



GENEL SAĞLIK SİGORTASI

Uygulamalar ve Sorunlar

Namık TAN



GENEL SAĞLIK SİGORTASI

Uygulamalar ve Sorunlar

1. Basım: Şubat 2015 / ANKARA

ISBN: 978-975-6610-41-1

Türk Metal Yayınları

İletişim:

Türk Metal Sendikası Genel Merkezi

Beştepeler Mah. Yaşam Cad. Nergiz Sokak No:3

06520 Söğütözü - Yenimahalle / Ankara

e-posta: bilgiislem@turkmetal.org.tr

www.turkmetal.org.tr

Baskı:

Ziraat Gurup Matbaacılık

Tel: (0.312) 384 73 44-45

GENEL SAĞLIK SİGORTASI

Uygulamalar ve Sorunlar

Namık TAN

SUNUŞ

Sağlık hakkı, en temel insan hakkı olduğundan bireylerin yer ve zaman farkı olmaksızın erişmesi gereken bir kamu hizmeti olarak değerlendirilmelidir. Sağlık hakkı, Anayasa’da “temel haklar” arasında yer verilen bir hak olduğu gibi, Türkiye’nin taraf olduğu ve usulüne göre iç hukukuna dahil ettiği uluslararası hukuk kaynakları tarafından düzenlenmiş bir “insan hakkı”dır.

Anayasa’nın 56’ncı maddesinde sağlık hakkı en temel hak olarak düzenlenmiş olmasına rağmen, sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan zorluklar ve uygulamadaki farklılıklar nedeniyle sağlık sistemi sorgulanan bir alan olmaya başlanmıştır. Kalkınma Planlarında da yeni bir sistemin kurulmasına yönelik seçenekler üzerinde durulmuş ve genel sağlık sigortasının sağlık hizmetlerinin tek çatı altında toplanması bakımından bir fırsat olacağına yer verilmiştir.

Ülkemizde, başta emeği ile çalışanlar olmak üzere, sağlık hakkının kullanımı bakımından zaman zaman sorunlar yaşanmaktadır. Özellikle, sağlıkta katkı payı ve ilave ücret uygulaması, çalışanların bu hakka erişiminde zorluklar yaratmaktadır.

Türk Metal Sendikası, sağlık ve sosyal güvenlik haklarının bilinmesi ve değerlendirilmesi bakımından bu tür çalışmalara destek vermektedir. Bu çalışmada, kısmi süreli çalışanlar başta olmak üzere, sağlık hizmetlerinden yararlanmada bilinmesi gereken yükümlülükler ile genel sağlık sigortasının sorunlu alanları ele alınmıştır.

Kitapta ayrıca, 1 Ocak 2012 itibariyle yürürlüğe giren genel sağlık sigortası kapsamlı olarak değerlendirilmiş, sistemin aksayan yönlerine dikkat çekilmiştir.

Teşkilatımıza yararlı olacağı düşüncesiyle.....

Pevrul Kavlak

TÜRK-İŞ Genel Sekreteri

Türk Metal Sendikası Genel Başkanı

ÖNSÖZ

“Her şahsın gerek kendisi gerekse ailesi için, yiyecek, giyim, mesken, tıbbi bakım, gerekli sosyal hizmetler dâhil olmak üzere sağlığı ve refahını temin edecek uygun bir hayat seviyesine ve işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, ihtiyarlık veya geçim imkânlarından iradesi dışında mahrum bırakacak diğer hallerde güvenliğe hakkı vardır.”

10 Aralık 1948 tarihli İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi (Madde 25/1)

Sağlık hakkı, evrensel bir insan hakkı olduğundan sosyal politikaların en kapsamlı uygulaması olmuştur. Sosyal hukuk devletini benimsemiş bütün ülkelerde, bireylerin sağlık hakkı, öncelikli hedefler arasında yer almıştır.

Türkiye, gelişmekte olan bir ülke olmakla birlikte Anayasa’da sağlık hakkı özel olarak düzenlenmiş, “herkesin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahip olduğu”na yer verilmiştir.

Türkiye’de sağlık politikalarının yürütümünde dağınık, yetersiz ve kalitesiz bir görüntü yaşanmıştır. Sunulan sağlık hizmetleri arasında norm ve standart birliğinin olmaması, sağlık hizmetlerini kalite ve nitelik yönünden tartışılır bir duruma getirmiştir.

Sosyal güvenlik kuruluşlarının tek çatı altında toplanması ile birlikte genel sağlık sigortasının kurulması öngörülmüştür. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun 1 Ekim 2008 itibariyle yürürlüğe girmesi ile birlikte kamu ve özel sağlık kuruluşlarına erişimin önündeki idari engeller kaldırılmış, sevk zinciri aranmadan kamu ve özel sağlık kuruluşlarından sağlık hizmeti alınmaya başlanmıştır. Sağlık hizmetinin verilmesinden Sosyal Güvenlik Kurumu sorumlu olmuş ve 1 Ocak 2012 itibariyle Türkiye’de ikamet eden herkes genel sağlık sigortası kapsamına alınmıştır.

Genel sağlık sigortası, primli bir rejimle yürütülmektedir. Sigortası olmayan ve/veya sigortası olduğu halde kısmi süreli çalışanların ay içerisinde çalışmadıkları günlerin genel sağlık sigortası priminin ödenmesi zorunlu sayılmış, ödeme gücü olmayanların gelir testine gitmeleri önerilmiştir. Gelir testi sonucunda; ailede kişi başına düşen gelirin brüt asgari ücretin üçte

birinden az olması durumunda, genel sağlık sigortası primi devlet tarafından karşılanmıştır.

Bu çalışmada, genel sağlık sigortasının hak ve yükümlülüklerine kapsamlı olarak yer verilmiş, sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan zorluklara dikkat çekilmiş ve eşitliği bozan uygulamaların değiştirilmesine işaret edilmiştir.

Birinci bölümde genel sağlık sigortasının genel bir değerlendirmesi yapılmıştır.

İkinci bölümde, genel sağlık sigortasının kapsamında olan sigortalılar, bakmakla yükümlü olunan kişiler, kapsam dışında kalanlar ile bildirim ve tescil işlemlerine ilişkin değerlendirmeler yapılmıştır.

Üçüncü bölümde, gelir testi kriterleri ve prim yükümlülükleri anlatılmış, uyulması gereken kurallara yer verilmiştir.

Dördüncü bölümde, sağlık hizmetlerinden yararlanma koşulları ele alınmış, sisteme prim ödeyenlerin statüleri ve çalışma biçimleri nedeniyle karşılaştığı zorluklara dikkat çekilmiştir.

Beşinci bölümde, değişik adlar altında alınan katkı paylarının yüksekliği değerlendirilmiş, bu uygulamanın eşitliği bozan bir sisteme dönüşmesi nedeniyle yeniden ele alınması gerektiğine işaret edilmiştir. Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ile Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından tek taraflı olarak katkı paylarını artıran uygulaması eleştirilmiş, geçim zorluğu yaşayan ve yüksek oranda genel sağlık sigortası primi ödeyen kesimlerden katkı payının alınmamasının, sosyal devlet anlayışına uygun olacağına dikkat çekilmiştir.

Bu çalışmamızın konu ile ilgilenenlere yardımcı olacağı, işçilerimizi bilgilendirmede de bir rehber niteliğinde görüleceği inancındayız.

Namık Tan

TÜRK-İŞ Araştırma Müdür Yardımcısı

İÇİNDEKİLER

SUNUŞ.....	i
ÖNSÖZ.....	iii
I. GENEL DURUM.....	1
II. GENEL SAĞLIK SİGORTASI KAPSAMI.....	3
A. Genel Sağlık Sigortalısı Sayılarınlar	3
B. Genel Sağlık Sigortalısının Bakmakla Yükümlü Olduğu Kişiler	8
C. Bakmakla Yükümlüsü Olmayan Kişiler	9
D. GSS Kapsamı Dışında Kalanlar	10
E. Genel Sağlık Sigortalılığının ve Bakmakla Yükümlü Olduğu Kişi Statüsünün Sona Ermesi.....	11
F. Genel Sağlık Sigortası Başlangıcı, Bildirim ve Tescili	12
III. GELİR TESTİ KRİTERLERİ VE PRİM YÜKÜMLÜLÜKLERİ.....	14
A. Gelir Testi Bildirimi ve Yapılması.....	14
B. Genel Sağlık Sigortası Prim Oranları.....	16
IV. SAĞLIK HİZMETLERİNDEN YARARLANMA ŞARTLARI	16
A. Sigortalılar İçin Ödenmesi Gereken Prim Gün Sayıları ve Prim Borçları... 16	
B. Provizyon İşlemleri.....	18
V. KATKI PAYI VE İLAVE ÜCRET ALINMASI	19
A. Katılım Payı Alınması Kriterleri.....	21
1. Katılım Payı Uygulanacak Sağlık Hizmetleri (SUT 1.8)	21
2. Ayakta Tedavide Hekim ve Dış Hekimi Muayenesi Katılım Payı Kriterleri (SUT 1.8.1)	21
3. Ayakta Tedavide Sağlanan İlaçlar İçin Katılım Payı (SUT 1.8.2.) ...	23
4. Tıbbi Malzeme Katılım Payı (SUT 1.8.3)	24
5. Yardımcı Üreme Yöntemi Katılım Payları (SUT 1.8.4)	24
6. Katılım Payı Alınmayacak Haller, Sağlık Hizmetleri ve Kişiler (SUT 1.8.5)25	
B. İlave Ücret Alınması Kriterleri.....	26
1. İlave Ücret Alınması (SUT 1.9.1).....	27

2. İlave Ücret Alınmayacak Kişiler (SUT 1.9.2).....	29
3. İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri (SUT 1.9.3).....	29
4. Otelcilik Hizmetlerinde İlave Ücret Uygulaması (SUT 1.9.4).....	30
5. İstisnai Sağlık Hizmetlerinde İlave Ücret Uygulaması (1.9.5).....	31
C. Süreli Sağlanan Sağlık Hizmetleri	31
1. İşitme Cihazı	31
2. Gözlük Camı ve Çerçevesi	32
3. Konuşma Cihazı	32
4. Ağız Protezleri ve Diş Tedavileri	32
D. Yol Gideri, Gündelik ve Refakatçi Giderleri	33
1. Gündelik Giderlerin Ödenmesi.....	33
2. Mutat Taşıtların Ücretleri	34
VI. GENEL SAĞLIK SİGORTASININ SORUNLU ALANLARI	35
1. Katkı Payı ve İlave Ücret Alınması.....	35
2. İlaçta Taban Fiyat Uygulaması.....	37
3. Katılım Payının Geri Ödeneceği Durumlar	37
4. Kısmi Süreli/Çağrı Üzerine Çalışanlar ve Yaşanan Sorunlar.....	38
5. İş Sözleşmelerinin Askıya Alınmasında Uygulama Farklılıkları ...	41
6. Bağ-Kur Sigortalıların 60 Günden Fazla Prim Borcunun Olması ..	42
7. Kız Çocukları Arasındaki Ayrım Kaldırılmalı	42
8. İşsizlik Sigortası Ödenği Alan ve Almanların Farklılığı	43
9. Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)	44

GENEL SAĞLIK SİGORTASI Uygulamalar ve Sorunlar

I. GENEL DURUM

Sosyal devlet ve sosyal güvenlik uygulamalarında sağlık hizmetleri önemli bir yer tutmaktadır. Sağlık hakkının korunması ve sağlık hizmetlerine erişimin sağlanması bakımından Anayasa ile devlete görevler verilmiştir. Anayasal yükümlülüğe rağmen, sağlık politikalarının belirlenmesinde ve sağlık hizmetlerinin sunumunda temel görevi olan Sağlık Bakanlığı, sağlığa erişimde yer ve zaman bakımından adil ve eşit bir sistemi oluşturamamıştır.

Türkiye’de sağlık politikalarının yürütümünde dağınık, yetersiz ve kalitesiz bir görüntü yaşanmıştır. Sunulan sağlık hizmetleri arasında norm ve standart birliğinin olmaması, sağlık hizmetlerini kalite ve nitelik yönünden tartışılır bir duruma getirmiştir.

Sağlık alanındaki dağınıklığın ortadan kaldırılması ve sağlık hizmetlerinin tek merkezden yürütülmesini öngörecek bir sistem arayışına girilmiştir. Son otuz yıldır genel sağlık sigortasının kurulması tartışılmış, çok sayıda çalışma yapılmış; sağlık hizmetlerinin eşit, sürekli, etkili biçimde yürütülmesi ve kalitesinin yükseltilmesi hedeflenmiştir.

Sağlık hizmetlerinden yararlanmada, yer ve zaman bakımından farklılıkların olması, sağlık hizmetlerini tartışmalı bir duruma getirmiştir. Beş Yıllık Kalkınma Plan çalışmalarında sağlık politikaları kapsamlı olarak değerlendirilmiş, genel sağlık sigortasının kurulmasının uygulamadaki dağınıklığı ve farklılıkları ortadan kaldırılması için bir fırsat olacağına yer verilmiştir. Plan hedeflerinde; temel bir insan hakkı olan sağlık hizmetlerine erişimde yer ve zaman farkı olmaksızın planlanmasına, uygulama birlikteliğinin sağlanmasına dikkat çekilmiştir.

Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu ve Bağ-Kur tarafından yerine getirilen sağlık hizmetlerinde uygulama birlikteliğinin olmaması, yeni bir sistemin kurulmasını ön plana çıkarmıştır.

Sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması ve uygulamalarda eşitliğin sağlanması bakımından, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik

Kuruluşları tarafından ortak bir çalışma başlatılmıştır. 2004 yılında beyaz kitap olarak yayınlanan çalışmada, kurulacak genel sağlık sigortası sisteminin alt yapısı oluşturulmuştur.

Beyaz kitapta, sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesi ve mevzuatın tekleştirilmesi öngörülmüştür. Kamu eliyle yürütülen hazırlık çalışmalarında sosyal tarafların yer almaması, önemli bir eksiklik olmuştur. Beyaz kitap çalışmalarında; katkı payı kapsamının genişletilmesi, kamu ve özel sağlık kuruluşlarından hizmetin satın alınması ve bu şekilde sağlık giderlerinin azaltılması hedeflenmiştir.

20.05.2006 tarihinde yürürlüğe giren 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile oluşturulan Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı'nda; Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu ve Bağ-Kur tek çatı altında toplanmıştır.

Sosyal güvenlik reformu adı altında yürütülen ikinci bölüm çalışmalarında ise, sosyal sigortalar ve genel sağlık sigortasının tek bir mevzuata dönüştürülmesi hedeflenmiş ve 01.10.2008 tarihinde yürürlüğe giren 5510 sayılı Kanun ile sağlık hizmetleri ile ilgili bütün yükümlülükler SGK tarafından yerine getirilmeye başlanmıştır.

Sosyal güvenlik, doğumdan ölüme kadar her türlü riske karşı kişileri koruyan bir sistemdir. Genel sağlık sigortası, kişilerin ekonomik gücüne ve isteğine bakılmaksızın, ortaya çıkacak hastalık riskine karşı, toplumun bütün fertlerinin sağlık hizmetlerinden eşit, ulaşılabilir ve etkin bir şekilde faydalanmasını sağlayan, yer ve zaman farkı olmaksızın etkin olarak verilmesi gereken bir kamu hizmetidir.

Genel Sağlık Sigortasının yürütümü, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun Üçüncü Kısımında düzenlenmiştir. 5510 sayılı Kanunun 60'ıncı madde ile başlayan ve 78'inci madde olarak biten toplam 19 madde ile genel sağlık sigortasının hak ve yükümlülükleri anlatılmıştır. Birinci bölümde kapsamdaki kişiler ve tescil işlemlerinin yapılması, ikinci bölümde sağlanan sağlık hizmetleri ve diğer haklar, üçüncü bölümde sağlık hizmetlerinden yararlanma şartları ve katılım payı ödemeleri, dördüncü bölümde mali ve çeşitli hükümlere yer verilmiştir.

01.01 2012 tarihi itibarıyla yürürlüğe giren genel sağlık sigortası ile primli ve primsiz sosyal sigortacılık tek elden yürütülmeye

başlanmış, herhangi bir sosyal güvencesi olmayanlar, 5510 sayılı Kanununun 60'ıncı maddesinin birinci fıkrasının (g) bendi kapsamında tescil edilmiştir. Bu grupta olanlara, SGK tarafından yapılan tebligat ile ikamet adreslerinin bağlı bulunduğu Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarına müracaat etmeleri ve gelir testi yaptırmaları istenmiştir. Gelir testi sonucuna göre ödeme gücü olmayanların genel sağlık sigortası primi devlet tarafından karşılanmış, ödeme gücü olanların primleri ise belirlenen kriterlere göre kendilerince ödenmiştir. Bu şekilde toplumun tamamı genel sağlık sigortası kapsamına alınmıştır.

Genel sağlık sigortasının kurulması ile birlikte 01.01.1992 tarihinden itibaren uygulanan ve kamuoyunda yeşil kartlı olarak bilinen kişiler, 01.01.2012 itibarıyla genel sağlık sigortası kapsamına alınmış, kartların süresinin bitmesini takiben gelir testine başvurma zorunluluğu getirilmiştir.

Sonuç olarak genel sağlık sigortası; primli bir rejime dönüştürülmüş, sigortalı olan ve olmayan herkes kapsama alınmıştır.

II. GENEL SAĞLIK SİGORTASI KAPSAMI

5510 sayılı Kanununun 60'ıncı maddesinde “genel sağlık sigortalısı sayılanlar” düzenlenmiş ve ikameti Türkiye’de olan herkes zorunlu olarak genel sağlık sigortası kapsamına alınmıştır.

A. Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Olanlar

- a) 4'üncü maddenin birinci fıkrasının;
 - 1) İş sözleşmesi ile çalışanlar (m.4/I, a) ve kamu idarelerinde çalışanlar (m. 4/I,c,1,2) bentleri gereğince sigortalı sayılan kişiler,
 - 2) Köy ve mahalle muhtarları ile bağımsız çalışanlar (m. 4/I,b) bendi gereğince sigortalı sayılan kişiler,
 - b) İsteğe bağlı sigortalı olan kişiler,
 - c) Yukarıdaki (a) ve (b) bentlerine göre sigortalı sayılmayanlardan;

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

daşlar ile gelir tespiti yapılmaksızın genel sağlık sigortalılığı ya da bakmakla yükümlü olduğu kişi bulunmayan Türk vatandaşlarından 18 yaşını doldurmamış çocuklar,

2) Uluslararası koruma başvurusu veya statüsü sahibi ve vatan-sız olarak tanınan kişiler,

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

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

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

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

7) 24/5/1983 tarihli ve 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişiler ile ana ve babası olmayan Türk vatandaşlarından 18 yaşını doldurmamış çocuklar,¹

8) Harp malîllüğü aylığı alanlar ile Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlar,

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

10) 11/10/1983 tarihli ve 2913 sayılı Dünya Olimpiyat ve Avrupa Şampiyonluğu Kazanmış Sporculara ve Bunların Ailelerine Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,

d) Müttekabiliyet esası da dikkate alınmak şartıyla, oturma izni

1- a) 21/5/2013 tarihli ve 6486 sayılı Kanunun 1 inci maddesiyle bu alt bentte yer alan "üçte birinden az olan vatandaşlar" ibaresinden sonra gelmek üzere, "ile gelir tespiti yapılmaksızın genel sağlık sigortalılığı ya da bakmakla yükümlü olduğu kişi bulunmayan Türk vatandaşlarından 18 yaşını doldurmamış çocuklar" ibaresi eklenmiştir.

b) 21/5/2013 tarihli ve 6486 sayılı Kanunun 1 inci maddesiyle bu alt bentte yer alan "ücretsiz faydalanan kişiler" ibaresinden sonra gelmek üzere, "ile ana ve babası olmayan Türk vatandaşlarından 18 yaşını doldurmamış çocuklar" ibaresi eklenmiştir.

almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan kişiler,

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

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

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

5510 sayılı Kanununun 60'ncı kapsam maddesine aşağıda tarihleri ve kanun numaraları belirtilen ek fıkralar ile ilaveler yapılmıştır.

(Ek fıkra: 13/2/2011-6111/34 md.; Değişik: 21/5/2013-6486/1 md.) Ülkemizde öğrenim gören yabancı uyruklu öğrenciler birinci fıkranın (d) bendindeki ve 52'inci maddenin ikinci fıkrasının ikinci cümlesindeki şartlar aranmaksızın ilk kayıt tarihinden itibaren üç ay içinde talepte bulunmaları halinde genel sağlık sigortalısı olurlar. Bu sürede talepte bulunmayanlar hakkında öğrenimleri süresince genel sağlık sigortası hükümleri uygulanmaz. Kendilerince 82'inci maddeye göre belirlenen prime esas günlük kazanç alt sınırının üçte birinin 30 günlük tutarı üzerinden genel sağlık sigortası primi ödenir.

(Ek fıkra: 13/2/2011-6111/34 md.) 19/3/1969 tarihli ve 1136 sayılı Avukatlık Kanunu uyarınca avukatlık stajı yapmakta olanlardan bu Kanuna göre genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olunan kişi durumunda olmayanlar staj süresi ile sınırlı olmak üzere genel sağlık sigortalısı sayılır. Bu şekilde genel sağlık sigortalısı sayılanların genel sağlık sigortası primleri Kanunun 82'inci maddesine göre belirlenen prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz günlük tutarının %6'sıdır. Bu primler Türkiye Barolar Birliği tarafından ödenir.

(Ek fıkra: 21/5/2013-6486/1 md.) 8/3/2012 tarihli ve 6284 sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun hükümlerine göre hakkında koruyucu tedbir kararı verilen kişilerden genel sağlık sigortalısı olmayan ve genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi kapsamına da girmeyen veya genel

sağlık sigortası kapsamında olup sağlık yardımlarından yararlanamayanlar, bu hallerin devamı süresince gelir tespiti yapılmaksızın birinci fıkranın (c) bendinin (1) numaralı alt bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılır.

(Ek fıkra: 27/6/2013-6494/28 md.) 29/7/2002 tarihli ve 4769 sayılı Ceza İnfaz Kurumları ve Tutukevleri Personeli Eğitim Merkezleri Kanunu kapsamına göre hizmet öncesi eğitime alınanlar, eğitim gördükleri süre içinde genel sağlık sigortalısı sayılırlar. Bu kişilerin genel sağlık sigortası primleri, 82'inci maddeye göre belirlenen prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz günlük tutarı üzerinden Adalet Bakanlığı bütçesinden ödenir. Bu kişilerin, 3'üncü maddenin birinci fıkrasının (10) numaralı bendine göre tespit edilecek eş ve çocukları ile ana ve babaları da bakmakla yükümlü olunan kişi sıfatıyla genel sağlık sigortasından yararlandırılır.

Kanunun başka maddeleri ile diğer kanunlar gereğince genel sağlık sigortalısı olacağı belirtilenler 60'ıncı maddenin atıf yapılan ilgili fıkraları kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılanlar² aşağıda sıralanmıştır.

1) Kamu idaresine ait işyerlerinde çalıştırılan sigortalılardan iş sözleşmesi askıda kalanlar,

2) 4046 sayılı Özelleştirme Uygulamaları Hakkında Kanunun 21'inci maddesi kapsamında iş kaybı tazminatı alanlar,

3) Kanunun 37'inci maddesi gereğince evlenme ödeneği alan kız çocuklarından; gelir/aylıklarının kesildiği tarihten itibaren iki yıllık süre içinde eşlerinden boşanan, dul kalan veya yeniden hak sahibi olanlar,

4) Kanunun 4'üncü maddesinin birinci fıkrasının;

a) (a) bendi kapsamındaki sigortalıların 4857 sayılı Kanunun 56'ıncı ve 74'üncü maddeleri ile diğer iş kanunlarında ücretsiz izinli sayılan süreler haricinde ayrıca bir takvim yılı içerisinde toplam bir ayı aşmayan ve işverenlerince belgelendirilen ücretsiz izin sürelerinde,

b) (c) bendi kapsamında; Kanunun geçici 4'üncü maddesine göre sigortalı olanların herhangi bir süre şartı aranmaksızın aylıksız izinli oldukları sürelerde, ilk defa Kanunun 4'üncü maddesinin birinci

2- SGK Genel Sağlık Sigortası Tescil, Prim ve Müstehaklık İşlemleri Yönetmeliği (18 Nisan 2014)

fıkrasının (c) bendi kapsamında sayılanlardan ise ilgili kanunları gereğince aylıksız izine ayrılanların en fazla bir yıllık aylıksız izin sürelerinde,

c) (c) bendi kapsamında askerlik görevi nedeniyle kurumlarından aylıksız izinli sayılanlardan bakmakla yükümlü olduğu kişisi bulunanların, yedek subay okulu öğrencilik süreleri de dahil olmak üzere aylıksız izinli oldukları sürelerde, genel sağlık sigortalılıkları devam eder.

5510 sayılı Kanununun 60'ıncı kapsam maddesinde belirtilmediği halde genel sağlık sigortalısı sayılanlar³ şu şekilde sıralanmıştır.

a- 3308 sayılı Meslekî Eğitim Kanununda belirtilen aday çırak, çırak ve işletmelerde mesleki eğitim gören öğrenciler ile meslek liselerinde okumakta iken veya yüksek öğrenimleri sırasında staja tabi tutulan öğrenciler ile 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununun 46'ıncı maddesine tabi olarak kısmi zamanlı çalıştırılan öğrencilerden aylık prime esas kazanç tutarı, Kanunun 82'inci maddesine göre belirlenen günlük prime esas kazanç alt sınırının otuz katından fazla olmayan öğrencilerden bakmakla yükümlü olunan kişi durumunda olmayanlar,

b- Türkiye İş Kurumu tarafından düzenlenen meslek edindirme, geliştirme ve değiştirme eğitimine katılan kursiyerlerden, yeşil kart sahibi olmayanlar ve bakmakla yükümlü olunan kişi durumunda bulunmayanlar ile bunların bakmakla yükümlü olduğu kişiler,

c- 5510 sayılı Kanunun Ek 5'inci maddesine göre, tarım veya orman işlerinde hizmet akdiyle süreksiz olarak çalışanlar ile bakmakla yükümlü olduğu kişiler,

d- 5510 sayılı Kanunun Ek 6'ıncı maddesine göre, ticari taksi, dolmuş ve benzeri nitelikteki şehir içi toplu taşıma aracı işyerleri ile 4'üncü maddenin ikinci fıkrasının (b) bendinde belirtilen ve Kültür ve Turizm Bakanlığınca belirlenecek alanlarda kısmi süreli iş sözleşmesiyle bir veya birden fazla kişi tarafından çalıştırılan ve çalıştırları kişi yanında ay içerisinde çalışma saati süresine göre hesaplanan çalışma gün sayısı 10 günden az olan kişiler ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kimseler, genel sağlık sigortalısı sayılır.

B. Genel Sağlık Sigortalısının

Bakmakla Yükümlü Olduğu Kişiler

Genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi, Kanunun 3'üncü maddesinin birinci fıkrasının (10) numaralı bendinde tanımlanmıştır. 5510 sayılı Kanunun 62/I. Maddesine göre, genel sağlık sigortasından sağlanacak sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanmak, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için bir hak, Kurum için ise bu hizmet ve hakların finansmanını sağlamak bir yükümlülüktür.

İkinci fıkrada, sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan genel sağlık sigortalısı ile bakmakla yükümlü olduğu kişiler yararlandırılır hükmüne yer verilmiştir. Aşağıda sıralanan sigortalıların bağımlı oldukları kişiler, sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadırlar.

5510 sayılı Kanunun 60'ıncı maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) ve (2) numaralı alt bentlerinin dışında kalan genel sağlık sigortalısının, sigortalı sayılmayan veya isteğe bağlı sigortalı olmayan, kendi sigortalılığı nedeniyle gelir veya aylık bağlanmamış olan;

a. Eşi,

b. 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 halinde 20 yaşını, yüksek öğrenim görmesi halinde 25 yaşını doldurmuş ve evli olmayan çocukları ile yaşına bakılmaksızın bu Kanuna göre malûl olduğu tespit edilen evli olmayan çocukları,⁴

1 Ekim 2008 itibarıyla kız çocuklarının anne ve babası üzerinden almakta olduğu sağlık yardımlarında farklılığa neden olan

4- 6385 sayılı Kanunun 7'inci maddesiyle, 5510 sayılı Kanununun 67'inci maddesinin dördüncü fıkrasına şu cümle eklenmiştir: "Ayrıca, lise ve dengi öğrenim görülmesi sebebiyle bakmakla yükümlü olunan kişi veya hak sahibi sıfatıyla sağlık hizmetinden yararlandırılan çocuklar, 20 yaşını dolduracakları tarihi aşmamak kaydıyla bu öğrenimlerini bitirmelerini izleyen tarihten itibaren 120 gün süreyle aynı kapsamda sağlık hizmetlerinden yararlanmaya devam ederler." Bu madde 01/06/2012 tarihinden geçerli olmak üzere 19/01/2013 tarihi itibarıyla yürürlüğe girer. Bu madde ile, lise ve dengi okul öğrencileri liseyi bitirip üniversiteyi kazanmaları halinde liseyi bitirme ve üniversiteye kayıt yaptırma arasında kalan sürede Genel Sağlık Sigortası primi ödeme yükümlülüğü kaldırılarak bu süreçte yaşanan mağduriyetler giderilmiştir.

değişiklikler yapılmıştır. 1 Ekim 2008 öncesi sağlık yardımı alan kız çocuklarının haklarında (Ekim 2008 öncesi mevzuata göre sigortalının bakmakla yükümlü olduğu aile bireyi olarak sağlık yardımından yararlanan, yaşlarına bakılmaksızın çalışmayan, evlenmemiş olan, çalışanlardan işten ayrılan, evlenip boşanan veya dul kalan kız çocukları) bir değişiklik yapılmamıştır. 1 Ekim 2008 sonrası ilk defa anne ve babası üzerinden sağlık yardımı alacak kız çocuklarının sağlık hakları ise, 5510 sayılı Kanun hükümlerine göre düzenlenmiş; lise ve dengi okullarda öğrenim görenler 20 yaş, yüksek öğrenim görenler 25 yaş ile sınırlandırılmıştır.

c. Geçiminin sigortalı tarafından sağlandığı SGK tarafından belirlenen kriterlere göre tespit edilen ana ve babası, genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişilerdir.

Ülkemiz ile sosyal güvenlik sözleşmesi olan ülkelerde yaşamakta olan Türk vatandaşlarının ülkemizde bakmakla yükümlü olduğu kişilerin SGK sağlık yardımlarından faydalanabilmesi için bulunduğu ülkelerin sigorta kurumlarına müracaat ederek ilgili sağlık yardım hakkı belgesinin (formüler) ile bakmakla yükümlü olduğu kişinin ikamet adresinin bulunduğu yerdeki Kurumun Yurtdışı İşlemleri Servisine ibraz etmeleri halinde sağlık yardımlarından faydalanmaktadır.

Sosyal güvenlik sözleşmesi imzalanmayan ülkelerde ikamet eden vatandaşlarımızın da adreslerinin yurtdışı olması halinde Kanunun 60'ıncı maddesinin birinci fıkrasının (g) bendine göre kapsamında değerlendirilmemektedir.

C. Bakmakla Yükümlüsü Olmayan Kişiler

- Mesleki Eğitim Kanununda belirtilen aday çıraklık ve çıraklık eğitimi ile işletmelerde meslekî eğitim görenlerin,
- Yeşil kartlıların,
- Vatansız ve sığınmacıların,
- Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu kapsamındakilerin,
- Yabancı uyruklu öğrencilerin,
- Stajyer avukatların, bakmakla yükümlüleri bulunmamaktadır.

D. GSS Kapsamı Dışında Kalanlar

GSS Tescil, Prim ve Müstehaklık İşlemleri Yönetmeliği'nin 8'inci maddesinde GSS kapsamı dışında kalanlar sayılmıştır. Buna göre;

- Tutuklu ve hükümlüler,
- Er, erbaş ve 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 ile Türkiye'de kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan, yurt dışında ikamet eden ve o ülke sosyal güvenlik mevzuatına tabi olanlar,

- Kamu idarelerinin dış temsilciliklerinde istihdam edilen ve temsilciliğin bulunduğu ülkede sürekli ikamet izni veya bu devletin vatandaşlığına da haiz bulunan Türk uyruklu sözleşmeli personelden, bulunduğu ülkenin sosyal güvenlik kurumunda sigortalı olduğunu belgeleyenler ile kamu idarelerinin dış temsilciliklerinde istihdam edilen sözleşmeli personelin uluslararası sosyal güvenlik sözleşmeleri çerçevesinde ve temsilciliğin bulunduğu ülkenin ilgili mevzuatının zorunlu kıldığı hallerde, işverenleri tarafından bulunan ülkede sosyal sigorta kapsamında sigortalı yapılanlar,

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

- 3201 sayılı Kanuna göre yurt dışı hizmet borçlanması yaparak, aylık bağlananlardan Türkiye'de ikamet etmeyenler,

- İsteğe bağlı sigortalı olan yabancı ülke vatandaşlarından Türkiye'de yerleşik olma hâli bir yılı doldurmayanlar,

- Ülkemiz ile sosyal güvenlik sözleşmesi imzalanmamış ülkelerde çalışan ve çalıştığı ülkede sağlık hizmetinden yararlanma hakkı olanlar,

- 26/10/1990 tarihli ve 3671 sayılı Türkiye Büyük Millet Meclisi Üyelerinin Ödenek, Yolluk ve Emekliliklerine Dair Kanununun

4'üncü maddesi ile 30/3/2011 tarihli ve 6216 sayılı Anayasa Mahkemesinin Kuruluşu ve Yargılama Usulü Hakkında Kanununun 71'inci maddesi kapsamına girenler,

■ Uluslararası sosyal güvenlik sözleşme hükümleri saklı kalmak kaydıyla Kanununun 3'üncü maddesinin birinci fıkrasının (10) numaralı alt bendine ya da Kanununun geçici 12'inci maddesine göre genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişilerden yurt dışında öğrenim görenler hariç olmak üzere, yurt dışında ikamet edenler, bakmakla yükümlü olunan kişi olarak sayılmazlar.

E. Genel Sağlık Sigortalılığının ve Bakmakla Yükümlü Olduğu Kişi Statüsünün Sona Ermesi

Çalışanlar/gelir ve aylık alanlar bakımından genel sağlık sigortalıların ve bakmakla yükümlü oldukları aile bireylerinin sağlık yardımlarının hangi durumlarda sona ereceği, aşağıdaki şekilde belirlenmiştir.

(1) Sosyal güvenlik sözleşmesi hükümleri saklı kalmak şartıyla Kanununun 60'ıncı maddesi kapsamındaki kişilerin yerleşim yerinin Türkiye dışına taşındığı tarihte sona erer. Ancak, Kanun kapsamında prim ödeme yükümlülüğü devam edenler ile Kanuna ve diğer kanunlara göre gelir ve aylık alanlardan ikametgâhını yurt dışına taşıyanların gelir ve aylık alma hakları devam ettiği sürece yurt içinde ikamet eden genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişilerin bu statüleri devam eder.

(2) Lise ve dengi öğrenim görmesi sebebiyle genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi sıfatıyla sağlık hizmetinden yararlandırılan çocuklar, 20 yaşını dolduracakları tarihi aşmamak kaydıyla bu öğrenimlerini bitirmelerini izleyen tarihten itibaren 120 gün süreyle aynı kapsamda sağlık hizmetlerinden yararlanmaya devam edeceklerinden bu kişilerin bakmakla yükümlü olunan kişi sıfatları 120 günden sonra sona erer.

(3) Kanununun 4'üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamındaki sigortalıların 4857 sayılı İş Kanununun 56'ıncı ve 74'üncü maddeleri ile diğer iş kanunlarında ücretsiz izin sayılan süreler haricinde ayrıca bir takvim yılı içerisinde toplam bir ayı aşanların bu bent kapsamındaki sigortalılıkları bir ayın sonunda sona erer.

(4) Kanunun 4'üncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamındaki sigortalılardan aylıksız izine ayrılanların genel sağlık sigortası; ilk defa Kanunun 4'üncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında sayılanlardan ise ilgili kanunları gereğince aylıksız izine ayrılanların en fazla bir yıllık aylıksız izin sürelerinin bitiminde, (c) bendi kapsamında askerlik görevi nedeniyle kurumlarından aylıksız izinli sayılanlardan bakmakla yükümlü olduğu kişisi bulunanların, yedek subay okulu öğrencilik süreleri de dahil olmak üzere aylıksız izinli oldukları sürelerinin bitiminde sona erer.

(5) İş sözleşmesine tabi çalışanların işsizlik ödeneği ve kısa çalışma ödeneğinin kesildiği tarihten itibaren genel sağlık sigortası sona erer.

(6) 4046 sayılı Özelleştirme Uygulamaları Hakkında Kanunun 21'inci maddesi kapsamında iş kaybı tazminatı alanların iş kaybı tazminatı ödemesinin bittiği tarihten itibaren tabi oldukları bent kapsamındaki genel sağlık sigortalılıkları sona erer.

(7) İş sözleşmesi, kendi isteği veya kendi iradesi dışında sona erenlerin zorunlu sigortalılıkları 10 günü takiben son ermektedir. Bu kapsamda olanların sigortalılığın sona erdiği tarihten önceki bir yıl içinde 90 gün prim ödeme gün sayılarının bulunması durumunda, $10+90=100$ gün süre genel sağlık sigortalılıkları devam etmektedir.

(8) Ekim 2008 sonrasında ilk defa anne ve babası üzerinden sağlık yardımı alan kız çocuklarının hakları eğitim görmeleri koşuluyla en fazla 25 yaş ile erkek çocuklar gibi sınırlandırılmıştır. *Kız çocuklarının anne ve babası üzerinden almakta oldukları sağlık hizmeti ile ilgili 2008 Ekim öncesi ve sonrası uygulama farklılıklarına son verilmelidir.*

F. Genel Sağlık Sigortası Başlangıcı, Bildirim ve Tescili (md.61)

5510 sayılı Kanun ile birlikte Genel Sağlık Sigortasına katılım ve tescil yaptırılması zorunlu olmuştur. 01.01.2012 itibariyle sosyal güvencesi olmayanların bir ay içerisinde tescillerini yaptırmaları ile ilgili duyurular yapılmış, tebligatlar çıkarılmıştır. Bu iş-

lemleri yerine getirmeyenlerin resen tescil işlemlerinin yapılacağı uyarıları yapılmıştır.

Genel sağlık sigortalılığı başlangıcının tespiti ve tescil işlemleri aşağıdaki hükümlere göre yürütülmektedir.

5510 sayılı Kanununun 60'uncü maddesinin birinci fıkrasında genel sağlık sigortalısı olma şartlarında belirtilenlerden;

a. (a) ve (b) bentlerinde sayılanlar; sigortalı veya isteğe bağlı sigortalı olarak tescil edildikleri tarihten itibaren genel sağlık sigortalısı sayılır ve ayrıca bir bildirim gerek olmaksızın tescil edilmiş sayılır.

b. (c) bendinde sayılanlardan; (1) numaralı alt bentte belirtilenler SGK'ca tescil edildiği, (3), (4), (5), (6), (8), (9) ve (10) numaralı alt bentlerde belirtilenler ise aylığa hak kazandıkları tarihten itibaren genel sağlık sigortalısı sayılır. Yukarıdaki alt bentler kapsamı dışında kalanlar ise vatansız ve sığınmacı sayıldıkları, korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz yararlanmaya başladıkları tarihten itibaren genel sağlık sigortalısı sayılır ve ilgili kurumlarca kapsama alındığı tarihten itibaren bir ay içinde SGK'ya bildirilir. (1) numaralı alt bentte belirtilenlerin taleplerinin SGK'ca değerlendirilmesi sonucu talep tarihi itibarıyla müstahak olduğu anlaşılınların talep tarihi; daha sonra müstahak olanların ise müstahak oldukları tarih, SGK'ca tescil edildikleri tarih olarak kabul edilir.

c. (d) bendinde sayılanlar; Türkiye'deki yerleşim süresinin bir yılı geçtiği tarihten itibaren genel sağlık sigortalısı sayılır ve bu tarihten itibaren bir ay içinde verecekleri genel sağlık sigortası giriş bildirgesi ile tescil edilirler.

d. (e) bendinde sayılanlar, işsizlik veya kısa çalışma ödeneğinden yararlanmaya başladıkları tarihten itibaren genel sağlık sigortalısı sayılır ve Türkiye İş Kurumu tarafından işsizlik ödeneğinin bağlandığı tarihten itibaren bir ay içinde SGK'ya bildirilir.

e. (f) bendinde sayılanlar; gelir veya aylıktan yararlanmaya başladıkları tarihten itibaren genel sağlık sigortalısı sayılır ve ayrıca bir bildirim gerek olmaksızın tescil edilmiş sayılır.

f. (g) bendinde sayılanlar; diğer bentlere göre genel sağlık sigortalısı olmadıkları veya diğer bentlere göre genel sağlık sigorta-

sından yararlanma haklarının sona erdiği tarihten itibaren bu bent kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılırlar ve SGK'ca resen tescil edilirler.⁵

60'ncı madde gereği genel sağlık sigortalısı iken durumunda değişiklik olan kişilerden, aynı maddenin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) numaralı alt bendine veya (g) bendi kapsamına giren kişiler, durumlarında değişiklik olduğu tarihten itibaren en geç bir ay içinde SGK'ya başvurmak zorundadır. Bu kişilerin 60'ncı maddenin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) numaralı alt bendi kapsamına girmediğinin tespit edilmesi halinde, durumlarında değişiklik olduğu tarihten başlamak üzere (g) bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılırlar.

Genel sağlık sigortalılığı, yerleşim yerinin Türkiye olmadığı veya 60'ncı maddenin üçüncü fıkrası gereği genel sağlık sigortası kapsamı dışına çıkılan tarihten itibaren sona erer. Bu maddede belirtilen genel sağlık sigortası giriş bildirgesini süresi içinde veremeyenler hakkında 102'nci maddenin birinci fıkrasının (a) bendine göre idarî para cezası uygulanır.

III. GELİR TESTİ KRİTERLERİ VE PRİM YÜKÜMLÜLÜKLERİ

A. Gelir Testi Bildirimi ve Yapılması

Çalışmaya bağlı geliri olmayanların, genel sağlık sigortası priminin ne şekilde ödeneceğini belirleyen bir sistem olan gelir testine başvurma zorunlu olmuştur. Gelir testi uygulaması, sistemin bir finans kaynağı olarak belirlenmiş, kişilerin ödeme gücüne göre prim ödemesini öngörmüştür.

Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Gelir Tespiti, Tescil ve İzleme Sürecine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik 28/12/2011 tarihli ve 28156 sayılı Resmi Gazetede 2011/2512 karar sayısıyla yayımlanmıştır. *5510 sayılı Kanuna göre aile*; aynı hane içerisinde yaşayan eş, evli olmayan çocuk, büyük ana ve büyük babadan oluşur.

5 - 6111 sayılı Kanun 35'inci maddesiyle değiştirilmiştir.

Sosyal güvencesi olmayanların, ikamet ettikleri il veya ilçelerdeki Sosyal Yardım ve Dayanışma Vakıflarına müracaat etmeleri ve gelir testi yaptırmaları zorunlu olmuştur. Kanunla getirilen bu yükümlülükleri yerine getirmeyenlere bir asgari ücret üzerinden prim borcu oluşmuş, tebligat yapılması durumunda ise, bir ay süre verilmekte ve bu işlemi yerine getirmeyenlere ise, iki asgari ücret üzerinden her ay prim borcu tahakkuk ettirilmiştir.

Gelir testi sonucu, aile içindeki geliri kişi başına düşen aylık tutarı asgari ücretin üçte birinden az olan kişilerin, 5510 sayılı Kanununun 60'ıncı maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) numaralı alt bendi kapsamında tescilleri yapılmakta, genel sağlık sigortası primleri devlet tarafından ödenmektedir.

Gelir testi sonucu aile içindeki geliri kişi başına düşen aylık tutarı asgari ücretin üçte birinden fazla olan kişiler ise 5510 sayılı Kanununun 60'ıncı maddesinin birinci fıkrasının (g) bendi kapsamında tescil edilmiş ve Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarınca tespit edilen gelir durumuna göre genel sağlık sigortası primi, ilgili kişilerce ödenmektedir.

Gelir testi kriterlerine göre 2015 yılında GSS prim miktarları aşağıdaki şekilde belirlenmiştir.

2015 Yılında Gelir Testi Yaptıracaklar İçin GSS Prim Tutarları

01/01/2015 – 30/06/2015 Tarihleri Arası			
Aylık Geliri 400,50 TL'den Az Olanlar	Aylık Geliri 400,50 TL'den 1.201,50 TL'ye Kadar Olanlar	Aylık Geliri 1.201,50 TL'den 2.403 TL'ye Kadar Olanlar	Aylık Geliri 2.403 TL'den Fazla Olanlar
(Primleri Devlet Tarafından Ödenir)	48,06 TL	144,18 TL	288,36 TL
01/07/2015 – 31/12/2015 Tarihleri Arası			
Aylık Geliri 424,50 TL'den Az Olanlar	Aylık Geliri 424,50 TL'den 1.273,50 TL'ye Kadar Olanlar	Aylık Geliri 1.273,50 TL'den 2.547 TL'ye Kadar Olanlar	Aylık Geliri 2.547 TL'den Fazla Olanlar
(Primleri Devlet Tarafından Ödenir)	50,94 TL	152,82 TL	305,64 TL

B. Genel Sağlık Sigortası Prim Oranları

Genel sağlık sigortası primi iki farklı sistem üzerinden alınmaktadır. Genel sağlık sigortası primi, kısa ve uzun vadeli sigorta kollarına tâbi olanlar için 82'inci maddenin birinci fıkrasına göre hesaplanan prime esas kazancın %12,5'idir. Bu primin %5'i sigortalı, %7,5'i ise işveren hissesidir. Yalnızca genel sağlık sigortasına tâbi olanlar ile 60'ıncı maddenin birinci fıkrasının (c) bendi ve bu Kanunun geçici 13'üncü maddesinde belirtilenlerin genel sağlık sigortası primi, prime esas kazancın %12'sidir.

IV. SAĞLIK HİZMETLERİNDEN YARARLANMA ŞARTLARI

A. Sigortalılar için ödenmesi gereken

prim gün sayıları ve prim borçları

5510 sayılı Kanun, prim koşulunun belirlenmesinde üçlü seçenek öngörmüştür.

1. Prim koşulu aranmayanlar,
2. Son bir yıl içinde 30 gün prim ödenmiş olması,
3. Prim borcunun olmaması gerekenler ve bağımsız çalışanların 60 günden fazla prim borcunun olmaması.

18 yaşını doldurmamış olan kişiler, tıbben başkasının bakımına muhtaç olan kişiler, trafik kazası halleri, acil haller, iş kazası ile meslek hastalığı halleri, bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklar, Kanunun 63'üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) ve (c) bentleri gereğince sağlanan sağlık hizmetleri, 75'inci maddede sayılan afet ve savaş ile grev ve lokavt hallerinde prim ödeme koşulu aranmamaktadır.

Bu kapsam dışında kalanlar için sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanabilmek için;

a- 60'ıncı maddenin birinci fıkrasının (c) ve (f) bentleri hariç diğer bentleri gereği genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihten önceki son bir yıl içinde toplam 30 gün genel sağlık sigortası prim ödeme gün sayısının olması,

b- 60'ıncı maddenin birinci fıkrasının (a) bendinin (2) numaralı alt bendi ile (g) bendine tabi olan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla

yükümlü olduğu kişilerin yukarıdaki bentte sayılan şartla birlikte, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte 6183 sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanununun 48'inci maddesine göre tecil ve taksitlendirilerek tecil ve taksitlendirmeleri devam edenler hariç 60 günden fazla prim ve prime ilişkin her türlü borcunun bulunmaması gerekmektedir.

60'ıncı maddenin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılanlar, zorunlu sigortalıklarının sona erdiği tarihten itibaren on gün süreyle genel sağlık sigortasından yararlanırlar. Bu kişilerin sigortalılık niteliğini yitirdikleri tarihten geriye doğru bir yıl içinde 90 günlük zorunlu sigortalılıkları varsa, sigortalılık niteliğini yitirdikleri tarihten itibaren 90 gün süreyle bakmakla yükümlü olduğu kişiler dahil sağlık hizmetlerinden yararlandırılırlar. Lise ve dengi öğrenim görülmesi sebebiyle bakmakla yükümlü olunan kişi veya hak sahibi sıfatıyla sağlık hizmetinden yararlandırılan çocuklar, 20 yaşını dolduracakları tarihi aşmamak kaydıyla bu öğrenimlerini bitirmelerini izleyen tarihten itibaren 120 gün süreyle aynı kapsamda sağlık hizmetlerinden yararlanmaya devam ederler.

4'üncü maddenin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamındaki sigortalıların 4857 sayılı İş Kanununun 56'ıncı ve 74'üncü maddeleri ile diğer iş kanunlarında ücretsiz izin sayılan süreler haricinde ayrıca bir takvim yılı içerisinde toplam bir ayı aşmayan ve işverenlerince belgelendirilen ücretsiz izin sürelerinde genel sağlık sigortalılıkları devam eder.

Uygulamada karşılaşılan en önemli sorun, bazı sigortalılar bakımından prim borcunun olmasıdır.

Kısmi süreli ve ev hizmetlerinde çalışanların çalıştıkları ayda ek-sik kalan günlerinin genel sağlık sigortasını 30 güne tamamlanma zorunluluğu, sağlık hizmetlerinden yararlanmayı zorlaştıran bir uygulamaya dönüşmüştür.

Sigortalılıkları Bağ-Kur olarak değerlendirilenlerin 60 günden fazla prim borcunun olması durumunda, sağlık hizmetinden yararlanma durmaktadır.

Sağlık hakkını engelleyen bir uygulamaya dönüşen ilgili maddeler yeniden düzenlenmeli ve sağlık hakkı önündeki engeller kaldırılmalıdır.

Bağ-Kur Sigortalılarının prim borcu nedeniyle sağlık yardımı alamadıklarını dikkate alan Hükümetin, bu sorunun çözümüne ilişkin bir çalışma başlatmasını olumlu karşılıyoruz.

B. Provizyon işlemleri (SUT 1.7)

Provizyon işlemleri, sağlık hizmetinin alınmasında genel bir koşul olarak uygulanmaktadır. Provizyon kuralları Sağlık Uygulama Tebliği'nin 1.7 bölümünde aşağıdaki şekilde yürütülmektedir.

(1) Kurumla sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, müracaat eden kişinin sağlık yardımlarından yararlanma hakkının olup olmadığının tespiti için, Kurum bilgi işlem sistemi (MEDULA-Hastane, MEDULA-Optik, MEDULA-Eczane provizyon sistemi) üzerinden T.C. Kimlik Numarası ile hasta takip numarası/provizyon durumuna bakılmaktadır.

(2) Sağlık hizmeti sunucularınca T.C. Kimlik Numarası ile Kurum bilgi işlem sistemi üzerinden yapılan sorgulama sonucunda,

a) Kurum bilgi işlem sistemi tarafından hasta takip numarası/provizyon verilmesi halinde, sunulan sağlık hizmetleri faturalandırılıyor.

b) Kurum bilgi işlem sistemi tarafından prim ödeme gün sayısı veya prim borcu bulunması nedeniyle hasta takip numarası/provizyon verilmemesi halinde sağlık hizmeti sunucularınca kişinin müracaatının, aşağıda belirtilen istisnai haller nedeniyle yapıp yapılmadığı değerlendirilmektedir. Müracaat aşağıda sayılan istisnai nedenlerle yapılmış ise sadece söz konusu müracaat nedeni ile ilgili sağlık hizmeti bedelleri faturalandırılmaktadır.

- 1) Acil hal,⁶
- 2) İş kazası ile meslek hastalığı hali,
- 3) Trafik kazası,
- 4) Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalık,
- 5) Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmeti,

6 - SUT 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. Bu nedenle sağlanan sağlık hizmetleri acil sağlık hizmeti olarak kabul edilir.

- 6) Analık hali,⁷
- 7) Afet ve savaş ile grev ve lokavt hali,
- 8) 18 yaş altı çocuklar,
- 9) Tıbben başkasının bakımına muhtaç kişiler,⁸

c) 5510 sayılı Kanuna göre genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olunan kişi sayılmaması nedeniyle hasta takip numarası/provizyon alınmaması ancak kişinin müracaatının trafik kazası nedeniyle yapılmış olması halinde sadece söz konusu müracaat nedeni ile ilgili sağlık hizmeti bedelleri faturalandırılmaktadır.

ç) 5510 sayılı Kanuna göre genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olunan kişi sayılmaması nedeniyle hasta takip numarası/provizyon alınamayan kişilerin acil servis müracaatlarına ilişkin işlemler, acil sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin Başbakanlık Genelgesi doğrultusunda yürütülmektedir.

V. KATKI PAYI VE İLAVE ÜCRET ALINMASI

5510 sayılı Kanununun 63'üncü maddede sayılan sağlık hizmetlerinden katılım payının hangi durumlarda alınacağı 68'inci maddede düzenlenmiştir. Sağlık hizmetlerinden katılım payı alınmasının gerekçesinde, gereksiz sağlık hizmeti kullanımını engellemek adına yapıldığı savunulsa da; sigortalılar ve bakmakla yükümlü oldukları kişiler sağlık hizmeti alırken, değişik adlar altında alınan katkı payları aile bütçelerine önemli bir yük oluşturmuştur. Örneğin, asgari ücretle çalışan bir aile bireylerinin sağlık hizmeti alması durumunda, bu tür katkı paylarını ödemede zorlandıkları ve çoğu zaman muadil olan en ucuz ilacı aldıkları gözlenmiştir.

5510 sayılı Kanunun yürürlüğe girmesi ile birlikte 1 Ekim 2008

7 - SUT 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. Prim borcu bulunma koşulu aranmamaktadır.

8 - SUT Tıbben başkasının bakımına muhtaç kişi; "Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere 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. Bu kişiler için düzenlenen faturaya "Özürlü Sağlık Kurulu Raporu" eklenecektir.

itibariyle kamu sağlık hizmet sunucuları ve Sosyal Güvenlik Kurumu ile anlaşmalı vakıf üniversite hastaneleri ile özel sağlık hizmet sunucularına tedavi olmak için başvuran genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden %30 ilave ücret alınmaya başlanmıştır. SGK tarafından belirlenen ve hastanelere ödemesi gereken birim fiyatlarının uzun süre sabit tutulması sonucunda, vakıf üniversitesi ve özel hastanelere kaynak yaratılması amacıyla ilave ücretin yükseltilmesi yoluna gidilmiştir. İlave ücret alınması; 04.06. 2008 tarihinde %30, 01.01. 2010 tarihinde %70'e, 26.03.2012 tarihinde %90'a ve en son olarak 22.10.2013 tarihinde %200'e kadar artırılmıştır.

Katılım payı ve ilave ücretin giderek yükseltilmesi, gelir düzeyi düşük olan kişilerin sağlık hizmetine erişimini ve tercih yapmasını zorlaştıran bir uygulamaya dönüşmüştür. Katkı payı ve ilave ücretin Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ile tek taraflı olarak yüksek belirlenmesi, ödeme gücü olmayanların üniversite ve özel sağlık kuruluşlarından sağlık hizmeti almasını güçleştirmiştir.

13 Ekim 2013 itibariyle Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı tarafından hastanelerin sınıflandırılması ve puanlandırılması uygulamasına son verilmiş, hastaneler birer işletme olarak görülmüştür.

Uygulamaya yönelik yapılan araştırmalardan da görüleceği gibi, toplumun büyük çoğunluğu ilave ücretin kaldırılmasını talep etmektedir. SGK tarafından belirlenen muayene, tetkik ve tedavide hastanelere ödenen fiyatlar ile ilaç liste fiyatları yeniden belirlenmediğinden, aradaki farklar sigortalılar tarafından karşılanmaktadır.

Sosyal güvencesi olmayanlar ile kısmi süreli veya çağrı üzerine çalışanların genel sağlık sigortası priminin ödenmesinde ölçütler belirlenmiştir. Bu kapsamda çalışanların ay içerisinde eksik olan günlerinin genel sağlık sigortası primlerinin ödenme mecburiyetine son verilmelidir.

Sağlık sisteminde uygulama farklılıkları kaldırılmalı, hastane ayrımı yapılmadan sağlığa erişim güvence altına alınmalıdır. SGK, bu sorumluluktan kaçmamalı, Anayasada devlete verilen görevleri yerine getirmelidir.

A. Katılım Payı Alınması Kriterleri

Katılım payı 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun “tanımlar” başlıklı 3’üncü maddesinde “sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ödenecek tutar” olarak tanımlanmıştır. 5510 sayılı Kanundaki esaslara göre SGK tarafından çıkarılan, 29.09.2008 tarihli ve 27012 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği” ile genel sağlık sigortası kapsamında bulunan kişilerden 01 Ekim 2008 tarihinden itibaren katılım payı alınması uygulamasına başlanmıştır.

Katılım payı alınmasındaki amaç, sağlık hizmetlerinde gereksiz kullanımı önlemek adına uygulandığı savunulmuştur. Diğer taraftan, 5510 sayılı Kanunun 68’inci maddesinde ise, katılım payı tespit edilirken, kişilerin prime esas kazançları, gelir ve aylıklarının tutarı ve benzeri ölçütler dikkate alınacağı öngörülmüştür. Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ve ekleri incelendiğinde, 5510 sayılı Kanunun 68’inci maddesindeki kriterlere tam olarak uyulmamış, sağlık hizmeti alan kişilerden çeşitli adlar altında muayene ücreti, reçete bedeli ve ilaç fiyat farkı alınmıştır.

Geçim zorluğu yaşayan işçi, memur, emekli ve bağımsız çalışanların hastane tercihi yapması, SUT ile zorlaştırılmıştır. Ödeme gücü olmayanlar devlet hastanesine, ödeme gücü olanların ise, üniversite ve özel hastanelere gitmeyi tercih ettikleri görülmüştür. Sağlık hizmetlerindeki bu tür eşitsizlikler, sosyal güvenlik ve sosyal devlet ilkeleri ile çelişmiştir. Bu nedenle, ilave ücret başlangıçtaki gibi %30 ile sınırlandırılmalı, kamu ve özel kesim ayrımı olmadan sağlığa erişim eşit bir şekilde uygulanmalıdır.

1. Katılım payı uygulanacak sağlık hizmetleri (SUT 1.8)

Katılım payı uygulanacak sağlık hizmetleri SUT 1.8’de sıralanmıştır. Buna göre;

a) Sağlık Bakanlığı tarafından sözleşme imzalanmış, görevlendirilmiş veya yetkilendirilmiş aile hekimleri hariç olmak üzere ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı,

b) Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar,

- c) Vücut dışı protez ve ortezler,
- ç) Yardımcı üreme yöntemi tedavileri.

2. Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi

muayenesi katılım payı kriterleri (SUT 1.8.1)

Kişilerin ödemesi gereken muayene katılım payı, müracaat edilen sağlık hizmeti sunucusunun özel ya da resmi olmasına göre farklılık göstermektedir.

Birinci basamak⁹ sağlık hizmeti sunucularında yapılan hekim ve diş hekimi muayenesinden katılım payı alınmamaktadır. Diğer sağlık hizmeti sunucularında yapılan hekim ve diş hekimi muayenesi nedeniyle uygulanacak katılım payı tutarları aşağıda şekilde uygulanmaktadır.

a) Devlet hastaneleri, eğitim araştırma hastaneleri veya üniversite hastaneleri gibi resmi sağlık hizmeti sunucularındaki ayakta muayenelerde.....5 TL

b) Özel sağlık hizmeti sunucularında12 TL

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

a) Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için gelir ve aylıklarından,

b) Diğer kişiler için eczanelerce kişilerden, tahsil edilir.

Özel sağlık hizmeti sunucularında yapılan muayeneler için öngörülen katılım payı;

a) Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için gelir ve aylıklarından,

b) Diğer kişiler için ayakta hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı sağlık hizmeti sunucusunca, “Yeşil alan muayenesi” sonucunda oluşan katılım payı ise eczanelerce kişilerden, tahsil edilir.

Birinci basamak sağlık kuruluşları muayeneleri, Kurumca belirlenen kronik hastalıklar ve acil haller hariç olmak üzere 10 gün

9 - Kamu idareleri bünyesindeki kurum hekimlikleri, sağlık ocağı, verem savaş dispanseri, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, sağlık merkezi ve toplum sağlığı merkezi ile Sağlık Bakanlığı tarafından aile hekimi olarak yetkilendirilen aile hekimleri, 112 acil sağlık hizmeti birimi, üniversitelerin medikososyal birimleri, Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağlık üniteleri, belediyelere ait poliklinikler.

içerisinde aynı uzmanlık dalında farklı sağlık hizmeti sunucusuna yapılan başvurularda bu maddede belirtilen ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı tutarları 5 (beş) TL artırılarak tahsil edilir.

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, Güçsüz 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.

3. Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için katılım payı (SUT 1.8.2)

İlaç katılım payı iki şekilde uygulanmaktadır. Birincisi karşılanan ilacın belli bir yüzdesinin tahsil edilmesi, ikincisi ise reçete edilen ilaçlar için kutu sayısı başına belli bir tutarın tahsil edilmesi şeklindedir.

(1) Kurumca bedeli karşılanan ilaçlar için Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişilerden %10, diğer kişilerden %20 oranında katılım payı alınır.

(2) Ayrıca her bir reçete için;

a) 3 kutuya kadar (üç kutu dâhil) temin edilen ilaçlar için.....3 (üç) TL,

b) 3 kutuya ilave temin edilen her bir kutu ilaç için.....1 (bir) TL, olmak üzere katılım payı alınır.

(3) Sağlık raporu ile belgelendirilmek koşuluyla Kurumun resmi internet sitesinde (www.sgk.gov.tr) yayımlanan “Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi” nde (EK-4/D) yer alan hastalıklarda, listede belirtilen ilaçlar için bu maddede belirtilen katılım payları uygulanmaz ve kutu/kalem hesabında dikkate alınmaz.

(4) Bu maddede tanımlanan ilaçlar için katılım payları;

- a) Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü olduğu kişiler için gelir ve aylıklarından mahsup edilmek suretiyle,
- b) Diğer kişiler için ise Kurumla sözleşmeli eczaneler tarafından kişilerden,
- c) Yurt dışından temin edilen ilaçlar için; ilaçları temin eden kuruluş tarafından kişilerden, şahıslar tarafından temin edilmesi halinde Kurum tarafından kişilerden tahsil edilir.

4. Tıbbi malzeme katılım payı (SUT 1.8.3)

Vücut dışı protez ve ortezler

4.1 Görmeye yardımcı tıbbi malzemelerden,

4.2 Ağız protezlerinden (SUT eki “Diş Tedavileri Puan Listesi”nde (EK-2/Ç) yer alan kod numaraları belirlenenlerde sayılanlar), Sağlık raporunda hayati öneme haiz olduğu belirtilmeyen diğer protezler¹⁰ ve ortezlerden,¹¹ katılım payı alınır.

Vücut dışı protez ve ortezlerden, Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için %10, diğer kişiler için %20 oranında katılım payı alınır. Ancak katılım payı tutarı vücut dışı protez veya ortezin alındığı tarihteki brüt asgari ücretin %75’ini geçemez. %75’lik üst sınırın hesaplanmasında her bir protez ve ortez bağımsız olarak değerlendirilir.

5. Yardımcı üreme yöntemi katılım payları (SUT 1.8.4)

5.1 Yardımcı üreme yöntemi tedavilerinde birinci denemede %30, ikinci denemede %25, üçüncü denemede %20 oranında olmak üzere bu tedaviler için belirlenen bedeller üzerinden katılım payı alınır.

5.2 Yardımcı üreme yöntemi katılım payları, tedavinin sağlandığı sağlık hizmeti sunucusunca kişilerden tahsil edilir.

10 - 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 tıbbi cihazlar,

11 - Doğuştan veya sonradan herhangi bir nedenle bir organda oluşan fonksiyon kaybını veya yetersizliğini önlemek ya da vücut parçalarından birini desteklemek veya korumak amacıyla kullanılan tıbbi cihazlar olarak tanımlanmaktadır.

**6. Katılım payı alınmayacak haller,
sağlık hizmetleri ve kişiler (SUT 1.8.5)**

(1) İş kazasına uğrayan veya meslek hastalığına yakalanan sigortalılardan,

(2) Askerî tatbikat ve manevralarda sağlanan sağlık hizmetlerinden,

(3) 5510 sayılı Kanununun 75'inci maddesinde yer alan afet ve savaş hali nedeniyle sağlanan sağlık hizmetlerinden,

(4) 5510 sayılı Kanununun 94'üncü maddesinde tanımlanan kontrol muayenelerinden,

(5) Acil servislerde verilen ve SUT eki "Hizmet Başı İşlem Puan Listesi" nde (EK-2/B) yer alan 520.021 kodlu "Yeşil alan muayenesi" adı altında Kuruma fatura edilebilen sağlık hizmetleri hariç olmak üzere acil servislerde verilen sağlık hizmetleri, bedeli Kurumca karşılanmayan ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayeneleri, Sağlık Bakanlığı tarafından sözleşme yapılmış, görevlendirilmiş veya yetkilendirilmiş aile hekimi muayeneleri ile SUT'un 1.4.3 maddesinde belirtilen sağlık kurumları/kuruluşları tarafından sunulan sağlık hizmetlerinden,

(6) Kurumca finansmanı sağlanan kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinden,

(7) Sağlık raporu ile belgelendirilmesi şartıyla; Kurumca belirlenen SUT Eki "Ayakta Tedavide Hekim ve Diş Hekimi Muayenesi Katılım Payı Alınmayacak Kronik Hastalıklar Listesi"nde (EK-1/A) yer alan kronik hastalıklarda, kişilerin bu hastalıkları ile ilgili uzmanlık dalındaki ayaktan muayenelerinden,

(8) Tetkik ve tahliller ile diğer tanı yöntemlerinde kullanılan ilaçlardan, yatarak tedavilerde kullanılan ilaçlardan, sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla EK-4/D Listesinde yer alan ilaçlardan,

(9) Tıbbi sarf malzemeleri ile SUT'un 1.8.3(1) fıkrasında yer almayan tıbbi malzemelerden,

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

(11) 1005 sayılı İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatanî Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun

- hükümlerine göre şeref aylığı alan kişiler ile bunların eşlerinden,
- (12) 3292 sayılı Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişilerden,
- (13) 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler ile bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerden,
- (14) 2828 sayılı Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişilerden,
- (15) Harp malûllüğü aylığı alanlar ile 3713 sayılı Terörlü Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlardan ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerden,
- (16) Vazife malûllerinden,
- (17) Kurumca iade alınan tıbbi malzemelerden,
- (18) Polis akademisi ile fakülte ve yüksekokullarda, Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okuyan veya kendi hesabına okumakta iken Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okumaya devam eden öğrencilerden,
- (19) Harp okulları ile fakülte ve yüksekokullarda, Türk Silahlı Kuvvetleri hesabına okuyan veya kendi hesabına okumakta iken askerî öğrenci olanlar ile astsubay meslek yüksekokulları ve astsubay naspedilmek üzere temel askerlik eğitimine tâbi tutulan adaylardan,
- (20) 19.05.2011, 23.10.2011 ve 9.11.2011 tarihlerinde meydana gelen depremler sonucunda yaralanan veya sakat kalanlara verilecek protez, orteç, araç ve gereç bedellerinden
- (21) 3713 sayılı Kanununun 21'inci maddesinde sayılan olaylara maruz kalmaları nedeniyle yaralananların tedavileri sonuçlanıncaya veya maluliyetleri kesinleşinceye kadar sağlanacak sağlık hizmetlerinde, bu kişilerden, katılım payları alınmaz.

B. İlave Ücret Alınması Kriterleri

İlave ücret 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 73'üncü Maddesinin ikinci fıkrasında düzenlenmiştir. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun hazırlık ve TBMM'de görüşülmesi aşamalarında en fazla üzerinde durulan ve mutlaka sınırlandırılması gereken ilave

ücretin uygulamalarına bakıldığında, başlangıçtaki hedeflerden ve kurgudan uzaklaşmıştır. Sağlık Uygulama Tebliği'nin 1.9 numaralı maddesinde açıklanmıştır. Buna göre; Kurumla sözleşmeli; vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşları ve mesai saati dışında devlet üniversitelerinde; SUT ve eklerinde yer alan sağlık hizmetleri işlem bedellerinin tamamı üzerinden Kurumca belirlenen oranı geçmemek kaydıyla Kuruma fatura edilebilen tutarlar esas alınarak kişilerden ilave ücret alınmaktadır.

SGK tarafından her tür tetkik ve tedavi işlemi için ayrı ayrı fiyatlar belirlenmektedir. Özel hastaneler, vakıf üniversitesi hastaneleri ve devlet hastanelerinde mesai saati dışında muayene yapılması durumunda, SGK'nın ödediği payın iki katı, diğeri işlemlerde bir katı ilave ücret alınmaktadır.

12 Ekim 2013 itibariyle özel hastaneler ile vakıf üniversitesi hastanelerinde cepten ödenen ilave ücret kapsamına, 17 Mart 2014 itibariyle Sağlık Uygulama Tebliği'nde yapılan değişiklikle kamu üniversite hastanelerinde mesai saatleri dışında yapılan muayeneler de dahil edilmiştir. Buna göre, yardımcı doçent, doçent ve profesörlere muayene olunduğunda iki katı, diğer işlemlerde bir katı kadar ilave ücret alınması getirilmiştir.

Bu uygulama ile birlikte, kamu üniversite hastaneleri mesai saatleri dışında özel hastane statüsüne dönüştürülmüştür. Sağlık hizmetleri, Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) baskısı altında yürütülmektedir. Ödeme gücü olanlara hastane ve hekim tercihi yapma hakkı getirilmiş, ilave ücreti ödeme gücüne sahip olmayan çalışan, emekli, esnaf ve çiftçilerin devlet hastanelerini tercih ettikleri görülmüştür.

Acil servislerde ilave ücret alınmaması, acillerin aşırı derecede yoğunlaşmasına neden olmuştur. Katkı payları ve ilave ücret baskısı nedeniyle, önceki yıllarda acil servislerdeki muayenelerin toplam muayenelerdeki %8 olan pay hızlı bir artış göstermiş ve %20'ye yükselmiştir.

1. İlave ücret alınması (SUT 1.9.1)

(1) İlave ücret alınması uygulamasında;

a) Kurumla sözleşmeli; vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum

ve kuruluşları; SUT ve eklerinde yer alan sağlık hizmetleri işlem bedellerinin tamamı üzerinden Kurumca belirlenen oranı geçmemek kaydıyla Kuruma fatura edilebilen tutarlar esas alınarak kişilerden ilave ücret alabilir.

b) Yükseköğretim kurumlarına ait sağlık hizmeti sunucularında (vakıf üniversiteleri hariç) öğretim üyeleri tarafından mesai saatleri dışında bizzat verilen sağlık hizmetleri için poliklinik muayeneleminde iki katını, diğer hizmetlerde bir katını geçmemek üzere, Kuruma fatura edilebilen tutarlar esas alınarak kişilerden ilave ücret alınabilir. Ancak alınacak ilave ücret bir defada asgari ücretin iki katını geçemez.

c) SUT eki EK-2/B, EK-2/C, EK-2/Ç listelerinde yer alan işlemlerin bedellerine ilave olarak Kuruma ayrıca faturalandırılabilen tıbbi malzeme ve ilaçlar ile SUT eki EK-2/A Listesindeki tutarlara dahil olan işlemler için ayrıca ilave ücret alınmaz.

(2) İlave ücretler, genel sağlık sigortalıları veya bakmakla yükümlü olunan kişilerce ve/veya sağlık kurum/kuruluşlarınınca Kurumdan talep edilemez.

(3) Kurumla sözleşmeli eczaneler, eşdeğer ilaçların azami fiyatı ile kişinin talep ettiği eşdeğer ilacın fiyatı arasında oluşacak fark ücretini, Kurumla sözleşmeli optisyenlik müesseseleri de kişinin talep ettiği görmeye yardımcı malzemenin bedeli ile Kurumca ödenen görmeye yardımcı malzeme bedeli arasında oluşacak fark ücretini kişilerden talep edebileceklerdir. Bu fark ücreti ilave ücret olarak değerlendirilmez.

(4) Sağlık hizmeti sunucularınca, Kurumca finansmanı sağlanmayan sağlık hizmetleri için talep edilen ücretler, ilave ücret olarak değerlendirilmez.

(5) Sağlık hizmeti sunucusu, sunduğu sağlık hizmetleri öncesinde, alacağı ilave ücrete ilişkin olarak hasta veya hasta yakınının yazılı onayını alır. Bu yazılı onay alınmadan, işlemler sonrasında herhangi bir gerekçe ileri sürerek ilave ücret talebinde bulunamaz.

(6) Hastanın acil haller nedeniyle sağlık hizmeti sunucusuna başvurması ve acil halin sona ermesi halinde, acil halin sona erdiğine ve müteakip işlemlerin ilave ücrete tabi olduğuna ilişkin hastaya/hasta yakınına SUT eki “Acil Halin Sona Ermesine İlişkin

Bilgilendirme Formu” (EK-1/D) kullanılarak, yazılı bilginin imza karşılığı verilmesi zorunludur.

(7) Kurumla sözleşmeli/protokollü vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşları, aynı başvuru numarası altında yapılan Kurumca karşılanan sağlık hizmeti bedellerinin toplamının 100 (yüz) TL’yi aşması halinde, bu hizmetleri ve varsa ilave ücret tutarını gösterir, SUT eki “Hastaya Sunulmuş Olan Hizmetleri ve İla ve Ücreti Gösterir Belge”yi (EK-1/B) yatan hasta tedavilerinde en geç hastanın taburcu olduğu tarihte, diğer tedavilerde ise işlemin yapıldığı tarihte hastaya vermek zorundadır. Ancak hastanın istemesi halinde tutar sınırı olmaksızın sunulan tüm işlemleri ayrıntılı olarak gösteren bilgi ve belgeler hastaya verilmek zorundadır. Söz konusu bilgiler aynı süreler içerisinde elektronik ortamda da sağlanabilir.

2. İlave ücret alınmayacak kişiler (SUT 1.9.2)

(1) Otelcilik hizmetleri ve istisnai sağlık hizmetleri hariç olmak üzere aşağıda belirtilen kişiler ile a, b ve c bentlerinde sayılan kişilerin bakmakla yükümlü olduğu kişilerden ilave ücret alınmaz.

- a) 1005 sayılı Kanun hükümlerine göre şeref aylığı alan kişiler,
- b) 2330 sayılı Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,
- c) Harp malûllüğü aylığı alanlar ile 3713 sayılı Kanun kapsamında aylık alanlar,
- ç) Tedavileri sonuçlanıncaya veya maluliyetleri kesinleşinceye kadar; 3713 sayılı Kanununun 21’inci maddesinde sayılan olaylara maruz kalmaları nedeniyle yaralananlar.

3. İlave ücret alınmayacak sağlık hizmetleri (1.9.3)

(1) Aşağıda belirtilen sağlık hizmetleri için hiçbir ilave ücret alınmaz. Ancak; Yükseköğretim kurumlarına ait sağlık hizmeti sunucularında (vakıf üniversiteleri hariç) öğretim üyesi tarafından verilen SUT’un 2.1.1 numaralı maddesi kapsamındaki sağlık hizmetleri, kardiyovasküler cerrahi işlemler ve 18 yaşını doldurmamış çocuklar hariç olmak üzere SUT eki EK-2/B ve EK-2/C Listesindeki 618200-P618200 kodlu “Koklear implant yerleştirilmesi işlemi için ilave ücret alınabilir.

a) Acil servislerde verilen ve SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan 520.021 kod numaralı “Yeşil alan muayenesi” adı altında Kuruma fatura edilebilen sağlık hizmetleri hariç olmak üzere, acil haller nedeniyle sunulan sağlık hizmetleri,

b) Yoğun bakım hizmetleri,

c) Yanık tedavisi hizmetleri,

ç) Kanser tedavisi (radyoterapi, kemoterapi, radyo izotop tedavileri),

d) Yenidoğana verilen sağlık hizmetleri,

e) Organ, doku ve kök hücre nakillerine ilişkin sağlık hizmetleri,

f) Doğumsal anomaliler için yapılan cerrahi işlemlere yönelik sağlık hizmetleri,

g) Hemodiyaliz tedavileri,

ğ) Kardiyovasküler cerrahi işlemleri.

(İstisnai sağlık hizmetlerinde belirtilen işlemler hariç)

h) SUT eki EK-2/B ve EK-2/C Listesindeki 618200-P618200 kodlu “Koklear implant yerleştirilmesi” işlemi

4. Otelcilik hizmetlerinde ilave ücret uygulaması (SUT 1.9.4)

Resmi sağlık hizmeti sunucuları da dâhil olmak üzere SGK ile sözleşmeli sağlık kurumları, standartların üstündeki talepleri karşılayan otelcilik hizmetleri için ilave ücret talep edebilmektedirler.

(1) Sözleşmeli/protokollü sağlık kurumları, asgari banyo, TV ve telefon bulunan; 2 yataklı odalarda sundukları otelcilik hizmetleri için SUT eki EK-2/B Listesinde 510.010 kod ile yer alan “Standart yatak tarifesini” işlem bedelinin 1,5 katını, tek yataklı odalarda ise 3 katını geçmemek üzere kişilerden ilave ücret alabilir. Gününbirlik tedavi kapsamındaki işlemler sırasında verilen otelcilik hizmeti için ise en fazla SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan “Gündüz yatak tarifesini” işlem bedelinin 3 katına kadar ilave ücret alınabilir. SUT eki (**Değişik:RG-12/11/2013-28819/2 md. Yürürlük:12/11/2013**) EK- 1/C Listesinde yer alan istisnai sağlık hizmetlerinde otelcilik hizmetleri için ayrıca ilave ücret uygulanmaz.

5. İstisnai sağlık hizmetlerinde ilave ücret uygulanması (SUT 1.9.5)

Resmi sağlık hizmeti sunucuları da dâhil olmak üzere SGK ile sözleşmeli sağlık kurumları, istisnai sağlık hizmetleri için Kurumca ödenen ücretlerin üç katını geçmemek üzere ilave ücret alabilir. Robotik cerrahi yöntemi ile yapılan bazı işlemler, suda doğum, epidural anestezi ile doğum, bazı diş protez işlemleri, robotik rehabilitasyon sistemi uygulamaları istisnai sağlık hizmetleri arasında yer almakta olup istisnai sağlık hizmetlerinin neler olduğu Sağlık Uygulama Tebliğinde belirtilmiştir.

(1) Sözleşmeli/protokollü sağlık kurum ve kuruluşları, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenen ve SUT eki “İstisnai Sağlık Hizmetleri Listesi” nde (EK-1/C) yer alan istisnai sağlık hizmetleri için genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden SUT eki listelerde yer alan işlem bedellerinin 3 katını geçmemek üzere ilave ücret alabilir.

(2) Sözleşmeli/protokollü sağlık kurum ve kuruluşları istisnai sağlık hizmeti olarak belirlenen işlemler için; EK-2/C Listesinden, işlemin sadece EK-2/B Listesinde yer alması halinde ise EK-2/B Listesindeki işlem bedelleri üzerinden ilave ücret alabilir.

C. Süreli Sağlanan Sağlık Hizmetleri

1. İşitme cihazı

İşitmenin cihaz ile düzeltilmesinin mümkün olduğunun Kurumla sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusu sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi kaydıyla Kurumca karşılanır.

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

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

2. Gözlük cam ve çerçevesi

Göz hastalıkları uzmanları ile bu dalda ihtisas yapmakta olan hekimler tarafından düzenlenen reçeteye dayanılarak alınacak gözlük camları ile çerçeve bedelleri Kurumca karşılanır.

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

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

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

3. Konuşma cihazı

Kurumla sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusu sağlık kurulu raporu ile belgelenmek kaydıyla konuşma cihazı bedelleri, Kurumca karşılanır.

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

4. Ağız protezleri ve diş tedavileri

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

Kemik içi dental implantların bedelleri ödenmez. Ancak, mak-sillofasiyal travma ve tümörler sonucu aşırı kemik kaybı olan ya da damak yarığı gibi deformiteleri olan hastalar ile rutin tedavilerle başarılı olunamayan rezorbe alt-üst çene vakalarında (en az 2 en fazla 4 implant ile sınırlı kalmak koşuluyla) klasik protez ile çözülemeyen ve implant tedavisinin zorunlu olduğunun üniversite diş hekimliği fakültelerinden cerrahi, protez ve periodontoloji anabilim

dallarından en az birer öğretim üyesinin katılımıyla oluşacak sağlık kurulu tarafından karara bağlanması ve kaç ünite yapılacağına ilişkin sağlık kurulu raporunda belirtilmesi şartıyla, kemik içi dental implant ve tedavi bedeli Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen bedel üzerinden Kurumca karşılanır.

Hareketli ve sabit protezler dört yıldan önce yenilenmez.

D) Yol gideri, gündelik ve refakatçi giderleri

Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerine ilişkin yol gideri, gündelik ve refakatçi giderleri için ödenecek tutarlar Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenmektedir.

Yol gideri, gündelik ve refakatçi giderlerin ödenmesinde sevk zinciri zorunludur. Sevk zincirine uyulmaması hâlinde sağlık hizmetleri bedelleri ve yol gideri, gündelik ve refakatçi giderleri Kurumca karşılanmaz.

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, yerleşim yeri dışına yapılan sevklerle ilişkin yol ve gündelik gideri ile ilgili kurallar¹² şu şekilde belirlenmiştir.

1. Gündelik giderlerin ödenmesi

(1) Kişilerin, yerleşim yeri dışındaki sağlık hizmeti sunucusuna yapılan sevklerinde hasta ve refakatçisine;

a) Ayakta tedavilerde, sevk edildikleri sağlık hizmeti sunucusuna müracaat tarihi ile tedavinin sona erdiği tarihler arasında, istirahat raporu verilen süreler dışında kalan günler için gündelik ödenir.

b) Yatarak tedavilerde, hasta ve refakatçisine yalnızca gidiş ve dönüş tarihi için gündelik ödenir.

c) Müracaat sonrası 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 5 günü geçmemek üzere gündelik ödenir.

(2) Gündelikler; il dahilindeki sevklerde (ilçe-merkez arası) 100, iller arası sevklerde ise 200 gösterge rakamının devlet memurları

12 - SUT 2.6/Genel Sağlık Sigortası Uygulama Yönetmeliği md.16

aylıklarına uygulanan katsayı ile çarpımı sonucu bulunacak tutar üzerinden ödenir.

(3) Sevk edilen sağlık hizmeti sunucusuna müracaat tarihi ile tedavinin sona erdiği tarihin aynı gün olması halinde gündelik ödenmez.

(4) Sevk edildiği sağlık hizmeti sunucusuna müracaatları sonrasında, hastanın sevk edildiği branş dışında başka bir branşa tedavinin devamı niteliğinde sevk edilmesi ve bu durumun belgelendirilmesi halinde sevk edildiği branşta ayakta tedavi görülen günler için de gündelik ödenir.

(5) Sevk edildiği sağlık hizmeti sunucusuna müracaatları sonrasında, hastanın sevk edildiği yerleşim yerinde başka bir sağlık hizmeti sunucusuna tedavinin devamı niteliğinde sevk edilmesi ve bu durumun belgelendirilmesi halinde sevk edildiği sağlık hizmeti sunucusunda ayakta tedavi görülen günler için de gündelik ödenir.

2. Mutat taşıt ücretleri

Sevk belgesinde sevk vasıtası belirtilmemiş ise mutat taşıt ücreti ödenir. Kişilerin özel araçları ile sağlık hizmeti sunucusuna gidış ve dönüşleri için mutat taşıt ücreti ödenir.

Mutat 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 mutat taşıt bedeli üzerinden ödenir.

(1) Yerleşim yeri dışındaki sağlık hizmeti sunucusuna yapılan sevkler için istinaden mutat taşıt giderleri;

a) 0-100 km. arası mesafeler için fatura/bilet tutarını aşmamak üzere Ulaştırma, Denizcilik ve Haberleşme Bakanlığı tarafından Resmî Gazetede yayımlanan “Karayolları Şehirlerarası Yolcu Taşımacılığı Alanında Uygulanacak Taban Ücret Tarifesi Hakkında Tebliğ”de (ÜTHT) yer alan Karayoluyla Şehirlerarası Yolcu Taşımacılığında Uygulanacak Taban Ücret Tarifesinde (Ücret Tarifesi) 101-115 km. arası mesafe için belirlenen tutarın,

- 1) 0-25 km. arası mesafeler için 0,4
- 2) 26-50 km. arası mesafeler için 0,5
- 3) 51-75 km. arası mesafeler için 0,7

4) 76-100 km. arası mesafeler için 0,8

katsayıları ile çarpımı sonucu bulunacak miktarlar üzerinden,

b) 101-2001 km. ve üzeri mesafeleri için fatura/bilet tutarını aşmamak üzere ÜTHT’de yer alan “Ücret Tarifesi” esas alınarak ödenir.

VI. GENEL SAĞLIK SİGORTASININ SORUNLU ALANLARI

Genel Durum

1 Ocak 2012 itibariyle yürürlüğe giren genel sağlık sigortası ile birlikte yer ve zaman farkı olmaksızın sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması, sevk zinciri aranmadan kamu ve özel hastanelere doğrudan başvurulması, yerinde ve olumlu bir değişiklik olarak değerlendirilmiştir.

Anayasanın 56’ncı maddesinde; herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlama görevi devlete verilmiş, bu görevin yerine getirilmesinde kamu ve özel kesim sağlık kurumlarının tek elden planlanması ve genel sağlık sigortası oluşturulmasında ayrımsız ve eşit bir sağlık hizmetinin sunulacağı öngörülmüştür. Anayasanın 60’ncı maddesinde ise, herkesin sosyal güvenlik hakkına sahip olduğu ve bunun için devletin gerekli tedbirleri alması ve teşkilatları kurması gerektiği belirtilmiştir.

Sosyal güvenlik hizmetlerinin en önemli uygulaması olan sağlık hakkı, evrensel temel bir insan hakkı olarak değerlendirilmiştir. 1948’de kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nin 25’inci maddesi, Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi’nin 12’inci maddesi, Avrupa Sosyal Şartı’nın 11’inci maddesinde ve Avrupa Birliği Temel Haklar Bildirgesi’nin 35’inci maddesinde, sağlık hakkının güvence altına alınmasına yer verilmiştir.

1. Katkı Payı ve İlave Ücret Alınması

Primli bir sistem olan genel sağlık sigortasından sağlık hizmeti alındığında, katkı payı ve ilave ücret ödeme gibi ek yüklerin öngörülmesi, Anayasada devlete verilen görevler ile uyumlu olmamıştır.

Katkı payı ve ilave ücret alınması ile ilgili gerekçede, sağlık harcamalarının gereksiz kullanımını azaltmak adına getirildiği savunulmuştur. Bu gerekçe inandırıcı bulunmamış, özellikle vakıf

üniversitesi hastaneleri ve özel hastanelere kaynak yaratılmıştır. Bunun nedeni ise, SGK'nın hastanelere yaptığı ödemeler artırılmadığından, katkı payı ve ilave ücret adı altında sağlık hizmetleri paralı bir sisteme dönüştürülmüş ve bu uygulama temel bir kural haline getirilmiştir. Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ile sağlık hizmeti alanlar üzerinde bir baskı oluşturulmuş, insanlar hastane tercihi yapamaz duruma gelmiştir. Sosyal devlet ve sosyal güvenlik uygulamalarında insanların sağlık hakkının riske edilemeyeceği ve devletinde bu sorumluluktan kaçınamayacağını bilmesine rağmen, sağlık kuruluşları birer işletme gibi yönetilmiştir.

Genel sağlık sigortasının uygulama sonuçlarına bakıldığında, başlangıçtaki hedeflerden uzaklaşan ve katkı paylarının kapsamını genişleten değişikliklere gidilmiştir.

12 Ekim 2013 tarihi itibarıyla hastanelerdeki sınıflandırmalar ve puanlandırmanın kaldırılması ile birlikte vakıf üniversitesi hastaneleri ile özel hastaneler tarafından %200'e kadar ilave ücret alınması, kamu üniversitelerine mesai sonrasında yapılan muayenelerde de uygulanmaya başlanmıştır. Bu durum, ekonomik olarak ödeme gücü olmayanları mağdur etmiş ve sağlık hizmetlerine erişimde eşitliği bozan bir uygulamaya dönüşmüştür.

Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ile tek taraflı olarak belirlenen katkı payları ve ilave ücret alınması, başta çalışanlar olmak üzere toplumun büyük kesiminin ödeme gücünü aşmıştır. Her ay genel sağlık sigortası primini ödeyen işçi, memur, emekli, köylü ve esnaftan ikinci bir ödeme gibi katkı payı ve ilave ücret alınması, geniş halk kesimlerinin eşit şekilde sağlığa erişimi önünde büyük bir engel oluşturmuştur.

Katkı payları adı altında; muayene ücreti, reçete bedeli, ilaç fiyat farkı, ilaç katkı payı, %200'e varan ilave ücret alınması, Anayasada devlete verilen görevler ile de çelişmiştir. Sağlık alanında yapılan anketlere göre, devletin sorumluluğunda olan sağlık hizmetlerinin kamu ve özel sağlık kuruluşları arasında uygulama farklılığı olmadan sunulması talep edilmiştir.

Ödeme gücü olmayanlar; ilave ücret alınmayan ve muayene ücreti daha az olan ikinci basamak sağlık kuruluşu olan devlet hastanelerini tercih etmiştir. Bu durum, yığılmalara ve randevu-

ların daha uzun sürede verilmesine neden olmuştur. Sosyal devlet ve sosyal güvenlik normları ile çelişen bu tür eşitsizliklerden vaz geçilmeli, yer ve zaman farkı olmadan sağlık hizmeti sunulmalıdır.

2. İlaçta Taban Fiyat Uygulaması

Sağlık Uygulama Tebliği'nde yapılan değişiklikle, ilaç ödemelerinde taban fiyat uygulamasına geçilmiştir. Taban fiyat uygulaması ile yeni bir katkı payı alanı açılmıştır. Yapılan değişiklikle, aynı ilaç grubundan en ucuz eşdeğer ilaç fiyatı, ödemeye esas tutulmuştur. Bu uygulama ile 15 kalem ilaç grubunda en çok kullanılan 218 ilaç için eşdeğer fiyat farkı arttığından, sağlık hizmeti alan ve ilaç için eczaneye giden herkesten ilaç farkı alınmaya başlanmıştır.

Yapılan değişiklikle, toplumun büyük kısmının ilaç farkını ödeyecek gücü olmadığından, doktor tarafından yazılan ilaçların alınmasında zorluklar yaşanmıştır.

Türk Eczacıları Birliği (TEB) tarafından yapılan açıklamada; bu uygulama ile hastaların 15 kalem ilaç için ödedikleri ilaç fiyat farklarına ilave olarak %20 - %120 oranında değişen ilave para ödeneceğine yer verilmiş ve yapılan değişiklik ile halk sağlığının olumsuz etkileneceğine, sağlık ve sosyal güvenlik sistemine olan güvenin zedeleneyeceğine, ilaçlara erişiminin kısıtlanacağına ve ilacı temin eden meslek grubu olan eczacılarla vatandaşların karşı karşıya geleceği sıkıntılı bir sürecin yaşanacağına dikkat çekilmiştir.

1 Ekim 2014 itibariyle uygulanan ilaç fiyat farkı toplum sağlığını tehlikeye düşüreceğinden, taban fiyat uygulaması kaldırılmıştır.

3. Katılım Payının Geri Ödeneceği Durumlar

Katılım payının hangi hallerde geri ödeneceği, Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) 1.8.4 ile 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Teşvik Kanununda düzenlenmiştir. Buna göre, aile içindeki gelirin kişi başına düşen miktarı, brüt asgari ücretin üçte birinden az olması halinde, 5510 sayılı Kanunun 60'ıncı madde birinci fıkrasının (c) bendinin (1), (2) ve (3) numaralı alt bentleri gereği genel sağlık sigortalısı sayılanlar ile bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerin ödemiş oldukları katılım payları talepleri halinde Sosyal

Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarınca kendilerine geri ödenir.

Muhtaç oldukları tespit edilenlerden alınmaması gereken katılımların ödeme gücü olmayan kişilerden önce alıp, sonra iade edilmesi tutarlı ve adaletli bir uygulama olarak görülemez. Bu uygulamadan bilgisi olmayanların mağdur edildiği de bir gerçektir. Bu bakımdan, gelir testi sonucu asgari ücretin üçte birinden daha az gelire sahip olan ailelerden alının katkı payının alınmaması, yerinde ve doğru bir uygulama olacaktır. Bu şekilde, söz konusu kapsamdaki kişilere maddi bir yük getirilmemiş olacak ve ikinci bir işlem yapılmasına da gerek kalmayacaktır.

4. Kısmi Süreli/Çağrı Üzerine Çalışanlar ve Yaşanan Sorunlar

a) Sağlık Alanında Yaşanan Sorunlar

Genel sağlık sigortası, esnek çalışma biçimlerini de göz ardı etmiş ve ay içerisinde çalışılmayan sürelerle ilişkin prim ödenmesini öngörmüştür. Aldığı ücretle, geçim zorluğu yaşayan işçilerin çalışmadıkları günlere ilişkin genel sağlık sigortası prim ödenmesinin istenmesi, sistemin de temel felsefesine ters düşmüştür.

Bu uygulama ile işçilerin 506 sayılı Kanun dönemindeki sağlık hizmeti ile ilgili koşullarına ve kazanımlarına son verilmiş, kısmi süreli çalışanların ay içerisinde çalışmadıkları günlerine ilişkin genel sağlık sigortası primi ödemesi veya gelir testine başvurması öngörülmüştür. Bu yönde yapılan değişikliklerle, ay içerisinde daha az süre çalışan işçilere ek yük getirilmiştir. Esnek çalışma biçimleri dikkate alındığında, işçilerin emekli olma koşullarının ağırlaştırılması yanında, sağlık hizmetlerine erişimin böylesine zorlaştırılması, sosyal güvenliğe olan güveni sarsmıştır.

Genel Sağlık Sigortası temel kural olarak 67'inci maddenin (a) bendi gereğince, sigortalılardan geriye doğru bir yıl içerisinde 30 gün koşulu aranmaktadır. Genel kuralın bu şekilde benimsenmesine rağmen, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 88'inci maddesinin 4'üncü fıkrasına göre; 4857 sayılı Kanununun 13 ve 14'üncü maddelerine göre kısmi süreli veya çağrı üzerine çalışanlar ile bu Kanuna göre ev hizmetlerinde ay içerisinde 30 günden az çalışan sigortalılar için eksik günlerine ait genel sağlık sigortası primlerinin 30 güne tamamlanması zorunluluğu getirilmiştir.

Kısmi süreli çalışanların ay içerisindeki eksik günlerinin genel sağlık sigortası primini yatırmayanların borçlu gözükmeleri ve borç nedeniyle sağlık hizmeti alamamaları, 5510 sayılı Kanunun genel kuralına aykırılık teşkil etmiştir.

67'inci maddenin (a) bendine göre ay içerisinde çalışılmayan günlerin genel sağlık sigortası ödeme yükümlülüğü aranmazken, 88'inci maddesinde, kısmi süreli çalışanların ay içerisinde çalışılmayan günlerinin genel sağlık sigortası primlerinin ödenmesi zorunludur denilmesi, kısmi süreli çalışanları mağdur eden bir uygulamaya dönüşmüştür. Bu bakımdan, 88 inci madde değiştirilerek kısmi süreli çalışanları cezalandıran bu uygulamaya son verilmiştir.

Yapılması gereken, 67'inci maddenin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılan ve kısmi süreli veya çağrı üzerine çalışanlar ile ev hizmetlerinde ay içerisinde 30 günden az çalışanlar sağlık hizmeti aldıklarında geriye doğru bir yıl içinde 30 günlük zorunlu sigortalılıkları varsa, ay içerisinde çalışılmayan günlerin genel sağlık sigortası primi alınmamalıdır. İkinci seçenek olarak, 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu dönemindeki gibi, sağlık kuruluşlarına başvurulduğunda bir yıl içinde 90 gün prim ödemesinin olması, yeterli görülmeli ve eksik gün aranmasından vazgeçilmelidir.

b) Kısmi Süreli/Çağrı Üzerine Çalışma

Esasları ve SGK'ya Bildirimler

4857 sayılı Kanunun 13'üncü maddesi ile kısmi süreli çalışmalar ve kısmi süreli iş sözleşmelerine ilişkin hükümler düzenlenmiştir. Kanunun 63'üncü maddesinde çalışma süresi haftada en çok kırk beş saat ve bu süre emsal çalışmanın üçte ikisi oranına kadar olan süre ($45 \times 2/3 = 30$ saat) olarak değerlendirilmiştir. Ay içerisinde sosyal güvenlik primi hesaplanırken, günlük çalışma 7,5 saat olarak dikkate alınmakta, ay içerisinde çalışılan toplam saat, 7,5 saate bölünerek, ay içerisinde çalışılan gün sayısı belirlenmektedir.

4857 sayılı Kanunun 14'üncü maddesinde çağrı üzerine çalışma ve iş sözleşmeleri düzenlenmiştir. Çağrı üzerine çalışmada

üstlendiği işle ilgili olarak kendisine ihtiyaç duyulması halinde çağrılmaktadır. Haftalık çalışma süresi yirmi saat kararlaştırılmış sayılmakta belirlenen sürede işçi çalıştırılmsın veya çalıştırılmasın ücrete hak kazanmaktadır.

Kısmi süreli ve çağrı üzerine çalışmalar nedeniyle bu çalışmalara işverenlerce bildirim Sosyal Güvenlik Kurumuna yapılmaktadır. İşverenlerce ay içinde 30 günden az çalıştırdıkları sigortalıların aylık prim ve hizmet belgesi düzenlenirken, 4857 sayılı Kanununun 13 ve 14'üncü maddelerine ilişkin bildirimler aşağıdaki seçeneklere göre yapılmaktadır.

- 06- Kısmi istihdam sigortalık kodu,
- 07- Puantaj kayıtları (tam süreli çalışmadır),
- 17- Ev hizmetlerinde 30 günden az çalışma.

Kısmi süreli çalışanların sayısı incelendiğinde, karşımıza ilginç sonuçlar çıkmıştır. 2014 yılı Ağustos ayı itibariyle 4/a kapsamında (işçi statüsünde) toplam sigortalı sayısı, 13.900.354'dür. Bunlardan; kısmi istihdama tabi çalışan 842.262 kişi 06 kodu ile, 1.384.659 kişi 07 puantaj kayıtları ile, ev hizmetlerinde 30 günden az çalışan 14.354 kişi 17 kodu ile SGK'na bildirimleri yapılmıştır.

Uygulamaya bakıldığında; 06, 07 ve 17 kod ile SGK'na bildirimleri yapılan kısmi süreli işçilerin genel sağlık sigortası prim ödeme koşullarında farklılık bulunmaktadır. 06 kodu ile bildirimleri yapılan kısmi süreli işçilerin ay içerisinde eksik kalan günlerinin genel sağlık sigortası primi ödenmesi mecburiyeti varken, 07 puantaj kayıtlarıyla bildirim yapılması durumunda ay içerisinde eksik gün aranmamaktadır. 07 kodu ile bildirimlerde günün belli saatlerinde çalışma olsa da, uygulamada bu şekildeki çalışmalar 30 gün ile tanımlandığından, bu kapsamda çalışan 1.384.659 sigortalının genel sağlık prim borcu oluşmamıştır. Aynı uygulama, 06 kodu ile bildirimleri yapılan 842.262 kısmi süreli çalışan sigortalılar için ise, ay içerisinde çalışılmayan günlerin genel sağlık sigortası prim borcu oluşmuştur.

Kısmi süreli çalışanların 06 veya 07 kodu bildirimlerinde tek bir kriter belirlenmeli, uygulama birlikteliği sağlanmalıdır. Çalışanlar arasında ayırımın olmaması için 5510 sayılı Kanunun

88'inci maddesinde de değişiklik yapılmalı, genel sağlık sigortası priminin 30 güne tamamlanması zorunluluğu kaldırılmalıdır.

c) Kısmi Süreli Çalışanların Eksik

Günlerinin Borçlanılmasındaki Kriterler

Kısmi süreli çalışanlar 30 günden az çalıştıkları günlerini tüm sigorta kollarını borçlandığında, emeklilik günlerine ilave edilmektedir. Bu şekilde yapılan borçlanmalar, 4/a kapsamında değerlendirilmekte ve emeklilikte aranan prim ödeme gün koşulunun tamamlanmasına katkı yapmaktadır. Bu sürelere ait borçlanma yapıldığında, 2015 yılı birinci altı ayda bir günlük ödeyecekleri tutar $40,50 \text{ TL} \times \%32 = 12,81 \text{ TL}$ 'dir.

Gelir testine gitmeden eksik günlerin borçlanması yapılması halinde ise, emeklilik primleri ile birlikte genel sağlık sigortası primlerinin de ödenme zorunluluğu bulunmaktadır.

Borçlanmayı tercih etmeyenlerden ise, ay içerisinde çalışılmayan günlerin genel sağlık sigortası primlerinin ne şekilde ödeneceğine ilişkin kararın verilebilmesi için gelir testine başvurma koşulu aranmaktadır. 1 Ocak 2015 itibariyle ailede kişi başına düşen gelir asgari ücretin üçte birinden az ise, devlet tarafından ödenecek aylık prim tutarı 48,06 TL, asgari ücretten asgari ücretin iki katına kadar geliri olanların genel sağlık sigortası primi 144,18 TL, asgari ücretin iki katından fazla geliri olanların genel sağlık sigortası primi 288,36 TL olarak genel sağlık sigortalısı tarafından ödenmektedir.

5. İş Sözleşmelerinin Askıya

Alınmasında Uygulama Farklılıkları

Kamu idaresine ait işyerlerinde çalıştırılan sigortalıların iş sözleşmesinin askıda kaldığı aylara ait genel sağlık sigortası primi, 5510 sayılı Kanununun 82'inci maddesine göre belirlenen prime esas günlük kazancın alt sınırının 30 günlük tutarı üzerinden ilgili kamu idaresince ödenmektedir. Özel sektörde çalışanların iş sözleşmelerini askıya alan bir uygulama olmadığından, yılda 6 aydan daha az süre mevsimlik/kampanya ve geçici işlerde çalışan işçilerin sektör ayrımı yapılmadan, genel sağlık sigortasından yararlanmalarını sağlayacak değişikliklere gidilmelidir.

Çalışmanın genelinde de belirtildiği gibi, esnek çalışanlardan ay içerisinde çalışılmayan günlere ilişkin talep edilen genel sağlık sigortası alınmamalıdır.

6. Bağ-Kur Sigortalıların 60 Günden

Fazla Prim Borcunun Olması

5510 sayılı Kanun, sağlık hizmetinden yararlanmada 60 günden fazla prim borcu olanların sağlık hizmetlerinden yararlanmaması, ağır bir koşul olarak değerlendirilmiştir.

İsteğe bağlı sigortalılar açısından bakıldığında da, prim borcunun olmaması aranmaktadır.

Genel sağlık sigortası, sağlık hizmetinin verilmesinde istisnalar dışında genel sağlık sigortası prim borcunun olmamasını genel bir kural olarak uygulamaktadır.

4/b kapsamındaki borçlu sigortalıların (Bağ-Kur) bakmakla yükümlü olduğu eş ve çocuklarının, sigortalının 60 günden fazla prim ve prime ilişkin her türlü borcu bulunması ve 6183 sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanununun 48'inci maddesine göre tecil ve taksitlendirme talebi bulunmaması nedeniyle sağlık yardımlarından yararlanamamaları halinde sigortalının 18 yaş altı çocukları hariç olmak üzere bakmakla yükümlü olduğu kişiler talepleri üzerine genel sağlık sigortası kapsamına (60/g) alınmaktadır.

Primlerini zamanında ödeme gücü olmayanların sağlık hizmetlerinden yararlanmamaları nedeniyle, işyerlerinin kapanmasına kadar sıkıntılar yaşanmıştır.

3 milyon 50 bin Bağ-Kur sigortalısı olmasına karşın, 714 bin Bağ-Kur'lu sağlık yardımı alırken, prim borcu olan yaklaşık 2 milyon 336 bin Bağ-Kur sigortalısı sağlık yardımı alamamaktadır.

Bağ-Kur sigortalılarının sağlık yardımı almasında büyük bir engel olan borç koşulu kaldırılmalıdır.

7. Kız Çocukları Arasındaki Ayrım Kaldırılmalı

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun temel maddeleri ile geçici maddeleri eşitlik yönünden bir-

birleriyle çelişmiştir. 5510 sayılı Kanunun geçici 12'inci maddesiyle 1 Ekim 2008 öncesinde anne veya babası üzerinden sağlık yardımı alan kız çocuklarının durumunda bir değişiklik yapılmamıştır. Buna göre, bu kapsamda olan kız çocuklarının çalışmaması veya evli olmaması koşuluyla anne veya babası üzerinden sağlık yardımı alması, geçici 12'inci maddeyle korunmuştur.

1 Ekim 2008 tarihi sonrasında genel sağlık sigortasından yararlanan kız çocukları, erkek çocuklar ile aynı statüye bağlanmış, (yaş ve eğitim koşulu aranmış) eğitim görmemesi durumunda 18 yaşını doldurması ile birlikte anne ve babası üzerinden sağlık yardımı almasına son verilmektedir. 1 Ekim 2008 sonrası ilk defa anne ve babası üzerinden sağlık yardımı alan kız ve erkek çocukların eğitimlerine devam etmesi durumunda lise eğitimi için 20 yaş, yüksek öğretim eğitimi için 25 yaşa kadar bakmakla yükümlü kişiler olarak değerlendirilmiştir.

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun kız çocuklarına yönelik iki farklı uygulaması eşitsizliği öngördüğü gibi, Türk toplum yapısına ve kültürüne uygun düşmemiştir. Bu bakımdan, 5510 sayılı Kanunun ilgili maddelerinde değişiklik yapılmalı, yaş sınırına bakılmaksızın evli olmayan ve çalışmayan kız çocukları, anne ve babası üzerinden sağlık yardımını eşit bir şekilde almaları sağlanmalıdır.

8. İşsizlik Sigortası Ödeneği Alan ve Almayanların Farklılığı

İşsizlik sigortasına hak kazanan ve hak kazanmayanlar arasında sağlık yardımlarından yararlanmada eşitsizlik öngörülmüştür. İşsizlik ödeneğine hak kazananlar, ödenek süresi kadar sağlık yardımlarından yararlanmıştır. İşsizlik ödeneğine hak kazanmayanlar ise, son bir yıl içerisinde 90 gün primlerinin olması durumunda, 10+90 süreyle işsizlik sigortasından yararlandırılmıştır.

İşten çıkarılanların sağlık hizmetlerinden yararlanmalarındaki farklılıkları gidermek bakımından, ilk adım olarak işsizlik sigortasına hak kazanma koşulları iyileştirilmelidir. İşsizlik ödeneğine hak kazanmada aranan, son üç yılda 600 gün prim ödeme koşulu, 360 gün olarak değiştirilmelidir. Böylece, işsizlik ödeneği ve sağlık hizmeti alanlar arasında uygulama birlikteliği sağlanacaktır.

İşsizlik ödeneğine hak kazanamayanların sağlık hizmetlerinden daha uzun bir süre yararlanması gerekmektedir. İşten çıktıkları tarihten geriye doğru bir tam yıl içinde 90 günü olanlara 10 güne ilave olarak bir 90 gün daha sağlık hizmeti verilmektedir. 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu dönemine göre, geriye gidiş olmuştur. 506 sayılı Kanun döneminde işten çıkarılan bir sigortalı 180 gün sağlık yardımı alırken, 5510 sayılı Kanun düzenlemesi ile bu süre 100 güne düşürülmüştür. Esnek çalışmanın ve işten çıkarılmanın yaygın olduğu bir süreçte, 100 günlük süre, 180 güne yükseltilmelidir.

9. Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)

Sağlık Uygulama Tebliği, 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve 28/8/2008 tarihli ve 26981 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği hükümleri çerçevesinde Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yayınlanmakta ve sürekli olarak güncellenmektedir.

Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından alınan kararlar ile;

a. Sosyal Güvenlik Kurumunca finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin neler olduğu,

b. Sosyal Güvenlik Kurumunca finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin teşhis ve tedavi yöntemleri ile ödeme usul ve esaslar,

c. Protez, ortez, iyileştirme araç ve gereçleri, ilaç, aşı gibi Sosyal Güvenlik Kurumunca finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin ödenmesine ilişkin usul ve esaslar,

d. Yol gideri, gündelik ve refakatçi giderlerinin karşılanmasına ilişkin usul ve esaslar, belirlenmektedir.

Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ile genel sağlık sigortasının uygulama alanı kamu temsilcileri tarafından tek yönlü olarak yürütülmektedir. SUT ile sağlık hizmetlerinin sunumu farklılaştırılmış, cepten ödemeler yaygınlaştırılmıştır. Katkı payı ve ilave ücret alınması, sosyal tarafların görüşleri alınmadan tek taraflı olarak belirlendiğinden, özerk yapıyı gölgeleyen bir uygulamaya dönüşmüştür. Sağlık kuruluşlarına erişimde eşitlik sağlanama-

mış, özellikle üniversite ve özel hastanelerden sağlık hizmetinin alınması, yüksek miktarda belirlenen katkı payı ve ilave ücret alınması ile zorlaştırılmıştır.

SUT ile SGK'nın sağlık giderleri kısılmaya çalışılmış, ilave ücret ve katkı payı uygulamasıyla özel hastanelere kaynak aktarımı yapılmıştır.

Sosyal devlet ve sosyal güvenlik yaklaşımlarına göre genel sağlık sigortasının eşit, yer ve zaman farkı olmadan yürütülmesi için uygulamadaki farklılıklar kaldırılmalı, kamu ve özel ayrımına son verilmelidir.

