

ŞİLİ SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİNDE SAĞLIK VE EMEKLİLİK SİGORTALARINDA YAŞANAN DEĞİŞİMLER

Recep Kapar*

ÖZET

Şili’de sağlık ve emeklilik sigortası dallarında yapılan ve sosyal güvenliğin özelleştirilmesi adı verilen köklü değişimler zaman içinde tüm ülkelere çeşitli gerekçeler altında bir model olarak sunulmaya başlanmıştır. Şili sistemi bir çok yönleri ile tartışma konusu olmaktadır. Ancak bu tartışmalarda öne çıkan konular çoğunlukla bütçe açıkları, sermaye piyasasına katkı ve işgücü maliyetleri gibi noktalarda yoğunlaşmaktadır.

Bu çalışmada Şili sosyal güvenlik sisteminde gerçekleşen değişimler ve bu değişimlerin sonuçları, sosyal güvenlik uygulamalarının kendine özgü ilke, amaç ve felsefesi bakımından değerlendirilecektir. Kısacası bu çalışmanın odaklanmak istediği konu Şili’de toplumun geniş kesimlerinin, bir sosyal riskle karşı karşıya kaldıklarında ortaya çıkan durumdur. Çünkü sosyal güvenliği doğuran sosyal gereksinim, risklerin oluşan zararlarının sosyal bir örgütlenme temelinde giderilmesidir.

Bu çalışmada ilk olarak Şili’de sağlık sigortası alanındaki tarihsel gelişim özetlenerek, yeni sistemin temel özellikleri ve örgütleniş biçimi belirtilecek ve doğurduğu sonuçlara yer verilecektir. Daha sonra ise benzer şekilde emeklilik sigortası üzerinde durulacaktır.

GİRİŞ

Şili sosyal güvenlik sisteminin iki temel işlevi 1980’li yıllarda askeri hükümetin uygulamaları ve neo-liberal okul kökenli ekonomistlerin yol göstericiliğiyle önemli nitelik değişimi yaşadı. Emeklilik sigortası ve sağlık hizmetleri işlevlerinde yaşanan bu değişim 1990’lı yıllarda gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler ile Doğu Avrupa ve SSCB’nin dağılmasıyla kurulan yeni ülkelere, sosyal güvenliğin “yeni modeli” olarak sunulmaya başlanmıştır.

* Araş. Gör. Muğla Üniversitesi, İ.İ.B.F. Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü

Sosyal güvenlik kurumsallaşması, hizmetin dağılımı ve finanse edilmesi konusunda önemli açmazlar yaşayan Türkiye için de, Şili deneyiminin etkin bir çözüm yolu olduğu çeşitli kesimlerce ileri sürülmektedir. Özellikle emeklilik sigortası uygulamalarına yönelik kamuoyunda ciddi tartışmalar yaşanmış ve çok sayıda yayın yapılmıştır. Hatta Şili modelinin kuruluşunda etkin bir role sahip olan dönemin Çalışma Bakanı Jose Pinera 4-7 Mayıs 1997 tarihleri arasında emeklilik sigortası uygulamalarını tanıtmak için Türkiye'ye gelmiştir.

Diğer yönden Şili'de emeklilik sigortasının niteliğini değiştirme süreciyle eş zamanlı geliştirilen yeni sağlık hizmetleri sistemi üzerinde Türkiye'de çok fazla bir tartışma yaşanmamıştır. Ancak Türkiye'de Şili benzeri yeni bir sağlık hizmeti sistemiyle, emeklilik sigortasının olası yeni uygulamalarından önce karşılaşılabileceğimizi tahmin ediyorum. Dolayısıyla bu çalışmada, Şili'nin yeni emeklilik sigortası sistemi yanında, sağlık hizmeti uygulamalarında yaşanan değişim özetlenecektir.

Bu çalışma, aynı zamanda sistemin ekonomik etkilerine (sermaye piyasası, tasarruf hadleri, bireyin kendi çıkarını en iyi kollaması gibi) çok ayrıntılı olarak değinmeden, doğrudan, çalışanlar ve Bismarck-Beveridge çizgisinde gelenekselleşen sosyal güvenliğin temel ilkeleri üzerindeki etkileri incelenmeye çalışılacaktır. Çünkü, Türkiye'de yapılan yayınların çoğu sistemin "sosyal" etkinliğinden çok sermaye piyasasına katkıları, işgücü maliyetlerini azaltması, özelleştirmeye katkı sağlaması, tasarruf oranlarını etkilemesi gibi makro-ekonomik değişkenler merkezinde yapılmıştır. Burada aranan yanıt yeni sistemin Şili'de toplumun geniş kesimlerinin, bir riskle karşı karşıya kaldıklarında ortaya çıkan görüntünün etkinliğidir.

A. SAĞLIK SİGORTASI UYGULAMALARI

1. Sağlık Hizmeti Uygulamalarının Tarihi

Askeri darbe öncesi Şili'de uygulanan sağlık sistemi; sendikalar, işverenler ve birbirini izleyen hükümetler tarafından 1920'lerden başlatılarak geliştirildi. Çalışanlara yönelik geliştirilen bu sistem, ilk başlarda oldukça dağınık bir durumdaydı¹. 1952'de, bu

¹ Sandra POLANSKI, **Selected cases in the Americas**, (Derleyen G.ULRICH, Labour and Social Dimension of Privatization and Restructuring -Health care services-, ILO Ya.,1998), s.38.

dağınıklık Ulusal Sağlık Sistemi (SNS) adı altında birleştirildi². 1970’li yıllarda Şili toplumu üç ayrı kamu sağlık sistemi uygulamasının kapsamındaydı. Bu dönemde vardı özel sağlık uygulamaları da. Sağlık hizmeti veren uygulamaların, kapsamındıkları nüfusun sayısal ve niteliksel yönleri ile kaynaklar şu şekilde özetlenebilir³:

(i) SNS: Sağlık hizmeti sunan en büyük kurumdu. Toplam nüfusun %65’ini oluşturan, gelir dağılımından en düşük geliri alan üç dilimi kapsamaktaydı. Bu uygulama nüfusun %17’sini oluşturan sigortasız fakir bireylere ücretsiz hizmet sunarken, kabaca nüfusun %50’sini oluşturan çoğu mavi yakalı işçilere ve bakmakla yükümlü oldukları bireylere de prim ödemesi karşılığında hizmet sundu. SNS’nin bir diğer gelir kaynağı bütçeden kaynak aktarımıydı. Genel sağlık koruma hizmetleri de veriyordu. Sağlık hizmetlerini, sahip olduğu personel ve kurumlarla vermekteydi.

SNS aynı zamanda personel yetiştirilmesiyle de ilgileniyordu. Üniversite hastanelerinin çoğu, sözleşmelerle SNS kurumu olarak hizmet vermekteydi. Bu kurumda personel sayısı 1967’de 47.000 iken, 1973 yılında 68.600’e ulaştı. Genel olarak SNS bütçesinin %30-40’ı çalışanların ödedikleri primlerden, geri kalan kısmı da bütçeden ayrılan kaynaklardan oluşmuştur.

(ii) SERMANA: 1968 yılında kuruldu. Toplam nüfusun %20’sini oluşturan, gelir dağılımı diliminde kabaca dördüncü dilimi oluşturan beyaz yakalı çalışanları ve onların bakmakla yükümlü olduğu bireyleri kapsadı. SERMANA’nın gelirleri prim ve tedavi katkılarından oluşmuştur. Bireyler burada sağlık hizmetini özel ya da kamu sağlık sistemi sunan kurumlardan alma hakkına sahip durumdaydılar. Devletin de görece bir katkısı vardı. SNS ve SERMANA için zorunlu primler ücretin %4’ü olarak belirlenmişti.

(iii) Kamu Sağlık Hizmeti Fonu: Nüfusun %5’ini oluşturan asker ve polisler için oluşturulmuş bir fondur.

² Ali. N. SÖZER, “Türk Sosyal Güvenlik Sisteminin Şili Örneği Açısından Değerlendirilmesi”, SOSYAL POLİTİKA TARTIŞMALARI III, 14-15 Mayıs 1998, İzmir, s. 9.

³ POLANSKI, s.38-39; Ayrıca bkz.: Claudio SEPULVEDA, **Çocukların Sağlık Hakkı: Şili ve Tayland’da Temel Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi**, UNICEF Ya., Ankara, 1995, s.9-11.

(iv) Özel Sağlık Hizmeti: Nüfusun %10'unu kapsayan ve bireylerin kendi kendilerine sağlık masraflarını finanse ettikleri özel sağlık hizmeti uygulamasıdır. Kapsamındaki nüfus gelir dağılımının en üst beşinci dilimidir.

(v) Bankacılık, inşaat ve bakır gibi birkaç sektörün işveren ve işçi fonlaması ile beyaz yakalı çalışanları için ön ödemeli sağlık projeleri de vardır. Bu tür uygulama da nüfusun %2'sini kapsamaktaydı.

Genel çerçevesi belirtilen bu sağlık sisteminin önemli başarılarına rağmen, sağlık hizmetleri sunumunda yeterlilik ve eşitlik sağlamada önemli eksiklikleri vardı. 1968'de hükümet tarafından yapılan bir araştırmada, toplam sağlık harcamalarının %60'ını nüfusun en zengin %30'unun yaptığı belirlenmiştir⁴. Ayrıca kamu sağlık hizmetlerinin bazılarının rüşvet yoluyla elde edildiği ya da hiç sunulmadığı belirtilmektedir⁵. Ancak, bu sorunlara rağmen, Şili kamu sağlık sisteminin, kapsam, etkinlik ve yozlaşma bakımından Latin Amerika'daki en dikkate değer model olduğu söylenmektedir⁶.

2. Sağlık Hizmeti Uygulamalarında Yeniden Yapılandırma

Şili sağlık sisteminde kapsamlı bir yeniden yapılandırma ve özel sektörün etkinliğinin artması 1979-1981 döneminde başlar. Ancak Allende hükümetinin askeri darbeye devrilmesinin hemen ardından, askeri hükümetin sağlık hizmetine yönelik bazı finansal kısıtlamalara yöneldiği söylenebilir. Darbenin hemen arkasından uygulanan bu finansal kısıtlamalar, 1979-1981 dönemindeki yeniden yapılandırmanın ve özel sektörün artan etkinliğinin gelişini hazırlamıştır.

1973'teki askeri darbeden sonra doktorlar da dahil olmak üzere SNS'nin birçok çalışanı sürgüne gönderildi. Sistem içinde personel istihdamında kısıtlamalar yapıldı⁷. 1974'te devlet tarafından yapılan sağlık harcamaları ortalama % 17, 1975'te % 22 azaltıldı. Bu kısıntılar yüksek enflasyon oranına ve bütçe açıklarına bir tepkiydi. Kamu sağlık harcamaları gerilerken, sağlık harcamaları içinde özel sektörün payı 1974-1976 yılları arasında % 22 arttı. Bu dönem içinde devlet dar bir kapsam çerçevesinde toplumun en fakir kesimlerine karşı bazı koruyucu sağlık hizmeti sunma girişimlerinde bulundu⁸.

⁴ POLANSKİ, s.39.

⁵ SÖZER, s.9.

⁶ POLANSKİ, s.39.

⁷ SEPULVEDA, s.17.

⁸ POLANSKİ, s.39.

Sağlık hizmeti uygulamalarında kurumsal değişiklikler, 1979 yılında yaşama geçirilmeye başlandı. İlk önemli değişiklik olarak, politika belirleme işlevi, hizmet sunma işlevi ve finans işlevi üç ayrı kuruma dağıtıldı. Sağlık Bakanlığı politika belirleme, SNS ve SERMANA birleştirilerek oluşturulan SNSS (Ulusal Sağlık Hizmetleri Sistemi) hizmet sunma ve FONASA (Ulusal Sağlık Fonu) finans işlevlerini üstlendiler⁹.

SNSS özerk bölgesel birimlere bölünerek, her bölgedeki hastaneler ve klinikler ademi merkezileştirildi ve her bölgesel birimin başına Cumhurbaşkanı tarafından bir yönetici atanmaya başlandı. Bunun yanısıra birincil sağlık hizmeti sunan kliniklerin 400'ü yerel yönetimlere devredildi¹⁰.

FONASA sağlık sistemin finansal gelirlerinin toplanmasından ve dağıtılmasından sorumludur. FONASA'nın temel gelir kaynakları çalışanların ödedikleri primler, tedavi katkıları ve federal bütçe ödemelerinden oluşur. Tedavi katkı ödemeleri, kamu sağlık sisteminden yararlanan orta ve üst gelir grupları yapar¹¹.

Kamu sağlık sistemi kapsamında yer alan bireyler, FONASA'dan belge alarak, özel sağlık hizmetleri sunan işletmelerde tedavi olabilirler. Bir başka deyişle kamu kapsamındaki bireyler özel ya da kamuya ait sağlık sunucularından birini seçebilirler. Fakat özel sağlık hizmetlerinin tedavi katkı payının kamu sağlık sisteminden yüksek olması nedeniyle düşük gelir grupları genellikle kamu sağlık sistemini tercih ederler. FONASA SNSS'nin birimlerine bütçesinden pay ayırmaz. Birimler verdiği hizmetler karşılığında FONASA'dan belirli bir tarifeye göre gelir sağlarlar¹².

Belirtilen değişim süreci bu şekilde gelişirken, Şili Tabipler Odası değişime direnç göstermeye başladı. Askeri hükümet bu direnci kırmak için Oda'nın geleneksel ve yasal rolünü yeniden tanımlayarak onu işlevsizleştirdi. Doktorların mesleklerini yapabilmeleri için bu odaya üye olma zorunlulukları vardı. Bu zorunluluk yasal düzenlemelerle kaldırıldı ve üyelik gönüllü hale getirilerek, mesleği yapma şartı olarak yalnızca doktor ünvanına sahip olmak arandı. Ayrıca Oda'nın sağlık politikaları üzerindeki

⁹ POLANSKÍ, s.39.

¹⁰ SEPULVEDA, s.21; POLANSKÍ, s.39.

¹¹ SÖZER, s.11-12; POLANSKÍ, s.39-40.

¹² SEPULVEDA, s.21; POLANSKÍ, s.39; SÖZER, s.11.

resmi rolü ortadan kaldırıldı. Aynı zamanda doktorların klinik konular dışında toplantı yapmaları yasaklandı ve onların bu geriletme karşısında birlik olmaları engellendi¹³.

3.Özel Sağlık Sigortası İşletmeleri(ISAPRE'ler)

1981 yılında kamu sağlık sistemi (SNSS ve FONASA ile kısmen yerel yönetimler) ve özel sağlık hizmeti sunan işletmelerden oluşan Şili sağlık sistemine yeni bir aktör olarak özel sağlık sigortası işletmeleri (ISAPRE'ler) eklendi. Hükümet bu yılda kâ r amaçlı ISAPRE'lerin kuruluşuna izin verdi. Aynı zamanda kuruluşuna izin verilen ISAPRE'lerin, çalışanların prim ödemeleri için FONASA ile rekabet etmesi sağlandı. ISAPRE'ler üyelerine sağlık hizmetini iki şekilde sunmaktadır. Ya kendi hastanelerini kurarak ya da özel sağlık hizmeti sunan hastanelerle anlaşarak üyelerine sağlık hizmeti götürürler¹⁴.

ISAPRE'lerin ve aynı zamanda FONASA'nın çalışanlardan aldıkları prim oranı yıllar içerisinde artma eğilimi göstermektedir. İlk başta ücretin %4'ü olan prim, 1983'te % 5'e, 1984'te %6'ya ve 1986'da %7 oranına çıkarılmıştır. ISAPRE'ye üye olanlar da FONASA'dakilerine benzer tedavi katkı payı öderler¹⁵. ISAPRE'ler tedavi giderlerinin % 75'ini karşılarlar ve geriye kalan %25'ini hizmetten yararlanan kişi tedavi katkı payı olarak öder¹⁶.

1983 yılında FONASA sisteminde tedavi katkı paylarında hükümet enflasyon oranında (%134.8) bir artış yaptı. Bu artış geniş çalışan kesimler için ISAPRE'leri daha çekici kıldı. Aynı zamanda ISAPRE'lere prim ödeyen çalışanların bu primlerine ek olarak %2'lik ödeme yapan işverenlere vergi ayrıcalıkları tanındı¹⁷.

ISAPRE'ler bu tartlar altında gelişmeye başladılar. Bu işletmeler teorik olarak tüm nüfusu kapsama amacına sahip olmalarına rağmen, “müşteri adaylarını” cinsiyet, yaş, aile büyüklüğü ya da sağlık riski gibi ölçütlerle ayırabiliyorlardı ve yıllık sözleşmenin bitiminde yeni sözleşme yapma veya yapmama haklarına sahiptiler. Düzenlenmemiş bir statüye sahip ISAPRE'ler bu durumlarını kötüye kullandılar. Özellikle maliyetleri arttırıcı bir unsur olarak gördükleri kadın, yaşlı ve kronik hastaları dışlayan ayrımcılıklar

¹³ SEPULVEDA, s.21; POLANSKİ, s.39.

¹⁴ SÖZER, s.12; POLANSKİ, s.39.

¹⁵ SÖZER, s.12; POLANSKİ, s.39.

¹⁶ SÖZER, s.12.

¹⁷ POLANSKİ, s.39.

uyguluyorlardı. Artan tepkiler yüzünden askeri hükümet 1989 yılında bu işletmeleri denetlemek üzere bir üst kurum oluşturdu. Çıkarılan yasa ile ISAPRE'lerin geçmişte yaptıkları yıllık sözleşmeler yerine, ancak üyenin geri dönmesi ile ortadan kalkan yaşam boyu sigorta sözleşmeleri yapmaları sağlandı. Yine bu yasayla ISAPRE'lerin kadınlara, yaşlılara ve kronik hastalık sahibi kesimlere yönelik ayrımcılık yapmaları yasaklandı¹⁸.

4. Yeni Sağlık Sisteminin Sonuçları

Şili'de sağlık hizmetleri sunan özel sağlık kurumlarının varlığı oldukça eskiye dayanır. Bu yüzden yeni olan, sağlık hizmetlerini sağlayan kurumlar değildir. Yeni olan, çalışanlardan prim toplayan ve toplanan bu prim karşılığında sağlık hizmetlerini kendi işlettikleri sağlık kurumlarından veya sözleşmeyle anlaştıkları başka kurumlardan sunan **özel sağlık sigortası şirketleridir**. Devlet bu ülkede sağlık sigortası uygulamasından tümüyle vazgeçmiş değildir. Çalışanlardan sağlık sigortası primi toplayarak ve bütçe gelirleri ile sağlık sigortası hizmeti sunan devlet kurumu FONASA varlığını sürdürmektedir. Çalışanlar sağlık sigortası primi ödemek zorundadır. Fakat primlerini kamu kurumu olan FONASA'ya yada özel sağlık sigortası işletmeleri olan ISAPRE'lere yatırma konusunda bir tercih hakkına sahiptirler. Prim toplama konusunda FONASA ile ISAPRE'ler arasında bir rekabet söz konusu olması yanında ISAPRE'ler de kendi aralarında rekabet etmektedirler.

Bu ikili yapı temelinde geliştirilen sistemin, çalışanlar bakımından iki maliyeti vardır. Sistemde sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için yalnızca prim ödemek yeterli değildir. Primin yanında tedavi katkı payının da ödenmesi gerekmektedir. Bunun tek istisnası katkı payı ödemeksizin, FONASA aracılığıyla sağlık hizmetlerinden yararlanan toplumun en fakir kesimleridir¹⁹. ISAPRE'lerde tedavi katkı payları FONASA sistemine göre daha yüksektir. Bu da orta ve alt gelir gruplarının FONASA'ya katılımını teşvik eder. Askeri hükümet döneminde ISAPRE'lerin gelişimine ilişkin her türlü ortam yaratılmaya çalışılmıştır. 1983 yılında yapıldığı gibi, FONASA'da tedavi katkı paylarının tutarında enflasyon oranında bir artışın yapılması, ISAPRE'leri daha cazip hale getirebilmektedir²⁰.

¹⁸ POLANSKİ, s.40.

¹⁹ POLANSKİ, s.40; SEPULVEDA, s.22; Sagaris LAKE, **Private-Insurance Debate Moves to Chile**, Canadian Medical Association Journal, C.157, S.157 (1997), s.1502.

²⁰ POLANSKİ, s.40.

Askeri hükümet sağlık alanındaki tüm yatırım ve harcamalarını uzun bir dönem içinde kısıtlayarak, kamu sağlık sistemini önemli ölçüde gerilettiler ve etkinlikten uzaklaştırarak ISAPRE'lerin gelişimini hızlandırdı. Üst gelir gurupları maliyetleri karşılayabildiklerinden ISAPRE'lere üye olmayı tercih ettiler ve ISAPRE'ler de yaşlı, kadın ve kronik hasta gibi gurupları yükledikleri maliyetler nedeniyle dışladılar. FONASA ve bağlı olarak kamu sağlık sistemi yüksek gelir grubuna dahil olmayan, fakir, yaşlı, kadın ve kronik hastaları kapsadı. Bunun sonucunda sağlık hizmetlerindeki “yeniden dağıtım ve sosyal dayanışma” fonksiyonları işlevini yitirdi²¹.

Sağlık sisteminde oluşturulan bu “ikili yapı” bir çok sorunun doğmasına neden oldu. Örneğin, Şili izlediği bir bebek ve ana sağlığı programıyla bebek (0-12 ay) ölüm oranlarının azaltılmasında ciddi bir gelişme sağlarken, bu yaş aralığını geçen çocukların sağlık gelişimlerinde aynı başarıyı sağlayamıyordu. Çünkü kamu sağlık sistemi bebekken özel önem verdiği bu bireylere çocuk olduklarında aynı önemi vermiyordu²². ISAPRE'ler nüfusun ancak %25'ini, bir başka deyişle Şili toplumunun en sağlıklı ve en zengin kesimini kapsadılar. ISAPRE'ler 1990 yılında nüfusun %15'ini kapsar durumdayken toplam sağlık harcamalarının %45,5'ini aldılar. Buna karşılık kamu sağlık sistemi, FONASA aracılığıyla toplam nüfusun %70'ine ve hiçbir sigorta uygulamasının kapsamında bulunmayan %12'ine hizmet verirken sağlık harcamalarının %54,5 ini elde edebiliyordu²³.

Kamu sağlık sisteminin bu çökertilmesine bağlı olarak sağlık hizmetleriyle ilgili herkes doktorlar, hemşireler (kamu sağlık sisteminde ücretlerin ciddi anlamda gerilemesinin ve çalışma koşullarının oldukça kötü olmasının katkısıyla) ve müşteriler (ekonomik güçleri yetiyorsa ve ISAPRE'ler sözleşme yapmayı kabul ederlerse) ilgilerini özel sağlık hizmeti veren kurumlara ve özel sigorta şirketlerine yöneltti. ISAPRE'lerin sigorta için sözleşme yapma şartları tam olarak düzenlenmediği için yıllık sürelerle dayalı ve maliyet unsuru yüksek risk guruplarını dışlayan ayrımcı bir politika izlemeleri tepkileri ve sorunları arttırdı. 1989 yılında askeri hükümet bu ayrımcılıkları yasaklayan ve sözleşme biçimlerini düzenleyen bir yasa çıkarttı ve ISAPRE'leri denetleyen bir üst kurum oluşturdu. Ancak bu çalışmada bu yasal düzenlemelerin ve üst kurulun oluşturduğu ortam yani ISAPRE'lerin keyfiyetinin önüne geçilip geçilemediği hakkında bir bilgi edinilememiştir.

²¹ SEPULVEDA, s.22.

²² SEPULVEDA, s.8.

²³ POLANSKÍ, s.40.

1989 yılından beri ülke, seçim sonucunda iktidara gelen hükümetlerce yönetilmektedir. Bu hükümetlerin, kamu sağlık sisteminin içinde bulunduğu çökmüş durumdan kurtarma yönünde bir çok girişimlerde buldukları belirtilmektedir²⁴. Ancak önemli bir ekonomik ve siyasi güce sahip ISAPRE'ler bu sürece direnç göstermektedirler²⁵.

Şili sağlık sisteminin geldiği noktayı sonuç olarak özetlemek gerekirse şu anlatım gerekli düşünce temelini sağlayacaktır: *“Ülkenin özel sağlık klinikleri 5 yıldızlı otellere layık hizmet ve sanat teknolojisinin görkemini sunarlar, fakat kuramsal olarak özel sigorta tarafından kapsanan insanların çoğu, özel tedavinin yüksek maliyeti yüzünden hasta oldukları zaman kamu sağlık hizmetlerinden yararlanırlar.”*²⁶

B. EMEKLİLİK SİGORTASI UYGULAMALARI

1. Emeklilik Sigortası Uygulamalarının Tarihi Gelişimi

Şili emeklilik sigortası uygulamaları ilk olarak 1924 yılında oluşturulmuştur. Döneminde Avrupa dışında uygulanan en kapsamlı programlardan biri olarak kabul görmüştür²⁷. İlk kurulduğunda mavi yakalıları kapsayan bir sistem olarak uygulanmışken, kuruluşunun hemen arkasından 1925 yılında sisteme kamu çalışanları, özel sektör çalışanları ve gazeteciler emeklilik sigortası sistemine dahil edilmiştir²⁸. Bismarc tipi bir sosyal güvenlik uygulamasına sahip olan Şili’de sosyal güvenlik uygulamaları ve buna bağlı olarak ta emeklilik sigortası düzenli ve kurumsal bir gelişme gösterememiştir²⁹.

Emeklilik sistemi suistimaller ve rezervlerin tükenmesi gibi nedenlerle 1952 yılında bir dizi reforma tabi tutuldu. Bu reformlardan ikisi bağımsız çalışanlara zorunlu sigorta uygulamasının getirilmesi ve kapital biriktirme sisteminden dağıtım sistemine geçiş olarak belirtilebilir³⁰.

²⁴ Bu konuda geniş bilgi için bkz.: Patricio SILVA, **State, Politics and the Idea of Social Justice In Chile**, Devolpment and Change, S.24 (1993), s.465-486.

²⁵ POLANSKI, s.37.

²⁶ LAKE, s.1502.

²⁷ Çağatay ERGENEKON, **Özel Emeklilik Fonları**, İ.M.K.B. Ya., İstanbul, 1998, s.81.

²⁸ SÖZER, s.8; TÜSİAD, **Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Yeniden Yapılanma**, TÜSİAD Ya. , İstanbul, 1997, s.57.

²⁹ Hans J. RÖSNER, **“Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Reformunda Özelleştirme Stratejileri, Şili Örneği”**, TÜRKİYE VE ALMANYA’DA SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMLERİNİN REFORMU KONFERANSI, Ankara, 1998, s.89.

³⁰ SÖZER, s.8.

Bir dizi reform çabası da, 1962 ve 1968 yıllarında görüldü. Şili kısaca özetlenen bu sürecin sonunda (1970 yılında) emeklilik sigortası uygulamaları bakımından, 30 ayrı kurum tarafından yürütülen 150 farklı emeklilik programı uygular bir duruma gelmiştir. Kurum ve program sayısındaki bu fazlalık çalışanlardan farklı miktarlarda prim alınması ve farklı miktarlarda emeklilik aylığı alınması sonuçlarını doğurdu. Bu süreçte bazı çalışan kesimleri ayrıcalıklar elde ettiler³¹.

Ülkede emeklilik sigortası uygulamalarına yönelik son reform çabaları askeri hükümet döneminde 1974-1979 yılları arasında yapılmaya çalışıldı. Aslında bu dönemin bir reform denemesi mi yoksa özel emeklilik sigortası uygulamasına bir geçiş mi olduğu tartışılabilir. Bu uygulamalar, prim ve emeklilik geliri farklılıklarını ortadan kaldırmaya, emekli gelirlerinin bütçe üzerinde yarattığı yükü azalmak amacıyla emekli maaşlarının gerçek alım gücünün düşürülmesi, emeklilik yaşının kadınlarda 60, erkeklerde 65 olarak belirlenmesi, emeklilik gelirleri düşürülürken primlerin artırılması gibi örnekleri içerir. Alınan bu önlemler sonunda sistem nakit fazlası verir ve sosyal güvenlik kapsamındaki emekli yaşlı nüfusun aktif nüfusa oranı 9 çalışana 1 emekli düşecek hale gelmiştir³².

2. Şili’de Yeni Emeklilik Sigortası Uygulaması

1980 yılında Şili’de askeri hükümet emeklilik sigortası uygulamalarını kökten değiştiren bir adım attı. Bu köklü değişiklik neo-liberal politikacı ve bürokratların tasarladığı, bütçe açıklarını azaltıcı ve tüm alanlarda özel sektör uygulamalarını arttırıcı bir amaç taşıyan politikaların ürünüdür. Aynı zamanda yerleşik sosyal devlet ve sosyal güvenlik uygulamalarını ve ilkelerini ortadan kaldıran bir girişimdi.

1990’ın ortalarına gelinceye kadar dünyanın pek ilgisini çekmeyen bu yeni sistem başta da belirttiğimiz gibi artık oldukça “popüler” bir konu haline gelmiştir. Benzer uygulamalar özellikle Latin Amerika ülkelerinde uygulanmaya başlanmıştır. Şili’de uygulanan emeklilik sistemi bütünüyle özel sigorta fonu işleticilerine bırakılmış ve devletin asgari bazı garantiler sağladığı bir sistem görüntüsü çizmektedir. Bu sistemin temel yapıları ve işleyişi açıklandıktan sonra sistemin “sosyal” sonuçları üzerinde durulacak ve sosyal güvenlik niteliği ile fonksiyonları tartışılmaya çalışılacaktır.

³¹ ERGENEKON, s.81; SÖZER, s.8.

³² ERGENEKON, s.83.

a. Bireysel Emeklilik Fonu Yönetici Şirketleri (AFP)

Şili’de bireysel ve özel emeklilik sigortasının temel uygulayıcıları olarak, çalışanların primlerini yatırdıkları ve yatırılan bu primleri değerlendiren özel şirketler (AFP) kurulmuştur. AFP’lerin kuruluşu devlet tarafından oluşturulan, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’na bağlı, fakat özerk olan SAFP tarafından verilen izinle yapılmaktadır³³.

AFP’lerin birçok görevi vardır. Bunlar yasalarla belirlenmiş görevlerdir. Bu görevler özetle; primleri toplamak, fon yönetimi hizmeti vermek, emekli aylıklarını ödemek, kayıtları tutmak, maluliyet ve ölüm risklerine karşı grup sigortası yapmak, üyesi olan çalışanlara 4 ayda bir yazılı bilgi vermek, yatırımlar ve giderler konusunda devlete düzenli bilgi vermek, üyelerin ve denetçilerin soru ve isteklerini yanıtlamak biçiminde sıralanabilir³⁴.

Yerel finans grupları, yabancı ortaklı sigorta şirketleri ve ticaret odaları tarafından AFP’ler kurulmaktadır. Bankaların doğrudan AFP kurması yasaktır. Yabancı şirketler ancak yerli ortaklarla AFP kurabilirler. Çok sayıda AFP kurulması devlet tarafından teşvik edilmekte ve kolaylıklar sağlanmaktadır. 1997 yılında 13 AFP etkinlik göstermektedir. Bu şirketlerde toplam 22.000 personel çalışmaktadır³⁵.

AFP’ler kendi aralarında birleşebilmektedirler. 1982-1984 döneminde 4 AFP iflas etmiştir. 1991 yılında 1 AFP sermaye yetersizliğinden kapatılmıştır. Ayrıca AFP piyasasında yoğunlaşma (tekelleşme) oranı yükselme eğilimi göstermektedir. 1995 yılında bireysel emeklilik hesaplarının %75’i 4 AFP’de toplanmıştır³⁶.

AFP’lerin sistemdeki en önemli işlevi, çalışanların ödedikleri primlerle oluşan bireysel tasarruf fonlarını yönetmeleri ve bu fonlara getiri sağlamalarıdır. AFP’ler bu fonları yönetirken ve getiri sağlarken yasal bir sistemle belirlenmiş kurallara uymak zorundadırlar. Çalışanların ücretlerinden işverence kesilen emeklilik primleri AFP’deki bireysel hesaplara yatırıldıktan sonra 2 gün içinde verimli alanlara yatırılmak zorundadır³⁷.

³³ ERGENEKON , s.88-89; SÖZER, s.9.

³⁴ ERGENEKON , s.88-89.

³⁵ ERGENEKON , s.91.

³⁶ ERGENEKON , s.91.

³⁷ ERGENEKON , s.97.

AFP'ler çalışanların primlerinden oluşan bireysel tasarruf hesaplarındaki fonu istedikleri alana, istedikleri oranda yatıramazlar. Sermaye Piyasaları Kanunu ve Merkez Bankası, yatırım alanlarına ilişkin sınırlamalar koymuştur. Merkez Bankası, yatırım alanlarını tavan oranı biçiminde belirlerken, Sermaye Piyasası Kanunu, hem asgari hem de tavan oranları biçiminde sınırlar. Yatırım alanlarına ilişkin sınırlamalar yanında bu yatırım alanlarından sağlanan getiri oranında da bazı emredici düzenlemeler vardır. Bu emredici düzenlemelerin gösterdiği şekilde hesaplanan asgari getiri oranını sağlayamayan AFP'ler tasfiye edilme noktasına gelebilir. Bir AFP son bir yıllık dönem içerisinde, tüm AFP'lerin sağladığı getirilerin ortalamasınının 2 puan ya da %50'si altında bir getiri sağlarsa, aradaki farkı yatırım rezervlerinden ya da kârından karşılamak zorundadır. Belirtilen fark 6 aylık bir dönem içinde kapatılmazsa, fark, devlet tarafından kapatılır ve söz konusu AFP tasfiye edilerek, bireysel tasarruf hesapları çalışanların seçtikleri diğer AFP'lere kaydırılır³⁸.

AFP'lerin yönetsel gelirleri önemlidir. Çünkü bireysel tasarruf hesaplarının getirileri AFP'lerden ayrı tutulmuştur. Bu nedenle AFP'ler primlerin belirli bir oranını ve/veya sabit bir oranı komisyon olarak kendilerine gelir kaydederler. Her AFP bu komisyon miktarını yasaların belirttiği çerçeve içinde belirler. Ancak AFP'ler sistemin ilk başlarında primlerin yüzdesi olarak komisyon alma yanında sabit komisyonlar da alma eğilimindeydi. Günümüzde AFP'ler sabit komisyon alma uygulamasını bırakma eğilimindedirler. Ayrıca yatırım rezervi adı verilen bir uygulama da AFP'lere gelir sağlamaktadır³⁹.

Doğal olarak, AFP'lerin yönetsel giderleri de vardır. Yönetim faaliyetleri, çalışanların ücretleri, kırtasiye gibi harcamaları kapsayan genel yönetim giderleri yanında, promosyon ve reklam giderleri de mevcuttur. Promosyon-reklam harcamaları genelde toplam harcamaların %30-40'ı arasında bir oranda gerçekleşmektedir⁴⁰.

c. AFP'lerin Denetlenmesi

AFP'ler çeşitli bakımlardan denetime ve risk derecelendirilmesine tabi tutulurlar. Bu konuda sistem içinde üç ayrı kurum tarafından yürütülen üç ayrı uygulama vardır. Bu kurumların görevleri ve yapıları kısaca şu şekilde belirtilebilir⁴¹:

³⁸ ERGENEKON, s.97-99.

³⁹ ERGENEKON, s.92-93; SÖZER, s.10-11.

⁴⁰ ERGENEKON, s.94-95.

⁴¹ Bu konuda geniş bilgi için bkz.: ERGENEKON, s.100, 104-105.

(i) Devletin İdari Gözetim ve Denetim Görevi: AFP'lerin gözetim ve denetimi Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı fakat özerk nitelikteki SAFP tarafından yapılmaktadır. Bu kurum, 120 kişilik çalışan kadrosuna sahiptir. Bu kadro avukat, finansal kontrolör ve müfettişlerden oluşur. SAFP özel emeklilik sigortası şirketlerinin yatırımlarının ve kârlılık düzeylerinin izlenmesini, primlerin ve emeklilik aylıklarının ödenmesinin gözetimi, AFP'lerin uygunluklarının araştırılması ve kuruluş izinlerinin verilmesi, yasal düzenlemelerin hazırlanması ve yürütülmesi, maluliyet ve sağlık sigortalarının izlenmesi, AFP'lerin raporlarının yayınlanması gibi görevlere sahiptir.

(ii) Risk Sınıflandırma Komisyonu: Risk Sınıflandırma Komisyonu, AFP'lerin yatırım yapma izni verilen alanların risklerini belirleme ve sınıflandırma görevi vardır. Merkez Bankası'nın, AFP'lerin ve finansal piyasaları denetleyen kurulların temsilcilerinden oluşur.

(iii) Duff-Phelps Risk Derecelendirme Kuruluşu: Bu özel kuruluş AFP'lerin yatırım portföylerinin risklilik derecesini düzenli aralıklarla belirler ve yayınlar.

d. Sistemin Bireyler Yönünden Kapsamı

Yeni sistemin bireyler yönünden kapsamı dört ayrı biçimde düzenlendi. Zorunlu olarak yeni sisteme geçmesi gereken çalışanlar, yeni sisteme geçme ya da eski sistemde kalma tercihini yapma hakkına sahip çalışanlar ve eski sistemde kalması zorunlu çalışanlar ile eski sistemin kapsamında kalmaksızın yeni sisteme geçme tercihi yapabilen çalışanlar, bu dört ayrı düzenleme biçiminin içeriğini oluşturur⁴².

(i) Zorunlu olarak yeni sisteme geçmesi gereken bireyler 1982 yılı ve sonrasında ilk defa kamu ya da özel sektörde bağımlı çalışmaya başlayanlardır. Bu çalışanların yeni sisteme kayıt olması ve prim ödemeleri zorunlu tutulmuştur.

(ii) Yeni sistemi geçiş aşamasında 45 yaşın altında olan bağımlı çalışanlara tercih hakkı verilmiştir. Bu niteliği taşıyan bireylere isterlerse yeni sisteme geçme isterlerse eski sistemde kalma konusunda 1986'nın Mayıs'ına kadar bir tercih yapma hakkı tanınmıştır.

⁴² SÖZER, s.9-10; TUSİAD, s.57-58; ERGENEKON, s.85; N. Yıldırım MIZRAK, "Sosyal Güvenlik Alanındaki Gelişmeler ve bir Özelleştirme Örneği: Şili Özel Emeklilik Sistemi", Mülkiyeliler Birliği Dergisi, C.XVII, S.152(1993 Şubat), s.46-47.

(iii) Geçiş sırasında 45 yaşın üzerinde olan bağımlı çalışanların eski sistemin kapsamında kalmaları zorunlu tutulmuştur. Ayrıca silahlı kuvvetler ile emniyet örgütünde çalışanların eski sistemdeki statülerine dokunulmamış, eski sistemde kalmaları sağlanmıştır.

(iv) Serbest çalışanlar ise eski sistemin kapsamında kalmaksızın yeni sisteme geçme konusunda zorunluluk getirilmemiştir. Zorunlu çalışanlar isterlerse yeni sisteme kayıt olup prim ödeyebilirler.

Kapsam bakımından ortaya çıkan geçici bir istisna durumu vardır. Yeni sistemin ilk kurulduğu yıllarda 10.000'in üzerinde çalışanın yeni sisteme geçerken finansal bakımdan zarar uğradığı belirlenmiştir. Bu durum karşısında çıkarılan yasalarla bu bireylere isterlerse eski sisteme dönme tercihi yapmalarına bir kerelik izin verilmiştir⁴³.

e. Primler

Yeni sistemde çalışanın ödemesi gerekli prim oranı ücretin %13'üdür. Ücretin %10'u emeklilik sigortası primi, %3'ü ise malullük, dul ve yetim aylığı sigortası primi olarak işveren tarafından kesilerek, çalışanın seçtiği AFP'ye yatırılır. Şili'de işverenlerin iş kazası ve meslek hastalıkları sigortası dışında prim ödeme yükümlülüğü yoktur⁴⁴.

Çalışanlar bu zorunlu prim oranından ödeme yapma yanında, isterlerse daha fazla emekli geliri sağlamak ya da erken emekli olmak için ücretlerinin %10'unu seçtikleri AFP'deki zorunlu kişisel hesaplarına yatırabilirler. Bu biçimde oluşturulan tasarruflar ve bu tasarrufların getirisi vergiden muaf tutulmaktadır. Ancak bu tasarruflar emeklilik döneminden önce çekilemez⁴⁵.

f. AFP'nin Seçimi ve Değiştirilmesi

Çalışanlar primlerini yatırmak için istedikleri AFP kuruluşunu seçebilirler ve bu seçim konusunda işverenin herhangi bir müdahalede bulunması yasaktır. Bir AFP'ye üye olan çalışan, bu AFP'den ayrılarak başka bir AFP'ye geçebilir. Bu geçiş sırasında kişisel hesaptaki birikimler de transfer edilir⁴⁶.

⁴³ ERGENEKON, s.84-85.

⁴⁴ SÖZER, s.10; MIZRAK, s.46; ERGENEKON, s.84.

⁴⁵ ERGENEKON, s.101.

⁴⁶ MIZRAK, s.46.

Sistemin ilk yıllarında bir AFP'den başka bir AFP'ye geçiş için 3 aylık bir bekleme süresi konulmasına rağmen kurumlar arası geçiş sayısı artmıştır. Bunun önüne geçilmesi için üyenin durumuna göre 5 ile 9 ay arasında bir bekleme süresi ve primlerin düzenli ödenmesi koşulu Ocak 1998 tarihinden itibaren getirilmiştir⁴⁷.

g. Emekli Olma Koşulları

Yeni sistemde emekli olabilmek için, kural olarak erkeklerde 65, kadınlarda 60 yaşa gelme şartı aranmaktadır. Fakat bu yaş sınırları mutlak kural değildir. Erken emekliliği düzenleyen bazı istisna durumlar vardır. Çalışanlar şu durumlarda erken emekli olma seçimini yapabilirler:

(i) Kişisel tasarruf hesabında, son on yılın ücret ortalamasının %50'sini (asgari emeklilik aylığından yüksek olması koşuluyla) sağlayacak bir emeklilik aylığı olmaya yeter düzeyde birikimin bulunması⁴⁸

(ii) Kişisel tasarruf hesabında, son on yılın ücret ortalamasının %50'sini (asgari emeklilik aylığından yüksek olması şartıyla) sağlayacak bir emeklilik aylığı almaya yeter düzeyde birikimin bulunması⁴⁹

Emekli olabilmek için çalışmanın son bulması şartı aranmaz. Emekli olan birey, çalışmasını sürdürerek emekli gelirini almaya devam ederler. Ancak bu bireyler emekli olduktan sonra prim ödemezler⁵⁰.

Malullük durumu çalışma gücünde oluşan kaybın oranına göre iki şekilde tanımlanır. Bunlar tam malullük ve kısmi malullüktür. Çalışma gücünü en az %2/3 oranında yitirenler tam malullük aylığı bağlanmaktadır. Çalışanın ölmesi halinde dul eşi, çocukları, onların olmaması durumunda anne-babasına ölüm aylığı ödenir⁵¹.

⁴⁷ ERGENEKON, s.97.

⁴⁸ ERGENEKON, s.102; Jose PINERA (Çev. Cem İPEK), "Çalışanların Güçlendirilmesi: Şili'deki Sosyal Güvenlik Sisteminin Özelleştirilmesi", Cato Mektupları No.10, Santiago, 1996, s.3.

⁴⁹ MIZRAK, s.48.

⁵⁰ PINERA, s.6.

⁵¹ SÖZER, s.10.

h. Emekli Gelirlerinin Ödenmesinin Düzenlenmesi

Emekli olma koşullarını yerine getiren çalışanlar, emekli gelirlerinin ödenmesine ilişkin üç seçenektan birini seçmek zorundadırlar. Bu seçeneklerden hangisinin uygulanacağı emeklinin iradesine bırakılmıştır:

(i) Özel Sigorta Şirketlerinin Ödeme Yapması: Bireyin AFP'deki birikimleri özel sigorta şirketine devredilir ve bu sigorta kuruluşu, emekliye yaşamı boyunca enflasyona ya da başka bir satın alma gücü paritesine endeksli bir gelir miktarını öder. Bu seçeneğin anlamı özel bir yaşam sigortası şirketinden sabit bir ödeme planına dayanılarak, yaşam boyu endekslenmiş bir gelirin sağlanmasıdır. Sigorta şirketinin varlığını sürdürmemeye riskine karşı birikimler ve gelirler kamu garantisi altındadır.

Bu seçenekte gelirin hesaplanmasında kullanılan veriler cinsiyete göre değişmektedir. Bu verilerde kadınların daha uzun yaşama olasılıklarının yüksek olarak hesaplanması nedeniyle kadın emekliler, erkek emeklilerden daha düşük gelir almaktadırlar. Benzer şekilde sigorta şirketleri her emeklilik başvurusunu ayrı ayrı değerlendirmekte ve olası yaşam süresi uzun belirlenenler daha düşük gelire hak kazanmaktadırlar. Ayrıca bu seçenek emeklilere bazı maliyetlere katlanmasını öngörür. Emekli sigorta şirketine bu hizmet karşılığında bir komisyon ödemek zorundadır. Bu oran 1995 yılında yıllık gelirin %3.5 ile %4'ü oranında gerçekleşmiştir⁵².

(ii) AFP'lerin Ödeme Yapması: Bu seçenekte bireyin birikimleri sigorta şirketine devredilmez. Üyesi olunan AFP'de kalır. AFP, emeklinin beklenen yaşam süresini dikkate alarak, belirlenen yaşam süresi içerisinde düzenli aylık ödeme uygulamasını yerine getirir. Emekli bu seçiminde hesaplanan veya beklenen süreden uzun yaşama ve fonun yatırım riskleriyle karşı karşıya kalabilir. Emekli beklenilenden uzun yaşarsa, birikimleri bittiği bir durumla karşılaşacaktır. Böyle bir durum gerçekleşirse, ödemelerin yetersizliği devletin sağladığı asgari emeklilik aylığı ile giderilir.

AFP' de kalma seçeneğinde, kalan miktarın getirisi göz önünde tutularak her yıl yeniden hesaplanır.

⁵² SÖZER, s.10; ERGENEKON, s.102.

Sağlık durumları kötü olan emekliler ile uzun yaşama olasılığını kendinde görmeyen emekliler AFP’de kalmayı seçerler. Çünkü bu seçenek, ilk belirtilen seçeneğe göre, emeklilerin ölümünden sonra, ortada kalan mirasçılara daha yüksek aylık bağlanması sonucunu ortaya çıkarır⁵³.

(iii) Karma Ödeme Sistemi: Bu seçenek, emeklinin birikiminin AFP ile sigorta şirketi arasında paylaşılması esasına dayanır. Emekliliğin ilk yıllarında gelir AFP’den, daha sonraki yıllarda birikim bir sigorta şirketine devredilerek, o sigorta şirketinden alınır⁵⁴.

i. Devletin Sistem İçindeki Gelir Sağlayıcı İşlevi

Şili’deki yeni sistemde devletin sosyal yönlü harcamaları bütünüyle ortadan kaldırılmamıştır. Devlet bazı koşulların gerçekleşmesi şartıyla bireylere gelir sağlar. Bu gelirlerin özelliği karşılıksız olarak doğrudan devlet bütçesinden karşılanmasıdır.

Yeni sistem içinde devletin gelir sağlayıcı rolü iki biçimde gerçekleşir. Bunlar asgari emeklilik aylığı ve sosyal yardım geliridir. Bu işlev yeni sistem içinde “en altta” yer alan grup ile yeni sisteme hiç dahil olamamış gruplara yöneliktir.

Asgari Emeklilik Aylığının Sağlanması

65 yaşını geçen erkekler ve 60 yaşını geçen kadınlar AFP’deki birikimleri devletçe belirlenen asgari emeklilik aylığını sağlamaya yetmiyorsa, 20 yıl prim yatırmış olma koşuluyla, asgari emeklilik aylığı almaya hak kazanırlar. AFP’deki bireysel birikimleri tükeninceye kadar aylıklarını AFP’den alırlar. Bu birikimler tükendikten sonra, devlet kamu gelirlerinden karşılayarak bu bireylere asgari emeklilik aylığı sağlar⁵⁵.

Şili’de asgari emeklilik aylığı asgari ücretin bir oranı olarak belirlenir. Bu aylık 70 yaşın altındaki bireyler için asgari ücretin % 85’i, 70 yaşın üzerindeki bireylere asgari ücretin % 90’ı olarak belirlenir⁵⁶.

⁵³ SÖZER, s.10; ERGENEKON, s.102.

⁵⁴ ERGENEKON, s.103.

⁵⁵ SÖZER, s.10; PINERA, s.9; ERGENEKON, s.105.

⁵⁶ RÖSNER, s.94; ERGENEKON, s.105.

Sosyal Yardım Geliri

Sosyal yardım geliri de devlet bütçesinden karşılanır. Yeni sistemde bağları en zayıf grupları kapsar. Bu geliri almak için bireylerde şu koşullar aranır⁵⁷:

- Hiçbir aylığa hak kazanamamış olan 65 yaşın üzerindeki yaşlılar
- Hiç prim ödememiş olan bireyler
- Bir süre prim ödemiş ancak emekli olma koşulunu sağlayamamış bireyler
- Malullük aylığına hak kazanamayan 18 yaşın üzerindeki malul bireyler

Sosyal yardım miktarı devlet tarafından belirlenmektedir. Sosyal yardım gelirinin, ortalama net ücretlere oranı yıllar içinde önemli değişiklikler göstermektedir.

3. Yeni Emeklilik Sigortasının Sonuçları

Şili’de devletin aşamalı olarak emeklilik sigortası uygulamasından çekilme amacının bir sonucu olarak beliren yeni sistem 17 yıldır gelişmektedir. Sonuçları bir çok yönden belirginleşmiştir. Ancak sistemde yeni emekli olanların sayısı henüz azdır ve bu yüzden ileride emekli olanların sayısındaki artışın nasıl sonuçlar doğuracağı merak edilen bir durumdur. Ayrıca Şili ekonomisinin görece olarak iyi bir gelişim çizgisi tutturduğu bir dönem olan bu 17 yıl, primlerin beklenilenin üzerinde getiri oranları sağlaması, ileride ekonomik gelişmeye bağlı olarak getiri oranlarındaki azalmanın sistem üzerinde oluşturacağı etki tam olarak bilinmemektedir. Geleneksel emeklilik sisteminin devlete yüklediği maliyetlerde yapısal bir azalma olup olmayacağı da henüz tartışma aşamasındadır.

Sosyal güvenlik ilkelerini dışlayan bir sistem niteliğini taşıyan Şili emeklilik sigortası sosyal sigorta niteliği göstermemektedir. Onun öne çıkan niteliği bireysel olmasıdır. Sigorta sisteminin yeniden dağıtım ve sosyal dayanışma fonksiyonları ve niteliği tasfiye edilmiş, bireyin zaman içinde bireysel hesabında biriktirdiği değer, emeklilik sonrasında yine bireysel olarak harcamasını sağlayan bir sistem kurulmuştur. Kuşakları ve aynı anda toplum içinde bulunan bireylerin yaşlılık riskine karşı kendi aralarında

⁵⁷ RÖSNER, s.94; ERGENEKON , s.106.

kuracakları dayanışmayı ve yeniden dağıtım sürecini ortadan kaldırmıştır⁵⁸. Bireyleri risk karşısında yalnız bırakmıştır. Bu yönüyle sistem sosyal değildir. Tartışma götürmez bir şekilde bireyseldir. Bu nedenle de bir sosyal güvenlik reformu değildir. Sistemin sosyal güvenlik niteliğini ortadan kaldıran bir diğer önemli unsur, bireyin hastalık, işsizlik, malullük gibi nedenlerle prim ödeyememesi durumunda gelir kaybına uğramasına bağlı olarak, prim ödemelerinde geri kalmakta ve ileride emekli olamama yada düşük emekli geliri elde etme gibi sonuçlar doğurmasıdır⁵⁹.

Üzerinde durulması gerek bir başka nokta, devletin harcamalarını azalma ve bütçe açıklarını kapatma amaçlarıdır. Sistemin bu amacı ne kadar sağladığı ve sağlayacağı belirsizdir. Eski sistemin aşamalı olarak tasfiyesinin ortaya çıkardığı yeni bütçe yükleri vardır. Bu yüklerin zaman içinde azalması beklenmesine rağmen, yeni sistem içinde devletin belirli harcamaları ve garantileri yerine getirmesinin ortaya çıkardığı yeni maliyetler vardır. Özellikle sosyal yardım geliri ve asgari emeklilik aylığı gibi uygulamalar devletin yeni harcama alanlarıdır. Bu harcamaların finansmanı da doğrudan bütçeden yapılmaktadır. Ayrıca AFP'lerin getiri oranlarında uzun süreli ve yaygın bir gerileme ortaya çıktığında devletin bu yüklerinde önemli artışlar ortaya çıkacaktır.

Bu konuda bir diğer önemli nokta, devletin sosyal tasarrufları geçmişte verimsiz bir şekilde değerlendirdiği ve bu nedenle özel sigorta uygulamasına gidilmesi gerekliliğine ilişkin savdır. Yeni sistemde de devlet bireysel emeklilik fonlarına belirli bir getiri garantisi vererek, borçlanmaktadır. AFP'ler ellerinde bulunan bireysel fonların % 40-50'sini doğrudan devlet hisselerine yatırmaktadırlar. Buradan da anlaşılacağı üzere, devlet iç borçlanma yoluyla bireysel emeklilik hesaplarına gelir transfer etmektedir. Bunun bir anlamı ise, herhangi bir nedenle bireysel emeklilik sistemi uygulaması dışında kalan (işsizlik, düşük gelir, kaçak çalışma, eski sisteme bağlı olma, tarım yada informal sektörde çalışma gibi) geniş toplumsal kesimlerin aleyhine devletin, görece daha iyi durumda olanlara gelir transfer etmesidir. Sistem dolaylı bir yoldan tersine işleyen bir yeniden dağıtım ve dayanışma niteliği taşır. AFP'lerin fonların büyük bir kısmının devlet tahvillerine yatırılmasının bir başka önemli sonucu AFP'lerin özel sektör kimliğini zedelemesi ve onları siyasi iktidarlara karşı bağımlı bir duruma getirmesidir⁶⁰.

⁵⁸ SÖZER, s.9; MIZRAK, s.50; C.GILLION-A.BONILLA (Çev. Yıldırım KOÇ), “Tili’de Emeklilik Sisteminin Özelleştirilmesi”, Mülkiyeliler Birliği Dergisi, C.XVII, S.154(1993 Nisan), s.40.

⁵⁹ RÖSNER, s.94; GILLION- BONILLA, s.40.

⁶⁰ RÖSNER, s.93.

Sistem sosyal güvenliğin yarattığı kayıt dışı ekonomiyi ortadan kaldıramamış aksine, bu ekonominin büyüme eğilimine yardımcı olmuştur. Çünkü asgari emekli aylığını aşan miktarlarda gelir almak için bireysel hesapta biriktirilmesi gereken tasarruf miktarını sağlamak oldukça güçtür ve yüksek prim ödemeleri gerektirmektedir. Çalışanların bir kısmı devletinde garanti ettiği asgari emeklilik aylığı seviyesini hak kazandıran bir tasarruf miktarına ulaştıklarında sisteme prim yatırmaktan vazgeçmektedirler. Kimi çalışan işverenlerle anlaşarak hiç bir şekilde prim ödememe yoluna gidebilmektedir⁶¹.

Sisteme kayıt yaptıran çalışanların prim ödeme düzeni ve sıklığı azalmaktadır. Aynı zamanda sisteme kayıtları zorunlu tutulmayan serbest çalışanlar sisteme çok az bir oranda katılmaktadırlar. Sistem düşük gelirlileri, köylüleri ve topraksız çalışanları kapsamaktan uzaktır. AFP'lerde 5.500.000 bireysel emeklilik tasarruf hesabı olmasına rağmen bunların ancak 2.300.000'ünün sahibi düzenli ödemeler yapmaktadır. Ayrıca işverenler çalışanların ücretinden kesip, AFP hesaplarına yatırmaları gereken primleri yatırma konusunda kötü niyetli davranabilmektedirler. SAFP 150.000 işverenle primleri yatırmadıkları için davalıdır⁶².

Sigortalının düzenli ve yüksek oranlarda prim ödemelerinde bulunması iyi bir emekli gelirini garanti etmez. Aynı zamanda üyesi olunan AFP'nin bireysel tasarruf hesabına yüksek getiri sağlaması gerekir. Yüksek getiri sağlanamazsa emekli geliri düşük olarak gerçekleşecektir. Yüksek enflasyon ve sürekli durgunluk dönemleri sisteme büyük zarar verecek ve çalışanlar büyük gelir kayıplarına uğrayacaktır⁶³.

Sistem çalışanlar bakımından maliyetlidir. Primlerin ödenmesi sırasında AFP'ler sabit ve/veya oransal komisyonlar almakta, emekli gelirlerinin bağlanması ve hesaplanmasında AFP'lere ve özel sigorta şirketlerine ödeme yapılmaktadır.

Emeklilik gelirlerinin ödeme planının hazırlanmasında kullanılan yaşam beklentisi tabloları, cinsiyetler arasında kadınlar aleyhine bir ayrımcılığı doğurmaktadır. Benzer emeklilik hesabına sahip kadınlar, erkeklerden daha az emekli geliri almaktadırlar. Ayrıca sistemde beklenen süreden uzun yaşamak ta ciddi bir risktir. Çünkü

⁶¹ ERGENEKON, s.123.

⁶² ERGENEKON, s.104.

⁶³ RÖSNER, s.93; MIZRAK, s.50.

hesaplanılandan uzun yaşanıldığı takdirde hesaptaki fon bitebilir ve devletin sağladığı asgari emeklilik aylığına muhtaç olunabilinir⁶⁴.

Sistemin eksikliklerini gidermek ve etkinliğini artırmak için uyguladığı asgari emeklilik aylığı ve sosyal yardım uygulamalarının miktarı yetersiz ve insanca yaşama gereklerinden uzaktır. Fakirliğin azaltılmasına yönelik bir katkıda taşımaz. Bununla birlikte hükümetlerin politik tercihlerini sistem içine taşıyan kanallardan biridir.

AFP'ler aşırı reklam ve promosyon kampanyalarına yönelerek yönetim giderlerini artırmakta ve primlerden kesilen komisyon ve ödentilerin azalmasını güçleştirmektedirler. AFP piyasasında yoğunlaşma oranı yükselmektedir. Bu da yasaların tanıdığı tercih hakkını zedelemekte ve AFP değiştirmelerde bazı sorunlar yaşanmaktadır⁶⁵.

SONUÇ

Askeri hükümet 1974 yılından itibaren Şili toplumunu bütün yönleriyle yeniden örgütlemeye çalıştı. Bu siyasi olduğu kadar ekonomik süreçleri de etkiledi. Özellikle yönetimin diktatör tavrı Şili toplumunu yeniden örgütleme sürecine egemen oldu. Bu tavır, neo-liberal ekonomik anlayışın ideolojisiyle bir araya gelince, ortaya tüm dünyaya ileride farklı anlayışların olumlu ya da olumsuz bir model olarak sunacakları Şili deneyimi ortaya çıktı. Şili modeli yalnızca bir emeklilik ve sağlık sisteminin radikal değişimi biçiminde değerlendirilmemelidir. Yaşanan değişimler geniş bir toplumsal ve ekonomik değişimin parçalarından yalnızca ikisidir.

Şili'deki geleneksel emeklilik sigortası uygulamalarının sorunlu olduğu yukarıda belirtilmiştir. Ancak bu sorunların boyutları ve nedenleri konusunda çok farklı görüşler ileri sürülebilir. Aynı zamanda AFP sistemine geçiş aşamasına kadar çok önemli bir krizin yaşanmadığını ileri süren düşünceler de vardır⁶⁶. Bu nedenle Şili modelini bir rasyonel çıkış çabası olarak çok, ideolojik bir tepkinin ürünü ve neo-liberal toplumsal hayalin yaşama geçirilmesi çabası olarak değerlendirmekte yarar vardır.

⁶⁴ ERGENEKON, s.102-103.

⁶⁵ TUSIAD, s.60.

⁶⁶ H. CALDERON ve diğerleri (Çev. Neşe ÜMİT), **Friedman Modeli Kısacasında Şili 1973-1981**, İstanbul, 1982, s.162.

Bu Pinera'nın bir konuşmasında oldukça açık bir şekilde görülebilir. Pinera yeni emeklilik sisteminin fiilen neden 1 Mayıs tarihinde başlatıldığını şu şekilde açıklamaktadır:

“..Şili’de de 1 Mayıs İşçi Bayramı olarak kutlanmaktadır. Bu tarihin seçilmesi tesadüf değildir. Simgelerin önemi dikkate alınarak, işçilerin 1 Mayıs’ı bir sınıf mücadelesi günü olarak değil, kendi sosyal güvenlik sistemleri seçme özgürlüğünü elde ettikleri ve devlete bağlı sosyal güvenlik sisteminin ‘zincirlerinden’ kurtuldukları gün olarak kutlamalarına imkan tanınmıştır.”⁶⁷

Sistemin kurucusu Pinera'nın aksine, işçilerin sistem seçme hakları yoktur. Çalışanlar yalnızca hangi özel sigorta fonu işleticisi şirkete primlerini ödeyebileceklerini seçebilmektedirler. Devlete bağlı sosyal güvenlikten ‘kurtuluş’ anlamlı bir ifade değildir. AFP’lerin yatırım portföyleri içinde devletin tahvil ve borçlanmaları önemli bir yer tutar. Devlet çalışanları AFP’lere üye olmayı zorunlu tutmaktadır. Çalışanlara sigortasız kaçak çalışma dışında başkaca bir seçenek sunmamaktadır. Aynı zamanda devlet asgari emeklilik geliri, sosyal yardım ve AFP’lerin ve sigorta şirketlerinin bireysel fonlar üzerindeki olası zararını giderme konusunda verdiği garantiler de vardır. Bunların tümü bir çerçevede değerlendirildiği zaman ortaya devlet güdümlü bir özel emeklilik sigortası uygulaması ve tasfiye edilen sosyal güvenlik uygulamaları karşımıza çıkar.

Sağlık sisteminde yaşanan tecrübeler gerçekten acı olmuştur. Seçimlerle işbaşına gelen hükümetlerin ilk işi, çökertilen sağlık sistemini yeniden inşaa etme uğraşısı olmuştur.

Şili özel sağlık sistemi modeli ve emeklilik sistemi bireyleri riskler karşısında yalnız bırakan ve geçmişte biriktirebildikleri gelire bağlı olarak ortaya çıkan zararı gideren bir sistem niteliği gösterir. Daha çok bireysel zorunlu tasarruf veya güdümlü özel sigorta uygulamalarına benzerlik gösterir.

Sanayi devrimi sırasında ve sonrasında büyük oranlarda çalışanların kendi girişimleri ile ortaya çıkan sosyal dayanışma ve yardımlaşma ilkesi, işverenin ve devletinde katılımıyla bir sosyal güvenlik kurumsallaşmasını doğurmuştur. Geline nokta

⁶⁷ PINERA, s.6.

çalışanların başlattıkları bu gönüllü süreç, sisteme sonradan eklenen işveren ve devlet tarafından kaldırılmak istenmektedir.

KAYNAKÇA

Ali. N. SÖZER, “Türk Sosyal Güvenlik Sisteminin Şili Örneği Açısından Değerlendirilmesi”, SOSYAL POLİTİKA TARTIŞMALARI III, 14-15 Mayıs 1998, İzmir.

C.GILLION-A.BONILLA (Çev. Yıldırım KOÇ), “Şili’de Emeklilik Sisteminin Özelleştirilmesi”, Mülkiyeliler Birliği Dergisi, C.XVII, S.154(1993 Nisan).

Claudio SEPULVEDA, **Çocukların Sağlık Hakkı: Şili ve Tayland’da Temel Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi**, UNICEF Ya., Ankara, 1995.

Çağatay ERGENEKON, **Özel Emeklilik Fonları**, İ.M.K.B. Ya., İstanbul, 1998.

H. CALDERON ve diğerleri (Çev. Neşe ÜMİT), **Friedman Modeli Kısacasında Şili 1973-1981**, İstanbul, 1982.

Hans J. RÖSNER, “Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Reformunda Özelleştirme Stratejileri, Şili Örneği”, TÜRKİYE VE ALMANYA’DA SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMLERİNİN REFORMU KONFERANSI, Ankara, 1998.

Jose PINERA (Çev. Cem İPEK), “Çalışanların Güçlendirilmesi: Şili’deki Sosyal Güvenlik Sisteminin Özelleştirilmesi”, Cato Mektupları No.10, Santiago,1996.

N. Yıldırım MIZRAK, “Sosyal Güvenlik Alanındaki Gelişmeler ve Bir Özelleştirme Örneği: Şili Özel Emeklilik Sistemi”, Mülkiyeliler Birliği Dergisi, C.XVII, S.152(1993 Şubat).

Patricio SILVA, **State, Politics and the Idea of Social Justice in Chile**, Development and Change, S.24 (1993).

Sagaris LAKE, **Private-Insurance Debate Moves to Chile**, Canadian Medical Association Journal, C.157, S.157 (1997).

Sandra POLANSKİ, **Selected cases in the Americas**, (Derleyen G.ULRICH, **Labour and Social Dimension of Privatization and Restructuring -Health care services-**, ILO Ya.,1998), s.38.

TÜSİAD, **Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Yeniden Yapılanma**, TÜSİAD Ya. , İstanbul, 1997.