



**TÜRKİYE İŞÇİ SENDİKALARI
KONFEDERASYONU**

GENEL SAĞLIK SİGORTASI UYGULAMALARI

Celal TOZAN

0.02

Z

4

8

TÜRK-İŞ

Bilgi Merkezi



TÜRKİYE İŞÇİ SENDİKALARI KONFEDERASYONU

GENEL SAĞLIK SİGORTASI UYGULAMALARI

GENEL SAĞLIK SİGORTALISI VE TESCİLİ
GENEL SAĞLIK SİGORTALISI SAYILMAYANLAR
GENEL SAĞLIK SİGORTALISININ DEĞİNDİRMEKLE YÜKÜMLÜ OLDUĞU AİLE
BİREYLERİ
GELİR TESTİ VE GENEL SAĞLIK SİGORTASI PRİMİ
SAĞLIK HİZMETİ SUNUCUSUNA BAŞVURMA
AYAKTAN TEDAVİLERDE ÖDENECEK KATILIM PAYI
KATILIM PAYI ÖDENMEYECEK HAL VE KİŞİLER
SİGORTALI AİLE BİREYLERİNDEN

İLAVE ÖCRET ÖDENMEYECEK TEDAVİLER

TÜRK-İŞ

Bilgi Merkezi

CELAL ÖZAN
TÜRK-İŞ Sosyal Güvenlik Danışmanı

Tarih:.....

Demirbaş No **3278**.....

Tasnif No: **344.02 T0226** **14**

TÜRK-İŞ
Bilgi Merkezi

TÜRK-İŞ

Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu

Bayındır Sokak No. 10

Yenişehir - Ankara

Tel : (0.312) 433 31 25 (4 hat)

Faks : (0.312) 433 68 09 - 433 85 80

<http://www.turkis.org.tr>

e-posta: turkis@turkis.org.tr

Ekim 2014

ISBN: 978-605-4808-04-5

Baskı:

Yorum Matbaacılık

Tel. (0.312) 395 21 12

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	7
-------------	---

GENEL SAĞLIK SİGORTASININ KAPSAMI, TESCİL, GELİR TESTİ VE PRİM ÖDEME

Genel sağlık sigortalısı sayılanlar	9
Genel sağlık sigortalısı sayılmayanlar	13
Genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu aile bireyleri	17
Tam ve kısmi süreli iş sözleşmesi ile çalışan, işsizlik ve kısa çalışma ödeneği alan sigortalıların, genel sağlık sigortalılarının ve sigortalının bakmakla yükümlü oldukları aile bireylerinin sağlık yardımları hakkının sona ermesi	23
Gelir testine başvurma	29
Genel sağlık sigortalısı olarak tescili yapılan ancak gelir testine başvurmamış olanlar ve süresi dışında başvuranlar	32

Gelir testinin yapılması ve gelir testine itiraz.....	34
Gelir testi sonucu tespit edilen kazançların uygulanması	37
Ödenmemiş olan genel sağlık sigortası primlerinin yeniden yapılandırılarak ödenmesi.....	40
Gelir testinin yenilenmesi	41
Yoksulluk sınırı ve tespit edilecek gelirlere göre ödenecek genel sağlık sigortası prim tutarı	43

SAĞLIK KURULUŞLARI, BAŞVURU, KATILIM PAYI VE İLAVE ÜCRET ÖDENMESİ

Sağlık hizmeti sunan kuruluşların sınıflandırılması.....	47
Provizyon İşlemleri (Sağlık yardımına müstahak olunduğunun tespiti ile kimlik doğrulama).....	50
Provizyon alınmadan tedavinin sağlanacağı durumlar.....	51

Katılım payı.....	53
Katılım payının tahsili	54
Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesinde ödenecek katılım payı tutarı	58
Ayakta yapılan tedavilerde sağlanan ilaçlar için ödenecek katılım payı tutarı ve ilaca ödenecek taban fiyat farkı	1
Tıbbi malzemelere ödenecek katılım payı tutarı.....	62
Yardımcı üreme yöntemi tedavilerinde ödenecek katılım payı tutarı	64
Yatarak tedavide katılım payı.....	66
Katılım payı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri	67
Hastalardan ilave ücret alınması	69
Otelcilik hizmetlerinde ilave ücret alınması.....	75
İstisnai sağlık hizmetlerinden alınan ilave ücret.....	76

İlave ücret alınmayacak sağlık hizmetleri...	77
Acil hallerde Kurumun tedavi giderlerini ödemesi	78
Türkiye'de tahlil, tetkik ve tedavinin mümkün olmaması nedeniyle yurt dışında sağlanacak sağlık hizmetleri	80
Yurt dışı tahlil, tetkik ve tedaviye ilişkin ödemeler ve belgelerin onaylanması	84
Kurum tarafından karşılanmayan sağlık hizmetleri	88
Sevk edilen hastaya yol ve gündelik gideri ödenmesi.....	90
Sağlık hizmetlerinden ve yol gideri, gündelik ve refakatçi haklarından yararlanma şartları.....	93
HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİ UYARINCA HASTALARA BİLGİ VERME ZORUNLUĞU	98

ÖNSÖZ

Genel sağlık sigortası, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası ile düzenlenmiş ve Ekim/2008 ayı başından itibaren uygulanmasına başlanmıştır.

Bazı istisnalar dışında ÷lkemizde yaşayan herkesi kapsamına alan ve 01.01.2012 tarihinden itibaren zorunlu olarak uygulanılmasına başlanan genel sağlık sigortasının, sigortalılarının yükümlölükleri konusunda olsun, aile bireyleri dâhil (Sağlık Uygulama Tebliği ile düzenlenen) tedavi usul ve esasları hakkında olsun yeteri kadar bilgi sahibi olmadıkları için bazı sorunların yaşanmakta olduğu gör÷lmektedir.

Özellikle sigortalının, iş sözleşmesinin askıda olup çalışmadığı sürelerde, ücretsiz izin sürelerinde, iş sözleşmesinin sona

erdiği durumlarda, sigortalının geçindirmekle yükümlü olduğu aile bireylerinin kimler olduğu hususunda, sigortalının geçindirmekle yükümlü olduğu aile bireyi olma hakkını kaybettiği durumlarda, gelir testine başvurma da ve tedavi sırasında katılım payı ile ilave ücret ödemelerde önemli mağduriyetler yaşanmaktadır.

Hazırlanan bu kitapçıkla, genel sağlık sigortasının uygulama esasları konularında, sigortalılar ile aile bireylerinin yalın bir şekilde bilgilendirilmesi amaçlanmıştır.

Verilen bilgiler yol gösterme niteliğinde olduğundan, sigortalılar ve aile bireyleri, genel sağlık sigortalısı olarak yükümlülükleri ile sağlık hizmeti sunucusuna başvurma sırasında, ayaktan ve yatarak tedavilerinde yapmaları gerekenler hakkında ki bilgileri bu kitapçıkta bulabileceklerdir.

GENEL SAĞLIK SİGORTASININ KAPSAMI, TESCİL, GELİR TESTİ VE PRİM ÖDEME

Genel sağlık sigortalısı sayılanlar

Ekim/2008 ayı başından itibaren yürürlüğe giren Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasasında ülkemizde ikamet eden yabancı uyruklular, vatansızlar ve göçmenler dahil herkes genel sağlık sigortası kapsamına alınmıştır.

Söz konusu Yasa uyarınca aşağıda belirtilenler genel sağlık sigortalısı sayılmaktadır.

- ✓ İş sözleşmesine tabi olarak çalışanlar,

- ✓ Kamu görevlisi olarak (asker, polis ve memur olarak) çalışanlar,
- ✓ Kendi adına bağımsız olarak çalışanlar,
- ✓ İsteğe bağlı sigortaya devam eden kişiler,
- ✓ Çalışmayan, sosyal güvenlik kurumlarından gelir ve aylık almayan ve gelir testi sonucu yoksul oldukları kabul edilip, primleri devlet tarafından ödenen kişiler,
- ✓ Her hangi bir nedenle (çalışması, öğrenci olması veya gelir-aylık alması gibi nedenlerle) genel sağlık sigortalısı olmayan ve bakmakla yükümlü ebeveyni bulunmayan Türk vatandaşlarından 18 yaşını doldurmamış çocuklar,
- ✓ Uluslararası koruma başvurusu veya statüsü sahibi ve vatansız olarak tanınan kişiler,

- ✓ 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Yasaya göre aylık alan kişiler,
- ✓ İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Yasa uyarınca şeref aylığı alan kişiler,
- ✓ Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Bağlanması Hakkında Yasa uyarınca aylık alan kişiler,
- ✓ Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Yasaya göre aylık alan kişiler,
- ✓ Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Yasası uyarınca korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişiler ile ana ve babası olmayan Türk vatandaşlarından 18 yaşını doldurmamış çocuklar,

- ✓ Kamu görevlisi olarak (asker, polis ve memur olarak) çalışanlar,
- ✓ Kendi adına bağımsız olarak çalışanlar,
- ✓ İsteğe bağlı sigortaya devam eden kişiler,
- ✓ Çalışmayan, sosyal güvenlik kurumlarından gelir ve aylık almayan ve gelir testi sonucu yoksul oldukları kabul edilip, primleri devlet tarafından ödenen kişiler,
- ✓ Her hangi bir nedenle (çalışması, öğrenci olması veya gelir-aylık alması gibi nedenlerle) genel sağlık sigortalısı olmayan ve bakmakla yükümlü ebeveyni bulunmayan Türk vatandaşlarından 18 yaşını doldurmamış çocuklar,
- ✓ Uluslararası koruma başvurusu veya statüsü sahibi ve vatansız olarak tanınan kişiler,

- ✓ 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Yasaya göre aylık alan kişiler,
- ✓ İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Yasa uyarınca şeref aylığı alan kişiler,
- ✓ Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarınının Bağlanması Hakkında Yasa uyarınca aylık alan kişiler,
- ✓ Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Yasaya göre aylık alan kişiler,

- ✓ Harp malûllüğü aylığı alanlar ile Terörle Mücadele Yasası kapsamında aylık alanlar,
- ✓ Köy Yasası uyarınca görevlendirilen geçici köy korucuları ile görevle iliŖiği ke-silmiŖ olup sosyal güvenlik kurumun-dan aylık alan korucular,
- ✓ Dünya Olimpiyat ve Avrupa Ŗampiyon-luğu KazanmıŖ Sporculara ve Bunların Ailelerine Aylık Bağlanması Hakkında Yasaya göre aylık alan kiŖiler,
- ✓ Mütekabiliyet esası da dikkate alınmak Ŗartıyla, oturma izni almıŖ yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mev-zuatı kapsamında sigortalı olmayan ki-Ŗiler,
- ✓ İŖsizlik sigortası uyarınca iŖsizlik  de-neği alan kiŖiler ile  zelleŖtirme Yasası

uyarınca kısa çalışma ödeneğinden yararlandırılan kişiler,

- ✓ Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası ile bu Yasadan önce yürürlükte bulunan sosyal güvenlik yasalarına göre gelir veya aylık alan kişiler,
- ✓ Çalışmayan, sosyal güvenlik kurumlarından ve yukarda belirtilen özel yasalardan dolayı gelir veya aylık almayan, genel sağlık sigortalısının geçindirmekle yükümlü aile bireyi sayılmayan ve başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan vatandaşlar,

Genel sağlık sigortalısı sayılmayanlar

Yasada, aşağıda belirtilen kimseler genel sağlık sigortalısı sayılmamıştır. Genel

sağlık sigortalısı sayılmayan bu kimselerin gelir testi yaptırmalarına da gerek yoktur.

- ✓ Kendi adına bağımsız çalışanlardan genel sağlık sigortalılıkları devam edenler hariç, askerlik hizmetlerini er ve erbaş olarak yapmakta olanlar ile yedek subay okulu öğrencileri,
- ✓ 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,
- ✓ Türkiye'de kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan, yurt dışında ika-met eden ve o ülkenin sosyal güvenlik mevzuatına tabi olanlar,
- ✓ Kamu idarelerinin dış temsilciliklerinde istihdam edilen ve temsilcili-

ğın bulunduğu ÷lkede s÷rekli ikamet izni almış olan veya bu devletin vatandaşlığına sahip olan T÷rk uyruklu sözleşmeli personelden, bulunduğu ÷lkenin sosyal güvenlik kurumunda sigortalı olduğunu belgeleyenler,

- ✓ Kamu idarelerinin dış temsilciliklerinde istihdam edilen sözleşmeli personelin uluslararası sosyal güvenlik sözleşmeleri çerçevesinde ve temsilciliğın bulunduğu ÷lkenin ilgili mevzuatının zorunlu kıldığı hâllerde, işverenleri tarafından bulundukları ÷lkede sosyal sigorta kapsamında sigortalı olanlar,
- ✓ Ceza infaz kurumları ile tutukevleri bünyesinde bulunan hükümlü ve tutuklular,
- ✓ M÷tekabiliyet esası da dikkate alınmak şartıyla oturma izni

almış yabancı ÷lke vatandaşlarından, yabancı bir ÷lke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan ve ÷lkemizde iş sözleşmesine tabi olarak veya kendi adına bağımsız olarak çalışmayan, Türkiye'de bir yıldan kısa süreyle ikame edenler,

- ✓ İsteğe bağı sigortalı olan yabancı ÷lke vatandaşlarından Türkiye'de ikamet etme süreleri bir yılı doldurmamayanlar,
- ✓ ÷lkemiz ile sosyal güvenlik sözleşmesi imzalanmamış ÷lkelerde çalışan ve çalıştığı ÷lkede sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı bulunanlar
- ✓ Türkiye Büyük Millet Meclisi Üyeleri, emeklilikleri ile Anayasa Mahkemesi Başkanı, üyeleri ve bunların emeklileri,

Genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu aile bireyleri

Ekim/2008 ayı başından sonra yürürlüğe giren Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasasında, genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu aile bireyleri bu tarihten önceki sosyal güvenlik yasalarından farklı olarak düzenlenmiştir.

Ancak Ekim/2008 ayı başından önce sigortalının bakmakla yükümlü olduğu aile bireyi olarak sağlık yardımlarından yararlanmakta olan kız çocuklarının önceki mevzuat hükümlerinden doğan hakları Ekim/2008 ayı başından sonrada aynen korunmuştur.

Ekim/2008 ayı başından itibaren uygulanmakta olan genel sağlık sigortasına

almış yabancı ÷lke vatandaşlarından, yabancı bir ÷lke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan ve ÷lkemizde iş sözleşmesine tabi olarak veya kendi adına bağımsız olarak çalışmayan, Türkiye’de bir yıldan kısa süreyle ikame edenler,

- ✓ İsteğe bağılı sigortalı olan yabancı ÷lke vatandaşlarından Türkiye’de ikamet etme süreleri bir yılı doldurmayanlar,
- ✓ ÷lkemiz ile sosyal g÷venlik sözleşmesi imzalanmamış ÷lkelerde çalışan ve çalıştığı ÷lkede sağılık hizmetlerinden yararlanma hakkı bulunanlar
- ✓ Türkiye Büyük Millet Meclisi Üyeleri, emeklilikleri ile Anayasa Mahkemesi Başkanı, üyeleri ve bunların emeklileri,

Genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu aile bireyleri

Ekim/2008 ayı başından sonra yürürlüğe giren Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasasında, genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu aile bireyleri bu tarihten önceki sosyal güvenlik yasalarından farklı olarak düzenlenmiştir.

Ancak Ekim/2008 ayı başından önce sigortalının bakmakla yükümlü olduğu aile bireyi olarak sağlık yardımlarından yararlanmakta olan kız çocuklarının önceki mevzuat hükümlerinden doğan hakları Ekim/2008 ayı başından sonrada aynen korunmuştur.

Ekim/2008 ayı başından itibaren uygulanmakta olan genel sağlık sigortasına

göre, sigortalının bakmakla yükümlü oldukları aile bireyleri şunlardır.

- ✓ Çalışmayan, kendi çalışmalarından dolayı gelir aylık almayan ve isteğe bağlı sigortaya devam etmeyen eşi.
- ✓ 18 yaşını doldurmamış çocukları,
- ✓ 18 yaşını dolduranlardan, Lise ve dengi okullarda öğrenim gören veya Meslekî Eğitim Yasasında belirtilen aday çıraklık ve çıraklık eğitimi ile işletmelerde meslekî eğitim görenlerden 20 yaşını doldurmamış olanlar ile yüksek öğrenim görenlerden 25 yaşını doldurmamış ve evli olmayanlar çocukları,

Lise ve dengi öğrenimlerini veya Meslekî Eğitim Yasasında belirtilen aday çıraklık ve çıraklık eğitimleri ile işletmelerdeki meslekî eğitimlerini bitiren ve 20

yaşını doldurmamış olan kız ve erkek çocukların, okulu bitirdikleri tarihten itibaren 120 gün süre ile sağlık sigortalının bakmakla yükümlü olduğu aile bireyi olma hakları devam edecektir.

- ✓ Yaşına bakılmaksızın Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasasına göre malûl olduğu tespit edilen evli olmayan çocukları,
- ✓ Ekim/2008 ayı başından önce yürürlükten kalkan sosyal güvenlik yasaları uyarınca sigortalının bakmakla yükümlü olduğu aile bireyi olarak sağlık yardımlarından yararlanan, yaşlarına bakılmaksızın çalışmayan, evlenmemiş olan, çalışanlardan işten ayrılan, evlenip boşanan veya dul kalan kız çocukları.

- ✓ Her türlü kazanç ve irattan elde ettikleri gelirleri asgari ücretin net tutarından az olan, gelir ve/veya aylık almayan, diğer çocuklarından dolayı sağlık yardımlarından yararlanmayan ana ve babası.

Eşlerin her ikisinin de çalışmalarına bağlı olarak zorunlu sigortalı olmaları veya sosyal güvenlik kurumlarından gelir-aylık almaları hallerinde, eşlerin genel sağlık sigortasından yararlanma hakları kendi sigortalılıklarına bağlı olacaktır. Bu durumdaki eşlerin genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü aile bireyi olarak sağlık yardımlarından yararlanma hakları bulunmamaktadır.

Örneğin eşlerden biri iş sözleşmesine tabi olarak çalışan sigortalı iken, diğer eş kendi adına bağımsız çalışan sigortalı ise, kendi adına bağımsız çalışan eşin 60 gün-

den fazla prim veya prime ilişkin borcunun olması halinde acil durumlar hariç sigortalı eşi olarak da sağlık yardımlarından yararlanması olanaksızdır.

Kamu görevlisi olan sigortalılardan, Devlet Memurları Yasası uyarınca bir yıldan fazla aylıksız izin kullanan eşler, genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi sayılmaktadır.

Genel sağlık sigortalıları, engellilik durumu veya hastalığı nedeniyle çalışamayacak durumda olan çocuklarının maluliyetlerinin tespiti için bulundukları yerdeki Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğüne veya Sosyal Güvenlik Merkezine başvurmaları gerekmektedir.

Boşanan eşlerin çocuklarının bakmakla yükümlü aile bireyi, mahkemenin çocuk-

ların velayetini verdiği eştir. Ancak çocukların velayeti verilen eş, sigortalı değilse, ikamet edilen yerde ki sosyal Güvenlik İl ve Merkezine bir dilekçe ile başvurularak, çocukların sigortalı eşten dolayı sağlık yardımlarından yararlanmalarına olanakları sağlanabilmektedir.

Yetim aylığı almakta iken evlenme yardımı alarak, evlenen kız çocuklarından, 24 aylık süre dolmadan boşanan ve ya dul kalanlar, evlilikleri nedeniyle yetim aylıklarının kesildiği tarihten itibaren 24 ay doluncaya kadar genel sağlık sigortasından yararlanma hakları devam edecektir. 24 ayın dolmasından sonra tekrar yetim aylıkları bağlanacağından, Sosyal Güvenlik Kurumundan aylık alan kimse olarak genel sağlık sigortalılıkları devam edecektir.

Tam ve kısmi süreli iş sözleşmesi ile çalışan, işsizlik ve kısa çalışma ödeneği alan sigortalıların, genel sağlık sigortalılarının ve sigortalının bakmakla yükümlü oldukları aile bireylerinin sağlık yardımları hakkının sona ermesi

Genel sağlık sigortası, her ay için noksatsız 30 gün üzerinden prim ödenmesi esasına göre oluşturulmuştur. Bu nedenle işçilerin Yasada öngörülen süreden fazla kullandıkları ücretsiz izin sürelerinde, kısmi süreli iş sözleşmesi ile çalışan işçiler ile mevsimlik işlerde çalışan işçilerin iş sözleşmeleri askıda iken ay içinde ve aylarda çalışmadıkları sürelerde genel sağlık sigortalılıkları sona ermiş sayılmaktadır.

Bu durumdaki sigortalı işçiler ile sigortalının bakmakla yükümlü olduğu kişi hakkını kaybedenler Kuruma başvurup tescilini yaptırarak genel sağlık sigortası primlerini ödemek zorundadır.

Buna göre;

- ✓ İş sözleşmesine tabi olarak çalışan sigortalı işçilerin, İş Yasası uyarınca ücretsiz olarak kullandıkları yol izinleri, kadın işçilerin analık nedeniyle kullandıkları doğum öncesi ve sonrası izinleri ile alı aya kadar kullandıkları ücretsiz izin süreleri hariç, bir takvim yılı içinde toplam bir ayı aşan ücretsiz izin sürelerinin bir ayı doldurduğu tarihten,
- ✓ İş sözleşmesi kendi isteği ile veya iradesi dışında sona eren sigortalı işçilerin iş sözleşmelerinin sona erdi-

ği tarihten, başlayarak 10 cu günün
dolduğu tarihten itibaren

- ✓ İşsizlik ödeneği ile kısa çalışma ödeneği alan sigortalıların ödeneklerinin sona erdiği tarihten, itibaren,
- ✓ İş kaybı tazminatı alanların, aylıkları sona erdiği tarihten itibaren, genel sağlık sigortalılıkları sona ermektedir.

Bir takvim yılında bir aydan fazla ücretsiz izin kullanan sigortalının, bir aylık ücretsiz izin süresinin dolduğu tarihten, iş sözleşmesini kendi isteği ile sona erdiren veya iş sözleşmesinin iradesi dışında sona ermiş olmasına karşın işsizlik ödeneğinden yararlanma hakkını elde edemeyen sigortalının, işten ayrıldığı tarihten itibaren 10 uncu günün akşamına kadar genel sağlık sigortalılıkları devam etmektedir.

Bu durumdaki sigortalı, genel sağlık sigortalılığının sona erdiği tarihten önceki bir yıl içinde 90 gün prim demiş ise, genel sağlık sigortalılığının sona erdiği tarihten itibaren 90 gün süre ile kendisi ve bakmakla yükümlü olduğu aile bireyleri sağlık yardımlarından yararlanmaya devam edecektir.

Genel sağlık sigortalılıkları sona eren sigortalıların bu tarihten itibaren bir ay içinde tescilleri için Kuruma, gelir testi yaptırmaları için Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sisteminde, ikametlerinin kayıtlı olduğu yerdeki Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarına bizzat kendileri başvuracaktır.

Kısmi süreli iş sözleşmesi ile çalışan, ağrı üzerine çalışan veya mevsimlik işlerde çalışan sigortalı işçilerden;

- ✓ Kamu işyerlerinde çalışanların, iş sözleşmeleri askıda iken ay içinde ve aylarda çalışmadıkları sürelerle ilişkin genel sağlık sigortası primini işverenleri,
- ✓ Özel sektörde çalışanların, iş sözleşmeleri askıda iken ay içinde ve aylarda çalışmadıkları sürelerle ilişkin genel sağlık sigortası primini kendileri ödemek zorundadır.

Özel sektörde kısmi süreli iş sözleşmesine tabi olarak çalışan veya mevsimlik işlerde çalışan işçilerin, gelir testi yaptırmaları için Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sisteminde, ikametlerinin kayıtlı olduğu yerdeki Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarına bizzat kendileri başvuracaktır

Sigortalının bakmakla yükümlü olduğu aile bireylerinden;

- ✓ Eşin, zorunlu sigortalı olarak çalışmaya başlaması veya isteğe bağlı sigortaya girmesi halinde, zorunlu veya isteğe bağlı sigortalılığın başladığı tarihten itibaren,
- ✓ Çalışmayan, okumayan çocukların 18 yaşını doldurduğu tarihten itibaren,
- ✓ Lise ve dengi öğrenim gören çocukların, 20 yaşını dolduracakları tarihi aşmamak kaydıyla bu öğrenimlerini bitirdikleri tarihi izleyen 120 günün dolduğu tarihten,, yüksek öğrenime devam edenlerin ise, 25 yaşını doldurdukları veya bu yaşlardan önce okulu bitirdikleri tarihten itibaren,
- ✓ Engellik veya hastalığı nedeniyle Kurum tarafından maluliyeti tespit edilmiş olan çocukların, maluliyetlerinin ortadan kalktığını tespit eden rapor tarihinden itibaren,

Sigortalının bakmakla yükümlü olduğu aile bireye olma hakları sona ermektedir. Sigortalının bakmakla yükümlü olma hali sona eren kişiler, bu tarihten itibaren genel sağlık sigortalısı olarak tescilleri için Kuruma, gelir testi için Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sisteminde ikametlerinin kayıtlı olduğu yerdeki Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarına bizzat kendileri başvurmak zorundadırlar.

Gelir testine başvurma

Gelir testi, genel sağlık sigortalısının prim ödeyeceği gelirinin tespitinin tüm aile bireyleri dikkate alınarak yapılmasıdır.

Gelir testi işlemleri sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıfları tarafından yapılmaktadır.

Kurum tarafından genel sağlık sigortalısı olarak resen tescilleri yapılıp gelir testi yaptırmaları için sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıflarına başvurmaları, yazılı olarak istenenler, bu yazıyı aldıkları tarihten itibaren bir ay içinde, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sisteminde, ikametlerinin kayıtlı olduğu yerdeki Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarına bizzat kendileri başvuracaktır.

Yukanda açıklandığı gibi durum değişikliğine uğrayanlar ise (iş sözleşmesi sona erip sigortalılık niteliğini kaybedenler, özel sektörde kısmi süre ile veya mevsimlik işte çalışanlar, işsizlik ödeneği, kısa çalışma ödeneği ve iş kaybı tazminatı alma hakları sona erenler, sigortalının bakmakla yükümlü olduğu aile bireyi olma hakkını kaybedenler), durum değişikliğine uğradıkları tarihten itibaren bir ay içinde

Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sisteminde, ikametlerinin kayıtlı olduğu yerdeki Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarına bizzat kendilerinin başvurmaları gerekmektedir.

Gelir testini yaptırmak için Kurumun il müdürlüklerine veya merkezlerine başvuranlar* ilgili sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakfına yönlendirilecek ya da sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakfı tarafından hazırlanan başvuru formları bu üniteler tarafından doldurularak, en geç üç gün içinde ilgili vakfa gönderilecektir.

Yasal temsilcisi bulunanların başvuru işlemi Yasal temsilciler tarafından yapılabilecek ve bu kişilerin kanuni temsilci olduğuna ait mahkeme kararı ya da vekaletname başvuru formuna eklenecektir.

Genel sağlık sigortalısı olarak tescili yapılan ancak gelir testine başvurmamış olanlar ve süresi dışında başvuranlar

Kamuoyunda Torba Yasa olarak bilinen ve TBMM sin de kabul edilen “İş Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükümünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması ile Bazı Alacakların Yeniden Yapılandırılmasına Dair Kanunla,” yapılan düzenleme ile bugüne kadar gelir testine başvurmamış olanların, Yasa- nın yürürlük tarihini takip eden ay- başından itibaren (31 Mart 2015 tari- hine kadar) 6 ay içinde nüfusta kayıtlı ikametlerinin bulunduğu yerdeki Sosyal Dayanışma ve Yardımlaşma Vakfına başvurarak gelir testi yaptırmalarına olanak sağlanmıştır.

Yasada öngörölen 6 aylık sürede gelir testi yaptıranların, Yasal süre içinde gelir testi yaptırdıkları kabul edilecek ve genel sağlık sigortası primleri cezasız olarak tespit edilen gelirleri üzerinden tahsil edilecektir.

Torba Yasanın yürürlüğe girmesinden önce yasal süre geçtikten sonra gelir testi yaptırdıkları için tespit edilen gelirlerinin üstünde (prime esas aylık kazancın iki katı üzerinden) prim ödeyenlerde bu düzenlemeden yararlanacaktır. Bu durumda olanların da genel sağlık sigortası primleri tescil başlangıç tarihinden itibaren tesbit edilen gelirleri üzerinden tahakkuk ettirilecektir. Hiç prim ödememiş olanlar belirlenen gelirlerine göre genel sağlık sigortası primlerini ödeyecek, prim ödemiş olanlar için ise ödemedikleri aylar için belirlenen gelirle-

ri üzerinden primlerini ödeyecekler, daha önce ödedikleri primleri ödedikleri gecikme zammı ve cezası dahi olsa geri iade edilmeyecektir.

Gelir testinin yapılması ve gelir testine itiraz

Gelir tespitinde aile olarak, aynı hane içinde yaşayan Merkezi Nüfus İdaresi Sistemi (MERNİS) kayıtlarında yer alan eş, yaşlarına bakılmaksızın evli olmayan çocuk ve genel sağlık sigortalısı olarak tescil edilecek kişinin ana ve babası esas alınacaktır.

Gelir tespitinde aynı hanede yaşamayan ve öğrenim nedeniyle başka bir hanede yaşayan evli olmayan çocuklardan 25 yaşını doldurmayanlar gelir tespitinde aile içinde değerlendirilecektir

Aynı hanede yaşayan aile bireylerinden genel sağlık sigortalısı ya da bakmakla yükümlü olunan kişiler de gelir tespiti işleminde dikkate alınacak, ancak bu kişiler hakkında gelir testi sonuçlandığı tarihe göre herhangi bir işlem yapılmayacaktır.

Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemin de yer alan adreste birden fazla aile olması halinde her bir aile için ayrı ayrı gelir tespiti işlemi yapılacaktır.

Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemin de yer alan adreste yaşamayan ve genel sağlık sigortalısının bakımakla yükümlü olunan kişisi olan ana ve baba hakkında ayrı gelir tespiti işlemi yapılacaktır.

Kişi başına düşen gelir tespiti, aile bireylerinin harcamaları, taşınır ve taşınmazları ile bunlardan doğan hakları

da dikkate alınarak, her türlü kazanç ve irattan elde ettikleri gelirlerin toplamının aileyi oluşturan kişi sayısına bölünmesi ile yapılacaktır.

İlgili Sosyal Yardım ve Dayanışma Vakfı, başvuru tarihinden itibaren bir ay içinde gelir testini sonuçlandırmak zorundadır.

Sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıfları tarafından sonuçlandırılan gelir testi kararına karşı, gelir testinin sonuçlandırıldığı tarihten itibaren 15 gün içinde, gelir testini yapan vakfa yazılı başvuru yapılarak itiraz edilebilir.

15 gün içinde itiraz edilmemesi veya yapılan itirazın ilgili vakıf tarafından reddedilmesi hallerinde, test sonucu belirlenen gelir kesinleşmiş sayılır.

Her ne kadar Yönetmelikte belirtilmemiş olsa dahi vakıf tarafından itirazı reddedilen kişi genel hükümlere göre yargı yoluna başvurma hakkına sahiptir.

Gelir testi sonucu tespit edilen kazançların uygulanması

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası uyarınca, gelir testine başvuranlar test sonucunu beklemeden asgari ücret üzerinden genel sağlık sigortası primlerini ödemeleri gerekmektedir.

Sosyal Güvenlik Kurumu, yasada öngörülen bir aylık süre içinde gelir testi için vâkfa başvurmayanların, genel sağlık sigortası primlerini asgari ücretin iki katı üzerinden ödemelerini istemekte ise de, Kamuoyunda Torba Yasa olarak bilinen Yasayla halan gelir testine başvurmamış

da dikkate alınarak, her türlü kazanç ve irattan elde ettikleri gelirlerin toplamının aileyi oluşturan kişi sayısına bölünmesi ile yapılacaktır.

İlgili Sosyal Yardım ve Dayanışma Vakfı, başvuru tarihinden itibaren bir ay içinde gelir testini sonuçlandırmak zorundadır.

Sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıfları tarafından sonuçlandırılan gelir testi kararına karşı, gelir testinin sonuçlandırıldığı tarihten itibaren 15 gün içinde, gelir testini yapan vakfa yazılı başvuru yapılarak itiraz edilebilir.

15 gün içinde itiraz edilmemesi veya yapılan itirazın ilgili vakıf tarafından reddedilmesi hallerinde, test sonucu belirlenen gelir kesinleşmiş sayılır.

Her ne kadar Yönetmelikte belirtilmemiş olsa dahi vakıf tarafından itirazı reddedilen kişi genel hükümlere göre yargı yoluna başvurma hakkına sahiptir.

Gelir testi sonucu tespit edilen kazançların uygulanması

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası uyarınca, gelir testine başvuranlar test sonucunu beklemeden asgari ücret üzerinden genel sağlık sigortası primlerini ödemeleri gerekmektedir.

Sosyal Güvenlik Kurumu, yasada öngörülen bir aylık süre içinde gelir testi için vâkfa başvurmayanların, genel sağlık sigortası primlerini asgari ücretin iki katı üzerinden ödemelerini istemekte ise de, Kamuoyunda Torba Yasa olarak bilinen Yasayla halan gelir testine başvurmamış

olanların başvurma süresi 6 aya çıkartılmıştır. Yasanın yürürlüğe girdiği tarihi takip eden aybaşından itibaren (31 Mart 2015 tarihine kadar) 6 ay içinde, gelir testi yaptırmak için ikametlerinin bulunduğu yerdeki Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfına başvurup gelir testi yaptıranlar, genel sağlık sigortası primlerini tespit edilen gelirleri üzerinden ödeyeceklerdir.

Torba Yasanın yürürlüğe girmesinden önce, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasasında öngörülen başvuru süresi geçtikten sonra gelir testi yaptırdıkları için prime esas kazancın iki katı üzerinden genel sağlık sigortası primi ödemekte olanlarda Torba Yasanın öngördüğü düzenlemeden yararlanacaklardır. Bu durumda olanlar Torba Yasanın yürürlüğe

girdiği tarihten itibaren ödemedikleri aylara ait genel sağlık sigortası primlerini gelir testi ile belirlenen gelirleri üzerinden ödeyeceklerdir. Ancak daha önce asgari ücretin iki katı üzerinden ödedikleri primleri ile varsa gecikme zammı ve gecikme cezası tutarları kendilerine iade edilmeyecektir.

6 aylık süre içinde yapılan gelir testi sonucu, aile içinde elde edilen toplam aylık gelirlerin ki kişi başına düşen tutarı asgari ücretin üçte birinden az olduğu tespit edilenler, yoksul kabul edilerek primleri devlet tarafından ödenecektir.

Kuruma yazılı olarak başvurarak gelir testi yaptırmak istemediğini bildirenler genel sağlık sigortası primini, asgari ücretin iki katı tutarı üzerinden ödeyeceklerdir.

Ödenmemiş olan genel sağlık sigortası primlerinin yeniden yapılandırılarak ödenmesi

Torba Yasada yapılan düzenleme ile, Nisan/2014 ayı ve daha önceki aylara ait ödenmemiş olan genel sağlık sigortası primleri, Yasanın yayımlandığı tarihi izleyen aybaşından itibaren 7 ay içerisinde (Nisan 2015 tarihine kadar) Kuruma başvurularak, ilk taksidinin 8 ay içinde (31 Mayıs 2015 tarihine kadar, 31 Mayıs 2015 tarihi Pazar gününe rastladığından 1 Haziran 2015 günü akşamına kadar) ödenmesi halinde, bakiye prim borcunun iki aylık süreler ile altı, dokuz, oniki ve onsekiz aylık eşit taksitlerle ödenebilecek.

Genel sağlık sigortası prim borçlarını yeniden yapılandırıp, Yasada belirtildiği

şekilde taksitlerinin düzenli ödenmesi durumunda tahakkuk etmiş olan prim borcunun gecikme zammı ve gecikme cezası gibi fer'i alacaklarının tamamın tahsilinden vazgeçilecektir. Prim borçlarına taksit süresine göre, Yurt İçi Fiyat Endeksindeki değişim oranları dikkate alınarak, Kurum tarafından belirlenecek katsayı kadar artış uygulanacaktır.

Genel Sağlık Sigortası prim borçlarının 1 Haziran 2015 günü akşamına kadar defaten peşin olarak ödenmesi halinde herhangi bir faiz tahsil edilmeyecektir.

Gelir testinin yenilenmesi

Sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıfları tarafından gelir tespiti yapıldıktan sonra;

Gelir durumları değişenler,

Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemindeki kayıtlarına göre hane içinde yer alan ailede

- ✓ doğum,
- ✓ ölüm,
- ✓ evlenme,
- ✓ boşanma,

ve benzeri nedenlerle değişiklik meydana gelenler, değişikliğin meydana geldiği tarihten itibaren bir ay içinde ilgili vakfa müracaat ederek gelir testinin yenilenmesini talep edeceklerdir.

Ayrıca gelir tespiti yapılanların, tescilleri yapıldığı tarihten itibaren doksan günde bir Kurum tarafından, aile içindeki bireylerin verileri, Bütünleşik Sosyal Yardım

Hizmetleri Projesi (BSYHP) kapsamında otomatik olarak güncellenecek ve güncelleme sonucu gelir durumu değiştiği tespit edilenlerin, gelir testleri değişikliğin meydana geldiği tarih itibariyle yenilenecektir.

Yoksulluk sınırı ve tespit edilecek gelirlere göre ödenecek genel sağlık sigortası prim tutarı

Gelir testi sonucu, aile içindeki aylık gelirin, kişi başına düşen aylık miktarının, asgari ücretin üçte birinden az olduğu tespit edilenler, yoksul sayılarak bu kapsamda tescil edileceklerdir. Bunların genel sağlık sigortası primleri devlet tarafından ödenecektir.

Buna göre, 30.06.2014 tarihine kadar aile içindeki aylık gelirin, kişi başına dü-

şen aylık miktarı 357 lira dan az olanlar, 01.07.2014 ila 31.12.2014 tarihleri arasında ise 378 liradan az olanlar yoksul sayılacaktır.

Her ay ödenecek genel sağlık sigortası prim tutan, gelir testi sonucu belirlenen aile içindeki kişi başına düşen gelirin yüzde 12 sidir.

Aile içindeki gelirin kişi başına düşen aylık miktarı;

asgari ücretin üçte birinden asgari ücrete kadar olduğu tespit edilenler, prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz günlük tutarının üçte biri tutarında,

(30.06.2014 tarihine kadar kişi başına düşen aylık gelir 357 ila 1.071 TL arasında olanlar aylık 42,84 lira, 01.07.2014 ila 31.12.2014 tarihleri arasında aylık kişi

başına düşen gelirleri 378 lira ile 1.134lira arasında olanlar 45,36 lira)

asgari ücretten asgari ücretin iki katına kadar olduğu tespit edilenler, prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz günlük tutarında,

(30.06.2014 tarihine kadar kişi başına düşen aylık gelir 357 ila 1.071 TL arasında olanlar aylık 128,52 lira, 01.07.2014 ila 31.12.2014 tarihleri arasında aylık kişi başına düşen gelirleri 1.134 lira ile 2.268 lira arasında olanlar 136 lira)

asgari ücretin iki katından fazla olduğu tespit edilenler ile yabancı ülke sağlık yardımından yararlanmayan vatandaşlar, prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz günlük tutarının iki katı tutarında,

(30.06.2014 tarihine kadar kiři bařına dūřen aylık gelir 2.142 liradan fazla olanlar 257,04 lira, 01.07.2014 ila 31.12.2014 tarihleri arasında aylık kiři bařına dūřen gelirleri 2.268 lira fazla olanlar 272,16 lira)

prim ōdeyeceklerdir.

SAĞLIK KURULUŞLARI, BAŞVURU, KATILIM PAYI VE İLAVE ÜCRET ÖDENMESİ

Sağlık hizmeti sunan kuruluşların sınıflandırılması

Birinci basamak resmi sağlık kurumları; Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık ocakları, aile hekimleri, kamu idareleri bünyesindeki kurum hekimlikleri, 112 acil sağlık hizmeti birimi, üniversitelerin medikososyal birimleri, Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağlık üniteleri, belediyelere ait poliklinikler.

Birinci basamak özel sağlık kurumları; İş yeri hekimlikleri, “Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” kapsamında açılan

özel poliklinikler, “Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” kapsamında açılan ağız ve diş sağlığı hizmeti veren özel sağlık kuruluşları.)

İkinci basamak resmi sağlık kurumları; Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, entegre ilçe devlet hastaneleri, Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri, Türk Silahlı Kuvvetlerinin eğitim ve araştırma hastanesi olmayan hastaneleri, belediyelere ait hastaneler ile kamu kurumlarına ait tıp merkezleri ve dal merkezleri, İstanbul Valiliği Darülaceze Müessesesi Müdürlüğü Hastanesi.

İkinci basamak özel sağlık kurumları; Özel Hastaneler Yönetmeliği”ne göre

ruhsat almış hastaneler, “Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” kapsamında açılan tıp merkezleri ile “Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” in geçici ikinci maddesine göre faaliyetlerine devam eden tıp merkezleri ve dal merkezleri.

Üçüncü basamak resmi sağlık kurumları; Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ve özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, üniversite hastaneleri ile bu hastanelere bağlı sağlık uygulama ve araştırma merkezleri, enstitüler ve semt poliklinikleri, üniversitelerin diş hekimliği fakülteleri, Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı tıp fakültesi hastanesi ile eğitim ve araştırma hastaneleri.

Provizyon İşlemleri (Sağlık yardımına müstahak olunduğunun tespiti ile kimlik doğrulama)

Kurumla sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, müracaat eden kişinin kimliğini doğrulamak ve sağlık yardımlarından yararlanma hakkının olup olmadığını Kurum bilgi işlem sistemi üzerinden tespit edip, hasta takip numarası/provizyon almak zorundadır.

Sağlık kurum ve kuruluşları, Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilerin müracaatı aşamasında, acil hallerde ise acil halin sona ermesinden sonra

- ✓ nüfus cüzdanı,
- ✓ sürücü belgesi,
- ✓ evlenme cüzdanı,
- ✓ pasaport,

gibi belgelerinde biri ile kimlik tespiti ve biyometrik yöntemlerle kimlik doğrulaması yapmaları ve hasta takip numarası almaları zorunludur

Provizyon alınmadan tedavinin sağlanacağı durumlar

Kurumla sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları aşağıdaki hal ve durumlarda tedavi için başvuran kişinin sağlık yardımlarına müstahak olup olmadığını araştırmadan gereken tedaviyi yapmak zorundadır.

- ✓ Acil hal (*),
- ✓ İş kazası ile meslek hastalığı hali,
- ✓ Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalık,
- ✓ Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmeti,
- ✓ Analık hali (**),

- ✓ Afet ve savaş ile grev ve lokavt hali,
- ✓ 18 yaş alı çocuklar,
- ✓ Tıbben başkasının bakımına muhtaç kişiler (***)).

(*)**Acil hal**; Ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlarda olayın meydana gelmesini takip eden ilk 24 saat içinde tıbbi müdahale gerektiren durumlar ile ivedilikle tıbbi müdahale yapılmadığı veya başka bir sağlık kuruluşuna nakli halinde hayatın ve/veya sağlık bütünlüğünün kaybedilme riskinin doğacağı kabul edilen durumlardır.

(**) **Analık hali**; Gebeliğin başladığı tarihten itibaren doğumdan sonraki ilk sekiz haftalık, çoğul gebelik halinde ise ilk on haftalık süre 5510 sayılı Kanun bakımından analık hali olarak kabul edilir.

(***) Tıbben başkasının bakımına muhtaç kişi; Özürlölük Ölçütü, Sınıflandırılması ve Özürlölere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik kapsamında, yetkilendirilmiş özürlü sağlık kurulu raporu vermeye yetkili sağlık kuruluşlarınca, ağır özürlü olduğu “Özürlü Sağlık Kurulu Raporu” ile belgelendirilen kişiler, tıbben başkasının bakımına muhtaç kişiler olarak kabul edilir.

Katılım payı

Genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler, sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için, Kurum tarafından belirlenen ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığınca onaylanan miktarlarda katılım payı ödemek zorundadır.

Katılım payı uygulanacak sağlık hizmetleri şunlardır;

- ✓ Sağlık Bakanlığı tarafından sözleşme imzalanmış, görevlendirilmiş veya yetkilendirilmiş aile hekimleri hariç olmak üzere ayakta tedavide hekim ve diş hekimisi muayenesinde,
- ✓ Ayakta tedavide sağlanan ilaçlarda,
- ✓ Vücut dışı protez ve ortezlerde,
- ✓ Yardımcı üreme yöntemi tedavilerinde.

Katılım payının tahsili

İkinci ve üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında yapılan muayeneler için öngörülen katılım payı;

- ✓ Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bunların bakmakla yükümlü oldukları aile bireylerinin ve dul yetimlerin gelir ve aylıklarından,

- ✓ Genel sağlık sigortalıları ile bunların bakmakla yükümlü oldukları aile bireylerinin eczanelerce kendilerinden, tahsil edilmektedir.

Özel sağlık hizmeti sunucularında yapılan muayeneler için öngörülen katılım payı;

- ✓ Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bunların bakmakla yükümlü oldukları aile bireylerinin ve dul ve yetimlerin gelir ve aylıklarından,
- ✓ Genel sağlık sigortalıları ile bunların bakmakla yükümlü oldukları aile bireylerinin tedavi gördükleri sağlık hizmeti sunucusunca kendilerinden,
- ✓ Yeşil alan muayenesi" sonucunda oluşan katılım payı eczanelerce kendilerinden, tahsil edilmektedir.

Görmeye yardımcı tıbbi malzemelere (gözlük, lens) ilişkin katılım payı;

- ✓ Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bunların bakmakla yükümlü oldukları aile bireylerinin ve dul ve yetimlerin gelir ve aylıklarından
- ✓ Genel sağlık sigortalıları ile bunların bakmakla yükümlü oldukları aile bireylerinin Kurumla sözleşmeli optisyenlik müessesesi tarafından kendilerinden, tahsil edilmektedir.

Ağız protezlerine ilişkin katılım payı;

- ✓ Kurumla sözleşmeli/protokollü sağlık kurum veya kuruluşlarınca yapılan ağız protezi katılım payları, sağlık kurum veya kuruluşlarınca kişilerden,
- ✓ Kurumla sözleşmesiz; serbest dişhekimlikleri ile sağlık kurum veya kuru-

luşlarında yaptırılan ağız protezi katılım payları, Kurumca ödeme aşamasında kişilerden,

tahsil edilmektedir.

Ortez ve protezlere ilişkin katılım payı

- ✓ Genel sağık sigortalısının, emeklinin bunların bakmakla yükümlü oldukları aile bireyleri ile dul ve yetimlerin kendileri tarafından temin edilen ve katılım payı tahsil edilmesi gereken vücut dışı protez ve ortezlerin katılım payı tutarı, Kurumca ödeme aşamasında kendilerinden,
- ✓ Sağık kurumlarınca temin edilen ve katılım payı tahsil edilmesi gereken tıbbi malzemelerin katılım payı tıbbi malzemeyi temin eden sağık kurumlarınca, genel sağık sigortalısının, emeklinin bunların bakmakla yükümlü oldukları

aile bireyleri ile dul ve yetimlerin kendilerinden,

Tahsil edilmektedir.

Kurumdan aldıkları gelir ve aylık tutan 100 (yüz) TL'nin altında olanlar ile yoksulluk kapsamında gencl sağlık sigortalısı olarak tescil edilenler ve bunların bakınakla yükümlü oldukları aile bireyleri, ikamet ettikleri yerdeki sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıflarına başvurarak ödedikleri katılım paylarını geri alabilmektedir.

Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesinde ödenecek katılım payı tutarı

Birinci basamak sağlık hizmeti sunucularında yapılan hekim ve diş hekimi muayenesinden katılım payı alınmamaktadır.

İkinci ve üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında 5 TL

Özel sağlık hizmeti sunucularında 12 TL

Katılım payı alınmaktadır.

Kamu ve özel sağlık kuruluşlarına yapılan acil başvurularda, tedaviyi yapan hekim, tedavinin, Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen “Yeşil alan” kapsamındaki hastalıklardan olduğuna karar verir ise bu tedavilerle ilgili olarak da katılım payı ödenmektedir.

Kurumca belirlenen kronik hastalıklar ve acil haller hariç olmak üzere 10 gün içerisinde aynı branşta farklı sağlık hizmet sunucusuna yapılan başvurularda katılım payı tutarları 5 (Beş) lira artırılarak tahsil edilecektir.

Ayakta yapılan tedavilerde sağlanan ilaçlar için ödenecek katılım payı tutarı ve ilaca ödenecek taban fiyat farkı

Kurumdan gelir ve aylık alan emekli-
lerden, bunların geçindirmekle yükümlü
oldukları aile bireylerinden, dul ve ye-
timlerden, ayaktan tedavilerde verilen ve
Kurumca karşılanan ilaçların, bedelinin
yüzde 10 u,

Genel sağlık sigortalıları ile bunların
bakmakla yükümlü oldukları aile bireyle-
rine verilen ilaçların bedelinin yüzde 20 si

Tutarında katılım payı alınmaktadır.

Ayrıca her bir reçete için 3 (üç) TL,

Her bir reçeteye üç kutudan fazla yazıl-
an her bir kutu ilaç için 1(bir) TL,daha
ilave katılım payı alınmaktadır.

(Enjekteble formlar ile serum, beslenme ürünleri ve majistraller için kutu sayısına bakılmaksızın her bir kalem 1(bir) kutu olarak değerlendirilir.)

Sağlık Uygulama Tebliği eki “Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesinde” yer alan ilaçlarla ilgili hastalıkların, Sağlık raporu ile belgelendirilmesi koşuluyla, bu ilaçlardan katılım payı alınmamaktadır. Bu ilaçlar kutu/kalem hesabında dikkate alınmamaktadır.

Sosyal Güvenlik Kurumu, Sağlık Uygula Tebliği ile 1 Ekim 2014 tarihinden itibaren ilca taban fiyat uygulamasına başlayacaktır. Bu uygulama ile birlikte hastaların, bazı ilaçlarda, tercih edecekleri ilaçlar için ödeyecekleri eşdeğer ilaç farkı artacaktır.

Hastanın doktoru ile görüşerek, ilacını ödeyebileceği fiyat farkına göre tercih etmesi lehine olacaktır.

Tıbbi malzemelere ödenecek katılım payı tutarı

- ✓ Vücut dışı protez ve ortezlerden,
- ✓ Görmeye yardımcı tıbbi malzemelerden,
- ✓ Ağız protezlerinden,
- ✓ Sağlık raporunda hayati öneme haiz olduğu belirtilmeyen diğer protezler ve ortezlerden,

katılım payı alınmaktadır.

Kurumdan gelir ve aylık alan emeklilere, bunların geçindirmekle yükümlü oldukları aile bireylerine, dul ve yetimlere

verilen protezler ve ortezlerin bedelinin yüzde10,

Genel sağlık sigortalıları ile bunların bakmakla yükümlü oldukları aile bireylerine verilen protezler ve ortezlerin bedelinin yüzde 20 si

Kendilerinden tahsil edilmektedir.

Ancak, alınacak katılım payı tutarı, vücut dışı protez veya ortezin alındığı tarih-
teki brüt asgarî ücretin yüzde75'ini geçemeyecektir. (Vücut dışı protez veya ortezler için 30.06.2014 tarihine kadar en çok 803,25 lira, 01.07.2014-31.12.2014 tarihleri arasında en çok 850,50 lira katılım payı tutarı alınabilecektir.)

Vücut dışı protez veya ortezler için uygulanacak yüzde 75 oranında ki üst sınır, her bir protez ve ortez için ayrı ayrı uygulanacaktır.

Sağlık raporu ile hayati öneme haiz olduğu belirtilen protezler ve ortezlerden, katılım payı alınmamaktadır.

Harp ve vazife malulleri ile gazilere dış implant tedavilerinde diğer sigortalılardan farklı olarak implant başına 700 TL'ye kadar ödeme yapılabilecektir.

Yardımcı üreme yöntemi tedavilerinde ödenecek katılım payı tutarı

Çocuk sahibi olmayan evli genel sağlık sigortalısı kadının kendisinin, erkek ise karısının; yapılan tıbbî tedavileri sonrasında normal tıbbî yöntemlerle çocuk sahibi olamadığının, ancak yardımcı üreme yöntemi ile çocuk sahibi olabileceğinin Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları sağlık kurulları tarafından tıbben

mümkün görülmesi ve **diğer koşulları da** yerine getirmeleri halinde yardımcı üreme yöntemi tedavilerinden **üç kez** yararlanmaları mümkündür.

Yardımcı üreme yöntemi tedavilerinde yararlanan sigortalı veya geçindirmekle yükümlü olduğu eşi, bu tedaviler için belirlenen bedeller üzerinden, birinci denemede yüzde 30, ikinci denemede yüzde 25 ve üçüncü denemede yüzde 20 oranında katılım payı ödeyecektir.

Yardımcı üreme yöntemi tedavilerine ilişkin katılım paylı tutarları, tedavinin sağlandığı sağlık hizmeti sunucusunca tedavi gören kişilerden tahsil edilmektedir.

İlk evlilikten dolayı çocuğu olmayan sigortalı, ikinci evliliğinde de çocuğu olmaması halinde yukarıda belirtilen şart-

larda yardımcı üreme yönteminden yararlanabilecektir.

Yatarak tedavide katılım payı

Yasa ve Yönetmelikte, Kurum tarafından belirlenecek hastalık gruplarına göre, yatarak tedavilerde sağlanan sağlık hizmetleri bedelinin yüzde birine kadar hastalardan katılım payı alınması öngörülmüştür.

Hastalardan yatarak tedavilerde alınacak katılım payı tutarı, bir takvim yılında asgari ücret tutarını geçmemek kaydıyla, her bir yatarak tedavi için asgari ücretin dörtte birini geçmeyecektir.

Bugün için Kurum, yatarak tedavilerde hastalardan katılım payı alınması uygulamasını başlatmamıştır.

Katılım payı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri

1- İş kazası veya meslek hastalığı nedeniyle yapılan tedavilerden,

2- Askerî tatbikat ve manevralarda sağlanan sağlık hizmetlerinden,

3- Afet ve savaş hali nedeniyle sağlanan sağlık hizmetlerinden,

4- Kontrol muayenelerinden,

5- Acil servislerde verilen “Yeşil alan muayenesi” kapsamına giren sağlık hizmetleri hariç, sağlık hizmetlerinden,

6- Kurumca finansmanı sağlanan kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinden,

7- Sağlık raporu ile belgelendirilmesi şartıyla; Kurumca belirlenen Sağlık Uygulama Tebliği Eki “Ayakta Tedavide Hekim ve Diş Hekimi Muayenesi Katılım Payı

Alınmayacak Kronik Hastalıklar Listesin” de yer alan kronik hastalıklarda, kişilerin bu hastalıkları ile ilgili uzmanlık dalındaki ayaktan muayenelerinden,

(Ancak; aynı muayenede Kurumca belirlenen katılım payı alınmayacak kronik hastalıklar listesinde yer almayan başka bir tanının da tespit edilmesi ve/veya bu tanıya yönelik tedavinin düzenlenmesi halinde katılım payı alınmaktadır.)

(8) Tetkik ve tahliller ile diğer tanı yöntemlerinde kullanılan ilaçlardan, yatarak tedavilerde kullanılan ilaçlardan, sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla Sağlık Uygulama Tebliği eki Listesinde yer alan ilaçlardan,

(9) Tıbbi sarf malzemeleri ile Sağlık raporunda hayati öneme haiz olduğu belirtilen tıbbi malzemelerden,

(10) Sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla; organ, doku ve kök hücre nakline ilişkin sağlık hizmetlerinden,

Sağlık Uygulama Tebliğinde ki esaslar doğrultusunda katılım payı alınmamaktadır.

Hastalardan ilave ücret alınması

Kurumla sözleşmeli; vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşları bulundukları basamaklara göre; Kurumca belirlenen oranı (yüzde 30 ila yüzde 90 oranında) geçmemek kaydıyla, sigortalılardan, emeklilerden, bunların geçindirmekle yükümlü olduğu aile bireylerinden, dul ve yetimlerden ilave ücret alabilmektedir.

Vakıf üniversiteleri hariç, yükseköğretim kurumlarına ait sağlık hizmeti sunucularında, mesai saatleri dışında, bizzat öğretim üyeleri tarafından verilen sağlık hizmetleri için Kurumca belirlenmiş sağlık hizmetleri bedelinin bir defada asgari ücretin iki katını geçmemek üzere, poliklinik muayenelerinde en fazla iki katı, diğer hizmetlerde en fazla bir katı kadar ilave ücret alınmaktadır.

Kurumla sözleşmeli; vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşları ile yüksek öğretim sağlık kuruluşlarının bizzat öğretim üyelerinin yaptığı tedavi hizmetleri için, hastalardan alacakları ilave ücret tutarları, Sağlık Uygulama Tebliğinde ve eklerinde yer alan sağlık hizmetleri işlem bedellerinin tamamı üzerinden, Kuruma fatura edilebilen tutarlar esas alınarak hesaplanmaktadır.

Sigortalılar, emekliler, bunların geçindirmekle yükümlü olduğu aile bireyleri, dul ve yetimler, Kurumla sözleşmeli eczanelerden, Kurum tarafından karşılanan eşdeğer ilaçların yerine talep ettikleri eşdeğer ilacın, Kurumun karşıladığı ilacın bedeli arasındaki farkı, Kurumla sözleşmeli optisyenlik müesseselerinden, talep ettikleri görmeye yardımcı malzemelerin bedeli ile Kurumca ödenen görmeye yardımcı malzemelerin bedeli arasındaki farkı ödeyeceklerdir.

Sigortalılar, emekliler, bunların geçindirmekle yükümlü olduğu aile bireyleri, dul ve yetimler, Kurum tarafından karşılanmayan sağlık hizmetlerini talep etmeleri halinde bu hizmetlerin bedelinin tamamını kendileri ödeyecektir

Sigortalıların, emeklilerin, bunların geçindirmekle yükümlü olduğu aile bireylerinin, dul ve yetimlerin, sağlık kuruluşlarına ödedikleri ilave ücretleri, eş değer ilaç farklarını, gözlük cam ve çerçeve farklarını, Kurum tarafından karşılanmayan sağlık hizmeti bedellerini Kurum kendilerine ödememektedir.

Özel ve kamu sağlık kuruluşları, acil vakalar hariç, muayene ve tedaviye başlamadan önce, hastalara sunacakları sağlık hizmetleri için alacakları ilave ücretlerle ilgili olarak hastanın veya hasta yakınının yazılı onayını almak zorundadır. Özel ve kamu sağlık kuruluşları, hastadan veya hasta yakınlarından yazılı onay alınmadan, tedavi işlemleri sonrasında, herhangi bir gerekçe ileri sürerek ilave ücret isteme hakkına sahip değildir. .

Acil haller nedeniyle sağlık kuruluşuna başvuran veya götürülen hastanın, acil halinin sona ermesini müteakip, tedaviyi yapan sağlık kuruluşu, acil halin sona erdiği, bu tarihten itibaren tedaviye devam edilmesi halinde sunulacak sağlık hizmetleri için ilave ücret alınacağı konularında hastanın kendisini veya yakınıni, bilgilendirecek; Sağlık Uygulama Tebliği ekinde ki “Acil Halin Sona Ermesine İlişkin Bilgilendirme Formu”nu imzalayıp onaylatacaktır. Aksi halde yapılan tedavi ile ilgili olarak ilave ücret almaları mümkün değildir.

Kurumla sözleşmeli/protokollü vakıf niversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşları, aynı başvuru numarası altında yapılan Kurumca karşılanan sağlık hizmeti bedellerinin toplamının 100 (yüz) TL’yi aşması halinde, bu hiz-

metleri ve varsa ilave ücret tutarını gösterir, Sağlık Uygulama Tebliği eki “Hastaya Sunulmuş Olan Hizmetleri ve İlave Ücreti Gösterir Belge”yi yatan hasta tedavilerinde en geç hastanın taburcu olduğu tarihte, diğer tedavilerde ise işlemin yapıldığı tarihte hastaya vermek zorundadır.

Ancak hastanın istemesi halinde, Kurumla sözleşmeli/protokollü vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşları, tutar sınırı olmaksızın sunulan tüm işlemleri ayrıntılı olarak gösteren bilgi ve belgeleri hastaya vermek zorundadır. Söz konusu bilgiler aynı süreler içerisinde elektronik ortamda da sağlanabilecektir.

Hastaların, internet ortamında Sosyal Güvenlik Kurumunun sitesine girip “Hastaneni Seç-Doktoruna Ulaş” bölü-

münü tıklayarak başvuracakları hastaneyi seçmeleri, alacakları sağlık hizmeti ile ilgili olarak ödeyecekleri ilave ücreti hesaplamaları mümkündür.

Otelcilik hizmetlerinde ilave ücret alınması

Kurumla sözleşmeli/protokollü kamu ve özel sağlık kurumları, asgari banyo, TV ve telefon bulunan; 2 yataklı odalarda sundukları otelcilik hizmetleri için Sağlık Uygulama Tebliği eki listede yer alan “Standart yatak tarifiesi” işlem bedelinin 1,5 katını (günlük 48.72 lira), tek yataklı odalarda ise 3 katını (97.44 lira) geçmemek üzere, Sigortalılardan, emeklilerden, bunların geçindirmekle yükümlü olduğu aile bireylerinden, dul ve yetimlerden ilave ücret almaktadır.

Gün birlik tedavi kapsamındaki iş-
lemler sırasında verilen otelcilik hizmeti
için ise en fazla “Gündüz Yatak Tarifesi”
işlem bedelinin 3 katına (19,48 lira) ka-
dar ilave ücret almaktadırlar.

İstisnai sağlık hizmetlerinden alınan ilave  cret

Kurumla sözleşmeli/protokollü sağlık
kurum ve kuruluşları, Sağlık Hizmetleri
Fiyatlandırma Komisyonu tarafından be-
irlenen ve Sağlık Uygulama Tebliği eki
“İstisnai Sağlık Hizmetleri Listesi” nde yer
alan istisnai sağlık hizmetleri için Sigorta-
lılardan, emeklilerden, bunların ge indir-
mekle yükümlü olduğu aile bireylerinden,
dul ve yetimlerden Tebliğde belirtilen
işlem bedellerinin 3 katını geçmemek
 zere ilave ücret almaktadırlar.

Örneğin; prostat ameliyatı gereken hasta genel cerrahi yerine prostata lazer tedavisinin (kanama diyatezi ve kalp yetmezliği olan hastalar hariç) uygulanmasını istemesi halinde 3888 liraya kadar ilave ücret ödeyecektir

İlave ücret alınmayacak sağlık hizmetleri

Aşağıda belirtilen sağlık hizmetleri için hiçbir ilave ücret alınmamaktadır.

- ✓ Acil servislerde verilen ve SAĞLIK Uygulama Tebliği eki Listesinde yer alan “Yeşil Alan Muayenesi” adı altında Kuruma fatura edilebilen sağlık hizmetleri hariç olmak üzere, acil haller nedeniyle sunulan sağlık hizmetleri,
- ✓ Yoğun bakım hizmetleri,

- ✓ Yanık tedavisi hizmetleri,
- ✓ Kanser tedavisi (radyoterapi, kemoterapi, radyo izotop tedavileri),
- ✓ Yenidoğana verilen sağlık hizmetleri,
- ✓ Organ, doku ve kök hücre nakilleri,
- ✓ Doğumsal anomaliler için yapılan cerrahi işlemlere yönelik sağlık hizmetleri,
- ✓ Diyaliz tedavileri, ardiyovasküler cerrahi işlemleri,
- ✓ Koklear implant yerleştirilmesi" işlemleri,

Acil hallerde Kurumun tedavi giderlerini ödemesi

Yönetmelikte ve Sağlık Uygulama Tebliğinde 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 durumlar” olarak tanımlanmıştır.

Genel sağlık sigortalıların veya geçindirmekle yükümlü olduğu aile bireylerinin yukarıda tanımlanan acil haller nedeniyle Kurumla sözleşmesi olmayan sağlık kuruluşuna başvurmak zorunda kalmaları veya başkaları tarafından götürülmeleri durumunda, tedavi gördükleri sağlık kuruluşundan alacakları raporla vakanın acil olduğunu belgelemeleri ve Kurumun yetkili sağlık kuruluşlarınca da acil halin kabul edilmesi du-

rumunda, sarf belgeleri karşılığında, acil halin ortadan katılığı güne kadar yapılan tedavi giderleri kurum tarafından ödenmektedir.

Türkiye’de tahlil, tetkik ve tedavinin mümkün olmaması nedeniyle yurt dışında sağlanacak sağlık hizmetleri

Sigortalıların, emeklilerin, bunların geçindirmekle yükümlü olduğu aile bireylerinin, dul ve yetimlerin, Kurumca yetkili kılınan sağlık hizmeti sunucuları tarafından düzenlenen sağlık kurulu raporların da yurt içinde tedavilerinin mümkün olmadığının belirlenmesi ve bu raporun, Kurumca belirlenecek sağlık hizmeti sunucusu sağlık kurulu

tarafından teyit edilmesi, yetkili sağlık kurulu tarafından teyit edilen bu raporu, tedavinin yurt içinde yapılacağı ile ilgili olara Sağlık Bakanlığının onaylaması halinde, bu hastalığın tedavisine ilişkin yurt dışında yapılacak sağlık hizmeti giderlerini Kurum 6demektedir.

Yurt dışında tedavi edilecek hasta, 6ncelikle sevke konu tedaviye ilişkin yurt dışındaki s6zleşmeli sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilir. Yurt dışında s6zleşmeli sağlık hizmeti sunucusunun olmaması hâlinde ise sevk edilen sağlık hizmeti sunucusuna g6nderilir.

Kişilerin T6rkiye ile sosyal g6venlik s6zleşmesi olan bir 6lkeye g6nderilmesi hâlinde; o 6lke ile yapılan sosyal g6venlik s6zleşmesinde tedavi uygulaması 6n-

görölmüş ve tedavi amacıyla gönderilen sigortalı da sosyal güvenlik sözleşmesinin kapsamında bulunuyor ise bunlar hakkında sosyal güvenlik sözleşmesi hükümleri uygulanır.

Kurumca hastanın veya tetkikin yurt dışına gönderilmesi, tetkik ve tedavi işlemleri, yurda dönüş işlemleri ile tedavi giderlerinin ödenmesinde, misyon şeflikleri ile gerektiğinde işbirliği yapılabilir.

Yurt dışındaki tedavi süresi, alı ayı geçmemek kaydı ile sağlık kurulu raporunda belirtilir. Tedavi süresi raporda belirtilen süreyi geçemez. Tıbbî nedenlerle yurt dışında tedavinin uzaması hâlinde, tıbbî gerekçeleri misyonşeflikleri vasıtasıyla Kuruma gönderilir. Sevke esas sağlık kurulu raporunu teyit eden sağlık hizmeti sunucusunun

görüşü ve Kurumun onayı ile bu süre altı ayı geçmeyen dönemler halinde uzatılabilir. Belirlenen ya da uzatılan sürenin aşılması hâlinde aşılan süreye ait tedavi giderleri ile gündelik ve refakatçi giderleri ödenmez.

Sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmek ve Sağlık Bakanlığınca onaylanmak koşuluyla yurt içinde yapılamayan tetkikler, numunenin veya gerekçeleri ile belirtilmek kaydıyla hastanın gönderilmesi suretiyle yurtdışı sağlık hizmeti sunucularında yaptırılır.

Yurt dışı tedaviye ilişkin raporların Sağlık Bakanlığınca onaylanmasından itibaren üç ay içinde yurtdışına çıkılmaması nedeniyle işlem yapılmayan raporların yenilenmesi gerekmektedir.

Yurt dışı tahlil, tetkik ve tedaviye ilişkin demeler ve belgelerin onaylanması

Kurum tarafından yurt dışına tedavi veya tetkik işlemleri için gönderilen sigortalılara, emeklilere, bunların geçindirmekle yükümlü olduğu aile bireylerine, dul ve yetimlere, yapacakları giderlerine mahsuben **avans** denmektedir.

Hastanın yurtdışında tedavisi veya tetkiki devam etmekte iken Misyon şekliği aracılığıyla da **avans** demesi yapılabilir.

Kurum, **avans** demeleri için, gerektiğinde yurt dışındaki sağlık hizmeti sunucuları tarafından düzenlenen belgelerin ve raporların Misyon şelikleri tarafından

tercüme edilmesini ve onaylanmasını istemektedir. Ancak hastalar tarafından tercümesi yaptırılan belge ve raporlarda Kurum tarafından kabul edilebilmektedir.

Kurum tarafından yurtdışına tedavi amacıyla gönderilen hastanın ve raporda gerekli görülmesi halinde, bir kişiyle sınırlı olmak üzere refakatçisinin yol gideri, raporda belirlenen ulaşım aracına göre fatura veya bilet tutarı üzerinden Kurumca ödenmektedir. 18 yaşını doldurmamış hastaların yurtdışına gönderilmesi halinde, raporda gerek görülmesine bakılmaksızın refakatçisinin yol ve gündelik gideri Kurumca ödenmektedir.

Yurt dışına tedavi amacıyla gönderilen hasta ve refakatçisine ayaktan tedavinin sağlandığı günler için gündelik, yatarak tedavide ise yatarak tedavi süresi ile sınır-

lı olmak üzere sağlık hizmeti sunucusunda kalınmayan günler için refakatçisine yemek ve yatak gideri, gündelik tutanını aşmamak üzere ödenmektedir. Ayrıca Kurumca yurt dışına organ nakli için gönderilen hastanın, uygun organ teminine kadar geçecek süreyi naklin yapılacağı ülkede beklemesine onay verilen hasta ve refakatçisine Kurumca belirlenen süre için gündelik ödenmektedir.

Yurt dışına tedavi amacıyla gönderilenlerin tedavi giderleri, Kurum tarafından yurt dışı sağlık hizmeti sunucusunun banka hesabına havale edilmesi veya kişilerce ödenen tutarın belge karşılığı kendilerine ödenmesi suretiyle karşılanmaktadır.

Hastanın, Kurumun yurt dışındaki sözleşmeli sağlık kuruluşuna gitmeyecek tercihi doğrultusunda tedavisini

yurtdışında başka bir sağlık kuruluşunda yaptırması durumunda hastaya ödenecek tedavi gideri sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusuna ödenebilecek tutarı geçmemektedir.

Yurt dışına tedavi amacıyla gönderilen hastanın sevke konu hastalığına bağlı olarak gelişen komplikasyon, ilişkili tedaviler ve acil hâller dışındaki sağlık hizmetleri Kurumca ödenmemektedir.

Tedavi/ tetkik için yurt dışına gönderilen hastanın ölümü hâlinde cenazesinin ülkeye nakil gideri ile varsa refakatçisinin yurda dönüş yol giderleri Kurum tarafından karşılanmaktadır.

Yurtdışında yaptırılan tetkiklerin ücretleri, tetkiki yapan sağlık hizmeti sunucusunca düzenlenen faturada/fatura yerine geçen belgede belirtilen tu-

tar üzerinden Kurumca ödenmektedir. Hastanın yurtdışına gönderilmesi suretiyle yaptırılan tetkiklere ilişkin yol ve gündelik giderleri Kurumca ayrıca karşılanmaktadır.

Kök hücre, donör tarama ve temin işlemlerinin bedelleri belgeleri karşılığında geri dönük de ödenebilecektir.

Kurum tarafından karşılanmayan sağlık hizmetleri

Aşağıda belirtilen sağlık hizmetlerinin bedelleri Kurum tarafından karşılanmamaktadır.

- ✓ Vücut bütünlüğünü sağlamak amacıyla yönelik protezler ile fonksiyon kaybını gidermeye yönelik 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 diştedaviler,

- ✓ Geleneksel, tamamlayıcı, alternatif tıp uygulamaları ile Sağlık Bakanlığınca insan sağlığı bakımından kullanılmasına veya uygulanmasına izin veya ruhsat verilmeyen sağlık hizmetleri,
- ✓ Sağlık Bakanlığınca tıbben sağlık hizmeti olduğu kabul edilmeyen sağlık hizmetleri,
- ✓ ülkemizde ikamet eden yabancı ülke vatandaşlarının, genel sağlık sigortalısı veya genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi sayıldı-

ğı tarihten önce var olan kronik hastalığa ilişkin sağlık hizmetleri,

- ✓ Kurumca finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin kapsamı dışında bırakılan sağlık hizmetleri,

Sevk edilen hastaya yol ve gündelik gideri ödenmesi

Yol ve gündelik gideri ödenebilmesi için;

- Kişilerin, müracaat ettikleri sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusunda yapılan hekim veya dış hekiminin muayenesi veya tedavisi sonrasında, gerekli teşhis veya tedavi cihazlarının veya ilgili branş uzmanının bulunmaması gibi tıbbi ve zorunlu nedenlerle yerleşim yeri dışındaki sağlık hizmeti sunucusuna sevk yapılması,

- Sevkin, Kurumca belirlenen istisnalar hariç olmak üzere, sözleşmeli ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusunca yapılmış olması,
- Sevkin, Sağlık Uygulama Tebliği eki “Hasta sevk formu” ile veya bu formda istenilen bilgilerin yer aldığı belge tanzim edilerek yapılmış olması,
- Sevk belgesinde hekim imza ve kaşesinin olması (ayrıca başhekim onayı aranmayacaktır. (Hasta Sevk formunun elektronik ortamda alınmaya başlanması durumunda ayrıca basılı olarak istenilip istenilmeyeceği, onay süreci ve diğer gönderilme usulleri Kurumca belirlenecektir.)
- Sevkin yapıldığı gün dahil 3 (üç) işgünü içinde sevk edilen sağlık hizmeti sunucuna müracaat edilmiş olunması,

- Bir kişiyle sınırlı olmak üzere sevki düzenleyen sağlık hizmeti sunucusunca refakatin tıbben gerekli olduğunun (18 yaşını doldurmamış çocuklar için aranmaz), sevk ile müracaat edilen sağlık hizmeti sunucusunca refakatçi eşliğinde gelindiğinin ve/veya kalındığının Hasta Sevk formunda belirtilmiş olması,

gerekmektedir.

- Sevklerin teşhis ve tedavinin sağlanabildiği en yakın sağlık hizmeti sunucusuna yapılması esastır.
- Müracaat edilen sağlık hizmeti sunucusunca; tedavinin yapılabilindiği en yakın üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusunun bulunduğu yerleşim yeri mesafesini aşmamak kaydıyla yapılan sevklerle ilişkin yol gideri, sevk edilen

yerleşim yeri esas alınarak ödenir. (istisnai haller hariç)

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

Gelir testi sonucu yoksulluğu kabul edilenler ile sosyal güvenlik yasalarına göre gelir ve aylık alanlar hariç genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, sağlık hizmetlerinden, yol ve gündelik giderleri ile refakatçi haklarından yararlanabilmeleri için;

Sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihten önceki son bir yıl içinde toplam otuz gün genel sağlık sigortası prim gün sayısının olması,

- ✓ Tarım veya orman işlerinde hizmet akdiyle süreksiz olarak çalışanların,
- ✓ Ticari taksi, dolmuş ve benzeri nitelikteki şehir içi toplu taşıma aracı işyerleri ile Kültür ve Turizm Bakanlığınca belirlenecek alanlarda kısmi süreli iş sözleşmesiyle bir veya birden fazla kişi tarafından çalıştırılan ve çalıştıkları kişi yanında ay içerisinde çalışma saati süresine göre hesaplanan çalışma gün sayısı 10 günden az olan kişilerin,
- ✓ Ev hizmetlerinde bir veya birden fazla gerçek kişi tarafından çalıştırılan ve çalışma saatlerinin toplamına göre, çalıştıkları kişi yanındaki ay içindeki hizmet süresi 10 günden az olan ev hizmetlerinin
- ✓ Sigortalı olarak çalışmayan, sosyal güvenlik yasalarından gelir aylık almayan

ve bunların bakmakla yükümlü oldukları aile bireyi olmayan kedi adına genel sağlık sigortalısı olan vatandaşların,

Ve bunların bakmakla yükümlü oldukları aile bireylerinin sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihten önceki son bir yıl içinde toplam otuz gün genel sağlık sigortası prim gün sayısının olması yanında, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Yasaya göre tecil ve taksitlendirilenlerden tecil ve taksitlendirmeleri devam edenler hariç altmış günden fazla prim ve prime ilişkin her türlü borcunun bulunmaması,

Kendi adına bağımsız olarak çalışan sigortalıların ile yurdumuzda oturma izini almış mütekabiliyet esaslarına

göre genel sağlık sigortalısı olan yabancı uyruklu kişilerin ise önceki bir yıl içindeki 30 günlük prim gün şartı ile birlikte sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte prim ve prime ilişkin her türlü borcunun bulunmaması, gereklidir.

Genel sağlık sigortalısının tescil tarihinden itibaren otuz gün dolmadan prim tutarı  demiş olsa dahi otuz gün dolmadan sağlık hizmetlerinden yararlanmak mümkün değildir.

Kamu görevlisi sigortalılarından aylıksız izin kullananların g revce başlamaları hali ile genel salık sigortalısının bakılmakla yükümlü olduğu aile ferdi hakkını kaybeden sigortalılardan önceki bir yıl içinde otuz gün prim  demiş olma şartı aranmaz.

Sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu gün prim ve prime ilişkin borçlarını ödeyenler sağlık hizmetlerinden yararlanacaktır.

HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİ UYARINCA HASTALARA BİLGİ VERME ZORUNLUĞU

Tedaviyi yapacak uzman hekim, Yönetmelik uyarınca, hastayı mümkün olduğunca sade şekilde, tereddüt ve şüpheye yer vermeden, hastanın sosyal ve kültürel düzeyine uygun olarak anlayabileceği şekilde bilgilendirmek zorundadır.

Hastaya;

- ✓ Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği,
- ✓ Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi,
- ✓ Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler

ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri,

- ✓ Muhtemel komplikasyonları,
 - ✓ Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri,
 - ✓ Kullanılacak ilaçların önemli zellikleri,
 - ✓ Sağlığı için kritik olan yaşam tarzı nerileri,
 - ✓ Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma nasıl ulaşabileceği,
- hususlarında bilgi verilmesi gereklidir.

TÜRK-İŞ
Bilgi Merkezi

TÜRK-İŞ Bilgi Merkezi



344.02 TOZ 2014