

Yönetmelik

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığında:

Bağ-Kur Sağlık Sigortası Yardımları Yönetmeliği

BİRİNCİ BÖLÜM

Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç

Madde 1 — Bu Yönetmeliğin amacı; 2/9/1971 tarihli ve 1479 sayılı Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu ile 17/10/1983 tarihli ve 2926 sayılı Tarımda Kendi Adına ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanunu gereğince, sağlık sigortası yardımlarından faydalanacakları, 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 faydalanacakları kapsar.

Dayanak

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

Tanımlar

Madde 4 — Bu Yönetmelikte geçen;
Bağ-Kur veya Kurum: Esnaf ve Sanatkarlar 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 kapsamındaki sigortalıların, yaşlılık ve malullük aylığı almakta 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 yaşlılık, malullük ve ölüm aylığı alanları,
Sigorta primi: 1479 sayılı Kanunun 49 uncu, 2926 sayılı Kanunun 31 inci maddelerine göre sigortalının ödeyeceği malullük, yaşlılık, ölüm sigortası primini,
Sağlık sigortası primi: Sigortalıların, sağlık sigortasından 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 kurumlarını,
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, ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM

Sağlık Yardımlarının Uygulama Esasları

Muayene ve tedavi hakkında faydalanacak 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 sigortalılar ile bunların eş ve bakmakla yükümlü oldukları çocukları, ana ve babaları,
b) Yaşlılık 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 nesebi düzeltilmiş veya babalığı hükme bağlanmış çocuklar ile sigortalının ölümünden sonra doğan çocukları, faydalanırlar.

Çocukların, sağlık yardımlarından faydalanabilmesi için; 18 yaşını, ortaöğrenim yapmakta ise 20 yaşını, yükseköğrenim yapmakta ise 25 yaşını doldurmamış olması ve 18 yaşını doldurmamışları hariç bu kanunlar ile diğer sosyal güvenlik kanunları kapsamında çalışmaması, anılan kanunlar kapsamındaki çalışmalarından dolayı gelir veya aylık almaması (2022 sayılı Kanuna tabi aylık alanlar dahil) veya 18 yaşından büyük çocukların çalışmayacak durumda malul olması, yaşları ne olursa olsun evli olmayan, evli olmakla beraber sonradan boşanan veya dul kalan kız çocukların bu kanunlar ile diğer sosyal güvenlik kanunları kapsamında çalışmaması ve bu kanunlar kapsamındaki çalışmalarından dolayı gelir veya aylık almaması şarttır.

Bağ-Kur sigortalısı olarak sağlık yardımı kapsamına 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. Ancak sağlık sigortası uygulaması yapılan mahalde resmi sağlık kurum ve kuruluşlarının bulunmaması veya bu kurum ve kuruluşlardan yeterli hizmet alınmaması halinde, diğer sağlık kurum ve kuruluşlarından sağlık hizmeti satın alınabilir.

Sağlık hizmetinin yürütülmesi ile ilgili esaslar, hizmet satın alınacak müessese ile Kurum arasında yapılacak bir protokolle düzenlenir.

Ancak, Kurumla protokolü bulunmayan resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında Bağ-Kur sağlık karnesi/kartı ile muayene ve tedavi görenlere Sağlık Bakanlığına Bağlı Yataklı Tedavi Kurumlarında Yapılacak Muayene – Tetkik – Tahlil – Müdahale - Ameliyat ve Tedavilere ait Fiyat Tarifesi (Mali Yıl Bütçe Uygulama Talimatı Resmi Sağlık Kurumları Fiyat Tarifesi) üzerinden hesaplanmak suretiyle Kurumca belirlenecek esaslar dahilinde ödeme yapılır. Fiyat tarifelerini aşan kısmı Kurumca ödenmez.

Acil durumlarda tedavi

Madde 7 — Sağlık sigortası yardımlarından faydalanan sigortalı ve hak sahiplerinin özel bir sağlık kurumunda yatırılarak tedavi altına alınmaları halinde, vakanın aciliyeti raporla belgelenmek ve bu rapor Kurum tarafından kabul olunmak şartıyla, bu sağlık kurumlarında yapılan tedavi giderleri Sağlık Bakanlığına Bağlı Yataklı Tedavi Kurumlarında Yapılacak Muayene – Tetkik – Tahlil – Müdahale - Ameliyat ve Tedavilere ait Fiyat Tarifesi üzerinden (Mali Yıl Bütçe Uygulama Talimatı Resmi Sağlık Kurumları Fiyat Tarifesi) hesaplanmak suretiyle ödenir.

Tıbben 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 müştereken 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 faydalanma şartları

Madde 9 — İlk defa sigortalı olanların sağlık sigortası yardımlarından yararlanabilmeleri için en az sekiz ay, yeniden sigortalı olanların ise en az dört ay sağlık sigortası primi ödemiş olmaları, sağlık ve sigorta prim borcu ile gecikme zammı 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 ayı veya dördüncü ayı takip eden aybaşından itibaren başlar.

Aylık bağlama işlemleri tamamlanmamış olanlar bu maddenin birinci fıkrasındaki şartları yerine getirmek suretiyle aylıgamüstehak oldukları tarihten itibaren sağlık yardımlarından faydalanırlar.

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

Sağlık sigortası yardımları

Madde 10 — Sağlık sigortası yardımları, hastalık ve iş kazası hallerini kapsar. Sağlık yardımları, hastanın ayakta 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;

- Hastalık hallerinde yapılacak sağlık sigortası yardımları, hastanın iyileşmesine kadar,
- Hastalık sigortası yardımları, sigortalının sigortalılık vasfını kaybettiği, yaşlılık ve maluliyet aylığı alanların ise gelirden çıktıkları tarihten itibaren 90 gün içinde meydana gelecek hastalık hallerinde,
- İş kazasından dolayı muayene ve tedavi, sigortalının tedaviye alındığı tarihte başlar ve sağlık durumunun gerektirdiği sürece, devam eder.

Sağlık karnesi verilmesi ve vize edilmesi için gereken belgeler

Madde 12 — Sigortalı ve hak sahiplerine ilk defa sağlık karnesi/kartı verilmesi ve vize edilmesi için;

- Başvurma dilekçesi (örneği Kurumca hazırlanan),
- Zorunlu sigortalılar için çalışmasının devam ettiğine dair belge,
- Vukuatlı nüfus kayıt örneği,
- Öğrenciler için öğrenim durumlarını gösteren belge,
- Sigortalılar ile yaşlılık veya malullük aylığı almakta olanların eş ve bakmakla yükümlü buldukları ana, baba ve 18 yaşını geçmiş, evli olmayan kız çocukları ve 18 yaşını doldurmuş (ortaöğrenim ve yükseköğrenim de bulunanlar dahil) erkek çocukları için bu Kanun ve diğer sosyal güvenlik kanunları kapsamında çalışmadıklarına ve bu kanunlar kapsamındaki çalışmalarından dolayı gelir veya aylık almadıklarına dair ilgili kuruluşlardan alacakları belge,
- 7 yaşından küçük çocuklar hariç, her sağlık karnesi için bir adet vesikalık fotoğraf,
- 18 yaşını doldurmuş çocuklardan çalışmayacak 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/kartı, muayene ve tedavi hakkında faydalananların kimliklerinin belirlenmesine, vizelerin, muayene ve tedavi sonuçlarının takibine elverişli olacak şekilde Kurumca düzenlenir.

Sağlık sigortası yardımlarından faydalanmak için sağlık kurum ve kuruluşlarına sağlık karnesi/kartı ile başvurulur.

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

Sağlık karnesinin/kartının yenilenmesi

Madde 14 — Sağlık karnesini/kartını kaybedenlerin yazılı beyanları ile bağlı bulunduğu il müdürlüğüne müracaatı halinde yeni bir sağlık karnesi/kartı verilir.

Herhangi bir sebeple kullanılmayacak hale gelen sağlık karnesinin/kartının yerine yenisi verilir.

Muayene ve tedavilerin sağlık karnelerine işlenmesi

Madde 15 — Teşhis ve tedaviler, verilen ilaç, tıbbi malzeme ve diğer hususlar sağlık kurumu ve kuruluşlarınca 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, buldukları basamağa göre Yönetim Kurulunca yapılır ve yatak sınıfları sağlık karnesinde belirlenir.

İlgililer, tedavilerine tahsis edilen yatak sınıfından daha üst sınıfta yatmak istedikleri takdirde 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 ödenir.

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 kapsamına girenler hariç) karşılanır. Ancak, katkı payı tutarı sigortalılarda birinci gelir basamağının bir buçuk katını, aylık alanlarda ise birinci gelir basamağının %65 ini geçemez. Katılım payından muaf tutulacak protez, araç ve gereçler için Maliye, Çalışma ve Sosyal Güvenlik ve Sağlık Bakanlıklarınca 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 eczanelerden alınması halinde, ilaç fiyatı üzerinden bu Yönetmeliğin 17 nci maddesinde belirtilen katılım payı eczane tarafından ilgiliden tahsil edilir. Katılım payı ile eczaneler tarafından ilaç fiyatı üzerinden Kuruma yapılacak indirim miktarı tutarı ilaç bedelinden düşüldükten sonra, geri kalan kısmı için fatura düzenlenerek Kurumdan tahsil edilir. Ancak, anlaşmalı eczane bulunmaması veya bulunmasına rağmen ilacın bu eczaneden temin edilememesi durumunda, herhangi bir eczaneden alınan ilaç bedelinin bu Yönetmeliğin 17 nci maddesinde belirtilen kısmı düşüldükten sonra, kalan kısmı ilgiliye ödenir.

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

Hayati öneme haiz oldukları resmi sağlık kurumu tarafından, hastalığı ile ilgili ihtisas 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 nci ve 19 uncu maddelerdeki esaslara göre ödenir. Yurt dışından getirilen ilaçların bedelleri alış tarihindeki fiyatın aynı tarihteki döviz satış bedeli üzerinden hesaplanır.

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

Katılım payı alınmayacak ilaçlar

Madde 19 — Maliye Bakanlığınca yayımlanan Bütçe Uygulama Talimatında hasta katılım payından muaf ilaçlar listesinde yer alan, ayakta uzun süre tedaviyi gerektiren ve resmi sağlık kurumu sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmek suretiyle tüberküloz, kanser, kronik böbrek ve benzeri hastalıkların tedavileri sırasında kullanılmasına gerek görülen ilaçlardan, hayati önem taşıdıkları tespit edilenlerin bedellerinden bu Yönetmeliğin 17 nci maddesinde belirtilen katılım payı alınmaz.

Ancak, bu listede yer alan etken maddeleri ihtiva etmeyen ilaçların uzun süreli kullanımı gerekli olsa dahi, ilaç tutarlarının ödenmesinde bu Yönetmeliğin 17 nci maddesinin ikinci fıkrasındaki hüküm 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 ilgililere 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 Sağlık Bakanlığı Tedavi Kurumları Muayene-Tetkik-Tahlil-Müdahale-Ameliyat ve Tedavilere ait Fiyat Tarifesi (Mali Yıl Bütçe Uygulama Talimatı Diş Tedavileri Fiyat Tarifesi) esas alınarak estetik nedenlerle yaptırılan protez bedelleri hariç ödenir.

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

Sağlık hizmetleri giderlerinin karşılanması

Madde 22 — Sağlık hizmetlerinin gerektirdiği giderler, Sağlık Bakanlığı Tedavi Kurumları Muayene-Tetkik-Tahlil-Müdahale-Ameliyat ve Tedavilere ait Fiyat Tarifesi (Mali Yıl Bütçe Uygulama Talimatı Resmi Sağlık Kurumları Fiyat Tarifesi) esas alınarak ödenir.

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

Madde 23 — Sağlık sigortası yardımlarından yararlananların, gözlük cam ve çerçevesi Kurum ile Optikçi – OptisyenDernekleri arasında yapılan ve her yıl yenilenen protokol hükümleri ve Bütçe Uygulama Talimatında 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 Bütçe Uygulama Talimatında belirlenen fiyatlar ve diğer sosyal güvenlik kurumlarının uyguladığı fiyatlar dikkate alınarak Kurumca belirlenen esaslar dahilinde ödenir.

Söz konusu tıbbi malzeme ve cihazların doğrudan doğruya veya anlaşmalı yerlerden teminine Kurumca karar verilir.

BEŞİNCİ BÖLÜM

Çeşitli ve Son Hükümler

Sağlık sigortası yardımı uygulamasının izlenmesi

Madde 24 — Sağlık sigortası yardımlarından faydalanacakların 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 hakkın sona erdiği tarihi takip eden otuz gün içinde il müdürlüğüne 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 müştereken ve müteselsilen tahsil edilir ve ilgililer hakkında Türk Ceza Kanunu hükümleri uygulanır. Kendilerine tebligat 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 Yönetmelik, yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

Yürütme

Madde 28 — Bu Yönetmelik hükümlerini Bağ-Kur Genel Müdürü yürütür.