Sosyal güvenlik kuruluşlarından emekli olan sigortalılar, çalışan nüfus içinden ayrılırlar bile tekrar çalışmaya devam etmektedirler. İşverenler de bu durumu maliyetlerin azalması nedeniyle kabul etmektedirler. Emekliler SSK'ya %20 oranında sosyal güvenlik primi ödeyerek çalışmaktadırlar.

Dağıtım esasına dayalı sosyal güvenlik sisteminde aktif/pasif oranının 4 olması gerekmektedir. Yani dört çalışandan tahsil edilen sigorta priminin bir emeklinin aylığını ödeyebilmesi önemlidir. Ülkemizde sosyal güvenlik kurumlarında aktif/pasif sigortalı oranı uluslararası minimum standardın altına düşmüştür. Bu oran Sosyal Sigortalar Kurumu'nda ve Emekli Sandığı'nda 1,8/1'e, Bağ-Kur'da 2/1'e düşmüştür (Gümüş, 2007: 7). 2007 yılında aktif/pasif oranı 1,98, 2008 yılının ilk 6 ayında ise 1,95 olarak hesaplanmıştır.

Erken emeklilik uygulaması ile kurumların pasif sigortalı sayısındaki hızlı artışa karşılık, aktif sigortalı sayılarının yeterli derecede arttırılamaması sonucunda aktif/pasif sigortalı dengesi bozulmuştur (Banger, 2003: 2).

Erken emeklilik uygulaması sosyal güvenlikte yaşanan krizin başlıca nedenlerinden birisidir. Emeklilik yaşının düşüklüğü, ülkemizde sosyal güvenlik kurumlarının aktüeryal dengelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Emekli olanlar, çalışan nüfus içinden ayrılmış gibi görünseler de çalışmaya devam etmektedirler. Emekliler SSK'ya %20 oranında Sosyal Güvenlik Destek Primi ödeyerek çalışma hayatlarına devam etmektedirler. Böylece emekliler hem çalıştıkları için aylık ücretlerini almakta hem de emekli aylıklarını alarak yaşamlarını sürdürmektedirler.

Bağ-Kur'a bağlı sigortalılar ise, emekli olduklarında sahip oldukları iş yerlerini kapatmayıp, çalışmaya devam etmektedirler. Bu durumda da, hem kurumdan emekli aylığını almakta hem de işyerinden gelir elde etmektedir. Ancak emeklilik dönemi boyunca da kuruma herhangi bir prim ödememesi kurumu mali açıdan sıkıntıya uğratmaktadır.

Emekli Sandığı'na bağlı bir sigortalı da yine diğer iki kuruma bağlı sigortalıların yaptığı gibi emekli olduktan sonra da çalışmaya devam edebilmektedir. Bu durum sigortalılar için makul sayılabilir, ancak aktif/pasif oranını bozduğundan dolayı sosyal güvenlik kurumları açısından olumsuz mali sıkıntılara yol açmaktadır.

ç. İdari ve Mali Özerkliğin Olmaması

İlgili sosyal sigortalar kanunlarında kurumların idari ve mali açıdan özerk görünmelerine rağmen, uygulamada değildir. Kanunlarda öngörülen sosyal güvenlik kuruluşlarının yönetim kurullarının teşekkül tarzı bu özerkliğin soyut bir özerklik olmasına yol açmakta, kurumlara her bakımdan siyasi iktidarlar müdahale edebilmektedir. Siyasi müdahaleler kurumların, siyasi

iktidarların hakimiyeti altına girmesine yol açmaktadır. Devlet politikası gibi süreklilik isteyen sosyal güvenlik sistemine sık sık yapılan politik müdahaleler sistemi işlemez hale getirmiştir (DPT, 2001: 45).

Sosyal güvenlik sisteminin dağılık kurumsal yapısının olumsuz etkileri kendisini en fazla sağlık finansmanı alanında göstermiştir. Toplumda yaşayan kişilerin belirli bir bölümü; yaşamlarının sadece son döneminde emeklilik uygulamasına, sosyal yardım ve hizmetlere ihtiyaç duyarlarken, toplumu oluşturan tüm bireyler ise bütün yaşamları boyunca koruyucu ya da tedavi edici sağlık hizmetine gereksinim duymaktadırlar. Sağlık bilgilerinin merkezi olarak saklanmaması ve harcamalarının tek bir elden yürütülmemesi, harcamalarda israfa, aşırı sayıda bürokratik işleme, sağlık politikalarının belirlenmesinde de yanlışlıklara neden olmaktadır (Çalışma Bakanlığı, 2005: 21).

D.Temel Sorunların Çözümüne Yönelik Getirilen Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu

Sosyal güvenlik sistemine ilişkin çözüm önerilerinin benimsendiği Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Nisan 2008 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Türkiye’de sosyal sigorta sisteminin sağlıklı işleyebilmesi için uzun tartışmalar sonucunda kabul edilen yeni Sosyal Güvenlik Kanunu varolan krizin aşılmasında nasıl bir etki yaratacağı merak konusudur. Reform olarak adlandırılan yasa dört ana bileşen üzerine oturtulmuştur. Bunlardan ilki, ülke sınırları içinde yaşayan tüm bireylerin eşit olarak faydalanabileceği Genel Sağlık Sigortası’dır (GSS). GSS, tüm bireyleri sigorta kapsamına almakta ve uygulamada tüm sigortalıları tek çatıda toplamaktadır. Kişilerin hasta olduktan sonra tedavilerine ait bedellerin ödenmesinin yanında, hasta olmalarını önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini de sigortanın kapsamına almaktadır. İkinci bileşen ise, primsiz ödemeler ile sosyal yardımları tek bir elde toplayarak tüm muhtaç kesimlere dağıtılmasını sağlamaktadır. Üçüncü olarak, tek bir emeklilik sisteminin oluşturulmasını amaçlamakta ve son olarak da yeni bir kurumsal yapının oluşturulmasına önem vermektedir.

GSS uygulaması, ülke sınırları içerisinde yaşayan bireylerin, hastalık veya kaza nedeniyle uğrayacağı zararlara karşı, koruma amaçlı kurulmuş olan özel veya kamusal nitelikli finansman yöntemidir. GSS sistemi, sağlık güvencesinden yoksun olan tüm nüfusu sigortalayıp, düşük gelir gruplarına devlet yardımı yaparak sağlık finansmanında yeni bir yapılanmayı öngörmektedir.

GSS, herkesin sağlık hizmetlerine kolayca ulaşabileceği bir yapı oluşturmak, sağlık hizmeti sunum ve finansmanını birbirinden ayırmak için hizmet sunumu/finansmanını ayrı ayrı örgütlemek ve tüm sosyal güvenlik sistemini tek bir çatı altında toplamak gibi amaçları bulunmaktadır.

Yeni yasa ile birlikte sosyal güvenlik sistemine ilk defa primli devlet katkısı uygulamasına yer verilmektedir. Böylece Sosyal Güvenlik Kurumu ilk defa işveren ve işçiden aldığı sigorta primine ek olarak topladığı toplam aylık

primlerin ¼'ü oranında katkı sağlayacaktır. Bu uygulamanın sosyal güvenlik sistemimizde yaşanan finansman sorununun çözümünde destek olacağı tahmin edilmektedir. Gelişmiş ülkelerdeki uygulamaya benzer bir uygulama olan primlere devlet katkısı uygulamasının iyi yönetimi halinde sistem için faydalı olacağı kanaatini taşımaktayız.

Ayrıca çıkartılan reform yasası içinde, sosyal sigorta kurumları tek çatı altında toplanmış böylece farklı uygulamaların önüne geçirmeye çalışılmıştır. Bilindiği gibi reform öncesindeki sosyal güvenlik sistemi üçlü bir (Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur) ayırımı tabiiydi. Bu üçlü yapı farklı uygulamaları da beraberinde getirmekteydi. Yeni yasa ile birlikte standart bir sosyal güvenlik sistemi hedeflenmiştir.

Ancak hemen belirtmek gerekir ki, sosyal güvenlik yasasının gerek uygulama alanına yönelik ve gerekse yürürlüğe giriş tarihine ilişkin belirsizliklerden dolayı yasanın varılmak istenilen hedefe ulaşmada başarı sağlama olasılığının düşük olduğunu, sistemin sorunlarını anlamada ve dolayısıyla bu sorunları çözmeye izlenilen yolun yetersiz kaldığını düşünmekteyiz.

SONUÇ

Sosyal güvenlik sistemlerinde yaşanan finansman krizlerinin nedenleri sanayileşmiş ve gelişmekte olan ülkelerde farklılıklar göstermektedir. Sanayileşmiş ülkelerde, ortalama yaşam beklentisinin artması, doğum oranının düşmesine bağlı olarak yaşlı nüfusun hızla artması sağlık harcamalarının artmasına neden olurken, gelişmekte olan ülkelerde enflasyon, işsizlik, kayıtdışı ekonomi ve gelir dağılımında meydana gelen adaletsizlikler sağlık harcamalarının artmasına yol açmaktadır.

Nüfusun yaşlanması küresel bir olgudur. 2005 yılı sonu itibariyle Türkiye'de yüzde 8-9'lar düzeyinde olan 60 ve yukarı yaşlı nüfus oranının; doğurganlığın ve beş yaş altı ölümlerin hızla azalmasının ve yaşam beklentisinin yükselmesinin bir sonucu olarak 2030'lu yıllarda yüzde 15'lere ulaşabileceği öngörülmektedir. Dolayısıyla yaşlılığın bir sorun olarak algılanmaya başlanması ve yaşlılarla ilgili politikaların şimdiden belirlenmesi stratejik bir duruma gelmiştir.

KAYNAKÇA

- AKGEYİK, Tekin; YILMAZ Binhan Elif; ŞEKER Murat (2007), En Büyük Karadelik: Sosyal Güvenlik Açıkları ve Reform Tartışmalarının Sosyo-Ekonomik Yansımaları, İstanbul: Türk Sigorta Enstitüsü Yayınları.
- AKTÜRK, İsmail (1995), "Türkiye'de Sosyal Güvenlik Kurumlarının Mali Sorunları ve Çözüm Önerileri", Kamu Kesimi Finansman Açıkları, 10. Türkiye Maliye Sempozyumu, İstanbul Üniversitesi, Club Salima Kemer - Antalya, 1994.
- ALEMAYEHU, Berhanu, ; WARNER, E. Kenneth (2004). "The Lifetime Distribution of Health Care Costs", Health Services Research, June.
- BAKAN, Yaşar (1996), "Sosyal Güvenlik, Sosyal Güvenlik Kuruluşları ve Kriz", Ekonomi Dergisi, Haziran.
- BANGER, Gürol (2003), "Sosyal Güvenlikte Yeniden Yapılanma Sürecinde SSK'nın Temel Sorunları ve Uygulama Reformları", s:2, <http://www.tisk.org.tr/isveren_sayfa.asp?yazi_id=717&id=43> (22/05/2007).

- BLOMM, E. David; CANNING, David; SEVILLA, Jaypee (2001). Economic Growth and The Demographic Transition, NBER Working Paper No: 8685.
- ÇAKICI, Şener (2001), Türkiye'de Sosyal Güvenlik Kuruluşlarının Mali Sorunları ve Ekonomik İstikrar, Bursa: Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Ana Bilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı (2005), Sosyal Güvenlik Reformu: Sorunlar ve Çözüm Önerileri, Ankara.
- ÇELİKOĞLU, İlyas (1994), Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Finansman Yöntemleri ve Türkiye Uygulaması, Ankara:DPT Uzmanlık Tezi.
- DİSK (2007), "Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform Önerisine İlişkin DİSK'in Değerlendirme Raporu". <<http://www.disk.org.tr/diskar.asp?id=10>> (15.04.2007).
- DPT (2007), SSK'ya Genel Bir Bakış, <<http://ekutup.dpt.gov.tr/kit/guvenr/ssk1.doc>>, (16/03/2007).
- DPT (2001), Sosyal Güvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Ankara.
- DÜLGER, İlhan (1991), Avrupa Topluluğunda Sosyal Politika, Geçiş Dönemi Özellikleri ve 21. Yüzyılda Hedef Alınan Toplum, Ankara: DPT Yayınları.
- GOUDSWARD, Kees; KAR De Van Hans (1994). "The Impact of Demographic Change on Tax Revenue", Atlantic Economic Journal, Volume: 22,3.
- GÜMÜŞ, Erdal (2007), "Kamu Maliyesi Perspektifinden Sosyal Güvenlik Reform Sürecinin Değerlendirilmesi ve Finansal Geleceği", Mali Yapılanma Sürecinde Stratejik Yönetim ve Sosyal Güvenlik Sisteminin Kamu Maliyesine Etkileri, 22.Maliye Sempozyumu, Antalya: Süleyman Demirel Üniversitesi Maliye Bölümü.
- GÜZEL, Ali (2005), "Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Öngörülen Reform Mevcut Sorunlara Çözüm Mü?" Çalışma ve Toplum Dergisi, Sayı: 4.
- GÜZEL, Ali; OKUR, Ali Rıza (1995), Sosyal Güvenlik Hukuku, İstanbul: Beta Yayınları.
- HALL, R.Robert ; JONES, Charles (2004). The Value of Life And The Rise In Health Spending, National Bureau of Economic Research, Cambridge: NBER Working Paper Series: 10737.
- İstanbul Ticaret Odası (2007), Sosyal Güvenlikte Yeni Yaklaşım: Bireysel Emeklilik, İstanbul.
- MARTIN, John (2003), The Experience of OECD Countries In Coping With Rising Health Cost.
- MUTLU, Ayşegül; IŞIK, A.Kadir (2005), Sağlık Ekonomisine Giriş, Bursa: Ekin Kitabevi.
- ÖNDER, İzzettin (2001), "Kayıt Dışı Ekonomi ve Vergileme", İ.Ü. Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi, Ekim 2000-Mart 2001.
- ÖZSOYLU, A. Fazıl (1993), "Enformel Sektör ve Politika Önerileri" 1993 İstihdam Araştırmaları Yıllığı, İş ve İşçi Bulma Kurumu Yayını.
- U.S. CENSUS BUREAU (2002) Global Population Profil, March.
- SAĞLAM, Remzi (2001), "Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Ücretlendirilmesi", Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı, Sayı 40 ,Cilt 2.
- ŞAKAR, Müjdat (1998), Sosyal Sigortalar Uygulaması, İstanbul: Beta Basım Yayım.
- Sosyal Güvenlik Kurumu (2007). Sosyal Güvenlik Reformu: Uygulama Öncesi Yeni Yaklaşımı, <http://www.sgk.gov.tr/doc/SosyalGuvencikReformu_UygulamaOncesiYeniYaklasim.pdf> (05.11.2007).
- TALAS, Cahit (1998), "Bir Kez Daha Sosyal Güvenlik Üzerine", Sosyal Güvenlik Dünyası, (Ekim-Kasım-Aralık).
- TÜRK-İŞ (2005), Sosyal Güvenlik Raporu, Ankara.
- TÜSİAD (1997), Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Yeniden Yapılanma: Sorunlar, Reform İhtiyacı, Arayışlar, Çözüm Önerileri, İstanbul.
- TÜSİAD (2004), Türk Emeklilik Sisteminde Reform, Mevcut Durum ve Alternatif Stratejiler.
- YILDIZ, Abdurnur (2000), Türk Sosyal Güvenlik Sistemi İçinde Kamu Sosyal Güvenlik Harcamaları, Bursa: Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Ana Bilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.