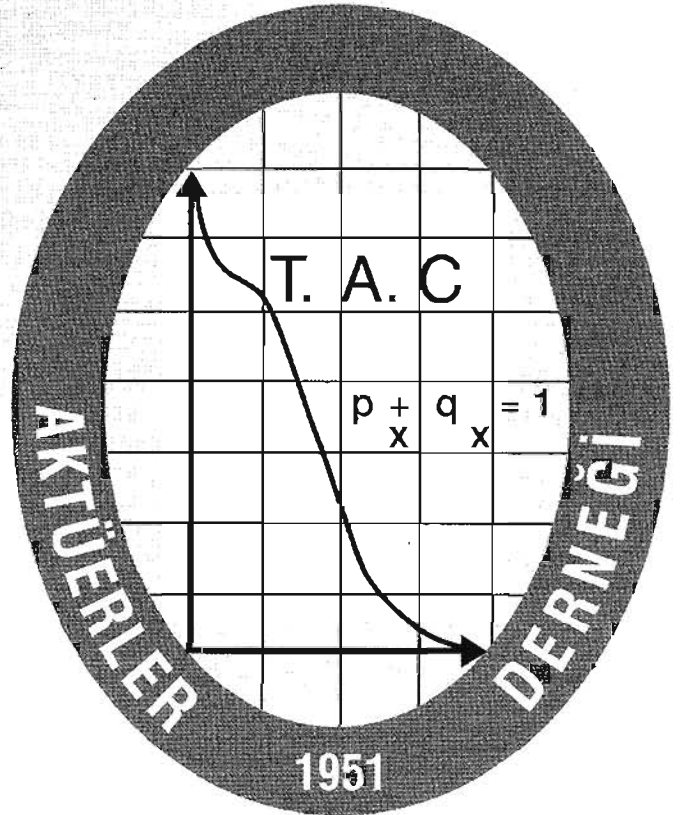


AKTÜER

2004 Yıl: 2 Sayı: 1



SİGORTA SEKTÖRÜNDE BİR YILDIZ DAHA KAYDI

Kısa süre önce kaybettiğimiz kıymetli arkadaşımız ve sigorta dünyasının duayeni HAŞİM EKENER için yazacaklarımız şüphesiz ki bu derginin sayfalarına sığmaz. Kendisi gerek bilgisi gerekse insancıl ve sevecen kişiliği ile hepimizin kalbinde müstesna bir yer edinmişti.

Rahmetli ile ben, sigorta mesleğine girdiğim 1957 yılından sonra Ticaret Bakanlığı İç Ticaret Genel Müdürlüğüne bağlı Sigortalar Dairesi'nde Aktüerlik hizmeti yaptığı sırada tanıştım. Kendisi benden önceki yıllarda Güven Sigorta Anonim Şirketi'nin Hayat servisinde şef düzeyinde çalışmıştır. Bilahare 1960'lı yıllarda yine aynı şirkette Genel Müdür yardımcılığı görevine getirildi ve bu suretle ilişkimiz çok daha yakınlaştı ve birlikte çalışma mutluluğuna eriştim. Güven Sigorta A.Ş.'den ayrıldıktan sonra İstanbul Umum Sigorta Genel Müdürlüğü, bu şirketin adı Generali Sigorta A.Ş. olduktan sonrada, Yönetim Kurulu Başkanlığı yapmıştır. Bu sırada müşavir aktüer olarak kendisi ile aynı şirkette çalışmak şansına bir kere daha sahip oldum. Haşim Ekener'in sigorta sektöründe yöneticiliği dışında , engin bilgisi ve yayınları ile de kıymetli hizmetleri olmuştur. Örneğin, 1957 yılında Ticaret Vekaleti aktüeri iken bir arkadaşı ile birlikte yazdığı ve yayınlanan "Türk Hususi Sigorta Mevzuatı ve Sigorta Lugatı" adlı eseri bütün sigorta dallarında sigortacılara ışık tutmuştur. Şahsen, Hayat Sigorta terimleri ve formülleri bakımından mesleğimin ilk yıllarında bu eserden çok faydalandım. Kendisi, sigortanın tüm dallarında olduğu gibi hayat sigortaları ve tekniği konularında da büyük vukuf sahibi idi. Mesleğinin ilk yıllarındaki bir olay onun bu mesleğe ne kadar gönül verdiğini gayet güzel anlatır.

1952 yıllarında Güven Sigorta A.Ş. hayat servisinde mesleğe ilk girdiği sıralarda ve şef muavini iken bir ölüm tazminatını , ölüm sebebini belirten doktor raporundaki bir tıbbi terimin anlamını bilmediğinden ödenmemesi gereken tazminatı kendi insiyatifi ile ve üst düzey yöneticilere de sormadan ödemesi sonucunda Reasürörden gelen itiraz ve genel müdürlükten (o zamanki fen müşaviri rahmetli Sadi Barlas'tan) aldığı uyarı üzerine bu noksanını telafi etmek üzere İstanbul Üniversitesi Tıp fakültesi dekanlığından izin alarak, fakültenin anatomi derslerine devam ettiğini, bilahare buradan elde ettiği bilgiler ve sonradan diğer kaynaklardan da faydalanarak yazdığı ve bir tanesini kendi imzası ile bana hediye ettiği "Sigortacılıkta Tıp ve Anormal Rizikoların kabulü ile kötü hastalıklar ve küçük tıp Sözlüğü" adlı eserinde etraflıca anlatmaktadır.

Rahmetli çok yönlü bir insandı. Eski halterci idi ve halter federasyonunda görev yapmıştı. Bir defasında beni Moda'da yapılan halter müsabakasına götürmüştü. Ayrıca son derece Arkeoloji ve seyahat meraklısı idi. Kendisinin Dünya'da gezdiği yerlere ait intibalarını anlattığı ve slayt gösterisi ile derneğimiz üyelerine naklettiği güzellikler belleklerimizdedir. Kaybettiğimiz derneğimizin bu müstesna üyesi için ailesi ve tüm Sigorta camiasına başsağlığı dilekelerimizi yineleriz . Kendisini her zaman ve her fırsatta rahmetle ve saygı ile anacağız.

FAHRİ KARAKAŞ
AKTÜER

TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI

Sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırma sürecine yönelik olarak, başlangıçta DPT ve Sağlık Bakanlığı tarafından ortaya konulan çözümler, artık, sektörün tüm taraflarınca oluşturulan platformlarda tartışılan ve proje üretilen katılımcı bir sürece girmiştir. Bu bağlamda, kurumsal temsiliyeti olmaksızın, sektörden bir gönüllü grubu olarak, 2002 yılı Eylül ayından bugüne, kamu ve özel sektör deneyiminin harmonizasyonu ile, ülkemizde *“Tamamlayıcı Sağlık Sigortası”* na yönelik bu çözüm önerisini üretilmeye çalışıldı. Bu Çalışma, 5 Aralık 2003 tarihinde, İstanbul Hilton Oteli’nde, Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği ile Sağlık Kuruluşları Derneği’nin sponsorluğunda düzenlenen bir toplantı ile kamu ve özel sektör temsilcilerinden oluşan 380 katılımcı ile paylaşılmış ve tartışmaya açılmıştır.

Çalışma, Devlet’in tüm vatandaşlarımızı kapsam altına alan Genel Sağlık Sigortası’nın sunduğu temel bir teminat paketi ile sağlık güvencesini sağlamasını, ama dileyenlerin bu temel paketin üstüne *“Tamamlayıcı Sağlık Sigortası”* nı özel sağlık sigortası şirketlerinden satın alabilmesini amaçlayan bir uygulamanın ana çerçevesini öngörmektedir.

Ülkemiz, sağlık alanında bugün geldiği nokta itibarıyla, mevcut sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesinden çok, bu hizmetlerin yeniden yapılandırılmasına ihtiyaç duymaktadır. Bu yeniden yapılanmanın ana ilkesi; herkesin ihtiyacı oranında sağlık hizmetinden yararlanmasını sağlamak üzere, kamu ile özel sektör arasında haksız rekabet değil sinerji oluşturmak ve küçülerek güçlenip yerinden yöneten Çağdaş Devlet yaklaşımı olmalıdır.

Sağlık hizmetlerinin yeniden yapılanmasında hedefler; finansmanda Genel Sağlık Sigortası ile ilişkilendirilmiş *“Tamamlayıcı Sağlık Sigortası”* na, sunumda fırsat eşitliği ve eşit şartlarda rekabete, yönetimde ise etkililiğe yerinden ve katılımcı yönetimi sağlamaya odaklanmalıdır.

Bu hedeflere yönelik stratejiler ise şu başlıklardan oluşmalıdır;

- Sağlık sektöründe, denetleyici ve yönlendirici yapısı ile güçlenen, kamu ve özel sektör ayrımı yapmaksızın bunlar arasında sinerji oluşturan, bürokrasiyi azaltarak, yerinden ve katılımcı yönetim ilkeleri çerçevesinde strateji belirleyen ve koordinatör rolü üstlenen bir Devlet yapısı kurulmalıdır,
- Halen uygulanmakta olan kamu sigortacılığı ağırlıklı modelden, vatandaşlarımızın tamamını kapsayacak Genel Sağlık Sigortası’na geçilmeli, bu bağlamda sunulan Temel Teminat Paketi Genel Sağlık Sigortası tarafından güvence altına alınmalıdır,
- Devletin sunduğu temel teminat paketi ile oluşan ve hizmet alan kişi tarafından karşılanmak durumunda olan fark, özel sağlık sigortası şirketleri tarafından oluşturulan paketler ve dileyenlere sunulan *“Tamamlayıcı Sağlık Sigortası”* ürünleri ile karşılanmalıdır,
- Temel teminat paketi ve *“Tamamlayıcı Sağlık Sigortası”* ürünleri, geri ödeme kuruluşlarınca yapılacak yeni düzenlemelerle, her geri ödeme kurumuna (kamu sağlık sigortacılığı kurumu ve özel sağlık sigortacılığı kurumu) ayrı ayrı faturalanarak ödenmelidir,

• Başta Almanya, Fransa ve Hollanda gibi Avrupa ülkelerinde uygulandığı gibi, özel sağlık sigortaları, ülkemizde, kamu sektörü tarafından hariç tutulan (ya da tamamen kapsanmayan) hizmetleri kapsayan, “*Tamamlayıcı Sağlık Sigortası*” seçeneği ile; kamunun mali riskini paylaşabilen, ödemelerini tümüyle provizyon sürecine dayalı olarak yapacağı için kontrol edebilen, sağlık hizmetinin kalitesi üzerinde fiyat nedeniyle oluşacak baskıyı azaltabilen, hizmet alan kişilerin hekimini ve hastanesini seçme konusundaki sınırlarını genişleterek oluşabilecek aşırı talepleri yönetebilen bir süreci sağlamalıdır,

• Kamu tedavi edici sağlık hizmetlerinde kuralları belirleyen denetleyen konuma çekilmeli, halen uygulanmakta olan kamu ve özel sektör arasındaki haksız rekabet, eşit şartlarda rekabete ve sinerjiye dönüştürülerek “Temel Teminat Paketi” karşılığı Genel Sağlık Sigortası’na, kamu/özel ayrımı yapılmaksızın bütün sağlık kurum ve kuruluşları hizmet verebilmelidir,

Temel insan hakları arasında yer alan sağlık hakkının hayata geçirilmesinde, sigortacılık prensipleri kabul edilmiş ise, ister özel ister sosyal sigortacılık olsun, bazı farklılıklar olmakla birlikte; yöntem açısından ciddi değişiklikler söz konusu değildir. Uygulama için; kimlerin ve hangi sağlık yardımlarının kapsanacağı, bunların hangi koşullarda sunulacağı, finansmanın ne şekilde sağlanacağı, Genel Sağlık Sigortası için önemlidir. Çalışmada, öncelikle Genel Sağlık Sigortası tarafından uygulanması beklenen Temel Teminat Paketi ile ilgili öneri ortaya konulmuş, bu paketin daha sonra “*Tamamlayıcı Sağlık Sigortası*” uygulamasına baz olması dikkate alınmıştır.

Temel Teminat Paketi’nin belirlenmesinde ulusal normlar yanında, ülkemizin uymak zorunda olduğu uluslararası bazı normlar da bulunmaktadır. Konuyla ilgili ILO’nun 102 sayılı Sosyal Güvenliğin Asgari Normları Sözleşmesi, Türkiye tarafından da imzalanmış olup, bağlayıcılığı olan temel kural özelliğini taşımaktadır. Ayrıca AB normları ve Avrupa Sosyal Şartı da konuyla ilgili çalışmalarda dikkate alınması gereken uluslararası normlar niteliğini taşımaktadır. Bu çalışmada uluslararası ve ulusal bağlayıcı kurallar dikkate alınarak, çağdaş Genel Sağlık Sigortası sisteminde, sürdürülebilir bir finansman yapısı gözetilerek temel teminat paketinin tanımlanmasına çalışılmıştır.

Çalışma sırasında temel kabul olarak alınan ilkeler şunlardır:

- Mevcut hastalık ve analık sağlık sigortası kollarının birleştirilmesi gerektiği,
- Sağlık sorunu nedeniyle uğranılan mali kayıpları karşılamaya yönelik yürütülen işgöremezlik yardımlarının ayrı yürütülmesi gerektiği (örneğin işsizlik sigortası kapsamında),
- İş kazası ve meslek hastalığı sigortası kolunun mevcut haklara ilave olarak tanınan haklar ile tanımlanması gerektiği,
- Kapsanacak kişiler açısından tüm vatandaşların programa dahil edilmesi gerektiği,

Temel teminat paketi önerisinin temel ilkeleri ise Tablo 1’de yer almaktadır.

Tablo 1 Önerilen Temel Teminat Paketi'nin Temel İlkeleri

| Temel İlkeler | Açıklamalar |
|--|--|
| Genel Sağlık Sigortası Fiyat Tarifesi | Maliyet ve kaliteyi esas alan gerçekçi bir fiyat tarifesi tespit edilmelidir. Fiyat tarifesi basamaklı sevk sistemine göre farklı olarak belirlenebilir |
| Genel Sağlık Sigortası Hizmet Sunucu Sözleşme Koşulları | Hizmet sunumuna dayalı sözleşme yapılmalıdır. Minimum standart, akreditasyon, kalite belgesi, hekim yetkinliği (board sınavı vb.) aranmalıdır. Hizmet sunucu Kurum'un kendi fiyat tarifesi serbest olmalıdır. Kişiler Genel Sağlık Sigortası farkını, sevk koşullarına uygun şekilde kendileri karşılamalıdır. Sözleşmeler belirli periyodlarla gözden geçirilmelidir. |
| Kronik Hastalıklar | Sağlık Kurulu Raporu ile tedavi hizmetlerinde katkı payı alınmamalıdır. |

Genel Sağlık Sigortası, vatandaşlık ilkesine bağlı olarak tüm kişileri kapsayacağından, tüm nüfus Anayasamızın öngördüğü sağlık güvencesine kavuşmuş olacaktır. Bu nedenle mevcut yasal düzenlemelerde ayrıntılı bir şekilde yer verilen kapsanacak kişiler konusu, Tablo 2'de ele alınmıştır.

Tablo 2 Önerilen Temel Teminat Paketi'nde Kapsanacak Kişiler

| KİŞİLER | ÖNERİLEN KAPSAM |
|--------------------------------|---|
| Çalışanlar ve Emekliler | Kendi adlarına sağlık hizmeti almalıdırlar. |
| Eşler | Kendi adına sağlık hizmeti almayan karı ya da koca eşi üzerinden sağlık hizmetlerinden yararlanmalıdır. |
| Çocuklar | Kendi adına sağlık hizmeti almayan 18 yaşından küçük çocuklar, anne ya da baba üzerinden sağlık hizmetlerinden yararlanmalıdır. |
| Anne Babalar | Kendi adlarına sağlık hizmetlerinden yararlanmalıdır. |

Ayaktan tedavide sunulacak sağlık hizmetlerinin kapsamına ve koşullarına ilişkin önerilerimize Tablo 3'de yer verilmiştir.

Tablo 3 Önerilen Temel Teminat Paketi'nde Ayaktan Tedavi Teminatları

| SAĞLIK TEMİNATLARI | AYAKTAN TEDAVİ ÖNERİLERİ |
|---|---|
| Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri | Tüm hastalık ve tıbbi danışmalarda (Acil haller hariç) ilk müracaat hekimi Aile Hekimi olmalıdır. Katılımsız karşılanmalıdır. |
| Uzman Hekim Muayenesi | Doğrudan başvurularda, aile hekimi ücreti ile uzman ücreti arasındaki farkı kişiler ödemelidir. Aile Hekiminin sevki söz konusu olursa katılım alınmamalıdır. |
| Laboratuvar Tetkikleri | Laboratuvar tetkiklerinde, ayakta tedavilerde %5 den az olmamak üzere katılım payı alınmalıdır. |
| Radyoloji ve Klinik Branş Tetkikleri | Radyoloji ve klinik branş tetkiklerinde, ayakta tedavilerde %5 den az olmamak üzere katılım payı alınmalıdır. |
| İlaçlar | %10 den az olmamak üzere katılım payı alınmalıdır. |
| Fizik Tedavi | Cerrahi müdahale sonrası Fizik Tedavi gereken durumlarda %5 den az olmamak üzere, diğer endikasyonlarda %10 dan az olmamak üzere katılım payı alınmalıdır. |
| Küçük Cerrahi Müdahaleler ve Tıbbi İşlemler (acil dahil) | İşlemin ağırlığına bakılmaksızın her türlü küçük cerrahi müdahaleler ve tıbbi işlemlerde aciliyetine bakılmaksızın %5 den az olmamak üzere katılım payı alınmalıdır. |
| Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz, Taş Kırma | Bu tür spesifik ve yüksek maliyet gerektiren tedaviler katılımsız olarak karşılanmalıdır. |
| Estetik Amaçlı Muayene - Tedavi | Sigorta kapsamına dahil edilmemelidir. |
| Acil Hallerde Yapılan Masrafların Geri Ödemesi | Genel Sağlık Sigortası kapsamındaki kişinin acil bir rahatsızlığı nedeniyle Genel Sağlık Sigortası fiyatlarını kabul etmeyen ya da Genel Sağlık Sigortası ile anlaşmalı olmayan sağlık tesislerine başvurusu halinde Genel Sağlık Sigortası fiyatlarının en fazla %100 fazlası ile sigortalıya ödeme yapılmalıdır. Sağlık tesisinin tahsil edebileceği limit de bu rakamla sınırlı olmalıdır. |

Yatarak tedavide sunulacak sağlık hizmetlerinin kapsamına ve koşullarına ilişkin önerilerimize Tablo 4'de yer verilmiştir.

Tablo 4 Önerilen Temel Teminat Paketi'nde Yatarak Tedavi Yardımları

| SAĞLIK TEMİNATLARI | YATARAK TEDAVİ ÖNERİLERİ |
|--|--|
| Hekim Uygulamaları | Yatarak Tedavilerde, yapılan muayene, takip, küçük cerrahi müdahaleler, ameliyatlar vs. gibi her türlü işlemler için katılım payı olmamalıdır. |
| Laboratuvar, Radyoloji ve Klinik Branş Tetkikleri | Laboratuvar, radyoloji ve klinik branş tetkikleri için, yatarak tedavilerde katılım olmamalıdır. |
| Oda - Yemek | En az 3-4 yataklı odalarda katılımsız olmalıdır. |
| Refakatçi | Refakatçi ücretleri katılımsız olmalıdır. |
| Yoğun Bakım | Yoğun Bakım ile ilgili her türlü giderler katılımsız olmalıdır. |
| İlaç | Yatan hastalarda ilaçlar katılımsız olmalıdır. |
| Cerrahi Müdahaleler | Yatan hastalarda her türlü cerrahi müdahale katılımsız olmalıdır. |
| Doğum / Yenidoğan Bakımı | Doğum, düşük vs. gibi doğumla ilgili müdahaleler, doğum sonrası yenidoğana yönelik yapılan işlemler, katılımsız olmalıdır. Sezaryen için %5 den az olmamak üzere katılım olmalıdır. |
| Fizik Tedavi | Cerrahi müdahale sonrası yatarak Fizik Tedavi gereken durumlarda %5 den az olmamak üzere, diğer nedenlerle yatarak Fizik Tedavi Rehabilitasyon uygulanması durumunda %10 dan az olmamak üzere katılım alınmalıdır. |
| Kaplıca Tedavileri | Sigorta kapsamına dahil edilmemelidir. |
| Evde Bakım | Yatarak tedavi sonrasında doktorunun onayı ile yapılmalı ve fiyatlandırmanın gündelik hastane ücretlerini aşmaması kontrol edilmelidir. 30 günü aşan bakım hizmetlerinde %5 den az olmamak üzere katılım payı alınmalıdır. |
| Psikiyatri Tedavisi | Genel Sağlık Sigortası kapsamında olmalıdır. En az %5 Katılım payı alınmalıdır |
| Organ Nakli | Genel Sağlık Sigortası kapsamında olmalıdır. Tavan bir rakam olmak koşuluyla Katılım payı alınmamalıdır |

Ağız ve Diş Sağlığı, sağlık hizmetlerinin kapsamına ve koşullarına ilişkin önerilerimize Tablo 5'de yer verilmiştir.

Tablo 5 Önerilen Temel Teminat Paketi'nde Ağız ve Diş Sağlığı Teminatları

| DIŞ TEDAVİSİ | ÖNERİLEN KAPSAM |
|--|---|
| Koruyucu Diş Hekimliği Uygulamaları | Kapsamdaki tüm kişiler için katılımsız karşılanmalıdır. |
| Teshis ve Tedavi Planlaması | |
| Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi | |
| Tedavi ve Endodonti | Kapsamdaki tüm kişiler için %5 den az olmamak üzere katılım payı ile karşılanmalıdır. Belirlenen bir kısım kriterlerin söz konusu olduğu durumlarda katılım alınmayabilir. Yıllık limit olmalıdır. |
| Pedodonti | |
| PERİODONTOLOJİ | |
| PROTEZ | Kapsamdaki tüm kişiler için %20 den az olmamak üzere katılım payı ile karşılanmalıdır. Belirlenen bir kısım kriterlerin söz konusu olduğu durumlarda katılım alınmayabilir. Yıllık limit olmalıdır. |
| ORTODONTİ | |

İlaç teminatlarına ilişkin sunulacak sağlık hizmetlerinin kapsamına ve koşullarına ilişkin önerilerimize Tablo 6'da yer verilmiştir.

Tablo 6 Önerilen Temel Teminat Paketi'nde İlaç Teminatları

| İLAÇ TEMİNATLARI | ÖNERİLEN KAPSAM |
|--|--|
| İlaçların Kapsamı | İlaç tanımına yasada yer verilmeli ve ilaç tanımı dışında kalanlar Genel Sağlık Sigortası tarafından karşılanmamalıdır. Ayrıca karşılanacak ilaçların listesi yayımlanmalı, bu listede yer almayan ilaçların listede yer alan ilaçlarla arasındaki fiyat farkı kişi tarafından ödenmelidir |
| Katılım Payı | Ayakta tedavide %20 (emeklilerde yarısı kadar) den az olmamak üzere katılım payı alınmalıdır. İlaçların grubuna ya da hastalığa göre katılım payları farklı olabilir. |
| Katılım Payı Alınmayacak İlaç ya da Hastalıklar | Katılım payı alınmayacak ilaç ya da hastalıkların listesi yayımlanmalıdır. Uzman gözetiminde yatarak tedavide kullanılması zorunlu olan ilaçlar belirlenmelidir |
| İlaçların Karşılanması | Yatarak tedavide ilaçlar, sağlık tesislerinin eczaneleri tarafından ve tane ile kullanımı sağlanmalıdır. Ayaktan tedavide Genel Sağlık Sigortası ile sözleşmeli eczanelerden karşılanmalı. |
| Aşılar | Koruyucu aşılar katılımsız olarak karşılanmalıdır. (Ulusal Aşı Programına dahil edilenler.) |

Protez ve İyileştirme Malzemelerinde sunulacak sağlık hizmetlerinin kapsamına ve koşullarına ilişkin önerilerimize Tablo 7’de yer verilmiştir.

Tablo 7 Önerilen Temel Teminat Paketi’nde Protez ve İyileştirme Malzemeleri

| PROTEZLER VE İYİLEŞTİRME VASITALARI | KOŞULLAR |
|--|---|
| <p>Gözlük Camı, Çerçevesi, Kontakt Lens, İntraoküler Lens, İşitme Cihazı, Malul Aracı, Ortopedi Protezleri vs. her türlü Protezler</p> | <p>Tıbbi standartlarda asgari koşullar sağlanmış olmalı, AB normları, TSE, FDA onayı, gibi koşullar aranmalıdır. Tüm protezlerde %10 katılım payı (max.asgari ücret kadar olmalı) olmalıdır. Fiyat listesi belirlenmiş olmalıdır. Fiyat listeleri hazırlanırken, asgari standarta sahip protezlerin satın alınma imkanını verecek bir güncelleme sistemi kurulmalıdır. Tüm protezler için bir kullanma süresi olmalı</p> |
| <p>Düzeltilici, Destekleyici Alet ve Cihazlar, Ateller, Ortopedik Bot ve Ayakkabılar, Korseler, Yürümeye Yardımcı Koltuk Değneği vs. gibi Cihazlar, Kalp Damar Hastalıklarında Kullanılan Graftler, Endo-Protezler, vs. gibi Diğer İyileştirme Vasıtaları</p> | <p>Tıbbi standartlarda asgari koşullar sağlanmış olmalı, AB normları, TSE, FDA onayı, gibi koşullar aranmalıdır. Tüm protezlerde %10 katılım payı (max.asgari ücret kadar olmalı) olmalıdır. Fiyat listesi belirlenmiş olmalıdır. Fiyat listeleri hazırlanırken, asgari standarta sahip iyileştirme vasıtalarının satın alınma imkanını verecek bir güncelleme sistemi kurulmalıdır. İyileştirme vasıtaları için kullanma süreleri belirlenmelidir.</p> |

İster primli sisteme, isterse vergi ile finansmana dayansın Genel Sağlık Sigortasında öncelikle karar verilmesi gereken konuların başında, teminat paketinin kapsamının belirlenmesi gelmektedir. Temel Teminat Paketi, sistemin harcama düzeyini ve alınması gereken primleri doğrudan etkilemesi nedeniyle stratejik bir öneme sahiptir. Aynı zamanda Temel Teminat Paketi belirlendikten sonra, uygulamada değiştirilmesi oldukça zor olan hassas bir konudur. Kamuoyunda kapsamın sürekli genişletilmesi yönündeki baskıların, finansal riskleri ile birlikte değerlendirilerek sürdürülebilir bir sağlık hizmeti sistemi kurulması oldukça önem taşımaktadır.

Kapsam üzerinde oluşabilecek riskleri azaltmanın en yaygın ve mantıklı yolu, alternatif yaratılması ve Genel Sağlık Sigortası sisteminin talepleri karşılamayan kısmı için çözüm olanaklarını bünyesinde barındırmasıdır. Aksi takdirde kapsam sürekli genişleme eğilimi gösterecek ve ülkeler için finansal açıdan sürdürülemez noktaya ulaşacaktır.

Bu noktada çözüm olarak Genel Sağlık Sigortasının “sigortası” fonksiyonunu üstlenen “*Tamamlayıcı Sağlık Sigortası*” kapsamına çıkmaktadır

Hiçbir sosyal sigorta sistemi, tüm sağlık risklerini karşılama iddiası ve amacında değildir. Bu durum, karşılanmayan ya da kişilerin beklentileri karşısında yetersiz kalan alanlarda, iki yöntemi karşımıza çıkarmaktadır. Birincisi, riskin gerçekleşmesi halinde, doğrudan cepten ödeme yapılmasıdır. İkincisi ise, riskin paylaşılarak özel sigorta yoluyla ödenmesidir. Nitekim emeklilikte sosyal sigortanın yetersiz kaldığı ya da kişilerin beklentilerinin yüksek olduğu durumlara yönelik olarak, Bireysel Emeklilik Kanunu ülkemizde hayata geçirilmiş bulunmaktadır. Aynı uygulamanın sağlık alanında da *“Tamamlayıcı Sağlık Sigortası”* ile hayata geçirilmesi kaçınılmaz olarak görülmektedir.

Sosyal sigortanın temel ilkesi, kişilere asgari yaşama koşullarını garanti etmesidir. Azami koşullar ise, *“Tamamlayıcı Sağlık Sigortası”* yoluyla karşılanmaktadır. Bir diğer deyişle, her ne şekilde olursa olsun, Devlet’in sunduğu sosyal güvence kapsamında verilen sağlık hizmetleri ile optimal şartlar arasında bir fark oluşur. Bu fark, hizmet alan kişi tarafından karşılanmak durumundadır. İşte, *“Tamamlayıcı Sağlık Sigortası”*, hizmet alan kişinin üzerinde kalan sağlık riskini, gerek teminat kapsamı ve gerekse teminat yüzdeleri açısından çeşitli paketler ile üzerine alan bir sağlık sigortası türüdür.

Böylece, hizmet alan kişi ayakta tedavi kapsamında karşılanan sağlık giderlerinde kendi ödemek zorunda olduğu meblağı hem de yatarak tedavide mecbur tutulduğu şartların iyileştirilmesi için vermesi gereken farkı sigortası aracılığı ile karşılar.

Tamamlayıcı sigortanın uygulandığı sistemin mevcut sistemden en büyük farkı; mevcut sistemde kişilerin kamu sağlık tesislerinden hizmet almak istemediği durumda kamu sigortasının acil durumlar hariç hiçbir ödeme yükümlülüğü taşımamasıdır. Tamamlayıcı Sigorta’da ise kişileri hekim ve hastanesini seçme özgürlüğü ilkesini hayata geçirmek için kamu ya da özel sağlık kuruluşundan alınan hizmetin kamu tarafından belirlenen fiyat tarifesi kadarının ödeme yükümlülüğünü getirmesidir.

“Tamamlayıcı Sağlık Sigortası” ilkeleri;

- Devletin, Temel Teminat Paketi üzerinde kalan kısım için alternatif planlar hazırlayarak *“Tamamlayıcı Sağlık Sigortası”* nı da üstlenmesi anlamına gelecek uygulamalara yönelmemesi,
- Bir kısmı kapasitesinin çok altında çalışan Özel Sağlık Kurumlarına daha yüksek kapasite ile çalışmanın maliyet avantajını sağlayacak katkıları da gözetmesi,
- Özel Sağlık Sigortası Şirketlerinin belirlediği tedavi endikasyonları, tedavi sürelerinin denetlenmesinde uyguladıkları kontrol sistemlerinin gider azaltıcı faydalarından, temel teminat paketi için de yararlanılması,
- Özel Sağlık Sigortası Şirketlerinin, ekonomik ve farklı alternatiflerle geniş bir kitleye ulaşma yönünde daha fazla katkı sağlayacak biçimde düzenlenmesi,
- Özel Sağlık Sigortası Şirketleri arasında doğabilecek agresiv rekabete yönelik olarak kamusal denetim mekanizmalarının çok etkin çalıştırılması

olmalıdır.

“*Tamamlayıcı Sağlık Sigortası*” uygulanan ülkelerin başında, Amerika Birleşik Devletleri, Almanya, Hollanda gelmektedir. Avrupa’daki özel sağlık sigortası çoğu kez “*Tamamlayıcı Sağlık Sigortası*” şeklindedir ve kamu sektörü tarafından hariç tutulan (ya da tamamen kapsamayan) hizmetleri kapsar. Sağlık sistemlerinin performansları hakkında hazırlanmış olan Dünya Sağlık Raporu 2000’de, sağlık fonlarının cepten ödemelerde, sağlık riskine değil de gelire bağlı olan (vergilendirmeye ya da sigortaya dayanan) ön-ödeme şekillerine kaydırılması için “*Tamamlayıcı Sağlık Sigortası*” iyi bir örnek olarak gösterilmektedir.

TÜRKİYE İÇİN ÖNERİLEN MODEL’de; vatandaşlarımızın tamamını kapsayacak Genel Sağlık Sigortası’na geçildiğinde uygulanmak üzere, Genel Sağlık Sigortası tarafından güvence altına alınan ve belirlenen hizmet ve fiyat standartlarına uyan kamu ve/veya özel her türlü sağlık kurum ve kuruluşunda geçerli olan bir Temel Teminat Paketi tanımlanması, isteyen vatandaşlarımız için özel sağlık sigortası şirketleri tarafından yapılacak “*Tamamlayıcı Sağlık Sigortası*” ürünleri ve bunlara yapılacak ödeme sistemlerinin düzenlenmesi ile, değişik sağlık sigorta kurumlarına mükerrer prim ödeme döneminin kapatılması yer almaktadır.

“*Tamamlayıcı Sağlık Sigortası*” nı ülkemizde bekleyen fırsatlar;

- Genel Sağlık Sigortasının mali riskini paylaşma,
- Ödemelerin tümü, provizyon sürecine dayalı olarak yapılacağından prospektiv kontrol,
- Sağlık hizmetinin kalitesi üzerinde fiyat nedeniyle oluşacak baskıların azalması,
- Hizmet alan kişilerin hekimini ve hastanesini seçme konusundaki sınırlarının genişlemesi,
- Genel Sağlık Sigortasından oluşabilecek aşırı taleplerin bu sisteme kanalize edilebilmesi,
- Provizyon sisteminin, Genel Sağlık Sigortası tarafından ek yatırım yapılmadan paylaşılabilmesi,
- Kapasite kullanımını arttırarak, maliyet avantajı sağlama,
- Özel Sağlık Sigortalarının, daha ekonomik ve daha geniş bir yelpazede alternatif planları kapsayan özel anlaşmalarla ürün çeşitliliği yoluyla daha geniş bir kitlelere ulaşması,
- Kurumsal poliçelerde daha geniş kapsamlı ürünlere ve daha ekonomik fiyatlara yönelinerek işverenlerin çalışan memnuniyeti ile bağımlılığı arttırabilmesi,

olarak sıralanabilir.

Ancak Türkiye’de “*Tamamlayıcı Sağlık Sigortası*” nı bekleyen ve aşağıda sıralanan bazı tehditler de bulunmaktadır;

- “Sosyal Devlet” kavramınının Temel Teminat Paketi dışında “*Tamamlayıcı Sağlık Sigortası*” içine de taşınmak istenmesi,

- Temel Teminat Paketi üzerinde kalan kısım için alternatif planlar hazırlanarak Genel Sağlık Sigortası içinde “*Tamamlayıcı Sağlık Sigortası*” hizmetinin verilmesi konusunda kamusal baskı oluşturulması,
- Özel Sigorta Şirketlerinin başlangıçta yaşayabilecekleri fiyatlandırma sorununu çözmeden, çok değişkenli, çok alternatifli planlara yönelerek hata paylarını yükseltmeleri,
- Özel Sağlık Sigortası Şirketlerinin, Temel Teminat Paketinin üzerine kendi pazarlama stratejilerine göre alternatif poliçeler hazırlarken bazılarının konservatif bazılarının ise çok geniş kapsamlı ürünlere yönelmeleri ile ortaya çıkabilecek rekabetin kamu otoritesi tarafından denetim mekanizmalarıyla desteklenmemesi.

Bu Çalışma, ülkemizde yıllardır tartışılmakta olan Genel Sağlık Sigortası'nın son aylarda hızlanan hazırlıklarına, kamu özel sektör ayrımı yapılmaksızın, dünya deneyimleri de gözönüne alınarak ortaya konulan destekleyici unsurları dile getirmek ve “*Tamamlayıcı Sağlık Sigortası*” nı tüm yönleriyle paylaşabilmek için, kurumsal temsiliyeti olmaksızın sektördeki gönüllü bir üretimi sergilemektedir. Bu üretimin, ülkemiz insanlarının sağlık statüsüne katkıda bulunması en içten dileğimizdir.

Hazırlayanlar:

Uzm. Hüseyin ÇELİK, Acıbadem Sağlık Grubu Medikal Muhasebe Müdürü

Dr. Bülent EREN, Yapı Kredi Sigorta Vers.GmbH. Genel Müdürü

Dr. Dilek İZBUDAK, Yapı Kredi Sigorta Sağlık Hizmetleri Müdürü

Dr. Cem KÖYLÜOĞLU, Koç Allianz Bireysel Sağlık Müdürü

Dr. S. Haluk ÖZSARI, Bayındır Hayat Sigorta AŞ. Yönetim Kurulu Üyesi

Dr.Nevin ŞİMŞEK, Göz Hastalıkları Uzmanı

KAYNAKLAR

1. Akar, Ç., Şabin, İ., Gider, Ö., İnan, N., “*Hastanelerin Finansal Yönetiminde Gelecek Trendleri*”, Yeni Türkiye Dergisi, Sağlık Özel Sayısı-II, Yeni Türkiye Medya Hizmetleri Yayını, ISSN : 1300-4174, s:1124-1139, Ankara, Temmuz-Ağustos 2001.
2. Birlikten, Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği Yayını, 13. s. (2001)
3. Çelik H., “*Türkiye’de Sosyal Sağlık Sigortasında Norm Birliği*”, TODAİE Kamu Yönetimi Lisans Üstü Uzmanlık Programı Yayınlanmamış *Master Tezi*, Ankara, 2002.
4. Çelik,H., Eren,B., İzbudak,D., Köylüoğlu,C., Özseri,S.H., Şimşek,N., *Tamamlayıcı Sağlık Sigortası* , İstanbul, 2003.
5. DPT, *Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 2001-2005*, DPT, s:108, Ankara, 2000.
6. DPT, *Ekonomik ve Sosyal Sektörlerdeki Gelişmeler*, “*DPT Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005) 2001 Yılı Programı Destek Çalışmaları*”, s:204, Ankara, 2001.
7. Eren, B., *Tamamlayıcı Sigorta*, Yayınlanmamış Rapor, İstanbul, Şubat 2003,
8. Faaliyet Raporu 1997-1998-1999-2000-2001, Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği, İstanbul,
9. Hazine Müsteşarlığın Sigortacılık Genel Müdürlüğü İstatistikleri Ankara Aralık 2002

KAZANILAN RİSK BİRİM PAYI-2

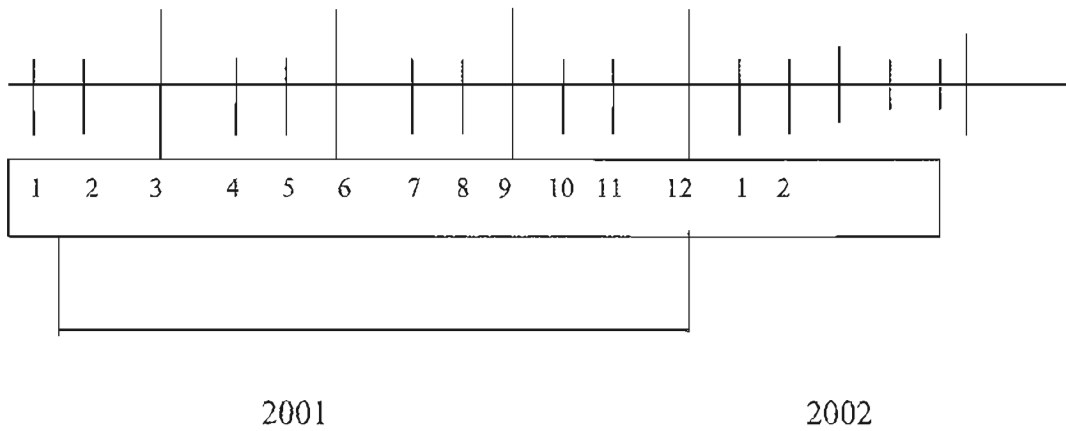
2.1. 1/8 SİSTEMİ ;

Aylık verilerin elde edilemediği durumlarda, üç aylık veriler üzerinden 1/8 sistemi ile kazanılan risk birim payı hesaplanabilmektedir. Özellikle sektörümüzde üç aylık veriler yayımlandığı için şirketler, rakip şirketlerin Hasar /Prim oranını hesaplamakta bu yöntemi kullanabilmektedirler.

Poliçelerin bazıları birinci ay içerisinde bazıları ikinci ay içerisinde ve bazıları ise üçüncü ay içerisinde tanzim edilmektedir. Ortalama olarak ikinci ay etrafında tanzim edildiği varsayılacak olur ise bir üç aylık dönem iki eşit parçaya ve dolayısı ile bir yıl 8 eşit parçaya bölünmüş olacaktır. Birinci dergide bahsi geçen 1/24 sistemi ile aynı bazda düşünecek olursak birinci üç aylık dönemde tanzim edilen poliçeler için cari yıl kazanılan risk birim payı 7/8, kazanılmayan risk birim payı 1/8 olacaktır. Aşağıda yazılı örnekte diğer üç dönem için hesaplama yapılmıştır.

2001 ve 2002 yılı içinde tanzim edilen veya yenilencn poliçe sayıları

| 3 aylık dönem | 2001 | 2002 |
|---------------------|------|------|
| 01 Ocak-31 Mart | 74 | 81 |
| 01 Nisan-30 Haziran | 89 | 95 |
| 01 Temmuz-30 Eylül | 82 | 98 |
| 01 Ekim-31 Aralık | 69 | 79 |
| | 314 | 353 |



2001 yılından 2002 'ye sarkan kısım veya

2001 yılında hak edilmeyen kısım veya

2001 yılında tanzim edilen poliçelerden 2002 yılında hak edilen kısım

$$(74 \times 1/8) + (89 \times 3/8) + (82 \times 5/8) + (69 \times 7/8)$$

2002 yılında tanzim edilen poliçelerden 2002 yılı için kazanılan kısım

$$(81 \times 7/8) + (95 \times 5/8) + (98 \times 3/8) + (79 \times 1/8)$$

2002 yılında yürürlükte olan poliçeler için toplam kazanılan poliçe adedi:

$$(74 \times 1/8) + (89 \times 3/8) + (82 \times 5/8) + (69 \times 7/8) + (81 \times 7/8) - (95 \times 5/8) + (98 \times 3/8) + (79 \times 1/8) = 331,13$$

Bu poliçelerin içinde bazıları vadesinde sona ermedi, bir yıldan daha kısa süre yürürlükte kaldı. Hasar veya başka sebeplerden dolayı erken sona erdi. Bunların yenileme tarihleri dikkate alınarak azaltılacak hisseyi hesaplamamız gerekir.

*** 2002 yılı içinde hak edilmeyen süre

| Sona erme tarihi | Yenileme tarihi | *** | Sona erme tarihi | Yenileme tarihi | *** |
|------------------|-----------------|-----|------------------|-----------------|-----|
| 04.01.2001 | 18.06.2001 | 0 | 18.01.2002 | 10.07.2002 | 173 |
| 12.02.2001 | 01.11.2001 | 0 | 13.02.2002 | 30.10.2002 | 259 |
| 19.02.2001 | 13.05.2001 | 0 | 10.03.2002 | 05.01.2003 | 296 |
| 17.03.2001 | 10.08.2001 | 0 | 17.03.2002 | 17.12.2002 | 275 |
| 05.04.2001 | 31.07.2001 | 0 | 21.04.2002 | 30.11.2002 | 223 |
| 24.04.2001 | 05.12.2001 | 0 | 30.04.2002 | 17.11.2002 | 201 |
| 01.05.2001 | 05.01.2002 | 5 | 17.05.2002 | 10.10.2002 | 146 |
| 04.06.2001 | 15.02.2002 | 46 | 06.06.2002 | 10.12.2002 | 187 |
| 07.07.2001 | 04.01.2002 | 4 | 14.07.2002 | 15.09.2002 | 63 |
| 29.07.2001 | 19.10.2001 | 0 | 20.08.2002 | 07.06.2003 | 133 |
| 03.09.2001 | 21.07.2002 | 202 | 05.09.2002 | 30.04.2002 | 117 |
| 16.09.2001 | 14.06.2002 | 165 | 30.09.2002 | 05.11.2002 | 36 |
| 01.10.2001 | 03.04.2002 | 93 | 03.10.2002 | 10.05.2003 | 89 |
| 05.11.2001 | 09.08.2002 | 221 | 18.11.2002 | 18.07.2003 | 43 |
| 19.11.2001 | 30.01.2002 | 30 | | | |

$$(74 \times 1/8) + (89 \times 3/8) + (82 \times 5/8) + (69 \times 7/8) + (81 \times 7/8) + (95 \times 5/8) + (98 \times 3/8) + (79 \times 1/8) - 3007/365$$

$$= 331,13 - 8,24 = 322.9$$

Kazanılan Poliçe adedi : 322.9

2001 ve 2002 yılı içinde tanzim edilen veya yenilenen poliçelerden yazılan Prim

| 3 aylık dönem | 2001 | 2002 |
|---------------------|----------------|----------------|
| 01 Ocak-31 Mart | 14.800.000.000 | 16.200.000.000 |
| 01 Nisan-30 Haziran | 17.800.000.000 | 19.000.000.000 |
| 01 Temmuz-30 Eylül | 16.400.000.000 | 19.600.000.000 |
| 01 Ekim-31 Aralık | 13.800.000.000 | 15.800.000.000 |
| | 62.800.000.000 | 70.600.000.000 |

2001 yılından 2002 'ye sarkan kısım veya

2001 yılında hak edilmeyen kısım veya

2001 yılında tanzim edilen poliçelerden 2002 yılında hak edilen kısım

$$(14.800 \times 1/8) + (17.800 \times 3/8) + (16.400 \times 5/8) + (13.800 \times 7/8)$$

2002 yılında tanzim edilen poliçelerden 2002 yılı için kazanılan kısım

$$(16.200 \times 7/8) + (1900 \times 5/8) + (19.600 \times 3/8) + (15.800 \times 1/8)$$

$$\{(14.800 \times 1/8) + (17.800 \times 3/8) + (16.400 \times 5/8) + (13.800 \times 7/8) + (16.200 \times 7/8) + (1900 \times 5/8) + (19.600 \times 3/8) + (15.800 \times 1/8)\} \times 100.000$$

$$= 66.225.000.000$$

Kazanılan Prim (Earned Premium)

Hasar Frekansı :

Hasar Frekansı = İhbar edilen Hasar adedi /Kazanılan Poliçe adedi.

2002 yılı içinde ihbar edilen Hasar adedi = 18

$$\text{Hasar Frekansı} = \text{İhbar edilen Hasar adedi} / \text{Kazanılan Poliçe adedi} = 18 / 322.9 = 0.056$$

2.3. Muallak Hasarda yapılan ayarlamalar,

Aktüeryal hesaplamalarda muallak hasardaki sapmaları hesaplamak çok önemlidir. Uğramılan hasar ve ihbar edilen hasar bilindikten sonra muallak hasardaki sapmayı hesaplamak sadece matematiksel çıkarma işlemidir.

IHBAR EDİLEN HASAR

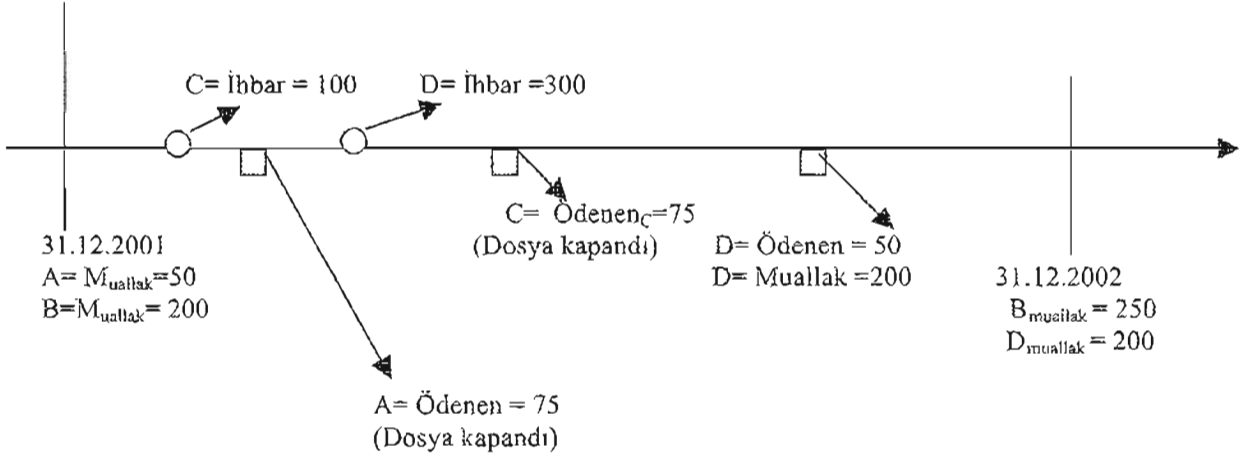
MUALLAK HASAR

ÖDENEN HASAR

MUALLAK HASARDA YAPILAN AYARLAMALAR

31.12.2001 tarihi itibarıyla A ve B dosyasından muallak ayrıldığını ve 2002 yılı içinde A dosyasının ayrılan muallak tutarından daha fazlası ile ödenerek kapatıldığını, B dosyasına ise revize yapılarak muallak tutarının artırıldığını, 2002 yılı içinde ise C ve D olmak üzere iki hasar dosyasının açıldığını, C dosyası için başlangıçta yüksek muallak hasar ayrıldığını ve yıl

içinde daha eksik ödenerek kapatıldığını, D dosyası için ise başlangıçta yüksek muallak hasar ayrıldığını ve yıl içinde revize yapılarak hasar tutarının azaltıldığını varsayalım.



Bu durumda,

2002 yılı içinde Ödenen Hasar =

$$C = \text{Ödenen}_C = 75$$

$$A = \text{Ödenen} = 75$$

$$\underline{D = \text{Ödenen} = 50}$$

200 mio

31.12.2001 itibariyle Muallak Hasar = 250 mio

31.12.2002 tarihi itibariyle Muallak Hasar = 450 mio

2002 yılı itibariyle İhbar edilen Hasar =

$$C = \text{İhbar} = 75 (100 - 25)$$

$$\underline{D = \text{İhbar} = 250 (300 - 50) \text{ veya } (200 + 50)}$$

325 mio olarak hesaplanmaktadır.

Bu veriler ışığında,

Uğranılan Hasar = Cari Yıl içerisinde ödenen hasar + Cari yıl sonu itibariyle Muallak Hasar – Cari yıldan bir önceki yıl sonu itibariyle ayrılan Muallak Hasar

Uğranılan hasar = $200 + 450 - 250 = 400$ mio. Olacaktır.

Uğranılan Hasar - İhbar edilen hasar = $400 - 325 = 75$ mio fark dikkat edilecek olursa 31.12.2001 sonu itibariyle muallak olarak kayıtlara geçen A ve B dosyaları için yapılan ayarlama toplamıdır.

A dosyası için 50 mio muallak ayrılmış iken, yıl içinde 25 mio fazlası ile 75 mio ödenerek dosya kapatılmış,

B dosyası için 200 mio muallak ayrılmış iken, 31.12.2002 tarihi itibariyle 50 mio fazlası yani 250 mio üzerinden muallak ayrılmıştır.

A ve B dosyası için 2002 yılı içinde toplam 75 mio ilave yük gelmiştir.

Buradan da şu anlaşılmalıdır. Cari yıl içerisinde hasar mal oluş değeri, diğer bir ifade ile uğranılan hasar karşılığı iki kısımdan oluşmaktadır.

İhbar edilen hasar ve

Devreden muallak hasarlardan yıl içinde yapılan ayarlamalar.

Bu örnekte, 2002 yılı içinde 2001 yıl sonu ayrılan Muallak hasardan yapılan ayarlama = 75 mio olacaktır.

$$\begin{aligned} 2002 \text{ yılı itibariyle Uğranılan Hasar} &= \text{İhbar edilen Hasar} + \text{Muallaktaki ayarlamalar} \\ &= 325 + 75 = 400 \text{ mio} \end{aligned}$$

$$\text{Muallaktaki ayarlama} = \text{Uğranılan hasar} - \text{İhbar edilen hasar}$$

Sonuç itibariyle,

Muallaktaki ayarlama $> 0 \Rightarrow$ Bir önceki yıl sonu muallak eksik ayrılmıştır.

Muallaktaki ayarlama $< 0 \Rightarrow$ Bir önceki yıl sonu muallak fazla ayrılmıştır.

Burada dikkat edilmesi gereken husus, dövizli poliçelerde döviz karşılıkları üzerinden hesaplama yapılmalıdır aksi takdirde kur değişimleri nedeniyle muallaktaki ayarlama yüksek çıkacaktır ve yanıltıcı olacaktır.

Hazırlayan: Belkıs Sema Erşen – Aktüer

ŞAHİS SİGORTALARI VE BES'DE VERGİ UYGULAMALARI

4697 sayılı "Bazı Vergi Kanunlarında Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun" 07 Ekim 2001 tarihinde yürürlüğe girdi. Şahıs sigorta primleri ve BES Katkı Paylarına ve bunlardan yapılan geri ödemelere ilişkin hükümleri içeren kanun, yürürlük tarihi olan 07.10.2001'den önce düzenlenmiş olan şahıs sigortalarına ilişkin olarak değişiklik öncesi hükümlerin geçerli olduğunu geçici madde ile hükme bağlamış bulunmaktadır.

Bu yazıda gerek şahıs sigortaları ve gerekse BES'ne ilişkin olarak getirilen hükümleri 4697 sayılı kanun ve Maliye Bakanlığının bu kanuna ilişkin olarak yayınlanan 3 No.lu Gelir Vergisi Sirküleri çerçevesinde değerlendirmeye ve netleştirilmesi gereken hususlar ile bazı önerilerimi belirtmeye çalışacağım.

Katkı Payı ve Şahıs Sigorta Primleri

Eski ve Yeni Hükümler

07.10.2001 öncesi Şahıs Sigorta primleri, ücretlilerde "kanunla kurulu sosyal güvenlik kurumlarına hizmet erbabı hissesi olarak hesaplanan prim veya aidatın aylık tutarını aşmamak" ve beyana tabi mükelleflerde ise "beyan edilen gelirin %5'ini ve her bir kişi için asgari ücretin yıllık tutarını aşmamak" üzere indirim konusu yapılabilmektedir.

07.10.2001 sonrası Şahıs Sigorta primleri ve BES Katkı Payları ise "indirim konusu yapılacak prim, aidat ve katkıların toplamı, ödendiği ayda elde edilen ücretin %10'unu (Şahıs sigorta primlerinde %5'ini) ve yıllık olarak asgari ücretin yıllık tutarını aşmamak" şartıyla indirim konusu yapılabilmektedir. (BES'ne işverenler tarafından ödenen katkı paylarına da toplamda % 10'luk sınırı aşmamak üzere doğrudan gider yazmak suretiyle matrahtan indirim imkanı getirilmiştir.)

Eski ve Yeni hükümlerin birlikte uygulaması

07.10.2001 öncesi düzenlenmiş şahıs sigortalarına ödenen primler tek başına indirim konusu yapıldığında (07.10.2001 öncesi hükümler saklı kalmak kaydıyla) %5'lik limit dikkate alınmazken, 07.10.2001 öncesi düzenlenmiş şahıs sigortalarına ait primler ile 07.10.2001 sonrası düzenlenmiş şahıs sigortalarına ait primler birlikte indirim konusu yapıldığında, toplamda %5'lik olan limitin aşılamayacağı netleşmiş bulunmaktadır.

07.10.2001 öncesi düzenlenmiş şahıs sigortalarına ait primler, BE Sistemine ödenen Katkı Payları ile birlikte indirim konusu yapıldığında ise %5 ve %10 olan limitlerin nasıl uygulanacağı hususu söz konusu sirkülerde açıklanmamıştır. Bu konuda çeşitli yorumlar yapılmakla birlikte 07.10.2001 öncesi ve sonrası şahıs sigorta primlerinin birlikte indirilmesine ilişkin açıklamalar dikkate alındığında;

07.10.2001 öncesi şahıs sigortalarına ödenen primler %5 olan limitin altında ise %10'a kadar kalan tutarın BE Sistemine ödenen katkı payları için kullanılabileceğini ifade edebiliriz.

Örneğin :

Ayık Ücret

1 Milyar TL

07.10.2001 öncesi şahıs sigorta primi

40 Milyon TL

BES katkı payı için kalan limit

60 Milyon TL

07.10.2001 öncesi şahıs sigortalarna ödenen primler %5 olan limiti aşıyorsa, yapılan yorumların büyük bir kısmı varsa %10 kadar kalan kısmın BE Sistemine ödenen katkı payları için kullanacağı, %10'u da aşıyorsa BE için limit kalmadığı şeklindedir.

Örneğin :

| | |
|---------------------------------------|---------------|
| 1- Aylık Ücret | 1 Milyar TL |
| 07.10.2001 öncesi şahıs sigorta primi | 70 Milyon TL |
| BES katkı payı için kalan limit | 30 Milyon TL |
| 2- Aylık Ücret | 1 Milyar TL |
| 07.10.2001 öncesi şahıs sigorta primi | 100 Milyon TL |
| BES katkı payı için kalan limit | 0 |

Yukarıdaki yoruma karşın, kanımca 07.10.2001 öncesi düzenlenmiş şahıs sigorta primlerinin ücretin %5'ini aştığı ve söz konusu primlerin BE sistemine ödenen katkı payları ile birlikte indirim konusu yapıldığı hallerde, % 5'i aşan kısım dikkate alınmamalıdır. Kaldı ki 7.10.2001 öncesi şahıs sigorta primleri tek başına indirim konusu yapıldığında zaten mevcut kanun %5'i aşan kısmı dikkate almayarak bunu kazanılmış hak olarak değerlendirmektedir. Yukarıdaki örneklerle açıklamak gerekirse;

| | |
|---------------------------------------|---------------|
| 1- Aylık Ücret | 1 Milyar TL |
| 07.10.2001 öncesi şahıs sigorta primi | 70 Milyon TL |
| BES katkı payı için kalan limit | 50 Milyon TL |
| 2- Aylık Ücret | 1 Milyar TL |
| 07.10.2001 öncesi şahıs sigorta primi | 100 Milyon TL |
| BES katkı payı için kalan limit | 50 Milyon TL |

Sonuç olarak, Kanun yaklaşım olarak %10'luk limitin tamamını BES için kullanma hakkı verirken, şahıs sigortalarna bu limit içinde kalmak kaydıyla azami %5'lik bir limit tanımakla, BES için her halukarda %5'lik asgari bir limit öngörmektedir yorumu yapılabilir.

Asgari Ücret Sınırı

Yukarıda da belirttiğimiz üzere gerek şahıs sigortalarna ödenen primlerin ve gerekse BES'ne ödeme katkı paylarının yıllık olarak asgari ücretin yıllık tutarını aşan kısmı indirim konusu yapılamamaktadır. 07.10.2001 sonrası şahıs sigortaları ve BES'ne ödenen katkı payları için, eski hükümlerden farklı olarak asgari ücret limiti mükellefin kendi, eşi ve çocukları için ayrı ayrı değil toplam olarak belirlenmiştir.

Yine Maliye Bakanlığı'nın 3 No.lu Gelir Vergisi Sirkülerinde bu limitin takibinin yıllık olarak yapılması gerektiği, dolayısıyla ay bazında asgari ücret limitinin aşılabileceği ancak yıl bazında bu limitin aşılacağı netleşmiş bulunmaktadır.

Söz konusu limitin takibinde takvim yılının mı, yoksa sözleşme yılının mı esas alınacağı konusu belirtilmemiş olmakla birlikte uygulama kolaylığı açısından takvim yılının daha pratik bir yol olacağını söylemek mümkündür.

Öte yandan mükellefin iş değiştirmesi halinde takip edilen bu limitin, yeni işverene aktarılıp aktarılmayacağı ya da yeni işverenin daha önceki işveren tarafından indirim konusu yapılan tutarları dikkate alıp almayacağı hususu belirsizdir. Bu konuda da ücretlerin vergilendirilmesinde izlenen yolun kabul göreceğini sanıyorum. Yani, yeni işveren önceki durumu göz önüne almaksızın işlem yapacak, ancak mükellef, gelirlerini birleştirirken indirilmesi gereken tutarlar ve ödenecek vergileri yeniden hesaplayarak beyan edecektir.

Asgari ücret konusunda netleştirilmesi gereken bir diğer husus, ücretliler açısından eski hükümlerde bulunmayan, beyana tabi mükelleflerde ise mükellefin kendisi, eşi ve çocukları için ayrı ayrı dikkate alınan sınırlandırma dolayısıyla eski ve yeni poliçeler veya BES'ne ödenen prim ve katkı paylarının birlikte indirimin konusu yapıldığı hallerde uygulamanın nasıl olacağı hususudur.

Diğer Hususlar

Şahıs sigortalarına ödenen primler ve BE Sistemine yapılan katkı payı ödemelerinde uygulama olarak cevaplandırılması gereken aşağıdaki hususlarında netleştirilmesi yararlı olacaktır.

Şahıs sigorta primlerinin ödeme şekline göre (aylık, 3 aylık, 6 aylık veya yıllık) yapılacak uygulama 147 sayılı Genel Tebliğ ile belirlenmiştir. BE Sistemine yapılacak katkı payı ödemelerinde de ödeme şekline göre yapılacak uygulama netleştirilmelidir.

Gerek şahıs sigortalarında gerekse BE Sisteminde çağdaş ödeme araçları (özellikle kredi kartı) dikkate alınarak belgelendirme ile ilgili halen yaşanan sorunlar çözümlenmelidir.

4632 sayılı Bireysel Emeklilik Tasarruf ve yatırım sistemi kanunu'nun ek geçici 1.Md.'si uyarınca mevcut sistemden aktarım yapanlarla ilgili olarak gerek indirim ve gerekse geri ödemelerde vergi açısından hangi hükümlerin geçerli olacağı hususu netleştirilmelidir.

GERİ ÖDEMELERİN VERGİLENDİRİLMESİ

07.10.2001 öncesi poliçeler

07.10.2001 öncesi poliçelerden yapılan geri ödemelere ilişkin olarak yürürlükte bulunan GV Kanununun 23/11 (iratlar) 25/3 (toplu ödemeler) maddeleri çerçevesinde 10 yıl süre ile primleri ödemiş olmak kaydıyla en yüksek devlet memuruna yapılan en yüksek ödeme tutarını aşan kısım ücret olarak vergilendirilmektedir.

Kanunda açık bir hüküm bulunmamasıyla birlikte irat ve toplu ödemenin birlikte yapılması hallerinde (kısmen toplu para, kısmen irat) bu limitlerin her biri için ayrı ayrı uygulanacağı tabiidir.

Yine şahıs sigortaları'na ilişkin olarak, 10 yılın altında prim ödeyenlerle ilgili bir hüküm olmamasına karşın Maliye Bakanlığı 216 Seri No.lu Genel Tebliğinde iade olunan mevduat için herhangi bir vergi alınmayacağı, ancak bunun üzerinde yapılacak ödemelerde, aşan

kısımın GVK 75/6 çerçevesinde alacak faizi olarak değerlendirilerek, beyan edilmek suretiyle vergilendirileceği belirtilmektedir. Özetle sigortalıya yapılan ödeme sigortalının ödemiş olduğu primleri aşıyor ise aradaki fark vergilendirilmektedir.

07.10.2001 sonrası poliçeler ve BES'den yapılan ödemeler

4697 sayılı kanunla 07.10.2001 sonrası şahıs sigortaları ve BES'den yapılan ödemeler GVK'nun 75.md. si kapsamına alınarak Menkul Sermaye İradı sayılmış ve buna göre;

Şahıs Sigortalarında,

10 yıldan önce ayrılanlara yapılacak toplu ödeme üzerinden %15,

10 yıldan sonra veya vefat, maluliyet veya tasfiye gibi zorunlu sebeplerle ayrılanlara yapılacak toplu ödeme üzerinden, %10 istisna olmak üzere %10 oranında,

Bireysel Emeklilik Sisteminde,

10 yıldan önce ayrılanlara yapılacak toplu ödeme üzerinden %15,

10 yıldan sonra fakat emekliliğe hak kazanmadan (56 yaşından önce) ayrılanlara yapılacak toplu ödeme üzerinden %10,

Emekliliğe hak kazananlar ile sistemden vefat maluliyet veya tasfiye gibi zorunlu sebeplerle ayrılanlara yapılacak toplu ödeme üzerinden, %25 istisna olmak üzere %5 oranında,

gelir vergisi stopajı getirilmiştir. (Ödenecek vergiler nihai nitelikte olup, beyannameye dahil edilmeyecektir.)

Kanunda açık bir hüküm bulunmamasına karşın şahıs sigortalarından vefat ve maluliyet sebebiyle yapılan ödemelerde, birikim dışında ödenen teminat tutarlarının Menkul Sermaye iradı kapsamında olmadığı Maliye Bakanlığı'nın 3 No.lu Gelir Vergisi Sirkülerinde netleştirilmiştir.

Geri ödemelerin vergilendirmesinde genel sorun, vergi matrahının tespitinde GVK 75.md. sinin ruhuna aykırı olarak ana paranın matraha dahil edilmesi olarak görülmektedir. Özellikle indirimlerdeki sınırlamalarla birlikte değerlendirildiğinde prim veya katkı payı ödemelerinde indirim konusu yapılan tutarlara bakılmaksızın, geri ödemelerin tamamı üzerinden vergilemenin temel vergi prensipleriyle de uyuşmadığını ifade etmek mümkündür.

Esasen diğer menkul kıymetlerde genel olarak benimsenen enflasyondan arındırılmış net kazancın vergilendirilmesi yaklaşımının daha doğru olacağı görüşümdedir.

TEK PRİM ÖDEMELİ YILLIK GELİR SİGORTALARI

Tek prim ödemeli yıllık gelir sigortalarından yapılan ödemeler 4697 sayılı yasa da ele alınmış ve söz konusu ödemeler gelir vergisinden müstesna edilmiştir.

Gerek şahıs sigortalarında gerekse BE Sisteminde sağlanan birikimlerin toplu olarak ödenmeyip, yıllık gelir sigortasına dönüştüğü hallerde, kanun da net bir hüküm bulunmamasıyla birlikte toplam birikim üzerinden gelir vergisi stopajı yapıldıktan sonra yıllık

gelir sigortasına dönüştürüleceği ve bundan sonra yapılacak irat ödemelerinin ise vergilendirilmeyeceği ifade edilebilir.

Öte yandan kanunda tek primli yıllık gelir sigortaları kavram olarak ifade edilmiş ancak, gerek sigorta süresi, gerek sigortadan ayrılma hali ile ilgili herhangi bir düzenleme yapılmamıştır.

Kanımca hedeflenen amaca ulaşmak için bu tip sigortaların asgari olarak yukarıda belirtilen hususlar ve hatta tek prim tutarının kaynağı ile de ilişkilendirilerek ele alınması faydalı olacaktır.

Olgun AKÇA

Ak Emeklilik Genel Müdür Yardımcısı