

BAĞ-KUR SAĞLIK SİGORTASI YARDIMLARI YÖNETMELİĞİ

BİRİNCİ BÖLÜM

Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç

Madde 1 — Bu Yönetmeliğin amacı; 2/9/1971 tarihli ve 1479 sayılı Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu ile 17/10/1983 tarihli ve 2926 sayılı Tariumda Kendi Adına ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanunu gereğince, sağlık sigortası yardımlarından faydalananacakları, sağlık sigortası yardımlarının şekil ve şartlarını, süresini, başvurma usul ve esaslarını düzenlemektir.

Kapsam

Madde 2 — Bu Yönetmelik, 1479 ve 2926 sayılı Kanunlara göre sağlık sigortası yardımlarından faydalananacakları kapsar.

Dayanak

Madde 3 — Bu Yönetmelik, 2/9/1971 tarihli ve 1479 sayılı Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunun Ek 18 inci maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

Madde 4 — Bu Yönetmelikte geçen;

Bağ-Kur veya Kurum: Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumunu,

Yönetim Kurulu: Bağ-Kur Yönetim Kurulunu,

İl Müdürlüğü: Bağ-Kur İl Müdürlüklerini,

Sigortalı: 1479 ve 2926 sayılı Kanunlara göre sigortalı sayılan kimseleri,

Hak sahibi: 1479 ve 2926 sayılı Kanunlar kapsamında sigortalıların, yaşıllık ve malullük aylığı almaktı olanların sağlık yardımından yararlanan eş ve bakmakla yükümlü oldukları çocukları, ana ve babaları ile ölüm aylığı alanları,

Aylık alanlar: 1479 ve 2926 sayılı Kanunlara göre yaşıllık, malullük ve ölüm aylığı alanları,

Sigorta primi: 1479 sayılı Kanunun 49 uncu, 2926 sayılı Kanunun 31 inci maddelerine göre sigortalının ödeyeceği malullük, yaşıllık, ölüm sigortası primini,

Sağlık sigortası primi: Sigortalıların, sağlık sigortasıından yararlanmak amacıyla ödedikleri primleri,

Resmi sağlık kurumu: Genel ve katma bütçeli dairelere, kamu iktisadi teşebbüslerine, özel idarelere, belediyelere ve üniversitelere bağlı yataklı ve yataksız tedavi kurumları,

Resmi sağlık kuruluşu: Sağlık ocağı, hükümet ve belediye tabipliklerini,

Özel sağlık kurum ve kuruluşları: Gerçek ve tüzel kişiler tarafından kurulmuş, yataklı veya yataksız tedavi kurumları ile tedavi amacıyla hasta kabul eden, Sağlık Bakanlığınca işletme müsaadesi verilmiş sağlık kurum ve kuruluşlarını,

İfade eder.

İKİNCİ BÖLÜM

Sağlık Yardımlarının Uygulama Esasları

Muayene ve tedavi hakkından faydalananacak olanlar

Madde 5 — Sağlık sigortası yardımlarından;

a) 1479 ve 2926 sayılı Kanunlar kapsamında zorunlu sigortalı olanlar ve bu Kanunlar kapsamında isteğe bağlı sigortalı olup, sağlık sigortası yardımlarından yararlanma hakkı bulunan isteğe bağlı sigortalı ile bunların eş ve bakmakla yükümlü oldukları çocukları, ana ve babaları,

b) Yaşıllık veya malullük aylığı alanlar ile bunların eş ve bakmakla yükümlü oldukları çocukları, ana ve babaları,

c) Ölüm aylığı alanlar,

d) Sigortalı tarafından evlat edinilmiş, tanınmış veya nesbi düzeltilmiş veya babalığı hükmə bağlanmış çocuklar ile sigortalının ölümünden sonra doğan çocuklar,

faydalıları.

Çocukların, sağlık yardımlarından faydalana bilmesi için; 18 yaşını, ortaöğretim yapmakta ise 20 yaşını, yükseköğretim yapmakta ise 25 yaşını doldurmayı olması ve 18 yaşını doldurmayanlar hariç bu kanunlar ile diğer sosyal güvenlik kanunları kapsamında çalışmaması, anılan kanunlar kapsamındaki çalışmalarından dolayı gelir veya aylık alımaması (2022 sayılı Kanuna tabi aylık alanlar dahil) veya 18 yaşından büyük çocukların çalışmayacek durumda malul olması, yaşıları ne olursa olsun evli olmayan, evli olmakla beraber sonrasında boşanan veya dul kalan kız çocukların bu kanunlar ile diğer sosyal güvenlik kanunları kapsamında çalışmaması ve bu kanunlar kapsamındaki çalışmalarından dolayı gelir veya aylık alımaması şarttır.

Bağ-Kur sigortalısı olarak sağlık yardımına girenlerin eş, çocuk, ana ve babalarının ayrıca Bağ-Kur Kanunu kapsamına girmeleri halinde, bunlardan da sağlık sigortası primi alınacaktır.

Muayene ve tedavinin yapılacağı sağlık kuruluşları

Madde 6 — Sağlık hizmeti; Sağlık Bakanlığı, mahalli idareler, üniversiteler ve kamu iktisadi teşebbüslerine ait sağlık tesisleri ile diğer sağlık tesislerinden satın alınmak suretiyle yürütülür.

Sağlık hizmetinin hangi sağlık kurum ve kuruluşlarından satın alınacağı ve buna ilişkin usul ve esaslar Kurumca tespit edilir. (**Mülga ikinci cümle:RG-22/05/2007-26529**)

(**Mülga üçüncü fıkra:RG-22/05/2007-26529**)

(**Mülga dördüncü fıkra:RG-22/05/2007-26529**)

Acil durumlarda tedavi

Madde 7 — (**Degisik birinci fıkra:RG-22/05/2007-26529**) Sağlık sigortası yardımlarından faydalanan sigortalı ve hak sahiplerinin Kurumla sözleşme veya protokol yapmadış sağlık kurumunda tedavi altına alınmaları halinde, vakının aciliyeti raporla belgelenmek şartıyla, bu sağlık kurumlarında yapılan tedavi giderleri "Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğ'i" esas alınmak suretiyle ödenir.

Tibben naklinde mahzur bulunmayan hastalar, hizmet satın alınan kurumlara nakledilir.

Paket protokol yoluyla hizmet satın alınması

Madde 8 — Kurum, resmi ve özel sağlık kurum ve kuruluşları ile her yıl diğer sosyal güvenlik kurumları, Maliye Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı tarafından müsteriken oluşturulan paket fiyatlar üzerinden paket protokoller yapmak sureti ile hizmet satın alabilir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Sağlık Yardımlarının Şekil ve Şartları

Muayene ve tedavi hakkının başlangıcı ve faydalama şartları

Madde 9 — İlk defa sigortalı olanların sağlık sigortası yardımlarından yararlanabilecekleri için en az sekiz ay, yeniden sigortalı olanların ise en az dört ay sağlık sigortası primi ödenmiş olmaları, sağlık ve sigorta prim borcu ile gecikme zamı borcu bulunmaması şarttır.

1479 ve 2926 sayılı Kanunlar kapsamında çıktıktan sonra, aynı veya takip eden gün yine belirtilen Kanunlar kapsamında sigortalı olanlar için sekiz aylık veya yeniden sigortalılık halinde dört aylık sağlık sigortası primi ödeme süresinin hesabında, her iki kanuna tabi olarak geçen süreler dikkate alınmaz.

Muayene ve tedavi hakkı, sağlık sigortası primi ödenen sekizinci ay veya dördüncü ayı takip eden aydan itibaren başlar.

Aylık bağlama işlemleri tamamlanmamış olanlar bu maddenin birinci fıkraındaki şartları yerine getirmek suretiyle aylığa müstehak oldukları tarihten itibaren sağlık yardımlarından faydalıları.

Malullük ve yaşıllık aylığı talebinde bulunan, ancak aylık bağlama işlemleri tamamlanmamış olan sigortalı ve hak sahipleri, birinci fıkradaki şartları yerine getirmek suretiyle aylık bağlananına kadar sağlık yardımlarından faydalana devam ederler.

Sağlık sigortası yardımları

Madde 10 — Sağlık sigortası yardımları, hastalık ve iş kazası hallerini kapsar. Sağlık yardımları, hastanın akıpta ve yatarak yapılacak tedavilerde gerekli muayene, tetkik, tahlil, müdahale, ameliyat ve tedavileri ile tedavi süresince gerekli ilaç ve iyileştirme vasıtalarının sağlanması hallerini kapsar.

Sağlık sigortası yardımlarının süresi

Madde 11 — Sağlık sigortası yardımlarının süresi;

a) Hastalık hallerinde yapılacak sağlık sigortası yardımları, hastanın iyileşmesine kadar,

b) Hastalık sigortası yardımaları, sigortalının sigortalılık vasfini kaybettiği, yaşlılık ve maluliyet aylığı alanların ise gelirden çıktıları tarihten itibaren 90 gün içinde meydana gelecek hastalık hallerinde,

c) İş kazasından dolayı muayene ve tedavi, sigortalının tedaviye alındığı tarihte başlar ve sağlık durumunun gerektirdiği sürece, devam eder.

Sağlık Karnesi verilmesi için gereken belgeler⁽¹⁾

Madde 12 — Sigortalı ve hak sahiplerine ilk defa sağlık karnesi/kartı verilmesi (**Mülga ifade:R.G.-5/4/2008-26838**) (...) için;

a) Başvurma dileğçesi (örneği Kurumca hazırlanın),

b) Zorunlu sigortalılar için çalışmasının devam ettiğine dair belge,

c) Vukuatlı nüfus kayıt örneği,

d) Öğrenciler için öğrenim durumlarını gösteren belge,

e) Sigortalılar ile yaşlılık veya malullük aylığı almaktan olanların eş ve bakmakla yükümlü bulundukları ana, baba ve 18 yaşını geçmiş, evli olmayan kız çocukları ve 18 yaşını doldurmuş (ortaöğretim ve yükseköğretim de bulunanlar dahil) erkek çocukları için bu Kanun ve diğer sosyal güvenlik kanunları kapsamında çalışmamışlıklarına ve bu kanunlar kapsamındaki çalışmalarından dolayı gelir veya aylık almadıklarına dair ilgili kuruluşlardan alacakları belge,

f) 7 yaşından küçük çocuklar hariç, her sağlık karnesi için bir adet vesikalik fotoğraf,

g) 18 yaşını doldurmuş çocuklardan çalışmamayacak durumda malül olanlar için 1479 sayılı Kanunun 56 ncı maddesinde belirtilen tam teşekküllü hastanelerin birinden alınacak ve Kurum Sağlık Kurulunca kabul edilecek sağlık kurulu raporu,

gereklidir.

Ancak, bu belgelerden elektronik/internet ortamında temin edilebilenler istenmeyecektir.

Sağlık karnesi/kartı

Madde 13 — Sağlık karnesi/karti, muayene ve tedavi hakkından faydalananların kimliklerinin belirlenmesine, vizelerin, muayene ve tedavi sonuçlarının takibine elverişli olacak şekilde Kurumca düzenlenir.

Sağlık sigortası yardımlarından faydalananlık için sağlık kurum ve kuruluşlarına sağlık karnesi/karti ile başvurulur.

Sağlık karnelerinin/kartlarının vize sürelerini, sigortalı ve hak sahipleri için ayrı ayrı belirlemeye Kurum Yönetim Kurulu yetkilidir.

(Ek fikra:R.G.5/4/2008-26838) Kurum, sigortalılar, malullük veya yaşlılık aylığı almaktan olanlarla bunların kanunen bakmakla yükümlü oldukları eş, çocuk, ana ve babalar ile haksahibi olarak aylık alan eş, çocuk, ana ve babalar için, muayene ve tedavi başvurusunda, sağlık karnesi yerine T.C. Kimlik Numarası bulunan nüfus cüzdanlarının ibraz edilmesini yeterli kabul eder.

Sağlık karnesinin/kartının yenilenmesi

Madde 14 — Sağlık karnesi/kartını kaybedenlerin yazılı beyanları ile bağlı bulunduğu İl müdürlüğüne müracaati halinde yeni bir sağlık karnesi/karti verilir. Herhangi bir sebeple kullanılmayacak hale gelen sağlık karnesinin/kartının yerine yenişi verilir.

Muayene ve tedavilerin sağlık karnelerine işlenmesi

Madde 15 — Teşhis ve tedaviler, verilen ilaç, tıbbi malzeme ve diğer hususlar sağlık kurumu ve kuruluşlarında tarih belirtilerek sağlık karnesine işlenir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

Sağlık Sigortası Yardımlarından Yararlanma

Yatak sınıfları

Madde 16 — Sağlık sigortası yardımlarından faydalananlardan yatarak tedavi görenlerin yatak tahsisine ait sınıf belirlenmesi, bulundukları basamağa göre Yönetim Kurulunca yapılır ve yatak sınıfları sağlık karnesinde belirlenir.

İlgili, tedavilerine tahsis edilen yatak sınıfından daha üst sınıfta yatmak istedikleri taktirde fiyat farkını kendileri öder.

Katılım payı alınması

Madde 17 — Hizmet satın alınan sağlık kurum ve kuruluşlarında yatarak sağlanan tedaviler sonucu doğan ilaç bedellerinin tamamı Kurum tarafından ödendir.

Ayakta yapılan tedavilerde poliklinik muayene ücreti ve ilaç bedellerinin %20 si sigortalılar ve hak sahipleri, %10 u ise aylık alanlar ve hak sahipleri tarafından karşılanır.

Ayakta veya yatarak yapılan tedavilerde, iş kazası ve meslek hastalığı sonucu verilecek olanlar hariç, protez, araç ve gereç bedellerinin %20 si sigortalı ve hak sahipleri, %10 u ise aylık alanlar ve hak sahipleri tarafından (3/11/1980 tarihli ve 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun kapsamında girenler hariç) karşılanır. Ancak, katkı payı tutarı sigortalılarında birinci gelir basamakının bir buçuk katını, aylık alanlarda ise birinci gelir basamakının %65 ini geçemez. Katılım payından muaf tutulacak protez, araç ve gereçler için Maliye, Çalışma ve Sosyal Güvenlik ve Sağlık Bakanlıklarında belirlenecek uygulamaya ilişkin usul ve esaslara uyulur.

İlaçların temin edilmesi ve bedellerinin ödenmesi

Madde 18 — İlaçlar, Kurum tarafından anlaşma yapılan eczanelerden temin edilir. Ayakta yapılan tedaviler dolayısıyla gerek görülen ilaçların anlaşmalı eczanelerde alınması halinde, ilaç fiyatı üzerinden bu Yönetmeliğin 17 ncı maddesinde belirtilen katılım payı eczane tarafından ilgiliinden tahsil edilir. Katılım payı ile eczaneler tarafından ilaç fiyatı üzerinden Kuruma yapılacak indirim miktarı tutarı ilaç bedelenin düşüldükten sonra, geri kalan kısmı için fatura düzenlenerek Kurumdan tahsil edilir. Ancak, anlaşmalı eczane bulunmaması veya bulunmasına rağmen ilaçın bu eczanededen temin edilememesi durumunda, herhangi bir eczanededen alınan ilaç bedelinin bu Yönetmeliğin 17 ncı maddesinde belirtilen kısmı düşüldüğünden sonra, kalan kısmı ilgiliye ödendir.

Ödenecek reçeteye, ilgili eczane, sigortalı ve verilen ilaç bilgilerini içeren bilgisayar çıktısının eklentimesi ile fiyat kupürlerinin yapılması şarttır. Ancak ayakta yapılan tedavilerde verilecek her bir reçete için, bedeli ödenecek ilaç kalem sayısı ve miktarı Kurumca tespit edilir.

Hayati öneme haiz oldukları resmi sağlık kurumu tarafından, hastalık ile ilgili ihtişas dalı raporuyla belgelenmek ve bu rapor Kurum tarafından kabul edilmek şartıyla, anılan sağlık kurumlarında yazılan reçete karşılığında, yurt içi ruhsatlı ilaçların dışında kalıp Sağlık Bakanlığı tarafından yabancı tıbbi müstahzarlar ruhsatnamesi ile ithal müsaadesi verilen ilaçlarla, yurt dışından getirilen ilaçların bedelleri, bu madde ile 17 ncı ve 19 uncu maddelerdeki esaslara göre ödenir. Yurt dışından getirilen ilaçların bedelleri alış tarihindeki fiyatın aynı tarihteki döviz satış bedeli üzerinden hesaplanır.

Kullanırmılsı Sağlık Bakanlığının özel iznine tabi olan ilaçlar bu Bakanlığın belirleyeceği fiyat, usul ve esaslar dahilinde ödenir.

Katılım payı alınmayacağı ilaçlar

Madde 19 — (**Değişik ibare:RG-22/05/2007-26529**) Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde hasta katılım payından muaf ilaçlar listesinde yer alan, ayakta uzun süre tedavisi gerektiren ve (**Değişik ibare:RG-22/05/2007-26529**) sağlık raporu ile belgelendirilmek suretiyle tüberküloz, kanser, kronik böbrek ve benzeri hastalıkların tedavileri sırasında kullanılmasına gerek görülen ilaçlardan, hayatı önem taşıdıkları tespit edilenlerin bedellerinden bu Yönetmeliğin 17 ncı maddesinde belirtilen katılım payı alınmaz.

Ancak, bu listede yer alan etken maddeleri ihtiva etmeyen ilaçların uzun süreli kullanımı gereklili olsa dahi, ilaç tutarlarının ödenmesinde bu Yönetmeliğin 17 ncı maddesinin ikinci fıkrasındaki hükmü uygulanır.

Reçete bedellerinin ödenmesi

Madde 20 — Reçete bedelleri; bu Yönetmeliğin 17, 18 ve 19 uncu maddelerindeki esaslar ile Kurum ile Türk Eczacıları Birliği (TEB) arasında yapılan ve her yıl yenilenen protokol hükümlerine göre yapılacak kontrolden sonra anlaşmalı eczanelere veya ilgili'lere ödenir.

Diş hastalıkları tedavisi

Madde 21 — Diş tedavisi, diş ve çeneye tıbbi ve cerrahi müdahale, diş çekimi, diş ve çene radyografisi alımı, diş dolgusu, diş protezi ve benzeri hallerdir.

Sağlık sigortası yardımlarından yararlananların diş tedavilerine ilişkin tedavi bedelleri (**Değişik ibare:RG-22/05/2007-26529**) Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği esas alınarak estetik nedenselere yaptırılan protez bedelleri hariç ödenir.

İlgili, başvurulan resmi sağlık kurumundan, diş tabibince tedavi edilecek dişleri belirten, 90 gün içinde yer bulunmadığını veya teknik nedenlerle tedavinin mümkün olmadığı tespit eden ve baştabiplikçe onaylanan rapor üzerine, özel sağlık kurumu ve kuruluşlarına sevk edilebilirler.

Sağlık hizmetleri giderlerinin karşılanması

Madde 22 — Sağlık hizmetlerinin gerektirdiği giderler, (**Değişik ibare:RG-22/05/2007-26529**) Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği esas alınarak ödenir.

Gözük cam ve çerçevesi, çeşitli ortez - protez ve iyileştirme vasıtaları

Madde 23 — Sağlık sigortası yardımlarından yararlananların, gözlük cam ve çerçevesi Kurum ile Optikçi – Optisyen Dernekleri arasında yapılan ve her yıl yenilenen protokol hükümleri ve (**Değişik ibare:RG-22/05/2007-26529**) Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde belirlenen fiyatlar dikkate alınarak

yapılacak kontrolden sonra ödenir.

Ortez-protez bedelleri ile tedaviler süresince kullanılan iyileştirme vasıtalarının cins ve miktarı ile ödenecek bedelleri her yıl yayımlanan (**Değişik ibare:RG-22/05/2007-26529**) Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlıkl Uygulama Tebliğinde belirlenen fiyatlar ve diğer sosyal güvenlik kurumlarının uyguladığı fiyatlar dikkate alınarak Kurumca belirlenen esaslar dahilinde ödenir.

(**Mülga üçüncü fıkra:RG-22/05/2007-26529**)

BEŞİNCİ BÖLÜM **Çeşitli ve Son Hükümler**

Sağlık sigortası yardım uygulamasının izlenmesi

Madde 24 — Sağlık sigortası yardımlarından faydalananların takibi İl Müdürlüklerince yapılır.

Sağlık karnelerinin/kartlarının haksız kullanılması

Madde 25 — Muayene ve tedavi hakkı sona erenlerin sağlık karneleri/kartlarının kendileri tarafından, ölenlerin sağlık karneleri/kartlarının ise yakınları tarafından hakan sona erdiği tarihi takip eden otuz gün içinde İl Müdürlüğü'ne iade edilmesi mecburidir.

Sağlık karnelerinin/kartlarının, muayene ve tedavi hakkı sona erdiği halde kullanılmasına devam olunması halinde, Kurumca ödenmiş bulunan muayene ve tedavi giderleri sorumlularından kanuni faizi ile geri alınır.

Sağlık karneleri ve/veya kartını bir başkasına kullandıranlardan veya başkası adına kullananlardan ve buna yardımcı olduğu belgelenenlerden, Kurumca yapılan sağlık gideri kanuni faizi ile iki katı olarak müstereken ve müteselsilen tahsil edilir ve ilgililer hakkında Türk Ceza Kanunu hükümleri uygulanır. Kendilerine tebliğ tarihinden itibaren onbeş gün içinde idari para cezasını veya borçlarını itiraz etmeden ödeyenlerin bu borçları üçte bir oranında terkin edilir.

Yürürlükten kaldırılan yönetmelik

Madde 26 — 25/8/1986 tarihli ve 19202 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Bağ-Kur Sağlık Sigortası Yardımları Yönetmeliği yürürlükten kaldırılmıştır.

Yürürlük

Madde 27 — Bu Yönetmeliğin, yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

Yürütmeye

Madde 28 — Bu Yönetmeliğin hükümlerini (**Değişik ibare:RG-22/05/2007-26529**) Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı yürütür.

(1) 5/4/2008 tarihli ve 26838 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Yönetmelik değişikliği ile 12 nci maddenin başlığı "Sağlık karnesi verilmesi ve vize edilmesi için gereken belgeler" iken metne işlendiği şekilde değiştirilmiştir.