

Sağlığınız için hep yanınızdayız*

* Sağlık hizmetinden yararlanabilmek için son 1 yıl içinde
30 gün prim yatırmış olmanız artık yeterli.



SOSYAL GÜVENLİK KURUMU



ÇSGB

T.C. ÇALIŞMA VE
SOSYAL GÜVENLİK
BAKANLIĞI



GENEL SAĞLIK SİGORTASI



T.C.
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU
Yayın No: 79

Sosyal Güvenlik Bilgi Serisi: 2013/12

GENEL SAĞLIK SİGORTASI

www.sgk.gov.tr

ÜCRETSİZDİR



Bu Rehber elektronik ortamda
www.sgk.gov.tr
internet sayfasından ulaşabilirsiniz

**Ayrıntılı bilgi için
Kurumumuz Sosyal Güvenlik Merkezlerine
başvurabilirsiniz.**

Her türlü hakkı Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı'na
aittir.

Kaynak gösterilerek alıntı yapılabilir.

Bu Rehber
basım tarihinde yürürlükte olan mevzuat dikkate
alınarak hazırlanmıştır.

**Rehberi Hazırlayan Birim
Sosyal Güvenlik Kurumu
Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü**

e-posta: gssgm@sgk.gov.tr

Ankara, Nisan 2013





MİSYONUMUZ

Kaliteli, adil, kolay erişilebilir, insan odaklı hizmet veren, aktüeryal ve mali açıdan sürdürülebilir bir sosyal güvenlik sistemini yürütmek ve geliştirmektir.

VİZYONUMUZ

Vatandaş odaklı hizmet anlayışı içinde etkin, süratli ve kaliteli sosyal güvenlik hizmeti sunan, toplumun güvenine sahip ve aktüeryal dengelerini sağlamış, saygın bir kurum olmak.



SUNUŞ

Ülkemizde son yıllarda gerçekleştirilen reformların en önemlilerinden biri de Sosyal Güvenlik Reformu'dur. Sosyal Güvenlik Reformu'nun öğelerinden biri ise tüm bireyleri ilgilendiren Genel Sağlık Sigortası'dır.

Genel Sağlık Sigortasının hayata geçirilmesi ile kapsamdaki tüm kişilerin sağlık hizmetlerinden eşit bir şekilde yararlanması sağlanmış ve sağlık hizmetlerine erişim kolaylaştırılmıştır.

Sağlık hizmetlerinden daha etkin bir şekilde yararlanılabilmesi için kişilerce hak ve yükümlülüklerin bilinmesi önem arz etmektedir.

Bu amaçla hazırlanan Genel Sağlık Sigortası Rehberini kamuoyunun bilgisine sunar, vatandaşlarımıza faydalı olmasını temenni ederim.

Faruk ÇELİK
Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı



SUNUŞ

Sosyal güvenlik, insan hayatının başlangıcından sonuna kadar her anını kuşatan bir müessesedir. Gerçekten de sosyal güvenliğin eli doğum yapan anneye uzandığı gibi, yeni dünyaya gelen bebeğe de uzanır. Çıraklıkla çalışma hayatına ilk adımını atan çocuğu ilgilendirdiği kadar, artık çalışma hayatından çekilmeye hazırlanan emekli adayını da ilgilendirir. Ayrıca sosyal güvenlik, sosyal statü, zenginlik-fakirlik, cinsiyet, meslek ayırımı da yapmaz.

Genel Sağlık Sigortası Rehberi; hayatımızdaki önemi tartışmasız olan sosyal güvenliğe ilişkin doğumdan ölüme kadar Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yapılan sağlık yardımları ve vatandaşımızın sahip olduğu haklar konusunda bilgilendirme amacıyla hazırlanmıştır.

Çalışmayı gerçekleştiren Kurumumuz Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü'ne teşekkür eder, tüm okuyucular için yararlı olmasını dilerim.

Yadigar GÖKALP İLHAN
Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı
ve
Yönetim Kurulu Başkanı



İÇİNDEKİLER

BİRİNCİ BÖLÜM

| | |
|--|----|
| 1. GENEL SAĞLIK SİGORTASI KAPSAMI | 1 |
| 1.1. GENEL SAĞLIK SİGORTASI KAPSAMINDAKİ KİŞİLER | 2 |
| 1.1.1. Gelir testi işlemleri | 4 |
| 1.1.2. 18 Yaşından Küçük Çocukların Durumu | 9 |
| 1.1.3. Özel Durumlar | 10 |
| 1.2. GENEL SAĞLIK SİGORTASI KAPSAMINDA OLMAYANLAR | 12 |

İKİNCİ BÖLÜM

| | |
|--|----|
| 2. SAĞLANAN HİZMETLER AÇISINDAN GENEL SAĞLIK SİGORTASI KAPSAMI | 13 |
| 2.1. FİNANSMANI SAĞLANAN SAĞLIK HİZMETLERİ | 13 |
| 2.1.1. KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ | 14 |
| 2.1.2. HASTALIĞIN TEŞHİS VE TEDAVİSİ İÇİN HEKİM TARAFINDAN GEREKLİ GÖRÜLEN SAĞLIK HİZMETLERİ | 15 |
| 2.1.3. ANALIK SEBEBİYLE SAĞLANACAK SAĞLIK HİZMETLERİ | 16 |
| 2.1.4. AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİ | 17 |
| 2.1.5. ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ | 17 |

| | |
|--|----|
| 2.1.6. TÜP BEBEK TEDAVİLERİ | 18 |
| 2.1.7. TEŞHİS VE TEDAVİLER İÇİN GEREKLİ DİĞER SAĞLIK HİZMETLERİ | 19 |
| 2.1.8. YURT DIŞI TEDAVİLER..... | 20 |
| 2.1.8.1. YURT DIŞINA GEÇİCİ GÖREVLE GÖNDERİLENLER..... | 20 |
| 2.1.8.2. YURT DIŞINA SÜREKLİ GÖREVLE GÖNDERİLENLER..... | 20 |
| 2.1.8.3. TÜRKİYE’DE TEDAVİNİN/TETKİKİN MÜMKÜN OLMAMASI | 20 |
| 2.1.8.4. YURT DIŞINDA BULUNMA DURUMU | 21 |
| 2.1.9. TRAFİK KAZALARINA İLİŞKİN SAĞLIK HİZMETLERİ..... | 22 |
| 2.2. FİNANSMANI SAĞLANMAYAN SAĞLIK HİZMETLERİ..... | 22 |
| 2.3. SAĞLIK HİZMETİ SUNUCULARINA MÜRACAAT | 23 |
| 2.3.1. HANGİ SAĞLIK HİZMETİ SUNUCULARINA MÜRACAAT EDİLEBİLİR?..... | 23 |
| 2.3.2. SÖZLEŞMESİZ SAĞLIK HİZMETİ SUNUCULARINA MÜRACAAT | 24 |
| 2.3.3. Sağlık hizmeti sunucularına müracaatlarda istenilen belgeler | 24 |
| 2.3.4. Müracaat Onay (Provizyon) İşlemleri..... | 26 |
| 2.4. SAĞLIK HİZMETLERİ KATILIM PAYI | 27 |
| 2.4.1. Ayakta hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı ne kadardır? | 27 |
| 2.4.2. Katılım payı ne şekilde tahsil edilmektedir?..... | 29 |

| | |
|--|----|
| 2.4.3. Ayakta muayene katılım payı ne şekilde tahsil edilmektedir?..... | 29 |
| 2.4.4. Ayakta tedavide kullanılan ilaçlar için ne kadar katılım payı ödenmektedir?..... | 31 |
| 2.4.5. İlaç katılım payı ne şekilde tahsil edilmektedir?..... | 32 |
| 2.4.6. Vücut dışı ortez ve protez katılım payı ne kadardır ve ne şekilde tahsil edilmektedir?..... | 32 |
| 2.4.7. Tüp bebek tedavisi için ne kadar katılım payı ödenmektedir?..... | 34 |
| 2.4.8. Katılım payı alınmayacak kişiler kimlerdir?..... | 35 |
| 2.4.9. Hangi sağlık hizmetlerinden katılım payı alınmamaktadır?..... | 36 |
| 2.5. İLAVE ÜCRET UYGULAMASI..... | 37 |
| 2.5.1. İlave ücret oranları | 38 |
| 2.5.2. İlave ücret alınmayacak sağlık hizmetleri..... | 38 |
| 2.5.3. İlave ücret uygulaması hakkında bilgilendirme..... | 40 |
| 2.5.4. Otelcilik hizmetleri..... | 40 |
| 2.5.5. İstisnai sağlık hizmetleri..... | 41 |



BİRİNCİ BÖLÜM

1. GENEL SAĞLIK SİGORTASI KAPSAMI

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 sağlık sigortasıdır.

5510 sayılı Kanun öncesi Ülkemizde mevcut sosyal güvenlik kurumlarının kapsamındaki farklı kesimlerin sağlık hizmetlerinden yararlanmasında norm birliği bulunmaması ve kişilerin nicelik ve nitelik açısından farklı sağlık hizmeti alması söz konusu iken 5510 sayılı Kanunla yürürlüğe giren genel sağlık sigortası ile tüm nüfus kapsama alınarak herkese eşit ve aynı sağlık hizmetinin verilmesi sağlanmıştır.

Genel Sağlık Sigortası Sistemi, primli ve primsiz sosyal sigortacılığın bir arada olduğu zorunlu bir sistemdir. Kişilerin, genel sağlık sigortalılığı süreklidir.

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun geçici 12 nci maddesinde öngörülen geçiş süresi 1/1/2012 tarihinde sona ermiş ve Kanunun 92 nci maddesi uyarınca ülkemizde yaşayan ve herhangi bir sosyal güvencesi bulunmayanlar Kurumumuzca bu tarihten itibaren resen genel sağlık sigortalısı olarak tescil edilmektedir.

1.1. Genel Sağlık Sigortası Kapsamındaki Kişiler

İkametgâhı Türkiye’de olanlardan;

- Zorunlu sigortalı veya isteğe bağlı sigortalı olan kişiler ile bu kişilerin bakmakla yükümlü oldukları kişiler,

- Yürürlükte olan ve mülga sosyal güvenlik kanunları kapsamında gelir/aylık alanlar,

- Vatansız ve sığınmacılar,

- 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,

- 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,

- 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,

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

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

- Harp malûllüğü aylığı alanlar ile Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlar,

▪ 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,

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

▪ 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,

▪ Mütakabiliyet esası da dikkate alınmak şartıyla, oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan kişiler (en az bir yıllık ikamet şartı bulunmakta),

▪ İşsizlik ödeneği ve ilgili kanunları gereğince kısa çalışma ödeneğinden yararlandırılan kişiler,

▪ 5510 sayılı Kanunun 60 ıncı maddesinde sayılan (bu bölümde sayılanlar) genel sağlık sigortalılarından olmayan ve başka bir ülke sağlık sigortasından yararlanma hakkı olmayan Türk vatandaşları (60/g),

genel sağlık sigortalısı sayılmaktadır.

1/1/2012 tarihi itibarıyla Türk vatandaşlarından herhangi bir sosyal güvencesi olmayan kişiler, Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (g) bendi kapsamında tescil edilmekte ve Kurumumuzca yapılan tebligat ile gelir testi yapılarak genel sağlık sigortası prim statülerinin belirlenmesi için ikamet adreslerinin bağlı bulunduğu sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıflarına yönlendirilmektedir.

Gelir testi sonucu, aile içindeki geliri kişi başına düşen aylık tutarı asgari ücretin üçte birinden az olan kişiler, 5510 sayılı Kanununun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) numaralı alt bendi kapsamında tescil edilerek prim ödemeksizin Kurumumuz sağlık yardımlarından faydalandırılmaktadır.

Gelir testi sonucu aile içindeki geliri kişi başına düşen aylık tutarı asgari ücretin üçte birinden fazla olan kişiler ise Kanununun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (g) bendi kapsamında tescil edilmekte ve sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıflarınca tespit edilen gelir durumuna göre prim ödemektedir. Buna göre aile içinde kişi başına düşen gelir miktarı;

- Asgari ücretin üçte birinden asgari ücrete kadar olduğu tespit edilen kişiler için asgari ücretin üçte biri,

- Asgari ücretten asgari ücretin iki katına kadar olduğu tespit edilen kişiler için asgari ücret,

- Asgari ücretin iki katından fazla olduğu tespit edilen kişiler için asgari ücretin iki katı,

prime esas asgari kazanç tutarı kabul edilerek genel sağlık sigortası primleri tahakkuk ettirilmektedir.

Gelir testi yaptırmak istemeyenler ile genel sağlık sigortası tescilinin yapıldığına dair tebligatın yapıldığı tarihten itibaren bir ay içinde gelir testi yapılması yönünde muvafakat vermeyenlerin gelirlerinin, asgari ücretin iki katı olarak kabul edileceği belirtilmiştir.

1.1.1. Gelir testi işlemleri

Sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıflarınca yürütülmektedir.

Sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıfları tarafından gelir tespiti yapıldıktan sonra gelir durumları değişenler ile AKS kayıtlarına göre hane içinde yer alan ailede doğum, ölüm, evlenme, boşanma ve benzeri nedenlerle değişiklik meydana gelenlerin, değişikliğin meydana geldiği tarihten itibaren bir ay içinde Kuruma ya da vakfa gelir tespitinin yenilenmesi amacıyla müracaat etmeleri gerekmektedir. Ayrıca, Kanununun 60/c-1 alt bendi ya da 60/g bendi kapsamında tescil işlemi yapılanlar, yukarıda belirtilen durumlar hariç olmak üzere gelir tespitinin yapıldığı tarihten itibaren altı ay geçtikten sonra yeni bir gelir testi talebinde bulunabilmektedir.

Kanununun 60/c-1 alt bendi ya da 60/g bendi kapsamında yapılan tescil işlemi ve ödeyecekleri prim tutarı tebliğ edilenler, gelir testi sonucuna karşı tebliğ tarihinden itibaren 15 gün içinde gelir tespit işlemini yapan ilgili vakfa yazılı olarak itiraz edebilmektedir.

Bu kişilerin genel sağlık sigortalılığı; ikametini sona erdiği, yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olduğu, 60 ıncı maddenin birinci fıkrasının diğer bentleri ya da fıkraları kapsamında genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olunan kişi sayıldığı, ikametinin başka bir ülkeye nakledildiği tarih ya da ölümü halinde ölüm tarihi itibarıyla sona ermektedir.

Ayrıca;

▪ Kamu idareleri, kanunla kurulan kurum ve kuruluşlar, kamu yararına faaliyet gösteren dernekler ile vergi muafiyeti tanınan vakıflar tarafından tam burs sağlanan ve Yükseköğretim Kurulu tarafından ayrılan kontenjanlar dâhilinde yükseköğrenim görenler dışındaki **yabancı uyruklu öğrenciler** (Mütekabiliyet ve ülkemizde bir yıllık ikamet etme şartı aranmaksızın

yükseköğrenimlerinin devam ettiği sürelerle sınırlıdır ve bildirimleri üniversitelerince yapılmaktadır),

▪ 1136 sayılı Avukatlık Kanunu uyarınca avukatlık stajı yapmakta olanlardan, 5510 sayılı Kanuna göre genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olunan kişi durumunda olmayanlar (staj süresi ile sınırlıdır ve bildirimleri Türkiye Barolar Birliği'nce yapılmaktadır),

▪ 5901 sayılı Türk Vatandaşlığı Kanununun 28 inci maddesi uyarınca Türk vatandaşlığından çıkarılanlar (talepleri halinde bir yıllık ikamet etme şartı aranmaksızın 60/d bendi kapsamında),

genel sağlık sigortalısı sayılmaktadır.

Genel sağlık sigortasına ilişkin geçiş sürecinin sona erdiği 1/1/2012 tarihinden önce 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun kapsamında sağlık hizmetleri karşılanmakta olan ve aşağıda belirtilen kişiler, **1/1/2012 tarihinden itibaren GSS kapsamında sayılmaktadır.**

Kanununun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin;

(1) numaralı alt bendinde; 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 vatandaşların,

(3) numaralı alt bendinde; 1/7/1976 tarihli ve 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Gücsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişilerin,

(9) numaralı alt bendinde; 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 kişilerin,

genel sağlık sigortalısı sayılacağı hüküm altına alınmıştır.

1/1/2012 tarihinden önce ilgili kurumlar tarafından karşılanan sağlık yardımları Kanunun geçici 12 nci maddesi gereğince Kurumumuzca devralınarak, haklarında Kanunun genel sağlık sigortasına ilişkin hükümleri uygulanacak kişiler;

▪ Türk Silahlı Kuvvetleri ve Emniyet Genel Müdürlüğü bünyesinde öğrenim gören öğrenciler Milli Eğitim Bakanlığınca parasız yatılı veya burslu olarak okutulan öğrenciler,

▪ Yükseköğretim kurumlarında öğrenim gören T.C. vatandaşı yükseköğretim öğrencileri ve Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksekokulu öğrencileri,

▪ 13/6/2001 tarihli ve 4678 sayılı Türk Silahlı Kuvvetlerinde İstihdam Edilecek Sözleşmeli Subay ve Astsubaylar Hakkında Kanunun 16 ncı maddesinin üçüncü fıkrasında belirtilen hak sahipleri,

▪ 18/3/1986 tarihli ve 3269 sayılı Uzman Erbaş Kanununun 10 uncu maddesinin üçüncü fıkrasında belirtilen hak sahipleri,

▪ 4/1/1961 tarihli ve 211 sayılı Türk Silahlı Kuvvetleri İç Hizmet Kanununun 60 ncı maddesinin üçüncü fıkrası ve aynı Kanunun 66 ncı maddesinin (e) bendi gereğince, askerlikten sağlık nedeniyle terhis edilen er ve erbaşlar ile yedek subaylar, Emniyet Genel

Müdürlüğü bünyesinde polis meslek eğitim merkezlerinde (POMEM) okuyan öğrenciler,

- 8/4/1929 tarihli ve 1416 sayılı Ecnebi Memlekete Gönderilecek Talebe Hakkında Kanuna göre Milli Eğitim Bakanlığınca yurtdışına öğrenim görmek üzere gönderilecek öğrencilerden, 1416 sayılı Kanun ve Buna Bağlı Yönetmelik Uyarınca Yurtdışında Lisans ve Lisansüstü Öğrenim Yapan Öğrencilere Yapılacak Ödemelere İlişkin Esaslar Hakkında Tebliğin 8 inci maddesi kapsamındaki yurtiçinde yabancı dil öğrenimi gören öğrenciler.

- 18/2/1998 tarihli ve 4341 sayılı Muhtaç Erbaş ve Er Ailelerinin Ücretsiz Tedavisi Hakkında Kanun kapsamındaki hak sahipleri.

Yurtdışında İkamet Eden Türk Vatandaşları ve Bunların Türkiye’de İkamet Eden Bakmakla Yükümlü Olduğu Kişiler;

Ülkemiz ile sosyal güvenlik sözleşmesi olan ülkelerde yaşamakta olan Türk vatandaşlarının ülkemizde bakmakla yükümlü olduğu kişilerin Kurumumuz 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 Kurumumuz sağlık yardımlarından faydalanmaları mümkün olacaktır.

Ülkemiz ile sosyal güvenlik sözleşmesinde genel sağlık sigortası uygulamasına ilişkin hüküm bulunmaması halinde bu kişilerin eşinin, 18 yaş üstü çocuğunun, ana ve babasının Kanununun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının

(g) bendi kapsamına alınması ve sağlık yardımlarından faydalanması söz konusudur.

Sosyal güvenlik sözleşmesi imzalanmayan ülkelerde ikamet eden vatandaşlarımızın da adreslerinin yurtdışı olması halinde Kanununun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (g) bendine göre kapsama alınması söz konusu olmayacaktır. Bu kişilerin Türkiye’de ikamet eden bakmakla yükümlü olduğu eşinin, 18 yaş üstü çocuğunun, ana ve babasının Kanununun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (g) bendi kapsamına alınması ve sağlık yardımlarından faydalanması söz konusudur.

Yurtdışında ikamet etmekte olan Türk vatandaşlarının Adres Kayıt Sistemi’ndeki adres bilgilerini yurtdışı olarak güncellemeleri önem arz etmekte olup aksi halde bu kişilerden yabancı bir ülke sağlık sigortasından yararlanma hakkı, ülkemizde genel sağlık sigortalısı veya genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olunan kişisi olarak sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı olmayanlar Kurumumuzca resen genel sağlık sigortalısı olarak (60/g) tescil edilmektedir.

1.1.2. 18 Yaşından Küçük Çocukların Durumu

▪ Genel sağlık sigortalısı sayılanların çocukları, ana ya da babanın tescil edilmiş olmasına bakılmaksızın ve ayrıca bir işleme gerek olmaksızın 18 yaşını dolduruncaya kadar genel sağlık sigortalısı veya genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi olarak sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlandırılmaktadır.

▪ 18 yaşından küçük çocuğun ana ve babasının hayatta olmadığına ya da gaiplik işlemi başlatıldığına

tespit edilmesi halinde 60/c-7 kapsamında genel sağlık sigortası kapsamına alınmaktadırlar.

▪ Bakmakla yükümlüsü oluşturulamayan genel sağlık sigortalılardan 18 yaşından küçük çocukları bulunanlar;

- 3308 sayılı Meslekî Eğitim Kanununda belirtilen aday çırak, çırak ve işletmelerde meslekî eğitim gören öğrenciler ile meslek liselerinde okumakta iken veya yükseköğrenimleri sırasında staja tabi tutulan öğrenciler,

- 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununun 46 ncı maddesine tabi olarak kısmi zamanlı çalıştırılan öğrenciler,

- Yabancı uyruklu öğrenciler ile

- Stajyer avukatlardan,

18 yaş altı çocuğu bulunan ve bu çocukları sağlık hizmet sunucusuna başvuranlar, uyuşuna göre GSS (60/d ya da 60/g) kapsamına alınmaktadır.

▪ Genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi olan ya da hak sahibi olarak dul ve yetim aylığı bağlanması nedeniyle sağlık yardımlarından faydalanan kişilerden, 18 yaş altı çocuğu bulunan ve bu çocukları sağlık hizmet sunucusuna başvuranlar, uyuşuna göre GSS (60/d ya da 60/g) kapsamına alınmaktadır.

1.1.3. Özel Durumlar

Gelir testi sonucuna göre primleri devlet tarafından karşılanan (60/c-1 kapsamında) genel sağlık sigortalısının yabancı uyruklu eşi, çocukları ile anne ve babası bu kapsamda genel sağlık sigortalısı sayılmamaktadır.

4/b kapsamındaki borçlu sigortalıların 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.

Yabancı bayraklı gemilerde çalışan T.C. vatandaşlarından sosyal güvenlik sözleşmesi imzalanmayan bir ülkenin bayrağını taşıyan gemide çalışanlardan ikamet adresi Adres Kayıt Sisteminde (AKS) Türkiye olarak görünen kişiler Türkiye'ye döndüklerinde genel sağlık sigortası kapsamına alınmaktadır. Söz konusu çalışanların sefer emri, hizmet sözleşmesi ve pasaport asıllarının istenmesi ve bu belgelerde yer alan bilgilerin kontrol edilerek yurtdışında bulunduğu sürelerde genel sağlık sigortalısı sayılmamaktadırlar.

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 olmasına karşın sağlık yardımlarından yararlanamayanlar; bu hâllerin devamı süresince, Kanununun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) numaralı alt bendi kapsamında gelir testine tabi tutulmaksızın genel sağlık sigortalısı sayılmaktadır.

1.2. Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Olmayanlar

- İkametgâhı Türkiye’de olmayanlar,
- Askerlik hizmetini yapmakta olanlar (er veya yedek subay olarak),

Bu kişilerin sağlık hizmetleri eskiden olduğu gibi Silahlı Kuvvetler bünyesinde sağlanmakta ancak, bakmakla yükümlü oldukları kişiler genel sağlık sigortası kapsamına alınmaktadır.

- Yurtdışından ülkemize gelen yabancılardan, ülkelerinde sosyal sigortaya tabi olduğunu belgeleyenler,

- Kamu idarelerinin dış temsilciliklerinde (yabancı ülkelerdeki birimlerinde) sözleşmeli olarak çalışıp da bulunduğu ülkenin vatandaşı olarak o ülke sigortasına tabi olanlar,

- Hükümlüler ve tutuklular,
- Türkiye’de 1 yıldan kısa bir süre için ikamet etmekte olan yabancılar,

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

- 3761 sayılı Kanuna göre Milletvekillerinin, Yasama Organı Üyeliği ile açıktan atandığı Bakanlık görevi sona erenlerin ve bunların bakmakla yükümlü oldukları aile fertleri (Bu kişiler TBMM bütçesinden sağlık yardımlarını almaya devam etmektedir),

- Anayasa Mahkemesi üyeleri ve bunların hak sahipleri.

İKİNCİ BÖLÜM

2. SAĞLANAN HİZMETLER AÇISINDAN GENEL SAĞLIK SİGORTASI KAPSAMI

Kurumumuz, genel sağlık sigortalısının ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin;

- Sağlıklı kalmalarını,
 - Hastalanmaları halinde sağlıklarını kazanmalarını,
 - İş kazası ile meslek hastalığı, hastalık ve analık sonucu tıbben gerekli görülen sağlık hizmetlerinin karşılanmasını,
 - İş göremezlik hallerinin ortadan kaldırılmasını veya azaltılmasını,
- temin etmek amacıyla sağlık hizmetlerini karşılamaktadır.

2.1. FİNANSMANI SAĞLANAN SAĞLIK HİZMETLERİ

- Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri,
- İnsan sağlığına zararlı madde bağımlılığını önlemeye yönelik sağlık hizmetleri,
- Hastalığın teşhis ve tedavisi için hekim tarafından gerekli görülen sağlık hizmetleri,
- Analık haline ilişkin sağlık hizmetleri,
- Ağız ve diş sağlığına ilişkin sağlık hizmetleri,

- Acil sağlık hizmetleri,
- Tüp bebek tedavisi,
- Bu sağlık hizmetleri için kullanılacak ilaç, tıbbi malzeme, kan ve kan ürünleri, kemik iliği ve aşılar,
- Yurt dışı tedaviler,
- Trafik kazalarına ilişkin sağlık hizmetleri, şeklinde ana başlıklar altında belirtilebilir.

2.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Genel sağlık sigortasının hayata geçmesiyle birlikte kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve insan sağlığına zararlı madde bağımlılığını önlemeye yönelik sağlık hizmetleri ilk kez sosyal güvenlik kapsamında sağlanan sağlık yardımları arasına alınmıştır.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin amacı, kişilerin sağlık riskleri ile karşılaşmadan önce koruma altına alınması bir başka ifadeyle kişilerin hastalanmalarının önlenmesidir.

Ülkemizde koruyucu sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı tarafından ücretsiz sunulmaktadır. Ücretsiz sunulan hizmetlerin dışında yer alan;

- Aşılar,
- Genetik hastalıkları ve sakatlıkları gebeliğin erken döneminde tespit etmek amacıyla yapılan doğum öncesi tetkikler,
- AIDS'e karşı korunma yöntemleri arasında sayılan ve bilimsel araştırmalar sonucu HIV, HPV ve idrar yolu enfeksiyonlarından korunmada koruyucu etkisi olan sünnet,

gibi koruyucu nitelikteki sağlık hizmetleri Kurumumuz tarafından finansman kapsamına alınmıştır.

Sağlık hizmetlerinden yararlanılabilmesi için gerekli olan yeterli prim gün sayısının olması, prim borcu bulunmaması gibi şartlar, koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanmada aranmamaktadır.

Örnek: Prim borcu olan genel sağlık sigortalısı, koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında sağlanan grip aşısını veya çocuğu için gerekli olan sünneti prim borcu olmasına rağmen genel sağlık sigortası kapsamında yaptırabilir ve bedelleri Kurumumuz tarafından karşılanır.

Yine koruyucu sağlık hizmetleri için ayakta hekim ve diş hekimi muayenesi, ilaç ve tıbbi malzeme katılım payı muafiyeti getirilmiş olup kişilerin bu sağlık hizmetlerinden etkin bir şekilde yararlanmaları sağlanmıştır.

2.1.2. Hastalığın Teşhis ve Tedavisi İçin Hekim Tarafından Gerekli Görülen Sağlık Hizmetleri

- Muayeneler,
- Görüntüleme işlemleri,
- Laboratuvar tetkik ve tahlilleri,
- Konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbî müdahale ve tedaviler,
 - Hasta takibi ve rehabilitasyon hizmetleri,
 - Organ, doku ve kök hücre nakline ve hücre tedavilerine yönelik sağlık hizmetleri,
 - Acil sağlık hizmetleri,
 - Sağlık meslek mensubu sayılanların hekimlerin kararı üzerine yapacakları tıbbî bakım ve tedaviler,

Kurumumuz tarafından finansmanı sağlanan sağlık hizmetleridir.

Sağlık teknolojilerindeki gelişmelere ve yeni tanı-tedavi yöntemlerinin gelişmesine paralel olarak, genel sağlık sigortası sağlık teminat paketi Kurumumuz tarafından devamlı güncellenmektedir. Böylece vatandaşlarımızın yeni tanı ve tedavi seçeneklerinden yararlanmaları sağlanmaktadır.

Örnek: Daha önce açık cerrahi veya laparoskopik yöntemle yapılan böbrek çıkarılması (nefrektomi) işlemi, artık robotik cerrahi yöntemiyle de yapılmakta ve Kurumumuz tarafından bedeli karşılanmaktadır.

Kişilerin sağlık hizmetlerine erişimlerini kolaylaştırmak amacıyla Kurumumuz tarafından yeni uygulamalar hayata geçirilmiş ve sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması yönünde önemli adımlar atılmıştır. Bu kapsamda; **“Evde sunulan sağlık hizmetleri”** ve **“ev hemodiyalizi”** bedelleri Kurumumuz tarafından karşılanmaktadır.

Örnek: Kronik böbrek yetmezliği olan ve sürekli diyaliz tedavisi görmesi gereken hastalar, sağlık kurulu raporu düzenlenmesi halinde hemodiyaliz tedavilerini evlerinde diyaliz cihazları kurularak alabilmektedirler. Evde yapılan hemodiyaliz tedavi bedelleri Kurumumuz tarafından karşılanmaktadır.

2.1.3. Analık Sebebiyle Sağlanacak Sağlık Hizmetleri

Analık sebebiyle hekim tarafından gerekli görülen muayeneler, doğum, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, tıbbî müdahale ve tedaviler, hasta takibi, rahim tahliyesi, tıbbî sterilizasyon ve acil sağlık

hizmetleri, sağlık meslek mensubu sayılanların hekimlerin kararı üzerine yapacakları tıbbî bakım ve tedaviler Kurumumuz tarafından karşılanmaktadır.

Sağlık hizmetlerinden yararlanılabilmesi için gerekli olan yeterli prim gün sayısının olması, prim borcu bulunmaması gibi şartlar, analık sebebiyle sağlanan sağlık hizmetlerinden yararlanmada aranmamaktadır.

Örnek: Prim borcu bulunan genel sağlık sigortalısı kadın, gebeliğin başladığı tarihten itibaren doğumdan sonraki ilk sekiz haftalık, çoğul gebelik halinde ise ilk 10 haftalık süre boyunca, analık sebebiyle verilecek sağlık hizmetlerinden (muayeneler, doğum vb) prim borcuna bakılmaksızın yararlanabilmektedir.

2.1.4. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri

Ağız ve diş muayenesi, görüntüleme işlemleri, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, tıbbî müdahale ve tedaviler, diş çekimi, koruyucu diş tedavisi ve kanal tedavisi, hasta takibi, diş protez uygulamaları, ağız ve diş hastalıkları ile ilgili acil sağlık hizmetleri, 18 yaşını doldurmamış kişilerin ortodontik diş tedavileri Kurumumuz tarafından karşılanmaktadır.

2.1.5. Acil Sağlık Hizmetleri

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.

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin acil sağlık hizmetleri, kişinin prim ödeme gün sayısına ve prim borcu bulunup bulunmadığına bakılmaksızın Kurumumuz tarafından karşılanmaktadır.

Sözleşmeli ve sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucuları acil servislerde acil haller nedeniyle sunulan sağlık hizmetleri için kişilerden veya Kurumumuzdan herhangi bir ilave ücret talep edemez.

2.1.6. Tüp Bebek Tedavileri

Kurumumuz tarafından tüp bebek tedavileri iki amaçla karşılanmaktadır.

- Evli olmakla birlikte çocuk sahibi olamayan ailelerin çocuk sahibi olabilmelerini sağlamak,
 - Başka tıbbî bir yöntemle tedavisi mümkün olmayan hasta çocuk sahibi olan ailelerin, bu çocuklarının tedavisi amaçlı kök hücre vericisi kardeş doğması,
- amacıyla yapılan tüp bebek tedavileri Kurumumuz tarafından karşılanmaktadır.

Çocuk sahibi olamayan ailelerin tüp bebek tedavilerinden yararlanabilmeleri için;

- Eşlerden herhangi birinin evlat edinilmiş çocukları hariç soy bağı kurulmuş sağ çocuğunun olmaması,
- Kadının; yapılan tıbbî tedavileri sonrasında normal tıbbî yöntemlerle çocuk sahibi olmadığının ve ancak yardımcı üreme yöntemi ile çocuk sahibi olabileceğinin Kurumumuz tarafından yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları sağlık kurulları tarafından tıbben mümkün görülmesi,

- Kadının 23 yaşından büyük, 39 yaşından küçük olması,
 - Son üç yıl içinde diğer tedavi yöntemlerinden sonuç alınamamış olduğunun Kurumumuz tarafından yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları sağlık kurulları tarafından belgelenmesi,
 - Uygulamanın yapıldığı tıbbî merkezin Kurumumuz ile sözleşme yapmış olması,
 - Kadının en az beş yıldır genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olunan kişi olup, 900 gün genel sağlık sigortası prim gün sayısının olması veya halen genel sağlık sigortalısı olan kadının bu koşulları taşımaması halinde eşinin gerekli koşulları sağlaması,
- şartlarının birlikte gerçekleşmesi şarttır.

Bu amaçla yapılan tüp bebek tedavileri en fazla iki deneme ile sınırlı olmak üzere ödenmektedir.

Ancak başka tıbbî bir yöntemle tedavisi mümkün olmayan hasta çocuk sahibi olan ailelerin, bu çocuklarının tedavisi amaçlı kök hücre vericisi kardeş doğması amacıyla yapılan tüp bebek tedavilerinin Kurumumuz tarafından karşılanması için yukarıda belirtilen prim gün sayısı, yaş şartı gibi şartlar aranmamakta ve deneme sayısı sınırı bulunmamaktadır.

2.1.7. Teşhis ve Tedaviler İçin Gerekli Diğer Sağlık Hizmetleri

- Kan ve kan ürünleri,
- Kemik iliği,
- Aşı,
- İlaç,

▪ Ortez, protez, tıbbî araç ve gereç, kişi kullanımına mahsus tıbbî cihaz, tıbbî sarf, iyileştirici nitelikteki tıbbî sarf malzemeleri,

Kurumumuz tarafından karşılanmaktadır.

2.1.8. Yurt Dışı Tedaviler

Yurt dışı tedaviler dört durumda Kurumumuz tarafından karşılanmaktadır.

2.1.8.1. Yurt dışına geçici görevle gönderilenler

Hizmet akdi ile çalışanların işverenleri tarafından, kamu idarelerinde çalışanların özel mevzuatlarında belirtilen usule uygun olarak yurt dışına geçici görevle gönderilmeleri halinde; buradaki acil sağlık hizmetleri Kurumumuz tarafından karşılanmaktadır.

2.1.8.2. Yurt dışına sürekli görevle gönderilenler

Hizmet akdi ile çalışanların işverenleri tarafından, kamu idarelerinde çalışanların özel mevzuatlarında belirtilen usule uygun olarak yurt dışına sürekli görevle gönderilmeleri halinde; bu kişilerin ve bunların yurt dışında birlikte yaşadıkları bakmakla yükümlü olduğu kişilerin buradaki sağlık hizmetleri, acil hal olup olmadığına bakılmaksızın Kurumumuz tarafından karşılanmaktadır.

2.1.8.3. Türkiye’de tedavinin/ tetkikin mümkün olmaması

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin tedavilerinin veya tetkiklerinin ülkemizde yapılamaması halinde yurt dışındaki sağlık hizmetleri Kurumumuz tarafından karşılanmaktadır.

Kişilerin yurt dışına tedaviye gönderilebilmeleri için Kurumumuz tarafından belirlenen hastanelerden sağlık kurulu raporu düzenlenmesi ve raporun yetkili hastanelerce teyit edilmesi ve Sağlık Bakanlığınca onaylanması gerekmektedir.

Sağlık kurulu raporunun Sağlık Bakanlığınca onaylandığı tarihten itibaren 3 ay içinde yurt dışına çıkmak üzere işlem yapılmadığı takdirde raporların yenilenmesi gerekmektedir.

Organ nakli tedavisi için yurt dışına gönderilen kişilerin, organ teminine kadar geçecek sürenin naklin gerçekleştirileceği ülkede geçirilmesinin zorunlu olduğunun yurtdışı sağlık hizmeti sunucusunca gerekçeleriyle belgelendirilmesi halinde Kurumumuz Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığının yazılı görüşünü almak suretiyle bekleme süresinin yurt dışında geçirilmesine karar verebilmekte ve yurt dışında geçirilecek süreyi belirlemektedir.

Yurt dışında yapılan tedavi bedelleri, Kurumumuz tarafından yurt dışı sağlık hizmeti sunucusu banka hesabına havale edilmesi veya kişilerce ödenen tutarın belge karşılığı kendilerine ödenmesi suretiyle karşılanır. Yurt dışında yapılacak tedaviler için oluşacak giderlere mahsuben talep edilmesi halinde, kişilere veya sağlık hizmeti sunucusuna avans ödenebilir. Avans ödemesi misyon şefliği aracılığıyla da yapılabilir.

2.1.8.4. Yurt dışında bulunma durumu

Kişilerin görevlendirme ve tedavi için yurt dışına gönderilme durumları dışında yurt dışında bulunmaları halinde, buldukları ülke ile Türkiye arasında sağlık yardımlarını kapsayan sosyal güvenlik sözleşmesi var ise

sözleşme hükümleri uygulanır. Sağlık yardımlarını kapsayan sosyal güvenlik sözleşmesinin olmaması halinde, sağlık hizmetleri giderleri karşılanmamaktadır.

2.1.9. Trafik Kazalarına İlişkin Sağlık Hizmetleri

Trafik kazalarına ilişkin sağlık hizmetleri, kişilerin genel sağlık sigortası kapsamında olup olmadığına bakılmaksızın Kurumumuz tarafından karşılanmaktadır.

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin trafik kazası nedeniyle ihtiyaç duydukları sağlık hizmetleri, prim ödeme gün sayısı ve prim borcu bulunmaması şartları aranmaksızın sağlanmakta ve bedeller Kurumumuz tarafından karşılanmaktadır.

2.2. FİNANSMANI SAĞLANMAYAN SAĞLIK HİZMETLERİ

Ülkemizde hayata geçirilen genel sağlık sigortası ile neredeyse nüfusun tamamı sağlık güvencesine kavuşmuştur. Sağlık teminat paketi geniş kapsamlı olup Kurumumuz tarafından finansmanı sağlanmayacak sağlık hizmetleri aşağıda belirtilmiştir.

▪ Estetik amaçlı yapılan her türlü sağlık hizmetleri:

Örnek: Herhangi bir sağlık problemi olmamasına rağmen burun düzeltme ameliyatı yaptıran kişinin sağlık hizmeti bedelleri Kurumumuz tarafından karşılanmamaktadır.

- Estetik amaçlı ortodontik diş tedavileri.
- Sağlık Bakanlığınca izin veya ruhsat verilmeyen sağlık hizmetleri.

▪ Sağlık Bakanlığınca tıbben sağlık hizmeti olduğu kabul edilmeyen sağlık hizmetleri.

▪ Yabancı ülke vatandaşlarının genel sağlık sigortalısı veya genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi sayıldığı tarihten önce mevcut olan kronik hastalıkları.

Örnek: Kronik böbrek yetmezliği olan yabancı ülke vatandaşlarının, GSS kapsamına alındıktan sonraki hemodiyaliz tedavileri Kurumumuz tarafından karşılanmamaktadır.

2.3. SAĞLIK HİZMETİ SUNUCULARINA MÜRACAAT

2.3.1. Hangi sağlık hizmeti sunucularına müracaat edilebilir?

Kurumumuz, kapsamdaki kişilere sağlık hizmeti sunulmasını sağlamak amacıyla;

▪ Ayakta ve yatarak tedavi hizmeti veren resmi ve özel sağlık hizmeti sunucuları,

▪ Serbest eczaneler,

▪ Optisyenlik müesseseleri,

ile sözleşme yapmaktadır.

Kişiler Kurumumuz ile sözleşme yapmış tüm resmi ve özel sağlık hizmeti sunucularına doğrudan veya sevk ile müracaat edebilirler.

Kurumumuz ile sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, GSS kapsamındaki kişilerin müracaatlarını ayırım yapmaksızın kabul etmek zorundadır.

01.01.2012 tarihinde GSS kapsamına alınan ve sağlık hizmetleri daha önce yeşil kart verilmek suretiyle karşılanan kişiler, Sağlık Bakanlığı hastanelerine doğrudan müracaat edebilirler. Üniversite ve özel sağlık hizmeti sunucularına doğrudan ve sevk ile yapılacak müracaatlara ilişkin usul ve esaslar Sağlık Uygulama Tebliği ile belirlenmiş olup kişilerin bu sağlık hizmeti sunucularına müracaatlarında Kurumumuz tarafından belirlenen sevk düzenlemelerine uymaları zorunludur.

2.3.2. Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularına müracaat

Kişilerin acil haller nedeniyle sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularına müracaat etmeleri durumunda sağlık hizmeti bedelleri Kurumumuz tarafından karşılanmaktadır. Ancak bu durumda acil halin Kurumumuz tarafından kabul edilmesi gerekmektedir.

Acil hallerde sunulan sağlık hizmetleri için sözleşmesiz ve sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları kişilerden herhangi bir ilave ücret talep edemez.

Ayakta tedavilerde kullanılacak tıbbi malzemeler, kişiler tarafından sözleşmesiz tıbbi malzeme tedarik eden sağlık hizmeti sunucularından temin edilir. Kişiler tarafından temin edilen tıbbi malzeme bedelleri, fatura ve eki kanıtlayıcı belgelere istinaden Kurumumuz tarafından karşılanmaktadır.

5510 sayılı Kanununun 60/c-1, 60/c-3 veya 60/c-9 bentlerinde sayılan kişiler (yeşil kartlılar) hariç olmak üzere, Kurumumuz ile sözleşmeli resmi sağlık hizmeti sunucularında dış tedavilerinin sağlanamaması halinde

kişiler, sözleşmesi olmayan serbest dış hekimi muayenehaneleri dahil olmak üzere sözleşmesiz veya sözleşmeli özel sağlık hizmeti sunucularına sevk edilebilir. Bu durumda kişiler tarafından karşılanan dış tedavi bedelleri, fatura ve eki kanıtlayıcı belgelere istinaden Kurumumuz tarafından karşılanmaktadır.

2.3.3. Sağlık hizmeti sunucularına müracaatlarda istenilen belgeler

Sağlık hizmeti sunucularınca, kişilerin müracaatları aşamasında kimlik tespiti yapılması zorunludur. Acil hallerde kimlik tespiti, acil halin sona ermesinden sonra yapılmaktadır.

Kimlik tespiti için kişilerden **nüfus cüzdanı, sürücü belgesi, evlenme cüzdanı veya pasaport** belgelerinden biri istenilmektedir.

Kimlik tespiti sonrasında; kişilerin biyometrik kimlik doğrulama işlemi yapılır.

Kimlik doğrulama yapılmasının amacı; usulsüz olarak sağlık hizmeti alınmasının ve sağlık hizmet sunucularına tedavi olmak amacıyla başvurmadıkları halde bazı sağlık hizmet sunucuları tarafından kişiler adına sağlık hizmeti sunulmuş gibi Kuruma fatura edilmesinin engellenmesidir.

Kapsamdaki kişilerin kendi adına bir başkasının sağlık hizmeti almasını veya Kurumumuzdan haksız bir menfaat temin etmesini sağlaması yasaktır. Bu fiilleri işleyenlerden Kurumumuzun uğradığı zararın iki katı kanunî faiziyle birlikte müştereken ve müteselsilen tahsil edilir ve ilgililer hakkında 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu hükümleri doğrultusunda suç duyurusunda bulunulur.

2.3.4. Müracaat Onay (Provizyon) İşlemleri

Sağlık hizmeti sunucularına müracaatlarda kimlik tespiti ve doğrulanması işlemlerinden sonra, sağlık hizmeti alınmaya başlanılabilmesi için öncelikle kişilerin sağlık yardımlarından yararlanma haklarının bulunduğu Kurumumuz bilgi işlem sistemi üzerinden onaylanması (provizyon alınması) gerekmektedir.

Bu nedenle sağlık hizmeti sunucuları tarafından, kişilerin T.C Kimlik Numaraları ile Kurumumuz sistemi üzerinden müstahaklık sorgulaması yapılmaktadır. Sorgulama sırasında, Kurumumuz sistemi tarafından kişinin yeterli prim ödeme gün sayısı ve prim borcu olup olmadığı kontrol edilir. Kişinin durumu sağlık hizmeti almaya uygun ise sistem tarafından onay (provizyon) verilmektedir.

Sistemden alınan onay sonrasında kişilere sağlık hizmeti sunulmaya başlanır.

Bilgi: Kişinin prim borcu olması veya prim ödeme gün sayısının yetersiz olması nedeniyle sistem tarafından provizyon verilmemesi halinde, müracaat, acil hal, iş kazası gibi durumlar nedeniyle yapılmış ise sağlık hizmeti sunucusunca kabul edilerek, gerekli sağlık hizmetleri sağlanır.

2.4. SAĞLIK HİZMETLERİ KATILIM PAYI

Katılım payı; kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanmak için ödemeleri gereken tutardır.

Sağlık hizmetlerinden katılım payı alınması uygulaması, birçok ülkede gereksiz sağlık hizmeti kullanımını engellemek için kullanılmaktadır.

Genel sağlık sigortası kapsamında finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinden sadece aşağıda belirtilenler için katılım payı alınmaktadır.

- Ayakta hekim ve diş hekimi muayenesi,
- Ayakta tedavide kullanılan ilaçlar,
- Vücut dışında kullanılan ortez ve protezler,
- Tüp bebek tedavileri.

Bilgi: Hastaların gerekli sağlık hizmetlerine erişimlerinin engellenmemesi amacıyla Kurumumuzca belirlenen kronik hastalıklar ile 5510 sayılı Kanunda istisna tutulan kişiler katılım payı uygulamalarından muaf tutulmuşlardır.

2.4.1. Ayakta hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı ne kadardır?

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

Şöyle ki katılım payı;

- Devlet hastaneleri, eğitim araştırma hastaneleri veya üniversite hastaneleri gibi resmi sağlık hizmeti sunucularındaki ayakta muayenelerde **5 TL**,

- Özel hastaneler veya özel tıp merkezleri gibi ikinci basamak özel sağlık hizmeti sunucularındaki ayakta muayenelerde **12 TL**,

- 10 gün içerisinde aynı branşta farklı sağlık hizmet sunucusuna yapılan başvurularda 5 ve 12 TL lik katılım payı tutarları **5 TL artırılarak**,

tahsil edilmektedir.

Örnek: 01.01.2013 tarihinde özel bir tıp merkezine göz hastalıkları polikliniğine müracaat ederek muayene olan hastanın, 3 gün sonra başka bir özel sağlık hizmeti sunucusundaki göz hastalıkları polikliniğinde yeniden muayene olması halinde, ikinci kez yapılan ayakta hekim muayenesi için ödenmesi gereken katılım payı tutarı **12 TL değil 17 TL** dir.

Bilgi: Aile hekimliği, işyeri hekimliği gibi birinci basamak sağlık hizmeti sunucularındaki ayakta muayenelerde katılım payı tahsil edilmemektedir.

Örnek: Grip nedeniyle aile hekimliğine başvuran hasta, buradaki ayakta muayenesi için katılım payı ödemezken, özel bir hastaneye başvuran hasta, buradaki ayakta muayenesi için **12 TL** katılım payı ödeyecektir.

2.4.2. Katılım payı ne şekilde tahsil edilmektedir?

Katılım paylarının tahsil şekli, müracaat edilen sağlık hizmeti sunucusuna ve müracaat eden kişinin gelir veya aylık alma durumuna göre değişmektedir.

Bilgi: Kurumdan aldıkları gelir ve aylık tutarı 100 (yüz) TL altında olan kişiler ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin; ayakta hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı ile ilaç katılım payları Kurumumuz ile sözleşmeli eczanelerce, görmeye yardımcı tıbbi malzeme katılım payı ise Kurumumuz ile sözleşmeli optisyenlik müessesesi tarafından tahsil edilmektedir.

2.4.3. Ayakta muayene katılım payı ne şekilde tahsil edilmektedir?

Kurumumuzdan **gelir veya aylık alan** kişiler ile bunların bakmakla yükümlü oldukları kişilerin ayakta hekim muayenesi katılım payı, gelir veya aylıklarından tahsil edilmektedir. Bu kişiler için, ne hastanelerde ne de eczanelerde ayakta hekim muayenesi katılım payı tahsil edilmesi söz konusu değildir.

Örnek: Emekli Ahmet Bey'in ve bakmakla yükümlü olduğu eşinin, devlet hastanesindeki veya özel hastanedeki ayakta muayeneleri için ödenmesi gereken katılım payı, Ahmet Bey'in emekli aylığından tahsil edilecektir.

Kurumumuzdan **gelir veya aylık almayan** kişiler ile bunların bakmakla yükümlü oldukları kişilerin **resmi**

hastanelerdeki ayakta hekim muayenesi katılım payı reçete ile ilk eczaneye müracaatında kişilerden tahsil edilir.

Örnek: Hizmet akdiyle çalışan 4/a sigortalısı Sevgi Hanım'ın, devlet hastanesindeki veya üniversite hastanesindeki ayakta muayenesi için ödemesi gereken **5 TL** lik katılım payı, Sevgi Hanım'ın ilk eczaneye müracaatında, eczane tarafından elden tahsil edilecektir.

Kurumumuzdan **gelir veya aylık almayan** kişiler ile bunların bakmakla yükümlü oldukları kişilerin **özel** sağlık hizmeti sunucularındaki ayakta hekim muayenesi katılım payı özel sağlık hizmeti sunucusunca kişilerden tahsil edilmektedir.

Örnek: Market sahibi Ali Bey, özel bir hastanenin kulak burun boğaz polikliniğine müracaat ederek ayakta muayene olmuştur. Bu durumda Ali Bey'in muayene için ödemesi gereken **12 TL** lik katılım payı, özel hastane tarafından elden tahsil edilecektir.

Kurumumuzdan **gelir veya aylık almayan** kişiler ile bunların bakmakla yükümlü oldukları kişilerin **özel** sağlık hizmeti sunucularının acil servislerindeki acil hal kapsamına girmeyen ayakta hekim muayenesi katılım payı eczanelerce kişilerden tahsil edilmektedir.

Örnek: Durumu acil olmadığı halde özel bir hastanenin acil servisine müracaat ederek muayene olan hastanın bu muayene için ödemesi gereken **12 TL** lik katılım payı, hastanede değil, ilk eczaneye müracaatında, eczane tarafından elden tahsil edilecektir.

Yurt dışı sigortalıların resmi ve özel sağlık kurumlarındaki muayenelerine ilişkin katılım payı sağlık hizmeti sunucularınca kişilerden tahsil edilir.

2.4.4. Ayakta tedavide kullanılan ilaçlar için ne kadar katılım payı ödenmektedir?

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.

Şöyle ki;

- Kurumumuzdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişilerden **%10**, diğer kişilerden **%20** oranında katılım payı alınmaktadır.

Her bir reçete için;

- 3 kutuya kadar (3 kutu dahil) temin edilen ilaçlar için **3 TL**,

- 3 kutuya ilave temin edilen her bir kutu ilaç için **1TL**,

olmak üzere katılım payı alınmaktadır.

Örnek: Emekli Nazmi Bey, devlet hastanesindeki ayakta muayene olmuş ve muayene sonrasında hekim tarafından reçete düzenlenerek 4 kutu ilaç yazılmıştır. Nazmi Bey'e reçete edilen ve alınan 4 kutu ilacın toplam bedeli **50 TL** ise ilaçlar için 50 TL nin **%10** u olan **5 TL** ve 4 kutu için **4 TL** olmak üzere toplam **9 TL** ilaç katılım payı Nazmi Bey'in maaşından tahsil edilecektir.

Bilgi: Enjekttable formlar (ampul, flakon gibi) ile serum, beslenme ürünleri ve majistraller (yapma ilaç) için kutu sayısına bakılmaksızın her bir kalem 1(bir) kutu olarak değerlendirilmektedir.

Sağlık raporu ile belgelendirilmek koşuluyla Kurumumuz tarafından belirlenen hipertansiyon, diyabet gibi kronik hastalıklarda, ilaç katılım payı uygulanmaz.

2.4.5. İlaç katılım payı ne şekilde tahsil edilmektedir?

İlaç katılım payları;

- Kurumumuzdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü olduğu kişiler için gelir ve aylıklarından mahsup edilmek suretiyle,
- Diğer kişiler için ise Kurumumuzla sözleşmeli eczaneler tarafından kişilerden,
- Yurt dışından temin edilen ilaçlar için; ilaçları temin eden kuruluş tarafından kişilerden, şahıslar tarafından temin edilmesi halinde Kurumumuz tarafından kişilerden,

tahsil edilmektedir.

2.4.6. Vücut dışı ortez ve protez katılım payı ne kadardır ve ne şekilde tahsil edilmektedir?

Vücut dışı protez ve ortezlerden, Kurumumuzdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları

kişiler için %10, diğer kişiler için %20 oranında katılım payı alınmaktadır.

Bilgi: Katılım payı tutarı vücut dışı protez veya ortezin alındığı tarihteki brüt asgarî ücretin yüzde yetmişbeşini geçemez. Yüzde yetmişbeşlik üst sınırın hesaplanmasında her bir protez ve ortez bağımsız olarak değerlendirilir.

Görmeye yardımcı tıbbi malzemelere (gözlük camı ve çerçevesi gibi) ilişkin katılım payı;

▪ Kurumumuzdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü olduğu kişiler için gelir ve aylıklarından mahsup edilmek suretiyle,

▪ Diğer kişiler için ise Kurumumuz ile sözleşmeli optisyenlik müessesesi tarafından kişilerden,

tahsil edilmektedir.

Ağız protezlerine ilişkin katılım payı;

• Kurumumuz ile sözleşmeli sağlık kurum veya kuruluşlarınca yapılan ağız protezi katılım payları, sağlık kurum veya kuruluşlarınca kişilerden,

• Kurumumuz ile sözleşmesiz; serbest diş hekimlikleri ile sağlık kurum veya kuruluşlarında yaptırılan ağız protezi katılım payları, Kurumumuzca ödeme aşamasında kişilerden,

tahsil edilmektedir.

Kişilerce temin edilen ve katılım payı tahsil edilmesi gereken vücut dışı protez ve ortezler için katılım payı, Kurumumuzca ödeme aşamasında kişilerden

tahsil edilmektedir.

Sağlık kurumlarınca temin edilen ve katılım payı tahsil edilmesi gereken tıbbi malzemelerin katılım payı tıbbi malzemeyi temin eden sağlık kurumlarınca kişilerden

tahsil edilmektedir.

Örnek: Emekli öğretmen Perihan Hanım'ın çocuğu için ortopedik bot reçete edilmiş ve Perihan Hanım malzemeyi tıbbi malzeme tedarikçisinden temin etmiştir. Ortopedik bot için Kurumumuz tarafından ödenen tutarın **50 TL** olduğu düşünüldüğünde, Perihan Hanım'ın ortopedik bot için ödeyeceği katılım payı miktarı **5 TL** dir. **5 TL** lik katılım payı, Kurumumuz il müdürlüğünce Perihan Hanım'a ortopedik bot için yapılacak **50 TL** lik ödmeden düşülerek tahsil edilmektedir.

2.4.7. Tüp bebek tedavisi için ne kadar katılım payı ödenmektedir?

Tüp bebek tedavilerinde birinci denemede **%30**, ikinci denemede **% 25** oranında olmak üzere bu tedaviler için Kurumumuz tarafından karşılanan bedeller üzerinden katılım payı alınmaktadır.

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

Örnek: Tüp bebek tedavisi için Kurumumuz tarafından tüp bebek merkezine 1.240 TL ödendiği düşünüldüğünde, özel bir tüp bebek merkezinde, ilk kez tüp

bebek tedavisi uygulanan hastanın bu tedavi için ödeyeceği katılım payı, 1. 240 TL nin %30 u olan **372 TL** olacaktır.

2.4.8. Katılım payı alınmayacak kişiler kimlerdir?

- 1005 sayılı İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre şeref aylığı alan kişiler ve bunların eşleri,

- 3292 sayılı Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,

- 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişiler,

- 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişiler,

- Harp malûllüğü aylığı alanlar ile Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlar ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişiler,

- Vazife malûlleri,

- Polis Akademisi ile fakülte ve yüksek okullarda, Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okuyan veya kendi hesabına okumakta iken Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okumaya devam eden öğrenciler,

- Harp okulları ile fakülte ve yüksekokullarda, Türk Silâhlı Kuvvetleri hesabına okuyan veya kendi hesabına okumakta iken askerî öğrenci olanlar ile astsubay

meslek yüksek okulları ve astsubay naspedilmek üzere temel askerlik eğitimine tâbi tutulan adaylar,

katılım payı alınmayacak kişilerdir.

Bilgi: 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1), (2) ve (3) numaralı alt bentleri gereği genel sağlık sigortalısı sayılanlar ile bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerin (sağlık yardımları 01.01.2012 tarihinden önce yeşil kart verilmek suretiyle karşılanan kişilerin) ödemiş oldukları katılım payları, talepleri halinde, 29/5/1986 tarihli ve 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu hükümlerine göre Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarınca kendilerine geri ödenir.

2.4.9. Hangi sağlık hizmetlerinden katılım payı alınmamaktadır?

- İş kazası veya meslek hastalığı nedeniyle sunulan sağlık hizmetleri,
- Askerî tatbikat ve manevralarda sağlanan sağlık hizmetleri,
- Afet ve savaş hali nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri,
- Kontrol muayeneleri,
- Acil sağlık hizmetleri,
- Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri,
- Sağlık raporu ile belgelendirilmesi şartıyla; Kurumumuz tarafından belirlenen Kronik Hastalıklar

Listesinde yer alan kronik hastalıklarda, kişilerin bu hastalıkları ile ilgili branştaki ayaktan muayeneleri,

- Tetkik ve tahliller ile diğer tanı yöntemlerinde kullanılan ilaçlar,

- Yatarak tedavilerde kullanılan ilaçlar,

- Sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla Kurumumuz tarafından belirlenen “Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesinde yer alan ilaçlar,

- Tıbbi sarf malzemeleri,

- Sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla; organ, doku ve kök hücre nakline ilişkin sağlık hizmetleri,

- 19/5/2011, 23/10/2011 ve 9/11/2011 tarihlerinde meydana gelen depremler sonucunda yaralanan veya sakat kalanlara verilecek protez, ortez, araç ve gereçler,

- 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanununun 21 inci maddesinde sayılan olaylara maruz kalmaları nedeniyle yaralananların tedavileri sonuçlanıncaya veya maluliyetleri kesinleşinceye kadar sağlanacak sağlık hizmetleri,

için katılım payı uygulanmaz.

2.5 İLAVE ÜCRET UYGULAMASI

Kurumumuz, talepte bulunan vakıf üniversiteleri, özel hastaneler ve özel tıp ve dal merkezleri ile sağlık hizmeti satın alınmasına yönelik sözleşmeler yapmaktadır. Böylece kişilerin bu sağlık tesislerine kendi tercihleri doğrultusunda müracaat edebilmeleri sağlanmıştır.

Kurumumuzla sözleşmeli vakıf üniversiteleri ile özel hastaneler ve özel tıp ve dal merkezleri tesislerine müracaat eden kişilerden, sundukları sağlık hizmetleri

için; Kurumumuzun bu sağlık hizmetleri karşılığında ödediği ücretler üzerinden ilave ücret talep edebilmektedirler.

İlave ücret talebine ilişkin birtakım sınırlamalar ve kurallar uygulanmakta olup sağlık hizmeti sunucuları istedikleri şekilde ilave ücret talep edememektedirler.

2.5.1 İlave ücret oranları

Sağlık hizmeti sunucularının talep edebileceği ilave ücret tavan oranı Bakanlar Kurulunca belirlenmekte olup bu tavan oranı geçmemek şartıyla alabilecekleri ilave ücret oranları ise her bir sağlık hizmeti sunucusu için Kurumumuzca belirlenmektedir.

Mevcut uygulamada ilave ücret tavan oranı Bakanlar Kurulunca % 90 olarak belirlenmiş olup sağlık hizmeti sunucularının alabilecekleri ilave ücret tavan oranları ise her bir tesis için ayrı olmak üzere Kurumumuzca belirlenerek Kurumumuz resmi internet sitesinde yayımlanmaktadır.

2.5.2 İlave ücret alınmayacak sağlık hizmetleri

Kurumumuzla sözleşmeli vakıf üniversiteleri ile özel hastaneler ve özel tıp ve dal merkezleri tarafından, sundukları her sağlık hizmeti için ilave ücret talep edilmesi söz konusu değildir. İlave ücret alınmayacak kişiler 5510 sayılı Kanun ile ilave ücret alınmayacak sağlık hizmetleri ise Kurumumuzca belirlenmiştir.

İlave ücret alınmayacak kişiler;

1. 24/2/1968 tarihli ve 1005 sayılı İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun

hükümlerine göre şeref aylığı alanlar ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişiler,

2. 3/11/1980 tarihli ve 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alanlar ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişiler,

3. Harp malûllüğü aylığı alanlar ile 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlar ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişiler,

4. Tedavileri sonuçlanıncaya veya maluliyetleri kesinleşinceye kadar; 3713 sayılı Kanunun 21 inci maddesinde sayılan olaylara maruz kalmaları nedeniyle yararlananlar.

İlave ücret alınmayacak sağlık hizmetleri;

1. Acil haller nedeniyle sunulan sağlık hizmetleri,
2. Yoğun bakım hizmetleri,
3. Yanık tedavisi hizmetleri,
4. Kansere tedavisi (radyoterapi, kemoterapi, radyo izotop tedavileri),
5. Yenidoğana verilen sağlık hizmetleri,
6. Organ, doku ve kök hücre nakillerine ilişkin sağlık hizmetleri,
7. Doğumsal anomaliler için yapılan cerrahi işlemlere yönelik sağlık hizmetleri,
8. Hemodiyaliz tedavileri,
9. Kardiyovasküler cerrahi işlemleri.

2.5.3 İlave ücret uygulaması hakkında bilgilendirme

Sağlık hizmeti sunucuları, ilave ücret alınmayacak sağlık hizmetlerini ve alınacak ilave ücret oranını gösterir levhayı, hastalar tarafından görülebilecek şekilde ilave ücretin tahsil edildiği yerlere asmak zorundadır.

Sağlık hizmeti sunucusu, sunduğu sağlık hizmetleri öncesinde (acil hal nedeniyle yapılan müracaatlarda acil halin sona ermesinden sonra), alacağı ilave ücrete ilişkin olarak hasta veya hasta yakınının yazılı onayını almak zorundadır. Aksi takdirde ilave ücret talebinde bulunulamaz.

Sağlık hizmeti sunucusu tarafından hastaya verilen sağlık hizmeti bedellerinin toplamı 100 TL yi aşılıyor ise bu hizmetleri ve varsa ilave ücret tutarını gösterir belgeyi, hasta yatıyor ise en geç taburcu olduğu tarihte, diğer hallerde ise işlemin yapıldığı tarihte hastaya vermek zorundadır.

Ayrıca talep edilmesi halinde sağlık hizmeti sunucuları tarafından, 100 TL nin altında olan sağlık hizmetleri için de bilgi ve belgenin verilmesi zorunludur.

İlave ücrete ilişkin Kurum mevzuatına aykırı işlem yaptığı Kuruma bildirilen sağlık hizmeti sunucuları hakkında, sözleşme hükümlerine göre cezai müeyyideler uygulanmaktadır.

2.5.4 Otelcilik hizmetleri

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

İlave ücret talep edilebilecek otelcilik hizmeti Kurumumuzca tanımlanmıştır. Buna göre sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları;

a) Asgari banyo, tv ve telefon bulunan; 2 yataklı odalarda sundukları otelcilik hizmetleri için “Standart yatak tarifesini” işlem bedelinin (32,40 TL) bir buçuk katını,

b) Asgari banyo, tv ve telefon bulunan; tek yataklı odalar için “Standart yatak tarifesini” işlem bedelinin (32,40 TL) üç katını,

geçmemek üzere kişilerden ilave ücret alabilir.

Ancak ilave ücret alınmayacak sağlık hizmetleri için otelcilik hizmetine yönelik ilave ücret talep edilmesi söz konusu değildir.

Kurum mevzuatına aykırı şekilde otelcilik hizmetlerinden ilave ücreti aldığı tespit edilen sağlık hizmeti sunucuları hakkında, sözleşme hükümlerine göre cezai müeyyideler uygulanmaktadır.

2.5.5 İstisnai sağlık hizmetleri

Resmi sağlık hizmeti sunucuları da dâhil olmak üzere Kurumumuzla 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 Kurumumuzca yayınlanan Sağlık Uygulama Tebliğinde belirtilmiştir.

Kurum mevzuatına aykırı şekilde istisnai sağlık hizmetlerinden ilave ücret aldığı tespit edilen sağlık hizmeti sunucuları hakkında, sözleşme hükümlerine göre cezai müeyyideler uygulanmaktadır.