

YÖNETMELİK

Sosyal Güvenlik Kurumundan:

Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları Yönetmeliği**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 uygulamalarına ilişkin usul ve esaslarını 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, 5510 sayılı Kanunun 107 nci maddesi hükmüne dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 4 – (1) Bu Yönetmelikte geçen;

- a) Aile hekimi: Sağlık Bakanlığı tarafından aile hekimi olarak yetkilendirilen ve/veya Kurum ile sözleşme yapmış hekimleri,
- b) Asgari ücret: 22/5/2003 tarihli ve 4857 sayılı İş Kanununun 39 uncu maddesi gereği Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığınca Asgari Ücret Tespit Komisyonu aracılığı ile 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 sigortalıları ile vazife malullüğü hâlinde yapılan sürekli ödemeyi,
- d) Bakanlık: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığını,
- e) Bakmakla yükümlü olduğu kişi: 5510 sayılı Kanunun 5 inci maddesinin birinci fıkrasının (b) bendi ile 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1), (2) ve (7) numaralı alt bentleri ile yedinci ve sekizinci fıkraları 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) Geçimi genel sağlık sigortalısı tarafından sağlanan, Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Gelir Tespiti, Tescil ve İzleme Sürecine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik uyarınca yapılan gelir testi sonucunda 5510 sayılı Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin 1 numaralı alt bendi ve aynı fıkranın (g) bendi kapsamında olup da aile içinde fert başına düşen gelir miktarı asgari ücrete kadar olduğu tespit edilen 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 kadarki 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: 5510 sayılı 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: 11/1/2011 tarihli ve 6098 sayılı Türk 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: 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) Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmeti: Kişilerin, hastalıktan korunması veya sağlıklı olma hâlinin sürdürülmesi amacıyla kişiyeye yönelik olarak finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerini,

u) Kurum: Sosyal Güvenlik Kurumunu,

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 kurullarını,

v) Misyon şefliği: Genel sağlık sigortalısının geçici veya sürekli görevle bulunduğu, tetkikin/ tedavinin yapıldığı 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 temsilciği ile çalışma ataşelikleri ve müşavirlikleri,

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

z) 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,

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

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

cc) Ödeme Komisyonu: Beşeri tıbbî ürünlerin/beşeri ilaçların ödeme usul ve esaslarının belirlenmesi hususunda, Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığının koordinatörlüğünde Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı ve Hazine Müsteşarlığı temsilcilerinin katılımıyla oluşturulan komisyonu,

çç) 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,

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

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

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

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

ğğ) Uzman hekim raporu: İlgili tek uzman hekim tarafından düzenlenen başhekimlik mührü ve ıslak imza onayı bulunan sağlık raporunu veya elektronik ortamda düzenlenen e-raporunu,

hh) 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 veya elektronik ortamda düzenlenen e-raporunu,

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

iii) Sigortalı: Kısa ve/veya uzun vadeli sigorta kolları bakımından adına prim ödenmesi gereken veya kendi

adına prim ödemesi gereken kişiyi,

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

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

ll) Tıbben başkasının bakımına muhtaç kişiler: Engellilik Ölçütü, Sınıflandırılması ve Engellilere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik kapsamında, yetkilendirilmiş engelli sağlık kurulu raporu vermeye yetkili sağlık kuruluşlarınca, ağır engelli olduğu engelli sağlık kurulu raporu ile belgelendirilen kişileri,

mm) Tıbbî cihaz: 7/6/2011 tarihli ve 27957 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Tıbbî Cihaz Yönetmeliğinde tanımlanan her türlü araç, gereç, alet, cihaz, kişi kullanımına mahsus cihaz, aksesuar veya diğer malzemeleri,

nn) 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,

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

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

pp) Ücret: Kanunun 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,

rr) Ünite: Sosyal güvenlik il müdürlükleri ile sosyal güvenlik merkez müdürlüklerini ve sağlık sosyal güvenlik merkez müdürlüklerini,

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

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

tt) Yerleşim yeri: Belediye/büyükşehir belediye mücavir alanını, ifade eder.

Genel ilkeler

MADDE 5 – (1) Kanunun 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

Sağlık Kartı

Sağlık kartı düzenlenmesi

MADDE 6 – (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 esasları belirler.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Finansmanı Sağlanan Sağlık Hizmetlerinin Belirlenmesi ve Sağlanma Yöntemleri, Yol Gideri, Gündelik ve Refakatçi Giderleri

Finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin amacı ve kapsamı

MADDE 7 – (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 8 – (1) Kanunun 63 üncü maddesinin birinci fıkrasının (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 9 – (1) Bu Yönetmeliğin 8 inci maddesi doğrultusunda sağlanacak sağlık hizmetleri ile ilgili teşhis ve tedavileri için gerekli olabilecek kan ve kan ürünleri, kemik iliği, aşı, ilaç ve tıbbi malzemelerin 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 temin esasları

MADDE 10 – (1) Yatarak tedavilerde sağlık hizmeti sunucularında kullanılacak ilaçların tedavinin yapıldığı sağlık hizmeti sunucuları tarafından temin edilir. Ancak Kurum, yatarak tedavilerde tedavinin yapıldığı sağlık hizmeti sunucusuna temin zorunluluğu olmayan istisnai durumlara ilişkin usul ve esaslar ile temini zorunlu ilaçların sağlık hizmeti sunucularınca temin edilmeyerek hastaya aldırılması halinde yürütülecek işlemlere ilişkin usul ve esasları belirler.

(2) Kurumca finansmanı sağlanan ve ayaktan tedavilerde gerekli görülen ilaçlar, Kurumla sözleşmeli eczanelerden temin edilir. Ancak, acil hâller nedeniyle genel sağlık sigortalısı ve bakımla yükümlü olduğu kişilerin sözleşmesiz eczanelerden reçete karşılığı temin ettiği ilaçların bedelleri, acil hâlin Kurumca kabul olunması kaydıyla Tebliğ esaslarına göre kişilere ödenir.

(3) Kurum, genel sağlık sigortalısı ile bakımla 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 belirler.

Finansmanı sağlanan tıbbi malzemelerin temin esasları

MADDE 11 – (1) Kurum tıbbi malzemeleri sağlık hizmeti sunucuları ile sözleşme yapmak suretiyle sağlar. Ancak acil hallerde sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından kişilerce satın alınan tıbbi malzeme bedelleri Kurumca belirlenen usul ve esaslara göre karşılanır.

(2) Yatarak tedavilerde sağlık hizmeti sunucularında kullanılacak tıbbi malzemeler sağlık hizmeti sunucuları tarafından temin edilir. Kurum, temini zorunlu tıbbi malzemelerin sağlık hizmeti sunucularınca temin edilmeyerek hastaya aldırılması halinde tıbbi malzemelerin ödenmesine ilişkin usul ve esasları belirler.

(3) Kurumca bedeli karşılanan tıbbi malzemelerin, Kurumca belirlenen istisnalar hariç olmak üzere Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankasına (TİTUBB) kayıt/bildirim işlemi tamamlanmış olmalıdır. TİTUBB kayıt/bildirim işlemi tamamlanmamış tıbbi malzeme bedelleri Kurumca karşılanmaz. Ancak 7/6/2011 tarihli ve 27957 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Tıbbi Cihaz Yönetmeliği kapsamında yer almayan tıbbi malzeme bedellerinin ödenmesinde; TİTUBB kayıt/bildirim işlemi tamamlanmış olma şartı aranmaz.

(4) Kurum, finansmanı sağlanan tıbbi malzemeleri Kurumca belirlenen usullerle temin etmeye yetkilidir.

(5) 12/4/1991 tarihli ve 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanuna göre aylık bağlanmış malullerin, 8/6/1949 tarihli ve 5434 sayılı Kanunun 56 ncı maddesi veya 3/11/1980 tarihli ve 2330 sayılı Kanunun 2 nci maddesinin birinci fıkrasının (e) ve (f) bentlerinde sayılanlardan 3713 sayılı Kanun kapsamına giren olaylar sebebiyle malul kalıp da aylık bağlananların ve 3713 sayılı Kanun kapsamına girmese dahi başkasının yardımı ve desteği olmaksızın yaşamak için gereken hareketleri yapamayacak derecede malul olan vazife ve harp malullerinin; sağlık kurulu raporuyla kullanmaları gerekli görülen her türlü ortez/protez ve diğer iyileştirici araç ve gereçler, herhangi bir kısıtlama getirilmeksizin Kurumca karşılanır. Kanunun 72 nci maddesinde belirtilen usullere göre bedelleri karşılanacak olan bu kapsamdaki ürünler veya aynı amaca yönelik yeni ürün talepleri Kurum tarafından belirlenen usul ve esaslara göre karşılanır. Bu fıkra hükümleri, genel sağlık sigortalısı ile bakımla yükümlü olduğu kişilerden, 3713 sayılı Kanunun 21 inci maddesinde sayılan olaylara maruz kalmaları nedeniyle yaralananların, tedavileri sonuçlanıncaya veya maluliyetleri kesinleşinceye kadar geçen süre içerisinde de uygulanır.

Diğer sağlık hizmetlerinin temin esasları

MADDE 12 – (1) Kurum sağlık hizmetlerini, Kanunun 3 üncü maddesinin 25 inci bendinde ve Kanunun 63 üncü maddesinin (f) bendinde tanımlanan yurt içi ve yurt dışı sağlık hizmeti sunucuları ile Kanunun 73 maddesine göre sözleşme yapıncaya kadar Kurum tarafından belirlenmiş olan usul ve esaslar geçerlidir. Ancak acil hallerde sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından kişilerce satın alınan sağlık hizmeti bedelleri Kurumca belirlenen usul ve esaslara göre karşılanır.

(2) Kurum, kamu idarelerince verilecek sağlık hizmetlerini götürü bedel üzerinden hizmet alım sözleşmesiyle de sağlar. Kamu idaresi sağlık hizmeti sunucuları, sözleşmede belirtilen götürü bedel karşılığında genel sağlık sigortalısı ve bakımla yükümlü olduğu kişilere sözleşme kapsamında verilmesi gereken her türlü sağlık hizmetini sunar. Söz konusu sağlık hizmeti sunucuları sözleşmede belirtilen götürü bedel dışında Kurumdan veya genel sağlık sigortalısı ve bakımla yükümlü olduğu kişilerden ilave ücret alınabilecek hizmetler ve katılım payları dışında ayrıca bir bedel talep edemez. Götürü bedele ilişkin usul ve esaslar Kurum ve ilgili kamu idareleri ile müştereken belirlenir.

Yardımcı üreme yöntemi tedavileri

MADDE 13 – (1) İn vitro fertilizasyon (IVF) işlemi, Kanunun 63 üncü maddesinde tanımlanan “yardımcı üreme yöntemi” olarak kabul edilir. Ovulasyon indüksiyonu (OI) ile intrauterin inseminasyonu (IUI) işlemi bu kapsamda değerlendirilmez.

(2) Kurumca;

a) Evli olmakla birlikte çocuk sahibi olmayan genel sağlık sigortalısı kadın ise kendisinin, erkek ise karısının;
1) Yapılan tıbbî tedavileri sonrasında normal tıbbî yöntemlerle çocuk sahibi olamadığının ve ancak IVF işlemi ile çocuk sahibi olabileceğine dair Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucularınca sağlık kurulu raporu düzenlenmiş olması,

2) 23 yaşından büyük, 39 yaşından küçük olması,

3) Kurumca belirlenen istisnalar hariç olmak üzere son üç yıl içinde OI ve/veya IUI işleminden sonuç alınamamış olduğunun Kurumla sözleşmeli sağlık hizmet sunucusunun 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 veya halen genel sağlık sigortalısı olan kadının bu bentteki koşulları taşımaması halinde eşinin gerekli koşulları sağlaması,

şartlarının birlikte gerçekleşmesi hâlinde en fazla Kanununun 63 üncü maddesinde belirtilen deneme sayısı ile sınırlı olmak üzere IVF işleminin,

b) Bir hastalığın tedavisinin başka tıbbî bir yöntemle mümkün olmaması ve Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları sağlık kurulları tarafından tıbben zorunlu görülmesi hâlinde IVF işleminin, finansmanı sağlanır.

(3) Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten önce yapılan ve bedelleri sosyal güvenlik kurumlarınca ödenen IVF işlemleri, işlem adedinin hesaplanmasında dikkate alınır.

(4) IVF işlemine, 38 yaşını doldurmadan önce başlanan kadının deneme öncesi 38 yaşını doldurmuş olması durumunda, IVF işlemine ait bedeller Kurumca karşılanır.

(5) IVF işleminde kullanılan ilaçlardan katılım payı tahsil edilir.

Finansmanı sağlanmayan sağlık hizmetleri

MADDE 14 – (1) Kurumca;

a) Vücut bütünlüğünü sağlamak amacına 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 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,

d) Kanununun 63 üncü maddesine göre yöntem, tür, miktar ve kullanım sürelerinin belirlenmesi sonucunda Kurumca finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin kapsamı dışında bırakılan sağlık hizmetlerinin,

finansmanı sağlanmaz.

Komisyonlar

MADDE 15 – (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.

Yol gideri, gündelik ve refakatçi giderleri

MADDE 16 – (1) Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerine ilişkin 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 karşılanır. 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 diş hekiminin muayenesi veya tedavisi sonrasında, tıbbî veya zorunlu nedenlerle yerleşim yeri dışına yapılan sevkler ile ilişkin yol ve gündelik gideri;

a) Sevkin Kurumca istenilen bilgi ve onayların yer aldığı belge ile veya elektronik ortamda yapılmış olması,

b) Sevkin Kurumca belirlenecek istisnalar hariç olmak üzere ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından yapılmış olması,

c) Sevk tarihi itibarıyla beş iş günü içinde sevk edilen sağlık hizmeti sunucusuna müracaat edilmiş olunması, halinde Kurumca karşılanır.

(4) Üçüncü fıkrada belirtilen esaslara uygun olarak yerleşim yeri dışına yapılan sevklerle ilişkin yol gideri; sağlık hizmetinin sağlanabildiği en yakın sağlık hizmeti sunucusunun bulunduğu yerleşim yeri esas alınarak ödenir. Kişinin daha uzak bir yerleşim yerindeki sağlık hizmeti sunucusuna gitmesi hâlinde oluşacak yol gideri farkı Kurumca karşılanmaz. Ancak Kurumca belirlenecek bazı özel durum ve hastalıklar için sevk edilen yerleşim yerine göre ödeme yapılır.

(5) Genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişilere refakat eden kimselere bir kişiyle sınırlı olmak üzere yol ve gündelik gideri, sevki düzenleyen sağlık hizmeti sunucusu hekimi veya dış hekimi tarafından refakatin tıbben lüzumlu veya gerekli görülmesi ve sevk ile müracaat edilen sağlık hizmeti sunucusuna refakatçi eşliğinde geldiğinin ve/veya kalındığının belirtilmiş olması halinde ödenir. Ancak 18 yaşını doldurmamış çocukların sevklerinde refakatçi eşliğinde gönderilmesinin tıbben lüzumlu veya gerekli görülme şartı aranmaz.

(6) Genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişilerin üçüncü fıkrada belirtilen esaslara uygun olarak yerleşim yeri dışına yapılan sevklerinde;

a) Ayakta tedavilerde, hasta ve refakatçisine gidiş ve dönüş tarihleri için yol gideri, sevk edildikleri sağlık hizmeti sunucusuna müracaat tarihi ile tedavinin sona erdiği tarihler arasında istirahatli olunan süreler hariç olmak üzere gündelikleri,

b) Yatarak tedavilerde, kendisinin ve refakatçisinin gidiş ve dönüş tarihleri için gündelikleri ile yol gideri, Kurumca karşılanır.

c) Yatarak tedavilerde, hasta ve bir kişi ile sınırlı olmak üzere hastaya refakati tıbben uygun görülen refakatçinin yatak ve yemek gideri sağlık hizmeti sunucusu tarafından faturalandırıldığından ayrıca şahsa ödeme yapılmaz.

(7) Kemoterapi, radyoterapi, diyaliz gibi belli bir program çerçevesinde tedavi gören genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin bu tedavileri için düzenlenen 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 sunucusuna düzenlenecek belge doğrultusunda yürütülür. Belli bir program çerçevesinde yer alacak diğer hastalıklar Kurum tarafından belirlenir.

(8) Genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişilerin yerleşim yeri dışındaki sağlık hizmeti sunucusuna yapılan sevklerinde;

a) Sevk belgesinde sevk vasıtası belirtilmemiş ise mutata taşıt ücreti ödenir.

b) Kişilerin özel araçları ile sağlık hizmeti sunucusuna gidiş ve dönüşleri için mutata taşıt ücreti ödenir.

c) Yerleşim yeri dışındaki sağlık hizmeti sunucusuna mutata taşıt dışındaki taşıtla nakline ilişkin bedellerin ödenebilmesi için bu durumun gerekliliğinin sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi ve raporda taşıt tipinin belirtilmesi gerekir.

ç) Mutata taşıt dışı araçlar (tarifeli uçak, taksi, ambulans vb.) ile nakile ilişkin yol gideri ödemelerinde bilet veya fatura ibrazı şarttır. Bilet veya fatura ibraz edilememesi halinde yol gideri mutata taşıt bedeli üzerinden ödenir.

d) Kurum veya Kurumun taşra birimleri, yerleşim yeri dışından Kurumca belirlenen hastalıkların tedavileri için gidip gelen ve yol gideri karşılanan kişilerin ulaşım hizmetlerini gerekli gördüğü hallerde Kurum yararı doğrultusunda hizmet satın alma ve kiralama gibi usullerle temin etmeye yetkilidir.

(9) Yerleşim yeri dışındaki sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilen, ancak yapılan tedavilere rağmen vefat eden genel sağlık sigortalılarının cenaze nakline ilişkin giderler;

a) Sevkin düzenlendiği sağlık hizmeti sunucusunun bulunduğu yerleşim yeri mesafesini aşmamak üzere nakledilen yerleşim yeri esas alınarak ödenir.

b) Sevk edilmeksizin müracaat edilen sağlık hizmeti sunucusunda vefat eden kişilerin cenaze nakline ilişkin giderler Kurumca karşılanmaz.

c) Cenaze nakline ilişkin giderleri, 23/7/1965 tarihli ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 210 uncu maddesi gereği ilgili kamu idaresince karşılanması gereken kişilere, cenaze nakli için Kurumca ödeme yapılmaz.

(10) Kurum tarafından sürekli iş göremezlik veya malullük durumlarının tespiti ve/veya kontrolü ile Kanununun 94 üncü maddesi gereğince gerekli görülen kontrol muayeneleri için kişilerin yerleşim yeri dışındaki sağlık hizmeti sunucularına yapılan sevklerle ilişkin yol, gündelik ve refakatçi giderleri Kurumca karşılanır. Ayrıca bu sevkler için üçüncü fıkrada yer alan müracaat süreleri uygulanmaz.

(11) 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 yol, gündelik ve refakatçi giderleri, kısa ve uzun vadeli sigorta kolları prim gelirlerinden karşılanır.

(12) Kanununun 66 ncı maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi ile ikinci fıkrası kapsamında yurtdışına tetkik veya tedavi amacıyla yapılacak sevklerde yol, gündelik ve refakatçi giderlerinin ödenmesinde bu madde hükümleri

uygulanır. Bu kişilerin tedavisi sırasında ölümü halinde, cenazesinin nakil gideri ile varsa refakatçisinin yurda dönüş yol giderleri de Kurumca karşılanır.

(13) Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucusu tarafından yapılan sevkler ile ilgili yol gideri, gündelik ve refakatçi giderleri, sevk acil hal nedeniyle yapılmış olması ve Kurumca kabul edilmesi halinde ödenir.

(14) Sevk yapılmaksızın yerleşim yeri dışındaki bir sağlık hizmeti sunucusundan sağlık hizmeti alınması hâlinde yol gideri ve gündelik ödenmez.

(15) 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.

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

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

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

Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı

MADDE 17 – (1) Katılım payı, ayakta tedavide her bir hekim ve diş hekimi muayenesi için 2 Türk Lirası olarak uygulanır. Kurum, ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı tutarını, her yıl bir önceki yıla ilişkin olarak 213 sayılı Vergi Usul Kanunu uyarınca belirlenen yeniden değerlendirme oranında artırmaya ve yeniden değerlendirme oranı kadar artırılması hâlinde çıkan kuruluş kesirlerini tama iblağ etmeye yetkilidir.

(2) Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi 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 müracaat edilen sağlık hizmeti sunucusunun yer aldığı basamak, sağlık hizmeti sunucusunun resmi ve özel sağlık hizmeti sunucusu niteliğinde olup olmaması, önceki basamaklardan sevki olarak başvurulup başvurulmadığı gibi hususları göz önünde bulundurarak on katına kadar artırmaya ve sağlık hizmeti sunucuları için farklı belirlemeye Kurum yetkilidir.

Vücut dışı kullanılan (eksternal) protez ve ortez katılım payı

MADDE 18 – (1) Vücut dışı protez ve ortezler için Kurumca ödenen bedeller üzerinden, Kurumdan gelir veya aylık alan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için %10, kapsamdaki diğer genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için %20 oranında katılım payı alınır. Katılım payını % 1'e kadar indirmeye, Kurumun teklifi üzerine Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı yetkilidir.

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

Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için katılım payı

MADDE 19 – (1) Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için katılım payı, Kurumdan gelir veya aylık alan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için % 10, kapsamdaki diğer genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için % 20 olarak uygulanır. İlaç katılım payını % 1'e kadar indirmeye, Kurumun teklifi üzerine Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı yetkilidir.

(2) Kurum, aile hekimlerince yazılan reçeteler dâhil olmak üzere reçetede yer alan üç kaleme yada üç kutuya kadar ilaç/ilaçlar için 3 Türk Lirası, ilave her bir kalem yada kutu ilaç için 1 Türk Lirası olmak üzere katılım payı uygulamaya yetkilidir. Katılım payına ilişkin kutu hesabında enjektörle formlar, serum ve beslenme ürünleri ile Kurum tarafından belirlenecek ilaçlar dikkate alınmaz. Kurum, bu fıkrada belirtilen 1 Türk Lirası ve 3 Türk Lirasını, 213 sayılı Vergi Usul Kanunu uyarınca belirlenen yeniden değerlendirme oranında her yıl artırmaya yetkilidir.

Yatarak tedavide katılım payı

MADDE 20 – (1) Kurumca belirlenecek hastalık gruplarına göre yatarak tedavide finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri bedelinin yüzde birine kadar katılım payı alınabilir. Yüzde birine kadar tespit edilen katılım payını almamaya, yarısına kadar indirmeye veya bir katına kadar artırmaya, gerektiğinde bu tutarları kanuni tutarlarına getirmeye veya indirmeye Kurum yetkilidir. Yatarak tedavide katılım payı tutarı, bir takvim yılında asgari ücret tutarını geçmemek kaydıyla her bir yatarak tedavi için asgari ücretin dörtte birini geçemez.

Yardımcı üreme yöntemi tedavilerinde katılım payı

MADDE 21 – (1) Yardımcı üreme yöntemi tedavilerinde kullanılan ilaçlar için katılım payı, Kurumdan gelir ve aylık alan genel sağlık sigortalısı ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişiler için yüzde on, kapsamdaki diğer genel sağlık sigortalısı ve bunların 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, sonraki denemeler için Kanunla belirlenen oranda uygulanır.

(3) Yardımcı üreme yöntemleri işlem ücretleri için ödenecek katılım payında bu Yönetmeliğin 29 uncu

maddesinde belirtilen üst limit uygulanmaz.

Katılım payı tahsili

MADDE 22 – (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 veya eczaneler ile diğer kurum ve kuruluşlar aracılığı ile tahsile yetkilidir. Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularına, tahsil ettikleri katılım payı düşüldükten sonra kalan tutar ödenir.

Katılım payı iadesi

MADDE 23 – (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, 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 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 Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarınca kendilerine geri ödenir.

Katılım payı alınmayacak hâller, sağlık hizmetleri ve kişiler

MADDE 24 – (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 17, 18, 19 ve 20 nci maddelerinde belirtilen katılım payları alınmaz.

b) Askerî tatbikat ve manevralarda sağlanan sağlık hizmetleri için bu Yönetmeliğin 17, 18, 19 ve 20 nci maddelerinde belirtilen katılım payları alınmaz.

c) Kanununun 75 inci maddesinde yer alan afet ve savaş hâli nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri için bu Yönetmeliğin 17, 18, 19 ve 20 nci maddelerinde belirtilen katılım payları alınmaz.

ç) Aile hekimi muayenelerinde bu Yönetmeliğin 17 nci maddesinde belirtilen katılım payı alınmaz.

d) Genel sağlık sigortalısı ya da bakmakla yükümlü olduğu kişilere sağlanan kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri için bu Yönetmeliğin 17, 18, 19 ve 20 nci maddelerinde belirtilen katılım payları alınmaz.

e) Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucuları tarafından sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla; Kurumca belirlenen kronik hastalıklarda bu Yönetmeliğin 17, 18, 19 ve 20 nci maddelerinde belirtilen katılım payları alınmaz. Kurum, ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi, yatarak tedavi, vücut dışı ortez ve protezler 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 vücut dışı protez ve ortezlerden 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 17, 18, 19 ve 20 nci maddelerinde belirtilen katılım payları alınmaz.

ğ) Kurumca yürütülen soruşturma kapsamıyla sınırlı olmak üzere;

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

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

Kurumca yapılan sevkler nedeniyle yapılan kontrol muayenelerinde bu Yönetmeliğin 17 nci maddesinde belirtilen katılım payı alınmaz.

h) 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 ile bunların eşlerinden bu Yönetmeliğin 17, 18, 19, 20 ve 21 inci maddelerinde belirtilen katılım payları alınmaz.

ı) 28/5/1986 tarihli ve 3292 sayılı Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişilerden bu Yönetmeliğin 17, 18, 19 ve 20 nci maddelerinde belirtilen katılım payları alınmaz.

i) 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alanlar ile bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerden bu Yönetmeliğin 17, 18, 19, 20 ve 21 inci maddelerinde belirtilen katılım payları alınmaz.

j) 24/5/1983 tarihli ve 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişilerden bu Yönetmeliğin 17, 18, 19 ve 20 nci maddelerinde belirtilen katılım payları alınmaz.

k) Harp malullüğü aylığı alanlar ile 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlardan ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerden bu Yönetmeliğin 17, 18, 19, 20 ve 21 inci maddelerinde belirtilen katılım payları alınmaz.

l) Vazife malullerinden bu Yönetmeliğin 17, 18, 19 , 20 ve 21 inci 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 17, 18, 19 ve 20 nci maddelerinde belirtilen katılım payları alınmaz.

n) Polis Akademisi ile fakülte ve yüksekokullarda, Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okuyan veya kendi hesabına okumakta iken Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okumaya devam eden öğrencilerden bu Yönetmeliğin 17, 18, 19 ve 20 nci maddelerinde belirtilen katılım payları alınmaz.

o) 3713 sayılı Kanununun 21 inci maddesinde sayılan olaylara maruz kalmaları nedeniyle yaralananların tedavileri sonuçlanıncaya veya maluliyetleri kesinleşinceye kadar sağlanacak sağlık hizmetlerinden bu Yönetmeliğin 17, 18, 19, 20 ve 21 inci maddelerinde belirtilen katılım payları alınmaz.

ö) Harp malûllüğü, vazife malûllüğü, malûllük aylığı veya sürekli iş göremezlik geliri bağlanmış sigortalılar ile aylık veya gelir bağlanan ve çalışma gücünün en az % 60'ını yitiren malûl çocukların kontrol muayenelerinde bu Yönetmeliğin 17 nci maddesinde belirtilen katılım payı alınmaz.

(2) Birinci fıkranın (c) bendinde katılım payı alınmayacağı belirtilen 15/5/1959 tarihli ve 7269 sayılı Umumi Hayata Müessir Afetler Dolayısıyla Alınacak Tedbirlerle Yapılacak Yardımlara Dair Kanun kapsamındaki genel hayata etkili afet hâli nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri için katılım payı alınmayacak süre Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığının görüşü alınarak Kurumca belirlenir.

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

Hizmet basamakları, sevk zinciri ve yaptırım

MADDE 25 – (1) Kanununun 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 dış hekimlerinin uzmanlıklarını dikkate almak suretiyle tüm yurttan veya il ya da ilçe bazında belirlemeye yetkilidir. Kanununun 60 ncı maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1), (3) ve (9) numaralı alt bentlerinde sayılanların, Kurumla sözleşmeli üniversite ve istisnai hallerde özel sağlık hizmeti sunucularına müracaat edebilme koşulları ile uygulamaya ilişkin usul ve esaslar Kurum tarafından belirlenir.

(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.

(4) 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.

Kimlik tespiti

MADDE 26 – (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) biyometrik yöntemlerle kimlik doğrulamasını yapar ve/veya 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 eder.

(2) 2828 sayılı Kanunla sağlanan yardımlardan ücretsiz faydalananlardan çocuk, engelli, 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 istenir.

(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 27 – (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 28 – (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.

Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularının alabileceği ilave ücretler

MADDE 29 – (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 Kanununun 73 üncü maddesinin 2 nci fıkrasında belirtilen oran kadar alınabilecek ilave ücretin tavanı Bakanlar Kurulunca belirlenir. Bu tavan dâhilinde alınabilecek ilave ücret oranları Kurumca belirlenir. Ancak 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, tedavileri sonuçlanıncaya veya maluliyetleri kesinleşinceye kadar 3713 sayılı Kanununun 21 inci maddesinde sayılan olaylara maruz kalmaları nedeniyle yaralananlar ile bunların bakmakla yükümlü oldukları kişilerden ilave ücret alınmaz. 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) Kamu idaresi sağlık hizmeti sunucuları ise otelcilik hizmeti ile istisnai sağlık hizmetleri dışında, sağladıkları sağlık hizmetleri için genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden ilave ücret talep edemez. Ancak yükseköğretim kurumlarına ait sağlık hizmeti sunucularında öğretim üyeleri tarafından mesai saatleri dışında bizzat verilen sağlık hizmetleri için Kurumca belirlenmiş sağlık hizmetleri bedelinin, poliklinik muayenelerinde ve diğer hizmetlerde Kanununun 73 üncü maddesinin 3 üncü fıkrasında belirtilen oranı geçmemek üzere, üniversite yönetim kurulu kararıyla öğretim üyelerinin unvanları itibarıyla belirlenen miktarda ilave ücret alınabilir. Ancak, alınacak ilave ücret bir defada asgari ücretin iki katını geçemez. Bu fıkra kapsamında ilave ücret alınamayacak sağlık hizmetleri Kurumca belirlenir.

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

(4) 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.

(5) Kurum, ilave ücret alınmayacak sağlık hizmetlerini belirlemeye yetkilidir.

BEŞİNCİ BÖLÜM

Yurt Dışında Tedavi ve İşverenin Yükümlülüğü

Yurt dışında geçici veya sürekli görevle gönderilme hâlinde sağlanacak sağlık hizmetleri

MADDE 30 – (1) Kanununun 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 Kanununun 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) veya (c) 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 veya sürekli görevle yurt dışına gönderilenlerin Kuruma bildirimini, tedavi giderleri oluşması hâlinde bu giderin talep edildiği sırada da yapılabilir.

(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/ görevle gönderen kurumlarınca karşılanır. Kurumca ödemeler, ödeme tarihindeki Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası döviz satış kuru esas alınarak Türk Lirası üzerinden yapılır. Ancak, Bakanlar Kurulu kararıyla askerî birlik hâlinde ya da kamu idarelerinin yetkili makamlarınca yurt dışına askerî veya güvenlik amaçlı görevlendirilenlerin yabancı ülke askeri sağlık tesislerinden sağlamış oldukları sağlık hizmetine ait işlem bedellerinin (tetkik, muayene, ilaç, yatak ücreti, müdahale, vb) ayrıntılı belirtilmediği durumlarda, fatura bedelinin yüzde ellisi Kurumca, kalan yüzde ellisi ise kendi kurumlarınca karşılanır.

(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.

(7) Yurt dışına geçici veya sürekli görevle gönderilen kişiler ile bakmakla yükümlü olduğu kişiler için yol gideri, gündelik, refakatçi ve cenaze giderleri Kurumca karşılanmaz.

(8) Yurt dışında geçici veya sürekli görevle gönderilenlerin sağlık hizmeti giderlerinin ödenmesinde misyon şeflikleri ile gerektiğinde işbirliği yapılabilir.

(9) Yurt dışına geçici veya sürekli görevle gönderilenlerin bulunduğu ülkede sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusu bulunması halinde tedavi giderleri, Kanununun 66 ncı maddesi ile sağlanmış olan diğer hakları saklı kalmak kaydıyla, sözleşme hükümlerine göre ödenir.

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

MADDE 31 – (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.

(2) Türk vatandaşı olan genel sağlık sigortalılarının ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyetinde buldukları sırada sağlanan sağlık hizmeti bedelleri, yurt içinde sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularına ödenen en yüksek tutarı geçmemek üzere Kurumca karşılanır. Bu ülkede Kurumla sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusu bulunması halinde sözleşmesiz sağlık hizmet sunucusunda yapılacak tedavi giderleri sözleşme hükümlerine göre karşılanır. Bu fıkra kapsamında olan kişilere ayrıca yol ve gündelik gideri ödenmez.

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

MADDE 32 – (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.

(2) Yurt dışında tedavi edilecek kişi, öncelikle sevke konu tedaviye ilişkin yurt dışındaki sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilir. Yurt dışında sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusunun olmaması hâlinde ise sevk edilen sağlık hizmeti sunucusuna gönderilir.

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

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

(5) Yurt dışındaki tedavi süresi, altı ayı geçmemek kaydı ile 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 altı ayı geçmeyen dönemler halinde uzatılabilir. Belirlenen ya da uzatılan sürenin aşılması hâlinde aşılacak süreye 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 veya gerekçeleri ile belirtilmek kaydıyla hastanın gönderilmesi suretiyle yurt dışı sağlık hizmeti sunucularında yaptırılır.

(7) Yurt dışı tedaviye ilişkin raporların Sağlık Bakanlığınca onaylanmasından itibaren üç ay içinde yurt dışına çıkılmaması nedeniyle işlem yapılmayan raporların yenilenmesi gerekir.

(8) Yurt içinde sağlanamayan organ nakli için yurt dışında bekleme süresi ile bu sürenin uzatımına ilişkin usul ve esaslar Kurumca belirlenir.

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

Yurt dışı tahlil, tetkik ve tedaviye ilişkin ödemeler ve belgelerin onaylanması

MADDE 33 – (1) Kurumca, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin yurt dışında yapılacak tedavileri ile tetkik işlemleri için yapılacak giderlere mahsuben kişilere veya sağlık hizmeti sunucusuna avans ödenebilir. 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 tercüme edilmesini ve onaylanmasını isteyebilir. Ayrıca, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından belge ve raporların yetkili tercümanlar tarafından yapılmış tercümelerini de kabul edebilir.

(3) Yurt dışına tedavi amacıyla gönderilen hasta ile raporda öngörülmesi halinde bir kişiyle sınırlı olmak üzere refakatçisinin yol gideri, belirlenen ulaşım aracına göre fatura/bilet tutarı üzerinden Kurumca karşılanır. 18 yaşını doldurmamış kişiler için refakatçi öngörülme şartı aranmaz.

(4) Yurt dışına tedavi amacıyla gönderilen hasta ve refakatçisine ayaktan tedavinin sağlandığı günler için gündelik, yatarak tedavide ise yatarak tedavi süresi ile sınırlı olmak üzere sağlık hizmeti sunucusunda kalınmayan günler için refakatçisine yemek ve yatak gideri, gündelik tutarını aşmamak üzere ödenir. 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 ödenir.

(5) 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 ödemesi suretiyle karşılanır.

(6) Yurt dışı sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusuna gönderilen hastanın sevke konu tetkik/televi giderleri sözleşme hükümlerine göre ödenir. Kurumla sözleşmesi olmayan yurt dışı sağlık hizmeti sunucusunda yapılan tetkik/televi giderlerinin tamamı Kurumca karşılanır. Kişinin tercihi doğrultusunda Kurumun yurt dışında sözleşmeli olduğu sağlık hizmeti sunucusuna gitmemesi hâlinde sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusuna ödenebilecek tutarı geçmemek üzere tetkik/televi giderleri Kurumca ödenir.

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

(8) Yurt dışında hastaya uygulanan başka bir tedavinin bu madde kapsamında olup olmadığının tespit edilemediği durumlarda yurt dışı tedavi raporunu teyit eden hastanenin de görüşü alınmak suretiyle Kurumca karar verilerek işlem yapılır.

(9) Yurt dışına belirli bir tedavi için gönderilen hastaya ilgili sağlık hizmeti sunucuları tarafından farklı bir tedavi uygulaması öngörülmüş ise, 32 nci maddenin birinci fıkrasında belirtilen rapor ve onayların yeni tedavi için de alınmış olması halinde tedavi giderleri karşılanır.

(10) Tedavi/ tetkik için yurt dışına gönderilen hastanın ölümü hâlinde cenazesinin nakil gideri ile varsa refakatçisinin yurda dönüş yol giderleri Kurumca karşılanır.

(11) Yurt içinde yapılamayan tetkiklere ait ücretler, tetkiki yapan sağlık hizmeti sunucusuna düzenlenen faturada/ fatura yerine geçen belgede belirtilen tutar üzerinden karşılanır. Hastanın gönderilmesi suretiyle yaptırılan tetkiklere ilişkin yol ve gündelik giderleri Kurumca ayrıca karşılanır.

ALTINCI BÖLÜM

Sağlık Hizmetleri ile Yol Gideri, Gündelik ve Refakatçi Giderlerinin Kurumca Ödenecek Tutarlarının Belirlenmesi, Fatura İncelenmesi ve Ödeme İşlemleri

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

MADDE 34 – (1) Kanunun 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 hayatı 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.

(2) Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin bedeli, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenen tutar üzerinden ödenir.

Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları faturalarının incelenmesi ve ödeme işlemleri

MADDE 35 – (1) Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları tarafından Kuruma gönderilen faturalar, genel sonuçlar verecek şekilde Kanunla belirlenen 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) Götürü bedel üzerinden hizmet alım sözleşmesiyle temin edilen hizmetler için Kuruma ayrıca fatura ve dayanağı belge gönderilmez.

(4) Sağlık harcamalarına esas fatura ve reçete incelemeleri, Kurumun taşra birimlerinde ve Genel Müdürlük bünyesinde, fatura/reçete inceleme ile görevlendirilen personel tarafından yapılır. Genel Müdürlük bünyesinde sağlık harcamalarına esas hangi fatura ve reçetelerin inceleneceği ve inceleme usul ve esasları Genel Müdürlükçe belirlenir. İl müdürlüklerinde yapılan kesintilere ilişkin itirazların değerlendirilmesine yönelik olarak yapılan fatura inceleme işlemleri, sağlık harcamalarına esas fatura ve reçete inceleme işlemi kapsamında değerlendirilir.

(5) Kurum, örnekleme yöntemiyle yapılacak inceleme ve kontrol için Kurum dışından tabip ve eczacı görevlendirilebilir. İhtiyaç halinde inceleme ve kontrol işlemleri, 1/6/1989 tarihli ve 3568 sayılı Serbest Muhasebecilik, Serbest Muhasebeci Mali Müşavirlik ve Yeminli Mali Müşavirlik Kanununa tâbi meslek mensupları ile bağımsız denetim kuruluşlarına da yaptırılabilir. Bunlara yaptırılacak inceleme ve kontrole ilişkin usûl ve esaslar Sağlık Bakanlığı ve Maliye Bakanlığının görüşleri alınarak belirlenir.

(6) Sağlık hizmeti sunucuları, bir fatura döneminde sunmuş oldukları hizmetlere ilişkin fatura ve eki belgeleri fatura teslim süresi içinde Kuruma teslim ederler. Kuruma teslim edilen fatura bedelinin tamamı, fatura teslim tarihinden itibaren, altmış gün içinde, sağlık hizmet sunucularına avans olarak ödenir. Fatura ve eki belgeler, fatura teslim tarihinden itibaren üç ay içinde incelenerek avans hesabı kapatılır. İnceleme sonucu fazla ödeme yapıldığının tespiti hâlinde; yapılan fazla ödeme sağlık hizmeti sunucusunun varsa Kurumdan alacağından mahsup edilir. Alacağının bu miktarı karşılamaması veya alacağının bulunmaması durumunda genel hükümlere göre tahsil edilir. İnceleme süresinin takip eden mali yıla sirayet etmesi durumunda, avans artıkları hakkında 5018 sayılı Kanununun 35 inci maddesindeki akreditiflere ilişkin hükümler uygulanır.

Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından alınan sağlık hizmeti giderlerinin ödenmesi

MADDE 36 – (1) Genel sağlık sigortalısı ve bakımakla 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 bakımakla 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 bakımakla yükümlü olduğu kişilerden veya Kurumdan herhangi bir fark talep edemez.

Genel sağlık sigortalısı ile bakımakla yükümlü olduğu kişilere yapılacak ödemeler

MADDE 37 – (1) Genel sağlık sigortalısı ile bakımakla yükümlü olduğu kişiler için yapılacak ödemeler, 27/6/2007 tarihli ve 26565 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Sosyal Güvenlik Kurumları Harcama Belgeleri Yönetmeliğinde belirtilen kişilere yapılır.

YEDİNCİ BÖLÜM

Genel Sağlık Sigortası Bakımından Rücu ve Yersiz Ödemelerin Geri Alınması

İşverenin iş kazası ve meslek hastalığı hâlinde sorumluluğu ve rücu

MADDE 38 – (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 ihmalden 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 öder.

(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 ve meslek hastalığına 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 39 – (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 hekim sağlık raporu ile çalışmayacağı belgelenen işlerde çalıştırılmaz. Bu kişileri çalıştıran işverenler, genel sağlık sigortalısının aynı hastalığı ve illiyet bağı kurulan hastalıkları sebebiyle Kurumca yapılan masraflarını ödemekle yükümlüdür. Tedavinin sona erdiğine ve çalışılabilir durumda olduğuna dair Kurumca yetkilendirilen hekim veya sağlık kurullarından belge almaksızın başka işte çalışan genel sağlık sigortalısının aynı hastalığı ve illiyet bağı kurulan hastalıkları sebebiyle doğacak masraflardan kendisi ve bu durumu bilerek çalıştıran işveren Kuruma karşı müştereken ve müteselsilen sorumludur.

Üçüncü kişilere rücu

MADDE 40 – (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 ihmali 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) Kurumun diğer mevzuat hükümlerine dayanan rücu veya halefiyet hakkı saklıdır.

Yersiz ödemelerin geri alınması

MADDE 41 – (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.

SEKİZİNCİ BÖLÜM

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

Sağlık hizmeti sunucularına ilişkin Kurumun denetleme ve kontrol yetkisi

MADDE 42 – (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 sağlık 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 veya sağlık hizmeti sunucusu bünyesinde yapacağı denetlemelerle de yürütme yetkisine sahiptir. Kurum bu denetimleri ihbar veya şikâyete bağlı olarak, gerekçeli olarak, periyodik olarak veya benzeri nedenlerle yapabilir.

(5) Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları denetleme amacıyla yapılacak çalışmalar için Kurum tarafından görevlendirilen personele denetim süresince, bünyesinde konularına uygun bir çalışma ortamı sağlamak ve görevlerinin ifası sırasında gereken her türlü kolaylığı ve yardımı sağlamak zorundadırlar.

(6) Kurumun denetim ve kontrolle görevlendirilmiş memurlarının, Kanunun uygulanmasından doğan inceleme ve soruşturma görevlerini yerine getirmeleri sırasında işverenler, sigortalılar işyeri sahipleri ve bu işle ilgili diğer kişiler görevlerini yapmasına engel olamazlar; engel olanlar hakkında eylemleri başka bir suç oluştursa dahi, asgari ücretin beş katı tutarında idari para cezası uygulanır. Denetim esnasında sağlık hizmeti sunucuları sahipleri ve bu işle ilgili diğer kişiler denetleme ekibinin görevine engel olamazlar.

(7) Sağlık hizmeti sunucusu yetkilileri, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler adına düzenledikleri veya tutmak zorunda oldukları her türlü kayıt, fatura ve eki belgeler ile denetim ekibi tarafından hazırlanması istenilen tablo ve raporları denetim süresi içerisinde denetim ekibine göstermek, vermek ve incelenmesine yardımcı olmak zorundadır.

(8) Sağlık hizmeti sunucularının denetlenmesi ve denetime alınma usul esasları Kurum tarafından belirlenir.

Sağlık hizmeti sunucularına uygulanacak idarî yaptırımlar ve fesih

MADDE 43 – (1) Kurumca yapılan inceleme neticesinde;

- Sağlık hizmeti sunulmadığı hâlde sağlık hizmetini fatura ettiği,
- Faturayı veya faturaya dayanak oluşturan belgeleri, gerçeğe aykırı olarak düzenlediği,
- Kapsam dışı tutulan sağlık hizmetlerini, kapsam içinde olan sağlık hizmetleri gibi gösterdiği,

- c) 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 Kanununun 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 hizmeti 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.

(3) Sözleşmesi feshedilmiş sağlık hizmet sunucusunun, aktif ve pasifleri ile birlikte veya sadece ruhsatının devredilmesi halinde her türlü devir işlemi devralan gerçek ve/veya tüzel kişilerle, devreden sağlık hizmeti sunucusuna sözleşmeden dolayı tahakkuk ettirilmiş Kurum zararı tahsil edilmeden, yeni bir sözleşme yapılmaz.

Diğer yaptırımlar

MADDE 44 – (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.

DOKUZUNCU BÖLÜM **Çeşitli ve Mali Hükümler**

Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği

MADDE 45 – (1) Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği,

- a) Kanununun 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) Kanununun 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) Kanununun 65 inci maddesi gereği ödenecek yol gideri, gündelik ve refakatçi giderlerinin karşılanmasına ilişkin usul ve esaslarını,
d) Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu kararlarını,
e) Kurumca uygun görülen diğer hususları,
kapsar.

Doğal afetler veya savaş hâli

MADDE 46 – (1) 7269 sayılı 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 47 – (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 5510 sayılı Kanunun diğer madde hükümlerine uymak şartıyla istediğini seçme hakkına sahiptir.

Sağlık hizmeti sunucularının kayıt ve bildirim zorunluluğu ve sağlık bilgilerinin gizliliği

MADDE 48 – (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.

(3) Kuruma ve sözleşmeli sağlık hizmet sunucularına ait bilgi işlem veri tabanındaki sağlık verilerinin

korunması ile güvenliğinin sağlanması ve paylaşılmasına ilişkin işlemler, 11/7/2012 tarihli ve 28350 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Genel Sağlık Sigortası Verilerinin Güvenliği ve Paylaşımına İlişkin Yönetmelik doğrultusunda yürütülür.

Devir, temlik ve Kurum alacaklarında zamanaşımı

MADDE 49 – (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 zamanaşımına tabidir.

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

Zamanaşımı, hakkın düşmesi ve avans

MADDE 50 – (1) Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin alacakları, hakkı doğuran olayın öğrenildiği tarihten itibaren iki yıl içinde istenmezse zamanaşımına 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 kesinleştiği tarihte başlar.

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

MADDE 51 – (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 52 – (1) Kanunun 60 ıncı maddesi gereğince genel sağlık sigortası kapsamına girenler için tescil tarihinden sonra yapılacak yaş tashihleri genel sağlık sigortası uygulamalarında dikkate alınmaz.

Düzenleme yetkisi

MADDE 53 – (1) Kurum, bu Yönetmeliğin uygulanmasına ilişkin usul ve esasları düzenler.

ONUNCU 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) Kurumca finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri ile gündelik, yol, yatak ve yemek giderlerinin Kurumca ödenecek bedelleri tespit edilip yayımlanmaya, sağlık hizmeti sunucuları ile sözleşmeler yapılmaya kadar, bu Yönetmeliğin 11 inci ve 12 nci maddelerinin birinci fıkra hükümleri saklı kalmak kaydıyla Kurum tarafından belirlenmiş olan usul ve esaslar, sağlık hizmeti bedelleri ile protokol ve sözleşmeler geçerlidir.

(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) 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.

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

Yürürlük

MADDE 54 – (1) Bu Yönetmeliğin;

a) 32 ve 33 üncü maddeleri 1/1/2014 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

b) Diğer maddeleri ise yayımı tarihinde,

yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 55 – (1) Bu Yönetmelik hükümlerini Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı yürütür.