

Resmî Gazete
Tarih: 28.08.2008 ; Sayı : 26981

Sosyal Güvenlik Kurumundan:

GENEL SAĞLIK SİGORTASI İŞLEMLERİ YÖNETMELİĞİ

BİRİNCİ BÖLÜM

Amaç, Kapsam, Dayanak, Tanımlar ve Genel İlkeler

Amaç

MADDE 1 – (1) Bu Yönetmeliğin amacı, 31/5/2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun genel sağlık sigortası hükümleri ile getirilen hak ve yükümlülükleri ve genel sağlık sigortası işlemlerine ilişkin usul ve esasları düzenlemektir.

Kapsam

MADDE 2 – (1) Bu Yönetmelik; genel sağlık sigortasından yararlandırılacak kişileri, işverenleri, sağlık hizmeti sunucularını, gerçek kişileri, her türlü kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile bunların tüzel kişiliği olmayan şubelerini kapsar.

Dayanak

MADDE 3 – (1) Bu Yönetmelik, 31/5/2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 107 nci maddesi hükmüne dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 4 – (1) Bu Yönetmelikte geçen;

- a) Aile hekimi: Sağlık Bakanlığı tarafından aile hekimi olarak yetkilendirilen ve Kurum ile sözleşme yapmış hekimleri,
- b) Asgari ücret: 22/5/2003 tarihli ve 4857 sayılı İş Kanunu gereğince 16 yaşından büyük işçiler için belirlenen bir aylık brüt ücreti,
- c) Ayakta tedavi: Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, sağlık hizmeti sunucularında yatırılmaksızın ayakta sağlanan sağlık hizmetlerini,
- ç) Aylık: Malullük, yaşlılık ve ölüm sigortaları ile vazife malullüğü hâlinde yapılan sürekli ödeme,
- d) Bakanlık: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığını,
- e) Bakmakla yükümlü olduğu kişi: Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) ve (2) numaralı alt bentlerinin dışında kalan genel sağlık sigortalısının, sigortalı sayılmayan veya isteğe bağlı sigortalı olmayan, kendi sigortalılığı nedeniyle gelir veya aylık bağlanmamış olan;
 - 1) Eşini,
 - 2) 18 yaşını, lise ve dengi öğrenim veya 5/6/1986 tarihli ve 3308 sayılı Meslekî Eğitim Kanununda belirtilen aday çıraklık ve çıraklık eğitimi ile işletmelerde meslekî eğitim görmesi hâlinde 20 yaşını, yüksek öğrenim görmesi hâlinde 25 yaşını doldurmamış ve evli olmayan çocukları ile yaşına bakılmaksızın bu Kanuna göre malul olduğu tespit edilen evli olmayan çocuklarını,
 - 3) Her türlü kazanç ve irattan elde ettiği gelirinin asgari ücretin net tutarından daha az olan ve diğer çocuklarından sağlık yardımı almayan ana ve babasını,
 - f) Fatura: Sağlık hizmeti sunucusu tarafından sunulan sağlık hizmeti sonucunda, 4/1/1961 tarihli ve 213 sayılı Vergi Usul Kanunu hükümleri uyarınca düzenlenen fatura, serbest meslek makbuzu, bilet, perakende satış fişi ile kamu idarelerinin ilgili mevzuatına göre düzenledikleri belgeleri,
 - g) Fatura dönemi: Her ayın birinci ve son gününü kapsayan dönemi,

ğ) Fatura teslim süresi: Fatura dönemini takip eden ayın birinci gününden onbeşinci gününe (onbeşinci gün dâhil) onbeşinci gün resmî tatil ise takip eden ilk iş gününe kadar ki süreyi,

h) Fatura teslim tarihi: Fatura teslim süresi içinde teslim edilen faturalar için teslim edildiği ayın onbeşinci gününü, fatura teslim süresi içinde teslim edilmeyen faturalar için teslim edildiği ayı takip eden ayın onbeşinci gününü,

ı) Gelir: İş kazası veya meslek hastalığı hâlinde sigortalıya veya sigortalının ölümü hâlinde hak sahiplerine yapılan sürekli ödemeyi,

i) Genel Müdürlük: Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğünü,

j) Genel sağlık sigortalısı: Kanunun 60 ıncı maddesinde sayılan kişileri,

k) Genel sağlık sigortası: Kişilerin öncelikle sağlıklarının korunmasını, sağlık riskleri ile karşılaşmaları hâlinde ise oluşan harcamaların finansmanını sağlayan sigortayı,

l) Genel sağlık sigortası primi: Genel sağlık sigortasından yararlanabilmek için prim ödeme yükümlüsü tarafından ödenecek olan ve prime esas kazanç üzerinden Kanunda belirtilen oranlarda belirlenen tutarı,

m) Hizmet akdi: 22/4/1926 tarihli ve 818 sayılı Borçlar Kanununda tanımlanan hizmet akdini ve iş mevzuatında tanımlanan iş sözleşmesini veya hizmet akdini,

n) İsteğe bağlı sigorta: Kişilerin isteğe bağlı olarak prim ödemek suretiyle uzun vadeli sigorta kollarına ve genel sağlık sigortasına tabi olmalarını sağlayan sigorta kolunu,

o) İşveren: Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) ve (c) bentlerine göre sigortalı sayılan kişileri çalıştıran gerçek veya tüzel kişiler ile tüzel kişiliği olmayan kurum ve kuruluşları,

ö) İyileştirme araç ve gereçleri: Protez ve ortez tanımına girmeyen, tek başına iyileştirme özelliği olan iyileştirici nitelikteki tıbbî cihazları,

p) Kamu idareleri: 10/12/2003 tarihli ve 5018 sayılı Kamu Malî Yönetimi ve Kontrol Kanununun 3 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) bendinde belirtilen kamu idareleri ve kamu iktisadi teşebbüsleri ile bunların bağlı idare, ortaklık, müessese ve işletmeleri ve yukarıda belirtilenlerin ödenmiş sermayesinin %50'sinden fazlasına sahip oldukları ortaklık ve işletmelerden Türk Ticaret Kanununa tabi olmayanlarla özel kanunlarına göre personel çalıştıran diğer kamu kurumlarını,

r) Kanun: 31/5/2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununu,

s) Katılım payı: Sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için, genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ödenecek tutarı,

ş) Kısa vadeli sigorta kolları: İş kazası ve meslek hastalığı, hastalık ve analık sigortası kollarını,

t) Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmeti: Kişilerin, hastalıktan korunması veya sağlıklı olma hâlinin sürdürülmesi amacıyla kişiye yönelik olarak finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerini,

u) Kurum: Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığını,

ü) Kurum sağlık kurulu: Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucularının sağlık kurullarınca düzenlenecek raporlardaki teşhis ve bu teşhise dayanak teşkil eden belgeleri incelemek suretiyle, çalışma gücü kaybı ve meslekte kazanma gücü kaybı oranlarını, erken yaşlanma hâlini, vazifelerini yapamayacak şekilde meslekte kazanma gücü kaybını ve malullük derecelerini belirlemeye yetkili hekimlerden ve/veya dış hekimlerinden oluşan kurulları,

v) Mutat taşıt: İki mahal arasında gidip gelmeye en uygun, kullanılması mutat ve ekonomik olan taşıtları,

y) Ortez: Doğuştan veya sonradan herhangi bir nedenle bir organda oluşan fonksiyon kaybını veya yetersizliğini önlemek ya da vücut parçalarından birini desteklemek veya korumak amacıyla kullanılan tıbbî cihazları,

z) Otelcilik hizmeti: Yatarak tedavilerde hasta ve refakatçisine Kurumca belirlenen standartların üzerinde sunulan yatak, yemek, temizlik vb. hizmetleri,

aa) Ödeme dönemi: Sağlık hizmeti sunucuları faturalarının teslim tarihinden itibaren inceleme ve ödemenin gerçekleştirildiği doksan günlük süreyi,

bb) Ödeme Komisyonu: Beşeri tıbbi ürünlerin/beşeri ilaçların ödeme usul ve esaslarının belirlenmesi hususunda, Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığının koordinatörlüğünde Maliye Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığının temsilcilerinin katılımıyla oluşturulan komisyonu,

cc) Protez: Doğuştan ya da sonradan herhangi bir nedenle vücut organlarından bir veya bir kaçının tam veya kısmi kaybında, o organ veya organların fonksiyonlarını yerine getirmek ve/veya görsel olarak vücut bütünlüğünü sağlamaya yönelik tıbbî cihazları,

çç) Sağlık hizmeti: Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere Kanununun 63 üncü maddesi gereği finansmanı sağlanacak tıbbî ürün ve hizmetleri,

dd) Sağlık hizmeti sunucusu: Sağlık hizmetini sunan ve/veya üreten; gerçek kişiler ile kamu ve özel hukuk tüzel kişilerini ve bunların tüzel kişiliği olmayan şubelerini,

ee) Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu: Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri ile yol gideri, gündelik ve refakatçi giderleri için Kurumca ödenecek bedelleri belirleyen komisyonu,

ff) Sağlık raporu: Uzman hekim raporunu/sağlık kurulu raporunu,

gg) Uzman hekim raporu: İlgili tek uzman hekim tarafından düzenlenen başhekimlik mührü ve ıslak imza onayı bulunan sağlık raporunu,

ğğ) Sağlık kurulu raporu: İlgili daldan üç uzman hekimin katılımıyla, aynı daldan üç uzman hekim bulunmaması hâlinde ise ilgili dal uzmanı ile birlikte öncelikle bu uzmanlık dalına en yakın uzmanlık dalından olmak üzere başhekimin seçeceği diğer dallardan uzman hekimlerin katılımı ile en az üç uzman hekimden oluşan sağlık kurullarınca düzenlenen, başhekimlik mührü ve ıslak imza onayı bulunan sağlık raporunu,

hh) Sığınmacı ve vatansız: İçişleri Bakanlığı tarafından sığınmacı veya vatansız olarak kabul edilen kişileri,

ıı) Sigortalı: Kısa ve/veya uzun vadeli sigorta kolları bakımından adına prim ödenmesi gereken veya kendi adına prim ödemesi gereken kişiyi,

ii) Sosyal sigortalar: Kanunda tanımlanan kısa ve uzun vadeli sigorta kollarını,

jj) Tebliğ: Kanunun genel sağlık sigortasına ilişkin hükümlerinin uygulanmasını içeren Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğini,

kk) Tıbben başkasının bakımına muhtaç kişiler: Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırılması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik kapsamında, yetkilendirilmiş özürsüz sağlık kurulu raporu vermeye yetkili sağlık kuruluşlarınca, ağır özürsüz olduğu özürsüz sağlık kurulu raporu ile belgelendirilen kişileri,

ll) Tıbbî cihaz: Sağlık Bakanlığı Tıbbî Cihaz Yönetmeliğinde tanımlanan her türlü araç, gereç, alet, cihaz, kişi kullanımına mahsus cihaz, aksesuar veya diğer malzemeleri,

mm) Tıbbî sarf malzemesi: Protez ve ortez tanımına girmeyen, iyileştirmeyi tek başına sağlamayan, teşhis, tedavi ve bakım amaçlı işlemlerin yapılması esnasında tek sefer ya da sınırlı sayıda kullanılmaya mahsus tıbbî malzemeleri,

nn) Uluslararası sosyal güvenlik sözleşmeleri: Ülkemizin taraf olduğu sosyal güvenlik sözleşmelerini,

oo) Uzun vadeli sigorta kolları: Malullük, yaşlılık ve ölüm sigortası kollarını,

öö) Ücret: Kanununun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) ve (c) bendi kapsamında sigortalı sayılanlara saatlik, günlük, haftalık, aylık veya yıllık olarak para ile ödenen ve süreklilik niteliği taşıyan brüt tutarı,

pp) Ünite: Sosyal güvenlik il müdürlükleri ile sosyal güvenlik merkez müdürlüklerini,

rr) Vazife malullüğü: Kanununun 47 nci maddesinde tarif edilen vazife ve/veya harp malullüğü hâllerini,

ss) Yatarak tedavi: Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, sağlık hizmeti sunucusunda yatırılarak sağlanan sağlık hizmetlerini,

şş) Yerleşim yeri: Belediye/büyükşehir belediye mücavir alanını,

ifade eder.

Genel ilkeler

MADDE 5 – (1) Kanununun 60 ıncı maddesinde sayılan kişilerin genel sağlık sigortalısı olması zorunludur. Genel sağlık sigortası hak ve yükümlülüklerini ortadan kaldırmak, azaltmak veya başkasına devretmek için sözleşmelere konulan hükümler geçersizdir.

(2) Genel sağlık sigortası kapsamında finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri ile yol gideri, gündelik ve refakatçi haklarından, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler yararlandırılır.

(3) Genel sağlık sigortası kapsamında finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri ile yol gideri, gündelik ve refakatçi haklarından yararlanmak, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için bir hak, bu Yönetmelikte belirtilen usul ve esaslara göre bu hizmet ve hakların finansmanının sağlanması Kurum için bir yükümlülüktür. Genel sağlık sigortası kapsamında finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri ile yol gideri, gündelik ve refakatçi haklarında, kişilerden alınan primlerin tutarına göre herhangi bir farklılaştırma yapılamaz.

İKİNCİ BÖLÜM

Kapsamdaki Kişiler, Tescil ve Sona Erme

Genel sağlık sigortalısı sayılanlar

MADDE 6 – (1) Türkiye’de ikamet eden kişilerden;

a) Kanununun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a), (b) ve (c) bentlerine tabi olanlar,

b) İsteğe bağlı sigortalı olan kişiler,

c) Yukarıdaki (a) ve (b) bentleri kapsamında sigortalı sayılmayanlardan;

1) Harcamaları, taşınır ve taşınmazları ile bunlardan doğan hakları da dikkate alınarak, Kurumca belirlenecek test yöntemleri ve veriler kullanılarak tespit edilecek aile içindeki geliri kişi başına düşen aylık tutarı asgari ücretin üçte birinden az olan vatandaşlardan her biri,

2) Sığınmacı veya vatansız olarak kabul edilen kişiler,

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

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

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

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

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

8) Harp malullüğü aylığı alan kişiler ile 12/4/1991 tarihli ve 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alan kişiler,

9) 18/3/1924 tarihli ve 442 sayılı Köy Kanununun 74 üncü maddesinin ikinci fıkrasına göre görevlendirilen kişiler ile aynı Kanunun ek 16 ncı maddesine göre aylık alan kişiler,

10) 24/6/2008 tarihli ve 5774 sayılı Başarılı Sporculara Aylık Bağlanması ile Devlet Sporcusu Unvanı Verilmesi Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,

d) Mütakabiliyet esasına da dikkate alınmak şartıyla, oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan kişiler,

e) 25/8/1999 tarihli ve 4447 sayılı İşsizlik Sigortası Kanunu uyarınca işsizlik ödeneği ve ilgili kanunları gereğince kısa çalışma ödeneğinden yararlandırılan kişiler,

f) Kanun veya Kanundan önce yürürlükte bulunan sosyal güvenlik kanunlarına göre gelir veya aylık alan kişiler,

g) Yukarıda sayılanlar dışında kalan ve başka bir ülkede genel sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan vatandaşlar, genel sağlık sigortalısı sayılır.

(2) Kamu idaresine ait işyerlerinde çalıştırılan sigortalılardan iş sözleşmesi askıda kalanlar, iş sözleşmesinin askıda kaldığı süre içinde genel sağlık sigortalısı sayılır.

(3) Kanunun geçici 13 üncü maddesine göre 24/11/1994 tarihli ve 4046 sayılı Kanunun 21 inci maddesi kapsamında iş kaybı tazminatı alanlar, Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrası (a) bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılır.

(4) Kanunun 5 inci maddesinin (g) bendi gereği Ülkemiz ile sosyal güvenlik sözleşmesi olmayan ülkelerde iş üstlenen işverenlerce yurt dışındaki işyerlerinde çalıştırılmak üzere götürülen Türk işçileri Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrası (a) bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılır.

(5) Kanunun 37 nci maddesi gereğince evlenme ödeneği alan kız çocuklardan; eşleri tarafından bakmakla yükümlü olunmayanlar ile iki yıllık süre içinde eşlerinden boşanan kız çocukları, gelir/aylıklarının kesildiği tarihten itibaren iki yıllık sürenin sonuna kadar Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrası (f) bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılır.

(6) Kanunun 6 ncı maddesinin birinci fıkrasının;

a) (a) bendine göre işverenin işyerinde ücretsiz çalışan eşi,

b) (b) bendine göre aynı konutta birlikte yaşayan ve üçüncü derece dâhil bu dereceye kadar hısımlar arasında ve aralarına dışarıdan başka kimse katılmaksızın, yaşadıkları konut içinde yapılan işlerde çalışanlar,

c) (c) bendine göre ücretle ve sürekli olarak çalışanlar hariç ev hizmetlerinde çalışanlar,

ç) (f) bendine göre resmî meslek ve sanat okulları ile yetkili resmî makamların izniyle kurulan meslek veya sanat okullarında ve yüksek okullarda fiilen normal eğitim süreleri içinde yapılan, tatbikî mahiyetteki yapım ve üretim işlerinde çalışan öğrenciler,

d) (g) bendine göre sağlık hizmet sunucuları tarafından işe alıştırılmakta olan veya rehabilite edilen hasta veya maluller,

e) (ı) bendine göre kamu idareleri hariç olmak üzere, tarım işlerinde veya orman işlerinde hizmet akdiyle süreksiz işlerde çalışanlar ile tarımda kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan; tarımsal faaliyette bulunan ve yıllık tarımsal faaliyet gelirlerinden, bu faaliyete ilişkin masraflar düşüldükten sonra kalan tutarın aylık ortalamasının, bu Kanunda tanımlanan prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz katından az olduğunu belgeleyenler,

f) (k) bendine göre kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan gelir vergisinden muaf olup, esnaf ve sanatkâr siciline kayıtlı olanlardan, aylık faaliyet gelirlerinden bu faaliyetine ilişkin masraflar düşüldükten sonra kalan tutarı, prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz katından az olduğunu belgeleyenler,

genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi değil iseler bu maddenin birinci fıkrasının ilgili bentlerinden durumlarına uyan bende göre genel sağlık sigortalısı olurlar.

(7) Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında sigortalı sayılanlardan ilgili kanunları gereğince aylıksız izin sürelerini bir yıla kadar kullananlar, bu süre boyunca genel sağlık sigortalısı sayılırlar. Bir yıla kadar aylıksız izin sürelerinde, bu sürenin bitiminde göreve başlanılması hâlinde genel sağlık sigortasından yararlanmak için ayrıca otuz gün prim ödenmesi şartı aranmaz.

(8) Genel sağlık sigortalısı olmamakla beraber, ülkemizin taraf olduğu sosyal güvenlik sözleşmeleri gereğince, akit ülkelerden sağlık yardım hakkını kazanmış sigortalı ile gelir ve aylık sahipleri ile bunların bakmakla yükümlü oldukları aile bireyleri, Türkiye’de geçici veya daimi olarak buldukları sırada, sağlık yardımlarına ihtiyaç duyduklarında, genel sağlık sigortalısı gibi akit ülke adına sağlık yardımlarından yararlanma hakkına sahiptirler.

(9) Bu maddenin birinci fıkrasının (d) bendinde sayılan yabancı ülke vatandaşlarının genel sağlık sigortalısı sayılabilmeleri için, kesintisiz bir yıldan fazla oturma izni almış olmaları ve yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı sayılmaması ve sağlık sigortasından yararlanma hakkının bulunmaması şarttır.

(10) Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) ve (2) numaralı alt bentlerinde belirtilenler ile Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrası gereği zorunlu sigortalı olanlar hariç, 18 yaşını doldurmamış çocuklardan;

1) Genel sağlık sigortalısı olan ana ve babaların 18 yaşını dolduruncaya kadar ayrıca bir işleme gerek olmaksızın çocukları bakmakla yükümlü olunan kişi olarak,

2) Genel sağlık sigortalısı olması gerektiği hâlde tescili yapılmamış olan ana ve babaların çocukları sağlık hizmeti sunucularına başvurduğu tarih itibarıyla ana ve babalar genel sağlık sigortalısı sayılmak suretiyle 18 yaşını dolduruncaya kadar bakmakla yükümlü olunan kişi olarak,

3) Bakmakla yükümlü olunan kişi olmaları nedeniyle genel sağlık sigortası kapsamındaki ana ve babaların çocukları Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) numaralı alt bendi kapsamında,

4) Ana ve babası tarafından bakmakla yükümlü olunan kişi dahi olsa genel sağlık sigortasına ilişkin primlerinin ödenmemesi hâlinde 18 yaşını dolduruncaya kadar 61 inci maddenin ikinci fıkrası kapsamında,

5) 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ana ve babasının bulunup bulunmadığına bakılmaksızın ücretsiz faydalananlar ile ana ve babası olmadığı hâlde bu hizmetlerden faydalanmayan çocuklar, Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (7) numaralı alt bendi kapsamında,

6) Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (b) ve (c) bentleri gereği sigortalı sayılıp bir meslek veya sanat okulunu bitirenlerden 22/11/2001 tarihli ve 4721 sayılı Türk Medenî Kanunu hükümlerine göre mahkemece ergin kılınmak suretiyle, öğrenimleriyle ilgili görevlerde çalışanlar hariç, 18 yaşını doldurmamış olanlar genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olunan kişi olarak,

genel sağlık sigortalısı sayılırlar.

(11) Kanunun 45 inci maddesinin birinci fıkrası kapsamında sayılan kişilerin genel sağlık sigortası hükümleri bakımından hakları devam eder.

Genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişiler

MADDE 7 – (1) Genel sağlık sigortalısının, sigortalı veya isteğe bağlı sigortalı sayılmayan, kendi sigortalılığı nedeniyle gelir veya aylık bağlanmamış olan;

a) Eşi,

b) 18 yaşını, lise ve dengi öğrenim görmesi hâlinde 20 yaşını, yüksek öğrenim görmesi hâlinde 25 yaşını doldurmamış ve evli olmayan çocukları ile yaşına bakılmaksızın çalışma gücünü en az %60 oranında yitirdiği kurum sağlık kurulu tarafından tespit edilen evli olmayan çocukları,

c) Her türlü kazanç ve irattan elde ettiği gelirinin asgari ücretin net tutarından daha az olan ve diğer çocuklarından sağlık yardımı almayan ana ve babası, genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi olarak kabul edilir.

(2) Ana ve babası boşanmış çocukların, genel sağlık sigortası kapsamındaki hakları, mahkeme kararı ile velayet hakkı verilmiş olan genel sağlık sigortalısı ana ya da baba üzerinden sağlanır. Velayet hakkı verilmeyen kişinin üzerinden de sağlık hizmeti ile yol gideri, gündelik ve refakatçi hakları sağlanabilir. Bu durum, çocuğun sağlık hizmeti ve yol gideri, gündelik ve refakatçi haklarından yararlandırılacağı ana ya da baba tarafından Kuruma verilecek bir dilekçe ile belgelenir.

(3) Genel sağlık sigortalısının tescili aşamasında veya sonrasında bakmakla yükümlü olduğu kişilerin elektronik ortamda Kurumca tespit edilememesi hâlinde, genel sağlık sigortalısı tarafından bildirim yapılır.

(4) Kurum, genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu; eşinin, 18 yaşını doldurmuş çocuklarının, ana ve babasının sağlık hizmetlerinden ve yol gideri, gündelik ve refakatçi haklarından yararlanma hakkının devam edip etmediğini öncelikle elektronik ortamda periyodik olarak kontrol eder. Bunun mümkün olmaması hâlinde gerekli belgeleri kişilerden isteyerek kontrolü yapar.

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olunan kişi sayılmayanlar

MADDE 8 – (1) Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olunan kişi olarak;

a) Kanunun 6 ncı maddesinin birinci fıkrasının;

1) (d) bendi gereğince Kanunun 4 üncü maddesi birinci fıkrasının (b) bendinin (1) ve (3) numaralı alt bentleri kapsamında sigortalılıkları devam edenler hariç askerlik hizmetlerini er ve erbaş olarak yapmakta olanlar ile yedek subay okulu öğrencileri,

2) (e) bendi gereğince yabancı bir ülkede kurulu herhangi bir kuruluş tarafından ve o kuruluş adına ve hesabına Türkiye`ye bir iş için gönderilen ve yabancı ülkede sosyal sigortaya tabi olduğunu belgeleyen kişiler ile Türkiye`de kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan, yurt dışında ikamet eden ve o ülke sosyal güvenlik mevzuatına tabi olanlar,

3) (l) bendi gereğince kamu idarelerinin dış temsilciliklerinde istihdam edilen ve temsilciliğin bulunduğu ülkede sürekli ikamet izni veya bu devletin vatandaşlığını da haiz bulunan Türk uyruklu sözleşmeli personelden, bulunduğu ülkenin sosyal güvenlik kurumunda sigortalı olduğunu belgeleyenler ile kamu idarelerinin dış temsilciliklerinde istihdam edilen sözleşmeli personelin uluslararası sosyal güvenlik sözleşmeleri çerçevesinde ve temsilciliğin bulunduğu ülkenin ilgili mevzuatının zorunlu kıldığı hâllerde, işverenleri tarafından bulunulan ülkede sosyal sigorta kapsamında sigortalı yapılanlar,

b) Ceza infaz kurumları ile tutukevleri bünyesinde bulunan hükümlü ve tutuklular,

c) Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (d) bendi kapsamındaki müteakabiliyet esası da dikkate alınmak şartıyla oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan ve Kanunun 4 üncü maddesi kapsamında sigortalı sayılmayan kişilerden, Türkiye`de bir yıldan kısa süreyle yerleşik olanlar,

ç) Sosyal güvenlik sözleşmesi hükümleri saklı kalmak kaydıyla, Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (f) bendi kapsamında olup mülga 30/5/1978 tarihli ve 2147 sayılı ve 8/5/1985 tarihli ve 3201 sayılı kanunlara göre borçlanarak aylık bağlanan kişilerden Türkiye`de ikamet etmeyenler,

d) İsteğe bağlı sigortalı olan yabancı ülke vatandaşlarından Türkiye`de yerleşik olma hâli bir yılı doldurmayanlar,

genel sağlık sigortalısı sayılmazlar.

(2) Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) numaralı alt bendine göre harcamaları, taşınır ve taşınmazları ile bunlardan doğan hakları da dikkate alınarak, Kurumca belirlenecek test yöntemleri ve veriler kullanılarak tespit edilecek aile içindeki geliri, kişi başına düşen aylık tutarı brüt asgari ücretin üçte birinden az olan aile bireyleri ile aynı bendin (2) numaralı alt bendine göre sığınmacı veya vatansız olarak kabul edilen kişilerin eş, çocuk, ana ve babası Kanun gereğince bakmakla yükümlü olunan kişi olarak değerlendirilmez.

(3) 26/10/1990 tarihli ve 3671 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinde sayılanlar genel sağlık sigortalısı sayılmaz.

(4) Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (f) bendi kapsamında gelir ve aylık alanlar ile genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü oldukları kimseleri aynı fıkranın (c) bendinin (7) numaralı alt bendi kapsamında ayrıca genel sağlık sigortalısı sayılmazlar.

Genel sağlık sigortalılığının başlangıcı, bildirimi ve tescili

MADDE 9 – (1) Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (a) ve (b) bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılanlar; sigortalı veya isteğe bağlı sigortalı olarak tescil edildikleri tarihten itibaren genel sağlık sigortalısı sayılır ve ayrıca bir bildirim gerek olmaksızın genel sağlık sigortalısı olarak tescil edilmiş sayılır.

(2) Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) numaralı alt bendinde sayılanların genel sağlık sigortalılıkları Kurumca tescil edildiği tarihten itibaren başlar.

(3) Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin;

a) (2) numaralı alt bendinde sayılanların sigortalılığı vatansız ve sığınmacı sayıldıkları tarihten itibaren başlar, bu tarih İçişleri Bakanlığınca,

b) (7) numaralı alt bendinde sayılanların sigortalılığı korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz yararlanmaya başladıkları tarihten itibaren başlar, bu tarih Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumunca,

c) (9) numaralı alt bendinde sayılan 442 sayılı Köy Kanununun 74 üncü maddesinin ikinci fıkrasına göre görevlendirilen köy korucuları ile geçici köy korucularının sigortalılıkları göreve başladıkları tarih itibarıyla başlar, bu tarih görevlendirmelerini İçişleri Bakanlığının onayına sunan Valilik tarafından,

bir ay içinde Kuruma verecekleri genel sağlık sigortası giriş bildirgesi ile tescil edilirler.

(4) Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının;

a) (d) bendinde sayılan müteakibliyet esasına da dikkate alınmak şartıyla oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan ve Kanunun 4 üncü maddesi kapsamında zorunlu sigortalı sayılmayan kişilerden, Türkiye’de bir yıldan kısa süreyle yerleşik olanlar, Türkiye`deki yerleşim süresinin bir yılı geçtiği tarihten itibaren genel sağlık sigortalısı sayılır ve bu tarihten itibaren kendilerince,

b) (e) bendinde sayılanların genel sağlık sigortalılığı işsizlik ve ilgili kanunları gereğince kısa çalışma ödeneğinden yararlanmaya başladıkları tarihten başlar, bu tarih Türkiye İş Kurumu tarafından işsizlik ödeneğinin bağlandığı tarihten itibaren,

bir ay içinde Kuruma verecekleri genel sağlık sigortası giriş bildirgesi ile tescil edilirler.

(5) Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının;

a) (c) bendinin; (3), (4), (5), (6), (8), (9) ve (10) numaralı alt bentlerinde sayılanlar, aylığa hak kazandıkları,

b) (f) bendinde sayılanlar, gelir veya aylık almaya hak kazandıkları, tarihten itibaren ayrıca bir bildirim gerek olmaksızın genel sağlık sigortalısı olarak tescil edilmiş sayılır.

(6) Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrası kapsamında genel sağlık sigortalısı olup tabi oldukları bent kapsamındaki genel sağlık sigortalılığı sona erenlerden (g) bendi kapsamına girenler, en geç 1 ay içinde Kuruma başvurmak zorundadırlar. Bu kişilerin (g) bendi kapsamında genel sağlık sigortalılığı, durumlarında değişiklik olduğu tarihten başlar.

(7) Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrası gereği genel sağlık sigortalısı sayılanların çocukları, ana ya da babanın tescil edilmiş olmasına bakılmaksızın ve ayrıca bir işleme gerek olmaksızın 18 yaşın dolduğu tarihe kadar genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi olarak sağlık hizmetlerinden ve yol gideri, gündelik ve refakatçi haklarından yararlandırılır. 18 yaşın tespitinde, nüfus kayıtları ve bu kayıtlarda mahkeme kararına göre yapılan düzeltmeler esas alınır.

(8) 18 yaşından küçük çocuğun ana ve babası ölmüş veya gaipliğine karar verilmiş ise 18 yaşına kadar Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (7) numaralı alt bendi kapsamında, primi Devlet tarafından ödenmek üzere genel sağlık sigortalısı sayılır.

(9) Ana ve babası olmadığı hâlde korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden faydalanmayan 18 yaşından küçük çocukların genel sağlık sigortalılığı, varsa kanunî temsilcisi, yoksa yakınları tarafından Kuruma başvurmaları veya Kurumca bu durumun tespiti hâlinde tescil edilir.

(10) Nüfus kayıt işlemleri yapıncaya kadar yeni doğan çocuğa ilişkin gerekli işlemler; öncelikle anasının üzerinden, ana ölmüş ise babasının üzerinden, ana ve babası ölmüş ise Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu tarafından koruma altına alındığı tarihe kadar, ölen ana üzerinden yapılır. Ancak bu süre 25/4/2006 tarihli ve 5490 sayılı Nüfus Hizmetleri Kanununun 15 inci maddesinde belirtilen süreyi geçemez.

(11) Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) numaralı alt bendi kapsamında iken bu niteliğin yitilmesi ve aynı fıkranın (g) bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılması hâlinde, (g) bendine göre tescil işlemi yapılır. (g) bendine göre genel sağlık sigortalısı iken Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) numaralı alt bendi kapsamına girilmesi durumunda ise bu bent kapsamında tescil işlemi yapılır. Başvuru için geçecek bir aylık sürede bu kişilerin ve bakmakla yükümlü olduğu

kişilerin sağlık hizmetleri ve yol gideri, gündelik ve refakatçi hakları kesintisiz verilmeye devam edilir.

(12) Genel sağlık sigortalıları Kuruma verilen genel sağlık sigortası giriş bildirgesine göre Türkiye Cumhuriyeti kimlik numarası ile bilgisayar ortamında tutulan tescil kütüğüne kayıt edilir. Türkiye Cumhuriyeti kimlik numarası, aynı zamanda sigortalıların sosyal güvenlik sicil numarasını oluşturur. Sigortalıların tescil ve prim ödemelerine ilişkin her türlü bilgisayar kayıtları sosyal güvenlik sicil numarası altında tutulur. Yabancı uyruklulara Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğüne verilecek kimlik numarası aynı zamanda bunlar için sosyal güvenlik sicil numarası olarak kullanılır.

(13) Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (a) ve (b) bentlerine göre genel sağlık sigortalısı sayılanların bildirim, tescil, sigortalılığın sona ermesi ve diğer işlemler ile genel sağlık sigortası kayıtlarının tutulması ve düzeltilmesinde Sosyal Sigorta İşlemleri Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uygulanır.

(14) Genel sağlık sigortası giriş bildirgesini süresi içinde vermeyenler hakkında Kanunun 102 nci maddesinin birinci fıkrasının (a) bendine göre idarî para cezası uygulanır.

(15) Genel sağlık sigortalıları ile ilgili Kurum dışından alınan veya Kurumca düzenlenen kâğıt ortamındaki belgelerden gerekli görülenlerin muhafazası ve bu belgelere erişimi sağlamak üzere elektronik arşiv oluşturulur. Bunlara Kurumca belirlenen usullerle birer numara verilir.

Genel sağlık sigortalılığının sona ermesi

MADDE 10 – (1) Genel sağlık sigortalılığı; sosyal güvenlik sözleşmesi hükümleri saklı kalmak şartıyla Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrası kapsamındaki kişilerin yerleşim yerinin Türkiye dışına taşındığı tarihten veya genel sağlık sigortalısının ölüm tarihinden itibaren sona erer.

(2) Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının;

a) (c) bendinin (1) numaralı alt bendine tabi sigortalının aile içindeki gelirinin asgari ücretin üçte birinden fazla olduğu tarihten,

b) (c) bendinin (2) numaralı alt bendine tabi olanların sığınmacı veya vatansız statüsünü kaybettikleri tarihten,

c) (c) bendinin (3), (4), (5), (6), (8), (9) ve (10) numaralı alt bentlerinde sayılanların aylık alma haklarını kaybettikleri tarihten,

ç) (c) bendinin (7) numaralı alt bendine göre koruma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz yararlanma hakkının kaybedildiği veya anasız babasız çocukların 18 yaşını doldurdukları tarihten,

d) (c) bendinin (9) numaralı alt bendinde sayılan köy koruculuğu ve geçici köy koruculuğu görevinin sona erdiği tarihten,

e) (d) bendinde sayılanların oturma izinlerinin sona erdiği veya yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olduğu tarihten,

f) (e) bendinde sayılanların işsizlik ödeneği ve kısa çalışma ödeneğinin kesildiği tarihten,

g) (f) bendinde belirtilen gelir ve aylık alanların gelir ve aylık alma haklarını kaybettikleri tarihten,

ğ) (g) bendinde sayılanların aynı fıkranın diğer bentleri kapsamına girdikleri tarihten,

itibaren tabi oldukları bent kapsamındaki genel sağlık sigortalılıkları sona erer.

(3) Kanunun 4 üncü maddesi birinci fıkrası (a) bendi kapsamında sigortalı olanların sigortalılık niteliğini yitirdikleri tarihi takip eden 10 uncu günden, (b) ve (c) bendi kapsamında sigortalı olanların ise sigortalılık niteliğini yitirdikleri tarihten itibaren tabi oldukları bent kapsamındaki genel sağlık sigortalılıkları sona erer.

(4) 4046 sayılı Kanunun 21 inci maddesi kapsamında iş kaybı tazminatı alanların iş kaybı tazminatı ödemesinin bittiği tarihten itibaren tabi oldukları bent kapsamındaki genel sağlık sigortalılıkları sona erer.

Genel sağlık sigortalılık hâllerinin değişmesi, birleşmesi veya akışması

MADDE 11 – (1) Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (f) bendine göre Kanun veya Kanundan önce yürürlükte bulunan mülga 17/7/1964 tarihli ve 506 sayılı, 2/9/1971 tarihli ve 1479 sayılı, 17/10/1983 tarihli ve 2925 sayılı, 17/10/1983 tarihli ve 2926 sayılı, 8/6/1949 tarihli ve 5434 sayılı kanunlara göre gelir veya aylık alması nedeniyle genel sağlık sigortalısı sayılanlar, aynı zamanda Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının diğer bentleri gereği de genel sağlık sigortalısı sayılmaları hâlinde en son durumlarına göre genel sağlık sigortalısı sayılır.

(2) Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (a) bendinin (2) numaralı alt bendi ile (b), (d) ve (g) bentleri kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılanların, daha sonra Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının diğer bentleri kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılmaları hâlinde, en son sigortalılık durumları dikkate alınarak genel sağlık sigortasından sağlık hizmetlerinin finansmanı ve yol gideri, gündelik ve refakatci hakları sağlanır.

(3) Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) bendi ile Kanunun 60 ıncı maddesinin (c), (e) ve (f) bentleri kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılanların, daha sonra Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının diğer bentleri kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılmaları hâlinde, en son sigortalılık durumları dikkate alınarak genel sağlık sigortasından sağlık hizmetlerinin finansmanı ve yol gideri, gündelik ve refakatci hakları sağlanır.

(4) Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (a) bendinin (2) numaralı alt bendi ile (b), (d) ve (g) bentlerine tabi olan genel sağlık sigortalısı ile bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte prim borcu ile gecikme cezası, gecikme zammı ve faiz borcu bulunanlar, söz konusu borcu sağlık hizmeti sunucusuna başvuru tarihinden sonraki bir tarihte demiş olsa dahi, sağlık hizmeti sunucusuna başvurulan tarih ile söz konusu borcun yatırıldığı tarih arasında yapılan sağlık hizmeti giderleri ve yol gideri, gündelik ve refakatci giderleri Kurumca denmez.

(5) Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (d) ve (g) bentlerinin uygulanmasında evli olanlar için eşlerden hangisinin genel sağlık sigortalısı, hangisinin bakmakla yükümlü olunan kişi olacağının tespiti için tescil aşamasında eşlerden yazılı beyan alınır. Diğer bentler gereği eşlerin her ikisi için de genel sağlık sigortalılık Şartlarının oluşması hâlinde, her ikisi de ayrı ayrı genel sağlık sigortalısı sayılır.

(6) Harp malulleri ile 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık almakla birlikte Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) ve (b) bentleri kapsamında sigortalı olarak çalışmaya başlayanlar Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (8) numaralı alt bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılır.

(7) 3713 sayılı Kanuna göre aylık bağlanmış maluller ile aynı Kanun kapsamına giren olaylar sebebiyle vazife malullüğü aylığı alan er ve erbaşlar, Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında sigortalı olarak çalışmaya başlaması hâlinde de Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (8) numaralı alt bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılır.

(8) 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanuna göre vazife malullüğü aylığı bağlanmış maluller, Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) ve (b) bentleri kapsamında sigortalı olarak çalışmaya başlaması hâlinde Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (6) numaralı alt bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Genel Sağlık Sigortası Primleri

Genel sağlık sigortalısının prime esas kazançları

MADDE 12 – (1) Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrası kapsamında sayılan genel sağlık sigortalılarının prime esas kazançları, Kanunun 80 ıncı maddesine göre belirlenir.

(2) İsteğe bağlı sigorta kapsamındaki genel sağlık sigortalılarının prime esas kazançları, Kanunun 82 nci maddesine göre belirlenen prime esas kazancın alt sınırı ile st sınırı arasında olmak koşuluyla kendilerince belirlenir.

(3) Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrası (c) bendinde belirtilen ve bu maddenin birinci ve ikinci fıkraları kapsamına girmeyen genel sağlık sigortalarının prime esas kazançları,

a) Anılan bendin (1) numaralı alt bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılmak için müracaat etmekle birlikte bu bent kapsamında sayılmayanlardan, Kurumca belirlenecek test yöntemleri ve veriler kullanılarak tespit edilen aile içindeki gelirin kişi başına düşen aylık tutarı;

1) Asgari ücretin üçte birinden asgari ücrete kadar olduğu tespit edilen kişiler için Kanunun 82 nci maddesine göre belirlenen prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz günlük tutarının üçte biridir.

2) Asgari ücretten asgari ücretin iki katına kadar olduğu tespit edilen kişiler için Kanunun 82 nci maddesine göre belirlenen prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz günlük tutarıdır.

3) Asgari ücretin iki katından fazla olduğu tespit edilen kişiler için 82 nci maddeye göre belirlenen prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz günlük tutarının iki katıdır.

b) Kanunun 60 ıncı maddesi birinci fıkrasının (c) bendinde belirtilenler için asgari ücrettir.

(4) Mütakabiliyet esası da dikkate alınmak şartıyla, oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan genel sağlık sigortalısının prime esas kazancı, Kanunun 82 nci maddesine göre belirlenen prime esas günlük kazanç alt sınırının iki katının otuz günlük tutarıdır.

(5) 4447 sayılı Kanun gereğince işsizlik ödeneği ve ilgili kanunları gereğince kısa çalışma ödeneğinden yararlandırılan genel sağlık sigortalısının prime esas kazancı, Kanunun 82 nci maddesine göre belirlenen prime esas kazanç alt sınırındır.

(6) 4046 sayılı Kanunun 21 inci maddesi kapsamında iş kaybı tazminatı alanların prime esas aylık kazançları, iş kaybı tazminatı aylık tutarıdır.

(7) Yukarıda sayılanlar dışında kalan ve başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan vatandaşlar için prime esas kazanç, Kanunun 82 nci maddesine göre belirlenen prime esas günlük kazanç alt sınırının iki katının otuz günlük tutarıdır.

Genel sağlık sigortası prim oranları

MADDE 13 – (1) Genel sağlık sigortası prim oranı, Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a), (b) ve (c) bentleri ile Kanunun 5 inci maddesi (g) bendi kapsamındaki için Kanunun 82 nci maddesinin birinci fıkrasına göre hesaplanan prime esas kazancın %12,5'idir. Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) ve (c) bentleri ile Kanunun 5 inci maddesi (g) bendine tabi olanlar için bu primin %5'i sigortalı, %7,5'i ise işveren hissesidir.

(2) İsteğe bağlı sigorta kapsamında genel sağlık sigortalısı olanların kendilerince belirlenen prime esas aylık kazançlarının %12'si genel sağlık sigortası primidir. Kanunun 5 inci maddesinin (g) bendine göre Ülkemiz ile sosyal güvenlik sözleşmesi olmayan ülkelerde iş üstlenen işverenlerce yurt dışındaki işyerlerinde çalıştırılmak üzere götürülen Türk işçilerinden isteğe bağlı sigortaya devam edenlerden ayrıca genel sağlık sigortası primi alınmaz.

(3) Kanunun 60 ıncı maddesi birinci fıkrası (a) ve (b) bentleri dışında kalanlar ile 4046 sayılı Kanunun 21 inci maddesi kapsamında iş kaybı tazminatı alanların genel sağlık sigortası prim oranı, bu Yönetmeliğin 12 nci maddesinde belirtilen prime esas kazançlarının %12'sidir.

(4) Kamu idaresine ait işyerlerinde çalıştırılan sigortalıların iş sözleşmesinin askıda kaldığı aylara ait genel sağlık sigortası primi, Kanunun 82 nci maddesine göre belirlenen prime esas günlük kazancın alt sınırının 30 günlük tutarıdır.

(5) Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamına girenler için prim ödeme yükümlülerinin ödeyecekleri genel sağlık sigortası primi; primin tahakkuk ettirileceği ay itibarıyla anılan bendin (1) ve (2) numaralı alt bentlerinde sayılan toplam kişi sayısının üçe bölünmesi suretiyle bulunacak kişi sayısına (3) ilâ (10) numaralı alt bentlerde sayılan kişi sayısının eklenmesi suretiyle bulunacak toplam kişi sayısı esas

alınarak hesaplanır. Ancak, bu kişilerden aynı zamanda Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamı dışındaki bentlerin kapsamına girerek genel sağlık sigortalısı sayılanlar, bu fıkraya göre tespit edilecek kişi sayısı hesabına dâhil edilmez.

(6) Bu Yönetmeliğin 11 inci maddesinin altı, yedi ve sekizinci fıkralarında sayılanlardan ayrıca genel sağlık sigortası primi alınmaz.

Prim ödeme yükümlüsü

MADDE 14 – (1) Genel sağlık sigortası bakımından,

a) Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) ve (c) bentlerine tabi olanlar için bunların işverenleri,

b) Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (b) bendine tabi olanlar, isteğe bağlı sigortalı olanlar ile Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (d) ve (g) bentlerinde sayılanların kendileri,

c) Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinde sayılan kişiler için primi, yılı merkezî yönetim bütçesinden karşılanmak üzere ilgili kamu idareleri,

d) Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (e) bendinde sayılan kişiler ile Kanunun geçici 13 üncü maddesinde belirtilenler için Türkiye İş Kurumu,

e) Kanunun 5 inci maddesinin (g) bendine tabi olanlar için işverenleri, prim ödeme yükümlüsüdür.

(2) Kamu idaresine ait işyerlerinde çalıştırılan sigortalıların iş sözleşmesinin askıda kaldığı aylara ait genel sağlık sigortası primi, ilgili kamu idaresince ödenir.

(3) İsteğe bağlı sigortalı olanlar, bakmakla yükümlü olunan kişi olsa dahi, Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (b) bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılır ve genel sağlık sigortası primini de ödemekle yükümlüdürler. Yabancı ülke vatandaşlarından Türkiye’de yerleşik olma hâli bir yılı doldurmadıkça genel sağlık sigortası primi alınmaz ve bu kişiler genel sağlık sigortalısı sayılmaz.

Primlerin ödenmesi ve aylık prim ve hizmet belgesi

MADDE 15 – (1) Genel sağlık sigortası primlerinin ödenmesinde, Kanunun 88 inci maddesi ve Sosyal Sigorta İşlemleri Yönetmeliğinin ilgili hükümlerine göre işlem yapılır.

(2) Yalnızca genel sağlık sigortasına tabi olanlar için aylık prim ve hizmet belgesi alınmaz. Genel sağlık sigortası priminin alınmasına esas tahakkuk işlemi, Kurumca oluşturulur.

(3) Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamında sigortalı olmakla birlikte, 4857 sayılı Kanunun 13 ve 14 üncü maddelerine göre kısmi süreli veya çağrı üzerine çalışanlar ile Kanuna göre ev hizmetlerinde ay içinde 30 günden az çalışan sigortalılar için eksik günlerine ait genel sağlık sigortası primlerinin 30 güne tamamlanması zorunludur. Bu durumda olan sigortalıların eksik günlerine ilişkin genel sağlık sigortası primleri, Kanunun 60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) numaralı alt bendi veya (g) bendi kapsamında ödenir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

Sağlık kartı ve istirahat raporları

Sağlık kartı düzenlenmesi

MADDE 16 – (1) Kurum, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin muayene ve tedavileri için sağlık hizmeti sunucularına başvurularında gösterilmek üzere sağlık kartı düzenleyebilir.

(2) Kurum, sağlık kartının şeklini, bu kartın kullanımına ilişkin usul ve esaslarını belirlemeye yetkilidir.

İstirahat raporlarında uygulanacak usul ve esaslar

MADDE 17 – (1) İstirahat raporlarının Kurumla sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları tarafından düzenlenmesi şarttır. Kurumla sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucuları tarafından verilen ve istirahat süresi 10 günü geçmeyen raporlar, Kurumla sözleşmeli

resmî sağlık hizmeti sunucusu hekimi tarafından, 10 günü aşan raporlar ise Kurumla sözleşmeli resmî sağlık hizmeti sunucusu sağlık kurulunca onandığı takdirde geçerli olur.

(2) Ayaktan tedavilerde sigortalıya tek hekim raporu ile bir defada en çok 10 gün istirahat verilebilir. İstirahat sonrasında kontrol muayenesi raporda belirtilmiş ise toplam süre yirmi günü geçmemek kaydı ile istirahat uzatılabilir. Yirmi günü aşan istirahat raporları sağlık kurulunca verilir. Sağlık kurulunun ilk vereceği istirahat süresi sigortalının tedavi altına alındığı tarihten başlamak üzere altı ayı geçemez. Tedaviye devam edilmesi hâlinde malullük hâlinin önlenebileceği veya önemli oranda azaltılabileceği sağlık kurulu raporu ile tespit edilirse bu süre uzatılır.

(3) Sigortalılara bir takvim yılı içinde tek hekim tarafından ayaktan tedavilerde verilecek istirahat sürelerinin toplamı kırk günü geçemez. Bu süreyi geçen istirahat raporları sağlık kurulunca verilir.

(4) Kurumca yetki tanınan işyeri hekimi bir kerede en fazla 2 gün istirahat verebilir.

(5) İstirahat raporlarında sigortalının çalışıp çalışamayacağı veya kontrol muayenesinin yapılıp yapılmayacağı hususu belirtilir. İstirahat raporunun bir nüshası işyerlerine ibraz edilmesi için sigortalılara verilmek, bir nüshası Kuruma gönderilmek üzere en az iki nüsha olarak düzenlenir.

(6) Kurumca yetkilendirilen tek hekim veya sağlık kurulu tarafından verilecek istirahatlar, rneği Kurumca belirlenecek belgenin doldurulması veya elektronik ortamda düzenlenmesi suretiyle verilir.

(7) Kurumla sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularınca, geçici iş göremezlik belgeleri ile geçici iş göremezliğe ilişkin sağlık kurulu raporlarının birer nüshası düzenlendiği tarihten itibaren üç iş günü içinde sigortalının iş yerinin kurulu bulunduğu sosyal güvenlik il müdürlüklerine/sosyal güvenlik merkezlerine, sözleşmeli ülke sigortalısının belgeleri ise sağlık yardımı belgesini düzenleyen sosyal güvenlik il müdürlüklerine/sosyal güvenlik merkezlerine gönderilir.

(8) lkemizin taraf olduğu sosyal güvenlik sözleşmeleri hükümleri çerçevesinde akit ülke sigorta kurumu mevzuatına göre düzenlenen ve sözleşmenin uygulanmasına ilişkin formüllerle Kuruma bildirilen istirahat raporları aynen kabul edilir.

(9) lkemiz ile sosyal güvenlik sözleşmesi bulunmayan ülkelerdeki tedaviler sonucu verilen istirahat raporlarının ülkemiz dış temsilciliklerince onanması hâlinde Kurumca ayrıca tasdik aranmaz.

(10) lkemiz ile sosyal güvenlik sözleşmesi bulunan ülke sosyal güvenlik kurumları sigortalılarının, muayene ve tedavileri sonucu düzenlenecek istirahat raporlarında bu Yönetmelikte belirlenmiş usul ve esaslar uygulanır. Bu raporların, akit ülke sosyal güvenlik kurumlarına intikal ettirilebilmesi için Kuruma verilmesi zorunludur.

(11) 4/1/1961 tarihli ve 211 sayılı Türk Silahlı Kuvvetleri İ Hizmet Kanununa tabi personel için verilecek istirahat raporları usul ve esasları, Milli Savunma Bakanlığının görüşü alınarak Kurumca belirlenir.

BEŐİNCİ BÖLÜM

Finansmanı Sağlanan Sağlık Hizmetleri ve Yol Gideri, Gündelik ve Refakatçi Giderleri

Finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin amacı ve kapsamı

MADDE 18 – (1) Genel sağlık sigortalısının ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlıklı kalmaları, hastalanmaları hâlinde sağlıklarını kazanmaları, iş kazası ile meslek hastalığı, hastalık ve analık sonucu tıbben gerekli görülen sağlık hizmetlerinin karşılanması, iş göremezlik hâllerinin ortadan kaldırılması veya azaltılması, iş kazası ve meslek hastalığına, kazaya, hastalıklara veya konjenital (doğuştan) nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan durumlarda vücut bütünlüğünün sağlanması amacıyla Kanunun 63 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a), (b), (c), (d), (e) ve (f) bentlerinde sayılan sağlık hizmetlerinin finansmanı Kurumca sağlanır.

Finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin belirlenmesi

MADDE 19 – (1) Kanununun 63 üncü maddesi birinci fıkrası (a), (b), (c), (d) ve (e) bentleri gereği finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığınca tıbben sağlık hizmeti olarak kabul edilen sağlık hizmetleri esas alınarak Kurumca belirlenir.

(2) İnsan sağlığına zararlı madde bağımlılığını önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak Kurumca belirlenir.

Finansmanı sağlanan diğer sağlık hizmetlerinin belirlenmesi

MADDE 20 – (1) Bu Yönetmeliğin 19 uncu maddesi doğrultusunda sağlanacak sağlık hizmetleri ile ilgili teşhis ve tedavileri için gerekli olabilecek kan ve kan ürünleri, kemik iliği, aşı, ilaç, ortez, protez, tıbbî araç ve gereç, kişi kullanımına mahsus tıbbî cihaz, tıbbî sarf, iyileştirici nitelikteki tıbbî sarf malzemelerinin sağlanması, takılması, garanti süresi sonrası bakımı, onarılması ve yenilenmesi hizmetlerinin, türleri, miktarları ve kullanım süreleri, ödeme usul ve esasları, Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak Kurumca belirlenir.

Finansmanı sağlanan ilaçların tespiti ve temin esasları

MADDE 21 – (1) Kurumca finansmanı sağlanacak beşeri ürün/beşeri ilaçlar, Kurum, Sağlık Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı temsilcilerinden oluşturulan Ödeme Komisyonu marifetiyle tespit edilir. Ödeme Komisyonu oluşturulması, çalışma usul ve esasları Maliye Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak Kurum tarafından çıkarılacak yönerge ile belirlenir.

(2) Kurumca finansmanı sağlanan beşeri ürün/beşeri ilaçların listesi, Kurumca çıkarılacak tebliğle duyurulur.

(3) Kurumca finansmanı sağlanan ve ayaktan tedavilerde gerekli görülen ilaçların, Kurumla sözleşmeli eczanelerden temin edilmesi zorunludur. Ancak, acil hâller nedeniyle genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sözleşmesiz eczanelerden reçete karşılığı temin ettiği ilaçların bedelleri, acil hâlin Kurum ünitelerince kabul olunması kaydıyla kişilere ödenir.

(4) Kurum, genel sağlık sigortalısı ile bakmakla yükümlü olduğu kişilerin tedavisi için gerekli görülen ancak, ülkemizde ruhsatlı olmayan veya ruhsatlı olduğu hâlde çeşitli nedenlerle üretilmeyen veya ithalatı yapılmayan ilaçların yurt dışından teminine ilişkin usul ve esasları, Sağlık Bakanlığının görüşünü alarak belirlemeye yetkilidir.

Finansmanı sağlanan tıbbî malzemelerin tespiti ve temin esasları

MADDE 22 – (1) Kurum, finansmanı sağlanan ortez, protez, tıbbî araç ve gereç, kişi kullanımına mahsus tıbbî cihaz, tıbbî sarf, iyileştirici nitelikteki tıbbî sarf malzemelerini ve bu malzemelerin temini, garanti süresi sonrası bakımı, onarılması ve yenilenmesi hizmetleri ile ödeme usul ve esasları Sağlık Bakanlığının görüşünü alarak belirlemeye yetkilidir.

(2) Kurumca tıbbî cihaz bilgi bankasına kaydedilmesi zorunlu olduğu bildirilen tıbbî malzeme bedelleri, kayıt altına alınıncaya kadar ödenmez. Kurum tıbbî cihaz bilgi bankasına kayıt işlemlerine ilişkin usul ve esaslar Kurumca çıkarılacak yönerge ile belirlenir.

(3) Kurum, finansmanı sağlanan tıbbî malzemeleri kiralama, satın alma vb. usullerle de temin etmeye yetkilidir.

Devam eden tedaviler

MADDE 23 – (1) Kanununun 60 ıncı maddesi birinci fıkrası hükümlerine göre genel sağlık sigortalısı olan kişilerin, tabi olduğu bent kapsamındaki genel sağlık sigortalılığının sona erdiği tarihte devam etmekte olan tedavileri nedeniyle sağlanacak sağlık hizmetleri, kişinin iyileşmesine kadar Kurumca sağlanır. Devam etmekte olan tedavi, kişilerin genel sağlık sigortalısı sayılma şartlarının yitirdiği tarihte sağlık hizmeti sunucusundaki yatarak sağlanmakta olan tedavilerini ifade eder. Kişilerin var olan kronik hastalıkları nedeniyle müteakip müracaatları devam etmekte olan tedavi olarak değerlendirilmez.

Finansmanı sağlanmayan sağlık hizmetleri

MADDE 24 – (1) Kurumca;

a) Vücut bütünlüğünü sağlamak amacıyla yapılan ve iş kazası ile meslek hastalığına, kazaya, hastalıklara veya konjenital nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan durumlarda yapılacak sağlık hizmetleri dışında estetik amaçlı yapılan her türlü sağlık hizmeti ile estetik amaçlı ortodontik diş tedavilerinin,

b) Sağlık Bakanlığınca insan sağlığı bakımından kullanılmasına veya uygulanmasına izin veya ruhsat verilmeyen sağlık hizmetlerinin,

c) Sağlık Bakanlığınca tıbben sağlık hizmeti olduğu kabul edilmeyen sağlık hizmetlerinin,

ç) Kanununun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (d) ve (g) bentleri kapsamına giren yabancı ülke vatandaşlarının genel sağlık sigortalısı veya genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi sayıldığı tarihten önce var olan kronik hastalığa ilişkin sağlık hizmetlerinin,

finansmanı sağlanmaz.

Bilimsel komisyonlar

MADDE 25 – (1) Kurum, finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin teşhis ve tedavi yöntemleri ile teşhis ve tedavileri için gerekli olabilecek kan ve kan ürünleri, kemik iliği, aşı, ilaç, ortez, protez, tıbbî araç ve gereç, kişi kullanımına mahsus tıbbî cihaz, tıbbî sarf, iyileştirici nitelikteki tıbbî sarf malzemelerinin sağlanması, takılması, garanti süresi sonrası bakımı, onarılması ve yenilenmesi hizmetlerinin türlerinin, miktarlarının ve kullanım sürelerinin, ödeme usul ve esaslarının belirlenmesine yönelik olarak komisyonlar kurabilir, üniversiteler, ulusal ve uluslararası tüzel kişilerle işbirliği yapabilir.

(2) Komisyonların görev ve yetkileri ile çalışma usul ve esasları Maliye Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak Kurumca belirlenir.

Yardımcı üreme yöntemi tedavileri

MADDE 26 – (1) Kurumca;

a) Evli olmakla birlikte eşlerden herhangi birinin evlat edinilmiş çocukları hariç soybağı kurulmuş sağ çocuğunun olmaması koşuluyla genel sağlık sigortalısı kadın ise kendisinin, erkek ise bakmakla yükümlü olduğu karısının;

1) Yapılan tıbbî tedavileri sonrasında normal tıbbî yöntemlerle çocuk sahibi olamadığının ve ancak yardımcı üreme yöntemi ile çocuk sahibi olabileceğine dair Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucularınca sağlık kurulu raporu düzenlenmiş olması,

2) 23 yaşını doldurmuş, 40 yaşından gün almamış olması,

3) Son üç yıl içinde diğer tedavi yöntemlerinden sonuç alınamamış olduğunun Kurumla sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusu sağlık kurulları tarafından belgelenmesi,

4) Uygulamanın yapıldığı merkezin Kurum ile sözleşmeli olması,

5) En az beş yıldır genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olunan kişi olup, 900 gün genel sağlık sigortası prim gün sayısının olması,

şartlarının birlikte gerçekleşmesi hâlinde en fazla iki deneme ile sınırlı olmak üzere yardımcı üreme yöntemi tedavilerinin,

b) Bir hastalığın tedavisinin başka tıbbî bir yöntemle mümkün olmaması ve Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları sağlık kurulları tarafından tıbben zorunlu görülmesi hâlinde yardımcı üreme yöntemi tedavilerinin,

finansmanı sağlanır.

(2) Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten önce yapılan ve bedelleri sosyal güvenlik kurumlarınca ödenen yardımcı üreme yöntemi tedavileri, işlem adetlerinin hesaplanmalarında dikkate alınır.

(3) Yardımcı üreme yöntemi tedavisine başlanan kadının deneme öncesi 39 yaşını doldurmuş olması durumunda, yardımcı üreme yöntemi tedavisine ait bedeller, tedaviye daha önce başlanmış olsa dahi Kurumca karşılanmaz.

(4) Yardımcı üreme yöntemi tedavisinde kullanılan ilaçlardan hasta katılım payı tahsil edilir.

İşitme cihazı

MADDE 27 – (1) İşitmenin cihaz ile düzeltilmesinin mümkün olduğunun Kurumla sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusu sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi kaydıyla Kurumca karşılanır.

(2) Her iki kulak için işitme cihazı bedeli ödenebilmesi için, sağlık kurulu raporunda işitme cihazı kullanılması gerektiğinin belirtilmesi gerekmektedir.

(3) İşitme cihazının yenilenme süresi beş yıldır. Ancak, işitme durumunda değişiklik olması ve verilen cihazın yeterli gelmemesi durumunda bu durumun Kurumla sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusu sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi hâlinde veya ilgililerin kusuru olmaksızın garanti süresi dışında cihazın arızalanması nedeniyle kullanılamaz hâle geldiğinin Kurumla sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusu tarafından sağlık kurulu raporuyla belgelenmesi ve onarımının yapılamaması hâlinde, süresinden önce yenilenmesi mümkündür.

Gözlük cam ve çerçeveleri

MADDE 28 – (1) Göz hastalıkları uzmanları ile bu dalda ihtisas yapmakta olan hekimler tarafından düzenlenen reçeteye dayanılarak alınacak gözlük camları ile çerçeve bedelleri Kurumca karşılanır.

(2) Çeşitli gözlük camı kullanılmasına lüzum görüldüğünde her cam için ayrı bir çerçeve bedeli kurumca ödenir.

(3) Gözlük camı ve çerçeve 3 yılı geçmeden yenilenmez. Bu süre öncesinde temin edilen cam bedellerinin ödenmesine ilişkin kriterler Tebliğle belirlenir.

(4) Gözlük cam ve çerçeve bedellerinin ödenmesine ilişkin usul ve esaslar Kurumca belirlenir.

Konuşma cihazı

MADDE 29 – (1) Kurumla sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusu sağlık kurulu raporu ile belgelenmek kaydıyla konuşma cihazı bedelleri, Kurumca karşılanır.

(2) Konuşma cihazının yenilenme süresi beş yıl olup, bu süre dolmadan onarılmaz ve yenilenmez. Ancak, temin edilen konuşma cihazının ilgililerin kusuru olmaksızın garanti süresi dışında cihazın arızalanması nedeniyle kullanılamaz hâle geldiğinin Kurumla sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusu tarafından sağlık kurulu raporuyla belgelenmesi ve onarımının yapılamaması hâlinde, süresinden önce yenilenmesi mümkündür.

Ağız protezleri ve diş tedavileri

MADDE 30 – (1) Diş tedavileri sırasında; altın, platin, paladyum+platin, irridyum+platin, iropal gibi kıymetli madenler ile argenco 23, bego gold EWL ve polliag-M gibi bileşiminde kıymetli maden bulunan maddelerin bedelleri ödenmez.

(2) Kemik içi dental implantların bedelleri ödenmez. Ancak, maksillofasiyal travma ve tümörler sonucu aşırı kemik kaybı olan ya da damak yarığı gibi deformiteleri olan hastalar ile rutin tedavilerle başarılı olunamayan rezorbe alt-üst çene vakalarında (en az 2 en fazla 4 implant ile sınırlı kalmak koşuluyla) klasik protez ile çözülemeyen ve implant tedavisinin zorunlu olduğunun üniversite diş hekimliği fakültelerinden cerrahi, protez ve periodontoloji anabilim dallarından en az birer öğretim üyesinin katılımıyla oluşacak sağlık kurulu tarafından karara bağlanması ve kaç ünite yapılacağına sağlık kurulu raporunda belirtilmesi şartıyla, kemik içi dental implant ve tedavi bedeli Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen bedel üzerinden Kurumca karşılanır.

(3) Hareketli ve sabit protezler dört yıldan önce yenilenmez.

Yol gideri, gündelik ve refakatçi giderleri

MADDE 31 – (1) Yol gideri, gündelik ve refakatçi giderleri için ödenecek tutarlar Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenir.

(2) Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin yatarak tedavileri sırasında hekimin veya diş hekiminin tıbben göreceği lüzum üzerine yanında kalan refakatçinin yatak ve yemek giderleri bir kişi ile sınırlı olmak üzere Kurumca

karşlanır. 18 yaşını doldurmamış çocuklar için refakatçi kalınmasının tıbben lüzum görülmesi şartı aranmaz.

(3) Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, müracaat ettikleri sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusunda yapılan hekim veya dış hekiminin muayenesi veya tedavisi sonrasında, gerekli teşhis ve tedavi cihazlarının veya ilgili branş uzmanının bulunmaması gibi tıbbî ve zorunlu nedenlerle yerleşim yeri dışına hekim veya dış hekimi tarafından tıbben lüzum görülmesi üzerine yapılan sevklerde;

a) Ayakta tedavilerde, kendisinin ve bir kişi ile sınırlı olmak üzere refakatçisinin gidiş ve dönüş tarihleri için yol gideri, sevk edilen sağlık hizmeti sunucusuna müracaat tarihi ile tedavinin sona erdiği tarihler arasında istirahatli olunan süreler hariç olmak üzere gündelikleri,

b) Yatarak tedavilerde, kendisinin ve bir kişi ile sınırlı olmak üzere refakatçisinin gidiş ve dönüş tarihleri için yol gideri ve gündelikleri ile yatarak tedavi gördüğü tarihlerde refakatçisinin yatak ve yemek gideri,

Kurumca ödenir. 18 yaşını doldurmamış çocuklar hariç olmak üzere, refakatçilere yol gideri ve gündelik ödenebilmesi için, hekim veya dış hekiminin refakatçi kalınmasına tıbben lüzum görmesi şarttır.

(4) Kurumca refakatçi giderlerinin ödenebilmesi için sevk ile müracaat edilen sağlık hizmet sunucusunca düzenlenen refakatçi kalındığına dair belgelenin ibrazı şarttır. Yatarak tedavilerde, tedavinin sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusunda yapılması hâlinde refakatçi yatak ve yemek gideri sağlık hizmet sunucusu tarafından faturalandırılır, ayrıca şahsa ödeme yapılmaz.

(5) Yerleşim yeri dışına sevklerde yol giderinin ödenmesi, kişinin muayene veya tedavi olduğu yerleşim yeri dışındaki sağlık hizmetinin sağlanabildiği en yakın sağlık hizmeti sunucusu dikkate alınmak suretiyle yapılır. Kişinin daha uzak bir yerleşim yerindeki sağlık hizmeti sunucusuna gitmesi hâlinde, en yakın sağlık hizmeti sunucusunun bulunduğu yerden itibaren oluşacak yol gideri farkı kendisince karşlanır. Kişilerin özel araçları ile sağlık hizmeti sunucusuna gidiş ve dönüşlerinde mutat taşıt ücreti ödenir.

(6) Sevk yapılmaksızın yerleşim yeri dışındaki bir sağlık hizmeti sunucusundan sağlık hizmeti alınması hâlinde yol gideri ve gündelik ödenmez. Ancak yatarak tedavilerde hekim veya dış hekimi tarafından tıbben refakata lüzum görülmesi üzerine, refakatçi için yatış süresi ile sınırlı olmak üzere sağlık hizmeti sunucusuna yatak ve yemek gideri ödenir.

(7) Belli bir program çerçevesinde tedavi gören (kemoterapi, radyoterapi, diyaliz vb) genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin ilk sevk belgesine istinaden tedavilerinin devamı niteliğindeki diğer müracaatları nedeniyle yol gideri, gündelik ve refakatçi giderlerinin ödenmesinde her gidişleri için sevk belgesi aranmaz. Ödeme işlemleri, ilk sevk belgesine istinaden diğer müracaatlara ilişkin tedavi gördüğü tarihleri belirtir müracaat edilen sağlık hizmeti sunucusunca düzenlenecek belge doğrultusunda yürütülür.

(8) Hekim ve dış hekimlerince sağlık hizmeti sunucusuna yapılan sevkler, sevk yapıldığı gün dâhil üç işgünü geçerlidir.

(9) Sevk edilen yerde, sağlık hizmeti sunucusunda yatarak tedavi edilmesi gerekli görülmesine rağmen, yatak bulunmaması nedeniyle sağlık hizmeti sunucusuna yatırılmaksızın geçen günler için bu durumun sağlık hizmeti sunucusuna belgelenmesi şartıyla beş günü geçmemek üzere gündelik ödenir.

(10) Genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişilerin tedavileri için, yerleşim yeri dışındaki sağlık hizmeti sunucusuna mutat taşıt dışındaki taşıtla nakline ilişkin bedellerin ödenebilmesi için bu durumun sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi ve raporda taşıt tipinin belirtilmesi gereklidir.

(11) Kanununun 94 üncü maddesi gereğince Kurum tarafından gerekli görülen kontrol muayeneleri için yerleşim yeri dışına Kurumca yapılan sevklerde bu madde hükümleri uygulanır.

(12) Yerleşim yeri dışındaki sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilen, ancak yapılan tedavilere rağmen vefat eden genel sağlık sigortasından yararlandırılan kişilerin cenazesinin nakline ilişkin giderler Kurumca karşlanır.

(13) Kanunun 66 ncı maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında yurtdışına yapılacak sevklerde yol, gündelik ve refakatçi giderlerinin ödenmesinde bu madde hükümleri uygulanır. Bu kişilerin tedavisi sırasında ölümü hâlinde, cenazesinin nakil gideri ile varsa refakatçisinin yurda dönüş için gerekecek yol giderleri de Kurumca karşılanır.

(14) Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucusu tarafından yapılan sevklerdeki yol gideri, gündelik ve refakatçi giderlerinin ödenebilmesi için sevkin, acil hal nedeniyle yapıldığının Kurumca kabul edilmesi gereklidir.

(15) Uzun ve kısa vadeli sigorta kolları bakımından sürekli iş göremezlik, malullük, çalışma gücü kaybı hâllerinin tespiti veya bu amaçla yapılan kontroller nedeniyle oluşan sağlık hizmeti giderleri ile sağlık hizmeti sunucusuna yapılan sevkler nedeniyle ödenecek gündelik ve yol giderleri, refakatçi giderleri, kısa ve uzun vadeli sigorta kolları prim gelirlerinden karşılanır.

(16) Organ, doku ve kök hücre nakline ilişkin yol gideri, gündelik ve refakatçi giderleri ile bu maddenin uygulanmasına ilişkin usul ve esaslar Kurumca belirlenir.

ALTINCI BÖLÜM

Sağlık Hizmetlerinden ve Yol Gideri, Gündelik ve Refakatçi Haklarından Yararlanma Şartları

Sağlık hizmetlerinden ve yol gideri, gündelik ve refakatçi haklarından yararlanma şartları

MADDE 32 – (1) Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetlerinden ve yol gideri, gündelik ve refakatçi haklarından yararlanabilmeleri için;

a) Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (c) ve (f) bentleri hariç diğer bentleri gereği genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihten önceki son bir yıl içinde toplam otuz gün genel sağlık sigortası prim gün sayısının olması,

b) Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (a) bendinin (2) numaralı alt bendi ile (g) bendine tabi olan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin yukarıdaki bentte sayılan şartla birlikte, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte atmış günden fazla prim ve prime ilişkin her türlü borcunun bulunmaması,

c) Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (b) ve (d) bentlerine tabi olan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin (a) bendinde sayılan şartla birlikte, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte prim ve prime ilişkin her türlü borcunun bulunmaması,

şarttır.

(2) Ancak;

a) 18 yaşını doldurmamış kişilere sağlanan sağlık hizmetleri bedelleri,

b) Acil hâllerde sadece acil hal nedeniyle sunulan sağlık hizmeti bedelleri,

c) Sağlık Bakanlığınca duyurulan bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklar listesinde yer alan hastalık tespit edilen kişilere, sadece bu hastalığı nedeniyle sunulan sağlık hizmeti bedelleri,

ç) İş kazasına ve meslek hastalığına uğrayan kişilerin bu durumlarının belgelenmesi koşuluyla bu durumlarına ilişkin sağlanan sağlık hizmetleri bedelleri,

d) Kanunun 63 üncü maddesi birinci fıkrası (a) bendi gereği sağlanan sağlık hizmetleri bedelleri,

e) Kanunun 63 üncü maddesi birinci fıkrası (c) bendi gereği analık hâli nedeni ile sağlanan sağlık hizmetleri bedelleri,

f) Tıbben başkasının bakımına muhtaç olan kişilere sağlanan sağlık hizmetleri bedelleri,

g) Kanunun 75 inci maddesinde sayılan afet ve savaş hâli ile grev ve lokavt hâllerinde sağlanan sağlık hizmetleri bedelleri,

ile bu sağlık hizmetlerine ilişkin yol gideri, gündelik ve refakatçi giderlerinin karşılanmasında birinci fıkrada sayılan hükümlerin yerine getirilmesi şartı aranmaz.

(3) Birinci fıkrada belirtilen 18 yaşını doldurmamış kişiler hariç olmak üzere, diğer istisnalar nedeniyle sağlık hizmetinin ve yol gideri, gündelik ve refakatçi hakların birinci fıkrada belirtilen şartlara bakılmaksızın Kurumca finansmanının sağlanabilmesi için, söz konusu istisnaların belgelenmesi ya da tıbben tespit edilmiş olması şarttır. Söz konusu belgelendirmenin ya da tıbbî tespitin hastanın sağlık hizmeti sunucusuna başvurusundan sonra yapılmış olması hâlinde de birinci fıkrada belirtilen şartlar aranmaz.

(4) Birinci fıkrada belirtilen otuz günlük prim ödeme süresinin hesabında, genel sağlık sigortalısının tescil tarihinden itibaren otuz gün dolmadan prim tutarını ödemiş olması, birinci fıkranın (a) bendinde belirtilen otuz günlük sürenin dolduğu şeklinde uygulanamaz.

(5) Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında sigortalı sayılması nedeniyle genel sağlık sigortalısı olanlarda, ilgili kanunları gereğince kullandıkları aylıksız izin sürelerinin bitiminden sonra göreve başlamaları hâlinde ve göreve başlamaları için tanınan sürelerde, otuz günlük prim gün sayısı şartı aranmaz.

(6) Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (b) bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı olanların aynı ay içinde zorunlu sigorta kapsamında prim ödeme gün sayısı bulunması durumunda, ayın kalan günleri için isteğe bağlı sigorta gün sayısı kadar genel sağlık sigortası primi ödemeleri hâlinde sağlık hizmetlerinden ve yol gideri, gündelik ve refakatçi haklarından yararlandırılır.

(7) Genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi kapsamından çıkanların, genel sağlık sigortalısı olduğu tarihten itibaren otuz gün içinde sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için bu maddenin birinci fıkrasının (a) bendindeki prim gün sayısı aranmaz.

(8) Kanunun 60 ıncı maddesi kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılanların;

a) Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (b) bendinin (1) ve (3) numaralı alt bentlerinde belirtilenlerden sigortalılıkları sona ermeyenler hariç olmak üzere herhangi bir sebeple silah altına alınan sigortalının askerlikte geçen hizmet süresi,

b) Hükümlülükle sonuçlanmayan tutuklulukta geçen süre,

c) İş kazası, meslek hastalığı, hastalık ve analık sigortalarından geçici iş göremezlik ödeneği alan sigortalının iş göremediği süre,

d) Sigortalının greve iştirak etmesi veya işverenin lokavt yapması hâllerinde geçen süre,

sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihten önceki son bir yıl içinde toplam otuz günün hesabında dikkate alınmaz.

(9) Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamında sigortalı sayılanlar, zorunlu sigortalılıklarının sona erdiği tarihten itibaren on gün süreyle genel sağlık sigortasından yararlanırlar. Bu kişilerin sigortalılık niteliğini yitirdikleri tarihten geriye doğru bir yıl içinde doksan günlük zorunlu sigortalılıkları varsa, sigortalılık niteliğini yitirdikleri tarihten itibaren doksan gün süreyle zorunlu sigortalılıklarından sonraki genel sağlık sigortalılıklarından dolayı prim borcu olup olmadığına bakılmaksızın bakmakla yükümlü olduğu kişiler dâhil sağlık hizmetlerinden yararlandırılırlar.

(10) Kanunun 60 ıncı maddesinde belirtilen genel sağlık sigortalısı sayılma şartlarının yitirilmesi hâlinde, devam etmekte olan tedavi nedeniyle sağlanacak sağlık hizmetleri kişinin iyileşmesine kadar sürer.

(11) Analık hâli nedeni ile sağlanan ilk sağlık hizmeti sonrasındaki sağlık hizmetlerinden yararlanmak için birinci fıkrada belirtilen hükümler aranır.

(12) Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (a) bendinin (2) numaralı alt bendi ile (b), (d) ve (g) bentlerine tabi olan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte; kısa ve uzun vadeli sigorta primleri dâhil genel sağlık sigortası prim borcunun olup olmadığının belirlenmesinde ödeme vadesi dolmamış prim borçları dikkate alınmaz.

YEDİNCİ BÖLÜM

Katılım Payı, Sevk Zinciri, Acil Hâller ve İstisnai Sağlık Hizmetleri

Ayakta tedavide hekim ve diş hekim muayenesi katılım payı

MADDE 33 – (1) Katılım payı, ayakta tedavide her bir hekim ve diş hekim muayenesi için 2 Yeni Türk Lirası olarak uygulanır. Ayakta tedavide hekim ve diş hekim muayenesi katılım payı tutarı, 213 sayılı Vergi Usul Kanunu uyarınca belirlenen yeniden değerleme oranı kadar her yıl artırılır. Yeniden değerleme oranı kadar artırılması hâlinde çıkan yeni kuruş kesirlerini tama iblağ etmeye Kurum yetkilidir.

(2) Ayakta tedavide hekim ve diş hekim muayenesi katılım payını; birinci basamak sağlık hizmeti sunucularında yapılan muayenelerde almamaya ya da daha düşük tutarlarda belirlemeye veya tekrar birinci fıkrada belirlenen tutara getirmeye, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularında yapılan muayenelerde ise önceki basamaklardan sevkli olarak başvurulup başvurulmadığı dikkate alınmak suretiyle yarısına kadar indirmeye veya beş katına kadar artırmaya, gerektiğinde bu tutarları kanunî tutarlarına getirmeye veya indirmeye Kurum yetkilidir.

(3) Bu madde hükümleri sözleşmeli ülke sigortalılarına da uygulanır.

Ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri katılım payı

MADDE 34 – (1) Katılım payı alınacak ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri Kurumca belirlenir.

(2) Katılım payı, ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri için Kurumca ödenen bedeller üzerinden Kurumdan gelir ve aylık alan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için yüzde on, kapsamdaki diğer genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için yüzde yirmi olarak uygulanır.

(3) Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri için ödeyecekleri katılım payının tutarı, sağlık hizmetinin alındığı tarihteki asgari ücretin yüzde yetmişbeşini geçemez. Yüzde yetmişbeşlik üst sınırın hesaplanmasında her bir ortez, protez, iyileştirme araç ve gereci bağımsız olarak değerlendirilir.

(4) Bu madde hükümleri sözleşmeli ülke sigortalılarına da uygulanır.

Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için katılım payı

MADDE 35 – (1) Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için katılım payı, Kurumdan gelir ve aylık alan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için yüzde on, kapsamdaki diğer genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için yüzde yirmi olarak uygulanır.

(2) Yatarak tedavi sonrasında hasta taburcu edilirken tedavisinin devamı için düzenlenen reçeteler için katılım payı, ayakta tedavi kabul edilerek birinci fıkrada belirtilen oranlarda uygulanır.

(3) Bu madde hükümleri sözleşmeli ülke sigortalılarına da uygulanır.

Yardımcı üreme yöntemi tedavilerinde katılım payı

MADDE 36 – (1) Yardımcı üreme yöntemi tedavisinde kullanılan ilaçlar için katılım payı, Kurumdan gelir ve aylık alan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için yüzde on, kapsamdaki diğer genel sağlık ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için yüzde yirmi olarak uygulanır.

(2) Yardımcı üreme yöntemleri işlem ücretleri için alınacak katılım payı, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen işlem ücretleri üzerinden ilk denemede yüzde otuz, ikinci denemede yüzde yirmibeş olarak uygulanır.

(3) Yardımcı üreme yöntemleri işlem ücretleri için ödenecek katılım payında bu Yönetmeliğin 34 üncü maddesinde belirtilen üst limit uygulanmaz.

Katılım payı tahsili

MADDE 37 – (1) Katılım paylarının tahsilatına ilişkin usul ve esaslar Kurumca belirlenir.

(2) Kurum, katılım paylarını, gelir veya aylık alan kişilerin gelir veya aylıklarından, çalışanların ücret veya maaşlarından mahsup edilmek suretiyle tahsile yetkilidir. Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularına, tahsil ettikleri katılım payı düşüldükten sonra kalan tutar ödenir.

Katılım payı iadesi

MADDE 38 – (1) Harcamaları, taşınır ve taşınmazları ile bunlardan doğan hakları da dikkate alınarak, Kurumca belirlenecek test yöntemleri ve veriler kullanılarak tespit edilecek aile içindeki geliri kişi başına düşen aylık tutarı asgari ücretin üçte birinden az olan vatandaşlar ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler, vatansızlar ve sığınmacılar, 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Gücsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin ödemiş oldukları katılım payları, talepleri hâlinde, 29/5/1986 tarihli ve 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu hükümlerine göre kendilerine geri ödenir. Ödemeyi yapacak idare, kişinin genel sağlık sigortalısı ya da bakmakla yükümlü olunan kişi olduğunun belgelemesini istemekle yükümlüdür.

Katılım payı alınmayacak hâller, sağlık hizmetleri ve kişiler

MADDE 39 – (1) Katılım payı alınmayacak hâller, sağlık hizmetleri ve kişiler şunlardır:

a) İş kazasına uğrayan veya meslek hastalığına tutulan genel sağlık sigortalısından, bu durumları nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri için bu Yönetmeliğin 33, 34 ve 35 inci maddelerinde belirtilen katılım payları alınmaz.

b) Askerî tatbikat ve manevralarda sağlanan sağlık hizmetleri için bu Yönetmeliğin 33, 34 ve 35 inci maddelerinde belirtilen katılım payları alınmaz.

c) Kanunun 75 inci maddesinde yer alan afet ve savaş hâli nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri için bu Yönetmeliğin 33, 34 ve 35 inci maddelerinde belirtilen katılım payları alınmaz.

ç) Aile hekimi muayenelerinde, bu Yönetmeliğin 33 üncü maddesinde belirtilen katılım payı alınmaz.

d) Genel sağlık sigortalısı ya da bakmakla yükümlü olduğu kişilere sağlanan kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri için bu Yönetmeliğin 33, 34 ve 35 inci maddelerinde belirtilen katılım payları alınmaz.

e) Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucuları tarafından sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla; Kurumca belirlenen kronik hastalıklarda bu Yönetmeliğin 33, 34 ve 35 inci maddelerinde belirtilen katılım payları alınmaz. Kurum, ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi, ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri ile ayakta tedavide sağlanan ilaçlar bakımından, katılım payı alınmayacak kronik hastalıkları ayrı ayrı belirleyebilir.

f) Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucuları tarafından sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla; Kurumca belirlenen hayati öneme haiz ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçlerinden katılım payı alınmaz.

g) Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucuları tarafından sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla; organ, doku ve kök hücre nakline ilişkin sağlık hizmetleri için bu Yönetmeliğin 33, 34 ve 35 inci maddelerinde belirtilen katılım payları alınmaz.

ğ) Kurumca;

1) Sağlık hizmeti alan genel sağlık sigortalısından veya bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerden, sağlık hizmetinin gerçekten alınıp alınmadığının,

2) Sigortalı ile hak sahiplerinin malullük, iş göremezlik raporlarında belirtilen rahatsızlıklarının mevcut olup olmadığının,

tespitine yönelik yapılan sevkler nedeniyle bu Yönetmeliğin 29 uncu maddesinde belirtilen katılım payı alınmaz.

h) 1005 sayılı İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre şeref aylığı alan kişiler ile

bunların eşlerinden bu Yönetmeliğin 33, 34, 35 ve 36 ncı maddelerinde belirtilen katılım payları alınmaz.

i) 3292 sayılı Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişilerden bu Yönetmeliğin 33, 34 ve 35 inci maddelerinde belirtilen katılım payları alınmaz.

i) 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişilerden bu Yönetmeliğin 33, 34, 35 ve 36 ncı maddelerinde belirtilen katılım payları alınmaz.

j) 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişilerden bu Yönetmeliğin 33, 34 ve 35 inci maddelerinde belirtilen katılım payları alınmaz.

k) Harp malullüğü aylığı alanlar ile Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlardan bu Yönetmeliğin 33, 34, 35 ve 36 ncı maddelerinde belirtilen katılım payları alınmaz.

l) Vazife malullerinden bu Yönetmeliğin 33, 34, 35 ve 36 ncı maddelerinde belirtilen katılım payları alınmaz.

m) Harp okulları ile fakülte ve yüksek okullarda, Türk Silahlı Kuvvetleri hesabına okuyan veya kendi hesabına okumakta iken askerî öğrenci olanlar ile astsubay meslek yüksek okulları ve astsubay naspedilmek üzere temel askerlik eğitimine tabi tutulan adaylardan bu Yönetmeliğin 33, 34 ve 35 inci maddelerinde belirtilen katılım payları alınmaz.

n) Polis Akademisi ile fakülte ve yüksek okullarda, Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okuyan veya kendi hesabına okumakta iken Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okumaya devam eden öğrencilerden bu Yönetmeliğin 33, 34 ve 35 inci maddelerinde belirtilen katılım payları alınmaz.

(2) 3713 sayılı Kanuna göre aylık bağlanmış maluller ile aynı Kanun kapsamına giren olaylar sebebiyle vazife malullüğü aylığı alan er ve erbaşların sağlık kurulu raporuyla ihtiyaç duydukları her türlü ortez/protez ve diğer iyileştirici araç/gereçler herhangi bir katılım payı veya fark alınmaksızın ve kısıtlama getirilmeksizin karşılanır.

(3) Bu madde gereğince katılım payı alınmayacak sağlık hizmetleri Kurumca tespit edilir.

Hizmet basamakları, sevk zinciri ve yaptırım

MADDE 40 – (1) Kanunun 63 üncü maddesinin birinci fıkrasının sadece (f) bendindeki sağlık hizmetlerini sunanlar veya üretenler hariç olmak üzere sağlık hizmeti sunucuları Sağlık Bakanlığı tarafından birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak sınıflandırılır. Bu sınıflandırmada aile hekimleri birinci basamak sağlık hizmeti sunucusu olarak yer alır.

(2) Kurum, Sağlık Bakanlığının görüşünü alarak, bu basamaklar ve sağlık hizmeti sunucuları arasında sevk zincirini; tanı, ön tanı, hekimlerin ve diş hekimlerinin uzmanlıklarını dikkate almak suretiyle tüm yurttan veya il ya da ilçe bazında belirlemeye yetkilidir.

(3) Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler, Kanunda, bu Yönetmelikte ve ilgili mevzuatta belirtilen istisnalar dışında sağlık hizmetlerini istediği il ya da ilçede sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusundan alma hakkına sahiptir. Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucusuna yapılan müracaatların bedelinin Kurumca karşılanabilmesi için acil hâlin tespiti şarttır.

(4) İş kazası ile meslek hastalığı, afet ve savaş hâli ile acil hâller dışında, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin Kurumca belirlenen sevk zincirine uymaları zorunludur. Sevk zincirine uyulmaması hâlinde sağlık hizmetleri bedelleri ve yol gideri, gündelik ve refakatçi giderleri Kurumca karşılanmaz.

(5) Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için sevk zinciri kurallarının il ya da ilçe bazında farklı belirlenmesi hâlinde, kişinin sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu ildeki sevk zinciri kuralları geçerlidir.

(6) Belli bir program çerçevesinde tedavi gören ve bu durumları sağlık kurulu raporu ile belgelendirilen genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişilerin,

bu tedaviyle ilgili sağlık hizmeti sunucusuna gidişlerinde sevk zincirine uyma zorunluluğu aranmaz.

(7) 211 sayılı Türk Silahlı Kuvvetleri İç Hizmet Kanununa tabi personel için sağlık hizmeti sunucularına müracaat ve sevk işlemlerinin usul ve esasları Milli Savunma Bakanlığının görüşü alınarak Kurumca düzenlenir.

Kimlik tespiti

MADDE 41 – (1) Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusu, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden acil hâller hariç olmak üzere (acil hâllerde ise acil hâlin sona ermesinden sonra) nüfus cüzdanı, sürücü belgesi, evlenme cüzdanı, pasaport veya Kurum tarafından verilen resimli sağlık kartı belgelerinden birinin ibrazını istemek ve bu belgelerin başvuran kişiye ait olup olmadığını kontrol etmek zorundadır.

(2) 2828 sayılı Kanunla sağlanan yardımlardan ücretsiz faydalananlardan çocuk, özür, kadın ve yaşlıların sağlık hizmeti sunucularına birinci fıkrada belirtilen belgelerle başvurmaları hâlinde Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu kapsamında bulduklarını gösterir belgeye göre gerekli işlemler yürütülerek sonrasında söz konusu belgelerin ibrazı anılan Kurumdan istenecektir.

(3) Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin kendi adına bir başkasının sağlık hizmeti almasını veya Kurumdan haksız bir menfaat temin etmesini sağlaması yasaktır. Bu fiilleri işleyenlerden Kurumun uğradığı zararın iki katı kanunî faiziyle birlikte müştereken ve müteselsilen tahsil edilir ve ilgililer hakkında 26/9/2004 tarihli ve 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu hükümleri uygulanır.

(4) Kimlik tespiti yükümlülüğünü yapmayan ve bu nedenle bir başka kişiye sağlık hizmeti sunulması nedeniyle Kurumun zarara uğramasına sebebiyet veren sağlık hizmeti sunucularından yapılan yersiz ödemeler geri alınır.

Acil hâller ve acil sağlık hizmetleri

MADDE 42 – (1) Acil hâller; ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlarda olayın meydana gelmesini takip eden ilk 24 saat içinde tıbbî müdahale gerektiren durumlar ile ivedilikle tıbbî müdahale yapılmadığı veya başka bir sağlık kuruluşuna nakli hâlinde hayatın ve/veya sağlık bütünlüğünün kaybedilme riskinin doğacağı kabul edilen durumlardır. Bu nedenle sağlanan sağlık hizmetleri acil sağlık hizmeti olarak kabul edilir.

İstisnai sağlık hizmetleri

MADDE 43 – (1) Bir sağlık hizmetinin istisnai sağlık hizmeti olarak değerlendirilebilmesi için hayati öneme haiz olmaması ve alternatif tedavi yönteminin bulunması gibi hususlar göz önüne alınır.

(2) Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinden istisnai sağlık hizmeti olarak kabul edilecek sağlık hizmetleri Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenir.

(3) Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin talepleri doğrultusunda sağlık hizmeti sunucuları tarafından, Kurumca istisnai sağlık hizmeti olarak kabul edilen sağlık hizmetinin sunulması durumunda, bu hizmetler için bedeli en düşük alternatifi üzerinden ödeme yapılır.

SEKİZİNCİ BÖLÜM

Yurt Dışında Tedavi ve İşverenin Yükümlülüğü

Yurt dışında geçici veya sürekli görevle gönderilme hâlinde sağlanacak sağlık hizmetleri

MADDE 44 – (1) Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (a) bendinin (1) numaralı alt bendinde sayılan genel sağlık sigortalılarından, işverenleri tarafından Kurumca belirlenen usule uygun olarak veya kamu idareleri için özel mevzuatlarında belirtilen usule uygun olarak;

a) Geçici görevle yurt dışına gönderilenlerin Kanunun 63 üncü maddesinde sayılan sağlık hizmetleri acil hâllerde,

b) Sürekli görevle gönderilenler ile bunların yurt dışında birlikte yaşadıkları bakmakla yükümlü olduğu kişilerin Kanununun 63 üncü maddesinde sayılan sağlık hizmetleri acil hal olup olmadığına bakılmaksızın, yurt dışında sağlanır.

(2) Kanununun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamında sigortalı sayılması nedeniyle genel sağlık sigortalısı sayılanların daimi olarak altı aydan fazla süreyle yurt dışında görevlendirilmeleri durumu, bu Yönetmeliğin uygulanmasında sürekli görevle yurt dışına gönderilme sayılır. Bu kişilerin görevlendirilmesine ilişkin usul, görevlendirilen ülke ile ikili sosyal güvenlik sözleşmesi olması hâlinde sözleşme hükümlerine göre yürütülür. Geçici görevle yurt dışına gönderilenlerin Kuruma bildirim, tedavi giderleri oluşması hâlinde bu giderin talep edildiği sırada da yapılabilir. Sürekli görevle yurt dışına gönderilenlerde ise yurt dışına çıkıştan önce Kuruma bildirim yapılır.

(3) Kanununun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında sigortalı sayılması nedeniyle genel sağlık sigortalısı sayılanların, işverenleri tarafından geçici ya da sürekli görevle yurt dışına gönderilmeleri, kamu idarelerinin özel mevzuatlarında belirtilen usule göre yapılır.

(4) Birinci fıkra kapsamında yurt dışında tedavi gören kişiler ile Bakanlar Kurulu kararıyla askerî birlik hâlinde ya da kamu idarelerinin yetkili makamlarınca yurt dışına askerî veya güvenlik amaçlı görevlendirilenlerin sağlık hizmeti giderleri, öncelikle işverenleri tarafından ödendikten sonra, yurt dışında görevli olduklarına dair belge ile birlikte mahalli konsolosluktan tasdikli rapor ve sair belgelere dayanılarak Kurumdan talep edilir. Kurumca karşılanacak tutar, yurt içinde sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularına tedavinin yapıldığı tarihte ödenen en yüksek tutarı geçemez. Aşan kısmı, işverenlerince karşılanır. Kurumca ödemeler, ödeme tarihindeki Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası döviz satış kuru esas alınarak Yeni Türk Lirası üzerinden yapılır. Yurt dışında sağlanan tedaviye yönelik olarak yurt içi sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları için Kurumca ödenecek tutarların belirlenmemiş olması durumunda ödenecek tutar, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenir.

(5) Kurum, birinci fıkra kapsamındaki kişilerin sağlık hizmetlerini, bu kişilerin geçici veya sürekli görev süresince genel sağlık sigortası için Kuruma ödenen prim tutarını geçmemek kaydıyla, ilgili ülkede sağlık sigortası yaptırmak suretiyle sağlayabilir. Sigortalamaya ilişkin esaslar Kurumca belirlenir. Bu durumda Kurumca sağlık hizmeti giderleri ile yol gideri, gündelik ve refakatçi giderleri ödenmez.

(6) Geçici ya da sürekli görevle gönderilen ülke ile Türkiye arasında sağlık yardımlarını kapsayan sosyal güvenlik sözleşmesi olması hâlinde, sağlık hizmetleri giderleri ile yol gideri, gündelik ve refakatçi giderleri bu sözleşme hükümlerine göre ödenir.

Geçici ya da sürekli görevle gönderilme dışında yurt dışında bulunma hâlinde sağlanacak sağlık hizmetleri

MADDE 45 – (1) Genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişilerin yurt dışında buldukları sırada sağlanan sağlık hizmetlerine ilişkin bedellerin ödenmesinde, buldukları ülke ile Türkiye arasında sağlık yardımlarını kapsayan sosyal güvenlik sözleşmesi olması hâlinde sözleşme hükümleri uygulanır. Sağlık yardımlarını kapsayan sosyal güvenlik sözleşmesinin olmaması hâlinde, sağlık hizmetleri giderleri ile yol gideri, gündelik ve refakatçi giderleri Kurumca ödenmez.

Türkiye’de tedavinin mümkün olmaması nedeniyle yurt dışında sağlanacak sağlık hizmetleri

MADDE 46 – (1) Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin Kurumca yetkili kılınan sağlık hizmeti sunucuları tarafından düzenlenen sağlık kurulu raporlarının Kurumca belirlenecek sağlık hizmeti sunucusu sağlık kurulu tarafından teyit edildikten sonra yurt içinde tedavisinin yapılamadığının Sağlık Bakanlığınca onaylanması hâlinde, bu hastalığın tedavisine ilişkin yurt dışında yapılacak sağlık hizmeti giderleri Kurumca ödenir. 211 sayılı Türk Silahlı Kuvvetleri İç Hizmet Kanunu kapsamında olanlar için Millî Savunma Bakanlığınca belirlenen usul ve esaslar da geçerli kabul edilir.

(2) Yurt dışında tedavi edilecek kişi, var ise yurt dışındaki sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilir ve sağlık hizmeti giderinin tümü karşılanır. Yurt dışında

sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusunun olmaması hâlinde de sevk edilen sağlık hizmeti sunucusunda yapılan tedavilere ait giderlerin tamamı Kurumca ödenir. Ancak, kişinin tercihi doğrultusunda Kurumun yurt dışında sözleşmeli olduğu sağlık hizmeti sunucusuna gitmemesi hâlinde, sözleşmeli yere ödenebilecek tutarı geçmemek üzere Kurumca ödeme yapılır, arada fark oluşması hâlinde fark kişi tarafından karşılanır. Sevke konu hastalığa bağlı olarak gelişen komplikasyon ve acil hâller hariç, yurt dışına sevke konu hastalık dışındaki tedavi giderleri ödenmez.

(3) Kişilerin Ülkemizle sosyal güvenlik sözleşmesi olan bir ülkeye gönderilmesi hâlinde; o ülke ile yapılan sosyal güvenlik sözleşmesinde tedavi uygulaması öngörülmüş ise ve tedavi amacıyla gönderilen sigortalı da sosyal güvenlik sözleşmesinin kapsamında bulunuyorsa bunlar hakkında sosyal güvenlik sözleşmesi hükümleri uygulanır.

(4) Kurumca hastanın yurt dışına sevki, tedavi işlemleri, yurda dönüş işlemleri ile tedavi giderlerinin ödenmesinde, misyon şeflikleri ile gerektiğinde işbirliği yapılabilir. Bu Yönetmeliğin uygulanmasında misyon şefliği; genel sağlık sigortalısının geçici veya sürekli görevle bulunduğu ülkedeki büyükelçilik, daimi temsilcilik, başkonsolosluk ve konsolosluk şubesi olarak, aynı ülkede veya şehirde birden fazla temsilcilik bulunması hâlinde ise büyükelçilik tarafından bu işle yetkili kılınan temsilciliktir.

(5) Yurt dışındaki tedavi süresi, altı ayı geçmemek kaydı ile Kurumca yetkili kılınan sağlık hizmeti sunucuları tarafından düzenlenen sağlık kurulu raporunda belirtilir. Tedavi süresi raporda belirtilen süreyi geçemez. Tıbbî nedenlerle yurt dışında tedavinin uzaması hâlinde, tıbbî gerekçeleri misyon şeflikleri vasıtasıyla Kuruma gönderilir. Sevke esas sağlık kurulu raporunu teyit eden sağlık hizmeti sunucusunun görüşü ve Kurumun onayı ile bu süre en çok iki yıla kadar uzatılabilir. Belirlenen ya da uzatılan sürenin aşılması hâlinde aşılana ait tedavi giderleri, ile gündelik ve refakatçi giderleri ödenmez.

(6) Sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmek ve Sağlık Bakanlığınca onaylanmak koşuluyla yurt içinde yapılamayan tetkikler, numunenin gönderilmesi suretiyle yurt dışı sağlık hizmeti sunucularında yaptırılır ve bu işlemlere ait ücretler Kurumca ödenir. Ancak, numunenin yurt dışı sağlık hizmeti sunucusunca alınması gerektiğinin sağlık kurulu raporunda ayrıntılı gerekçeleri ile belirtilmesi kaydıyla, kişilerin tetkik için yurt dışına gönderilmesi mümkündür.

(7) Bu Yönetmelikte belirtilen hükümler dışında kalan hâllerde genel sağlık sigortalısının ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin yurt dışında sağlık hizmeti giderleri ile yol gideri, gündelik ve refakatçi giderleri Kurumca ödenmez.

(8) Yurt dışı tetkik ve tedavi için sevkler esas teşkil edecek sağlık kurulu raporlarının düzenlenmesi, yurt dışına gönderilme ve ödemelere ilişkin usul ve esaslar Kurumca belirlenir.

Yurt dışı tedavide avans ödemesi ve belgelerin onaylanması

MADDE 47 – (1) Kurumca, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin yurt dışında yapılacak tedavileri ile tetkik ve tahlil işlemleri için yapılacak giderlere mahsuben kişilere veya sağlık hizmeti sunucusuna avans ödenebilir. Sağlık hizmeti sunucularına misyon şefliği aracılığıyla da avans ödemesi yapılabilir.

(2) Kurum, avans ödemeleri için, yurt dışındaki sağlık hizmeti sunucuları tarafından düzenlenen belgelerin ve raporların misyon şeflikleri tarafından onaylanmasını isteyebilir.

DOKUZUNCU BÖLÜM

Sağlık Hizmetleri ile Yol Gideri, Gündelik ve Refakatçi Giderlerinin Kurumca Ödenecek Tutarlarının Belirlenmesi, Sağlık Hizmetlerinin Sağlanma Yöntemi

Sağlık hizmetleri ile yol gideri, gündelik ve refakatçi giderlerinin Kurumca ödenecek tutarlarının belirlenmesi

MADDE 48 – (1) Kanununun 63 üncü maddesi gereği Kurumca tespit edilen finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin ve yol gideri, gündelik ve refakatçi giderlerinin Kurumca ödenecek tutarları; sağlık hizmetinin sunulduğu il ve basamak, sağlık

hizmetlerinin maliyeti, Devletin doğrudan veya dolaylı olarak sağlamış olduğu sübvansiyonlar, sağlık hizmetinin niteliği itibarıyla hayati öneme sahip olup olmaması, kanıta dayalı tıp uygulamaları, teşhis ve tedavi maliyetini esas alan maliyet-etkililik ölçütleri ve genel sağlık sigortası bütçesi dikkate alınmak suretiyle, her sınıf için tek tek veya gruplandırılarak Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenir.

Sağlık hizmetlerinin sağlanma yöntemi

MADDE 49 – (1) Kurum, Kanunun 63 üncü maddesi hükümlerince finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerini, yurt içi ve yurt dışı sağlık hizmeti sunucuları ile sözleşme yapmak ve/veya Kanun ve bu Yönetmelik hükümlerine uygun olarak genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucusundan satın aldıkları sağlık hizmetleri giderlerini ödemek suretiyle sağlar.

(2) Kurum, birinci fıkrada belirtilen yöntemler dışında, kamu idarelerince verilecek sağlık hizmetlerini götürü bedel üzerinden hizmet alım sözleşmesiyle de sağlamaya yetkilidir. Kamu idaresi sağlık hizmeti sunucuları, sözleşmede belirtilen götürü bedel karşılığında genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere sözleşme kapsamında verilmesi gereken her türlü sağlık hizmetini sunmakla yükümlüdür ve sözleşmede belirtilen götürü bedel dışında Kurumdan veya genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden ilave ücret alınabilecek hizmetler ve katılım payları dışında ayrıca bir bedel talep edemez. Götürü bedel üzerinden hizmet alım sözleşmesiyle temin edilen hizmetler için Kuruma ayrıca fatura ve dayanağı belge gönderilmez.

Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularından sağlık hizmeti alımı

MADDE 50 – (1) Kurum, finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerini sağlık hizmeti sunucuları ile sözleşme yapmak suretiyle sağlar. Yapılacak sözleşmelerin metni, Kurumca belirlenecek hususları kapsayacak şekilde hazırlanır.

(2) Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusu tarafından genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere verilen ve Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin bedeli, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenen tutar üzerinden sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusuna ödenir.

Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularının alabileceği fark ücretleri

MADDE 51 – (1) Kamu idaresi sağlık hizmeti sunucuları dışındaki vakıf üniversiteleri dâhil sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularınca, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen sağlık hizmetleri bedeline ek olarak, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerden sağlık hizmeti sunucularının giderleri ve ürettikleri sağlık hizmetlerinin maliyetleri, yapılan sübvansiyonlar gibi kriterler dikkate alınarak bu bedellerin bir katına kadar alınabilecek ilave ücretin tavanı Bakanlar Kurulunca belirlenir. Bu tavan dâhilinde alınabilecek ilave ücret oranları Kurumca belirlenir. Eşdeğer ilaçların azami fiyatı ile genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin talep ettiği eşdeğer ilacın fiyatı arasında oluşacak fark ve optik için tavan uygulanmaz ve bu fıkra kapsamında değerlendirilmez.

(2) Sevkin kamu idaresi sağlık hizmeti sunucuları tarafından yapılması hâlinde 1005 sayılı İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre şeref aylığı alan kişiler, 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler, Harp malullüğü aylığı alanlar ile Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlar ile bunların bakmakla yükümlü oldukları kişilerden ilave ücret alınamaz.

(3) Acil hâllerde sözleşmeli ve sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucuları kişilerden ilave ücret talep edemez.

(4) Kamu idaresi ve vakıf üniversitesi sağlık hizmeti sunucuları, 4/11/1981 tarih ve 2547 sayılı Yüksek Öğretim Kanununda tanımlanan öğretim üyeleri tarafından bizzat sunulan sağlık hizmetleri için ilave ücret talep edebilir. İlave ücretin tavanı Kurum tarafından belirlenir.

(5) Sağlık hizmeti sunucuları, otelcilik hizmetleri ile istisnai sağlık hizmetleri için, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden Sağlık Hizmetleri

Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenen sağlık hizmeti fiyatlarının üç katını geçmemek üzere ilave ücret alabilir.

(6) Kurum, ilave ücretlerin tavanı ile ilave ücret alınmayacak sağlık hizmetlerini belirlemeye yetkilidir.

Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları faturalarının incelenmesi ve ödeme işlemleri

MADDE 52 – (1) Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları tarafından Kuruma gönderilen faturalar, genel sonuçlar verecek şekilde %5 ilâ %10 oranında örnekleme metodu ile incelenir. Bu inceleme sonucunda sağlık hizmeti sunan gerçek veya tüzel kişiler ile kamu idarelerine ait döner sermayeli işletmelerin incelenen döneme ait bütün faturalarına uygulanmak suretiyle ödenecek tutar tespit edilir ve buna göre ödeme yapılır. Kurum ihtiyaç duyduğu hâllerde faturaların tamamını incelemeye yetkilidir.

(2) Örnekleme yapılarak fatura incelemesi yöntemini kabul etmeyen sağlık hizmeti sunucuları, bu tercihlerini hizmet vermeye başlamadan önce Kuruma yazılı olarak bildirir. Bildirimde bulunulmaması hâlinde örnekleme yöntemi kabul edilmiş sayılır.

(3) Kurum, örnekleme yöntemi ile yapılacak inceleme ve kontrol için Kurum dışından tabip ve eczacı görevlendirebilir. İhtiyaç hâlinde inceleme 1/6/1989 tarihli ve 3568 sayılı Serbest Muhasebeci Malî Müşavirlik ve Yeminli Malî Müşavirlik Kanununa tabi meslek mensupları ile bağımsız denetim kuruluşlarına da yaptırılabilir.

(4) Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularınca Kuruma teslim edilen fatura ve eki belgeler, fatura teslim tarihten itibaren 45 (kırkbeş) gün içinde incelenerek ödenir. 45 (kırkbeş) gün içinde incelenmesi tamamlanamayan faturalar için sağlık hizmeti sunucularına, tahakkuk etmiş alacaklarının %75 ilâ %90'ı oranındaki tutar, en geç 45 inci gün alacaklarından mahsuben avans olarak ödenir. Fatura teslim tarihinden itibaren 90 (doksan) gün içinde de fatura ve eki belgelerin incelemesi tamamlanarak geri kalan tutar ödenir. Kurum ödenecek avans oranlarını sağlık hizmeti sunucuları arasında %75 ilâ %90 arasında olmak üzere farklı belirlemeye yetkilidir.

(5) Kurum tarafından, fatura teslim tarihinden itibaren 90 günlük süre içinde fatura ve eki belgelerin incelemesinin tamamlanamaması hâlinde sağlık hizmeti sunucusuna düzenlenen fatura tutarı üzerinden ödeme yapılır. Ancak inceleme işlemlerine devam edilir. İnceleme sonucu fazla ödeme yapıldığının tespiti hâlinde; yapılan fazla ödeme sağlık hizmeti sunucusunun varsa Kurumdan alacağından mahsup edilir. Alacağına bu miktarı karşılamaması veya alacağına bulunmaması durumunda genel hükümlere göre tahsil edilir.

(6) Sağlık hizmet sunucusuna Kurumda ödeme süresi henüz gelmemiş fatura bedelinden daha yüksek tutarda avans ödemesi yapılmaz. Ödenen avans, tahakkuk miktarından az ise fark sonraki ödeme döneminde ödenir. Bu dönem iki ödeme dönemini geçemez.

(7) Kanunun 66 ncı maddesi gereği sağlanan sağlık hizmetlerinin bedelleri için, yurt dışında bulunan sağlık hizmet sunucusunun talebi hâlinde, sağlık hizmetinin sunumundan önce de avans ödenebilir.

Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından alınan sağlık hizmeti giderlerinin ödenmesi

MADDE 53 – (1) Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından acil hâller hariç olmak üzere aldığı sağlık hizmeti giderleri ödenmez.

(2) Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucuları genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere acil hâllerde sundukları sağlık hizmetlerini, Kanunun 72 nci maddesi gereği sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları için belirlenen tutar esas alınarak kişilere fatura eder. Kurumca yapılacak inceleme sonrasında belirlenen tutarlar, fatura karşılığı kişilere ödenir. Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucuları acil hâllerde, Kanunun 72 nci maddesi gereği belirlenen tutarlar dışında genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden veya Kurumdan herhangi bir fark talep edemez.

(3) Ayakta veya yatarak sağlık hizmeti sunan sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucusundan satın alınan sağlık hizmeti giderinin Kurumca ödenebilmesi için;

sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucusunun, Sağlık Bakanlığı tarafından verilen ruhsat, izin, uygunluk ya da onay belgesini almış olması şarttır.

Genel sağlık sigortalısı ile bakmakla yükümlü olduğu kişilere yapılacak ödemeler

MADDE 54 – (1) 18 yaşını doldurmamış çocukların, kısıtlıların veya kendisine kayyum tayin edilen kişilerin sağlık hizmeti sunucusunda yapmış olduğu giderlerin Kurumca ödenecek tutarı, bunların velisine, vasisine, kayyumlarına veya ilgili mevzuatla yetkilendirilen kuruluşların yetkili personeline ödenir.

ONUNCU BÖLÜM

Genel Sağlık Sigortası Bakımından Rücu ve Yersiz Ödemelerin Geri Alınması

İşverenin iş kazası ve meslek hastalığı hâlinde sorumluluğu ve rücu

MADDE 55 – (1) İşveren, iş kazasına uğrayan veya meslek hastalığına tutulan genel sağlık sigortalısına, sağlık durumunun gerektirdiği sağlık hizmetlerini derhal sağlamakla yükümlüdür. Bu amaçla işveren tarafından yapılan ve belgelere dayanan sağlık hizmeti giderleri ve yol gideri, gündelik ve refakatçi giderleri, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenen tutarı geçmemek üzere Kurum tarafından karşılanır.

(2) Birinci fıkrada belirtilen yükümlülüklerin yerine getirilmesindeki ihmalinden veya gecikmesinden dolayı, genel sağlık sigortalısının tedavi süresinin uzamasına veya malul kalmasına veya malullük derecesinin artmasına sebep olan işveren, Kurumun bu nedenle yaptığı her türlü sağlık hizmeti giderini ödemekle yükümlüdür.

(3) İş kazası ile meslek hastalığı, işverenin kastı veya sigortalının iş sağlığını koruma ve iş güvenliği ile ilgili mevzuat hükümlerine aykırı hareketi sonucu olmuşsa, Kurumca yapılan veya yapılacak iş kazasına yönelik sağlık hizmetine ilişkin giderler ile yol gideri, gündelik ve refakatçi giderleri işverene tazmin ettirilir. İşverenin sorumluluğunun tespitinde kaçınılmazlık ilkesi dikkate alınır.

(4) İşverenin bu maddenin uygulanmasına ilişkin sorumlulukları, yurt dışında geçici ya da sürekli görevlendirme hâlinde de devam eder.

Sağlık raporu olmaksızın çalıştırma hâlinde rücu

MADDE 56 – (1) İlgili kanunları gereğince çalışacağı iş için sağlık raporu alınması gerektiği hâlde, sağlık raporuna dayanmaksızın veya alınan raporlarda çalıştığı işte tıbbî yönden çalışmasının elverişli olmadığı belirtildiği hâlde, genel sağlık sigortalısını çalıştıran işverenlere, bu nedenlerle Kurumca yapılan sağlık hizmetine ilişkin giderler ile yol gideri, gündelik ve refakatçi giderleri tazmin ettirilir.

(2) Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) ve (c) bentleri kapsamındaki kişiler, hekim veya dış hekimi sağlık raporu ile çalışamayacağı belgelenen işlerde çalıştırılmaz. Bu kişileri çalıştıran işverenler, genel sağlık sigortalısının aynı hastalığı ile illiyet bağı kurulan hastalıkları sebebiyle Kurumca yapılan masraflarını ödemekle yükümlüdür. Bu kişiler, bir başka işverene ait işyerinde çalışmış ise bu durumu bilerek çalıştıran işveren ile genel sağlık sigortalısı, doğacak masraflardan Kuruma karşı müştereken ve müteselsilen sorumludur.

Üçüncü kişilere rücu

MADDE 57 – (1) Genel sağlık sigortalısına ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilere kastı veya suç sayılır bir hareketi veya ilgili kanunlarla verilmiş bir görevi yapmaması ya da ihmalî nedeniyle Kurumun sağlık hizmeti sağlamasına veya bu kişilerin tedavi süresinin uzamasına sebep olduğu mahkeme kararıyla tespit edilen üçüncü kişilere, Kurumun bu nedenlerle yaptığı sağlık hizmeti giderleri tazmin ettirilir. Açılacak rücu tazminat davalarında, kusur oranları da dikkate alınır.

(2) Kurum, 13/10/1983 tarihli ve 2918 sayılı Karayolları Trafik Kanunu gereğince yaptırılması zorunlu olan malî mesuliyet sigortası veya ihtiyari malî mesuliyet sigortası poliçelerindeki limitler dâhilinde, halefiyet ilkesine dayanarak, ödediği sağlık hizmeti

tutarını sigorta şirketlerinden veya Karayolları Trafik Garanti Sigortası hesabına başvurmak suretiyle rücu tazminini talep eder.

(3) Kurumun diğer mevzuat hükümlerine dayanan rücu veya halefiyet hakkı saklıdır.

Yersiz ödemelerin geri alınması

MADDE 58 – (1) Kurumca genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler ile sağlık hizmeti sunucularına, fazla veya yersiz olarak yapıldığı tespit edilen Kanun kapsamındaki her türlü ödemeler, Kurum tarafından belirlenen usul ve esaslara göre geri alınır.

ONBİRİNCİ BÖLÜM

Denetim Yetkisi, İdari Para Cezaları, İdari Yaptırımlar ve Sözleşme Feshi

Sağlık hizmeti sunucularına ilişkin Kurumun denetleme ve kontrol yetkisi

MADDE 59 – (1) Kurum, genel sağlık sigortası hükümlerinin uygulanmasıyla ilgili olarak işverenler, sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları ile diğer sağlık hizmeti sunucuları ve diğer gerçek ve tüzel kişiler nezdindeki defter, belge ve bilgileri, hasta mahremiyetini ihlal etmeyecek şekilde, ibrazını isteyebilir.

(2) Kurum, Kanunda belirtilen görevleriyle ilgili olarak sözleşmeli hizmeti sunucuları ile diğer sağlık hizmeti sunucularının yürüttüğü hizmet ve işlemleri kontrol yetkisine sahiptir. Kurum, bu yetkisini görevlendirdiği personeli vasıtasıyla veya kamu kurumları ve özel kurumlardan hizmet satın almak suretiyle kullanabilir.

(3) Kurum, genel sağlık sigortası hükümlerinin uygulanması bakımından, gerektiğinde görevlendireceği personeli vasıtasıyla Kanunun 59 uncu maddesinin yedinci fıkrasında tanıyan yetkileri kullanabilir.

(4) Kurum, genel sağlık sigortası hükümlerinin, sözleşme hükümlerinin ve kapsamdaki kişiler tarafından alınan sağlık hizmetlerinin denetlenmesini; sağlık hizmeti sunucularında kuracağı provizyon merkezleri aracılığıyla yapabileceği gibi, elektronik ve yazılı belgelerin üzerinde yapacağı denetlemelerle de yürütme yetkisine sahiptir. Bu denetimleri şikayete dayalı ya da periyodik olarak yapabilir, gerekli gördüğü hâllerde her zaman bu yetkisini kullanabilir.

(5) Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları denetleme amacıyla yapılacak çalışmalar için Kurum tarafından görevlendirilen personele mahallinde yer tahsis etmek zorundadır.

Sağlık hizmeti sunucularına uygulanacak idarî yaptırımlar ve fesih

MADDE 60 – (1) Kurumca yapılan inceleme neticesinde;

a) Sağlık hizmeti sunulmadığı hâlde sağlık hizmetini fatura ettiği,
b) Faturayı veya faturaya dayanak oluşturan belgeleri, gerçeğe aykırı olarak düzenlediği,

c) Kapsam dışı tutulan sağlık hizmetlerini, kapsam içinde olan sağlık hizmetleri gibi gösterdiği,

ç) Sağlık hizmetlerine hak kazanmayan kişilere, sağlık hizmeti sunarak Kuruma fatura ettiği,

d) Kurumca belirlenen tavanın üzerinde ilave ücret aldığı,

e) Sağlık hizmeti satın alınmasına yönelik sözleşme hükümlerine aykırı davrandığı,

tespit edilen sözleşmeli veya diğer sağlık hizmeti sunucuları hakkında genel hükümlere göre takip yapılır.

(2) Bu fiiller nedeniyle Kurumun yersiz ödediği tutar Kanunun 96 ncı maddesine göre geri alınır. Ayrıca bu fiilleri işleyen sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusunun Kurum ile yaptıkları sözleşmeler feshedilebilir. Kanunda sayılan fiiller ve bu fiiller için getirilen yaptırımlar dışında, fesih gerektirecek fiiller ve süreler belirleyebilir. Sağlık hizmeti sunucusunun uyarılmasını veya sözleşmenin feshini gerektiren fiiller ile sözleşmenin feshedilmesi hâlinde sağlık hizmet sunucusu ile sözleşme yapılmayacak süreler, Kurum ile sağlık hizmeti sunucusunun yaptığı sözleşmelerde belirtilir. Bu süreler sonunda sağlık hizmeti sunucusunun başvurusu hâlinde gerekli şartları taşıyanlarla sözleşme yapılır.

Diğer yaptırımlar

MADDE 61 – (1) Kurum, sağlık hizmeti alan genel sağlık sigortalısından veya bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerden, sağlık hizmetinin gerçekten alınıp alınmadığını tespit amacıyla kontrol muayenesi ve tetkik yaptırılmasını talep edebilir.

(2) Genel sağlık sigortası ve sözleşme hükümlerine aykırı uygulama nedeniyle Kurumun zarara uğramasına sebebiyet veren sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularından uğranılan zarar geri alınır. Kurum ayrıca bu fiilleri işleyen sağlık hizmeti sunucularına sözleşme hükümleri doğrultusunda cezai yaptırım uygulayabilir.

ONİKİNCİ BÖLÜM Çeşitli ve Malî Hükümler

Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği

MADDE 62 – (1) Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği,

a) Kanunun 63 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a), (b), (c), (d) ve (e) bentlerine göre Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin neler olduğu,

b) Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin teşhis ve tedavi yöntemleri ile ödeme usul ve esaslarını,

c) Kanunun 63 üncü maddesinin birinci fıkrasının (f) bendine göre sağlanacak sağlık hizmetlerinin türlerini, miktarlarını ve kullanım sürelerini, Kurumca finansmanının sağlanmasına ve ödenmesine ilişkin usul ve esaslarını,

ç) Kanunun 65 inci maddesi gereği ödenecek yol gideri, gündelik ve refakatçi giderlerinin karşılanmasına ilişkin usul ve esaslarını,

d) Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu kararlarını,

e) Ödeme komisyonu kararlarını,

f) Kurumca uygun görülen diğer hususları,
kapsar.

Doğal afetler veya savaş hâli

MADDE 63 – (1) 15/5/1959 tarihli ve 7269 sayılı Umumi Hayata Müessir Afetler Dolayısıyla Alınacak Tedbirlerle Yapılacak Yardımlara Dair Kanun kapsamındaki afetler ile 4/11/1983 tarihli ve 2941 sayılı Seferberlik ve Savaş Hali Kanunu gereğince ilan edilen savaş hâlinde, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetlerinin finansmanı, genel sağlık sigortası hükümlerine göre Kurum tarafından sağlanmaya devam edilir. Ancak, afet veya savaş hâllerine bağlı nedenlerden dolayı Kurumca yapılan sağlık hizmetine ilişkin giderler ile yol gideri, gündelik ve refakatçi giderleri, giderlerin ödendiği takvim yılı sonu esas alınarak genel bütçeden Kuruma bir yıl içinde transfer edilir.

Sağlık hizmeti sunucularının duyurulması ve sağlık hizmeti sunucusunu seçme serbestisi

MADDE 64 – (1) Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetinden yararlanmak için başvuracakları yurt içinde veya yurt dışındaki sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularının unvan, isim ve adresleri Kurumca elektronik veya internet ortamında veya diğer yöntemlerle duyurulur.

(2) Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler, sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları arasından, genel sağlık sigortasıyla ilgili diğer madde hükümlerine uymak şartıyla istediğini seçme hakkına sahiptir.

Sağlık hizmeti sunucularının kayıt ve bildirim zorunluluğu ve sağlık bilgilerinin gizliliği

MADDE 65 – (1) Kurum ile sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, sağlık hizmeti sunduğu kişilere Kurumun bildirilmesini istediği bilgileri, belirlenen yöntemlere ve süreye uygun biçimde elektronik ortamda veya yazılı olarak Kuruma göndermek zorundadır. Bu bilgiler gönderilmeksizin genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere ait talep edilen sağlık hizmeti giderleri, bilgiler gönderilinceye kadar ödenmez.

(2) Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler ile bildirim yapılan diğer kişilere ait sağlık bilgilerinin gizliliği esastır. Sağlık bilgilerinin ne şekilde korunacağı, ulusal güvenlik nedeniyle sağlık bilgisi paylaşımına açılmayacak kişilerin tespiti, ilgili bakanlıkların önerisi üzerine Bakanlıkça tespit edilir.

Devir, temlik ve Kurum alacaklarında zamanasıımı

MADDE 66 – (1) Kanun gereğince, sağlık hizmeti sunucularının genel sağlık sigortası hükümlerinin uygulanması sonucu Kurum nezdinde doğan alacakları devir ve temlik edilemez.

(2) Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler, sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından aldıkları sağlık hizmeti nedeniyle Kurumdan doğan alacaklarını sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularına, sigorta şirketlerine veya üçüncü kişilere devir ve temlik edebilir.

(3) Kurumun genel sağlık sigortası primi ve diğer alacakları, ödeme süresinin dolduğu tarihi takip eden takvim yılı başından başlayarak on yıllık zamanasıımına tabidir.

(4) Kanunun ve bu Yönetmeliğin genel sağlık sigortası hükümlerine dayanılarak Kurumca açılacak tazminat ve rücu davaları, on yıllık zamanasıımına tabidir. Zamanasıımı tarihi; rücu konusu masraf ve ödemeler bakımından, masraf veya ödeme tarihinden itibaren başlar.

Zamanasıımı, hakkın düşmesi ve avans

MADDE 67 – (1) Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin alacakları, hakkı doğuran olayın öğrenildiği tarihten itibaren iki yıl içinde istenmezse zamanasıımına uğrar, hakkı doğuran olay tarihinden itibaren ise beş yıl sonunda düşer.

(2) Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, Kanunun uygulanması bakımından hak ettikleri alacaklarının süresi içinde ödenememesi hâlinde, avans verilmesine Kurum yetkilidir.

(3) Genel sağlık sigortalısının yargı kararıyla gaipliğine karar verilmesi hâlinde genel sağlık sigortasına ait alacakların zaman aşımı süresi, gaipliğe ilişkin kararın kesinleştiiği tarihte başlar.

Bilgi ve belge isteme hakkı, bilgi ve belgelerin Kuruma verilme usulü

MADDE 68 – (1) Kurum, genel sağlık sigortası hükümlerine ilişkin yapılan soruşturmalar hakkında Cumhuriyet Savcılıklarından, sözleşmeli ve sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucuları ile diğer sağlık hizmeti sunucularından, kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişilerden bilgi ve belge isteyebilir.

(2) Kurum, genel sağlık sigortası hükümlerinin uygulanması gereği verilecek her türlü belge veya bilginin internet, elektronik ve benzeri ortamda gönderilmesi hususunda, gerçek ve tüzel kişileri zorunlu tutmaya yetkilidir.

(3) Kurumca öngörülen sürede internet, elektronik ve benzeri ortamda belge veya bilgi göndermekle zorunlu tutulan ancak Kurumun bilgi işlem sistemlerinin herhangi bir nedenle hizmet dışı kalması sonucu gönderemeyen sağlık hizmeti sunucuları, Kurum bilgi işlem sistemindeki sorunların ortadan kalktığı tarihi takip eden üçüncü işgününün sonuna kadar istenilen belge ve bilgileri internet, elektronik ve benzeri ortamda göndermeleri hâlinde Kurumca öngörülen sürede gönderilmiş kabul edilir.

Yaş tashihi

MADDE 69 – (1) Kanunun 60 ıncı maddesi gereğince genel sağlık sigortası kapsamına girenler için tescil tarihinden sonra yapılacak yaş tashiheri genel sağlık sigortası uygulamalarında dikkate alınmaz.

Tebliğ yayımlanması

MADDE 70 – (1) Kurum, genel sağlık sigortası hükümlerinin uygulanmasına ilişkin hususlarda tebliğer yayımlayabilir.

ONÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Geçici ve Son Hükümler

Genel sağlık sigortası geçiş hükümleri

GEÇİCİ MADDE 1 – (1) Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularının sigortalılık kontrolü ve diğer provizyon işlemlerini elektronik ortamda yapmaya başlaması için Kurumdaki gerekli bilgi işlem altyapısının kurulmasına kadar, mevcut uygulamalara devam edilir ve kişilerin tedavi olmaları için aranan sağlık belgelerinin veya sağlık karnelerinin kullanılmasına veya Kurumca verilmesine devam edilir.

(2) Mevcut sosyal güvenlik kurumlarının, kamu idarelerinin sağlık hizmetlerinin ve yol gideri, gündelik ve refakatçi giderlerinin karşılanmasına ilişkin görevleri, yürürlükten kaldırılan kanunlardaki hak ve yükümlülükler çerçevesinde ilgili kayıt ve işlemler Kurum tarafından devralınan tarihe kadar devam eder.

(3) Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten önce başlayan ancak, Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten sonra da devam eden sağlık hizmetlerine ait faturalandırılan tedavi giderleri Kurum tarafından karşılanır.

(4) Kanunun 70 inci maddesinin birinci fıkrası gereği yapılacak sağlık hizmeti sunucularının birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak sınıflandırılmasına ilişkin işlemler Sağlık Bakanlığınca, sevk zincirine ilişkin belirlemeler ise Kurumca, Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten itibaren en geç bir yıl içinde tamamlanır. Bir yıllık süre içinde Kanunun 70 inci maddesinin ikinci ve üçüncü fıkralarının uygulanmasını il ve ilçe bazında ertelemeye Sağlık Bakanlığı yetkilidir.

(5) Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (d) ve (g) bentleri gereğince genel sağlık sigortalısı sayılanların genel sağlık sigortalılıkları 1/10/2010 tarihine kadar, başvurdukları tarihten başlar ve bunlar Kuruma verecekleri genel sağlık sigortası giriş bildirgelerine göre tescil edilirler. Bu süre içinde, anılan bentler gereğince genel sağlık sigortalısı sayılanlardan; tescil talebi olmayanların 18 yaşından küçük çocuklarının sağlık hizmetlerinden yararlandırılması hâlinde bu kişilerin tescili çocuklarının sağlık hizmet sunucusuna müracaat tarihi itibarıyla yapılır.

(6) Aile hekimliği uygulamasına başlanan illerde, Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (d) ve (g) bentleri gereğince genel sağlık sigortalısı sayılanlardan 1/10/2010 tarihine kadar Kurumca re'sen tescili yapılanların sigortalılıkları tescil edildikleri tarihten, re'sen tescil edilemeyenlerin genel sağlık sigortalılıkları ise başvurdukları tarihten başlar.

(7) Aile hekimleri tarafından başlatılan sevk zincirine uygun olarak alınan sağlık hizmetlerinde ayaktan tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payları, üç yıl süreyle %50 oranında azaltılarak uygulanabilir.

(8) Kurumca aile hekimleri ile sözleşmeler yapılıncaya kadar Sağlık Bakanlığınca yapılan aile hekimliği sözleşmeleri geçerli kabul edilir.

(9) İlgili kanunları gereği tedavi yardımları karşılanan kişiler, Kanunun yürürlüğe girdiği tarihte herhangi bir işleme gerek kalmaksızın, Kanun açısından genel sağlık sigortalısı veya genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi sayılır. Kanunun yürürlüğe girdiği tarihte ilgili kanunları gereği bakmakla yükümlü olunan kız çocukları Kanun gereğince de bakmakla yükümlü olunan kişi sayılır. Ancak durumlarında değişiklik olduğunda sağlık hizmetlerinden yararlanma koşulları Kanun hükümlerine göre yeniden belirlenir. Bu kişilerin sigortalı ve sigortalının bakmakla yükümlü olduğu kişilere ilişkin bilgileri, ilgili kurumlar tarafından Kanunun yürürlük tarihinden itibaren en geç üç ay içinde Kuruma bildirilir.

(10) 7/10/1983 tarihli ve 2925 sayılı Kanun kapsamında sigortalılık hâli devam eden sigortalılar ile bunların sağlık yardımına müstahak eş ve çocukları, genel sağlık sigortası hükümlerine göre sağlanan sağlık hizmetlerinden ve yol gideri, gündelik ve refakatçi haklarından yararlanma hakkına sahiptir.

(11) 506, 1479, 2925, 2926 ve 5434 sayılı kanunlar kapsamında ve 5510 sayılı Kanunun geçici 20 nci maddesine göre devir tarihine kadar geçen sigortalılık süresi fiili hizmet süresi ve prim ödeme gün sayısı, genel sağlık sigortasının uygulanmasında gerekli olan sigortalılık süresi ve prim ödeme gün sayılarında dikkate alınır.

(12) 2008 yılı Ekim ayı başından önce 5434 sayılı Kanun uyarınca iştirakçi olup Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamındaki sigortalıların çalıştıkları kamu idarelerinin sağlık hizmetlerinin sağlanmasına ilişkin görevleri, 2008 yılı Ekim ayı başından başlamak üzere en geç üç yıl içinde Kurum tarafından devralınır. Devir tarihinden itibaren, kamu idarelerince, bu sigortalılar için her ay emekli keseneklerine esas aylıklarının %12`si oranında ayrıca genel sağlık sigortası primi ödenir.

Sağlık hizmeti sunucuları ile yapılmış olan sözleşmelerin ve protokollerin geçerliliği ile diğer hükümler

GEÇİCİ MADDE 2 – (1) Kurumca finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri ile gündelik, yol, yatak ve yemek giderlerinin Kurumca ödenecek bedelleri tespit edilip yayımlanıncaya, sağlık hizmeti sunucuları ile sözleşmeler yapılmıncaya kadar, Kurum tarafından belirlenmiş olan usul ve esaslar, sağlık hizmeti bedelleri ile protokol ve sözleşmeler geçerlidir.

1479 ve 2926 sayılı kanunlara göre aylık bağlananların geçiş hükümleri

GEÇİCİ MADDE 3 – (1) 1479 ve 2926 sayılı kanunlara göre aylık almakta olanlarla Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (b) bendi kapsamında çalışmalarını nedeniyle Kanunun geçici 2 nci maddesine göre aylık bağlanacaklara ilgili dosyasından on yıl süreyle sağlık sigortası veya genel sağlık sigortası primi ödememiş olanlardan, sağlık sigortası ve genel sağlık sigortası primi kesilmiş olan süreler düşülmek kaydıyla, aylıklarının %10`u oranında ve 10 yılı tamamlayacak süreyle genel sağlık sigortası primi kesilir.

506 sayılı Kanunun geçici 20 nci maddesine ilişkin geçiş hükümleri

GEÇİCİ MADDE 4 – (1) 506 sayılı Kanunun geçici 20 nci maddesi kapsamındaki bankalar, sigorta ve reasürans şirketleri, ticaret odaları, sanayi odaları, borsalar veya bunların teşkil ettikleri birlikler personeli için kurulmuş bulunan sandıkların iştirakçileri ile aylık veya gelir bağlanmış olanlar ile bunların hak sahipleri devir tarihinden itibaren genel sağlık sigortalısı sayılır.

3816 sayılı Kanuna ilişkin geçiş hükümleri

GEÇİCİ MADDE 5 – (1) 1/10/2008 tarihinden itibaren iki yıl süresince bu Yönetmeliğin 6 ncı maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) numaralı alt bendi uygulanmaz. Bu sürede, 3816 sayılı Kanun kapsamında yeşil kart verilen ve verilecek kişiler durumlarında değişiklik olmaması kaydıyla başka bir işleme gerek kalmaksızın bu Yönetmeliğin 6 ncı maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) numaralı alt bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılır.

(2) 3816 sayılı Kanun kapsamında yeşil kart almak için müracaat etmekle birlikte, 3816 sayılı Kanun hükümlerine göre tespit edilen aile içindeki kişi başına düşen gelir payının aylık tutarı; asgari ücretin üçte birinden asgari ücrete kadar olduğu tespit edilen kişiler için Kanunun 82 nci maddesine göre belirlenen prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz günlük tutarının üçte biri, asgari ücretten asgari ücretin iki katına kadar olduğu tespit edilen kişiler için Kanunun 82 nci maddesine göre belirlenen prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz günlük tutarı; asgari ücretin iki katından fazla olduğu tespit edilen kişiler için Kanunun 82 nci maddesine göre belirlenen prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz günlük tutarının iki katı prime esas asgari kazanç tutarı olarak esas alınır.

(3) 1/10/2008 tarihinden 1/10/2010 tarihine kadar Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (g) bendi kapsamında olan kişilerden gelir testi talebinde bulunanların talepleri Kurumca haklarında 3816 sayılı Kanun kapsamında işlem yapılmak üzere yeşil kart veren ilgili birimlere intikal ettirilir. Bu kişiler hakkında 3816 sayılı Kanuna göre ilgili birimlerce yeşil kart verilmeye müstahak olmadıkları tespit edilmesi hâlinde bu maddenin ikinci fıkrasına göre işlem yapılır ve bu kişilerin Kuruma talep tarihleri tescil tarihleri olarak alınır.

(4) 1/10/2008 tarihinden sonra 3816 sayılı Kanun kapsamında yeşil kart almak için müracaat eden kişilerin aile içindeki kişi başına düşen gelir payının aylık tutarı yeşil

kartı veren birimlerce söz konusu aylık tutarın hesabına esas aile bireyi sayısı ve toplam gelir tutarı belirtilmek suretiyle Kurumun ilgili ünitesine bildirilir. Kurum tarafından Kanun hükümleri esas alınarak aile içindeki kişi başına düşen gelir payının aylık tutarı tespit edilmek suretiyle bu maddenin ikinci fıkrasındaki esaslara göre prim tutarları belirlenir. 3816 sayılı Kanuna göre yeşil kart verildiği hâlde daha sonra bu hakkı kaybettiği tespit edilen kişilere ait bilgiler yeşil kart veren birimlerce Kurumun ilgili ünitesine 1 ay içinde bildirilir. Kurum bu kişilerin ödeyecekleri prim tutarlarını ayrıca tespit eder.

(5) Bu maddenin (2) numaralı bendinde belirtilenlerden taleplerinin yeşil kartı veren birimlerce değerlendirilmesi sonucu yeşil karta müstahak olmadıkları anlaşılanların, yeşil karta talep tarihleri Kurumca genel sağlık sigortalılığının tescil tarihi olarak kabul edilir.

(6) 1/10/2008 tarihinden 1/10/2010 tarihine kadar 3816 sayılı Kanun kapsamında yeşil kart verilen ve verilecek kişilerin ödemiş oldukları katılım paylarının iadesi işlemleri bu Yönetmeliğin 38 inci maddesi hükümlerine göre yürütülür.

4046 sayılı Kanunun uygulanmasına ilişkin geçiş esaları

GEÇİCİ MADDE 6 – (1) 4046 sayılı Kanunun 21 inci maddesi kapsamında iş kaybı tazminatı alanlar, iş kaybı tazminatı aldıkları sürede Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamında sigortalı ve genel sağlık sigortalısı sayılır.

(2) Bu kişilerin Türkiye İş Kurumu tarafından ilk iş kaybı tazminatının ödendiği tarihi takip eden ay sonu itibarıyla, iş kaybı tazminatı alanlara ilişkin primlerin aktarıldığı anda ayrıca bir bildirim gereksizdir tescili yapılmış sayılır.

Yürürlük

MADDE 71 – (1) Bu Yönetmeliğin;

a) Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (3) ilâ (8) ve (10) numaralı alt bentleri ile (f) bendinde sayılanlar ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için, bu Yönetmeliğin 31 inci madde hükümleri hariç 1/7/2008 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

b) Birinci fıkranın (a) bendinde sayılanlar ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için bu Yönetmeliğin 31 inci madde hükümleri 2008 yılı Ekim ayı başında,

c) Kanunun 60 ıncı maddesi birinci fıkrasında sayılan diğer kişiler ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için 2008 yılı Ekim ayı başında, yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 72 – (1) Bu Yönetmelik hükümlerini Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı yürütür.