

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**TÜRKİYE’DE ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI
VE SAĞLIK SİSTEMİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan: **Nazan AVŞAR**

İSTANBUL, 2010

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**TÜRKİYE'DE ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI
VE SAĞLIK SİSTEMİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan:

Nazan AVŞAR

Öğrenci No:

070746293

Danışman:

Yrd.Doç.Dr.Haluk TANRIVERDİ

İSTANBUL, 2010

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak “Türkiye’de Özel Sağlık Sigortası ve Sağlık Sistemi” başlıklı bu çalışmanın bilimsel ahlak ve geleneklere uygun bir şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.03/ 08 /2010

Aday: Nazan AVŞAR

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

03.10.81.2040

Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim dalı *Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Bilim dalı yüksek lisans öğrencilerinden **070746293** numaralı *Nazan Avcı*'ın "Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliği"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "**TÜRKİYE'DE ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI VE SAĞLIK SİSTEMİ**" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 21.07.2010 tarih ve 2010/19 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (45) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında *oyçokluğu/oybirliği* ile *Kabul/Red-veya-Düzeltilme* kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 1 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

Haluk Tanrıverdi

DANIŞMAN
YRD.DOÇ.DR. HALUK TANRIVERDİ

ÜYE
DOÇ. DR. SEDAT ALTIN

ÜYE
DOÇ.DR. METİN ATEŞ

TÜRKİYE’DE ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI VE SAĞLIK SİSTEMİ

Tezi Hazırlayan:Nazan AVŞAR

ÖZET

Günümüz küresel dünyasında özellikle 1980 sonrası dönemde yeni liberal politikaların neredeyse tüm devletlerce hâkim kılınan ekonomi politikası haline gelmesiyle karşılıklı ilişki içerisinde olduğu pek çok sektöre de etkileri olmuştur. Ülkemizde yeni liberal politikaların uygulanmaya başlandığı dönem itibariyle söz konusu bu politikaların sağlık sektörüne olan yansımaları gecikmemiş, kendini “*Sağlık Reformu*” ve/ veya “*Sağlıkta Dönüşüm*” başlıkları altında bulmuştur. Böylece sağlık hizmetlerinin gerek sunumu gerekse finansmanında değişimler meydana gelmiş, devletin sağlık hizmetlerine yaklaşımında dönüşüm sürecine girilmiştir. Yeniden yapılandırılan sistemin geleceği ve başarısı ise bireylerin reform sürecini benimsemeleri ve finansmanına yeterli düzeyde katılımları noktasında önem kazanmıştır. Özellikle devlet eliyle yürütülen birtakım hizmetlerin dönüşüm süreciyle birlikte özel sektörün teşviki için ortaya koyulan politikalarla beslenmesi sağlık alanında özel hastanecilik ve özel sağlık sigortacılığına ivme kazandırmış, her geçen gün sağlıkta dönüşüm süreci kapsamında gerçekleştirilen politikaların alt yapı eksikliği ihtiyaç sahiplerini bu alan doğru yöneltmiştir.

Bu nedenle son yıllarda kamu ve özel sağlık sigortalarının önemi hızla artmış ve bu durum ekonomik büyümede ve gelişmede sağlık alanına yapılan yatırımların üstlendiği rolün yeniden ele alınmasına zemin oluşturmuştur.

Buradan hareketle, söz konusu çalışmada Türkiye’deki sağlık sigortacılığı kavramsal olarak ele alınmasının ardından gerek kamu gerekse özel sektör ekseninde sorunlarının tespiti, nedenleri ve bu sorunlara yönelik çözüm önerilerinden bahsetmektedir.

Anahtar Kelimeler: yeni liberal politikalar, sağlık sektörü, sağlık reformu, sigorta, özel sağlık sigortası

PRIVATE HEALT INSURANCE AND HEALT CARE SYSTEM IN TURKEY

ABSTRACT

Presented by: Nazan AVŞAR

In today's global world, especially in the period after 1980, almost all states by the dominant neo-liberal policies that enable the exchange to become the economic policies that many in the industry in medullary effects have been. In our country, neo-liberal policies implemented, was launched as such these policies to the health sector as reflected delay does not itself "Health Reform" and / or "Health Transition" headlines below has found. Delivery of health services so that needed changes have occurred both in the financing of the state is in the process of transformation in the approach to health care. The future success of the system and restructured the financing of individuals and to the adoption of the reform process at a sufficient level of participation has become more important point.

Especially via the state carried out a number of services transformation process of the private sector for the promotion as set out policies, nutrition in health care private hospital and private health insurance to the acceleration gave, every day for health transformation process carried out in the policies infrastructure, lack of need, this area properly led.

For this reason, in recent years the importance of public and private health insurance has increased rapidly, and in this case, economic growth and development of the role of investment in the health field will be considered again constituted the ground.

So, study these concepts in health insurance is considered to be in Turkey after the determination of both public and private sectors in the axis of the problem, its causes and possible solutions for these problems are mentioned.

Key Words: neo-liberal policies, health sector, health reform, insurance, private health insurance

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ÖZET.....	i
ABSTRACT	ii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	v
1. GİRİŞ.....	1
2. SAĞLIK SİSTEMİ ve SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANININ KAVRAMSAL BOYUTU	3
2.1. Sağlık Sisteminin Tanımı ve Sınıflandırılması	3
2.1.1. Sağlık Sistemi Kavramı	3
2.1.2. Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması.....	4
2.1.2.1. Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemleri: “Eski ABD Örneği”	5
2.1.2.2. Refah Yönelimli Sağlık Sistemleri:”Almanya Örneği” ..	8
2.1.2.3. Kapsayıcı Tıp Sağlık Hizmetleri: “İngiltere Örneği”	11
2.1.2.4. Sosyalist Tipteki Sağlık Sistemleri:“Küba Örneği”	13
2.2. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri.....	15
2.2.1. Doğrudan Finansman Yöntemi	17
2.2.2. Dolaylı Finansman Yöntemi	19
2.2.2.1. Çalışanların Finansmana Katılması.....	19
2.2.2.2. İşverenlerin Finansmana Katılması	20
2.2.2.3. Devletin Finansmana Katılması.....	21
2.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi.....	21
2.3.1. Planlı Dönem Öncesi Türkiye’de Sağlık Hizmetleri (1923- 1960)	21
2.3.1.1. Dr. Refik Saydam Dönemi (1923- 1940)	21
2.3.1.2. Dr. Behçet Uz Dönemi (1940- 1950)	23
2.3.1.3. Demokrat Parti Dönemi (1950- 1960).....	24
2.3.2. Planlı Dönem Türkiye’de Sağlık Hizmetleri	26
2.3.2.1. Sağlıkta Sosyalleştirme Dönemi (1961- 1980).....	26
2.3.2.2. Sağlıkta Aktif Özelleştirme Dönemi (1980 Sonrası).....	29
2.3.2.3. Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003 ve sonrası).....	34
3. SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİ SAĞLIK SİGORTACILIĞI VE TÜRKİYE’DEKİ GELİŞİMİ	37
3.1. Sosyal Güvenlik Kavramı	37
3.1.1. Primsiz Sosyal Güvenlik Sistemi	39
3.1.2. Primli Sosyal Güvenlik Sistemi	40
3.2. Sigortanın Tanımı ve Sağlık Sigortası	40
3.3. Sağlık Sigortası Uygulamaları ve Tarihsel Gelişimi.....	41
3.3.1. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)	45

3.3.1.1. Sosyal Sigortalar Kurumu Kapsamında Sağlık Sigortası Uygulamaları.....	46
3.3.2. Emekli Sandığı (ES).....	47
3.3.2.1. T.C.Emekli Sandığı Kapsamında Sağlık Sigortası Uygulamaları.....	48
3.3.3. Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (Bağ-Kur)	49
3.3.3.1. Bağ-Kur Kapsamında Sağlık Sigortası Uygulamaları... ..	49
3.3.4. Özel Sandıklar	50
3.3.5. Yeşil Kart Uygulaması	50
3.3.6. 5510 Sayılı Genel Sağlık Sigortası Uygulaması	51
3.3.7. Özel Sağlık Sigortaları	53
3.4. Genel Sağlık Sigortası Sistemi Uzmanlarının Değerlendirmesi	57
4. ÖZEL SİGORTA KAVRAMI ve TÜRKİYE’DE ÖZEL SAĞLIK SİGORTACILIĞI	58
4.1. Özel Sigorta Kavramı.....	58
4.1.1. Özel Sigortacılığın Gelişimi.....	58
4.1.1.1. Dünyada Özel Sağlık Sigortacılığının Gelişimi	60
4.1.1.2. Türkiye’de Özel Sağlık Sigortacılığının Gelişimi	62
4.2. Özel Sağlık Sigortası Kavramı.....	65
4.2.1. Temel Teminat Türleri Bakımından Özel Sağlık Sigortası.....	69
4.2.1.1. Yatarak Tedavi Teminatı	70
4.2.1.2. Ayakta Tedavi Teminatı	71
4.2.1.3. İlave Teminatlar.....	71
4.2.2. Özel Sağlık Sigortası Uygulamaları	71
4.2.2.1. Özel Sağlık Sigorta Sözleşmenin Aktörleri.....	72
4.2.2.2. Özel Sağlık Sigortasında Risk Değerlendirmesi	73
4.2.3. Sağlık Kuruluşlarının Özel Sağlık Sigortası Gelişim Sürecine Etkileri	79
4.2.3.1. Özel Sağlık Kuruluşlarının Özel Sağlık Sigortası Üzerine Etkileri.....	81
4.2.3.2. Kamu Sağlık Kuruluşlarının Özel Sağlık Sigortası Üzerindeki Önemi	83
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	86
KAYNAKÇA	91
EKLER	
Ek-1: 5510 Sayılı Kanun	98
Ek-2: Yeşil Kart Kanunu	175

KISALTMALAR LİSTESİ

Dr.	: Doktor
GSMH	: Gayri Safi Milli Hasıla
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	: Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
NHS	: Ulusal Sağlık Sistemi
OECD	: Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü)
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
YHS	: Yasal Hastalık Sigortası

1. GİRİŞ

İnsanların temel ihtiyaçlarından olan emniyet duygusu geleceklerini garanti altına almak adına harekete geçmelerine neden olmaktadır. Bunun sonucunda sosyal politik açıdan devletlerin ve liberal ekonomi anlayışına göre de özel kuruluşların çeşitli sağlık sistemleri geliştirdikleri gözlenmektedir.

Özellikle ülkemizde cumhuriyet sonrası devlet eliyle kurulan Sosyal Güvenlik Sisteminin bir alt kolu olan sağlık sigortası, kapsam ve gelişimini tam olarak sağlayamadan, özel teşebbüslerin yeni dünya düzeni çerçevesinde özel sağlık sigortacılığına yönelerek, sağlık sigortası sisteminde görülen aksaklıkları gidermeye çalışmaktadırlar.

Buradan hareketle çalışmada sağlık sistemleri ve Türkiye’de özel sağlık sigortacılığının işleyişi incelenecektir.

Çalışmanın birinci bölümünde; sağlık sisteminin tanımı ve sınıflandırılması yapılarak sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri incelenecektir. Bu bölümde doğrudan ve dolaylı finansman yöntemleri üzerinde durulduktan sonra Türkiye’de sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi planlı dönem öncesi ve planlı dönem şeklinde iki başlık altında ele alınacaktır.

İkinci bölümde; sosyal güvenlik sistemi, sağlık sigortacılığı ve Türkiye’deki gelişim süreci irdelenecektir. Bu bölümde sosyal güvenlik kavramı; primli ve primsiz sistemler başlığı altında incelenerek, sigorta tanımı ve sağlık sigortasından bahsedildikten sonra sağlık sigortası uygulamaları ve tarihsel gelişimi başlığı altında Türkiye’deki sosyal güvenlik sistemi uygulamalarından; SSK, BAĞ-KUR, Emekli Sandığı, Özel Sandıklar, Yeşil kart ve 5510 sayılı genel sağlık sigortasına değinilecektir.

Üçüncü ve son bölümde ise; Özel sigorta kavramı altında özel sağlık sigortacılığı spesifik olarak ele alınarak özel sağlık sigortasının temel teminat türleri, özel sağlık sigortası uygulamaları, özel sağlık sigortası sözleşmelerinin taraflarından bahsedilecektir. Ayrıca bu bölümde; sağlık kuruluşlarının özel sigortacılığının

gelişim sürecine etkileri üzerinde durularak, kamu ve özel sağlık kuruluşları düzleminde sonuçlar ortaya konularak çalışma sonlandırılacaktır.

2. SAĞLIK SİSTEMİ ve SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANININ KAVRAMSAL BOYUTU

2.1. Sağlık Sisteminin Tanımı ve Sınıflandırılması

Sağlık sisteminin tanımı ve sınıflandırılması aşağıda açıklanacaktır.

2.1.1. Sağlık Sistemi Kavramı

Sağlık sistemi, genel olarak amacı doğrudan sağlığı geliştirmek olan her türlü hizmeti bünyesinde barındıran girdi, süreç, çıktı ve sonuç(etki) unsurlarından oluşan bir bütündür şekilde tanımlanmaktadır. (Yıldırım ve Tarcan, 2000) Dünya Sağlık Örgütü 2000 Raporu, sağlık sistemini temel amacı sağlığı geliştirmek, yenilemek ve sürdürmek olan tüm aktiviteleri içerecek biçimde tanımlamıştır. (WHO, 2000)

Dünya Sağlık Raporu 2000'de, sağlık sistemlerinin sınırlarına yönelik kullanılabilecek birtakım tanımlara yer verilmiştir:

(1) En dar tanım, sağlık sisteminin sınırlarını, sağlık bakanlığının direkt kontrolü altındaki aktiviteleri içerecek şekilde çizmektedir. Özellikle sağlığı iyileştirmeyi amaçlayan birçok aktivite (örneğin, tütün ve alkol ürünlerini kullanmayı azaltmayı amaçlayan vergiler) bu sınırların dışında kalmaktadır. Bazı ülkelerde bu sınır, diğer devlet departmanları, misyonerler, devlet kontrolü dışındaki dernek ve vakıflar ya da özel sektör tarafından sunulan çoğu kişisel sağlık hizmetlerini de dışarıda bırakmaktadır.

(2) İkinci tanım biraz daha kapsamlıdır. Bu tanımda sistem, kişisel tıbbi hizmetler ve kişisel olmayan sağlık hizmetlerini içerecek, fakat sağlığı arttırmayı amaçlayan sektörler arası aktiviteleri kapsamayacak bir biçimde tanımlanır. Sivrisineklerin ilaçlanması ya da sağlık bilgi aktarımı gibi geleneksel halk sağlığı müdahalelerini içerirken temiz su ve hijyensevme programları gibi sektörler arası aktiviteleri içermemektedir.

(3) Üçüncü tanım daha da kapsamlıdır ve temel amacı sağlığı iyileştirmek olan her faaliyet sağlık sisteminin bir parçası olarak düşünülmektedir. Bu tanım tıbbi ve kişisel olmayan sağlık hizmetlerini içerdiği gibi trafik kazalarından kaynaklanan ölümleri düşürmeye yönelik düzenlemeler gibi sektörler arası aktiviteleri de içermektedir.

(4) Son tanım, sağlığı iyileştirmeye katkı veren tüm aktiviteleri kapsamaktadır. İnsan aktivitelerinin nerdeyse tüm alanları-eğitim, endüstriyel gelişme, çevre gibi- sağlığı etkiler. Bu tanımda eğitim ve sağlık sistemleri ya da sağlık ve tarım sistemleri arasında operasyonel bir ayırım yoktur şeklinde yer verilmiştir. (WHO, 2001)

Sağlık sistemi, sınırlamaları doğrultusunda yapılan bu tanımlardan hareket edildiğinde, herkesin kullanabileceği bir tanıma ancak bir sağlık faaliyetinin “*ne olduğu*” konusunda kapsamlı bir düşünceyle ulaşılabilir sonucunu beraberinde getirmektedir.

Bir *sağlık faaliyeti*, sağlığı sürdürmeyi ve geliştirmeyi temel amaç edinen aktivitelerin bir grubu olarak tanımlanırken, *sağlık sistemi* ise sağlık faaliyetlerinin finansmanı, düzenlenmesi ve sunumu ile ilgili kaynakları, karar vericileri ve kuruluşları içermektedir. Sağlık sistemleri, yalnızca insanların sağlığını yükseltme sorumluluğuna değil, aynı zamanda da onları hastalığın finansal risklerine karşı korumak ve onları tedavi etmek sorumluluklarına da sahiptirler. Sağlık sistemleri böylece üç önemli amaca sahip olacaktır:

1. Hizmet sunulan nüfusun sağlığını yükseltmek,

2. İnsanların beklentilerine yanıt vermek,

3. Hastalık ya da sağlığın yanıtlarına karşı finansal koruma sağlamak.

(Uğurluoğlu ve Çelik, 2005, s.12)

2.1.2. Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmeti sistemleri tıpkı demokratik ülkelerdeki ekonominin diğer yönleri gibi, sadece ekonomik ve ideolojik tercihlerin etkisinde değildir; aynı zamanda siyasal çıkarlar ve kaygılarca da şekillendirilmektedir. Kilit rollerdeki aktörlerin arasında, ilaç endüstrisi, sağlık hizmeti donanımını sağlayanlar, tıp profesyonelleri ve tabi ki uygulanan politikaların seçmene yansımalarına bakan başlıca siyasal partiler vardır. (Lister, 2008, s.46) Sağlık sistemleri bu ve benzeri faktörler göz önünde bulundurularak birbirinden farklı birden fazla sınıflandırma altında incelenebilmektedir. Çeşitli bilim adamları ve düşünürler temeli farklılaştırarak özelden daha genel gruplamalara gitmişlerdir.

Bu çalışmada sisteme en az müdahale edilenlerden en çok müdahale edilenlere doğru yapılan sınıflandırma metoduna yer veriliyor olunacaktır. Buradaki temel kriter devletin sağlık sistemine müdahale derecesidir. Bu sınıflandırmaya göre sağlık sistemleri dört grupta toplanabilir. Roemer' e ait olan bu sınıflandırma; *Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemleri, Refah Yönelimli Sağlık Sistemleri, Kapsayıcı (Bütüncül) Tipteki Sağlık Sistemleri ve Sosyalist Tipteki Sağlık Sistemleri* adı altındaki başlıklarda kendini bulmaktadır.

Bu sınıflandırma kapsamında aşağıda spesifik ülke özetleri ele alınarak sağlık sistemlerinin genel çerçevesi çizilmeye çalışılacaktır:

2.1.2.1. Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemleri: “Eski ABD Örneği”

Bu sistem, genellikle gelişmiş kapitalist ülkelerde uygulanmaktadır. İleri düzeyde endüstrileşmiş ülkeler için bu sistemin tipik örneği, ABD'dir. Hekimlerin yalnızca %15'i genel pratisyen olup, kalanı uzmandır. Hastane yataklarının 2/3'ü özel sektördedir. %10'u salt kar amaçlı kullanılmaktadır. Sağlık harcamalarının %60'ı özel sektördendir. Bunun da %50'si isteğe bağlı sigortadandır. Temel sağlık hizmetleri özel hekimlerce sunulur. (Belek, 2003, s.162) ABD sağlık sistemi yeryüzünün en az eşitlikçi ve en pahalı sağlık sistemidir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre de ABD, sağlık hizmetlerinde kötü bir örnektir.

Amerikan sağlık sistemi açık bir farkla dünyadaki en pahalı sağlık sistemidir ve sürekli artan masraflar, nüfus statüsüyle karşılaştırıldığında düşük para değeri, yetersiz sigorta kapsamı ve sağlık hizmetine erişimdeki aksaklıklarla başı derttedir. Bu alanda yapılan masrafların 2012 yılında GSYİH' nın %17. 7' sine, daha uzun vadede ise üçte birine ulaşacağı tahmin edilmektedir. ABD Sistemi hizmet sektörünün piyasa doğrultusunda reformu için önerilerinin sınırlarını şöyle belirlemiştir:

1. Bütün sistem özel sunucuların hâkimiyeti altındadır ve neredeyse en temel acil durum hizmetleri için bile kullanıcı ücreti ve ikili ödeme öngören bir yapıya sahiptir.

2. Çoklu ödeyicilerin ve sunucuların kapsayıcı sigorta ve yüksek teknolojiye dayalı tedavi önerdiği bir tür sağlık piyasası yaratılmıştır.

3. Özel sektörün baskın rolü, işlevlerin büyük oranının âdemi merkezileşmiş eyaletlere ve yerel yönetimlere kaymasıyla birlikte Federal hükümete çok az bir rol bırakır.

4. Birçok durumda hastane “özerkliği” had safhaya ulaşmış, hem kar amaçlı hem dengelemeye ve gelir yaratmaya zorlanmıştır.

ABD deneyimi, en yoksulları ve sağlık hizmetine en çok gereksinimi olanları gözden çıkarabilecek bu ilkeler üzerine kurulu bir sistemdir.

2002 yılında yayınlanan bir Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) Raporu, ABD sağlık sistemindeki problemin bazı boyutlarını özetlemektedir: 2000 yılında sağlık harcamaları ülkenin devasa GSYİH’ nın %13. 2’ sini temsil etmekteyken, bu oran diğer OECD ülkelerinde ortalama % 8’ dir. Bu rakam kişi başı 4631 dolara denk düşer. OECD ortalamasının 2,5 katı, dünya ortalamasının ise on katıdır. (Lister, 2008, s.294) Bu yüksek sağlık harcamaları sağlık alanının bir kazanç alanına dönüştürülmesinin sonucudur. Bunca harcamaya rağmen sağlık sistemi bütününe içermemekte ve toplumsal sağlık ölçütleri iyileştirilememiştir. Bebek ölümlerinin azalması, genel ölüm oranının düşmesi, yaşam süresinin uzaması, hastalık görülme oranlarının düşmesi bir ülkenin olumlu temel sağlık ölçütleridir.

Maliyetini karşılayabilenler için ABD’de tıbbi bakımın kalitesi oldukça yüksektir. Ülkede dünyanın en iyi hastaneleri ve tıbbi araştırma kurumları vardır. Sağlık sektörünün standartlarının bu kadar yüksek olmasına rağmen her vatandaşa aynı oranda ilgi gösterilememektedir.

Devlet desteğinde olan iki tane sağlık sigortası bulunmaktadır. “Medicare” (65 yaş üstü ve engeller için) ve “Medicaid” (belirli bir gelirin altındakiler için)

Devletin yaşlılara sunduğu destek programı “Medicare” sağlık harcamalarının yalnızca %43’ünü karşılamaktadır. Büyük oranda harcama sigortaya rağmen hastanın cebinden çıkmaktadır. Birçok kişi bu giderleri karşılayamadığından sağlık hizmetinden yoksun kalmakta ya da gelirini sağlık harcamalarına yaparak yoksullaşmaktadır. Örneğin, ameliyat masraflarını karşılamak için evini satmak zorunda kalmaktadır. 2002 yılı verilerine göre ABD’de 41 milyon kişi (nüfusun

%14'ü) medicare programı, 34 milyon kişi (nüfusun %12'si) "Medicaid" programı içinde yer almaktadır. Çok yaşlı veya çok fakir olmayan herkes sağlık giderlerini kendisi ödemek zorundadır. ABD'de toplumun %60'ını çalışanlar oluşturmaktadır. Nüfusun çoğunluğu sağlık güvencesini işverenleri aracılığıyla almaktadır.

158 milyon kişi (toplam nüfusun %55'i) işvereni tarafından ödenen sağlık sigortasına sahiptir. 9 milyon kişi (%3) bireysel sağlık sigortası ve 3 milyon kişi de (%1) devlet memuru/ asker/ gazi olarak yaşamını sürdürdüklerinden kamu tarafından sigortalanmaktadır. Bugün itibariyle dünyanın en varlıklı ülkesinde çoğu yoksul işçiler olmak üzere yaklaşık 45 milyon kişinin (toplumdaki her 6 kişiden birinin, nüfusun %15'i) hiçbir sağlık güvencesi bulunmadığı bilinmektedir.

Bu grubun büyük bir kısmını patronların kendilerini sigorta ettirmemeleri nedeniyle "sigortasız" durumundaki çalışan kesim oluşturmaktadır. Bu kişiler genellikle devletin sunduğu destek programlarından da ("Medicare" ya da "Medicaid") yararlanmak için gerekli koşulları sağlayamadıklarından sağlık güvencesinden tümüyle yoksun bırakılmaktadırlar.

Sağlık güvencesinden tümüyle yoksun bu insanlara toplumdaki sağlık güvencesi tam olmayan (kapsamı dar sigortalılar) kişiler eklendiğinde sağlık hizmetine erişimde büyük zorluk yaşayan kişilerin oranı nüfusun %57'sine yani toplumun yarısından fazlasına erişmektedir. Cepten ödemelerin payı, sağlık güvencesi olmayanların oranından büyüktür. Çünkü cepten ödemeler yalnızca sigortası olmayanlar tarafından değil, ayrıca sigorta şirketinin kapsamadığı hizmetler için sigortalılar tarafından da yapılmaktadır. (Terzi, 2007, s.6-7) ABD'de sağlık, eşitsizlik, sınıf ve ırk farklılıklarını yapısal olarak içermektedir. Bu durum yıllar içerisinde giderilmek bir yana derinleşerek kalıcılaşan kapitalist sağlık sisteminin bir hastalığı haline geldiği öne sürülmektedir.

ABD'de kamu ve özel sağlık sigortaları sistemi sağlığa erişimin önündeki en büyük engel durumundadır. Sağlık sigorta sistemi bir kar alanıdır. Bu alandan sigorta şirketleri ve diğer ticari sağlık kuruluşları para kazanmakta ancak, insanlara gerekli sağlık hizmeti verilememektedir.

ABD'de ilaç, sağlığa erişimde stratejik bir ürün gibi ele alınmamakta diğer tüketim ürünleri gibi değerlendirilmektedir. İlaç bedelleri çok büyük oranda hastalar

tarafından cepten ödenmekte, sigorta şirketleri reçete edilen ilaç masraflarını karşılamamaktadırlar. Pazar ekonomisi mantığı, ilaç firması yöneticilerinin firma sahipleri ve hissedarlarının çıkarlarını korumak ve geliştirmek üzerinedir. İlaç endüstrisinin birincil özelliği kar elde etmektir. İlaç şirketleri ABD'nin en karlı şirketleri olarak öne çıkmaktadır. (http://absaglik/tusiad_saglik.pdf)

Yakın zamanda, sağlık sigortasında yükselen maliyetler ile hastane ve sağlık hizmetindeki fahiş artışın yeni bir ekonomik düşüşe ve işsizlikle birleşerek “gelgitli bir sigortasızlar dalgası” yaratacağı, bunun da sistemi iyice kaosa sürükleyecek “büyük bir kasırga” yaratacağı yönünde uyarılar yapılmıştır. Bu durumda önerilebilecek çözüm ise kapsayıcı bir Ulusal Sağlık Sigortasına geçmektir. Alternatif bir uygulama yönünde ülke içinde belli bir baskı söz konusudur. 2003 yılı başlarında Amerika Bilimde İlerleme Derneği prestij başkanlık semineri, Dr. Floyd Bloom tarafından “Amerikan sağlık sisteminin yeniden düzenlenmesi” için ulusal bir komisyonun kurulması gerektiği yönünde yaptığı çağrı için adeta bir platform olarak kullanılmıştır.

Gelinen noktada açık olan şu ki: Sistem öylesine işlevsizdir ki aşamalı yapılan reformlarla herhangi bir başarı elde edilememektedir. OECD raporu hiçbir tarafla zıt düşmemeye çalışarak şöyle söylemektedir: *“Tartışmalar göstermiştir ki, bu alanda kolay çözüm diye bir şey yoktur. Yapılacak temel reformlar ise yeterli politik destekten yoksundur”*. (Lister, 2008, s.306-307)

Bir yanda tamamen endüstriyel hale gelen tıp bilimi, diğer tarafta ise piyasalaşmış sağlık hizmetine ulaşamayan milyonlarca işçi, yoksul, yaşlı ve çocuklar yer almaktadır. Sağlığın tek belirleyicisi veya girdisinin finansal kaynak olmadığının en iyi örneği ABD'dir. Önemli olan mevcut kaynakların rasyonel, adil, dengeli ve verimli kullanımı olmalıdır.

2.1.2.2. Refah Yönelimli Sağlık Sistemleri:”Almanya Örneği”

Çoğu Avrupa ülkesi Japonya, Kanada ve Avustralya bu gruptadır. En tipik örneği Almanya'dır. Harcamaların $\frac{3}{4}$ 'ü hükümet programlarından, kalanı özel sektördendir. Kamu harcamalarının önemli kısmı zorunlu sigorta fonlarından gelir. Kanada ve Avustralya'da zorunlu sigorta fonları hükümet denetimindedir ve genel bütçeden beslenir. Almanya'da ise sigorta fonları, sayıları birkaç yüzü bulan hastalık

fonlarının denetiminde olup, işçi ve patron ödentilerinden oluşmaktadır. (Belek, 2003, s.163) Alman sağlık sistemi serbest piyasa ekonomisine dayalı bir toplumda uygulanan sosyal devletin bir parçasıdır. En önemli ayırıcı özelliklerinden birisi kolektif finansman ve özel hizmet sunumunun beraberliği olan sistemin çekirdeğini oluşturan çok geniş hizmet kapsamı ile Yasal Hastalık Sigortası (YHS)'dir. (Öcek, 2007, s.85)

Sistem, finansman ve sağlık harcamaları yönünden ele alındığında 2003 yılında Almanya'da kişi başı sağlık harcaması 2851 Avro iken toplam sağlık harcaması 235,3 milyar Avro ile ulusal gelirin %11,1'ini oluşturmaktadır. Almanya OECD ülkeleri arasında 2002 yılında ödeme gücüne göre standardize edilmiş kişi başı sağlık harcamaları bakımından üst sıralarda yer almıştır. Toplam sağlık harcamalarında kamusal kaynakların yüzdesi bakımından Almanya, Avrupa ülkeleri arasında 7.sırada bulunmaktadır. Fakat kamu kaynaklı sağlık harcamaları son on yılda azalma eğilimi sergilemiştir. Bunun en önemli nedenleri özel harcamalarındaki artış ve vergi ile finanse edilen hizmetlerin yüzdesindeki azalma olarak öne sürülmüştür. Her ne kadar sağlık harcamaları ile ilgili tartışmaların merkezinde yer alsalar da sandıkların sağlık harcamaları 2003'te tüm sağlık harcamalarının sadece %56,7'sini oluşturmuştur. 2003 yılında YHS kapsamındaki bireylerin nüfusun %88'ini oluşturduğu, toplumun %10'nun bir özel sigortası olduğu bildirilmiştir. Toplumun % 0,2'sinin yani 188,000 kişinin bir sağlık güvencesi yoktur. Sosyal güvencesiz gruba her geçen gün çok düşük gelirli ve özel sigorta primlerini ödeyemeyecek durumda olan serbest çalışanlar eklenmektedir.

Toplam sağlık harcamalarında cepten ödemelerin payı 1992- 2003 arasında % 10,7'den %12,3'e çıkmıştır. Cepten ödemeler YHS kapsamındaki hizmetler için yapılan ek ödemelerden veya kapsam dışındaki hizmetlerin tamamının ödenmesinden oluşmaktadır. Cepten ödemeler dışındaki diğer finansman kaynakları vergiler ve özel sağlık sigortalarıdır. (Öcek, 2007, s.88) Sistem aynı zamanda hastanelerde yaşanan yığılmaları önlemekte hiç işlev göremeyen zayıf bir birinci basamak sağlık hizmetleri sistemi ile karakterizedir. Bununla birlikte son yapılan reformlar, hastaları bir uzmana görünmeden önce bir aile ya da çocuk doktorundan sevk almak konusunda ikna edebilmek için çeşitli teşviklerin geliştirilmesiyle birlikte, bu durumu değiştirmek yönünde bazı girişimleri de içermektedir.

Almanya'da yığılmaları önleyecek şekilde ikinci basamak sağlık hizmetlerine yönlendirici bir sistem yoktur, hastalar tercihlerine göre herhangi bir sunucuya gitmekte serbesttir.

Özel sektörün gelişiminin ve hâkimiyetinin görüldüğü sektörlerden biri, var olan yatakların üçte ikisinden fazlasının kar amaçlı özel yaşlı bakım evlerinden ve sadece % 15' inin kamu sektöründen sağlandığı ara hizmet alanıdır. (Lister, 2008, s.216)

Özel sağlık sigortası şirketleri birliği altında örgütlü 52 özel sağlık sigortacısı, 14 milyon üyesiyle Avrupa'daki en büyük gönüllü sağlık sigortası pazarını oluşturmaktadır. Özel sigortalılar genellikle yüksek gelirli beyaz yakalı çalışanlardan, serbest çalışanlardan ve devlet memurlarından oluşmaktadır. Özel sigortalıların sayısı 1975- 2002 yılları arasında 6,9'dan 9,3'e çıkmıştır ve bu artış son yıllarda da hızlanmıştır. Bu gruptan elde ettikleri gelirin daha fazla olması nedeniyle doktorların özel sigortalılara daha nitelikli hizmet sundukları ve daha özenli davrandıkları bildirilmektedir.

İlaç harcamaları yönünden sistemi ele alacak olursak; 1992- 2003 yılları arasında toplam ilaç harcamaları 25,9 milyar Avro'dan 37,6 milyar Avro'ya, YHS'nin ilaç harcamaları 18,7 milyar Avro'dan 26,2 milyar Avro'ya cepten ödemelerden kaynaklı harcamaları 4,7 milyar Avro'dan 6,8 milyar Avro'ya, YHS'nin eczanelerden alınan ilaçlar için bildirilen harcamaların GSMH içindeki yüzdesi 1,03'ten 1,11'e çıkmıştır. Reçete zorunluluğu olmayan ilaçlar bazı istisnalar hariç YHS tarafından karşılanmamaktadır. Reçetelenen bir ilaç için YHS'nin yapacağı ödeme sınırını tanımlayan referans fiyatları aşan ilaçlarda fark sigortalılar tarafından ödenmektedir. İlaçların kalitesi ve fiyatı üzerinde devletin hiçbir kontrolü yoktur. 2004 yılında ilaç pazarının liberal yapısı daha da güçlendirilmiş, eczacıların sahip olabilecekleri eczane sayısı dörde çıkartılmış, reçete zorunluluğu olmayan ilaçların fiyatlarının belirlenmesinde eczacılar serbest bırakılmıştır. (Öcek, 2007, s.90-91)

İlaç maliyetlerinin düzenlenmesinde son alınan tedbirlerden birisi, reçeteye verilen ilaçlar için indirimler sağlanmasıyla ayakta tedaviyi destekleyecek hastalık fonlarının teşvik edilmesidir. Bir başka tedbir de yapılan ödemelerin yönetiminde bir

değişiklik yaparak, ilaçların maliyetine ilişkin bir kar marjı yerine parça başına sabit bir ücretin belirlenmesidir. Bu tedbir daha masraflı ilaç tedavilerini teşvik anlamına gelir. (Lister, 2008, s.212)

Gelinen noktada, 270 milyar avro ile ülke GSYİH' sının % 11'ini oluşturan Alman sağlık hizmet sistemi, maliyetlerin azaltılması için yirmi yıldan daha fazla süredir gösterilen çabaya rağmen Avrupa'daki en maliyetli sistemdir.

Sistemin bugünkü sorunları arasında şu maddelere yer verilmektedir: 1. Yönetimin çok parçalı olması nedeniyle ortak bir amaca yönelmeyi güçleştirmekte, planlama ve finansmanın aynı yetki alanında birleşmesini önlemekte ve sistemin bütünü konusundaki sorumluluğun belirsiz kalmasına neden olmaktadır. 2. Sistemin yardımlaşma ilkesi ilaç endüstrisinin, hastane yatırımcılarının, doktorların, sandıkların ve işverenlerin lobilerinin yürüttükleri politikalar sonucunda uzun yıllardır yeni liberal reformların saldırısına uğramakta, sağlığın maliyeti giderek daha fazla oranda halkın sırtına yüklenmekte, yararlanan sağlık hizmetlerinin kapsamı ise daraltılmaktadır. 3. Hizmet sunumunda önemli düzeyde eşitsizlikler yaşanmaktadır.

Sonuç olarak, sağlık sisteminin bu karmaşık ve yönetimi güç yapısı ve bu yapının içinde piyasa ekonomisi araçlarının en belirleyici rolü oynaması Almanya'da çok yüksek sağlık harcamalarına rağmen toplum sağlığının istenilen düzeyden uzak olmasına ve ciddi sağlık eşitsizliklerine neden olmaktadır. (Öcek, 2007, s.95)

2.1.2.3. Kapsayıcı Tip Sağlık Hizmetleri: “İngiltere Örneği”

İngiltere sağlık sistemi çok önemli oranda kamusal bir özellik gösterir. Sistem, Ulusal Sağlık Sistemi (NHS) adıyla bilinmektedir ve devlet tarafından işletilir. İngiltere'nin en büyük ekonomik sektörlerinden biridir. NHS, İngiltere refah devletinde bireyselciliğe karşı kolektivizmin simgesidir. NHS içinde hemen bütün sağlık hizmetleri parasızdır. Bireyler yalnızca ayaktan tedavi sırasında kullanılan ilaçların ve diş sağlığı hizmetlerinin maliyetine katkıda bulunurlar. Buna rağmen yazılan ilaçların da yaklaşık % 80'ininden hiçbir ödeme alınmaz. (Belek, 2003, s.203)

İngiltere' de temel olarak üç tür hastane vardır. Bunlardan ilki sayıları 200'den fazla olan Alt Bölge hastaneleridir. İkinci basamak sağlık kurumu olarak

hizmet veririler. Bunların üstünde ise üçüncü basamak hizmetleri sunan bölge hastaneleri vardır. En altta ise 50 yataklı toplum hastaneleri bulunur. Genel pratisyenler kendisi hastalarını buralara yatırarak kendileri tedavi edebilirler. (Belek, 2003, s.216)

İngiltere’ de sağlık hizmetleri önemli oranda genel vergilerden finanse edilmektedir. NHS hizmetleri hizmeti kullanım anında parasızdır. NHS harcamalarının % 93, 7’ si kamu kaynaklarından karşılanmaktadır. İngiltere’deki ulusal sigorta klasik sigorta uygulamasından farklıdır ve bir gelir vergisi niteliğindedir. NHS hizmetlerinden yararlanmak ise sigorta ödemelerine bağlı değildir. İngiltere’de NHS harcamaları dışında özel harcamalar da vardır. Bunlar NHS dışındaki hizmetlere yapılan özel sigorta harcamalarından ve uzun süreli bakım, ilaçlar, diş ve göz sağlığı hizmetleri için yapılan özel harcamalardan oluşur. (Belek, 2003, s.221)

İngiliz sağlık sistemi diğer ülkelere göre daha ucuzdur. Kişi başı sağlık harcaması açısından bakıldığında, İngiltere sağlık harcamaları ABD’dekinin % 48, 3 ‘ü, Almanya’ dakinin % 84, 5’ i kadardır. Yıllık ortalama kişi başı sağlık harcaması 3. 064 Dolar’ dır. Bunun % 87, 1’ i hükümete aittir. Ulusal gelirden sağlık için ayrılan kaynakların oranı ise % 8,2 dir.

NHS harcamalarının toplam hükümet harcamaları içindeki oranı 1981 yılında % 11, 4 iken, 1992 yılında % 13, 8’ e, 2005’te de %16, 2’ ye yükselmiştir. İngiltere’nin merkez kapitalist ülkeler içinde ulusal gelirinden sağlık için en az kaynak ayıran ve kişi başı sağlık harcaması en düşük ülke olduğu bilinmektedir. Bununla birlikte İngiltere NHS’ si, bütün kapitalist ülkeler içinde gereksinime göre eşit sağlık hizmeti kullanımı ilkesini en fazla oranda yaşama geçirebilmiş sağlık sistemidir. (Belek, 2003, s.228)

Gelinen noktada NHS önemli finansal sorunlarla karşı karşıyadır. 2006 yılında 700 milyon Sterlin açık vermiştir. Bu açık, yıllık NHS bütçesinin 43 milyar Sterlin olduğu son on beş yılda ortaya çıkmıştır. Üstelik hizmet düzeyi hiç kimseyi de tatmin etmemektedir. 750 bin İngiliz, NHS hastanelerine kabul edilmek için sıra beklemektedir. Örneğin, kanser hastalarının tedavisine başlanması için geçen

ortalama bekleme süresi 8 aydır. Aynı uzun bekleme süreleri uzman hekim muayeneleri için de geçerlidir.

2008 yılında özel sigortalara bir biçimde kayıtlı İngiliz vatandaşlarının oranı % 10' a toplam sağlık harcamaları içinde özel sigortacılığın payı da % 8' e yükselmiştir. Bu piyasa henüz küçük olsa da hızla büyümektedir. Özel sigorta kimi kez patronlarca sağlanmaktadır. Özel sigortalar NHS' nin sağladığı hizmetlere alternatifler sağlamak ve uzun bekleme süresine maruz kalmamak için tercih edilmektedir. (Belek, 2003, s.230)

2.1.2.4. Sosyalist Tipteki Sağlık Sistemleri:“Küba Örneği”

Küba bugün geliri düşük, sağlık düzeyi ise merkez kapitalist ülkeler kadar yüksek bir ülkedir. Bu olumlu ve örnek durumu yaratan faktör doğrudan 1959 devrimidir. Küba'da devrim geniş çaplı sosyal, ekonomik değişiklikler sonucunda sağlık koşullarının ve sağlığın geliştirilmesini sağlamıştır.

Bugün, kıt kaynaklarına rağmen sağlık düzeyi diğer ülkelere göre çok daha iyi olan bir ülkedir. Küba'nın ekonomik ve politik sistemi yalnızca sağlığa öncelik vermekle kalmaz, aynı zamanda etkisi kanıtlanmış pek çok tekniğin sağlık sorunlarının çözümü için akılcı bir yolla kullanımını olanağını sunar.

Küba Anayasası'ndaki dört ilke bunu açıkça yansıtır: 1- Sağlık bakımı ekonomik kar aracı değil, temel insan hakkıdır. Bu nedenle bütün sağlık hizmetleri parasızdır ve herkes için eşittir. 2- Topluma sağlık hizmetini sunmak devletin görevidir. 3- Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri sosyal ve ekonomik gelişmeyle entegredir. 4- Toplum, sağlık sisteminin geliştirilmesine ve yönetimine katılır. (Anayasanın 49.maddesi)

Devrim öncesinde Küba sağlık sistemi birkaç bakımdan diğer Latin Amerika ülkelerinin ve bugünkü Türkiye'nin durumuna benziyordu. Sağlık hizmetlerinin üretimi ve finansmanı çok başlıydı. Standardizasyon yoktu. Hizmet kalitesi değişik toplumsal sınıflar için değişiklik gösteriyordu. Zengin çok küçük bir azınlık tamamen özel hastanelerden yararlanırken, toplumun %10'luk kesimini oluşturan orta sınıflar ve becerili işçiler gönüllü sigorta kuruluşları çevresinde organize olmuştu. Büyük çoğunluk, yani köylüler ve yoksul proletarya hükümetin işlettiği kalabalık, personeli yetersiz hastane ve klinikleri kullanmak zorundaydı.

Sağlıkta Sosyalizm olarak adlandırılan yeni yapı içinde belki de en önemli gelişme standartların merkezileştirilmesi, buna karşılık yönetimin desantralizasyonu oldu. Bütün sağlık programları arasında geleneksel olarak diğer bakanlıkların yürütmekte oldukları da dahil, ile ve yerel düzeyde yatay entegrasyon gerçekleştirilerek hizmete erişimdeki eşitsizliğin önüne geçilmiş olunmuştur.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı boyutuna değinecek olursak; Küba'da bütün sağlık kurumlarının kamuya ait olduğu dikkati çeken bir nokta olarak karşımıza çıkmaktadır. Hizmet parasızdır ve personelin tümü, profesyonellik dereceleri, deneyimleri ve eğitimleri dikkate alınarak ücretlendirilmektedir. Finansman genel bütçeden sağlanmaktadır.

Küba'da sağlık harcamalarında yıllar içinde büyük artışlar olmuştur ve bu gelişme sağlığa verilen öncelikle ilişkilendirilmektedir. 1958'de Sağlık Bakanlığı'nın işletme harcamaları 22,7 milyon peso iken, 1968'de 210,6 milyon pesoya, sabit harcamalar da eklenince, 220,7 milyon pesoya yükselmiştir. Böylece kişi başı sağlık harcaması 1958'de 3,5 peso iken, 1968'de 27,3, 1986'da 85,9 pesoya çıkmıştır. Söz konusu dönemde toplam hükümet harcamalarının %23'ü Sağlık Bakanlığınca gerçekleştirilmekteydi.

1994 yılında sağlık harcamalarının toplamı 1166 milyon pesoyu bulurken (kişi başı 106,4 peso) bu miktar 1989'a göre %17 daha yüksek olduğu dikkatlerden kaçmamıştır.

1990- 1994 arasında hastanecilik harcamaları azalmış, birinci basamak harcamaları artmıştır. 1994'te toplam cari sağlık harcamalarının %36,1'i birinci basamağa, %45,2'si hastanecilik hizmetlerine yapılmıştır. Aynı oranların 1990'da %32,4'ü ve %52,7 olduğu bilinmektedir.

Görüldüğü gibi bütün zor koşullara rağmen, Küba sağlık hizmetlerine ve sağlık hizmetleri içinde de birinci basamak sağlık hizmetlerine verdiği önceliği değiştirmemiştir. Toplam sağlık harcamalarının %90'ı genel bütçeden karşılanmaktadır.

Küba'da sağlığa karşı verilen bu öneme paralel toplumsal sağlık göstergeleri ve bulaşıcı hastalıklara yakalanma oranlarına bakıldığında ortaya oldukça olumlu bir tablo çıkmaktadır.

Küba'da doğuştan beklenen yaşam süresi 1950- 1955 döneminde 58,8 yıl iken, 1982'de 73,5 yıla yükselmiş, bugün ise erkeklerde 74,7, kadınlarda 78,6 olarak belirtilmiştir. 60 yaş ve üzerindeki nüfusun toplamdaki oranı 1996 yılında %12,7'ye 2001 yılında da %13,9'a ulaşmıştır. 15 yaş altındakilerin oranı ise 1992'de %22,4 iken, 1996'da %22'ye, 2001 yılında da %21,6'ya gerilemiştir. Gerek yaşam umudu gerek nüfusun yaş yapısı bakımından Küba'nın durumu yüksek gelirli ülkelere benzemektedir. Ayrıca bulaşıcı hastalık görülme oranlarına baktığımızda çocuk felci (1963'de), difteri(1971'de), kızamık (1996'da), sıtma (1967'de),verem sonrası gelişen menenjit ve yeni doğan tetanozu (1970'lerin başında) eradike edilmiş, iki önemli komplikasyon (kabakulak menenjiti ve konjenital kızamıkçık sendromu) artık görülmez olmuştur. 1992 yılında 4 tetanoz vakası saptanmış, kızamık ve kabakulağa rastlanmamıştır. (Belek, 2003, s.21-30)

2.2. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri

Sağlık harcamaları ülke GSMH' dan aldığı payla çok önemli bir sektör konumundadır. Ülke ekonomisinde önemli bir yere sahip olan sağlık hizmetlerinin finansman kaynakları çok çeşitli olmakla birlikte bir ülkede çok iyi işleyen bir finansman yöntemi, bir diğerinde aynı olumlu sonuçları vermeyebilir. Burada her ülkenin sosyo- ekonomik, kültürel ve politik değişkenleri göz önünde tutulmalıdır. (Yıldırım ve Yalçın, 2001)

Bu noktada kamusal ve özel finansman kaynakları arasındaki denge ile bu iki finansman grubunda yer alan her bir kaynağın diğerlerine oranla ne ölçüde rol oynayacağı en kritik konular arasında yer almaktadır. (Tatar, 1996)

Sağlık hizmetlerinde finansman kaynakları ülkeden ülkeye değişmektedir. Bu kaynaklar vergi ve sigorta temelli olarak ele alınmaktadır. Genel olarak üç ana finansman mekanizması söz konusudur. 1. Genel vergiler (Bütçe/Beveridge Modeli), 2. Sosyal Sağlık Sigortası (Primler yoluyla/ Bismarck Modeli), 3. Cepten yapılan harcamalar veya özel sigortalar.

Bu genel çerçeveden hareketle belirtilmesi gereken bir noktaya değinmekte fayda vardır. Piyasa ekonomisinin merkez üssü olarak nitelendirilen ABD’de bile sağlık hizmetlerinin talebinin finansmanının tümü cepten yapılan harcamalardan oluşmamakta, yaklaşık olarak %40’ı kamu kaynaklarından (genel bütçeden) sağlanmaktadır. Dolayısıyla dünyada sağlık hizmetleri talebinin finansmanını tümüyle cepten yapılan harcamalardan karşılayan bir ülke örneği bulunmamaktadır.

Gelişmiş Batı toplumlarında veya üyesi olmaya çalıştığımız AB ülkelerinde temelde genel vergiler veya sosyal sağlık sigortası ağırlıklı finansman mekanizmalarından birisi kullanılmaktadır. (Yıldırım, 2006, s.11)

Sağlık hizmetlerini finanse edebilmek için bir fona gereksinim vardır. Bu gerçek de göz önünde bulundurularak sistemin finansman boyutu kendi içinde dört temel bileşene ayrılabilir: a) Parasal kaynakların hangi toplum kesimlerinden – hangi sınıflardan toplanacağına karar vermek ya da hangi toplumsal sınıfların kaynak havuzuna ne oranda katkıda bulunacaklarını önceden belirlemek: fonun üzerine oturacağı toplumsal sınıflar, b) Fonun hangi teknikle oluşturulacağını, paranın hangi yollarla toplanacağını kararlaştırmak: paranın toplanma teknikleri, c) Oluşturulan fonu tahsis etmek: Tahsisat, d) Tahsisatta hangi ödeme biçimlerinin kullanılacağını saptamak: ödeme biçimleridir. (Belek, 2003, s.106)

Sağlık hizmetlerinin finansmanı kaynak toplama açısından gelir dağılımı üzerinde oldukça etkilidir. Sağlık finansman sisteminde geliri yeniden dağıtıcı etkinin zenginden yoksula, sağlamdan hastaya, gençten yaşlıya kısacası sağlık riski en az olandan daha çok olana doğru olması gerekir. Bu durum toplumsal dayanışmanın asgari koşuludur. Geliri yeniden dağıtıcı etkinin pozitif yönde ortaya çıkmasının iki koşulu bulunmaktadır. Bu iki koşul aynı zamanda sağlık finansman sisteminin sosyal yanını oluşturmaktadır. Bunlardan birincisi kaynak toplama tekniğinin niteliğidir. İkincisi ise finansman sisteminin önceden, sağlık sorunu yaşanmadan önce oluşturulmuş olmasıdır. (Belek, 2003, s.107)

Sağlık hizmetlerinde finansman konusu literatürde çoğunlukla sosyal sigorta kavramı içinde sosyal güvenlik sisteminin bir parçası olarak ele alınmaktadır. Bu yüzden sağlık hizmetlerinde finansman sorununun sosyal güvenlik politikalarından bağımsız bir biçimde ele alınması mümkün değildir.

Öncelikle yardım düzeyinde ortaya çıkan sosyal güvenlik uygulamaları daha sonra çeşitli dönemlerde zorunlu ve daha sonraki aşamalarda ise zorunlu ve isteğe bağlı bir yapıya bürünerek süregelmiştir.

Hastalık, doğum, iş kazası, iş göremezlik, yaşlılık, ölüm gibi nedenlerle ortaya çıkabilecek ekonomik ve sosyal problemlere karşı önlem alınması yoluyla toplumun kendi üyelerini koruması sosyal güvenlik olarak adlandırılmaktadır. Bu tıbbi bakım ve yardım, çocuk yardımı gibi konuları kapsayabileceği gibi, belirtilen durumlarla bireylere düzenli bir gelir sağlamayı da amaç edinebilmektedir. (International Labour Organisation, 1989)

Sosyal güvenlik politikaları çerçevesinde sağlıkla ilgili sağlanan minimum düzeydeki hizmetler bireye yönelik koruyucu ve tedavi edici tıbbi bakım hizmetleri üzerinde yoğunlaşmaktadır. Bunun kapsamında ise; yataklı ve ayakta bakım hizmeti sunan sağlık hizmet üretim birimlerindeki uzmanların sunduğu bakım, temel ilaçların sağlanması, doğum hizmetlerinin sunumu gibi hizmetler yer almaktadır.

Söz konusu bu hizmetlerin organize edilmesi, sunumu ve yapısı her ülkenin sahip olduğu politik yapı, demografik özellikler, gelişmişlik düzeyi, nüfus artış hızı ve bileşimi, doğum oranları ve ortalama hayat beklentileri gibi faktörlerden etkilenmekte, dolayısıyla da bu unsurlar finansman yöntemlerini şekillendirmektedir.

Sağlık hizmetlerinin finansmanında “doğrudan finansman yöntemi” ve “dolaylı finansman yöntemi” olarak adlandırılabilir olan iki yöntem söz konusudur. (Aktan ve Işık, 2010, s.3)

2.2.1. Doğrudan Finansman Yöntemi

Bu sistemde sosyal güvenlik örgütünün kendisi, hizmeti finanse etmenin ötesinde, hizmeti üretir, denetler ve hizmeti sunan kurumların da sahibidir. (Belek, 2003, s.110)

Doğrudan finansman yöntemi, sağlık hizmeti talebinde bulunanların almış oldukları hizmetin bedelini doğrudan kendilerinin ödemesi anlamına gelmektedir. Buna “cepten ödeme” de denilmektedir. Hizmeti talep eden kişi, arzı gerçekleştiren kamu, özel kurum, aracı ya da kişiye ücreti doğrudan ödemektedir. Doğrudan finansman yöntemi, tüketicilerin serbest piyasa koşullarında diğer mal ve hizmetlerin

bedelini ödeyerek satın almalarına benzemektedir. Sağlık hizmetine ihtiyacı olanlar bedel ödeyerek kurum ya da kişilerden talep ettikleri hizmeti satın almaktadırlar.

Doğrudan finansman mekanizmasının işleyişine bakıldığında, kamu ve özel kesim tarafından üretilen hizmet, bedeli ödenmek kaydıyla tüketici tarafından satın alınmaktadır. Hastalık riskinin yol açtığı mali yükü tüketici kendisi karşılamakta olup, tüketiciler arasında risk paylaşımı yoktur. Hastalık riskinin derecesi, harcamanın yüksek ya da düşük olup olmayacağını belirlemektedir. (Ferranti, 1985) Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemi aynı zamanda, sağlık hizmetleri tüketimine olan talep üzerinde etkili olmaktadır. Doğrudan finansmanın söz konusu olduğu durumlarda talep katsayısının düşük olduğu gözlenirken, aracı mali kurumların bulunduğu dolaylı finansman sisteminde tüketicinin hizmeti talep etme katsayısı yükselmektedir. (Yıldırım, 1994, s.38)

Kişilerin doğrudan ödeme yaptığı sistemlerde özellikle yüksek hastalık riski altında bulunan, alt gelir gruplarının hizmet talebi düşük kalmakta, var olan sağlık hizmeti tam bir talebe dönüşmemektedir. Kamu ve özel sigortaların, yer aldığı sistemlerde ise ihtiyaç olmadığı halde talep ortaya çıkabilmektedir. Sağlık bilincinin yeterince gelişmediği, personel ve alt yapının eksik olduğu toplumlarda rastgele ilaç tüketimi, gelişmiş ülkelerde sağlıklı olma kaygısıyla vitaminlerin büyük oranlarda tüketilmesi ve periyodik kontroller gibi örnekler uygulanan finansman yöntemiyle yakından ilişkilidir. (Aktan ve Işık, 2010, s.4)

Günümüzde sağlık hizmetleri alanında; ileri teknoloji gerektiren bakım ünitelerinde tedavi, anestezi, ilaç, ameliyat ve organ nakli v.b. gibi yüksek maliyetli işlemlerin doğrudan bireyler tarafından finanse edilmesi güçtür. Bu olgu, hem gelişmiş ve hem de gelişmekte olan ülke grupları için geçerlidir. Söz konusu hizmetlerin yapılabilmesi için alt yapı gerekliliği ve maliyetlerin yüksekliği nedeniyle bu maliyetleri kişilerin doğrudan karşılaması mümkün değildir. Bu harcamalar ancak büyük fonlarla karşılanabileceğinden dolayı, genel veya özel sigortalılarla yapılabilir. Bugün dünyada ortalama olarak her ülkede ancak, gelir düzeyi çok iyi olan insanlar sağlık hizmetlerini kendileri doğrudan finanse etme yolunu seçmektedirler. (Getzen, 1997)

2.2.2. Dolaylı Finansman Yöntemi

Dolaylı finansman yönteminde; hizmet sunumunu gerçekleştiren ile talep eden arasında üçüncü parti ödeyici yer almaktadır. Bu yöntemde, sağlık hizmet sunumu yapan kurumlarla talep eden bireyler arasında para ilişkisi kısmen veya tamamen ortadan kalkmaktadır. Finansal aracilar da denilen üçüncü taraf ödeyicilerin yer aldığı bu tür yapılandırmalarda tüketicilerin risk paylaşımı söz konusudur. Bu sistemde ortaya çıkan hastalık riskinin meydana getirebileceği harcamalar sadece tüketici tarafından yüklenilmemekte, buna karşın, aracı olan mali kuruma katkıda bulunan herkes tarafından paylaşılmaktadır. Bu yöntemin uygulanmasında tüketicinin hizmetten yararlanmasında oluşturulan ortak fona yaptığı katkılar dikkate alınmazken, belirli bir hizmet düzeyinin üstündeki talebini karşılamak için de ayrıca bir katkı istenebilir. (Mutlu ve Işık, 2005)

Doğrudan finansman yönteminde, bir tarafta tüketiciler diğer tarafta ise kamu veya özel kesim sunucuları yer almaktadır. Bu sistem oldukça basit bir yapı göstermekte iken, dolaylı finansman yönteminde sistem daha karmaşık olup, üreticiler ve tüketiciler, aracilar (devlet veya özel) arasında çoklu bir ilişki söz konusu olmaktadır. (Yıldırım, 1994, s.41)

Dolaylı finansman yöntemine genel olarak bakıldığında, sağlık sistemi genel vergilerle (gelir vergisi, kurumlar vergisi, katma değer vergisi), özel vergilerle (çeşitli mallardan alınan vergiler, çeşitli üretim girdilerinden alınan vergiler), primler ve tüketici katkıları (sigorta) ve bağışlarla finanse edilebilir. Bu yöntem üçlü bir grup halinde sistematik bir şekilde ele alındığında ise aşağıdaki yapı ortaya çıkmaktadır:

2.2.2.1. Çalışanların Finansmana Katılması

Sağlık hizmetleri yerine getirilirken çalışan bireyler veya gruplar, bu hizmetin önemli bir tüketicisi durumundadırlar. Dolaylı finansman yöntemi, çalışanların bu amaçla kurulmuş olan finansal ve mali aracılara sigortalı olarak ödemiş oldukları sigorta primlerine dayanmaktadır.

Çalışanların söz konusu aracı mali kurumlara üye olmadığı durumda, talep ettikleri hizmetin maliyetine katlanmaları gerekir. Çalışanlar bu sistemde belirli bir dönemde almış oldukları ücretin belli bir bölümünü prim diye adlandırılan bir kesinti halinde ödemektedirler. Böylece bir fonda toplanan paralarla, ortaya çıkan sağlık

harcamaları finanse edilmektedir. Fona katkıda bulunmayan, yani prim ödemeyenlerin bu sistemden yararlanması düşünülemez. Bu yöntemde prim veya aylık aidatları ödeyememe durumunda bulunan sağlık hizmet tüketicilerinin hizmetten yararlanamıyor olması önemli bir sorun oluşturmaktadır.

Prim oranları aracı kurumlar tarafından belirlenebileceği gibi (özel sigorta), devlet tarafından da belirlenebilir (kamu ya da zorunlu sigorta uygulaması gibi). Çalışanların bu şekilde finansmana katılması çoğunlukla kanuni bir zorunluluktan kaynaklanabileceği gibi, gönüllülük esaslı da söz konusu olabilir.

Çalışan bireyler bu primlerini gerek özel, gerekse kamu sosyal güvenlik kurumlarına doğrudan ödeyebilecekleri gibi, işverenler işçilere ödeyecekleri ücretten düşülmek kaydıyla işçiler adına da bu primi kesip aracı kuruma ödeyebilirler. (Talas, 1985, s.356)

2.2.2.2. İşverenlerin Finansmana Katılması

Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri içinde yaygın bir uygulama da işverenlerin finansmana katılmasıdır. Bu sistemde işverenler işçinin ödediği prime ek olarak bir prim ödeyebilirler. Bunun yanında, çeşitli iş kollarında işverenin, işinden dolayı ortaya çıkabilecek kısa ve uzun dönemli hastalıkların varlığı durumunda çalışanların zarar görebileceği varsayımı işverenlerden belli bir pay almanın gerekçesini oluşturur.

İşverenlerin sağlık hizmetleri finansmanına katılması maliyetleri yükseltmektedir. Bu durumda birçok işveren kar marjının düşmesi nedeniyle çoğu zaman eksik prim ödemesi ya da finansmana katılımın dışında kalma yolunu tercih ederek kayıt dışı ekonominin hızla tırmanmasına neden olabildiği hatırlanmalıdır. Özellikle işsizlik oranlarının çok yüksek olduğu ülkelerde çalışanların da buna razı geldiği görülmektedir. İşverenlerin bunu ileriye doğru yansıtmaları da maliyet enflasyonunu ortaya çıkarmaktadır. Sağlık hizmetleri finansmanının sosyal güvenlik sisteminin bir parçası olması nedeniyle diğer ödeme yükleri de dâhil edildiğinde (iş kazaları, meslek hastalıkları sigortası) bu etkinin sınırı genişlemektedir.

Uygulamada işverenlerin sağlık hizmetleri finansmanına katılması oranı ve biçimi ülkelere göre farklılık göstermektedir. (Gray, 1995, s.182)

2.2.2.3. Devletin Finansmana Katılması

Devletin finansmana katılması aynı zamanda “vergilerle finansman” olarak adlandırılmaktadır. Bunun nedeni, devletin finanse etme biçim ve amacı ne olursa olsun sonuçta genel bütçe vergi gelirlerini kullanmasıdır.

Devletin sağlık hizmetlerini finanse etmesi de çeşitli şekillerde olmaktadır. Devlet sosyal güvenlik kurumlarını kurmanın ve yönetmenin yanında, bütçeden bir pay ayrılabilceği gibi, bu kurumların açıklarını kapamayı da üstlenebilir. Bu kurumlara sağlanan vergi kolaylıkları da bir tür finansman sağlama biçimidir. Devlet kurmuş olduğu kamu sigortası ile de tıpkı özel kesimdeki benzer sigorta işlevini de üstlenebilir. (Aktan ve Işık, 2010, s.4)

2.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi

Türkiye’deki sağlık hizmetleri planlı dönem ve planlı dönem öncesi olarak anlatılmaktadır.

2.3.1. Planlı Dönem Öncesi Türkiye’de Sağlık Hizmetleri (1923- 1960)

Dr .Refik Saydam Dönemi, Behçet Uz Dönemi, Demokrat Parti dönemi planlı dönem öncesi üç dönem olarak incelenmiştir.

2.3.1.1. Dr. Refik Saydam Dönemi (1923- 1940)

TBMM Hükümetinin ilk Sağlık Bakanı Adnan Adıvar’ın ardından bakanlığa atanan Dr. Refik Saydam olmuştur. Kendisi kısa süreli aralıklar dışında 1937 yılına kadar bu görevi yürütmüş ve en uzun görevde kalan Sağlık Bakanı unvanına sahip olmuştur.

Dr. Refik Saydam döneminde, illerde Sağlık Müdürlükleri ilçelerde ise Hükümet Tabiplikleri kurularak birinci basamak sağlık hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetlerine büyük önem ve öncelik verilmiş ve hizmetlerin tüm yurda yayılması sağlanmıştır. Hükümet bu dönemde sıtma, trahom ve frengiyle savaş için özel bir örgütlenme sağlamıştır. Bu yapılanma içerisinde koruyucu sağlık hizmetleri topluma ücretsiz olarak sunulmuştur. (Öztek, 1992, s.4)

Yataklı tedavi hizmetlerinin, yine kamu eliyle ancak yerel idareler-belediyeler, il özel idareleri- tarafından yürütülmesi düşüncesi benimsenerek bu alanda merkezi hükümet yol göstericilik ile yükümlenmiştir. Bu amaçla bir yandan

yerel idarelerin hastane açması, desteklenip özendirilirken öte yandan da, bu idarelere örnek olmak üzere Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır gibi büyük illerde doğrudan bakanlığa bağlı Numune Hastaneleri açılmıştır. Bu noktada Numune Hastanelerinin kurulması haricinde tedavi edici sağlık hizmetleri açısından daha çarpıcı bir devlet müdahalesi söz konusu olmamıştır. (Fişek, b.t., <http://www.ttb.org.tr/>)

Tüm sağlık personelinin atama ve terfileri Sağlık Bakanlığı emrine alınarak sağlık personelinin yönetimi tek elde ve merkezde toplanmıştır. Böylece personelin eğitimi, tayin, terfi ve atamaları belirli bir sisteme bağlanmış ve disiplin altına alınmıştır.

Dr. Refik Saydam döneminde bir yandan sağlık örgüt ve birimlerinin tüm yurda yayılması için çaba harcanırken öte yandan da sağlık insan gücünün nitelik ve nicelik yönünden yeterli olması için çaba harcanmıştır. Bu doğrultuda hekim açığını kapatmak için 1932 yılında yatılı tıp öğrenci yurtları açmış ve öğrencilerin temel ihtiyaçlarının sağlanması noktasında ön plana çıkmıştır. Kamuda özellikle kırsalda ve koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışanlara görece daha yüksek ücret ödenmesi uygulanmış, hükümet tabiplikleri ve koruyucu hizmet birimlerinde çalışmaları özendirilmiştir. Örneğin, koruyucu hekimlik hizmetlerinin ancak tam süre çalışan hekimler eliyle yürütülebileceği noktasından hareketle sıtma, trahom ve frengi savaşında çalışan hekimlere çok yüksek ücret ödeme ilkesini hükümete kabul ettirmiş ve söz konusu dönemde bir Vali 60- 70 lira aylık alırken, sıtma savaş hekimlerinin aylığı 100 lira olarak belirlenmiştir. (Özden, 2005, s.1504-1505)

Bu dönemde izlenen dışa kapalı devletçi kalkınma politikaları, sağlık alanında kendini, yerli aşı ve serum üretimine başlanması şeklinde göstermiştir. 1928 yılında bulaşıcı hastalıklarla mücadele amacıyla kurulan Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü'nde, 1931'de serum ve aşı üretimine başlanmıştır. 1933'te kuduz aşısı, 1937'de kuduz serumu üretimine başlanmış ve 1934'te çiçek aşısı üretimi ülke ihtiyacını karşılayacak düzeye ulaşmıştır. (Soyer, 2004, s.78)

1923 yılında tüm ülkede 554 hekim, 60 eczacı, 560 sağlık memuru ve 136 ebe ile hizmete başlanmış, dönemin gelişmeleri başarılı sonuçlar vermiş, 554 olan hekim sayısı 1928 yılında 1078'e 1940'ta 1500'e ulaşmıştır. Günümüzde bu sayının

100 bini aştığı bilinmektedir. Aynı şekilde 1928 yılında 130 olan hemşire sayısı 1940'ta 405'e yükselmiştir.

Dönemin öne çıkan önemli özelliklerinden bir diğeri ise günümüzde hala geçerliliği olan kanunların çıkarılmış olmasıdır. Bunların başında; *1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Yasa*, *1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Yasası*, *1262 sayılı İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Yasası* gelmektedir.

Sağlık hizmetlerinin kırsal kesime ulaştırılabilmesi amacıyla, "seyyar tabiplik" uygulaması da bu dönemde başlamıştır. Devlet tarafından atanan, olanakları il özel idarelerince sağlanan, ayın yirmi günü köy ziyaretleri yapmakla yükümlü olan, köyde ayaktan tedavi yapan ve ilaçları ücretsiz dağıtan bu hekimler birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunda önemli işlevler görmüştür. (Soyer, 2004, s.79)

Kısaca toparlanacak olursa, Dr. Refik Saydam dönemi, sağlık ile ilgili hizmetlerin tümü asli bir devlet görevi ve sorumluluğu olarak algılanmış, ancak bu görevler devletin çeşitli organları arasında paylaştırılmıştır. Sağlık hizmetlerinin ve personelinin denetimi ve sağlık personeli atama yetkisi Sağlık Bakanlığı'nda toplanarak hizmetler merkezleştirilmiştir.

2.3.1.2. Dr. Behçet Uz Dönemi (1940- 1950)

Bu dönemde SB, artan bulaşıcı hastalıklarla mücadeleye ağırlık vermiştir. 1942- 1944 yılları arasında yaşanan çiçek hastalığı salgınında 6000'i aşkın çiçekli tespit edilmiş ve hastalığa yakalananlardan 678'i ölmüştür. Savaş sırasında yükselen başka bir hastalık da sıtma olmuştur. Bunda nüfus hareketlerinin yanı sıra, sıtma ilaçlarının ithalinin savaş nedeniyle aksamış olması da etkili olmuştur. 1942 ve 1943 yıllarında sıtmanın yükselmesi sonucunda, sıtma oranı %32'ye çıkmıştır. Tüberküloz da savaş ortamında hızla artan ve ölümleri de sıklaşan bir başka bulaşıcı hastalık olmuştur. Tüberkülozdan ölümler, toplam ölümler içinde %13,5'e ulaşmıştır. (Soyer, 2004, s.84-85)

Dr. Refik Saydam Dönemi ardından sağlık politikası anlamındaki ilk önemli girişim, 1946- 1950 yılları arasında bakanlık yapan Dr. Behçet Uz tarafından hazırlanarak 1946 yılında toplanan Dokuzuncu Milli Tıp Kongresine sunulan ve yürürlüğe sokulan "*Birinci On Yıllık Sağlık Planı*" olmuştur. Tüm sağlık

hizmetlerini entegre etmeyi ve yurt geneline yaymayı amaçlayan bu planla, koruyucu iyileştirici vb. sağlık hizmetlerinin tümü merkezi hükümet görev ve sorumluluğu haline getirilmiştir.

Behçet Uz Planı olarak da anılan bu plana göre, ülke yedi sağlık bölgesine ayrılacak ve her bölgenin örgütlenmesi kendine yeterli hale getirilecekti. Bu bölgelerde her kırk köy için on yataklı bir sağlık merkezi kurulacak ve bu merkezlerde iki hekim, bir ebe, bir sağlık memuru ve bir ziyaretçi hemşire bulunacaktı. Buna ek olarak her on köy için bir ebe ve bir sağlık memuru ön görülmüştür. (Dirican, 1970, s.7)

Böylece koruyucu ve iyileştirici hizmetleri ayrı ayrı ele alan, yataklı tedavi hizmetlerini yerel idarelere bırakan anlayış terk edilmiş, sağlık hizmetlerinin tümü merkezi hükümet görev ve sorumluluğu haline getirilmiştir. (Fişek, b.t., <http://www.ttb.org.tr/>, s.157)

2.3.1.3. Demokrat Parti Dönemi (1950- 1960)

1938 -1960 yılları arasında sağlık hizmetlerinde önemli değişiklikler meydana gelmiştir. İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra dünyada ortaya çıkan sıtma, çiçek hastalığı ve tüberküloz gibi salgın hastalıklar Türkiye'yi de etkilemiş ve Sağlık Bakanlığı bu dönemde artan bulaşıcı hastalıklarla mücadele etmiştir. Bu bağlamda, 1945 yılında “Olağanüstü Sıtma Savaş Kanunu” çıkarılmıştır. Ayrıca 1949 yılında yapılan bir düzenleme ile kentlerde, Verem Savaş Dernekleri kurulmuş, köylerde ise Sağlık Bakanlığı veremle mücadele etmiştir. Kentlerde gösterilen başarının köylerde gösterilememesi üzerine ise 1960 yılında “Verem Savaş Genel Müdürlüğü” kurulmuştur. (Şakar, 1988, s.157)

1950 yılı Türkiye'nin gelişimi açısından önemli bir kilometre taşı olmuştur. Bu dönem, diğer kamu hizmetleri gibi ulusal sağlık politikalarının stratejilerinin kökten değiştiği bir dönem olmuştur. Genel olarak dönem değerlendirildiğinde, Sağlık Bakanlığı tedavi hizmetleri vermeyi üstlenmiştir. Belediye hastanelerinin hemen hepsi kamulaştırılmış ve Sağlık Bakanlığı'na bağlanmıştır. Yeni devlet hastaneleri kurulmuş, daha önce kırsal kesimde koruma ve iyileştirme hizmetlerinde görevli sağlık çalışanları kent hastanelerinde görevlendirilmiştir. Daha yüksek ücret ve özel muayene yapma izni verilmesi, çalışanlar açısından kentleri çekici hale

getirmiş ve bu durum çoğunun koruyucu hizmetlerdeki görevlerini bırakıp hastanelere geçmesiyle sonuçlanmıştır. (Ergör ve Öztekin, 1996, s.2)

1954 yılında, 6134 Sayılı Yasa ile il özel idarelerine belediyelere ve vakıflara bağlı hastaneler Sağlık Bakanlığı'na bağlanarak kamuya ait hastanelerin- SSK, MSB ve Üniversite Hastaneleri hariç- yönetimi tek elde toplanmış ve hastanecilik hizmetleri tamamen merkezi hükümet görevi ve sorumluluğu haline gelmiştir.

Bu tarihten itibaren yönetime hâkim olmaya başlayan liberal görüş ve politikalar, tüm alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da özel sektörün geliştirilmesi konularını gündeme getirmiştir. Bu durum sağlık politikası alanında ikircikli bir yapı oluşmasına neden olmuş, bu alana kamu yatırımları azalmış ve yataklı tedavi kuruluşlarının kamu eliyle Anadolu'ya yayılmasının hızı kesilmiştir. Sonuçta tedavi edici hizmetler alanında halkın artan talepleri karşılanamaz hale gelmiştir. Bunun bir sonucu olarak kurum ve kuruluşlar kendine bağlı nüfusun tedavi taleplerini karşılamak üzere sağlık hizmeti üreten çeşitli örgütler ve kurumlar kurmaya başlamışlardır. Bunlarında başında yasa 1945 yılında çıkarılan ve uygulamalarına 1952 yılında geçilen Sosyal Sigortalar Kurumu ve yine 1952 yılında hizmete sokulmuş Ana-Çocuk Sağlığı Merkezleri gelmektedir.

Genel olarak dönemin sağlık politikası temelinde yaşadığı değişimleri toparlayacak olursak; 1. Yerel İdarelere bağlı olan hastaneler Sağlık Bakanlığı'na devredilmiş ve genel bütçeden finanse edilmesi ilkesi kabul edilmiştir. 2. Genel Sağlık Sigortası kurulması için çalışmalar başlatılmış, uzun çalışmalar neticesinde bunun ülke düzeyinde uygulanmasının mümkün olamayacağına, ücret karşılığı çalışan işçiler için bir sağlık sigortası kurulabileceğine karar verilmiştir. Bu amaçla İşçi Sigorta Kurumuna işçilere sağlık sigortası hizmeti sunması görevi verilmiştir. Bu sigorta sisteminin kurulmasında Avrupa'daki sigorta örgütlerinin uygulamasından farklı olarak sigorta kurumunun kendi sağlık örgütünü kurması esası kabul edilmiştir. 3. Bu dönemde uluslararası kuruluşlar ile ve özellikle Dünya Sağlık Teşkilatı ve UNICEF ile işbirliğine ve bu kurumlardan yardım sağlanmasına önem verilmiştir. Ana ve çocuk sağlığı, tüberküloz savaşı gibi koruyucu hekimlik hizmetlerinin geliştirilmesi için büyük ölçüde destek sağlanmıştır. Öncelikle ele alınan bir diğer hizmet de, hemşire ve ebe noksanını kapatacak önlemler alınmasıdır. Ancak bu anlamda önemli bir ilerleme yapılamamıştır. 1960 yılında hekim sayısı 9826'ya,

hemşire ve yardımcı hemşire sayısı 2420'ye, ebe ve köy ebesi sayısı 3126'ya yükselebilmektedir.

Bu dönemde Türkiye'de sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için Sağlık Bakanlığına önemli önerilerde bulunmak üzere çağrılan yabancı uzmanlar tarafından çeşitli öneriler yapılmıştır. Bunlar arasında en önemlisi Dr. Olle' nin raporudur. Bu raporda söz edilen birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine gereken önem verilmemiştir.

1950'lilerin sonunda, insan kaynağının dengesiz dağılımı Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin başlıca sorunu haline gelmiştir. (Ergör ve Öztekin, 1996, s.2)

2.3.2. Planlı Dönem Türkiye'sinde Sağlık Hizmetleri

Planlı Dönem sağlıkta sosyalleştirme dönemi, sağlıkta aktif özelleştirme dönemi, sağlıkta dönüşüm programı olarak üç dönem şeklinde incelenmiştir.

2.3.2.1. Sağlıkta Sosyalleştirme Dönemi (1961- 1980)

1960 yılında Silahlı Kuvvetlerin hükümeti devralmasının ardından, sektörler arası bir yapı olan DPT kurulmuştur. DPT'nin koordinasyonu ile sağlık da dâhil olmak üzere sektör planlanan sosyal ve ekonomik hedeflere ulaşmak amacıyla yeniden düzenlenmiştir. 1961 yılının ilk aylarında hükümet, halk sağlığı hizmetlerinin daha geniş kapsamlı olarak kırsal alanlarda uygulanmasını belirlemiştir. Daha önce ayrı birimlerde verilen hizmetler tek bir hizmet sistemi içinde birleştirilmiştir. En uzak bölgelerde bile temel sağlık hizmetleri, ana- çocuk, aile planlaması, bulaşıcı hastalıklardan korunma ve tedavi hizmetleri ile çevre ve okul sağlığı hizmetlerini veren sağlık ocakları kurulmuştur. (Ergör ve Öztekin, 1996, s.4)

Diğer bir deyişle, sağlık alanında teşkilatın yeniden yapılanması, milli ilaç endüstrisi, tıp araç ve gereçleri endüstrisinin kurulması ve yeterli sağlık personelinin yetiştirilmesi gibi halk yararına olduğunu düşündükleri bazı hizmetleri hayata geçirmek ve o dönem kullanılan terim ile sağlık işlerini "devletleştirmek" istemişlerdir. (Aydın, 2004, s.77)

Bu bağlamda 1961 Anayasası'nın 48. ve 49. Maddeleri – " *Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesi ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla*

ödevlidir. Devlet, yoksul ya da dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alır.”- doğrultusunda hazırlanan I. Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda sağlık idaresinde temel amacın halkın sağlık düzeyini yükseltmek olduğu ve bunun için de halk sağlığı hizmetlerine öncelik verilmesi gerektiği belirtilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin bu anlayışla ve yeniden düzenlenmesi amacıyla zamanın Sağlık Bakanlığı müsteşarı Dr. Nusret Fişek’in önderliğinde hazırlanan, *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (224 Sayılı Kanun)* 5 Ocak 1961 yılında kabul edilmiştir. Böylece sağlık hizmetleri tarihimizde “Sosyalleştirme Dönemi” olarak adlandırabileceğimiz dönem başlamıştır.

Bu kanunla, özel teşebbüsler de serbest bırakılmıştır. Devletten maaş almayan hekim ve sağlık personeli, dilerse mesleklerini serbestçe yerine getirebilecek, özel sağlık müessesesi ve eczane açabileceklerdi. (A.Y. Şakar, 1999, s.43)

224 sayılı Yasanın Öngördükleri; 1. Sağlık hizmetinden herkes eşit yararlanacaktır. 2. Sağlık hizmeti ücretsiz veya katkı payı ile sunulacaktır. 3. Hastalar istedikleri hekimi veya sağlık kurumunu seçmekte özgürdür. 4. Hekimler kamuda ya da serbest olarak çalışmada özgürdür. (Ancak kamuda çalışan bir hekim, özel hekimlik yapamaz). 5. Hekimler ve diğer sağlık personeli kamuda sözleşmeli olacaktır. 6. Birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık ocakları kurulacaktır 7. Kademeli sevk zinciri sistemi oluşturulacaktır 8. Kamu sağlık kuruluşları tek elden idare edilecektir. 9. Halkın da katılacağı kurullar oluşturulacaktır.

Uygulamada;

1. 1962 yılında kabul edilen Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda sağlık alanında sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki yasanın ilkeleri esas kabul edilmiş ve 1963 yılında yasa Muş ilinde uygulanmaya başlanmıştır.

2. 1965 yılında TBMM’ de kabul edilen Devlet Personel Kanunu ile hekimlerin ve diğer sağlık personelinin sözleşme ile çalıştırılması ilkesi yürürlükten kaldırılmıştır. Bunun sonucu olarak da tam süre çalışma ilkesi uygulanamamıştır. Bu, yasanın başarıyla uygulanmayışının ilk önemli nedenidir.

3. 1965'ten bu yıllara kadar hükümetler sağlık hizmetinde birinci basamağın önemini anlamamışlar ve sağlık ocakları, hastane ve sağlık merkezlerinin yanında niteliksiz hizmet veren kurumlar olarak kalmışlardır. Uzun yıllar ocakların çoğuna hekim atanmamıştır. Devlet hizmet yükümlülüğü yasası bu açığı kapatmak üzere kabul edilmiştir. Ocaklarda hekim açığı kapatılmış, ancak yasa gereği ilaç, araç, gereç, lojman, bina gibi gereksinimler ile ocak- hastane iş birliği sağlanmadığından beklenen sonuç alınamamıştır.

4. Sağlık teşkilatının il içinde bir bütün olarak yönetileceği ilkesine önem verilmemiş, genel yönetim içinde görülmüştür. Sonunda da ilçelerde sağlık personeli kaymakamın emrine verilmiştir.

5. Hekim dışı sağlık personelinin yetiştirilmesine Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'ndan sonra gereken önem verilmemiştir.

6. Halkın hizmete katkısını sağlama amacıyla ön görülen kurullar oluşturulamamıştır.

7. Güçlü bir sağlık yönetici kadrosu kurulamamıştır. Fakültelerden yeni mezun olmuş hekimler sağlık müdürü veya vekili olarak atanmışlardır.

8. Genel bütçeden sağlık alanına yeterli mali kaynak sağlanmasına öncelik verilmemiştir.

Yukarıda sözü edilenlerden yola çıkarak gelinen nokta için bir değerlendirme yapılacak olursa, özellikle 1970'li yıllar dünyada yeni liberal anlayış ve politikaların atağa geçtiği yıllar olmuştur. Bu politikanın ülke yönetimlerine hâkim olmasına koşut olarak sosyal devlet anlayış ve politikalarından da uzaklaşmıştır. Bu gidişin Türkiye'ye yansması geç olmamış iktidara gelen hükümetlerin sahip olduğu yeni liberal politikalarla 224 sayılı yasa ile benimsenen sağlık politikası çelişmiştir. Bunun bir sonucu olarak, Sosyalleştirme Programı merkezi hükümetlerden gerekli desteği göremediği gibi sağlık alanı iki ayrı politikanın çekişme alanı haline getirilerek, sosyalleştirmenin başarısını engelleyen bir ortam yaratılmıştır.

1970'li yıllardan sonra sağlık sektöründeki tüm yapı ve uygulamaları bu çelişkili politika ya da iki politikanın çekişmesi belirlemiş olup, adeta bir karmaşa ortamı yaşanmıştır. Bunun doğal bir sonucu olarak, sağlık politikasının pratikteki

uygulama araçları olan finansman, örgütlenme ve insan gücü konularında da bir karmaşa ve belirsizlik hâkim olmuştur.

Sağlık Hizmetlerine kamudan yeterli kaynak ayrılmamış, ayrılan kaynak ise verimli kullanılamamıştır. Hizmetler birbiri ile eşgüdümü olmayan onun da ötesinde birbirinden habersiz kurum ve kuruluşlarla yürütülmüştür. Sektöre hâkim olan bu karmaşa nedeniyle, sağlık hizmetleri, hizmet alanların da hizmet verenlerinde memnun olmadığı bir ortama dönüşmüştür.

2.3.2.2. Sağlıkta Aktif Özelleştirme Dönemi (1980 Sonrası)

Türkiye’de sağlık hizmetleri, 1982 Anayasasının 56.Maddesi ile devletin sunmakla yükümlü olduğu bir hizmet olmaktan çıkarılmış ve devlet “herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini” düzenlemekle görevlendirilmiştir. Anayasaya göre devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirecektir. 1980 askeri darbesinden sonra, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumundaki temel değişim; hizmet sunumunda özel sektöre öncelikli olarak yer açılmasının sağlanması olmuştur.

Küresel kapitalizmin 1970’li yıllarda başlattığı sağlıkta yeni liberal dönüşüm, Türkiye’de ilk ipucunu 1982 Anayasası ile vermiş, önceleri “reform” adıyla anılan bu yaklaşım geçtiğimiz yirmi yıl içinde devletin sağlık hizmetlerinden çekilmesi anlamına gelecek bir sağlıkta özelleştirmenin de habercisi olmuş, 58. ve 59. hükümetlerle birlikte 2002 yılı sonrasında özelleştirme girişimleri daha güçlü bir biçimde yaşama geçirilmeye başlanmıştır. (Pala, 2007, s.13)

Dünyanın tek kutuplu bir biçim almasından sonra, kapitalist dünyada sağlık artık fiilen bir hak olmaktan çıkarılmış, “parası olanın parası kadar satın alabileceği” bir meta biçimine dönüştürülmüştür. Türkiye’de de 1980’den sonra yürütülen sağlık politikaları önce 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası’nın uygulanmamasına odaklanmış ve bununla birlikte sonuç olarak kamu sağlık hizmetleri çökertilmiştir. (Pala, 2007, s.14)

Türkiye’de 1980 sonrası dönemde yapılan seçimlerle iktidara gelen ANAP, 1983- 1987 ve 1987- 1991 yılları arası çoğunlukta olduğu iki dönemde uyguladığı ekonomik politikalarla yeni düzenin sözcülüğünü yapmaya başlamıştır. Bu dönemi 1988 öncesi ve sonrası olarak değerlendirmek yerinde olacaktır. Bu anlamda gerek 1983 hükümet programı gerekse V. Beş Yıllık Kalkınma Planı, ANAP Hükümetinin sağlıkla ilgili yaklaşımını yansıtmaları açısından önemli belgeler niteliğindedir. Genel Sağlık Sigortasını hedefleyen hükümet programı 80’li yıllar boyunca kamu sağlık hizmetlerine yöneltilecek eleştirilerin habercisi olmuştur. İlk kez bu dönemde kamu sağlık hizmetlerine Cumhuriyet tarihinin en az bütçe payı ayrılmış ve sağlık özel sermayenin kar alanı haline getirilmeye çalışılmıştır.

Hükümet programında ilaç sektörünün ve özel sağlık kurumlarının teşvik edilmesi gibi maddeler de yer almıştır. Yine ilk defa Beş Yıllık bir planda kamu sağlık kurumlarında rasyonellik ve verimliliğinin sağlanması, sağlık kurumlarına işletmecilik anlayışının getirilmesi, özel sağlık kuruluşlarının ücretlerini kendilerinin belirlemesi, kamu sağlık kuruluşlarının özel sağlık kurumları ve özel hekimlerden hizmet almaları gibi maddeler yer almıştır. Bu dönemdeki politikalar özellikle DPT uzmanları tarafından hazırlanan IMF ve DB uzmanlarının hazırladığı çalışmaların kötü çevirisi olarak adlandırılmaktadır. (Soyer, 2001, s.52)

Yine bu dönemde sosyal devletin yerine geçen “*Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Yasası*” çıkarılmıştır. 1980 sonrası dönemde uygulanan istikrar programlarının toplumsal bölüşümde oluşturduğu dengesizlik sonucu oluşan tepkilerin giderilmesi amacıyla bu yasa hazırlanmıştır. 1983 sonrası uygulanan temel mantığı en iyi anlatan temel düzenleyici işlem, 1987 tarih ve 3359 sayılı “*Sağlık Hizmetleri Temel Yasası*”dır. Kamu sağlık hizmetlerinin ticarileşmesi ve piyasaya açılması, devletin bu alanlardan çekilmeye başlaması bu yasanın dikkat çeken özelliklerinden sadece birkaçıdır. Yine bu yasa ile kamu sağlık kuruluşları işletme haline getirilmiş, kamu ve özel sağlık kuruluşlarının hizmetleri fiyatlandırılmıştır. Ancak birtakım girişimlerle Anayasa Mahkemesi bazı maddelerini iptal etmiş, yasanın uygulama olanağı önemli ölçüde ortadan kalkmıştır.

1980’lerin sonlarında diğer ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de sağlık reformu telaffuz edilmeye başlanmıştır. Reform konuları açısından genel anlamda “sağlık hizmetlerinde devletin ve piyasanın değişen rolleri, desantralizasyon,

tüketicilerin güçlendirilmesi ve halk sağlığının rolü” adlı dört temel konuyu kapsayan bir sağlık reformu çerçevesi olduğu söylenebilir. (Yıldırım, 2000, s.627)

Avrupa ülkelerinin bazıları 1980’lerde “herkese sağlık bölgesel hedefleri” ni kendi koşullarına uyarlamışlardır. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi Direktörlüğü bu tür gelişmeleri desteklemiş ve diğer ülkeleri kendi hedeflerini belirlemeleri konusunda teşvik etmeye yönelik girişimlerde bulunmuştur. Türkiye bu etkinliklere 1989 yılında katılmış, Dünya Sağlık Örgütü uzmanlarının desteğiyle 1990 yılında herkese sağlık hedeflerini belirleyen “Türkiye’de Ulusal Sağlık Politikası” isimli bir taslak belgeyi sunmuştur. 1990’lardan sonra dünyada küreselleşme akımlarına paralel olarak DB ve Dünya Ticaret Örgütü öncülüğünde küresel sağlık politikaları da ön plana çıkmıştır.

Ülkemizde sağlık politikalarının belirlenmesinden ve sağlık hizmetlerinin planlanmasından Sağlık Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı sorumludur. Sağlık hizmetlerinde kamunun kamuya ait kuruluşlar içerisinde de Sağlık Bakanlığı’nın ağırlığı büyüktür. Sağlık sektöründe Sağlık Bakanlığı örgütünün dışında olan önemli bir kuruluş ise “Sağlık Reformu Proje Genel Koordinatörlüğü” dür ki DB’ den sağlık alanında kullanılmak üzere alınan kredilerin kullanımının koordinasyon ve yönetim sorumluluğunu üstlenmiştir. (Özkal, 2002, s.46)

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı bünyesinde sağlık reformu çalışmaları 1990 yılında başlatılmıştır. Bu dönemde DPT tarafından özel bir firma işbirliği ile “**Sağlık Sektörü Master Planı**” çalışması hazırlanmış ve çalışmalar projeler çerçevesinde ilerletilmiştir. Çalışma, Türk ve yabancı şirketlerden oluşan bir konsorsiyum tarafından yürütülmüştür. Rapor, sektörün var olan durumunu kapsamlı olarak açıklamış ve sağlık hizmetlerinin acil gereksinimlerini ortaya koymuştur. Sağlık sektörünün geliştirilmesi için dört strateji seçeneği sunulmuştur: mevcut uygulamayı iyileştirmek, serbest Pazar stratejisi, ulusal sağlık hizmeti stratejisi ve bir ara strateji. Devlet Planlama Teşkilatı son seçenekte karar kılmıştır.

Türkiye’de sağlık reformu çalışmaları sağlık projeleriyle ilişkilidir. Sağlık Bakanlığı bu projeleri gerçekleştirmek için DB ile çeşitli tarihlerde anlaşmalar yapmıştır. Bu adım ilk olarak ANAP Hükümeti döneminde 1990’da DB ile imzalanan Sağlık Projesi Kredi Anlaşması ile atılmıştır. Bu anlaşmayla verilen kredi,

DB' nin Türkiye gibi az gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesini desteklemek ve yönlendirmek amacıyla uygulamaya koyduğu programın bir parçasıdır.

DB ile bu dönemde yapılan anlaşmalar Resmi Gazete'de yayınlanmış tarihlerine göre şöyledir: 7 Ekim 1990, 22 Aralık 1994, 17 Aralık 1997 tarihleridir.

Birinci Sağlık Projesi 1991 yılından itibaren uygulanmaya başlanmıştır. Proje, 1998 yılının sonunda tamamlanmıştır. Amaçları arasında; 1. seçilen 8 ilde il sağlık hizmetlerinin, özellikle de temel sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması ve güçlendirilmesi yoluyla halkın sağlık düzeyini yükseltmek. 2. Sağlık Bakanlığı'nın yönetim kapasitesini geliştirmek; sağlık sektöründe finansman ve hizmet sunumunda yeni modellerin geliştirilmesini amaçlayan reform çalışmalarını desteklemek yer almaktadır. Birinci Sağlık Projesi'nin %51'i (75 milyon Dolar) DB tarafından, %49'u Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti tarafından (72.47 milyon Dolar) finanse edilmiştir. Hazırlıkları 1992- 1993 yıllarında Sağlık Bakanlığı uzmanları ve proje illeri yetkilileri ile birlikte yapılmıştır.

İkinci Sağlık Projesi, Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti ile DB arasında 28 Eylül 1994 tarihinde imzalanmıştır. Temel amaçları birinci proje ile benzerdir. Burada kamu yönetiminden sıkça söz edilen etkinlik ve verimliliğin artırılmasına önem verildiği görülmektedir. 17 Ağustos 1999 tarihinde Marmara Bölgesi'nde meydana gelen depremden dolayı İkinci Sağlık Projesi başta hedeflenen 23 ile ek olarak İstanbul, Adapazarı, Yalova, Bolu ve Kocaeli illerini de kapsayarak yatırım yapılmasına olanak sağlayacak biçimde tadil edilmiştir.

Temel Sağlık Hizmetleri Projesi 22 Eylül 1997 yılında imzalanmıştır. Bu projenin diğer iki sağlık projesinden farkı Türkiye'de Aile Hekimliği sisteminin kurulmak istenmesidir. Projenin alt başlıklarında ise aile hekimliği ve sevk sisteminin oluşturulması için teknik danışmanlık ve eğitim hizmetlerinin sağlanması, eğitim ihtiyaçlarını ve programlarını saptamak, aile hekimliği uygulamalarına destek sağlamak için proje illerinde seçilen kamu sağlığı merkezlerinin iyileştirilmesi vardır. Yine bu merkezlerde bilgisayar sisteminin kurulması projenin temel amaçlarından biridir. Bakanlık bu projeye 224 sayılı yasayı kırsal yörelerde aynen

korumakta, kentlerde ise aile hekimliği sistemini amaçlamaktadır. (Kutbay, 2002, s.44)

Dünya Bankası bu proje kredileriyle; birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği modeline geçilmesi, Genel Sağlık Sigortası uygulaması, kamu hastanelerinin özerkleştirilmesi, sağlık hizmetlerindeki merkeziyetçiliğin ve bürokrasinin önüne geçilmesi amacıyla hastanelerin özerkleştirip yerel yönetimlere devredilmesi gibi konular üzerinde yoğunlaşmıştır.

Bu dönemdeki önemli uygulamalardan birisi de 1992 yılında “*Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun*” un çıkartılmasıdır. Bu uygulama ile sosyal güvencesi olmayan vatandaşların yatarak tedavi masrafları Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanmaya başlanmıştır. Ancak ayaktan tedavi giderlerini bu uygulama kapsamamaktadır. (Soyer, 2001, s.313)

1993 yılında Sağlık Reformu Yasa Tasarısı Taslağı hazırlanarak ilgili tarafların görüşüne sunulmuş, Türk Tabipleri Birliği başta olmak üzere birçok kesimin ağır eleştirilerine maruz kalmıştır. Ayrıca yine bu dönemde önceki paragraflarda da yer verildiği gibi, Birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin bir aracı olarak aile hekimliğinin gündeme getirilmesi kamu hastanelerinin işletmeleştirilmesi ve genel sağlık sigortasına geçiş, sağlık hizmetlerinde yerel güçlerin yetkili kılınması bu reformun temel noktalarından olmuştur. (Soyer, 2001, s.51)

Son olarak ülkemizde sağlık alanında yapılan dönüşümleri daha iyi anlayabilmek için dünyada özellikle de üçüncü dünya ülkelerinde bu alanda yapılan değişiklikler incelendiğinde Türkiye ile benzer süreçlerin bu ülkelerde de yaşanmakta olduğu görülmektedir. Aslında sürecin analizi GATS yani Hizmetler Genel Ticaret Anlaşması’ nın incelenmesiyle sağlanabilmektedir. Sürekli genişleyen ve devletleri her türlü hizmeti küresel ticaret konusu saymaya zorlayan bu anlaşma, tüm ülkelerde kamu hizmetlerinin ticarileştirilmesi, kamu alanının daraltılması, hem merkezi hem yerel kademelerde hizmet üretiminin çok uluslu şirketlere devredilmesini amaçlamaktadır. Türkiye tarafından GATS Anlaşması’nın ekinde

sunulan taahhüt listesinde piyasaya ve çok uluslu şirketlere açacağı hizmetlerin arasında sağlık hizmeti de yer almaktadır. (Demirbilek, 2008, Erişim: Temmuz 2010)

Buradan hareketle, bu bölümde ülkemizde taşeronlaştırma, döner sermaye, hastaların özel hastanelere sevki ile başlayan ve sağlık alanını özelleştirmenin alt yapısını hazırlayan uygulamaların Sağlıkta Dönüşüm Programı ile bütünlük kazandığını belirtirken sürece daha yakında bakıyor olacağız.

2.3.2.3. Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003 ve sonrası)

1961 yılında çıkarılan “*Sağlık Hizmetlerinde Sosyalleştirme*” kanunu ile ilk reform dalgasını yaşayan Türk sağlık sistemi, dünyada yaşanan küreselleşme ve liberalleşme akımlarının etkisiyle global ölçekte yaşanan sağlıkta reform girişimlerine paralel olarak 1990’ların başlarında ikinci dalga sağlık reformlarına tanık olmuş ve daha sonra 3 Kasım 2002 seçimlerinden tek iktidar partisi olarak çıkmayı başaran AKP’nin 2003 yılında ortaya koyduğu “*Sağlıkta Dönüşüm Programı*” ile de üçüncü dalga sağlık reformlarını tecrübe etmeye başlamıştır. (Yıldırım, 2006, s.1)

1980’lerin sonlarında fikirsel bazda gündeme taşınan ve geçen süre içinde de hazırlık ve sendirme aşamalarından geçen ve 2003 yılından bu yana da SDP adı altında yasalaşma ve uygulamalarına tanıklık ettiğimiz Türkiye’deki sağlık reformlarının nedenleri arasında; maliyetlerin artışı, toplumun sağlık sistemine yönelik memnuniyetsizlikleri, sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyetsizlik, nüfusun önemli bir kısmının sosyal güvenceden yoksun olması, kaynakların verimsiz kullanımı, uluslar arası çevrelerin- özellikle DB ve IMF- etkisi ve yönlendirmesi ve dünya genelinde görülen global sağlık reformları yer almaktadır. (Yıldırım ve Yalçın, 2005, s.5)

OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri 2008 raporunda reformun gerekçeleri olarak diğer OECD ve orta gelirli ülkelere kıyasla geri kalmış olan sağlık sonuçları, sağlık hizmetleri finansmanı ve sunumunda verimsizliğe yol açan ve mali sürdürülebilirliği zayıflatan parçalı yapı, düşük hizmet kalitesi ve hastalara sınırlı cevap verebilirlik maddelerine yer verilmiştir. (OECD ve IBRD/Dünya Bankası, 2008)

Buradan hareketle üçüncü dalga reform olarak nitelediğimiz SDP' nin amacı sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasıdır denilmektedir. (Sağlık Bakanlığı, 2003, s.24)

SDP' nin temel amaçları incelendiğinde; yeni kamu yönetimi (YKY) anlayışının sağlık sektörüne yansımalarının izlerini taşıdığı öne sürülebilir. Gerçekten de profesyonel yönetim oluşturma, standartları belirginleştirme ve performansı ölçme, çıktı kontrolüne önem verme, desantralizasyon, müşteri odaklılık, rekabete vurgu yapma, özel sektör yönetimine başvurma, kaynak kullanımından disiplin sağlama gibi yani YKY anlayışının temel unsurlarının kısmen de olsa SDP ile Türk sağlık sektöründe hayata geçirebilmeye çalışıldığı düşünülebilir. (Balcı, 2005, s.59)

SDP ile ortaya konan modele göre, Sağlık Bakanlığı'nın politikalar geliştiren, standartlar koyan ve denetleyen bir konumda olması gerektiği belirtilmekte olup, söz konusu fonksiyonları etkili bir şekilde uygulayabilmek için yapması gerekenler şöyle özetlenmektedir: 1. Sağlık politikası oluşturmak için veri ve bilgi toplamak ve bunları kullanmak, 2. uygun bir hukuki çerçeve oluşturmak, 3. kullanıcılara açık bir şekilde sorumluluk yükümlülüğü sağlamak, 4. politika hedefleri ve sağlık sistemi organizasyonu, finansmanı, kaynak tahsisi ve sunumu arasında uyum sağlamak olmalıdır. (Atun, 2005, s.43)

Buradan hareketle YKY anlayışının Türk sağlık sektörüne yansımaları olarak değerlendirilebilecek SDP kapsamında öngörülen kilit özellikteki kurumsal ve organizasyon değişiklikleri şunlardır:

- Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması çerçevesinde planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı,
- Desantralizasyon,
- Özel sektörden hizmet satın alımı, sözleşmeli personelin istihdamının sağlanması,

- SSK, Bağ- Kur, Emekli Sandığı ve Yeşil Kart programlarını tek bir çatı altında birleştirecek tek bir satın alıcı bünyesinde Genel Sağlık Sigortası'nın kurulması,

- Kamu hastanelerine özerlik tanımak, aile hekimliği modeline dayalı güçlü bir koruyucu sağlık ve birinci basamak sağlık hizmetleri sistemi oluşturmak,

- Etkili bir sevk sistemi kurmak ve sağlık kuruluşlarındaki hizmet kalitesini iyileştirmek vasıtasıyla sağlık hizmetleri sunumu sistemlerinin reforme edilmesi,

- SDP' nin sağlık reformu hedeflerinin gerçekleştirilmesi için birbiriyle ilintili konuların ele alınması.

- Yeterli bilgi ve becerilere sahip motive sağlık personelinin olması, sağlık sistemini destekleyecek eğitim ve bilim enstitülerinin güçlendirilmesi ve sağlık sektörü karar alma süreçlerinde etkili bilgiye erişimin iyileştirilmesi konularına yer verilmiştir. (Sağlık Bakanlığı, 2003)

AKP hükümetinin “Sağlıkta Dönüşüm Projesi” adı altında sunduğu proje Türkiye'deki liberalleşme çabalarının sağlık sektörüne yansımından başka bir şey değildir. 1980 sonrası bütün hükümetlerin sağlık alanında yapmaya çalıştıkları şey, devletin sağlık hizmetinin sunumundan çekilmesini sağlamak, özel sağlık sektörünü boşalan bu alana kanalize etmek için teşvikler vermek olmuştur. (Soyer, 2001, s.315)

3. SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİ SAĞLIK SİGORTACILIĞI VE TÜRKİYE'DEKİ GELİŞİMİ

Türkiye de sosyal güvenlik sistemi gelişimi ve sağlık sigortacılığının gelişimi aşağıda incelenmiştir.

3.1. Sosyal Güvenlik Kavramı

Sosyal güvenlik kavramı, bireylerin karşılayabilecekleri ve yaşamları için tehlikeli olabilecek olaylara karşı bir güvence arayışından doğmuştur. Bu güvenceyi vermesi beklenen ilk ve önemli kurum devlettir. (Erbay, 2004)

Sosyal güvenlik, temel olarak kişilerin istek ve iradeleri dışında meydana gelen ve onların malvarlığında, gelirlerinde ve çalışma gücünde kayıplara yol açarak kendilerinin ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin yaşamlarının devamını güçleştiren ya da imkânsız hale getiren tehlikelerin zararlarını telafi ve tanzim etmeye yönelik önlemlerden oluşur. Ayrıca sosyal güvenlik toplum üyelerinin çalışmak isteyenlerine iş bulmak, çalışmayanlarına bakmak, sağlık ve bakım hizmetlerini belirli bir seviyesini bedelsiz olarak sunmaktır. (TUSİAD, 1997, s.10-97)

Sosyal güvenlik konusunda belirlenen politika ve sistemlerin ulusal ve uluslararası düzeydeki gelişmesinde Birleşmiş Milletler tarafından 10 Aralık 1948 tarihinde kabul edilen “İnsan Hakları Evrensel Bildirisi”nin önemli bir payı vardır. Bildirinin 25. maddesi sosyal güvenlik kavramının anlam ve işlevlerini açıklığa kavuşturmuştur. Buna göre, “*Her kişinin gerek kendisi gerekse ailesi için yiyecek, mesken, tıbbi yardım ve gerekli sosyal hizmetler dâhil olmak üzere sağlık ve refahını temin edecek bir yaşam düzeyine ve işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık hallerinde veya geçim olanaklarında iradesi dışında yoksunluk yaratacak diğer bütün durumlarda sosyal güvenliğe hakkı vardır*” ibaresine yer verilmiştir. (Keskin, 2003)

Buradan hareketle, sosyal güvenlik sisteminde bulunması gereken özelliklere kısaca değinilecek olunursa; (M.Şakar, 1998, s.20)

Sosyal güvenlik bir sistemdir, her yönden yaygın ve kapsamı genişleyen bir sistem olarak gelişmektedir. Bireyleri, sosyal risklerin zararlarından korumayı amaçlayan sosyal güvenlik tedbirlerinin, belirli uyum ve düzen içerisinde uygulanabilmesi için etkin ve eşgüdümlü bir şekilde çalışacak bir örgüte gerek duyulması, sosyal güvenliğin bir sistem olarak incelenmesini gerektirir.

Sosyal güvenlik sistemi, hiçbir ayırım yapmadan tüm toplumu kapsar, bu özellik, Evrensel İnsan Hakları Bildirgesi'ndeki, her insanın toplumun bir bireyi olarak, sosyal güvenlik hakkına sahip olduğuna dair ilkeye uygun düşmektedir.

Sosyal güvenlik, toplumdaki bireyler için bir hak, devlet için ise bir görevdir, sosyal güvenlik devletin en temel görevlerinden biridir.

Sosyal güvenlik, asgari bir geçinme düzeyi sağlamalıdır, sosyal güvenlik sistemi, sosyal sigortalar aracılığı ile bir asgari geçinme seviyesi sağlamayı garanti eder.

Sosyal güvenlik sistemine yapılan katkı, yani prim ödemeleri tek oranlıdır, primlerin tek oranlı olması, sigortadan sağlanan faydaların kapsamının ve seviyesinin belirli bir sınırdan kalmasına neden olmaktadır. Gelir düzeyine göre kademelendirilmiş sigorta primleri ve sigorta faydaları, zorunlu sosyal güvenlik sistemi dışında kalmalı ve gönüllü sigorta sistemleri içinde kalmalıdır. Sosyal güvenlik sistemine katılmak zorunludur. Sosyal güvenlik sistemi, katılanların ödediği primlerle finanse edilir. Sosyal güvenlik sistemine yapılan katkı ve prim ödemeleri, sistemden yararlanmayı otomatik hale getirir.

Birçok ülkenin sosyal güvenlik sağlamak için kurdukları sistemler farklılık göstermektedirler. Çünkü bu sistem, o ülkenin geleneksel yöntemlerinin yanı sıra, toplumun gelir dağılımına, demografik yapısına toplumsal mücadele seviyesine, sağlık davranış seviyesine bağlı olarak şekillenmektedir. Bu nedenle sistemlerin de ulusal kimliklerinin olduğundan söz edilebilir. Türkiye Cumhuriyeti de, Osmanlı İmparatorluğu'ndan devraldığı ekonomik, sosyal ve kültürel etkileri sosyal güvenlik sistemi içerisinde yansıtmaktadır. (Erbay, 2004)

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 60. maddesinde belirtilen sosyal güvenliğin gerçekleştirilmesi için Türk sosyal güvenlik sistemi bünyesinde genel

olarak iki farklı program oluşturulmuştur. Bunlar primli sistem ve primsiz sistem olarak ikiye ayrılmaktadır. (TUSİAD, 1997, s.10-97)

3.1.1. Primsiz Sosyal Güvenlik Sistemi

Kimsesiz, muhtaç yaşlılar, malul, dul, yetim ve korunmaya muhtaç çocuklara karşılıksız olarak yapılan ve genel bütçe, belediyeler, çeşitli vakıf ve gönüllü kuruluşlar tarafından finanse edilen sosyal yardım ve hizmetleridir. 2022 sayılı 65 Yaş kanunu, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Fonu, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları, Sosyal Hizmet ve Çocuk Esirgeme Kurumu, Yeşil Kart uygulaması primsiz sistemin içerisinde yer alan kuruluşlardan bazılarıdır. Ancak bu tür harcamalar Gayri Safi Milli Hâsıla içindeki payı %0,1 ile sınırlıdır. Bu nedenle sağlanan yardım ve hizmetler yetersizdir.

Yukarıda sözü edilen sağlık harcamaları ülkemizde sosyal güvenlik sistemi içerisinde, devlet bütçesinden finanse edilen harcamalar olarak da adlandırılabilir. Ayrıca bunların arasında yerel yönetimler ve gönüllü kuruluşlar tarafından sağlanan kaynaklar da bulunmaktadır. Kamu sosyal güvenlik harcamaları sosyal sigortaların eksikliklerini gidermek için geliştirilmiştir. Sosyal güvenlik hizmetinden faydalanan kimsenin herhangi bir katkısının bulunmadığı bu hizmetlere primsiz uygulamalar denilmektedir. Ülkemizde bu hizmetler “sosyal yardımlar” ve “sosyal hizmetler” olarak iki ana bölüme ayrılmıştır. (TUSİAD, 1997, s.10-97)

Sosyal yardımlar, sosyal sigortalar tarafından kapsamayan veya kapsam dâhilinde olduğu halde korunmayan kimseleri, mali katkıları ile korumayı amaçlamaktadır. Doğrudan devlet bütçesiyle yapılan bu yardımlar, yoksullara, kimsesiz muhtaç yaşlılara, görev malullerine ve muhtaç çocuklara koruma sağlamaktadır. (Erbay, 2004)

Sosyal hizmetler, bireylerin içinde buldukları olumsuz koşullara karşı, mümkün olan asgari yaşam seviyesine kavuşabilmeleri için zorunlu olan sosyal etkenleri harekete geçirmeye yönelik çalışmalardır. Ülkemizdeki Sosyal Hizmet Kurumları şunlardır: Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, Yeşil Kart Uygulaması ve Gönüllü kuruluşlardır. (M.Şakar, 1998, s.20)

3.1.2. Primli Sosyal Güvenlik Sistemi

Kâğıt üzerinde sosyal sigorta esaslarına göre düzenlenmiş primli sistemdir. Primli sistem, esas olarak sigorta edilen kişinin kendi katkısı ile finanse edilir ve katkı oranında fayda sağlama ilkesine dayanır. Sosyal sigorta sistemi üç temel kurum tarafından yürütülmektedir. Bu kurumlar Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (Bağ-Kur) ve Emekli Sandığı (ES)'dir. SSK, özel sektörde çalışan işçiler, kamu işçileri, tarım işçileri ve isteğe bağlı sigortalılara hizmet vermektedir.

Bağ-Kur, esnaf ve sanatkârlar ve diğer bağımsız çalışanlar ile çiftçiler ve isteğe bağlı sigortalıları (ev hanımı ve muhtarlar), ES ise devlet memurlarını kapsamaktadır. Kesin olmayan verilere göre yaklaşık 62 milyon sigortalı nüfusun %49,92'si SSK'lı, %15,07'si Emekli Sandığı mensubu, %22,46'sı Bağ-Kur' lu, %0,42'si ise özel sandıklara mensubudur ve %12,13'lük bir nüfus dilimi ise sosyal güvenlik kapsamında değildir. Bu üç kurum yanı sıra mesleki sosyal güvenlik kurumları olarak sınıflandırılabilir çeşitli sandıklar ve kişilerin gönüllü katılımlarına dayalı özel hayat sigortaları da faaliyetlerini yürütmektedir. Ancak bu kuruluşların sistem içerisindeki payları oldukça düşüktür. Sosyal güvenlik sisteminin büyük bölümünü oluşturan bu üç ana kurum oluşturmaktadır. Bu kurumlara ilişkin bilgiler genel hatlarıyla ilerleyen bölümlerde ele alınacaktır.

3.2. Sigortanın Tanımı ve Sağlık Sigortası

Sigorta ya da güvenlik; en basit anlatımıyla bugünden geleceğe yönelik önlemler almak şeklinde tanımlanmaktadır. Bugünkü modern sigorta anlayışının gelişmesine, sıkıntıda olan insanlara yardım etmenin toplum olarak yaşamının bir sonucu ve insanlık onuruna yaraşan bir sosyal yükümlülük olduğunun kabul etmesi yol açmıştır(1).

Modern çağın yaşamımıza getirmiş olduğu olumlu yeniliklerin yanı sıra, kişileri tehdit eden tehlikelerin konuları da artmıştır. Birey ve üyesi bulunduğu toplum için çeşitli zararlar doğurabilecek bu tür tehlikelere karşı önlem alma ihtiyacı, aynı türde risklere maruz çok sayıda kişinin bir araya gelerek belli bir katılım ile riski bölüşmeleri fikrini ortaya çıkarmıştır. Başka bir deyişle, benzer olayların sayısı çoğaldığı oranda bunlara isabet edecek tehlike ihtimali oransal olarak azalacağından,

riskin gerçekleşmesi durumunda bireylerin uğrayacakları zarar da hafiflemiş olacaktır. Bu amaçla kurulan sistem, sigorta olarak anılmaktadır. Bir başka deyişle sigorta; sigortacının belli bir prim karşılığında diğer bir kimsenin (sigortalının) para ile ölçülebilen bir menfaatini zarara uğratan bir tehlikenin gerçekleşmesi halinde tazminat ödemesini kabul etmesidir. (Can, 2002)

Türk Ticaret Kanunu'nun 1263. maddesi sigortayı şöyle tanımlamaktadır: *“Sigorta, öyle bir akittir ki, bununla sigortacı bir prim karşılığında diğer bir kimsenin para ile ölçülebilir menfaatini, halele uğratan bir tehlikenin (bir rizikonun), meydana gelmesi halinde, tazminat vermeyi yahut bir veya birkaç kimsenin hayat müddetleri sebebi ile veya hayatlarında meydana gelen belli bir takım hadiseler dolayısıyla bir para ödemeyi veya sair edalarda bulunmayı üzerine alır”*. (Güven, 1995, s.94)

3.3. Sağlık Sigortası Uygulamaları ve Tarihsel Gelişimi

Sağlık sigortası; hastalık denilen durum ortaya çıktığında bunun giderilmesi ve bireyin yeniden sağlığına kavuşması için gereken mali yükü üstlenmek amacını taşıyan bir sigorta türüdür. (Babaoğlu, 1993)

Sağlık sigortası; sigortalıların hastalanmaları veya kaza geçirmeleri sonucunda oluşan doktor muayene, teşhis, tedavi, ameliyat, ilaç gibi tedavi giderlerine karşı teminat veren sigorta türüdür. Sağlık sigortası, kapsam altına alınan sigortalıların sigorta başlangıç tarihinden sonra meydana gelebilecek rahatsızlıklarıyla ilgili tetkik ve tedavi giderlerini kapsamaktadır. Sigortalının sigorta başlangıç tarihinden önce tedavi görmüş olduğu veya varlığından haberdar olduğu rahatsızlıklardan ileri gelebilecek tetkik ve tedavi giderlerini kapsamamaktadır. Sağlık sigortası poliçesinin süresi 1 yıldır.

Bu bölümde sağlık sigortası kavramı ve uygulamaları Türkiye özelinde ele alınmadan önce eski çağlardan bu yana sağlık sigortacılığının nasıl bir gelişim izlediğine yer veriliyor olunacaktır.

Genel çerçevede sağlık sigortalarının, kişilerin birbirine hastalık ve kaza hallerinde yardım etme ihtiyacı duyduklarında ortaya çıktığı söylenebilir. İlk çağlarda dağınık ve düzensiz olarak yapılmaya çalışılan bireysel hareketlerden sonra, orta çağda daha organize yardım amaçlı derneklerin kurulduğunu ve hastalık

veya kaza sonucu maddi manevi sıkıntıya düşen kişilere destek olunmaya çalışıldığı görülmektedir. Avrupa’da, çeşitli yerlerde çok dar kapsamlı kurulan bu dernekler, sağlık sigortalarının ilk adımları olarak algılanabilir. (Özgüç, 1996)

Ortaçağ Avrupa’sında, zanaatkârlar kendi aralarında kurdukları loncalar aracılığıyla üyelerinin hastalık nedeniyle sıkıntıya düşmesi sonucu uğrayacağı mali kaybı destekleriyle en aza indirgemişlerdir. Sanayileşme ile birlikte, hastalık nedeniyle işçinin gelirinin düşmesi, paylaşılması gerekli bir risk olarak görülmüş ve 18.yy.ın sonları ile 19.yy. başlarında aynı sanayi ya da yöredeki işçiler ve küçük çiftçiler hastalık riskine karşılık yardımlaşma sandıkları kurmuşlardır. Üyeler bu sandığa düzenli katkı sağlayarak sistemi devam ettirmişlerdir. (Özgüç, 1996)

İlk önceleri bu sandıklar aracılığıyla nakdi yardımlar sağlanmış, daha sonra loncalar doktorlardan hastalığı belgelemesini istemiş, daha sonra da üyelerine sunduğu sağlık hizmetini güvence altına almak amacıyla doktorlar ve hastanelerle sözleşme yapmaya başlamıştır. Bu güvence amacı, daha sonraları yatırımcı işverenler tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin satın alınması ile devam etmiştir. Zamanla, sektörlere göre risk beklentileri belirlenerek işçilerin de katkıda bulunmaları istenmiş ve sosyal sağlık sigorta sistemlerinin gündeme gelmesiyle zorunlu hale getirilmiştir. (Laroque, 1994, s.74)

İlk modern sağlık sigorta poliçesinin, Londra’da demiryolu yolcularının sigortalanması amacı ile uygulandığı bilinmektedir. 19. yüzyılın sonlarına doğru devletler de bu konuyla ilgilenmeye başlamış ve 1883 yılında Almanya, endüstri işçilerini zorunlu olarak sağlık sigortası yapmıştır. Alman hükümeti, belirlenmiş sanayilerde, belirli bir miktarın altında gelir sağlayan işçilerin bir hastalık fonuna zorunlu olarak bağlanmalarını ve bu fonun, işçilerin ve onların işverenlerinin zorunlu olarak ödedikleri primlerle finanse edilmesini öngördüğü bir mevzuatı kabul etmiştir. Bu mevzuat sosyal sağlık sigortası sisteminin başlangıcı olmuştur (Erdoğan, 1994).

20. yüzyılın başlarında Avusturya(1887), Norveç(1902) ve İngiltere’de (1910) da gönüllü sağlık sigortaları uygulanmıştır. Fransa ise 1921 yılında sağlık sigortasına ilişkin mevzuatı kabul etmiş olmasına karşılık 1930 yılında uygulamaya koymuştur. II. Dünya Savaşı sonrasında ise sağlık sigortası çok daha geniş

kitlelere ulaşmıştır. Ulusal sağlık sistemlerine paralel olarak, özel sağlık sigortaları da yine bu dönemde piyasaya çıkmıştır. (Erdoğan, 1996)

1930'lu yılların sonlarından itibaren sosyal politikalarda önemli bir kavram telaffuz edilmeye başlanmıştır: “*sosyal güvenlik*”. Bu kavram ile birlikte; sosyal güvenlik kapsamına alınan toplumsal riskler yeniden gözden geçirilerek, reform niteliğinde kararlar alınmıştır. Bu süreç, sağlık sigortasının sosyal hizmet ve özel hizmet ayrımı bakımından sosyal hizmete yönelmesine neden olmuştur. Uluslararası düzeyde, bugün bile halen sosyal politika kararlarını etkileyen bu süreç, Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) tarafından ana hatlarıyla biçimlendirilmiştir. ILO tarafından 1944 yılında kabul edilen 69 sayılı Tıbbi Bakım Tavsiye Kararı, hükümetlere; “bireyin tıp mesleği ve bağlantılı mesleklerin üyelerince, bakım ve tıbbi kurumlarda sağlanan diğer imkânlar için duyduğu ihtiyacın, bireye sağlığının yeniden kazandırılması, hastalığın daha da gelişmesinin önlenmesi ve hastalanan kişinin acısının hafifletilmesi amacıyla ve bireyin sağlığının korunması ve geliştirilmesi anlayışıyla” karşılanması çağrısında bulunmuştur (Bakanlar Kurulu Kararı,1974). Bu tavsiye kararı ile, tüm dünyada yeni kararlar alınarak, sağlık hizmet düzeyi ve kalitesi arttırılmaya çalışılmıştır.

Bu uygulama ile her ülke, toplumsal ideolojisine olduğu kadar geleneksel değerlerine ve ulusal şartlarına uyan bir sosyal güvenlik sistemi geliştirme yönünde hareket etmiştir. Sağlık hizmeti alanında kurumsal çerçeve, finansman yönetimi, gider-bölüşüm hükümleri ve hizmet sunma açısından organizasyon gibi birçok konuda farklı kararlar almıştır. Bu dönemde, sosyo-ekonomik yapıya bakılmaksızın sağlık hizmeti sağlanması kararı geniş katılım sağlamıştır. (Erdoğan, 1996, s.65)

Ülkemizde sigorta şirketleri 1990'lı yılların başlarında sağlık sigortası ürünlerini satışa çıkarmaya başlamışlardır. Sağlık sigortası satışına başlanmasının en büyük nedeni, sosyal güvenlik sisteminin içeriğinin, hizmet kalitesinin ve hızının yetersizliği sonucunda, hem bireylerin tedavi giderleri için bütçelerinden harcadıkları tutarın artması, hem de aldıkları hizmetten duydukları memnuniyetin azalmasıdır. 1990'lı yılların ortalarında, özellikle yabancı sermayeli şirketlerin insan kaynakları politikalarının bir uzantısı olarak çalışanlarına sağlık sigortası yaptırımlarının etkisiyle, ülkemizde özel sağlık sigortacılığı gelişmeye başlamıştır. Yabancı sermayeli şirketlerin çalışanlarına verdikleri bu faydayı gören kişiler, yerli sermayeli

işverenlerinden de bu faydayı talep etmişlerdir. Sağlık sigortalıların sayısının artması sonucunda, sigorta şirketlerinin sağlık sigortası branşında çalışanlarının sayısı ve nitelikleri de artmıştır. Ayrıca, özel sağlık kuruluşlarının (hastane, tıp merkezi vb.) sayısı ve yaygınlığı da, özel sağlık sigortasının gelişimine paralellik göstermiştir. Sigorta şirketleri sağlık sigortalılarına daha hızlı ve iyi hizmet verebilmek için, özel sağlık kuruluşlarında provizyon işlemlerini kolaylaştırmak amacıyla yeni yöntemler geliştirmiştir. Örneğin; pos cihazı aracılığıyla provizyon, internet üzerinden provizyon, sesli yanıt sistemi, hastane ofislerinde personel çalıştırmak provizyon sürecini iyileştirmek için geliştirilen yöntemlerdir.

Bazı özel sağlık kuruluşlarının, sağlık sigortalı sayısı fazla olan sigorta şirketlerine ofis tahsis etmeye başlaması sonucunda, bu ofislerde sigorta şirketlerinin ya da tedarikçi firmaların personeli çalışmaya başlamış, dolayısıyla sigortalıların provizyon işlemleri ile yakından ilgilenilerek, müşteri memnuniyeti artırılmıştır.

Ülkemizde sağlık sigortası poliçesini isteğe bağlı olarak gerçek kişiler tek başlarına ya da aile bireyleri ile satın alabilmektedirler. Ayrıca, yine isteğe bağlı olarak firmalar çalışanlarını ve/veya aile bireylerini sağlık sigortası kapsamında sigortalamaktadırlar. Mecburi olduğu için kendileri ve çalışanları için sosyal güvenlik sistemine prim ödeyen gerçek ya da tüzel kişiler sağlık sigortası poliçesi için sigorta şirketlerine ikinci kez ihtiyari olarak prim ödeyerek ekstra bir masrafa katlanmaktadırlar.

Sağlık sigortasının, devletin sağlamış olduğu sosyal güvenlik sisteminden en büyük farkı, özel sağlık sigortası yaptırmak isteyen kişilerin sigortalanmadan önce sigorta şirketlerinin hazırladığı bir başvuru formunu doldurmaları, bu formda geçmişteki ve mevcut sağlık sorunları ile ilgili yazılı bir sağlık beyanında bulunmaları ve beyan ettikleri önemli hastalıklarının poliçede kapsam dışı bırakılması ve bu hastalıklara ait giderlerin ödenmemesidir. Oysa sosyal güvenlik sisteminde, kısa bir süre prim ödeyen kişilerin hemen hemen istisnasız tüm hastalıklarına ilişkin giderler sigorta başlangıç tarihinden önce olup olmadığına bakılmaksızın devlet tarafından karşılanmaktadır.

Sigorta şirketleri özellikle bireysel poliçelerde ilk kez sağlık sigortası yaptıracak kişiler için bir üst yaş sınırı belirlemişlerdir. Bu yaş sınırı şirketten şirkete

60 ile 65 yaş arasında değişmektedir. Sigorta şirketleri belirledikleri bu yaşların üstündeki kişilerin ilk kez sigorta yaptıma isteklerine olumlu yanıt vermeyip bu kişileri sigorta kapsamına almamaktadırlar. Sigortaya girmek için alt yaş limiti yoktur. Bazı şirketler çocukları doğdukları gün itibarıyla sigorta kapsamına alırlarken, bazı sigorta şirketleri ise çocukları doğduktan 14- 15 gün sonra sigorta kapsamına almaktadırlar.

Primlerin, personeline sağlık sigortası yaptıran firma tarafından ödendiği, sigortaya katılımın zorunlu olduğu kurumsal poliçelerde genellikle sigorta şirketleri bir üst yaş sınırı uygulamazlar; çünkü bu firmalarda 60-65 yaşın üstünde olup çalışan kişiler firmanın sahipleri ya da üst düzey yönetici oldukları için sigorta şirketleri üst yaş sınırı getirmeden bu kişileri kurumsal poliçe kapsamında sigortalamak durumunda kalırlar.

Türkiye’de 2009 öncesi sağlık sigortaları uygulamaları; SSK, Bağ- kur, Emekli Sandığı, Özel Sandıklar, Yeşil Kart şeklinde sıralanırken 2009 yılına gelindiğinde 5510 Sayılı Genel Sağlık sigortası şeklinde uygulamaya geçilerek sosyal güvenlik sisteminde kökten bir reforma gidilerek tek çatı altında toplanılmıştır.

3.3.1. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)

1936 tarihli 3008 sayılı İş Kanunu ile Sosyal Sigortaların ilk temeli atılmıştır. Bu yasa ile sosyal güvenliğin bugün de geçerli olan bazı ilkeleri konulmuş ve sosyal sigortaların kuruluş ve gelişimi bu esaslara göre yönlendirilmiştir. Sosyal sigortalar uygulamaları ilk olarak 1946 yılında iş kazaları, meslek hastalıkları ve analık sigortaları ile başlamıştır. Daha sonra 1950 yılında ihtiyarlık sigortası, 1951 yılında hastalık sigortası takip etmiş ve 1965 yılında ise 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ile bütün hale gelmiştir. Ülke nüfusunun yaklaşık % 61,6’sına hizmet veren Sosyal Sigortalar Kurumu(SSK), Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’na bağlı olarak, özel hukuk hükümlerine bağlıdır. Mali ve idari bakımdan özerk, tüzel kişilikte bir devlet kurumudur ve Başbakanlık Yüksek Denetleme Kurumu’nun denetimine tabidir. SSK tarafından hastalık sigortası giderlerini karşılamak için sigortalıların maaşlarını %5’i sigortalılardan, %6’sı ise işverenden olmak üzere maaş üzerinden toplam %11 oranında prim almaktadır. (Hayran ve Sur, 1998, s.275)

3.3.1.1. Sosyal Sigortalar Kurumu Kapsamında Sağlık Sigortası Uygulamaları

Sosyal sigortalar açısından hastalık, geçici nitelikte tam iş görmezlik durumudur. Dolayısıyla hastalık hem sağlık yardımına ihtiyaç duymasına hem de sigortalının geçici gelir kaybına neden olur. Sosyal Sigortalar Kurumu her iki durum için de yardımda bulunmaktadır. Kurum tarafından verilen sağlık sigortası hizmetinden faydalanmak için öncelikle; sigortalının tıbben hastalanması gerekmektedir. Bir kimsenin, beden ve ruh sağlığının bozulması, tıbbi bakımdan hastalık hali olarak kabul edilir. 1999 yılından önce, hastalık yardımından yararlanacak olan kişi sigortalı ise, iş ve meslek hastalığı sigortasında olduğu gibi, belirli bir süre prim ödemiş olma şartı gerektirmeksizin, işe girdiği ilk günden itibaren hastalık sigortasından yararlanmaktaydı. Bu durum kötü niyetli bireylerin kullanımına açık olmasından dolayı 25.08.1999 tarih 4447 sayılı kanunun 32. maddesine eklenen bir hükümlerle değiştirildi. Buna göre; 60 günü hastalığın anlaşıldığı tarihten önceki 6 ay içinde olmak üzere 120 gün prim ödemiş olma koşulu getirilmiştir. Bunun yanında, sigortalının işten çıkış bildirimini yaptıktan sonra 6 ay süresince de sağlık yardımından faydalanması olanaklı hale getirilmiştir. SSK kapsamında sağlık sigortası hizmetleri arasında, sigortalının belirli bir süre prim ödemesi durumunda herhangi bir sosyal güvencesi bulunmayan eşi, öğrenim durumunun devamlılığına göre 25 yaşına kadar çocukları ve bakmakla yükümlü olması durumunda anne ve babası da sağlık yardımı alabilmektedir. (Gerek, 2002, s.173)

Sosyal Sigortalar Kurumu sağlık sigortası kapsamında sağlanan sağlık hizmetlerini şu şekilde sıralayabiliriz; sigortalının doktora muayene olması, doktorun gerek görmesi halinde sigortalının gerekli tanı işlemi ve tedavilerinin yapılması, teşhis ve tedavi için gerekirse tıp kurumlarında yatarak tedavisinin sağlanması, sağlık durumu gerektiriyorsa protez, araç-gereç gibi yardımcı tıbbi malzemelerin temin edilmesi ya da yenilenmesi ve ilaç giderlerinin ödenmesi. SSK kapsamında sigortalılar yakın tarihe kadar kurumun kendisine ait hastanelerden hizmet almakta idi. Son düzenlemelerde amaç tüm sosyal güvenlik sistemlerinin tek çatı altında toplanması olduğundan bu konuda atılan bir adımda; tüm sosyal güvenlik kuruluşlarının sigortalılarının devlete ve kurumlarına ait kamu hastanelerinden yararlanabiliyor olmasıdır. Bir başka deyişle sigortalı sağlık hizmeti almak üzere devlet eliyle hizmet verilen tüm kamu hastanelerine ve tıp kurumlarına

başvurabilmektedir. Sosyal Sigortalar Kurumu, sağlık sigortası kapsamında sigortalılar talep ettikleri bazı sağlık hizmeti karşılığında sağlık masraflarına belirli oranda katkı sağlama zorundadır.

Bu kapsamda; ayakta tedavi giderleri ve aynı tedavinin devamı olan ilaç masraflarının çalışan sigortalılar %20'sini emekli sigortalılar %10'unu ödemek zorundadır. Eğer sigortalının hastalığı hayati önem taşıyan bir nitelikte ve bu devlet hastanelerinde sağlık kurulu kararıyla kabul edilmiş ise katkı payı ödemedi ilaç alımı yapılabilmektedir. Ayrıca SSK, gerekli görülen hallerde sigortalıyı tedavi amacıyla yurt içinde herhangi bir yere gönderebilmektedir. Bu gönderme işleminde kendisi ve refakatçisinin yol giderleri yine kurum tarafından karşılanmaktadır. Yurt içinde tedavi olanağı olmadığı durumlarda ise, sigortalının hastalığın belirlendiği tarihten önceki bir yıl içinde en az 300 gün 75 hastalık sigortası primi ödemesi durumunda yurt dışına sevki sağlanabilmektedir. (Özveri, 2000, s.66)

Sosyal Sigortalar Kurumu, 1991 yılına kadar kötü niyetli sigortalıların hareketlerini önlemek amacıyla kendisini korumaya alarak hastalık durumunda tedavi sürelerinde kısıtlama getirmiştir. Sosyal sağlık sigortalarında temel amaç; bireyin hastalık süresi sona erip, birey sağlıklı düzeye gelinceye kadar tıbbi yardımın sağlanmasıdır. 17.01.1991 tarihinde bu durum Anayasa'ya aykırı bulunarak kaldırılmış ve böylece sağlık sigortası sigortalının hastalığı süresince zaman sınırlaması olmadan devam etmiştir. SSK, sigortalı sayısının çok fazla artmasına rağmen prim tahsilâtı konusunda yaşanan sorunlar nedeniyle sıkıntı yaşamıştır. (Demircioğlu, 2000, s.281)

3.3.2. Emekli Sandığı (ES)

Emekli Sandığı'nın sağlık yardımından, 657 sayılı Devlet Memurları, 18.03.1983'de bazı maddeleri değiştirilmiş olan, "Devlet memurlarının Tedavi Yardım ve Cenaze Giderleri Yönetmeliği"ne göre yararlanır. T.C. Emekli Sandığı 1949 yılında kamu görevlilerinin sosyal güvenliğinin sağlanması amacı ile kurulmuştur. Sandık, Maliye ve Gümrük Bakanlığı'na bağlıdır. Finansman kaynakları; 5434 sayılı T.C. Emekli Sandığı Kanunu'nun 14. Maddesinde sayılmıştır. En önemli gelir kaynağı primlerdir. İştirakçilerin maaşlarından kesilen kesenekler ve kurum karşılıkları yanında, sandık gelirlerinin işletilmesinde elde edilecek her çeşit kar ve bağışlar ise diğer gelir kaynağını oluşturmaktadır. Sandığın nakit durumu

gerekli ödeme ve harcamaları karşılayamaz ise; 5434 sayılı kanuna 08.07.1971 tarih ve 1425 sayılı kanun ile eklenen geçici 14. maddesinde, sandığın talebi ile Maliye Bakanlığı bütçesinin sosyal transferler bölümüne bu konu için konulacak ödenekten sandığa ödemedede bulunabileceği belirtilmiştir. Aktif çalışan memurlara hastalık sigortası vermediği için, memurlardan kesilen herhangi bir prim geliri yoktur. (Çelikoğlu, 1994)

3.3.2.1. T.C.Emekli Sandığı Kapsamında Sağlık Sigortası Uygulamaları

T.C. emekli Sandığı sağlık sisteminden yararlanmaya hak kazanmak aylık almaya hak kazanmakla aynı tarihte başlamaktadır. T.C. Emekli Sandığı 76 kapsamında sağlık sigortası; doktor muayenesi, laboratuvar incelemeleri, gerekli durumlarda yatarak tedavi hizmeti, tedavi süresince gerekli ilaç ve iyileştirme vasıtası sayılacak yardımcı tıbbi malzemelerin sağlanması, gerekli durumlarda sigortalının yurt dışına gönderilmesi yer almaktadır. Sağlık sigortası kapsamında sigortalı, yurt içinde tedavisi mümkün olmayan hastalık durumunda tedavi amacıyla yurt dışına gönderilebilir. Fakat bu belirlenmiş mercilerin onayı ile yapılmakta olup sadece devlet memuruna tanınmış bir haktır. Sigortalı prim ödeyerek herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna bağlı olmayan eş, çocuk, anne ve babasını da güvence altına alabilir fakat yurt dışında tedavi hizmetinden bu kişiler yararlanamazlar. (M.Şakar, 1998, s.119)

T.C. Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü'nce bu sandıktan aylık alanlara ve bakmakla yükümlü olduğu aile fertlerine resimli ve mühürlü sağlık karnesi çıkartılmaktadır. Sigortalı, T.C. Emekli Sandığı sağlık yardımından faydalanmaya başladığı ilk dönemde sağlık karnesi elinde olmadığından sağlık hizmet masraflarını kendisi karşılamakta daha sonra kurumdan tahsil etmektedir. Sigortalılar hastalık riski ile karşılaşmaları durumunda b karne ile devlet tarafından yönetilen hastane ve tıp kurumlarına başvurabilmekte ve sağlık hizmeti talep edebilmektedir. Ayakta tedavi giderlerinin %10'u sigortalı tarafından karşılanmaktadır. SSK'da olduğu gibi, hastalık hayati önem arz eden nitelik taşır ise resmi mercilerce onaylanmış rapor doğrultusunda sigortalıdan katılım payı alınmadan sağlık hizmeti alınabilmektedir. (Koç, 1998)

3.3.3. Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (Bağ-Kur)

30.12.1988 tarih ve 20235 sayılı Resmi Gazete de yayınlanan 1479 sayılı kanun kapsamına alınan Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanuna tabi sigortalılardır (Bağ-Kur). Bağ-Kur'da hastalık sigortası için sigortalılardan %12 oranında prim alınmaktadır.

Bağ-Kur belirli bir prim karşılığında devlet eliyle esnaf, sanatkârlar ve bağımsız çalışan vatandaşların sosyal güvenliklerini sağlamak üzere 1479 sayılı kanunla kurulmuş bir sosyal güvenlik kuruluşudur. 2 Eylül 1971'de 1479 sayılı kanunla sosyal güvenlik hükümlerini uygulamak ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı olmak üzere, "Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu" kurulmuştur. Bu kurumu Yüksek Denetleme Kurulu denetler. 1479 sayılı kanunla esnaf ve sanatkârlar ve diğer bağımsız çalışanlar Bağ-Kur sayesinde sosyal güvenlik şemsiyesi altına alınmış ve tüm yurttaki 01.10.1972 tarihinden itibaren uygulamaya başlamıştır.

Sağlık hizmeti, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, Mahalli İdareler, üniversiteler, Kamu İktisadi Teşebbüslerine ait sağlık tesisleri ile diğer sağlık tesislerinden satın alınmak suretiyle yürütülür. Sağlık hizmetinin hangi sağlık kuruluşlarından satın alınacağına tespitine Bakanlar Kurulu yetkilidir. (Ergüler, 2001)

3.3.3.1. Bağ-Kur Kapsamında Sağlık Sigortası Uygulamaları

Bağ-Kur'da sağlık sigortasından faydalanabilmek için diğer sosyal güvenlik kurumlarından farklı olarak bazı şartların sağlanmış olması gerekmektedir. Buna göre; Bağ-Kur sigortalısı olmak, en az sekiz ay sağlık sigortası primi ödemiş olmak, prim ve gecikme zammı borcu bulunmamak, çocuklar için öngörülen (yaş ve eğitim süresi) sınırlamasına uymak ve başka bir sosyal güvenlik kuruluşundan sağlık yardımı almıyor olmak gerekmektedir.

Bağ-Kur sigortalısı, sigortalılık niteliğini kaybettikten sonra 90 gün süre ile sağlık sigortasından faydalanabilmektedir. Sigortalılar sağlanan sağlık hizmetleri devlet eliyle yürütülen hastane ve tıp kurumlarınca yapılmaktadır. Sigortalılar 1 yıl süre ile geçerli olan sağlık karnesi verilmektedir. Bağ-Kur sağlık sigortası kapsamına

doktor muayenesi, teşhis için gereken tanı işlemleri, gerekli görülen hallerde yatarak tedavi hizmeti sağlanması ve hastalık süresince ilaç giderlerinin karşılanmasıyla diş ve gözlük giderleri girmektedir. Ayakta tedavi giderlerinin aktif sigortalı için %20, pasif (emekli) sigortalı için %10 katılım payı zorunluluğu vardır. Bu katılım payları yardımcı tıbbi malzeme talep edilmesi durumunda da geçerlidir.

3.3.4. Özel Sandıklar

1936- 1960 yılları arasında “istihsal vasıtası” niteliğinde olmadıkları ve “servet tevzii” hizmeti ile uğraştıkları gerekçesiyle İş Kanunu kapsamı dışında;1946-1960 yılları arasında da sosyal güvenlik kanunları kapsamı dışında kalmış olan bankalar, çalışanlarının sosyal güvenlik anlayışı kapsamına sağlık sigortası güvencelerini sağlamak amacıyla “Özel Emekli Sandıkları” kurmuşlardır.1939 yılında faaliyete geçen Türkiye İş Bankası tarafından kurulan sandık en eskisidir(Anadolu Hayat Sigorta A.Ş.1993).

1965 yılında 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu’nun yürürlüğe girmesi ile sandıklar genişletilerek bankalar, sigorta ve reasürans şirketleri, ticaret odaları, sanayi odaları, borsalar ve bunların oluşturduğu birliklerin personelinin malullük, yaşlılık ve ölümlerinde yardım yapmak üzere kurulan tüm sandıkları bu kapsama dahil edilmiştir (Anadolu Hayat Sigorta A.Ş. 1993). Bu sandıkların sağladıkları hizmetler asgari SSK kadar olmak zorundadır. Bu sandıklarda üye ve bakmakla yükümlü olduğu aile fertleri sisteme dâhil olarak hizmet almaktadır. Özel sandıkların kapsamında sağlık hizmetleri doktor muayenesi, teşhis için gerekli tanı işlemi, gerekli durumda yatarak tedavi, ilaç desteği, yardımcı tıbbi malzeme temin edilmesi, gebelik ve doğum teminatı, diş ve gözlük teminatı ve gerekli hallerde tedavi amaçlı yurt dışına sevki ve yol masrafları karşılanmaktadır.

3.3.5. Yeşil Kart Uygulaması

Yeşil Kart, ödeme gücü olmayan herhangi bir sosyal güvenlik sisteminden yoksun vatandaşların tedavi masraflarının karşılanması amacıyla uygulanan sosyal güvenlik ve sosyal sağlık sigortası temelli bir uygulamadır. Hiçbir sosyal güvenlik kurumu güvencesi altında bulunmayan aylık geliri veya aile içindeki gelir payı 1475 sayılı İş Kanunu’na göre belirlenen asgari ücretin vergi ve sosyal primi dışındaki miktarının 1/3’ünden az olan ve Türkiye’de ikamet eden Türk vatandaşlarının sağlık

giderlerinin Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçilinceye kadar devlet tarafından karşılanması amacını güden Yeşil Kart Uygulaması, maddi gücü ne olursa olsun tüm vatandaşlarımızın sağlık hizmet hakkının korunması esasına dayanmaktadır(Anadolu Hayat Sigorta A.Ş.1993).

3.3.6. 5510 Sayılı Genel Sağlık Sigortası Uygulaması

Özellikle son 15- 20 yılda daha yoğun bir şekilde olmak üzere, 1960’lardan bu yana Türk sağlık sistemi içerisinde Genel Sağlık Sigortası (GSS)’ nin kurulması tartışıla gelen bir konu olmuştur. Ancak 1 Ekim 2008 tarihi itibarıyla tartışmaların ötesine geçmiş ve uygulama süreci başlamıştır. Bu durum Türk sağlık sistemi açısından bir dönüm noktasını teşkil etmektedir. (Yıldırım, 2008, s.6)

Bir sağlık sisteminin bileşenlerinin etkileşimleri ve işleyişleri ağırlıklı olarak benimsenen finansman mekanizmasına göre şekillendiğinden GSS ile getirilmeye çalışılan ulusal sağlık sigortasının da Türk sağlık sektörü açısından önemli etkileri bulunmaktadır.

Bu düzenlemeyle sağlık sisteminin vergiler yoluyla finansmanı yerine sigortalılardan alınacak primlerle finanse edilmesi amaçlanmıştır. Bu durumda prim ödeyemeyenler sağlık hizmetinden yararlanamayacaktır. Hasta, aile hekimine başvurduğunda hekim vatandaşın önce primini ödeyip ödemediğini kontrol edecek, prim ödenmemişse devlet sağlık giderini karşılamayacaktır. (Demirbilek, 2008, s.3)

Kesin veriye dayanmamakla birlikte toplumun sigortasız kesimi, nüfusun %35’ini oluşturmaktadır. Bir başka saptama da Türk toplumunda sigortalı kesim içinde eksik sigortalı olarak nitelendirilenlerin oranının oldukça yüksek olmasıdır. Buradan hareketle ülkemizde kayıt dışı istihdam ve ücretlerin oranı düşünüldüğünde primli sistemin uygulanmasının halkın büyük bölümünün sağlık sigortası kapsamı dışında kaldığını göstermektedir. (Demirbilek, 2008, s.4)

Sağlık reform hedeflerinde de belirtildiği gibi herkesin sağlık güvencesine kavuşturulması ve tüm sağlık sigorta sistemlerinin tek çatı altında toplanması için girişilen arayışlar sonucunda “genel vergiler”, “genel sağlık sigortası”, “doğrudan cepten ödemelere” veya “karma sistem” arasından Genel Sağlık Sigortası seçeneğinde karar kılınmıştır.

GSS' nin getirdiklerine ve uygulamadaki zorluklarına daha yakından bakacak olursak bunları temelde iki ana kategoride belirtmek mümkündür. Bunlardan birincisi GSS' nin beraberinde getirdiği zorluklar, örneğin kurumsal değişim ve kapasite geliştirme ihtiyacını beraberinde getirmesi gibi, İkinci ana bileşen ise GSS' nin içine doğduğu ortamdır. Başka bir ifadeyle GSS' nin uygulanacağı sağlık sistemi, politik, ekonomik vb. dinamiklerle şekillenen ortam olarak ortaya konulabilir.

Türkiye SSK, Bağ- Kur ve Emekli Sandığı gibi sigorta kurumları uygulamaları nedeniyle sağlık sigortası konusunda belli bir deneyime sahiptir. Bu deneyim iyi kullanıldığında herkesi kapsama olmak üzere sağlık finansman reformu ile hedeflenen amaçlara ulaşmak için geçiş süreci verimli ve etkili kılınabilir görüşü bulunmaktadır.

Yine aynı olumlu bakış açısına göre kurumun bu pozisyonu aynı zamanda hizmet sunucuları arasındaki rekabeti de artırabilecek, artan bu rekabet beraberinde hizmet kalitesini de ön plana çıkarabilecektir. Buna karşılık hizmet sunucuları arasında oluşacak bu rekabet kimi hizmet sunucularında daralmalara- personel vb. açısından- ve hatta kapanmalara kadar gidebilecektir. (Yıldırım, 2008, s.4)

Teorik olarak GSS uygulamasına hastalar cephesinden bakıldığında ise, herkesi kapsama, dayanışma ve hakkaniyet ilkelerini sağlamaya dönük olarak kurgulandığından hizmetlere erişim ve kullanımdaki farklılıkları elimine etmeyi hedeflemektedir. Ayrıca kullanıcı katkılarının yaygın ve esnek olarak öngörülmesi zamanla temel teminat paketinde daralmalara, dolayısıyla doğrudan cepten ödemelerin artışına yol açabilecektir. Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında yer alan aile hekimi muayenelerinden katılım payı alınmayacağı belirtilirken, birinci basamak sağlık hizmet sunucularında yapılan muayenelerde katılım payı almamaya ya da daha düşük tutarlarda belirlemeye Kurum yetkili kılınmıştır. Burada birinci basamak sağlık hizmetleri yapısı içerisinde katılım payı açısından ikili bir yapı oluşturulmuştur ki bu da aile hekiminin bulunduğu yer ile bulunmadığı yerdeki hizmet alıcıları arasında bir hakkaniyetsizlik unsuru olarak ortaya çıkacaktır. (Yıldırım, 2008, s.5)

3.3.7. Özel Sağlık Sigortaları

Türkiye’de Cumhuriyet Dönemi sonrasında, siyasal ve toplumsal yapı ile uyumlu olarak sosyal sağlık sigortası sistemi uygulanmaya başlandı. Temel amaç; savaş sonrası toplumun sağlık düzeyini yükseltmek ve ekonomik, sosyal ve kültürel bakımdan ilerleme kaydetmek olmakla beraber özel sağlık sigortalarının gelişiminin bu nedenle ABD ve Avrupa’ya göre daha yavaş olmasına sebep oldu. Sosyal güvenlik kurumlarının sigortalılara sunmakta olduğu sağlık hizmetlerinin yetersiz kalması, uygulanması gereken tedavinin mali imkanların yetersiz olması nedeniyle ileri tarihlere atılması gibi nedenlerle sigortalılar özel sağlık kurumlarından hizmet almaya ve masraflarını kendi bütçesinden ödemeye başladılar. Bu durum hızla artan sağlık giderlerini bir risk paylaşım kurumu olan sigorta şirketlerinin özel sigorta poliçelerinin gündeme gelmesine neden oldu. (Ulaş, 1997, s.159)

Türkiye’de özel sağlık sigortaları kaza sigorta konusu içerisinde yer almakta iken, bir süre sonra bu kapsamdan çıkartılarak hastalık sigortası olan başka bir sigorta türü haline getirilmiştir. Özel sağlık sigortalarının amacı, bireylerin yaşamları boyunca karşılaşılabilecekleri hastalık riskine karşılık, onların ekonomik zararları paylaşmak ve belirli oranlarda kar elde etmektir. Türkiye’de özel sağlık sigortalarında serbest tarife uygulanmakta olup teminatlar ve fiyatlar serbest piyasa koşullarında belirlenmektedir. Uygulamaların genel çerçevesi olan “Hastalık sigortası genel şartları” devlet tarafından çizilmiştir. Özel sigorta şirketleri bu şartlara eklemeler yaparak istedikleri sağlık hizmeti teminatını müşterilerine sunabilmektedirler. (Ulaş, 1997, s.197)

Teknik olarak özel sağlık sigortası kapsamındaki kişilere her türlü teminatın verilmesi mümkündür. Ancak ülkemizde genellikle sigorta şirketleri sınırlı teminatlarla poliçeler sunmaktadır. Bunun nedeni mali derinliklerinin çok fazla olmamasından kaynaklanmaktadır. Ayakta ve yatarak tedavi hizmetlerinin sunulduğu sağlık sigorta poliçelerinde; yardımcı tıbbi malzeme giderleri, ambulans hizmetleri, kemoterapi, radyoterapi, diyaliz gibi şirketler tarafından poliçenin cazip hale getirilmesi için sunulan ek hizmetler de yer almaktadır. Bazı şirketler günlük tazminatlar şeklinde teminatlar verirken bazıları yıllık limitli poliçeler sunmaktadır. Teminatların pek çoğu kaza ve acil durumlar dışında bazı bekleme sürelerine tabi

olup poliçenin devam etmesi halinde bu şart aranmamaktadır. Doğum teminatı genellikle bir yıllık bekleme süresine tabidir.

Sigorta şirketleri genellikle sağlık kuruluşları ile anlaşma yaparak sigortalılarının anlaşmalı kurumlardan hizmet almasını istemektedir. Bu durum sigorta şirketi ile sağlık kurumu arasında yapılan anlaşmaya bağlı olarak maliyeti düşürmektedir.

Sigorta şirketi sigortalılarının tazminat ödemelerini direkt olarak bu kurumlara yapmakta bu sayede sigortalı için ödeme konusunda sıkıntı oluşmamaktadır. Anlaşmalı olmayan kurumlarda sağlık hizmeti alan sigortalılar hizmet karşılığı aldıkları faturaları ve sigorta kurumunun tazminat ödemesi için belirttiği belgeleri sigorta şirketine teslim etmesi durumunda tazminat ödemesini alabilmektedir.

Sağlık poliçelerinde yurt dışında sağlık giderlerini karşılayanlar da vardır(Hazine Müsteşarlığı, Sigortacılık Genel Müdürlüğü web sitesi). Özel sigorta şirketleri tarafından sunulan sağlık sigorta poliçeleri ferdi nitelik taşıdığından sigortalı kendi için prim ödeyerek bakmakla yükümlü olduğu aile bireyleri poliçeye dahil edilmemektedir. Sağlık hizmetini özel sigorta şirketi aracılığı ile almak isteyen aile bireyleri için ayrıca belirlenmiş primleri ödemek zorundadır. Sigorta şirketinin, sigortalı adayını risk analizi yaparak sistemine dâhil etmeme hakkı vardır. Her sigorta şirketi risk analiz sınırlarını kendisi belirler ve yaş, boy-kilo oranı, geçirilmiş hastalıklar, cinsiyet ve meslek bilgileri risk analizini etkilerler. Türkiye’de özel sağlık sigortası sistemine girmek isteyen sigortalı adayları için en büyük sorun; çifte prim ödeme durumudur.

Ülkemizde sosyal sigorta sistemi uygulanmakta olup gelir sahibi her birey bu sisteme zorunlu olarak girmek ve prim ödemek zorundadır. Özel sağlık sigortası aracılığı ile hizmet almayı seçtiği zaman sosyal sigorta sisteminden ayrılmak gibi bir şansı yoktur ve sisteme prim ödemeye devam eder. Bu durumda sosyal sağlık sigortasının sunduğu sağlık hizmetlerinden yararlanmamakta ama prim ödemeye devam etmektedir. Bu özel sağlık sigortası satın almanın maliyetini yükseltir ve ülkemizde özel sağlık sigortası sistemine katılımı engellemektedir(Hazine Müsteşarlığı, Sigortacılık Genel Müdürlüğü web sitesi, sağlık sigortası genel

şartları). Türkiye’de özel sağlık sigortaları kapsamında verilen hizmetleri aşağıdaki şekilde belirtebiliriz:

ÖZEL SAĞLIK SİGORTA POLİÇESİ TEMİNATLARI

Sağlık sigortası genel şartları Sigorta şirketleri teminat limitlerinin kendi risk analiz değerlendirmelerine göre belirlemektedir. Bu nedenle piyasada mevcut sigorta şirketlerinde birbirinden farklı teminat ve dolayısıyla farklı prim seçenekleri sunulmaktadır.

Ayakta tedavi giderleri Yatarak tedavi giderleri

- *Doktor muayene giderleri
- *Ameliyat giderleri
- *Reçeteli ilaç giderleri
- *Hastane/doktor hizmet giderleri
- *Tanı giderleri
- *Doğum giderleri
- *Diş tedavisi giderleri
- *Tanı ve ilaç giderleri
- *Gözlük Giderleri
- *Fizik tedavi giderleri

Diğer Teminatlar

- *Yardımcı tıbbi malzeme ve suni uzuv giderleri
- *Ambulans hizmetleri giderleri
- *Evde bakım ve rehabilitasyon giderleri
- *Yurt dışı hastalık tedavi giderleri
- *Kemoterapi, radyoterapi ve diyaliz giderleri

Kaynak: Hazine Müsteşarlığı, Sigortacılık Genel Müdürlüğü web sitesi
(www.sigortacilik.gov.tr 13.07.2010)

3.4. Genel Sağlık Sigortası Sistemi Uzmanlarının Değerlendirmesi

Genel Sağlık Sigortası, görünüşte “herkese eşit ulaşılabilir sağlık hizmeti” sloganıyla gerçekten çok olumlu bir çıkış noktası olduğunun altını çizmektedir. Ancak satır araları okunduğunda gerçek tablo bu çerçeveye uygun görünmemektedir.

1. GSS, katılımın zorunlu olduğu primli bir sistemdir. Her sigortalıdan prime esas kazancının % 12, 5’ i oranında sağlık primi kesilmesi söz konudur. Bu primin % 7, 5’ i işveren, % 5’ i ise işçi tarafından karşılanmaktadır. Kimi kesimlerce eleştiriye konu olan özellikle devlete ödenen vergilerin zaten bu tip hizmetleri almak için olduğu öne sürülmekte dolayısıyla ikincil bir sağlık vergisi olarak yorumlanmaktadır. Buna göre prim ödemeyenler, sağlık hizmetlerinden yararlanamayacaklardır.

2. Hizmetin sunumu ile finansmanının ayrılması yani sağlık hizmetlerinin özertleştirilmesiyle işletmeleşen sağlık hizmetlerinde kullanılan her türlü sağlık hizmetinden değişen oranlarda katkı payı alınabilmektedir.

3. Eleştiriye konu olan en kritik noktalardan biri sağlık hizmetlerinin tasarı aşamasındayken sunulan “temel teminat paketi” ile sınırlı tutulmasıdır. Örneğin temel paket 100 birim fiyatındadır ve ayaktan tedavi hizmetlerini ve bazı yataklı tedavi hizmetlerini kapsar. Bu hizmetlerin hepsi limitlidir. Bu paketin dışındaki hizmetlerin alınması durumunda cepten ek ödeme yapılması söz konusu olmaktadır. Temel teminat paketi tepkilere karşı artık kullanılmamakta ancak günümüzde farklı formlarda (“Global Bütçe” söylemi içerisindeki tasarruf tedbirleri adı altında) içeriğini muhafaza etmektedir.

4. Kişilerin bir önceki yıl sağlık giderlerinin miktarına bakılarak bir sonraki yıl ödeyecekleri prim miktarında artış ya da düşüş yapılabilmektedir. Yani tıpkı kasko uygulamasında olduğu gibi, sağlıkta da çok kullanan çok, az kullanan az ödeyecektir yaklaşımı vurgulanmaktadır. (Tufan, 2010, s.155-156)

Bu yaklaşımın sağlık hizmeti sunumu açısından etkilerine bakıldığında artık karşı karşıya bulunulanın “hasta” değil, “müşteri” olduğu sonucu net bir şekilde ortaya çıkmaktadır.

4. ÖZEL SİGORTA KAVRAMI ve TÜRKİYE'DE ÖZEL SAĞLIK SİGORTACILIĞI

Amaç

Bu araştırma özel sigorta kavramını açıklamak ve Türkiye'de özel sağlık sigortacılığının durumunu ortaya koymak amacıyla hazırlanmıştır.

Kapsam

Araştırma Türkiye'deki özel sağlık sigortacılığını kapsamaktadır.

Yöntem

Araştırma nitel araştırma yöntemlerinden belgesel kaynak tarama yöntemiyle gerçekleştirilmiştir. Konu ile ilgili yazılı kaynak kitap, makaleler ve internet siteleri taranmış, ulaşılabilen kaynaklardaki bilgilerden faydalanılarak ve kişisel yorumlar eklenerek hazırlanmıştır.

Sınırlılıklar

Bu araştırma özel sağlık sigortacılığı ve ulaşılabilen kaynak kitap makale ve internet siteleriyle ve araştırmacının yorumları ile sınırlıdır.

4.1. Özel Sigorta Kavramı

Bireylerin hayatları boyunca karşılaşılabilecekleri zarar durumlarının ekonomik ve sosyal sonuçlarından korunmak amacıyla tedbir alma yollarından dolayı özel sigorta kavramı doğmuştur.

4.1.1. Özel Sigortacılığın Gelişimi

Sigorta, bireylerin yaşamlarında bazı şartlar altında karşılaşılabilecekleri zarar ve masraflara neden olan olayların ekonomik sonuçlarından kendilerini korumak için önceden tedbir alma ihtiyaçlarından doğmuştur. Bireyler günlük yaşam içerisinde hastalık veya kaza riskleriyle karşı karşıyadırlar. Ekonomik birikimlerini aşan, büyük tutarlarda tedavi masrafları yapmalarını gerektiren olaylar meydana gelebilir. İşte bu gibi durumlara karşı önceden tedbir alma ihtiyacı duyulmuştur. İleriye düşünerek

sigorta yapma ihtiyacı, bireylerin karakter, eğitim ve sosyal sınıflarına bağlı olarak zaman ve bulunulan yere göre değişiklik gösterebilmektedir.

Henüz ülkemizde olmasa da dünyanın tüm gelişmiş ekonomilerinde lokomotif rol üstlenen sigortacılığın, sanayileşmekte olan ekonomilerin en dinamik sektörlerinden biri olduğu görülmektedir. Günümüzün gelişmiş ülkeleri yüksek kalkınmışlık düzeylerine, başka değişkenlerin yanı sıra önemli ölçüde sigortacılık faaliyetleri sonucu yaratılan büyük ölçekli birikimlerle ulaşmışlardır. Gelir seviyesi düşük olan ülkelerin ekonomilerinde ağırlığı hissedilmeyen sigorta sektörü, ülkenin gelir seviyesi yükseldikçe ekonomik kalkınma içerisinde önem kazanmaya başlamaktadır. Ekonominin gelişmişlik düzeyi arttıkça sigortacılığın yaygınlaşacağı, sigorta kavramı toplumda yerleştikçe ekonomik gelişmenin ivme kazanacağı genel bir kural olarak kabul edilmektedir. (Türkiye Vakıflar Bankası Anonim Ortaklığı, 2000, s.2)

Sigortacılık sektörünün özellikle gelişmiş batı ülkelerindeki konumu, yatırım ve kalkınmaya sağladığı büyük boyutlu kaynaklar, hayat standartlarını yükseltici etkisi, topladığı uzun vadeli fonları diğer zayıf ve gelişmekte olan ekonomilere borç olarak kullandırma mekanizması, sektörü farklı birçok alanda fayda sağlayan bir pozisyona itmiştir. (Gümüş, 2006, s.69)

Gelişmiş ülkelerde sigorta şirketleri sermaye piyasalarının en güçlü kurumsal yatırımcılarından biri olarak faaliyet göstermektedir. Çünkü bu ülkelerde sigortaya olan talep Türkiye'dekine göre çok yüksektir. Örneğin İsviçre'de yıllık toplam prim üretimi Türkiye'deki yıllık toplam prim üretiminin 10 katı fazladır. Bu durum ülkemizde sigortaya olan talebin eksikliğini göstermektedir.

Türkiye'de sigortaya olan talep üzerine yapılan bir araştırmada, sigorta yaptırmaya isteklerinde olan tüketiciler, yaptırmak istedikleri sigorta türleri içerisinde ilk sırada %33,6 ile özel sağlık sigortasını belirtmişlerdir. (Orhaner, 1996, s.46)

Yine bir başka çalışmada sigortası olmayıp sigorta yaptırmak isteyenlerden %34'ü sigorta türleri içerisinde özel sağlık sigortasını yaptırmak istediklerini belirtmişlerdir. (Erdoğan, 1993, s.153)

Bu araştırmalar Türkiye’de özel sağlık sigortasına potansiyel bir talebin olduğunu göstermektedir. Sigortayı satın alma davranışının neden gerçekleşmediği ise irdelenmesi gereken konulardan biri olarak durmaktadır. Özel sağlık sigortasının tüketiciler tarafından daha fazla tercih edilebilir olmasında poliçe fiyatının ve gelir düzeyinin önemli bir etkisinin olduğu bilinmektedir. (Karabulut, 1988, s.2)

Özel sağlık sigortası primlerinin ykseklinden müşteriler olduğu kadar sigorta satıcılarının da yakındığı izlenmektedir. Yapılan bir araştırmada katılımcıların %24’ünün sigorta yaptırmayışlarını gelir düzeylerinin yetersizliğine bağladıkları grlmştir. Bir başka araştırmada, özel sağlık sigortası satın almama nedeni olarak araştırmaya katılanların %48’i ihtiyaç duymamayı, %20,4’ ise gelir düzeylerinin yetersizliğini göstermiştir. (Yiğit, 2007, s.70)

Sigorta primlerinin daha fazla tüketicinin alım gücüne hitap edebilecek düzeyde olması kuşkusuz tüketicinin ilgisini ve tercihini arttıracaktır. Ancak talep düşüklüğünün nedeni, gelir etkeni dışında sigorta ihtiyaının yeterince uyandırılmamasından da kaynaklanmaktadır. (Karabulut, 1988, s.17)

Sigortacılığın gelişmiş olduğu ülkelerde sigorta sektörü ülke ekonomisinde itici bir g sağlayarak ulusal gelişmeyi motive etmekte, önemli bir tasarruf birikimi yaratmak suretiyle, sosyo-ekonomik kayıpları azaltmakta, vergiye kaynak oluştırmakta, genel refah düzeyini yükseltmekte ve uluslararası ekonomik ilişkilerle ticareti arttırmaktadır. (Türkiye Vakıflar Bankası Anonim Ortaklığı, 2000, s.2) lkemizde de özel sağlık sigortacılığının gelişmesinin sosyal ve ekonomik sorunların çözümüne katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Sağlık hizmetlerinin finanse edildiği kaynaklardan biri olması bakımında da önem taşımaktadır. Ancak kaynakların arttırılması kadar bu kaynakların verimli kullanılması da önemlidir. (World Health Organization (WHO), 2004, s.73)

4.1.1.1. Dünyada zel Sağlık Sigortacılığının Gelişimi

Sigorta ile ilgili birçok ilkenin ve uygulamanın sebeplerinin anlaşılmasında özel sigortanın tarihçesini incelemek yararlı olabilir. Aslen sigorta fikri kanun koyucunun eseri olmaktan çok insanoğlunun gereksinimlerinin bir sonucudur.

Dolayısıyla sigortanın tarihçesi aynı zamanda insanoğlunun gereksinimlerinin de tarihçesidir. Önce de belirtildiği gibi insanoğlunun en önemli gereksinimlerinden biri güvencedir. Bu gereksinim önceleri aile ve toplum tarafından karşılanırken, sonraları tarihsel açıdan sigorta niteliğini taşıyabilecek ilk uygulamalara Hammurabi Kanunlarında (M.Ö.1750) rastlanmaktadır. Bu kanunlarda, evi soyulan kişinin öldürülmesi durumunda, devletin, geride kalanlara tazminat ödeyeceği taahhüt edilmektedir.

Bunun dışında Eski Yunan ve Roma'da da benzer zarar üstlenme ve tazmin uygulamalarına rastlanmaktadır. Ortaçağda sigorta uygulaması ile en yakın benzerliği olan örgütlerin loncalar olduğu görülmektedir. Bugünkü karşılıklı sigortanın temeli sayılan loncalar, o dönemde özellikle İngiltere ve Almanya'da yaygındır. Temel amacı dinsel, sosyal ve ekonomik olan loncalar, üyelerinin belli risklere maruz kalmaları halinde onlara parasal yardım yapan karşılıklı dayanışma Örgütleridir. Aslen, ileriki dönemlerde loncaların birçoğu karşılıklı sigorta şirketlerine dönüşmüştür.

Sigortalıların özellikle yaşam sigortalarında bu tür iyi niyet kurallarına aykırı hareketleri söz konusu olmaktadır. Bunlara sigorta hilesi adı verilmektedir. Sigorta hilelerine karşı iyi niyetin esas olması gerektiğini savunan ve bu konuda ilkeler ortaya koyan doktrine “uberrima fides” doktrini denmektedir. İngiltere'de ilk gerçek karşılıklı sigorta şirketi The Life Assurance and Annuity Association adı ile 4 Ekim 1699 yılında kurulmuştur. (Black ve Skipper, 2000, s.49)

Bunun dışında hemen hemen aynı dönemde ortaya çıkan bir başka gelişme ise denizcilikte yaşanmaktadır. Özellikle İtalyan denizcileri ile başlayan ve İngiliz denizcileri ve süren bu gelişimin esasını, denizcilerin, deniz risklerine karşı birbirlerini güvence altına almaları oluşturmaktadır.¹

Sigortacılık bu dönemdeki haliyle başta Common Law'in ilgisini çekmezken, 18- yüzyılda Sigorta Odasının (Chamber of Assurance) kurulması ile yasal bir statüye de kavuşmuştur. (Black ve Skipper, 2000, s.49)

¹ Deniz sigortalarının en önemli gelişme evresi Londradaki bir barda gerçekleşmiştir. Lloyd isimli bir şahsa ait ve gemcilerin uğradığı bu barda; sefere çıkacak gemici malın değerini bir kağıda yazmakta, bunun için istediği tazminatı ve ödeyeceği primi belirlemektedir. Diğerlerinin bu riski ve tazminatı kabul etmesi ile sigorta sözleşmesi oluşmaktadır. Lloyds'un bu uygulaması çok yaygın ve etkili olmuş ve İngiltere'de 1906 Deniz Sigortaları Kanununda Lloyds'un uygulamalarının büyük etkisi olmuştur.

Deniz sigortası ilkeleri sonraları başka dallara da uygulanmıştır. Örneğin 1660 yılında Londra yangını sonrası yangın sigortası; 18. yüzyılda gelişen endüstrileşme olgusu ile bir gereksinim olarak yaşam ve kaza sigortaları ortaya çıkmıştır. (Morton, 1984, s.3)

Modern anlamda bir yaşam ve kaza sigortası ise ancak kapitalizmin toplumca kabul görmesi ve bilim adamlarının olasılık ve aktüeryal hesaplar konusunda yeni teoriler geliştirmeleri ile olanak bulmuştur. (Morton, 1984, s.12-13) Fransa'da gerçek anlamda ilk yaşam sigorta şirketi Compaigne d' Assurance Generales sur la Vie 1819'da; Almanya'da ise Deutsche Lebcnversicrieriung Gesellschaft adı ile 1828'de kurulmuştur. Japonya'da ilk yaşam sigortası şirketi olan Meiji Life Assurance 1868'de faaliyete geçmiştir.

ABD sigorta uygulamasına ilişkin ilk bilgiler American Weekly Mercury dergisinin 1721 yılında yayınlanan bir nüshasında yer alan bir sigorta reklamıdır. Bunun dışında ilk yaşam sigortası sayılabilecek uygulama 1794 yılında kurulan ve dinsel yönü ağır basan Presbyterian Minsters Fund'dur. Tek amacı sigortacılık olan İlk şirket ise 1812'de kurulan The Pennsylvania Company For The Insurance on Lives and Granting Annuities 'dir. (Black ve Skipper, 2000, s.52)

Yirminci yüzyıl başlarında bir önceki yüzyılın çizgisini sürdüren sigorta şirketleri özellikle 1950'ler ve 1960'larda altın çağlarını yaşamışlardır. Ancak 1970'lerdeki tüketici esaslı gelişim (consumerism) sigorta şirketlerinin altın çağını sona erdirmiş ve bir düşüş başlamıştır. Değişen düşünce kalıpları, şirketlerin 1980 ve 1990'larda eski rahat günlerini ortadan kaldırmıştır.

4.1.1.2. Türkiye'de Özel Sağlık Sigortacılığının Gelişimi

Ülkemiz açısından 1862 yılından önceki dönemde sigorta sayılabilecek bir uygulamaya rastlamak güçtür. Gerek Osmanlı ve gerekse Selçuklu Devletlerinde görülen vakıf ve loncalar ise bir sigorta sisteminden çok yardım kuruluşları niteliğini taşımaktadır.

1862 yılındaki gelişme ise Riunioni Adriatica di Sigurta adlı İtalyan şirketinin İstanbul'da faaliyete geçmesidir. 1870'de Beyoğlu Yangınından sonra ise birçok yabancı sigorta şirketinin İstanbul'da acente açtıkları görülmektedir. (Tahsin ve Saka, 1929, s.175)

1892 yılında ilk kez Türk ortakların da bulunduğu Osmanlı Umum Sigorta Sirkeli kurulmuştur. Dönemin en yaygın sigorta branşları yangın ve denizciliktir. 1894 itibarıyla İstanbul'da denizcilik branşında 52, yangın branşında 49 ve yaşam branşında 36 sigorta şirketi faaliyette bulunmaktadır¹⁷⁵. 1923 yılında İzmir İktisat Kongresi ile İş Bankası kurulmuş; İş Bankası ise ilk reasürans şirketini 1929'da kurmuştur. Bundan sonraki yıllarda, yoğun şekilde Türk ve yabancı ortaklardan oluşan sigorta şirketleri kurulmaya başlanmıştır. Bu gelişme günümüzde de devam etmektedir. Tarihsel gelişimini kısaca incelediğimiz sigorta sektöründe bugün için gelinen nokta ise kaybın ya da zararın olabileceği her riskin sigortalanması yönündedir. Başka bir deyişle bugün için her türlü risk özel sigortaların konusunu oluşturabilmekte, özel sigortalar çok geniş bir uygulama alanına sahip bulunmaktadırlar.

Sigorta kapsamına dâhil olan durumlar ile olmayan durumlar yazılı olarak poliçe ve eklerinde belirtilir. Kapsam dışında bırakılan istisna durumları üç grupta toplanır. (T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Sigortacılık Genel Müdürlüğü, 2006)

Bu istisna grupları şunlardır:

Genel İstisnalar: Sağlık Sigortası Genel Şartları tarafından belirlenmiş olan istisnalardır. Bu istisnalar genellikle sigortalı bireyin kötü niyetli durumları ile doğal afet gibi toplumun büyük kesimini ilgilendirebilecek risklerdir. Genel şartlar aynı zamanda sigortalının sigorta yapılırken, riskin unsurlarını etki edebilecek bilgilerin kasten ya da kusur sonucu beyan edilmemesi hallerinde de tazminatın ödenmemesi veya kısmı olarak ödenmesi ile ilgili hükümleri de içermektedir. Poliçe özel şartlarında Genel İstisnalara ek istisnaların konulabilmesine de izin verilmektedir.

Poliçenin İstisnaları: Sigorta şirketlerinin sigorta ürününün özelliklerine göre belirledikleri hastalık ve durumlardır. Bu durumlar poliçe özel şartlarında belirtilir. Sigorta özel şartları aynı zamanda sigorta sözleşmesi yerine geçer. (Resmi Gazete, 28 Kasım 2006)

Sağlık sigortacılığında diğer sigorta türlerinde olduğu gibi istatistik ve diğer bilimsel esasların verdiği sonuçlara göre sigorta edilecek risklerle sigorta edilmeyecek riskler ayrılır ve seçilir. Örneğin çok sık rastlanan ve yüksek tedavi

maliyetlerine neden olan risklerin sigorta edilmesinden kaçınılır. Teminata tamamen veya belirli bir süre için dâhil edilmeyen durumlar poliçenin standart istisnaları olarak belirlenir. Bu istisna halleri sigorta şirketlerine veya sigorta şirketinin ürün çeşidine göre farklılık gösterebilir. Standart istisnaları kendi içerisinde iki bölümde belirtilir:

Standart Bekleme Süreli Durumlar: Bu durumlar sigortaya ilk giriş tarihinden itibaren belirli bir süre teminat altında olmayan, bu sürenin tamamlanmasından sonra teminata dâhil edilen tedavi giderlerini kapsar. Genellikle bireysel sigortalarda uygulanır.

Standart İstisnalar: Bu istisnalar süresiz olarak ve aynı poliçe kapsamında olan herkes için geçerli olan teminat dışı durumları kapsar. Tanı, tanı konusu rahatsızlığın oluş şekli ve uygulanacak tedaviye göre istisna durumları belirtilir. Genellikle bir sigorta şirketinin belirli bir grup sigorta ürününde aynıdır. Kurumsal sigortalarda kurumun sigorta işlemlerini yürüten aracı şirketin portföy büyüklüğüne, kurumun sigortalı sayısının ve primin büyüklüğüne göre bu istisnalarda kurum lehine değişikliklere gidildiğine sıkça rastlanmaktadır.

Özel Koşul: Sigortalının sigorta başvurusu sırasında ortaya çıkmış veya belirtileri nedeniyle ortaya çıkması kuvvetle muhtemel rahatsızlıkları ve bununla ilgili tedavi giderleri için konulan ve yalnızca sigortalıya özel olarak uygulanan kısıtlayıcı durumdur. Özel koşullar aşağıdaki şekillerde uygulanabilir:

Özel İstisna: Sigortalının taşıdığı riske göre belirli durum ve hastalık nedeniyle oluşacak tedavi giderlerinin tamamının sigorta teminatlarının kapsamı dışında bırakıldığında durum veya durumları belirtir. Aynı poliçe kapsamındaki diğer kişiler için teminat 22 kapsamında olan bu durumlar yalnızca o sigortalı için istisna tutulabilmektedir. Özel istisna, poliçe süresi içerisinde sigortalının eksik veya yanlış beyanının sigorta şirketi tarafından öğrenilmesi halinde eksik veya yanlış beyan edilen durumun istisna bırakılması şeklinde de uygulanabilmektedir.

Kısıtlayıcı Koşul: Sigortalının taşıdığı riske göre belirli durum ve hastalık için gerçekleşecek tedavi giderlerinden, farklı ve daha yüksek oranda sigortalının üstlenmesi gereken kısmı belirten katılım payı uygulanması, tedavi giderlerinin yıllık yada her bir tutarında sigortalının belirli bir bölümünü karşılaması gereken muafiyet

tutarı konulması, bu harcamaların belirli bir limit ile sınırlandırılması veya harcamaların yapılacağı ülke, bölge yada sağlık kuruluşu türü kısıtlamasıdır.

Kurumsal sağlık sigortalarının risk değerlendirme sürecinde sigortalanacak kişilerin sayısına, yerleşim yerlerinin coğrafi dağılımına, yaş ortalamasına, mesleklerine göre farklı yaklaşımlar gösterilebilir. Kurumsal sağlık sigortalarının risk değerlendirmelerinde genellikle kurumdaki kişilerin sigorta kullanım eğilimine, kullanım sıklığına, ortalama tedavi maliyetlerine, sağlık kuruluşu tercihlerine, hastalık ve kaza profillerine bakılarak karar verilir. Sigortalının, sigorta başvurusu sırasında sorulduğu halde beyan etmediği bir bilginin sigorta edildikten sonra sigortacı tarafından öğrenilmesi durumunda, sigortacının yeniden risk değerlendirmesi yapma hakkı doğmaktadır. Sigortacı bu durumda da özel koşul kararı uygulayabilir. Sigorta süresi içerisinde yapılan bu değerlendirmede eksik veya yanlış beyanın risk durumuna ve sigortalının beyan eksikliğindeki kasıt veya kusur durumuna göre sigortaya sigortacı tarafından başvuru sırasında alınabilecek tüm kararlar alınabilmektedir.

Bu karar, sigortanın yapılmamasını gerektirecek bilginin kasten eksik veya yanlış verilmesi halinde poliçenin iptali yönünde de olabilmektedir. Sigortalı özel koşul kararını kabul etmez ise sözleşme sona erdirilir. Sigortacı sigortalının poliçesinin yenilenmesi döneminde sigortalılık süresinde gelişen risk durumlarını da kapsayacak şekilde yeniden risk değerlendirmesinde bulunabilmekte, özel koşullarda ve teminatlarda değişiklik yapabilmektedir.

4.2. Özel Sağlık Sigortası Kavramı

Sağlık sigortasının ortaya çıkış nedeni, hastalanma veya kaza riskine ve bunun yaratacağı ekonomik sonuçlarına karşı bir önlem alma gereksinimidir. Tek kişinin karşılaştığı risk nedeniyle uğradığı zararı karşılaması, aynı risk altında olup henüz zarar görmemiş insanlar topluluğunun katılımıyla karşılanmasına göre daha zordur. Sigorta şirketleri burada aynı tehlike altında olan kişilerin varlıkları arasında denge sağlayan bir aracı kurum durumundadır. (Kender, 1985, s.2)

Sağlık sigortası, birey ve grubun taşıdığı sağlık hizmetlerinin yüksek maliyetlerini karşılayamama riskini topluma veya diğer sigortalılara yayan bir uygulamadır. (Tiryaki ve Tatar, 2007, s.125)

Sağlık sektörünün belirsizlik (risk), hastalık ve sakatlık hali ile ne zaman, nerede, nasıl karşılaşılabileceğinin bilinmemesi ve sağlık hizmeti ihtiyacının doğduğu durumda bu hizmetlerin bedelinin kişilerin ekonomik güçlerini aşabilme olasılığı gibi kendine özgü özellikleri, kişilerde sağlık hizmeti gereksinimlerini güvenceye alma arzusunu doğurmuştur.

Bu gereksinim, sağlık sigortasının temel gerekçesini oluşturmaktadır. (Kender, 1985, s.124) Özel sağlık sigortalıların sağlık hizmetlerinden bürokratik engellere veya sıkışıklıklara takılmadan, kamu sigorta sistemlerine göre daha kolay yararlanabilmeleri, bu gereksinimi arttırmaktadır.

Sigortanın temelinde yatan, bireyleri ve grupları olası zararlara karşı koruma amacıdır ve sigorta şirketleri bunu risk paylaşımı uygulaması ile yani bireyin ve grupların taşıdığı riskin tüm sigortalılara yayılması ile sağlamaktadır. (Kender, 1985, s.125)

Sigortacılık faaliyetlerinin amacı, sigortalanması mümkün olan risklerin meydana gelmesinden kaynaklanan zararların teminat altına alınarak maddi varlıkların kaybını önlemek, mali sorumlulukların karşılanmasını temin etmek, sigortalıya güvence ve koruma sağlamaktır.

Sigorta şirketleri, piyasanın mevcut ve değişen gereksinimlerine uygun yeni ürünler geliştirmekte, hastalık veya kaza halinde oluşan tedavi giderlerini ödemek suretiyle hizmet fonksiyonlarını yerine getirmektedirler.

Özel sağlık sigortasını, sigortalıların sigorta süresi içerisinde yaralanmaları veya hastalanmaları durumunda tedavi giderlerinin poliçede belirtilen şartlara göre karşılandığı bir sigorta türü olarak tanımlamak mümkündür. Ancak bazı durumlarda sağlık riskinin ve riske neden olan durumun sigorta süresi içerisinde oluştuğunun belirlenmemesi, bu sigorta türünün kendine özgü güçlüklerinden biridir. Bireylerin tamamen sağlıklı olarak sigorta sistemine girmeleri beklenmemekte ya da sağlık sigortası yalnızca tamamen sağlıklı insanlara pazarlanmamaktadır. Bireyleri, yüksek tedavi gideri getirmeyeceği öngörülen kabul edilebilir hastalık ve şikâyetleri ile sigortalamak da mümkün olabilmektedir. Bireyler belirli rahatsızlık ve şikâyetlerini sigorta şirketine beyan etmekte, bu sağlık beyanında belirtilen ve büyük risk getirmediği düşünülen bazı mevcut hastalıklar için hiç bir kısıtlayıcı koşul

konulmamakta, risk getireceği öngörülen bazı hastalıklar için, hastalığın tedavisinin sigorta şirketine getireceği mali yüke göre, standart prime ek olarak ayrıca prim alınmaktadır. (Ekener, 1995, s.5)

Dolayısıyla, özel sağlık sigortasının verdiği güvenceler sadece sigortalandıktan sonra ortaya çıkan risklerle sınırlı kalmamaktadır. Bu değerlendirmelerden sonra özel sağlık sigortasını, sigorta süresi içerisinde poliçe şartlarına giren bir durumdan dolayı kaza veya hastalanma hali nedeniyle ortaya çıkan tedavi giderlerinin, poliçede belirtilen limit dâhilinde, sigorta şirketinin masraflara katılım payı oranında ve sigortalının muafiyet tutarı kısmı dışında ödendiği sigorta türü olarak tanımlamak mümkündür.

İleriki bölümlerde ayrıntılı detaylı şekilde ele alınacak olan özel istisna konusu ise, poliçe şartlarına göre güvence verilen bir hastalık veya durumun, bu riski taşıyan sigortalı için güvence dışında olması halidir.

Burada risk kaza sonucu yaralanma veya sakat kalma ya da hastalanma durumudur ve bu risk bir sigortalı için sigorta öncesinden kısmen veya tamamen gerçekleşmiş durumdadır. Risk taşımadığı kabul edilen veya taşıdığı riskin güvence dışında tutulduğu bireyler için ise standart prim tarifesi uygulanmaktadır.

Özel sağlık sigortalarında standart prim tarifesi genel olarak bireylerin cinsiyetine, yaşına ve verilen sigorta güvencelerinin getirebileceği tedavi giderlerine göre oluşturulmaktadır. Standart prim tarifelerinin oluşturulmasında başlıca üç şekil bulunmaktadır. (OECD, b.t.)

Bunlar, riske göre tarifeleştirme, tek tarife ve üstlenilen riski karşılamak amacıyla ödenen primlerle fon oluşturulması olan kapitalizasyon yöntemidir. Riske göre tarifeleştirme bu bölüm içerisinde anlatılan bireysel ve kurumsal sigortalarda farklı şekilde ele alınmaktadır. Tek tarife uygulamasının ise sağlık sigortalarında yaygın olmadığı görülmektedir. Bu sistem İrlanda, Avustralya gibi ülkelerde daha gelişmiştir. Devlet sigortalarında olduğu gibi, kişilerin gelirlerine göre bir ödeme sistemi vardır.

Sağlık sigortalarında sigorta sözleşmeleri genellikle bir yıl sürelidir. Bazı ülkelerde 1 yıldan daha uzun sürelidir. Süre sonunda yeni tarife geçerli olur.

Sözleşmeler taraflarca yenilenebilir veya Portekiz, Avusturya, İrlanda, Avustralya, Yunanistan, Almanya, İsviçre de olduğu gibi yalnız sigortalı tarafından yenilenir.

Türkiye’de ise serbest tarife sistemi geçerlidir ve sigortanın başlama tarihindeki tarife uygulanmaktadır. Özel sağlık sigortası sözleşmeleri, sigorta şirketlerinin üretim sınıflamasına ve sigorta ettirenin tüzel veya gerçek kişi olma durumuna göre bireysel ve kurumsal olarak iki grupta ele alınmaktadır:

Bireysel (Ferdî) Sağlık Sigortaları:

Sigorta satın alma kararını bireyin kendisinin verdiği, sigorta primini satın alan bireyin kendisinin ödediği, tek başına veya aile bireylerinin de katılabildiği küçük ölçekli sigorta poliçeleridir. Bireysel sigortalarda standart sigorta ürünleri ve bunların prim tarifeleri uygulanmaktadır. Bireysel sigortalarda verilen teminatların kapsamı, istisnaları ve uygulama esasları sigorta şirketi tarafından belirlenmekte ve bireysel tüketicilerin tercihine sunulmaktadır.

Kurumsal (Grup) Sağlık Sigortaları:

İşverenin çalışanlarını veya çalışanları ile birlikte onların aile bireylerini özel sigortaladığı, sigorta priminin kurum tarafından ödendiği, işyerindeki çalışanların kendiliğinden dâhil olduğu sigorta sözleşmeleridir. Bu sözleşmelerde işveren, sigorta ettiren konumundadır. Teminatların çeşidi ve kapsamı, işveren tarafından talep edilir. Sigortaya giriş, bireysel poliçelere göre daha kolaydır. Kurumdaki sigortalanacak kişi sayısının çokluğu ve sigorta priminin büyüklüğü, sigorta şirketleri arasındaki rekabeti arttıran bir unsur olarak görülmektedir.

Türkiye’de sigortalı sayısı ve prim üretimi büyüklüğü açısından bakıldığında kurumsal sigortaların bireysel sigortalara göre daha yaygın olduğu görülmektedir. (Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği (TSRŞB), b.t.)

Amerika Birleşik Devletlerinde de çoğunluk bu sigorta kapsamındadır. Fransa’da sigortalıların üçte ikisi işverence yüklenilen bu sigorta ile teminat altındadır. (OECD, b.t.)

Bireysel ve kurumsal sigortalarda pazarlama özellikleri açısından bazı farklılıkların olduğu görülmektedir. Bireysel sigortalar, kurumsal sigortalara göre pazarlık ve rekabet şartlarından daha az etkilenmektedir. Çünkü bireysel sigortalarda fiyat ve teminat, yani sigorta ürünü sigorta şirketi tarafından belirlenmekte ve tüketiciye sunulmaktadır. Kurumsal sigortalarda ise sigorta ürünü daha çok grubun isteklerine göre şekillendirilmekte ve sigorta şirketleri bu ürün yapısına göre primlerini hesaplayıp tekliflerini vermektedir. Sigortanın kurum tarafından satın alınması işlemi ise genellikle açık eksiltme şekline göre gerçekleşmektedir. Bu da sigorta şirketlerini rekabetçi bir duruma itmektedir. Bu bakımdan bireysel sigortalar, sigorta sektörü tarafından daha fazla tercih edilen bir portföy türü olmaktadır. Ancak bireysel sigortaların pazarlama faaliyetleri kurumsal sigortalara göre daha zor ve maliyetlidir. Çünkü kurumsal sigortalarda küçük bir pazarlama ekibiyle binlerce kişinin bulunduğu kurumları sigortalamak ve yüksek tutarda prim toplamak mümkün olabilmektedir. Bireysel sigortalarda ise referans bulmak, bireylerden randevu almak, görüşme gerçekleştirip ürününü müşteriye beğendirmek ve satın alma kararını verdirmek kurumsal sigortalara göre daha zahmetli ve maliyetli olabilmekte, sonucunda bir ya da bir kaç kişiye sigorta satılabilmektedir. (Karabulut, 1988, s.74)

MedNet sistemindeki verilerin incelenmesinde bir bireysel poliçeye ortalama 1,2 sigortalı düşerken bir kurumsal poliçeye 80,5 sigortalı düştüğü görülmektedir. Bu da kurumsal poliçelerde birim başına düşen satış maliyetinin bireysele göre daha düşük olduğunu göstermektedir.

4.2.1. Temel Teminat Türleri Bakımından Özel Sağlık Sigortası

Özel sağlık sigortası, önceden kararlaştırılan belirli durumlar için teminat veren, belirli durumları ise istisna tutarak sigorta teminatları dışında tutan bir sigorta türüdür. Her özel sağlık sigortası sözleşmesinde verilen teminatların kapsamı, limiti, geçerli olduğu coğrafi bölgesi, acil ve acil olmayan durumlardaki kapsamı, varsa muafiyeti ve sigortalı katılım payı belirtilir. Sözleşmede yer almayan teminatlarla ilgili tedavi giderleri karşılanmamaktadır.

Türkiye’de sigorta şirketlerinin sigorta ürünleri benzer özellikler taşımaktadır. Genel olarak teminatlar kapsamlarına göre üç ana gruba ayrılmaktadır. Bunlar, hastane tedavisi, ayakta tedavi ve bu teminatlara ek olarak alınabilen ek teminatlar grubudur.

4.2.1.1. Yatarak Tedavi Teminatı

Yatarak tedavi teminatı olarak da adlandırılan hastanede tedavi teminatı temel teminatdır. Sigortalının tıbbi açıdan hastanede yatmasını veya acil hastane hizmetlerinden ya da hastanede yatmasını gerektirmeyen ancak hastanede yapılması gereken gündüz hastane hizmetlerini kapsamaktadır. (Güneş Sigorta A.Ş., 2006)

Tedavi giderleri ile ilgili riskin büyük bölümü bu teminat içerisindedir. Hastane tedavisi teminatı olarak adlandırılmasının nedeni, hastaneye yatma koşulu olmayan durumları da kapsıyor olmasıdır. Acil bir nedenden dolayı hastaneye başvuran bir sigortalının hastaneye yatırılarak tedavi edilmesine tıbben gerek görülmebilir. Bu durumda yapılan muayene, tanı amaçlı işlemler ve tedavi giderleri bu teminattan değerlendirilmektedir. Yine acil olmayan ve hastanede yapılması gereken ancak sigortalının hastanede yatmasına veya gecelemesini gerektirmeyen alçı uygulaması, kemoterapi ve radyoterapi gibi tıbbi işlemlerin giderleri de bu teminattan karşılanmaktadır. Bu bakımdan hastane tedavisi tanımı, yatarak tedavi tanımına göre daha uygun bir tanımdır. Bu teminatın, sağlıktaki temel ihtiyacı karşılayan ve sigortalının sigorta teminatları içerisinde en öncelikli talep ettiği teminat olduğu da söylenebilir. (Çatpınar, 2005, s.40)

Bu teminat tek başına verilebildiği gibi diğer teminatlarla birlikte de verilebilir. Bu teminattan karşılanan tedavi giderleri çeşidi ise sigorta şirketlerine ve sigorta şirketlerinin ürün çeşidine göre farklılık gösterebilir. Çeşitli limitlere, sigorta şirketinin tedavi giderlerine katılım yüzdesine, tedavi giderlerinden sigorta şirketinin muaf tutulduğu muafiyet tutarlarına, teminatların geçerli olduğu coğrafi bölgelere ve geçerli olduğu anlaşmalı sağlık kuruluşlarına göre farklı özellik ve seçeneklerde uygulanabilmektedir. Muafiyetli poliçeler günümüzde çok yaygın olmasa da Sosyal Güvenlik Sisteminin sağladığı teminata ek olarak Tamamlayıcı Sigorta olarak da biçimlendirilebilmektedir. (Özsarı, 2001)

Sosyal Güvenlik Kurumu'nun finansman sorunları nedeniyle özel sağlık kuruluşlarında gerçekleşen tedavi giderlerinden belirli bir kısmını karşılayabiliyor durumda olması, aşan kısmın boyutunun birey için ekonomik sıkıntı yaratabilecek ölçüde olabilmesi bu tür sigortalara olan gereksinimi yaratmıştır.

4.2.1.2. Ayakta Tedavi Teminatı

Ayakta tedavi teminatı, hastaneye yatırılmayı veya hastanede tedavi edilmeyi ya da gözlem altında tutulmayı gerektirmeyen durumlardaki hekim bakımı ve muayenesi, önerilen ilaçların alınması, tanı amaçlı incelemeler, fizik tedavi hizmetlerini kapsayan bir teminat grubudur. (Güneş Sigorta A.Ş., 2006)

Bu teminat, genellikle tek olarak satılmayıp hastane tedavisi teminatına ek olarak sunulmaktadır. Hastane tedavisi teminatının ameliyat ve hastanede tıbbi tedavi giderleri gibi yüksek maliyetler yerine hekim muayenesi gideri, reçeteli ilaç bedeli gibi daha küçük riskleri kapsamaktadır. Ancak sigortalının tercih ettiği bir durumda kullanım inisiyatifinin olması bu teminatın kullanım sıklığının yüksek seyretmesine ve ortalama kişi başı tedavi maliyetlerinin ve dolayısıyla da sigorta priminin hastane tedavisi teminatına göre daha yüksek olmasına neden olmaktadır. Gereksiz kullanımı önlemek amacıyla bu teminatla ilgili tedavi giderlerinde hizmet başına muafiyet veya yaygın olarak kullanılan sigortalı katılım payı uygulanmaktadır.

4.2.1.3. İlave Teminatlar

Bu teminatlar, belirli bir sigorta grubunun ihtiyacı olabilecek özellikte olan ve sözleşmedeki diğer teminatlarda bulunmayan tedavi giderlerini kapsayan, ancak çoğu kez ek primle isteğe bağlı olarak alınabilen teminatlardır. Kullanım oranı genellikle yüksek olabilen ve bu nedenle de teklif edilen primin artmasına neden olan bu teminatların limit ve katılım payı gibi özellikleri grubun isteği üzerine belirlenir.

Bireysel sigortalardan daha çok kurumsal sağlık sigortalarında uygulanmaktadır.

Hamilelik ve doğum, gözlük camı, gözlük çerçevesi, lens, organ nakli, diş tedavisi, suni uzuv, yardımcı tıbbi malzeme, özel sağlık kontrolü tetkikleri, koruyucu aşı, ulaşım giderleri ve gündelik tazminat gibi teminatlardır.

4.2.2. Özel Sağlık Sigortası Uygulamaları

Bu bölümde Türkiye’de özel sağlık sigortasının sigorta yasalarına göre uygulanışı ve işleyişi hakkında temel bilgilere yer verilmiştir. Türkiye’de özel sağlık sigortasının işleyişi Türk Ticaret Kanununda Sigorta Hukuku, bu kanunun yer vermediği durumlarda Borçlar Kanunu, 13 Haziran 2007 tarihinde yürürlüğe giren

Sigortacılık Kanunu ile Sağlık Sigortası Genel Şartlarında belirtilen düzenlemelere göre yürütülmektedir. Özel sağlık sigortacılığı ile ilgili ayrı bir yönetmelik çalışması T.C. Hazine Müsteşarlığı ile Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği tarafından sürdürülmektedir.

4.2.2.1. Özel Sağlık Sigorta Sözleşmenin Aktörleri

Özel sağlık sigortası sözleşmelerinde üç taraf vardır. Bunlar karşılıklı olarak sözleşmeyi yapan sigorta şirketi (sigortacı) ve sigorta ettiren ile sözleşmeden doğan menfaat ilişkisinden yararlanacak olan sigortalıdır. (Kender, 1985, s.122) Bu tarafların sigorta sözleşmesindeki yasal konumları şu şekildedir:

Sigortacı:

Sigortalıya ait riski, prim karşılığında satın alan ve riskin gerçekleşmesi halinde poliçede taahhüt ettiği teminat tutarının tazminini yüklenen kuruma sigortacı denir. Sigorta sözleşmesinin tarafıdır. Özel sağlık sigortası alanında yasal olarak faaliyet gösteren sigorta şirkettir.

Sigorta Ettiren:

Kendisinin veya lehdarının taşıdığı riski prim karşılığında sigortacıya devreden kimsedir. Burada lehdar sigorta ilişkisinden yararlanacak olan kişi veya kişiler ya da kurumlardır. Bazı sözleşmelerde “Menfaatdar” olarak da belirtilir. Sigorta ilişkisinde sigorta ettiren risk satıcısı, güven alıcısı durumundadır. Sigorta Ettiren sigortalı olabilir veya kendisi sigortalı olmadan sadece sigortadan yararlanacak kişileri sigortalatabilir. Sigorta priminin ödenmesiyle yükümlü olan gerçek veya tüzel kişiliktir. (T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Sigortacılık Genel Müdürlüğü, 2006)

Sigortalı:

Riskin gerçekleşmesi halinde sigorta sözleşmesinden doğan haklardan yararlanacak olan kişidir. (Kender, 1985, s.125) Sigortalı ile sigorta ettiren aynı kişi olabileceği gibi farklı kişiler de olabilir. Bunun dışında sigortacının sigortalısını zarara uğratan tarafa karşı halefiyet durumu vardır.

Sağlık sigortalarında bu durum bir şahsın veya kurumun kusurlu bir halden dolayı sigortalının hastalanması veya yaralanmasına neden olması, ortaya çıkan tedavi masraflarını sigorta şirketinin ödemesi ve ödediği bu masrafları bu duruma kusurlu bir şekilde neden olan şahıs veya kurumdan geri talep etmesi olarak açıklanabilir.

4.2.2.2. Özel Sağlık Sigortasında Risk Değerlendirmesi

Kabul ve Risk Değerlendirme Sigortacılıkta sigorta şirketinin sigortalanacak varlıkla ilgili olarak risk değerlendirmesinde bulunması ve bu değerlendirmeye göre sigorta bedeli belirlemesi gerekmektedir. Mal sigortalarında malın mevcut durumunu ve malın kısmen veya tamamen zarara uğramasına neden olabilecek fiziki çevresel risk koşullarını ve bu risk koşullarına göre sigorta primini belirlemek mümkün olabilmektedir. Ancak sağlık sigortalarında kişinin gözle seçilebilir bedeni araz ve sakatlıkları dışında dış görünümüne bakarak belirlenemeyen hastalıkları bulunabilir. Seyri başlamış olan ancak belirti vermeyen veya belirtileri kişi tarafından fark edilmeyen hastalıklar olabilir. Kişinin taşıdığı hastalık riskinin belirlenebilmesi için sağlık kontrolü yaptırmak da sigorta şirketine olan maliyeti ve pazarlamada yaratacağı fiziki zorluk açısından sorun olabilmektedir. Sigorta yasasına göre sağlık sigortalarında sigortalanacak kişinin bildiği, hissettiği, fark ettiği, haberdar olduğu sağlık sorunlarını beyan etmesi gerekmektedir. (T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Sigortacılık Genel Müdürlüğü, 2006) Bu beyan edilen bilgilere göre başvuran kişinin sigortaya kabulü konusundaki karar, sigortacılık ve tıp bilgisine sahip kişiler tarafından verilmelidir. (Ekener, 1995, s.39)

Türkiye'deki özel sağlık sigortası uygulamalarında bireysel sigortalarda risk değerlendirme sürecinin kurumsal sigortalara göre daha metodolojik şekilde yapıldığı görülmektedir. Sigorta şirketi, kişinin yalnızca mevcut sağlık durumuyla ilgili bilgilerle yetinmeyip sosyal durumu, yaşam tarzı, hobi ve faaliyetleri, çalışma düzeni gibi kişinin sağlık durumunu etkileyebilecek özellikler hakkında da bilgi almaktadır. (Münich Re, 1998)

Sigorta priminin ve tazminatlarının büyük oranda reasürans şirketleri tarafından paylaşıldığı durumlarda risk kabulünde uygulanacak metot, çoğu kez riski en fazla oranda paylaşan reasürans şirketi tarafından belirlenmektedir. Bu durum yüksek tutarlı teminat veren sigorta ürünlerinde sık rastlanmaktadır. Verilen

teminatın tutarının boyutuna, bir anlamda üstlenilen riskin büyüklüğüne göre sigortalı adayına belirli muayene ve tetkiklerin yapılması ve buradan çıkan sonuçların da risk değerlendirmesine alınması istenmektedir.

Risk değerlendirmesi sürecinde sık karşılaşılan bir sorun, sigortalının başvuru formundaki soruları hatalı ya da eksik cevaplama veya cevapsız bırakmasıdır. Bu durumda sigorta şirketi sigortalısının taşıdığı risk konusunda tam ve doğru bir bilgiye sahip olamamaktadır. Sigorta başvurusunda beyan edilmeyen rahatsızlıklarla ilgili tedavi giderleri, sigorta özel şartları gereği kabul edilmemektedir. (Güneş Sigorta A.Ş., 2006) Sigorta uygulaması riskin sigortacıya tam olarak bildirilmesi ve sigortacının da bu riske göre uygun primi alarak sigorta yapması esasına göre yürütülmektedir. Yanlış veya eksik beyanda bulunulması, sigortalının hastanede tedavisi sırasında sigorta şirketi tarafından tedavi giderlerinin karşılanmasının ret edilmesine neden olabilmektedir.

Bu durum sigortalı ile sigorta şirketi arasında sorun yaşanmasına neden olmaktadır. Risk değerlendirmesi ile ilgili olarak alınan beyan formları ve içerikleri sigorta şirketlerine göre farklılıklar gösterebilmektedir. Ancak bu konuda deneyimli reasürans şirketleri tarafından başvuru formunun sigortalı adayı hakkında detaylı bilgi edinilebilecek şekilde düzenlenmesi istenmektedir. Buna göre sigortalı hakkında alınacak bilgiler 5 bölümde toplanmalıdır. (Münich Re, t.y.)

Birinci bölüm, kişisel ve aile hakkında bilgilerin yer aldığı bölümdür. Bu bölümde sigortalanan kişilerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, mesleği, ikamet ettiği yer gibi bilgiler alınır. Bunlar sigortaya kabul için gerekli olan ön bilgilerdir. İkincisi ise bireyin veya ailenin sigorta durumu ile ilgili bilgilerdir. Daha önce bir sigortasının olup olmadığı, varsa devam edip etmediği, etmiyor ise neden devam etmediği gibi sigorta tutumu ile ilgili bilgiler alınır. Daha önce sigorta şirketi tarafından iptal edilmiş bir poliçesi varsa bunun nedeni sigortacı tarafından sorgulanmalıdır. (Münich Re, 1998)

Sigortalının kasıt veya kusuru nedeniyle iptal edilmiş bir poliçesinin var olması durumunda sigortacı poliçe yapıp yapmama kararını gözden geçirmek durumundadır. Ailede bulunan bireylerden sigortalanan varsa bunun nedeninin anlaşılması ve değerlendirilmesi gerekmektedir.

Üçüncü bölüm ise sigortalanacak kişilerin yapmayı sürdürdükleri tehlikeli spor ve aktivitelerin sorgulanması ile ilgili soruları kapsar. Sigortalı adayının tehlikeli spor veya aktivite nedeniyle uğrayabileceği kaza riski değerlendirilir. Dördüncü bölüm, sigortalı adayının geçirmiş olduğu veya var olan hastalık ve tedavileri ile ilgili sağlık durumunun anlaşılmasını sağlayan soruları kapsar. Bu bölümdeki sorular, riskin tıbbi açıdan değerlendirilmesine yetecek özellikte olmalıdır. Bu bilgilerin değerlendirilmesi tıp ve sigortacılıkla ilgili istatistik bilgisine sahip kişilerce yapılmalıdır. (Ekener, 1995, s.5)

Hastalığın cinsine, seyrine ve tedavi durumuna göre getireceği tedavi maliyetlerini tahmin ederek bir risk değerlendirme kararı verilmelidir. (Münich Re, 2001, s.15)

Sigorta hukuku gereği sigortalı adaya sorulmayan bir soru için beyan yükümlüğü getirilmemektedir. (Kender, 1985, s.159) Bu nedenle sigortalının sağlık durumu ile ilgili sorulacak soruların kapsamı iyi belirlenmelidir. Beşinci bölümde ise sigortalı adayının yaşam biçimine ait bilgiler bulunur. Sigortalı adayının yaşam tarzında sağlığını olumsuz yönde etkileyebilecek faktörlerle ilgili bilgiler değerlendirilir. Örneğin haftada kaç saat çalıştığı, alkol ve sigara gibi alışkanlıklarının bulunup bulunmadığı, var ise tüketim sıklığı gibi bilgiler diğer bölümlerdeki bilgiler ile birlikte değerlendirilerek sigortaya kabul konusunda karar verilir. (Ekener, 1995, s.39-47)

Risk değerlendirmesinden sonra başvuru ret edilebilir, koşulsuz olarak kabul edilebilir veya özel koşullar altında kabul edilebilir. Aşağıdaki istisnalar bölümünde açıklanan özel koşul, belirli risk durumu için ek prim istemek veya belirli bir durumu özel istisna koyarak sigorta kapsamı dışında bırakmak ya da teminat kısıtlamasına gitmek şeklinde olabilmektedir. Sigorta şirketi aldığı bu kararın sigorta ettiren tarafından kabul edilmesi halinde sözleşme düzenlenmektedir. Aynı zamanda sigorta yapılırken sigortanın özellikleri konusunda sigorta ettirenin bilgilendirilmesi gerekmektedir. Bu gereklilik Sigorta Sözleşmelerinde Bilgilendirme Yönetmeliği ile zorunlu hale getirilmiştir. Bu yönetmelik, sigorta ilişkisine girmek isteyen kişilerin gerek sözleşme öncesi görüşmede ve gerekse sözleşme yapılması sırasında sözleşmenin konusu, teminatları ve diğer özellikleri hakkında oluşabilecek bilgi eksikliklerinin giderilmesini, sözleşmenin devamı sırasında ortaya çıkabilecek ve

sözleşmenin işleyişi ile ilgili olarak sigorta ettireni, sigortalı veya lehdarı etkileyebilecek nitelikteki değişiklik ve gelişmelerden haberdar edilmesini sağlamak amacıyla sigortacı tarafından yerine getirilmesi gereken görev ve yükümlülüklerle ilişkin düzenlemeler getirmektedir.

İngiltere'deki Ulusal Sağlık Hizmetleri kamu finansmanı ve kamu hizmet sunumunun tipik ve başarılı örneklerinden biri olarak gösterilmektedir. Sistemin yürütülmesi kamunun sorumluluğundadır ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi öncelik olarak ele alınmıştır. İkinci ve üçüncü basamak hizmetlerde de kamunun sorumluluğu bulunmaktadır. Özel sağlık sigortasının yeri ise küçük oranda kalmaktadır. (Üstünel, 1997, s.55)

Özel sağlık sigortasının rolü, sigortacılığın gelişmiş olduğu çeşitli ülkelerde hastalık hizmetlerinin organizasyonlarına da bağlıdır. OECD ülkelerinde özel sağlık sigortası ile devlet sigortası arasında dengede büyük farklar mevcuttur. Özel sağlık sigortası, çoğu kez devlet sigortasına tamamlayıcı bir nitelik taşımaktadır. Bazı ülkelerde ise kamu sigortasının yerini almakta ve halkın bir kısmının ilk tedavi teminatlarını üstlenmektedir. (Üstünel, 1997, s.56)

Amerika Birleşik Devletleri ve İsviçre'de özel sağlık sigortaları ilk tedavi giderlerini üstlenecek şekildedir. Amerika Birleşik Devletlerinde sağlık harcamalarının %40'ı özel sağlık sigortaları tarafından sağlanmaktadır ve nüfusun %74'ü devlet sigortasını tamamlayıcı veya onun yerine geçici bir şekilde hizmet veren özel sigortalara bağlıdır.

Özel sağlık sigortaları OECD ülkelerinin büyük bir kısmında devlet sigortalarının sağlamadığı veya üst teminatları veren tamamlayıcı bir sigorta olarak işlev görmektedir. Fransa, Kanada, Japonya, Avusturya ve bir dereceye kadar Danimarka'da halkın çoğunluğu özel sigortayı tamamlayıcı bir sigorta olarak yaptırmaktadır. Ülkemizde de Sosyal Güvenlik Kurumu'nun karşıladığı tutarı aşan kısmı karşılayan tamamlayıcı nitelikte özel sağlık sigortası ürünleri geliştirilmiş, ancak bu konuda yeterli deneyimin bulunmayışı ve riskli bir alan olarak görülmesi nedenleriyle sigorta şirketlerinin çoğunluğunun bu tür ürünleri satmakta çekimser kaldığı görülmüştür.

Sağlık hizmetlerinin finansmanında ve sunumundaki kamu - özel karışımının dereceleri ülkenin sosyal değerleri, verimlilik ve hakkaniyet politikalarına bağlı olarak ülkeden ülkeye, bazen de ülke içinde zamanla farklılık gösterebilmektedir.

Örneğin Türkiye’de Sağlık Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu ve üniversiteler kamu kurumları olarak, Kızılay, Organ Nakli Vakfı gibi kuruluşlar Sivil Toplum Kuruluşları olarak, özel hekim muayenehaneleri, özel poliklinik ve laboratuvarlar, özel hastaneler ve eczaneler ise özel sağlık sektörü kuruluşları olarak sağlık hizmeti sunmaktadırlar. Maliye Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu, Kamuya Yararlı Kuruluşlar, özel sigortalar ve uluslararası kuruluşlar da sağlık hizmetlerinin finansmanını üstlenmişlerdir.

Sağlık hizmetlerine yeterli kaynağın ayrılamaması finansman sıkıntılarında neden olmuş, hizmet alanların da finansmana katkıda bulunmaları uygulamaları -ilaç giderlerinden katılım payı alınması vb.- getirilmiştir. Hastalardan ücret almadan tüm sağlık harcamalarının devlet bütçesinden ödenmesi sistemini geliştirmek, herkese eşit sağlık hizmeti verebilmek bir sosyal devlet gereğidir. (Fişek, b.t., <http://www.ttb.org.tr/>)

Ancak bunun için kamunun sosyal güvenlik sisteminin yeterli finansman kaynağına sahip olması gerekir. (Yılmaz ve Şeker, 2006, s.56) Kamu sağlık kuruluşlarında yaşanan tıkanıklıklar ve özel sağlık sektöründeki gelişmeler, kamunun da özel sağlık sektöründen hizmet almasına yol açmıştır. Ancak kamunun özel sağlık kuruluşlarından alınan sağlık hizmetlerinin bedelini tümüyle karşılayabilmesi kamu sosyal güvenlik sisteminde yaşanan finansal sorunlar nedeniyle mümkün görünmemektedir.

Uzun yıllardır sağlık hizmetlerinin finansmanına çözüm olarak tartışılan Genel Sağlık Sigortasının da sağlık hizmetlerinin finansmanında yeterli bir çözüm sağlayamayacağı düşünülmektedir. Bunun temel nedeni, devletin bu iş için toplayacağı primlerin, artmakta olan sağlık harcamalarına karşılık gelemeyeceğidir. Bireylerden daha yüksek oranda prim toplanması ise gelir düzeyi ve gelir dağılımı ile ilgili bir durumdur. Nitekim Oktay’ın sigorta şirketi çalışanları içerisinde yaptığı anket çalışmasında katılımcıların %51,7’si Genel Sağlık Sigortasının Türkiye’nin

ihtiyaçlarına cevap veremeyeceğini düşündüklerini belirtmişlerdir. (Oktay, 2007, s.67)

Özel sağlık sigortası, olası yüksek maliyetli tedavi giderlerini karşılayamayacak durumda olan ancak sigorta primini ödeyebilecek gelir düzeyi bulunan kişiler için adeta bir yatırım aracı durumundadır. Nitekim 1950'lerin sonlarında sanayileşmiş ülkelerin birçoğu, vatandaşlarını genel sağlık sigortası kapsamına almışken hizmet kullanımı, fiyatlar ve tıbbi enflasyonla birlikte tedavi maliyetlerinin artışı, hükümetleri önceliklerin belirlenmesi ve talebin karşılanması konusunda yoğun bir baskı altına sokmuştur. Bu dönemde hükümetler, toplumun artan talebini karşılamak ve üzerlerindeki yükü hafifletmek amacıyla, zaten faaliyet gösteren özel sağlık sigortasını teşvik edici ve geliştirici uygulamalara gitmişlerdir. (Tiryaki ve Tatar, 2007, s.127)

Toplumun sağlık hizmetlerini finanse eden özel sağlık sigortası ile sosyal sigortanın birbirinden farklı iki temel özelliği bulunmaktadır. Birincisi, özel sağlık sigortası sosyal sigortada olduğu gibi emeklilik ve sakatlığı (iş görmezlik tazminatı) içermemektedir. İkincisi, özel sağlık sigortası primleri, sosyal sigortada olduğu gibi bir havuzda toplanmış riske göre değil, sigortalanan bireyin ya da grubun hastalanma olasılığı göz önüne alınarak belirlenmekte, buna bağlı olarak da primler kişiden kişiye ve gruptan gruba farklılık gösterebilmektedir. Bu farklılıkları ve ihtiyaçları giderecek özel emeklilik ve kaza sigortaları da bulunmaktadır. Tiryaki ve Tatar özel sağlık sigortası ile sosyal sigorta arasındaki farklılıkları şu şekilde sıralamıştır: Sosyal sigortaya katılım zorunluysen özel sigortaya katılım bireylerin tercihlerine bağlıdır. Sosyal sigortalar genel menfaatleri ve kamu yararını, özel sigortalar ise özel menfaatleri ve kişi yararını koruyucu niteliktedir. Özel sigortalar herkese açıkken sosyal sigortaların kapsamı kanunlarla belirlenmiştir. Özel sigortalar, sigorta şirketi ile sigortalı arasında yapılan sözleşme akdi ile çalışmakta, sosyal sigortaları düzenleyen hükümler ise kanunlarla belirlenmektedir.

O halde toplumun, kamu sistemlerinin yetersizliği karşısında özel sağlık sigortalarına ihtiyacı ve talebi sürecektir. Bireylerin ve toplumların sağlık hizmetine olan ihtiyaçları sonsuz olmasına karşın bu hizmetlere ayrılan kaynakların her zaman kısıtlı olması, ülkeleri sağlık hizmetlerinin finansmanında daha akılcı politikalar yapmaya ve daha verimli faaliyetleri finanse etmeye zorlamaktadır.

4.2.3. Sağlık Kuruluşlarının Özel Sağlık Sigortası Gelişim Sürecine Etkileri

Sağlık hizmetleri sektöründe yaşanan hızlı gelişim teşhis ve tedavi alanında da yaşanmakta, her geçen gün yeni tedavi olanakları toplumun ihtiyaçlarına sunulmaktadır. Özel sağlık sektörü son 15 yıl içerisinde gelişimini, toplumun bu ihtiyaçları doğrultusunda hızla sürdürmüştür. Örneğin İstanbul'daki özel hastane sayısının son 10 yılda yaklaşık 4 kat artmıştır. (T.C. Sağlık Bakanlığı, 1995-2006)

Bu hızlı gelişim sağlık kuruluşlarında eğitimli eleman eksikliği sorununu da beraberinde getirmiştir. Sigorta uygulamalarının farklılığı bu hastanelerce yeterince anlaşılammış ve bu eksik bilgilenme sigortalıların sık sık uygulama sorunları yaşamalarına neden olmuştur. Özel sağlık sektöründe tedavi giderlerinin kamu sağlık kuruluşlarına göre yüksek olması, bireylerin gelir düzeyleri gibi ekonomik nedenler, bu hizmetlere olan talebi de olumsuz yönde etkilemektedir. Kamu sağlık kuruluşunun verdiği sağlık hizmetleri sosyal amaçlıdır ve maliyetleri büyük oranda kamu tarafından finanse edilmektedir. Bu nedenle fiyatlarının özel sağlık sektörüne göre düşük olması doğaldır. Sağlık hizmeti alımı için bireyin başvurusu sırasında sağlık hizmeti sunucularının da talebi kabarttığı bilinmektedir. Hastaların veya sağlığını daha iyi hale getirmek isteyenlerin hangi hizmeti, nereden, ne şekilde, ne zaman ve ne kadar kullanacağına dair kararlarda hekimin büyük etkisi vardır. (Engiz, 1997, s.64)

Hastaların sağlık hizmetinin kalitesini ve karakterini ölçme yeteneğine sahip olmaları da beklenemez. Sağlık hizmetlerini diğer piyasa ürün ve hizmetlerinden ayıran en temel farklılık, talebin kullanıcılar tarafından değil hizmet sunucular tarafından belirlenmesidir. (Engiz, 1997, s.64)

Bu durumda hasta hekimin tavsiye ettiği hizmetleri ihtiyaç olarak görmekte ve bu ihtiyacını karşılamak istemektedir. Ancak hizmetin fiyatı ve kişinin geliri bu ihtiyacın karşılanmasını etkilemektedir.

Özel sağlık sigortası bu hizmet bedellerinin finanse edilmesinde bir alternatif olmaktadır. Bireyler, bu ihtiyaçlarını karşılamaya yeterli şekilde teminat sunabilen özel sağlık sigortasına talep duyabilmektedir. Özel sağlık sigortası sektörü de bu talebe karşılık olarak kişilerin ekonomik durumlarına ve ihtiyaçlarına göre çok değişik alternatiflerdeki sağlık sigortası ürünlerini sunmaktadır.

Burada temel amaç farklı gelir düzeyindeki geniş bir kesime hitap edebilmek ve sigortalı sayısını daha geniş alana yaymak olmaktadır. Yapılan bir araştırmada 1000 nüfusa düşen hasta yatak sayısı ile hasta yatağı kullanım sıklığı arasında kuvvetli bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır. Bu teoriye göre sağlık hizmetlerinin sunum kapasitesi o hizmetlere olan talebin de armasını etkilemektedir. (Benstetter, 2002, s.43)

Ülkemizde sağlık hizmeti sunucularının büyük illerde yoğunlaşmış olması ile özel sağlık sigortalıların çoğunlukla bu illerde bulunan kişiler olması arasında bir ilişki kurmak mümkündür. Bu bakımdan sağlık hizmetlerinin kalite ve kapasitesinin sağlık sigortacılığının gelişimini etkilediği söylenebilir.

Sağlık Bakanlığı'nın 2003 yılı verilerine göre kamu sağlık kuruluşlarında 124.699.546 adet hasta muayene işlemi gerçekleşmiş bu hastalardan %4,2'sinin hastaneye yatışı yapılmıştır. Yine aynı yıl içerisinde özel sağlık kuruluşlarında ise 5.033.572 muayene işleminden %11,7'sinin yatışı yapılmıştır. Bu oranlar önceki yıllarda da benzer şekilde seyretmektedir. (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003)

Bu verilere göre kamu sağlık kuruluşlarında genel nüfusa göre kişi başına yıllık muayene işlemi sayısı 1,7 olurken özel sağlık sigortalılarında sigortalı sayısına göre yıllık kullanım sayısı sigortalı başına 2,2 olarak gerçekleşmiştir. Bu verilere göre özel sağlık sigortalıların sağlık hizmetine talepleri, kamu sağlık kesimindeki bireylere göre daha fazla gerçekleşmektedir. Bunu hizmete erişim kolaylığı ile ilişkilendirmek de mümkündür.

Özel sağlık işletmelerindeki bilgisayar kullanımının artması, özel sağlık sigortası ile ödeme sistemlerinin kurulmasını ve gelişmesini sağlamıştır. İşletmelerde bilgisayar kullanımının gelişmesi yönetsel ve yürütme işlevlerinin de gelişmesini sağlamaktadır. (Ülgen, 1990, s.200)

Elektronik iletişimin gelişmesi, işletmeler arası (organizasyonel) sınırların giderek önemini yitirmesine yol açmaktadır. (Paksoy, 2002, s.138)

Bu tür iletişim ile zaman kaybı azalmakta ve bürokrasi mümkün olduğu kadar azaltılabilmektedir. Bu gelişme kendine özgü kuralları olan özel sağlık sigortası sisteminden veri alışverişini de kolaylaştırmıştır. Sağlık kuruluşu hastası durumunda

olan özel sağlık sigortalısının sigorta teminatları ve kuralları hakkında hızlı ve yeterli bilgi almak, özel sağlık sigortası şirketi de sigortalısı hakkında hızlı ve doğru bilgi aktarımında bulunmak durumundadır. Bu bilgi alışverişi gerekliliği ve iletişim olanaklarının bunu kolay hale getirmesi sağlık ve sigorta sektörü arasındaki ilişkilerin gelişmesini sağlamaktadır.

4.2.3.1. Özel Sağlık Kuruluşlarının Özel Sağlık Sigortası Üzerine Etkileri

Özel sağlık kuruluşları son yıllarda pazar hedeflerini genişletmek isterken kendi aralarında çeşitli işbirliği modellerine yöneldikleri tespit edilmiştir. Sağlık sektöründe şebeke yapı olarak adlandırılan bu sistemde işbirliği içerisindeki sağlık kuruluşları, hastalarının sadakatini kazanmak için büyük yatırımlar yapma zorluklarından kurtularak, yatarak tedavi görmesi gereken hastalarını ana aktör durumunda olan güvenilir hastaneye sevk ederek tedavi süreçlerini tamamlamakta ve bundan dolayı da hastaları karşısında saygınlıklarını arttırmaktadırlar. (Semerciöz ve Kurt, 2002)

Ticari özellikteki bu kuruluşların sayılarının artması, hasta nakli konusunda işbirliğinin genişlemesi, özel sağlık sigortası bulunan hasta pazarı içerisindeki paylarını artırma yönündeki rekabeti de hızlandırmıştır. Bu işbirliğinin hastayı rakip sağlık kuruluşuna veya onun dahil olduğu şebeke organizasyona kaptırmama yönünde gelişebileceği ve bunun sonucunda da hastanın doğru yerde, doğru tanı ve tedavi olanaklarına yönlendirilmeme durumunu yaratabileceği de düşünölmelidir. Kar amaçlı bu kuruluşların yaşadığı mali sıkıntılar, iç ve dış denetim eksikliği ile de birleşince sigortalıya gereksiz işlemlerin yapılmasına, çeşitli suiistimallere ve yüksek tedavi giderlerine yol açabilmektedir. Bu özel sağlık sigortasını olumsuz yönde etkileyen bir durumdur.

Özel sağlık kuruluşlarının hasta bakım kalitesi bakımından yeterli etkinlikte denetlenememeleri, özel sağlık sigortasına yansıyan bir diğer olumsuz etkidir. Hastaya yapılan işlemlerin gerekliliği, etkinliği, bakım ve tedavi kalitesi bakımında erişilen sonuçların ölçölmesi, laboratuvar araçlarının düzenli aralıklarla güvenilirlik testlerinin yapılması gibi denetim ve ölçüm işlevlerinin sağlıklı ve düzenli şekilde yerine getirilemediği gözlenmektedir. Bakımın kalitesini sağlamak kadar devamlılığını korumak da aynı derecede önemlidir. Kalite sağlama ve değerlendirme programlarının sağlıklı bir şekilde yürütölmesi hastaların güvenliği açısından

gereklidir. Denetim işlevleri doğru tanının konulmasına, doğru ve etkin tedavi yöntemlerinin uygulanmasına, gereksiz işlemlerin önlenmesine katkı sağlayacaktır. Bu da sigortalı başına yıllık tedavi maliyetlerinin gereksiz işlemler nedeniyle artmasını önleyecektir.

Diğer bir olumsuz etki ise özel sağlık sektöründeki tanı ve tedavi hizmetlerinin fiyatlarıdır. Tedavi ücretlerinde asgari ücret tanımlanmış olmasına rağmen azami ücretin tanımlanmaması sigorta şirketini yüksek tutarlı hekim ve tedavi ücretleri ile karşı karşıya bırakabilmektedir. Asgari ücret tarifeleri 6023 sayılı yasa ile 23 Mart 2006 tarihine kadar hekimlerin meslek kuruluşu olan Türk Tabipler Birliği tarafından belirlenmekteydi. (Resmi Gazete, 31 Ocak 1953)

Bu tarihte çıkartılan 5477 sayılı yasa ile bu asgari ücret belirleme yetkisi kaldırılmış ve onun yerine rehber ücret belirleme yetkisi verilmiştir. (Resmi Gazete, 30 Mart 2006) Bu düzenlemenin sigorta şirketlerine yansıtılan fiyat uygulamasında bir değişiklik yaratmadığı izlenmektedir.

Özel sağlık sigortası sektöründe hizmetin neredeyse tamamının özel sağlık sektöründen alındığı bugünkü durumda, bir yandan özel sağlık sektöründe piyasa koşullarının egemen olması, diğer yandan tedavi kurumlarındaki uzmanlaşmanın artması ve yüksek teknoloji araçlarının kullanılması nedeniyle tedavi harcamalarında devamlı artış olduğu görülmektedir. Tedavi harcamalarının kontrol altında tutulabilmesi için hükümetler ve ödemeyi yapan kuruluşlar hastanelere baskı yapmaktadırlar. (Karahan, 1997, s.162)

Birçok batı ülkesinde hastanın tedavisi hastaneye yatırılmadan önce, yapılacak tedavi çeşidi, süresi ve harcama tutarları, masrafları karşılayan kuruluşla tedaviyi yapacak kurum arasında önceden varılan anlaşmalara göre yapılmaktadır. Sağlık masraflarını kontrol eden Yönetimli Hasta Bakımı (Managed Care) sistemi teşhis tedavi ve bakım hizmetlerinin kısa bir süre içine sığdırılmasını gerektirmektedir. Bu nedenle, tetkikler ayakta yapılmakta, ameliyat edilen hastalar aynı gün taburcu edilmekte veya yatış günü kısaltılmaya çalışılmaktadır.

Ülkemizde bu tür uygulamaların henüz etkin şekilde yapılabildiğini söylemek mümkün değildir. Ancak özel sigortalıların düşük fiyatla sağlık hizmeti sunan sağlık kuruluşlarına yönelmeleri maliyet azaltıcı etkin tedbirlerden biri olarak düşünülebilir.

Türkiye’de kamu sağlık kuruluşlarının fiyatlarının, sigorta şirketine yansıyan tedavi maliyetlerinin özel sağlık kuruluşlarına göre çok daha düşük olduğu ikinci bölümde rakamlar gösterilerek anlatılmaktadır.

4.2.3.2. Kamu Sağlık Kuruluşlarının Özel Sağlık Sigortası Üzerindeki Önemi

Kamu sağlık kuruluşlarında verilen sağlık hizmetleri karşılığında alınan ücretler Sağlık Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı arasında kararlaştırılan bir fiyat listesine göre belirlenir ve piyasa koşullarına bağlı değildir. Bu bakımdan ekonomide fiyatı ve arzı değiştirebilecek özellikteki değişikliklerin, kamu sağlık kuruluşlarındaki fiyatlara etkisi olmamaktadır.

Özel sağlık sigortası sektöründe teknik zararı düzeltmenin bir yolunun maliyetleri kontrol etmek olduğundan söz edilmişti. Kamu sağlık kuruluşlarındaki bu fiyat durumu, risk üstlenen ve sağlık harcama tutarları ile ilgili geleceğe yönelik doğru analizler yapmak durumunda olan özel sigorta şirketleri için önemlidir.

Kamu sağlık kuruluşlarının mevcut kapasitelerinin özel sağlık sigortalılarına yeterli hizmet sunup sunamayacakları bu aşamada akla gelen sorulardan biridir.

Kamu sağlık kurumlarının yeterli dolulukta çalışmamlarının nedenleri olarak özel sağlık sektöründe bir kısım sağlık kuruluşlarının sunduğu teşhis ve tedavi hizmetlerindeki gelişmelere kaynak yetersizliğinden dolayı yeterince uyum sağlayamamaları, sunulan hizmetin şeklinin ve kalitesinin toplumun talebini yeterince karşılayamamaları ve bunların da hastaların tercihlerini olumsuz yönde etkilemesi gösterilebilir. (Karahan, 1997, s.45) Hastanenin verdiği tıbbi hizmetlerin dışındaki bir kısım hizmetlerin kalitesi de bunu etkileyebilir. Bir işletmede kalite tüm çalışanların işidir. (Paksoy, 2002, s.27)

Hastanedeki tüm çalışanların hizmetin kalitesine katkıları olmalıdır. Bunun için çalışanların uygun koşullara sahip ortamlarda motive olmuş şekilde çalışmalarını sağlanmalıdır. Kamu hastaneleri çalışanları üzerinde bu konuda yapılan bir araştırmada çalışanların iş tatminlerinin ve memnuniyetlerinin istenen düzeyde olmadığı görülmüştür. (Asunakutlu, 2004)

Hasta memnuniyetinin büyük ölçüde personel alt yapısına bağlı olduğu düşünüldüğünde her iki düzeyin düşük olması doğal bir sonuç olarak kabul

edilmelidir. Nitekim kamu sağlık kuruluşlarından üniversite ve devlet hastanelerine başvuran hastalar üzerinde yapılan hasta memnuniyeti ile ilgili araştırmada fiziki koşullar, hizmete erişim ve personelin hastalarla iletişimi konularında memnuniyetsizlik olduğu görülmüştür. (Bal vd, 2001)

Bu araştırmada üniversite hastanelerindeki hasta memnuniyeti derecesinin devlet hastanesine göre daha yüksek olduğu göze çarpan diğer bir sonuçtur. Bu durumun özel sağlık sigortalılarının kamu sağlık kuruluşlarını tercihlerinde olumsuz bir etki yarattığı söylenebilir.

Kapasite ve tedavi maliyetleri bakımından kamu sağlık kuruluşlarının özel sağlık sigortası sektörüne hizmet verebilecek özellikte olduğu görülmektedir. Ancak özel sağlık sigortası şirketleri ile kamu sağlık kuruluşları arasında bilgi alışverişinin hızlı, yeterli ve güvenli şekilde sağlanabilmesi gereklidir. Bunun için de bilgi sistemlerine ihtiyaç vardır. Sağlık Bakanlığı kamu hastanelerinde hastane bilgi sistemlerinin kurulması için 1998 yılında bir proje çalışması başlatmıştır. Sağlık Projesi illeri ve pilot illerde bulunan devlet hastanelerinde gerçekteşirilecek olan hastane bilgi sistemlerinin başlıca birimleri hastaların tıbbi kayıtları ile finansal, idari ve istatistik birimlerini kapsamaktadır. (Özsarı, 1998, s.15)

Bu alt birimlerin bütünleşik olarak çalışması ve işlemlerin ortak bir veri tabanı üzerinde gerçekteştirilmesi esas alınmıştır. Yine son yıllarda kamu sağlık hizmetleri alanında uygulamaya konulan ve henüz tam anlamıyla yaygınlaşmamış durumda olan Medula sistemiyle sağlık hizmeti kullanımına ilişkin bilgilerin elektronik ortama alınmasıyla, bürokratik işlemlerin en aza indirilmesi, kişilerin sağlık hizmetlerinden en iyi şekilde yararlanabilmesi ve sağlık hizmet sunucularının kaliteli veri üretebilmesi amaçlanmaktadır. (Aydemir, 2007, s.4)

Bu sistem sağlık kuruluşları ile hizmeti finanse eden Sosyal Güvenlik Kurumu arasında sağlık kuruluşlarının iç süreçlerine müdahale etmeksizin tedavi işlemleri ile bu işlemlerin giderleri bilgisini elektronik olarak elde etme, buna göre ödemeleri gerçekteştirme, sağlık raporlarını elektronik olarak aktarma temeline dayalı olarak tasarlanmıştır. (Güney, 2007, s.23)

Elektronik bilgi transferi ortamının sağlanması özel sağlık sigortası sisteminin işleyişine de kolaylık sağlayacaktır. Böylece hastanenin tüm klinik ve hizmet

birimleri arasında her birimin yetki ve sorumlulukları çerçevesinde bilgi paylaşımının gerçekleştirilmesiyle bilgi tutarsızlıklarının, kayıt ve gelir kayıplarının önlenmesi mümkün olabilecek, hastane yönetiminin etkinlik düzeyi önemli ölçüde artırılmış olacaktır. Ayrıca bu sistemle güvenilir bir altyapı oluşturularak tedavi hizmetlerinin niteliğinin yükseltilmesi de amaçlanmıştır. (Özsarı, 1998, s.15)

Kamu kesiminde bu sistemlerin yararlı bir şekilde kurulması ve kullanılabilmesi için üst düzey yönetiminin bu sistemleri benimsemesi ve desteklemesi gerekir. (Ülgen, 1990, s.272-273) Karar verici ve kaynak ayırıcı kademeler açısından bu durum kamu sağlık kuruluşları özel sağlık işletmelerine göre dezavantajlı bir durumdadır.

Günümüzde bilgisayar sistemlerinin yetenekleri artarken maliyetlerinin düşmesi, özel sağlık sigortası şirketleri ile Tarafsız Kurum Yönetimi şirketlerinin birçok uygulamayı ve kolaylığı sağlık kuruluşunun hizmetine sunması bu sorunun kolay ve ucuz bir şekilde aşılmasına olanak tanımaktadır. Kamu sağlık kuruluşları ile hasta pazarı konumundaki özel sağlık sigortası sektörü arasında ilişkilerin istenen düzeyde olduğu söylenemez. Bu bakımdan kamu sağlık kuruluşlarının verimli işletmelere dönüşmesinde en fazla, etkin bir yönetim ve organizasyona ihtiyaç olduğu görülmektedir. (Özgen ve Öztürk, b.t.)

SONUÇ VE ÖNERİLER

Devletin vatandaşlarına yönelik en temel görevlerinden olan sosyal güvenlik hizmetleri hemen her dönemde ekonomik ve sosyal politikalara ilişkin tartışmaların ilgi odağı olmuştur. İnsanların sosyal güvenlik hizmetlerinden yararlanma dereceleri ve şekilleri sosyal güvenlik politikalarına her zaman yön vermiştir. Bu politikalar kimi zaman yetersiz olduğu kimi zaman da fazla yük olduğu gerekçesi ile eleştirilmiştir.

Oysaki sosyal güvenlik gereksinimi insanların en temel ihtiyaçları arasında yer almaktadır. Sosyal güvenlik, kendi içinde amaçlarını ve işlevini yerine getirirken bazı araçlardan faydalanmaktadır. Bu araçlardan biri sosyal güvenliğin alt başlıklarından en önemlisi diyebileceğimiz yaşamın devamlılığı için gerekli olan sağlık hizmetleri olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sosyal güvenlik; ekonomik ve sosyal yaşam içindeki bireylerin, ihtiyaçlarını gidermeye yönelik politikaların tümü olarak ifade edilebilir. İnsanların toplumsal yaşam içindeki faaliyetlerini sürdürürken kendilerini ve geleceklerini güvende hissetme ihtiyacı hemen her dönemde varlığını sürdürmüştür. Bu politikaların belli bir sistem içinde ele alınması yirminci yüzyılda gerçekleşse de, geleneksel yapı içinde de vatandaşlara yönelik yeni sosyal güvenlik politikalar uygulanmıştır. İlgili politikalar günümüzde Sosyal Güvenlik sistemi olarak adlandırılmaktadır. Sosyal güvenlik olgusu hemen her dönemde hissedilse de, önceleri yani 1950’li yıllarda gönüllü kuruluşların, sendikaların ve devletin organize ettiği bir anlayış ekseninde düzenlenmiştir.

Geçmiş dönemlerde sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı ve derecesi en önemli gündem maddesi halinde iken, özellikle 1980 sonrası dönemde sağlık hizmetlerini kalitesi, verimliliği ve bu hizmete ulaşma hızı sağlık politikalarının en önemli gündem maddesi haline gelmiştir. Sağlık hizmetlerinde kalite ve çeşidin artması yanı sıra insan ömrünün uzaması ve nüfusun artması yanında hastalık çeşitlerinin de artması ile sağlık hizmetleride devlet bütçesi için belli bir yük oluşturmuştur. Bu bağlamda özellikle neo liberal politikalar ile birlikte sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin azaltılması gündeme gelmiştir.

Özellikle küreselleşme ile birlikte sosyal devletim gerilediği tartışmaları yapıldursun konu hakkında önemli sayılabilecek olgulardan biri yani sosyal güvenlik sisteminin yeniden kurgusu da gündeme gelmiştir. Bu bağlamda, özellikle son yıllarda -dünya ölçeğinde her ne kadar hala sıralamada oldukça gerilerde de olsa- ülkemizde özel sigortacılık her alanda olduğu gibi sağlık alanında da ön plana çıkmıştır.

Sağlık hizmetlerinin tarihsel süreçte yaşadığı dönüşümler reform adı altında hayatımıza girmiş ilk dalga olan 1960 yılında söz konusu bu hizmetler sosyalleşirken 1980'lere gelindiğinde bu bakış açısından uzaklaşarak özelleştirme gündeme gelmiş, özel hastanecilik ve özel sağlık sigortalarının da gelişimini beraberinde getirmiştir.

Sağlık hizmetlerinin reformunda ikinci dalga olarak da adlandırabileceğimiz bu dönemden itibaren 1980'lerde sayıları yalnızca 20'lerde olan özel hastanelerin bugün sayılarının 400'lere ulaştığı bilinmektedir. 2003 yılına gelindiğinde Ak Parti hükümetinin istikrarlı politikalarından biri olan ve dönüşümün üçüncü dalgası olarak adlandırabileceğimiz "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile sağlık hizmetlerinden devlet elinin çekildiğinin ve sağlığın "piyasa" koşullarına terk edildiğinin nüveleri elde edilmeye başlanmıştır.

Buradan hareketle ilk bölümde elde edilen sonuca bakıldığında ülkemizde gelinen noktanın piyasa yönelimli sağlık hizmetlerinin ön plana çıktığı sağlığın parası olanın parası kadar satın aldığı bir "meta" algısına dönüştüğünü söylemek mümkün olmaktadır. Sağlık hizmetlerindeki bu hızlı dönüşüme karşın zayıf kalan alt yapı ne yazık ki en temel insan hakkı olan sağlık hizmetlerine erişimi zorlaştırmakta, bir tarafta özel sağlık hizmetlerinden ve sigortalarından faydalanarak daha hızlı teşhis ve tedaviye ulaşan bir kesim görülürken diğer tarafta temel sağlık hizmetlerine dahi ulaşamayan diğerlerini görmek mümkündür.

Sağlık sigortacılığının bir kültür meselesi olduğu açıktır. Toplumsal bilinci uyandırmak ve daha fazla kapsayıcı hale gelebilmesi için bu tip sigortalardan faydalanma koşullarının iyileştirilmesi ve/veya sosyal güvenlik kurumunun bu yönde bir iyileştirme yapması gerekmektedir.

Sosyal güvenlik konusunun önemli bir başka açısı finansman konusu olarak karşımıza çıkmaktadır. Sosyal sigortalar açısından en yaygın finansman yöntemi, sigortanın finansmanına sigortalının, işverenin ve devletin katıldığı üçlü yapıdır.

Bu bağlamda sosyal güvenlik, zaman içinde gerek kapsam, gerek uygulamalar ve gerekse oluşturduğu büyük fonlara erişmiş, ancak bu oluşum birçok sorunu da beraberinde getirmiştir. Bu sorunların başında finansman güçlükleri gelmiştir. Bu açıdan sosyal güvenlik primlerinin niteliği ve miktarının belirlenmesi ile prim tahsilâtı konunun önemli noktaları olarak öne çıkmaktadır.

Son bölümde detaylandırılan özel sigortalar ve özel sağlık sigortacılığı konusunda gelinen noktada sigorta kapsamının sözleşmeye dayanmakta olduğu ve tam anlamıyla özel hukuka tabi, isteğe bağlı bir uygulama içinde olduğu görülmüştür. Özel sigortaların fon oluşturma ve kullanma imkânları da oldukça büyük bir serbesti içinde işlemektedir.

Buradan hareketle ulaşılan noktada özel sigortalar ile sosyal sigortalar arasında birçok farklar bulunduğu sonucu açıktır. Özellikle sosyal sigortaların kamusal amacı karşısında özel sigortaların kar amacı, sosyal sigortaların yasal kuruluş ve yasal yönetim ilkelerine karşı özel sigortaların isteğe bağlı kuruluşu; sosyal sigorta primleri ile özel sigorta primlerinin nitelik farklılıkları; sosyal sigortaya girişin zorunlu olmasına karşılık özel sigortaya girişteki isteğe bağlılık ve sosyal sigorta kuruluşlarının fon yönetimindeki bağımlılığa karşın özel sigortalardaki serbesti, her iki kurum arasındaki temel farklar olarak öne çıkmaktadır.

Sonuç olarak sağlık hizmetleri temelindeki sosyal güvenlik uygulamalarının kamu ve/veya özel sektör bağlamında daha kapsayıcı ve kolay erişilebilir olmalıdır. Yani piyasa yönelimli yaklaşımdan kapsayıcı (bütüncül) anlayışa doğru yol alınması toplum sağlığını ve dolayısıyla toplumun refahını ileriye götürecektir faktörler olarak ortaya konulabilir.

Bu tez çalışmasında incelenen konu başlıkları uyarınca konu hakkında getirilebilecek öneriler şu şekilde sıralanabilir;

Sağlık politikaları temel insan haklarını dikkate alarak uyarlanmalı ve bunun içinde yer alan özel sağlık sigortalarının sözleşme, poliçe ve teminatlarının düzenlenmesinde özel sektör ve kamu yararı arasındaki denge gözetilmelidir.

Piyasa ve Kamu yararı arasındaki dengenin kurulmasında ise devletin sağlık politikalarını yürüten kurumlara önemli görevler düşmektedir.

Özel sağlık sigortalarının yaygınlaştırılması ve devletin önemli bir yükten kurtulması için özel sağlık sigorta şirketlerinin kurulması özendirilmelidir. Bunun için hem vatandaşlara özendirici politikalar hem de özel sektöre mali ve yasal teşvikler düzenlenmelidir.

Özel sağlık sigortasına geçiş ile birlikte doktor, eczane ve hasta arasında zaman zaman yaşanan maddi gelir kaynakları ya da farklı bir ifade ile çeşitli yolsuzlukların önlenmesine yönelik özel sağlık sigortaları önemlidir. Çünkü Sağlık sistemindeki kırtasiyeci ve merkezi yönetimin yolsuzlukları özendirmesi durumundan hareketle, ilgili denetimi sigorta şirketleri yerine getirebilecektir.

Sigorta şirketlerinin vatandaşları özellikle katkı payı alımlarında mağdur etmelerini önleyecek kontrol mekanizmaları geliştirilmelidir.

Özel sağlık sigortasının yaygınlaşması ile birlikte sağlık sektörü içindeki güçleri ve denetimleri artacaktır. Bu yaygınlaşma ile birlikte özel sağlık sigorta şirketlerinin özel hastanelerdeki denetimleri ve yaptırımları artacaktır.

Özel sağlık sigortası ile birlikte sigortalı portföyün elektronik ortamda denetlenmesi, provizyon sistemleri ve benzeri yeni ödeme sistemleri, koruyucu sağlık hizmetleri sayesinde özel sağlık sigorta şirketlerinin hasar prim oranları düşecek ve bu düşüş özel sağlık sigorta şirketlerine karlılık olarak yansıyacaktır.

Özel sağlık sigortası sayesinde sigorta şirketlerindeki büyüme sonucu istihdam artacaktır. Bu sistem ile birlikte sağlık hizmetlerinde ucuzlama yaşanabilecektir. Özel sağlık sigortasının toplumda tercih edilebilir duruma gelmesi sayesinde özel sağlık sigorta şirketleri güçlenecek büyüyecek ve çevre ülkelerde sigorta şirketi kurup sağlık sigortası satabilecek hasta transferlerini ülkemize yapıp sağlık turizmine katkı sağlayacaktır.

Bunun yanında ABD gibi özel sağlık sigortası Şirketlerinin çok güçlendiği ve karlılık için zaman zaman insan yaşamını hiçe saydığı sert piyasa koşullarının oluşması önlenmelidir. Bir anlamda insan yaŐamı karşısında her türlü kar ya da çıkar ilişkisi önlenmeli ve bunun için kurumlar oluŐturulmalıdır.

KAYNAKÇA

- Aktan, C.C. ve Işık, K. (2010). *Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Alternatif Yöntemler*, <http://www.canaktan.org>, (Erişim: Mart 2010)
- Asunakutlu, T. (2004). “Türkiye’de Yataklı Tedavi Kurumlarında Kalite Yönetimi”, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, (Çevrimiçi)
http://www.pydb.saglik.gov.tr/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=13%20 -, (Erişim: Mart 2010)
- Atun, R. (2005). “Türkiye Kamu Sektörünün Dönüşümü”, Kılavuzluk ve Performans Yönetimi Çalıştayı, 26- 27 Eylül, Dünya Sağlık Örgütü ve Sağlık Bakanlığı, Ankara
- Aydemir, B. (2007). “Sosyal Güvenlik Reformu”, *Makro Bakış-Sağlık Politikası Gündemi*, Sayı:5
- Aydın, E. (2004). *Türkiye’de Sağlık Teşkilatlanması Tarihi*, 1.Baskı, Ankara: Natürel Kitap Yayıncılık
- Babaoğlu, A.N. (1993). *Sağlık Sigortaları ve Sağlık Sigortacılığı*, İstanbul: Kaynak Yayınları
- Bal, R. v.d., (2001). “Eskişehir İlinde Sosyal Sigortalar Kurumu, Devlet ve Üniversite Hastanelerinde Toplam Kalite Yönetimi Çerçevesinde Hasta Memnuniyet Düzeylerinin Ölçülmesi”,
http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/linkdetail.aspx?id=1359, (Erişim: Mayıs 2010)
- Balcı, A. (2005). *Kamu Hizmetleri ve Yerinden Yönetim: Sağlık Hizmet Sunumunun Yeniden Yapılandırılması*, İstanbul: Atlas Yayınları
- Belek, İ. (2003). “Küba’da Sağlık ve Sağlık Sistemi”. *Toplum ve Hekim Dergisi*, Ocak- Şubat, Cilt: 18(1), 21-30
- Benstetter, F. (2002). *Health Care Economics: The Market of Phisician Services, European University Studies*, Peter Lang GmbH, Frankfurt, Series V, Vol. 2853
- Black, K.Jr. ve Skipper, H.D.Jr. (2000). *Life and Health Insurance*. Prentice Hall. New Jersey
- Can, M.(2002). *Türkiye’de Özel Sağlık Sigortaları Sisteminde Yaşanan Sorunlar ve Çözüm Önerileri*, Bitirme Tezi, İstanbul
- Çatpınar, H. (2005). “Özel Sağlık Sigortalarında Konjoint Analizi İle Tüketici Tercihi”, *Sigorta Araştırmaları Dergisi*, Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği Yayını, Sayı:1, İstanbul

- Çelikoğlu, İ. (1994). “*Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Finansman Yöntemleri ve Türkiye Uygulaması*”, Uzmanlık Tezi, Ankara: DPT Yayınları, Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü
- Demirbilek, Ö. (2008). “*Sağlıkta Neo-liberal Dönüşüm ve Sağlık Hakkı Mücadelesi*”, Ocak, <http://www.toplumsal hukuk.org> (Erişim: Mart 2010)
- Demircioğlu, M. (2000). “**Yeni Sosyal Güvenlik Rehberi**”, İstanbul: Yaklaşım Yayınevi
- Dirican, R. (1970). “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinin Kısa Tarihçesi”, *Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Bülteni*, C: 2, Erzurum
- Ekener, H. (1995). *Sigortacılıkta Tıp*, İstanbul: Generali Sigorta A.Ş. Yayınları, Yayın No:2
- Engiz, O. (1997). “Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini”, *Hastane Yöneticiliği*, (Ed. Osman Hayran ve Haydar Sur), İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi
- Erbay, İ. (2004). “*Türkiye’deki Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Sorunları ve Bir Çözüm Önerisi; Sosyal Kurumlarının Tek Çatı Altında Birleştirilmesi*”, M.U. Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, Sigortacılık Anabilim Dalı, İstanbul
- Erdoğan, İ. (1993). *İsteğe Bağlı Sigorta Hizmetlerine Karşı Tutum*, İstanbul: Beta Basın Yayın Dağıtım A.Ş.
- Erdoğan, S. (1994). “Almanya’da Sağlık Sistemi”, *Toplum ve Hekim Dergisi*, Kasım, 9(64) Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınevi
- Erdoğan, S. (1996). “Ülkemizde Yaşanan Sosyal Güvenlik Krizi Bağlamında Bir Örnek: Alman Sosyal Güvenlik Sistemi”. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 11(74), Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınevi
- Ergör, G. ve Öztekin, Z. (1996). *Türkiye’de Ulusal Sağlık Programının Gelişmesi*
- Ergüler, K. (2001). “İstanbul’daki Özel Sağlık Sigortası Kurumlarının Anlaşılabilir Kurumlarından Beklentileri”, G.M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı, İstanbul
- Ferranti, D. De. (1985). *Paying For Health Services in Developing Countries: An Overview, World Bank Staff Working Paper*, No: 721, The World Bank, Washington, DC. USA
- Fişek, N. (b.t.). “Kitaplaşmamış Yazıları I”, http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/33.html, (Erişim: 15 Mart 2010)
- Gerek, T. (2002). *Sosyal Güvenlik Hukuku*, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları
- Getzen, T. (1997). *Health Economics: Fundamentals and Flows of Funds*, Temple University Press and John Willey and Sons Inc. New York

- Gray, A. (1995). “**International Patterns of Health Care, 1960 to 1990s**”, (Edited by Charles Webster), Caring for Health: History and Diversity, Open University Press, Health and Disease Series, Book 6, Milton Keynes UK
- Gümüş, F. (2006). *Türk Sigortacılık Sektörünün Sorunlarının Tespiti ve Çözüm Önerileri*, Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği Yayınları, Yayın No:2, İstanbul
- Güneş Sigorta A.Ş. (2006). “**Bizim Sağlık Sigortası Özel Şartları**”, Madde: 4
- Güney, T. (2007). “Medula Uygulaması; Hedefler, İşleyiş”, *Makro Bakış-Sağlık Politikası Gündemi*, Sayı:7
- Güven, O. (1995). *Açıklamalı Sigorta ve Reasürans Terimleri Sözlüğü*, İstanbul
- Hayran, O. ve Sur, H. (1998). *Sağlık Hizmetleri El Kitabı*, 1. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri
- http://absağlik/tusiad_sağlik.pdf, (Erişim:28 Mart 2010)
- International Labour Organisation (1989). Introduction To Social Security, Geneva
- Karabulut, M. (1988). *Sigorta Pazarlaması*, İstanbul Üniversitesi, İşletme Fakültesi Yayınları, Yayın No:196
- Karahan, Ö. (1997). “Hastanelerde Finans ve Kontrat Yönetimi”, *Hastane Yöneticiliği*, (Ed. Osman Hayran ve Haydar Sur), İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi
- Kender, R. (1985). *Türkiye’de Hususi Sigorta Hukuku: Sigorta Müessesesi – Sigorta Mukavelesi*, 3. Baskı, İstanbul: Filiz Kitabevi
- Keskin, U. (2003). “*Sağlık Sigortaları ve Türkiye’deki Gelişimi*”. M.U. Sağlık Birimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı, İstanbul
- Koç, S. (1998). “Yasal Çerçevesi ve Parasal Boyutu Açısından Sağlık Yardımları”, *Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi*, Ekim-Kasım-Aralık, Y.1, S.2, Türk Tabipler Birliği, Ankara
- Kutbay, E. (2002). “Sağlık Reformları Ekseninde Dünya Bankası ve Türkiye”, *Kamu Yönetimi Dergisi*, Y. 3, S. 11- 12, Eylül- Aralık
- Laroque, P. (1994). “21. Yüzyıla Doğru Sosyal Güvenlik”, (Çev.: Yusuf Alper, İsmail Tatlıoğlu), Türk Dünyası Araştırmaları Vakfı, Bursa
- Lister, J. (2008). *Sağlık Politikası Reformu, Yanlış yolda mı gidiyoruz?*. İstanbul: İnsev Yayınları
- Morton, G.A. (1984). *Principles of Life And Health Insurance*, Atlanta
- Munich Re (2001). *Principles of Medical Underwriting in Life: Disability And Health Insurance*, Munich, Munich Re Reinsurance Company

- Munich Re (t.y.). *Normrisk Health : An Expert System For Risk Assessment in Individual Health Insurance*, Munich, Munich Re Reinsurance Company, 2-7
- Mutlu, A. ve Işık, A.K. (2005). *Sağlık Ekonomisine Giriş*, Bursa: Ekin Kitapevi
- Münich Re (1998). “*Sağlık Sigortalarında Risk Değerlendirme Sistemi*”, Basılmamış Seminer Notları, İstanbul
- OECD ve IBRD/DÜNYA BANKASI (2008). “*Türkiye’de Yakın Tarihte Yapılan Sağlık Reformları*”, OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri, Türkiye Raporu
- OECD, “*OECD Ülkelerinde Özel Sağlık Sigortalarında Yeni Gelişmeler: Sağlık Hizmetlerinin Verilmesinde Sigortanın Rolü*”, (Çev. Gül Metezade), (Çevrimiçi) <http://tsrsb.org.tr/private/trk/sayi13/ince132.htm>, (Erişim: Haziran 2010)
- Oktay, M. (2007). “*GSS İle İlgili Yasal Düzenlemelerin Özel Sigorta Şirketlerine Etkileri ve Uygulama Modeli*” Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
- Orhaner, E. (1996).*Türkiye’de Sigorta Talebi*, Ankara: Gazi Üniversitesi Araştırma Fon Saymanlığı Yayınları, Sayı: TTER 10/96-1
- Öcek, Z. (2007). “Almanya Sağlık Sistemi”. *Toplum ve Hekim Dergisi*, Ocak- Şubat- Mart- Nisan, 22(1-2), 85
- Özden, N. (2005). “Dr. Refik Saydam’ın Türk Sağlık Politikaları Üzerindeki Etkisi (1923- 1937)”, 38. *Uluslararası Tıp Tarihi Kongresi Bildiri Kitabı*, Ankara, 1504- 1505
- Özgen, H. ve Öztürk, A. “*Türkiye’deki Devlet Hastanelerinin Yönetim ve Organizasyon Yapısını Verimlilik Açısından İnceleyen Bir Araştırma*”, (Çevrimiçi) http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/goto.aspx?id=1834 , (Erişim: Haziran 2010)
- Özgüç, F. (1996). *Sigortacılık Programı Hayat Dalı Sağlık Sigortaları Ders Notları*, İstanbul: Türk Sigorta Enstitüsü Vakıf Yayınları
- Özkal, İ. (2002). “Türkiye’de Sağlık Sektörü ve Küreselleşme”, *Kamu Yönetimi Dünyası Dergisi*, Y:3, S:11-12, Eylül- Aralık, 46
- Özsarı, H. (1998). “Sağlık Projeleri ve Sağlık Enformasyon Sistemleri Çalışmaları Hakkında Genel Bilgi Notu”, *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, 2(6), 15
- Özsarı, H. (2001). “*Genel Sağlık Sigortası İle Özel Sağlık Sigortacılığı İlişkisi*”, (Çevrimiçi) <http://www.sdplatform.com/test/Baslik.aspx?BID=8>, (Erişim: Haziran 2010)
- Öztek, Z. (1992). “**Nusret Fişek ile Söyleşi**”, TTB Yayınları, Tisemat Basım Sanayi, Ankara

- Özveri, M. (2000). “**Yargı Kararları Işığında 506 Sayılı Yasa ve Sosyal Güvenlik**”, Ankara: Sosyal Sigortalar Genel Müdürlüğü Yayınları
- Paksoy, M. (2002). “*Çalışma Ortamında İnsan ve Toplam Kalite Yönetimi*”, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayınları, Yayın No:282, İstanbul
- Pala,K. (2007). *Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu?*, Bursa, Şubat
- Resmi Gazete (30 Mart 2006). “Türk Tabipler Birliği Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun”, No:26124, Madde: 4.
- Resmi Gazete (31 Ocak 1953). “Türk Tabipler Birliği Kanunu”, No:8323, Madde: 28.
- Sağlık Bakanlığı (2003). “*Sağlıkta Dönüşüm Programı*”, Aralık
- Semerciöz, F. ve Kurt, M. (2002). “*Şebeke Organizasyonlar ve Sağlık Sektöründe Bir Uygulama: Hayat Hastaneler Grubu*”, 10. Ulusal Yönetim Organizasyon Kongresi, 23-25 Mayıs, (Çevrimiçi)
http://www.bilgiyonetimi.org/cm/pages/mkl_gos.php?nt=204#_ftn1,
(Erişim: Haziran 2010)
- Sigorta Sözleşmelerinde Bilgilendirme Yönetmeliği (28 Kasım 2006). Resmi Gazete No: 26360
- Soyer, A. (2001). “*1980 Sonrası Sağlıkta Neler Oldu?*”, 6. Pratisyen Hekimlik Kongresi
- Soyer, A. (2004). “**Sağlığın Öyküsü**”, 1.Baskı, İstanbul: Sorun Yayınları
- Şakar, A. Y. (1999). *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları*. İstanbul: Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası Yayını, Yayın No: 22
- Şakar, M. (1988). *Sosyal Sigortalar Uygulaması*, Yenilenmiş ve Geliştirilmiş 4. Baskı, İstanbul: Beta Yayınevi
- Şakar, M. (1998). *Sosyal Sigortalar Uygulaması*, 3. Baskı, İstanbul: Beta Yayınları
- T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Sigortacılık Genel Müdürlüğü (2006), *Sağlık Sigortası Genel Şartları*, Madde: 2.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (1995-2006), Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2003), Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı
- Tahsin, H. ve Saka, R. (1929). *Sermayenin Şirketlerde Hareketi*, İstanbul
- Talas, C. (1985). *Sosyal Ekonomi*. Ankara: Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayını
- Tatar, F. (1996). “Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları”, *Toplum ve Hekim Dergisi*, 11(72), Mart- Nisan

- Terzi, C. (2007). “Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi”, *Toplum ve Hekim Dergisi*, Ocak- Şubat- Mart- Nisan, 22, 6-7
- Tiryaki, D. ve Tatar, M. (2007). “Sağlık Sigortası: Teori ve Uygulama”, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Dergisi*, 5(1), s. 125, (Çevrimiçi)
http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/661_3saglik_sigortasi_teor.pdf ,
(Erişim: 23 Şubat 2010)
- Tufan, K. (2010). “Sosyal Güvenlik Reformu ve Genel Sağlık Sigortası”,
www.ttb.org.tr , (Erişim: 17 Mayıs 2010)
- TUSİAD (1997). “Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Yeniden Yapılanma”, *Türk Sanayici ve İşadamları Derneği Dergisi*, İstanbul: TUSİAD Yayınları, Ekim, 97-10/217
- Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği (TSRŞB), “Türk Sigorta Sektörü Verileri-2002, 2003, 2004, 2005,2006.”,(Çevrimiçi)
<http://www.tsrbs.org.tr/tsrsb/Istatistikler/Genel+Sektör+verileri/Türk+sigorta+sektörü+verileri>, (Erişim: 28 Nisan 2010)
- Türkiye Vakıflar Bankası Anonim Ortaklığı (2000). *Planlama ve İktisadi Araştırmalar Grup Yönetmeliği*, Sektör Araştırma Serisi, No:22
- Uğurluoğlu, Ö. ve Çelik, Y. (2005). “Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı”. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(1)
- Ulaş, I. (1997). “Uygulamalı Can Sigortası Hukuku”, *Hayat ve Kişisel Kaza Sigortaları*, Ankara: Tarhan Kitapevi, 159
- Ülgen, H. (1990). *İşletme Yönetiminde Bilgisayarlar*, İstanbul, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayınları, Yayın No:225
- Üstünel, A. (1997). “Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması”, *Hastane Yöneticiliği*, (Ed. Osman Hayran ve Haydar Sur), İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi
- World Health Organization (WHO) (2004). *World Report on Knowledge For Beter Health : Strengthening Health Systems*, Geneva
- World Health Organization (WHO). (2000), World Health Report , Geneva, Murray, Frenk
- World Health Organization (WHO). (2001), World Health Report,
- Yıldırım, H. H. (2008). *Avrupa Birliği Yolunda Türkiye 'nin Sağlığı: Avrupa Birliği 'ne Uyum Süreci ve Sağlık Reformları*, Ankara
- Yıldırım, H.H. (2000). “Türk Sağlık Reformları Neden Uygulanamıyor”?, I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi
- Yıldırım, H.H. (2006). “Türkiye’de Sağlık Reformları: Sağlık Finansmanı Reformu ve Genel Sağlık Sigortası”, Nisan, Ankara

- Yıldırım, H.H. ve Tarcan, M. (2000). Ankara 1.Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi, 20-21 Mayıs
- Yıldırım, H.H. ve Yalçın, T. (2001). “Sağlık Hizmetleri Finansmanı”, *Yeni Türkiye Dergisi*, Sağlık Özel Sayı, No:40
- Yıldırım, H.H. ve Yalçın, T. (2005). *Avrupa Birliği'ne Uyum ve Katılım Sürecinde Türk Sağlık Sektörü Açısından Değerlendirmeler*, Temmuz, Ankara
- Yıldırım, S. (1994). *Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi*, DPT Yayınları, No: 2350, Temmuz Ankara
- Yılmaz, B. ve Şeker, M. (2006). *Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Yaşanan Sorunlar ve Bir Alan Araştırması*, İstanbul: Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği Yayınları, Yayın no:2
- Yiğit, F. (2007). *Özel Sağlık Sigortası Olmayan Kişilerde Genel Sağlık ve Özel Sağlık Sigortacılığına Bakış*, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul

Ek-1: 5510 Sayılı Kanun

KANUN

SOSYAL SİGORTALAR VE GENEL SAĞLIK SİGORTASI KANUNU

Kanun No. 5510

Kabul Tarihi :

31/5/2006

BİRİNCİ KISIM

Amaç, Kapsam ve Tanımlar

Amaç

MADDE 1- Bu Kanunun amacı, sosyal sigortalar ile genel sağlık sigortası bakımından kişileri güvence altına almak; bu sigortalardan yararlanacak kişileri ve sağlanacak hakları, bu haklardan yararlanma şartları ile finansman ve karşılanma yöntemlerini belirlemek; sosyal sigortaların ve genel sağlık sigortasının işleyişi ile ilgili usûl ve esasları düzenlemektir.

Kapsam

MADDE 2- Bu Kanun; sosyal sigortalar ile genel sağlık sigortasından yararlanacak kişileri, işverenleri, sağlık hizmeti sunucularını, bu Kanunun uygulanması bakımından gerçek kişiler ile her türlü kamu ve özel hukuk tüzel kişilerini ve tüzel kişiliği olmayan diğer kurum ve kuruluşları kapsar.

Tanımlar

MADDE 3- Bu Kanunun uygulanmasında;

- 1) Bakanlık: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığını,
- 2) Kurum: Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığını,
- 3) Sosyal sigortalar: Kısa ve uzun vadeli sigorta kollarını,
- 4) Kısa vadeli sigorta kolları: İş kazası ve meslek hastalığı, hastalık ve analık sigortası kollarını,
- 5) Uzun vadeli sigorta kolları: Malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortası kollarını,
- 6) Sigortalı: Kısa ve/veya uzun vadeli sigorta kolları bakımından adına prim ödenmesi gereken veya kendi adına prim ödemesi gereken kişiyi,
- 7) Hak sahibi: Sigortalının veya sürekli iş göremezlik geliri ile malûllük veya yaşlılık aylığı almakta olanların ölümü halinde, gelir veya aylık bağlanmasına veya toptan ödeme yapılmasına hak kazanan eş, çocuk, ana ve babasını,
- 8) Genel sağlık sigortası: Kişilerin öncelikle sağlıklarının korunmasını, sağlık riskleri ile karşılaşmaları halinde ise oluşan harcamaların finansmanını sağlayan sigortayı,
- 9) Genel sağlık sigortalısı: Bu Kanunun 60 ıncı maddesinde sayılan kişileri,
- 10) Bakmakla yükümlü olduğu kişi: Genel sağlık sigortalısının, sigortalı veya isteğe bağlı sigortalı sayılmayan, kendi sigortalılığı nedeniyle gelir veya aylık bağlanmamış olan;
 - a) Eşini,
 - b) 18 yaşını, lise ve dengi öğrenim veya 5/6/1986 tarihli ve 3308 sayılı Meslekî Eğitim Kanununda belirtilen aday çıraklık ve çıraklık eğitimi ile işletmelerde meslekî eğitim görmesi halinde 20 yaşını, yüksek öğrenim görmesi halinde 25 yaşını doldurmamış ve evli olmayan çocukları ile yaşına bakılmaksızın bu Kanuna göre malûl olduğu tespit edilen evli olmayan çocuklarını,
 - c) Geçiminin sigortalı tarafından sağlandığı Kurumca belirlenen kriterlere göre tespit edilen ana ve babasını,
- 11) Hizmet akdi: 22/4/1926 tarihli ve 818 sayılı Borçlar Kanununda tanımlanan hizmet akdini ve iş mevzuatında tanımlanan iş sözleşmesini veya hizmet akdini,
- 12) Ücret: 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a) ve (c) bendi kapsamında sigortalı

sayılanlara saatlik, günlük, haftalık, aylık veya yıllık olarak para ile ödenen ve süreklilik niteliği taşıyan brüt tutarı,

13) Asgarî ücret: 22/5/2003 tarihli ve 4857 sayılı İş Kanunu gereğince 16 yaşından büyük işçiler için belirlenen bir aylık brüt ücreti,

14) Ay: Ücretleri; kamu idarelerinde her ayın 15'inde ödenen 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a) ve (c) bentleri kapsamındaki sigortalılar için, ayın 15'inden ertesi ayın 15'ine kadar geçen, diğer sigortalılar için ise ayın 1'i ilâ sonu arasında geçen ve otuz gün olarak değerlendirilen süreyi,

15) Yıl: Ücretleri; kamu idarelerinde her ayın 15'inde ödenen 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a) ve (c) bentleri kapsamındaki sigortalılar için, 15 Ocak tarihinden ertesi yılın 15 Ocak tarihine kadar geçen, diğer sigortalılar için ise 1 Ocak ilâ 31 Aralık tarihleri arasında geçen ve 360 gün olarak değerlendirilen süreyi,

16) Gelir: İş kazası veya meslek hastalığı halinde sigortalıya veya sigortalının ölümü halinde hak sahiplerine, yapılan sürekli ödemeyi,

17) Aylık: Malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortalarından yapılan sürekli ödemeyi,

18) Ödeme dönemi: Bu Kanuna göre bağlanan gelir ve aylıkların, ödeme tarihinden takip eden ödeme tarihine kadar geçen süreyi,

19) Tarımsal faaliyet: Kendi mülkünde, ortaklık veya kiralamak suretiyle başkalarının mülkünde veya kamuya mahsus mahallerde; ekim, dikim, bakım, üretme, yetiştirme ve ıslah yoluyla yahut doğrudan doğruya tabiatın istifade etmek suretiyle bitki, orman, hayvan ve su ürünleri elde edilmesini ve/veya bu ürünlerin yetiştiricileri tarafından; muhafazasını, taşınmasını veya pazarlanmasını,

20) Kurum Sağlık Kurulu: Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucularının sağlık kurullarınca düzenlenecek raporlardaki teşhis ve bu teşhise dayanak teşkil eden belgeleri incelemek suretiyle, çalışma gücü kaybı ve meslekte kazanma gücü kaybı oranlarını belirlemeye yetkili hekimlerden ve/veya dış hekimlerinden oluşan kurulları,

21) Kamu idaresi: 10/12/2003 tarihli ve 5018 sayılı Kamu Malî Yönetimi ve Kontrol Kanununun 3 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) bendinde belirtilen idare ve kurumlar ile bunların ödenmiş sermayesinin % 50'sinden fazlasına sahip oldukları ortaklıkları veya özel kanunlarına göre personel çalıştıran diğer kamu kurumlarını,

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

23) Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmeti: Kişilerin hastalıktan korunması veya sağlıklı olma halinin sürdürülmesi amacıyla, kişiyeye yönelik olarak finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerini,

24) Aile hekimi: Sağlık Bakanlığı tarafından aile hekimi olarak yetkilendirilen ve Kurum ile sözleşme yapmış hekimleri,

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

26) Katılım payı: Sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için, genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ödenecek tutarı,

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

28) Peşin sermaye değeri: Kurumca, bu Kanunun ilgili maddelerinde belirtilen giderlerin yaş, kesilme ihtimali ve Kurumca belirlenecek iskonto oranı dikkate alınarak hesaplanan tutarı,

29) Güncelleme katsayısı: 4 üncü madde kapsamında sigortalı sayılanların, her yılın Kasım ayına ait kanunî süresi içinde verilen belgelerindeki prim tahakkukları üzerinden bulunacak ortalama prime esas günlük kazancın, bir önceki yılın aynı ayına ait ortalama prime esas günlük kazançla göre değişim oranı ile her yılın Aralık ayına göre Türkiye

İstatistik Kurumu tarafından açıklanan en son temel yıllık tüketici fiyatları genel indeksindeki değişim oranının toplamının yarısına (1) tam sayısının ilave edilmesi sonucunda bulunan değeri,
ifade eder.

İKİNCİ KISIM
Sosyal Sigorta Hükümleri
BİRİNCİ BÖLÜM
Sigortalılara İlişkin Hükümler

Sigortalı sayılanlar

MADDE 4- Bu Kanunun kısa ve uzun vadeli sigorta kolları uygulaması bakımından;

a) Hizmet akdi ile bir veya birden fazla işveren tarafından çalıştırılanlar,
b) Köy ve mahalle muhtarları, hizmet akdine bağlı olmaksızın kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan ise;

1) Ticarî kazanç veya serbest meslek kazancı nedeniyle gerçek veya basit usûlde gelir vergisi mükellefi olanlar,

2) Gelir vergisinden muaf olup, esnaf ve sanatkâr sicili ile birlikte kanunla kurulan meslek odalarına usûlüne uygun olarak kayıtlı olanlar,

3) Anonim şirketlerin kurucu ortakları ve/veya yönetim kurulu üyesi olan ortakları, sermayesi paylara bölünmüş komandit şirketlerin komandite ortakları, diğer şirket ve donatma iştiraklerinin ise tüm ortakları,

4) Tarımsal faaliyette bulunanlar,

c) Kamu idarelerinde;

1) (a) bendine tâbi olmayanlardan, kadro ve pozisyonlarda sürekli olarak çalışıp, ilgili kanunlarında (a) bendi kapsamına girenler gibi sigortalı olması öngörülmemiş olanlar,

2) (a) ve (b) bentlerine tâbi olmayanlardan, sözleşmeli olarak çalışıp ilgili kanunlarında (a) bendi kapsamına girenler gibi sigortalı olması öngörülmemiş olanlar ile 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 86 ncı maddesi uyarınca açıktan vekil atananlar, sigortalı sayılırlar.

Birinci fıkranın (a) bendi gereği sigortalı sayılanlara ilişkin hükümler;

a) İşçi sendikalarının yönetim kurullarına seçilenler,

b) Bir veya birden fazla işveren tarafından çalıştırılan; film, tiyatro, sahne, gösteri, ses ve saz sanatçıları ile müzik, resim, heykel, dekoratif ve benzeri diğer uğraşları içine alan bütün güzel sanat kollarında çalışanlardan, düşünürlerden ve yazarlardan hizmet akdi ile çalışanlar,

c) Mütakabiliyet esasına dayalı olarak uluslararası sosyal güvenlik sözleşmesi yapılmış ülke uyuğunda olanlar hariç olmak üzere, yabancı uyruklu kişilerden hizmet akdi ile çalışanlar,

d) 2/7/1941 tarihli ve 4081 sayılı Çiftçi Mallarının Korunması Hakkında Kanuna göre çalıştırılanlar,

e) 24/4/1930 tarihli ve 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanununda belirtilen umumî kadınlar,

f) Milli Eğitim Bakanlığı tarafından düzenlenen kurslarda usta öğretici olarak çalıştırılanlar, kamu idarelerinde ders ücreti karşılığı görev verilenler ile 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 4 üncü maddesinin (C) bendi kapsamında çalıştırılanlar, hakkında da uygulanır.

Birinci fıkranın (c) bendi gereği sigortalı sayılanlara ilişkin hükümler;

a) Kuruluş ve personel kanunları veya diğer kanunlar gereğince seçimle veya atama yoluyla kamu idarelerinde göreve gelenlerden; bu görevleri sebebiyle kendilerine ilgili kanunlarında Devlet memurları gibi emeklilik hakkı tanınmış olanlardan hizmet akdi ile

çalışmayanlar,

b) Cumhurbaşkanı, Başbakan, bakanlar, Türkiye Büyük Millet Meclisi üyeleri, belediye başkanları, il daimi komisyonu üyeleri,

c) Birinci fıkranın (c) bendi kapsamında iken, bu kapsamdaki kişilerin kurduğu sendikaların veya sendika konfederasyonlarının yönetim kurullarına seçilenler,

d) Harp okulları ile fakülte ve yüksek okullarda, 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 ile fakültelerde veya meslek yüksek okullarında kendi hesabına okuduktan sonra veya askerlik hizmetini müteakip subaylığa veya astsubaylığa geçirilenlerin, okullarda geçen normal eğitim süreleri,

e) 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 ile fakültelerde veya meslek yüksek okullarında kendi hesabına okuduktan sonra komiser yardımcılığına veya polisliğe geçirilenlerin, okullarda geçen normal eğitim süreleri,

hakkında da uygulanır.

Bu maddenin uygulanmasına ilişkin usûl ve esaslar Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.

Bazı sigorta kollarının uygulanacağı sigortalılar

MADDE 5- Kısa ve uzun vadeli sigorta kolları bakımından aşağıda sayılan kişiler hakkında uygulanacak sigorta kolları şunlardır:

a) Hizmet akdi ile çalışmamakla birlikte, ceza infaz kurumları ile tutukevleri bünyesinde oluşturulan tesis, atölye ve benzeri ünitelerde çalıştırılan hükümlü ve tutuklular hakkında, iş kazası ve meslek hastalığı ile analık sigortası uygulanır ve bunlar, 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamında sigortalı sayılırlar.

b) Hizmet akdi ile çalışmamakla birlikte 5/6/1986 tarihli ve 3308 sayılı Meslekî Eğitim Kanununda belirtilen aday çırak, çırak ve işletmelerde meslekî eğitim gören öğrenciler hakkında iş kazası, meslek hastalığı ve hastalık sigortası; meslek liselerinde okumakta iken veya yüksek öğrenimleri sırasında zorunlu staja tâbi tutulan öğrenciler hakkında ise iş kazası ve meslek hastalığı sigortası uygulanır ve bu bentte sayılanlar, 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamında sigortalı sayılırlar.

c) Harp malûlleri ile 12/4/1991 tarihli ve 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanunu, 3/11/1980 tarihli ve 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanuna göre aylıkları hesaplanarak ödenen veya asayiş ve güvenliğinin sağlanması ile ilgili kanunlara göre vazife malûllüğü aylığı bağlanmış olanlardan, bu Kanuna tâbi sigortalı olarak çalışanlar hakkında aylıkları kesilmeksizin kısa vadeli sigorta kolları uygulanır. Ancak bunlar hakkında, uzun vadeli sigorta kollarına tâbi olmayı istemeleri halinde, bu isteklerini Kuruma bildirdikleri tarihi takip eden ay başından itibaren, uzun vadeli sigorta kolları uygulanır.

d) Sosyal güvenlik destek primine tâbi olanlar hakkında, sadece iş kazası ve meslek hastalığı sigortası hükümleri uygulanır.

e) Türkiye İş Kurumu tarafından düzenlenen meslek edindirme, geliştirme ve değiştirme eğitimine katılan kursiyerler, 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamında sigortalı sayılırlar ve bunlar hakkında iş kazası ve meslek hastalığı sigortası hükümleri uygulanır.

f) 25/8/1999 tarihli ve 4447 sayılı İşsizlik Sigortası Kanunu gereğince işsizlik ödeneğinden yararlandırılan kişilere, işsizlik ödeneğinin hak edildiği süre içinde, 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamında sigortalı sayılarak uzun vadeli sigorta kolları uygulanır.

Sigortalı sayılmayanlar

MADDE 6- Bu Kanunun kısa ve uzun vadeli sigorta kolları hükümlerinin uygulanmasında;

- a) İşverenin işyerinde ücretsiz çalışan eşi,
- b) Aynı konutta birlikte yaşayan ve üçüncü derece dahil bu dereceye kadar hısımlar arasında ve aralarına dışardan başka kimse katılmaksızın, yaşadıkları konut içinde yapılan işlerde çalışanlar,
- c) Ev hizmetlerinde süreksiz olarak çalışanlar ile ev hizmetlerinde hizmet akdi ile sürekli çalışmasına rağmen, haftalık çalışma sürelerinin 4857 sayılı İş Kanununda belirtilen sürelerden az olması nedeniyle, aylık kazançları prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz katından az olanlar,
- d) Askerlik hizmetlerini er ve erbaş olarak yapmakta olanlar ile yedek subay okulu öğrencileri,
- e) Yabancı bir ülkede kurulu herhangi bir kuruluş tarafından ve o kuruluş adına ve hesabına Türkiye'ye bir iş için gönderilen ve yabancı ülkede sosyal sigortaya tâbi olduğunu belgeleyen kişiler ile Türkiye'de kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan, yurt dışında ikamet eden ve o ülke sosyal güvenlik mevzuatına tâbi olanlar,
- f) Resmî meslek ve sanat okulları ile yetkili resmî makamların izniyle kurulan meslek veya sanat okullarında ve yüksek okullarda fiilen normal eğitim süreleri içinde yapılan, tatbikî mahiyetteki yapım ve üretim işlerinde çalışan öğrenciler,
- g) Sağlık hizmet sunucuları tarafından işe alıştırılmakta olan veya rehabilite edilen, hasta veya malûller,
- h) 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (b) ve (c) bentleri gereği sigortalı sayılması gereken işlerde çalışmakla birlikte, 18 yaşını doldurmamış olanlar,
- ı) Kamu idareleri hariç olmak üzere, tarım işlerinde veya orman işlerinde hizmet akdiyle süreksiz işlerde çalışanlar ile tarımda kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan; tarımsal faaliyette bulunan ve yıllık tarımsal faaliyet gelirlerinden, bu faaliyete ilişkin masraflar düşüldükten sonra kalan tutarın aylık ortalamasının, bu Kanunda tanımlanan prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz katından az olduğunu belgeleyenler,
- j) Niteliği itibarıyla bir kişinin bir gün içinde yapabileceği işlerde, yevmiyeli olarak çalışanlar,
- k) Kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan gelir vergisinden muaf olup, esnaf ve sanatkâr siciliyle birlikte kanunla kurulu meslek odalarına usûlüne uygun olarak kayıtlı olanlardan, aylık faaliyet gelirlerinden bu faaliyetine ilişkin masraflar düşüldükten sonra kalan tutarı, prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz katından az olduğunu belgeleyenler,
- l) Kamu idarelerinin dış temsilciliklerinde istihdam edilen ve temsilciliğin bulunduğu ülkede sürekli ikamet izni veya bu devletin vatandaşlığını da haiz bulunan Türk uyruklu sözleşmeli personelden, bulunduğu ülkenin sosyal güvenlik kurumunda sigortalı olduğunu belgeleyenler ile kamu idarelerinin dış temsilciliklerinde istihdam edilen sözleşmeli personelin uluslararası sosyal güvenlik sözleşmeleri çerçevesinde ve temsilciliğin bulunduğu ülkenin kamu düzeninin zorunlu kıldığı hallerde, işverenleri tarafından bulunulan ülkede sosyal sigorta kapsamında sigortalı yapılanlar,

4 üncü ve 5 inci maddelere göre sigortalı sayılmaz.

(h) bendinin uygulanmasıyla ilgili olarak, bir meslek veya sanat okulunu bitirenlerden, 22/11/2001 tarihli ve 4721 sayılı Türk Medenî Kanunu hükümlerine göre mahkemece ergin kılınmak suretiyle, öğrenimleriyle ilgili görevlerde çalışanlar hakkında 18 yaşın bitirilmiş olması şartı aranmaz.

Birinci fıkranın (ı) bendinin uygulanmasında, Türkiye Ziraat Odaları Birliğinin görüşü alınır.

Bu maddenin uygulamasına ilişkin usûl ve esaslar, Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.

Sigortalılığın başlangıcı

MADDE 7- Sigorta hak ve yükümlülükleri 4 üncü maddenin birinci fıkrasının;

a) (a) bendi kapsamında sigortalı sayılanlar için çalışmaya, meslekî eğitime veya zorunlu staja başladıkları tarihten,

b) (b) bendi kapsamında sigortalı sayılanlardan, gelir vergisi mükellefi olanların gelir vergisi mükellefiyetinin başladığı tarihten; şirket ortaklarının şirket ortaklıklarının tescil edildiği tarihten; gelir vergisinden muaf olanların ise esnaf ve sanatkâr sicili ile birlikte kanunla kurulu meslek kuruluşlarına usûlüne uygun kayıtlı oldukları tarihten; tarımda kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlar için tarımsal faaliyetlerinin kanunla kurulu ilgili meslek kuruluşlarınca tescil edildiği tarihten; köy ve mahalle muhtarları için seçildikleri tarihten,

c) (c) bendi kapsamında sigortalı sayılanlar için, göreve başladıkları veya okullarında eğitime başladıkları tarihten,

itibaren başlar.

Birinci fıkranın (b) bendinin uygulanmasında, gelir vergisinden muaf olanlar ile tarımda kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanların kayıt ve tescil işlemleri ile ilgili olarak kanunla kurulmuş ilgili meslek kuruluşlarının görüşleri alınır.

Sigortalı bildirim ve tescili

MADDE 8- İşverenler, 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamında sigortalı sayılan kişileri, 7 nci maddenin birinci fıkrasının (a) bendinde belirtilen sigortalılık başlangıcından önce, sigortalı işe giriş bildirgesi ile Kuruma bildirmekle yükümlüdür. Ancak işveren tarafından sigortalı işe giriş bildirgesi;

a) İnşaat işyerlerinde işe başlatılacak sigortalılar için, en geç çalışmaya başlatıldığı gün Kuruma verilmesi halinde,

b)Yabancı ülkelere sefer yapan ulaştırma araçlarına sefer esnasında alınarak çalıştırılanlar ile Kuruma ilk defa işyeri bildirgesi verilecek işyerlerinde; ilk defa sigortalı çalıştırmaya başlanılan tarihten itibaren bir ay içinde çalışmaya başlayan sigortalılar için, çalışmaya başladıkları tarihten itibaren en geç söz konusu bir aylık sürenin dolduğu tarihe kadar, Kuruma verilmesi halinde,

c) Kamu idarelerince yurt dışı görevde çalışmak üzere işe alınanların, işten ayrılmış olsalar dahi, çalışmaya başladıkları tarihten itibaren üç ay içinde, Kuruma verilmesi halinde,

sigortalılık başlangıcından önce bildirilmiş sayılır.

Sigortalılar, çalışmaya başladıkları tarihten itibaren en geç bir ay içinde, sigortalı olarak çalışmaya başladıklarını Kuruma bildirirler. Ancak, sigortalının kendini bildirmemesi, sigortalı aleyhine delil teşkil etmez.

4 üncü maddenin birinci fıkrasının (b) bendi kapsamında sigortalı sayılan kişiler için; 7 nci maddenin birinci fıkrasının (b) bendinde belirtilen sigortalılık başlangıcından itibaren kendi mevzuatlarına göre kayıt veya tescili yapan ilgili kurum, kuruluş ve birlikler veya vergi daireleri sigortalı işe giriş bildirgesi düzenleyerek, en geç onbeş gün içinde Kuruma vermekle yükümlüdür. Kurum bu bildirimden itibaren bir ay içinde tescili yapılan kişilere, sigortalılık hak ve yükümlülüklerinin başladığını bildirir.

4 üncü maddenin birinci fıkrasının (b) bendinin (4) numaralı alt bendi gereği sigortalı sayılanlar ise, sigortalı işe giriş bildirgesini, 7 nci maddenin birinci fıkrasının (b) bendinde belirtilen sigortalılık başlangıcından itibaren, doksan gün içinde Kuruma vermekle yükümlüdürler.

4 üncü maddenin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında sigortalı sayılan kişileri çalıştıracak işverenler, çalıştırmaya başlattıkları kişileri, 7 nci maddenin birinci fıkrasının

(c) bendinde belirtilen sigortalılık başlangıcından itibaren, onbeş gün içinde sigortalı işe giriş bildirgesi ile Kuruma bildirmekle yükümlüdürler.

5 inci maddenin (f) bendi kapsamında sigortalı sayılan kişiler için Türkiye İş Kurumu, işsizlik ödeneğinin fiilen ödenmeye başlandığı tarihten itibaren bir ay içinde, sigortalı işe giriş bildirgesini Kuruma bildirmekle yükümlüdür.

Kamu idareleri ile bankalar, Kurumca sağlanacak elektronik altyapıdan yararlanmak suretiyle, Kurumca belirlenecek işlemlerde, işlem yaptığı kişilerin sigortalılık bakımından tescilli olup olmadığını kontrol etmek ve sigortasız olduğunu tespit ettiği kişileri, Kuruma bildirmekle yükümlüdürler.

Bu maddenin ikinci ve beşinci fıkraları hariç olmak üzere, diğer fıkralarında belirtilen yükümlülükleri yerine getirmeyen ilgililer hakkında, 102 nci madde hükümlerine göre idarî para cezası uygulanır.

Sigortalı işe giriş bildirgesinin şekli ve içeriği, bildirgenin verilme yöntemleri ve bu maddenin uygulanmasına ilişkin diğer usûl ve esaslar, Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.

Sigortalılığın sona ermesi

MADDE 9- Kısa ve uzun vadeli sigorta kolları bakımından sigortalılık;

a) 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamındaki sigortalıların, hizmet akdinin sona erdiği tarihten,

b) 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (b) bendi kapsamındaki sigortalıların;

1) Gelir vergisi mükellefi olanlar için, mükellefiyetlerini gerektiren faaliyetlerine son verdikleri tarihten,

2) Gelir vergisinden muaf olanlar için, esnaf ve sanatkâr sicili ile birlikte kanunla kurulu meslek odalarındaki üye kayıtlarının silinmesi gereken veya 6 ncı maddenin birinci fıkrasının (k) bendi kapsamına girdiği tarihten,

3) Şirket ve donatma iştiraki ortağı olanlar için, tâbi oldukları mevzuata göre şirketle ve donatma iştiraki ile ilgilerinin kesildiği tarihten,

4) Şirket ortağı olanlar için, şirketin iflâsına veya tasfiyesine karar verildiği veya münfesih sayıldığı tarihten,

5) Tarımda kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlar için, tarımsal faaliyetlerinin sona erdiği veya 6 ncı maddenin birinci fıkrasının (ı) bendi kapsamına girdiği tarihten,

6) Köy ve mahalle muhtarlarının, muhtarlık görevlerinin sona erdiği tarihten,

7) Herhangi bir yabancı ülkede ikamet eden ve o ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olarak çalışmaya başladığı veya ikamet esasına bağlı olarak, o ülke sosyal güvenlik sistemine dahil olduğu tarihten,

8) İflâsına karar verilmiş olan veya tasfiye halindeki özel işletmeler ile şirketlerin ortaklarından hizmet akdi ile çalışanların, çalışmaya başladığı tarihten,

9) Köy ve mahalle muhtarlarından; kendi adına ve hesabına bağımsız çalışmasından dolayı gelir vergisi mükellefiyeti bulunanlar hariç, aynı zamanda hizmet akdi ile çalışanların çalışmaya başladığı tarihten,

10) Gelir vergisinden muaf olan, ancak esnaf ve sanatkârlar sicili ile birlikte kanunla kurulu meslek kuruluşlarındaki kayıtlara istinaden bu Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (b) bendi kapsamında sigortalı sayılanlardan, bu sigortalılıklarının devamı sırasında, hizmet akdi ile çalışanların çalışmaya başladığı tarihten,

c) 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında sigortalı sayılanların;

1) Ölüm halinde veya aylık bağlanmasını gerektiren hallerde, bu tarihi takip eden ayın ilk gününden,

2) Diğer hallerde ise görevden ayrıldıkları tarihten,

d) 5 inci madde gereği bazı sigorta kollarına tâbi tutulanların, sigortalı sayılmalarını gerektiren halin sona erdiği tarihten,

e) 6 ncı maddenin birinci fıkrasının (1) bendi kapsamında olanlardan, çalışmakta iken bulunduğu ülkenin sosyal güvenlik kurumu ile irtibatlandırılanlar ile uluslararası sosyal güvenlik sözleşmeleri çerçevesinde, seçimini bu yönde kullananlar için sigortalandıkları tarihten,

itibaren sona erer.

Ancak, hastalık ve analık hükümlerinin uygulanmasında sigortalılık;

a) İlgili kanunlar gereği sigortalının ücretsiz izinli olması, greve iştirak etmesi veya işverenin lokavt yapması hallerinde, bu hallerin sona ermesini,

b) Diğer hallerde ise birinci fıkrada belirtilen tarihleri, takip eden onuncu günden başlanarak yitirilmiş sayılır.

Birinci fıkranın (a), (c) ve (d) bentlerine göre sigortalılığı sona erenlerin durumları işverenleri tarafından, (b) bendinde belirtilen şekillerde sona erenlerin durumları ise kendileri ve sözü edilen bentte belirtilen faaliyetin sona erme halinin bildirildiği kuruluşlar veya vergi daireleri tarafından, en geç on gün içinde Kuruma bildirilir. Bu kişilerin meslek kuruluşlarına ya da vergi dairelerine olan yükümlülüklerini yerine getirmemiş olmaları, sigortalılığın sona ermesine ilişkin belge ya da bilginin verilmesine engel teşkil etmez.

Birinci fıkranın (e) bendine göre sigortalılığı sona erenler ile 8 inci maddenin birinci fıkrasının (c) bendine göre bildiri yapılan sigortalıların, sigortalılığının sona ermesine ilişkin bildirimleri, üç ay içinde Kuruma yapılır.

Bu maddenin uygulanmasına ilişkin usûl ve esaslar, Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.

Sigortalıların işleri nedeniyle geçici olarak yurt dışında bulunmaları

MADDE 10- 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a) bendinde sayılan sigortalıların işverenleri tarafından geçici görevle yurt dışına gönderilmeleri, (c) bendinde sayılan sigortalıların mevzuatlarında belirtilen usûle uygun olarak yurt dışına gönderilmeleri veya (b) bendinde sayılanların sigortalılığa esas çalışması nedeniyle yurt dışında bulunmaları halinde, bu görevleri yaptıkları sürece, sigortalıların ve işverenlerin sosyal sigortaya ilişkin hak ve yükümlülükleri devam eder.

Sosyal güvenlik sözleşmesi imzalanmayan ülkelerde iş üstlenen işverenlerce çalıştırılmak üzere bu ülkelere götürülen Türk işçileri de bu Kanunun uygulanmasında geçici görevle yurt dışına gönderilmiş sayılır.

İKİNCİ BÖLÜM

İşyerleri ve İşverenlere İlişkin Hükümler

İşyeri, işyerinin bildirilmesi, devri, intikali ve nakli

MADDE 11- İşyeri, sigortalı sayılanların maddî olan ve olmayan unsurlar ile birlikte işlerini yaptıkları yerlerdir.

İşyerinde üretilen mal veya verilen hizmet ile nitelik yönünden bağlılığı bulunan ve aynı yönetim altında örgütlenen işyerine bağlı yerler, dinlenme, çocuk emzirme, yemek, uyku, yıkanma, muayene ve bakım, beden veya meslek eğitimi yerleri, avlu ve büro gibi diğer eklentiler ile araçlar da işyerinden sayılır.

İşveren, örneği Kurumca hazırlanacak işyeri bildirgesini en geç sigortalı çalıştırmaya başladığı tarihte, Kuruma vermekle yükümlüdür. Şirket kuruluşu aşamasında, çalıştıracağı sigortalı sayısını ve bunların işe başlama tarihini, ticaret sicili memurluklarına bildiren işverenlerin, bu bildirimleri Kuruma yapılmış sayılır. Ticaret sicili memurlukları, kendilerine yapılan bu bildiri en geç on gün içinde Kuruma bildirmek zorundadır.

29/6/1956 tarihli ve 6762 sayılı Türk Ticaret Kanunu hükümlerine tâbi şirketlerin nevelerinin değişmesi, birleşmesi veya diğer bir şirkete katılması durumunda, bu hususların ticaret siciline tesciline ilişkin ilân tarihini; adi şirketlerde şirkete yeni ortak alınması durumunda ise en geç yeni ortağın alındığı tarihi takip eden on gün içinde, işyeri bildirgesi

ile Kuruma bildirilmek zorundadır.

İşyerinin faaliyette bulunduğu adresten başka bir ildeki adrese nakledilmesi, sigortalı çalıştırılan bir işin veya işyerinin başka bir işverene devredilmesi veya intikal etmesi halinde, işyerinin nakledildiği, yeni işverenin işi veya işyerini devraldığı tarihi takip eden on gün içinde, işyerinin miras yoluyla intikali halinde ise mirasçıları, ölüm tarihinden itibaren en geç üç ay içinde, işyeri bildirgesini Kuruma vermekle yükümlüdür. İşyerinin aynı il sınırları içinde Kurumun diğer bir ünitesinin görev alanına giren başka bir adrese nakledilmesi halinde, adres değişikliğinin yazı ile bildirilmesi yeterlidir. Bu işlerde çalışan sigortalıların, sigorta hak ve yükümlülükleri devam eder.

Valilikler, belediyeler ve ruhsat vermeye yetkili diğer kamu ve özel hukuk tüzel kişileri, yapı ruhsatı ve diğer tüm ruhsat veya ruhsat niteliği taşıyan işlemlerine ilişkin bilgi ve belgeler ile varsa bunların verilmesine esas olan istihdama ilişkin bilgileri, verildiği tarihten itibaren bir ay içinde Kuruma bildirmekle yükümlüdürler.

Bu maddede belirtilen yükümlülükleri yerine getirmeyenler hakkında, 102 nci maddenin birinci fıkrasının (b) bendi uyarınca idarî para cezası uygulanır. İdarî para cezası uygulanması, bu yükümlülüklerin yerine getirilmesine engel teşkil etmez.

Alt işveren, asıl işverenin işyerinde çalıştırdığı sigortalıları, işverenle aralarında yaptıkları sözleşmenin ibrazı kaydıyla, Kurumdan alacağı özel bir numara ile asıl işverenin kayıtlı olduğu dosyadan bildirir.

İşyeri bildirgesinin verilmemesi veya geç verilmesi, bu Kanunda belirtilen hak ve yükümlülükleri ortadan kaldırmaz. İşyeri bildirgesinin şekli ve içeriği ile bu maddenin uygulanmasına ilişkin usûl ve esaslar Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.

İşveren, işveren vekili, geçici iş ilişkisi kurulan işveren ve alt işveren

MADDE 12- 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a) ve (c) bentlerine göre sigortalı sayılan kişileri çalıştıran gerçek veya tüzel kişiler ile tüzel kişiliği olmayan kurum ve kuruluşlar işverendir.

İşveren adına ve hesabına, işin veya görülen hizmetin bütününün yönetim görevini yapan kimse, işveren vekilidir. Bu Kanunda geçen işveren deyimi, işveren vekilini de kapsar. İşveren vekili ve 4857 sayılı İş Kanununda tanımlanan geçici iş ilişkisi kurulan işveren, bu Kanunda belirtilen yükümlülüklerinden dolayı işveren ile birlikte müştereken ve müteselsilen sorumludur.

4 üncü maddenin ikinci fıkrasının (a) bendine tâbi olanlar hakkında, işverenlerin bu Kanunda belirtilen yükümlülükleri, bunları çalıştıran işçi sendikaları veya işveren tarafından; 4 üncü maddenin üçüncü fıkrasına tâbi olanlar hakkında, işverenlerin bu Kanunda belirtilen yükümlülükleri, bunları çalıştıran kamu idareleri veya eğitim gördükleri okullar tarafından yerine getirilir.

2/7/1941 tarihli ve 4081 sayılı Çiftçi Mallarının Korunması Hakkında Kanuna göre çalıştırılanlar hakkında, işverenlerin bu Kanunda belirtilen yükümlülükleri, bunları çalıştırmaya yetkili makam tarafından yerine getirilir.

Ceza infaz kurumları ile tutukvevleri bünyesinde oluşturulan tesis, atölye ve benzeri ünitelerde çalıştırılan hükümlü ve tutukluların işvereni, Ceza İnfaz Kurumları ile Tutukvevleri İş Yurtları Kurumu, işveren vekilleri ise Ceza İnfaz Kurumları ile Tutukvevleri İş Yurtları Kurumunun sorumlu müdür ve amirleridir.

Bir işverenden, işyerinde yürüttüğü mal veya hizmet üretimine ilişkin bir işte veya bir işin bölüm veya eklentilerinde, iş alan ve bu iş için görevlendirdiği sigortalıları çalıştıran üçüncü kişiye alt işveren denir. Sigortalılar, üçüncü bir kişinin aracılığı ile işe girmiş ve bunlarla sözleşme yapmış olsalar dahi, asıl işveren, bu Kanunun işverene yüklediği yükümlülüklerden dolayı alt işveren ile birlikte sorumludur.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Kısa Vadeli Sigorta Hükümleri

İş kazasının tanımı, bildirilmesi ve soruşturulması

MADDE 13- İş kazası;

- a) Sigortalının işyerinde bulunduğu sırada,
- b) İşveren tarafından yürütülmekte olan iş nedeniyle veya görevi nedeniyle, sigortalı kendi adına ve hesabına bağımsız çalışıyorsa yürütmekte olduğu iş veya çalışma konusu nedeniyle işyeri dışında,
- c) Bir işverene bağlı olarak çalışan sigortalının, görevli olarak işyeri dışında başka bir yere gönderilmesi nedeniyle asıl işini yapmaksızın geçen zamanlarda,
- d) Emziren kadın sigortalının, çocuğuna süt vermek için ayrılan zamanlarda,
- e) Sigortalıların, işverence sağlanan bir taşıtla işin yapıldığı yere gidiş geliş sırasında, meydana gelen ve sigortalıyı hemen veya sonradan bedenen ya da ruhen özüre uğratan olaydır.

İş kazasının 4 üncü maddenin birinci fıkrasının;

- a) (a) bendi ile 5 inci madde kapsamında bulunan sigortalılar bakımından bunları çalıştıran işveren tarafından, o yer yetkili kolluk kuvvetlerine derhal ve Kuruma da en geç kazadan sonraki üç işgünü içinde,
- b) (b) bendi kapsamında bulunan sigortalı bakımından kendisi tarafından, bir ayı geçmemek şartıyla rahatsızlığının bildirim yapmaya engel olmadığı günden sonra üç işgünü içinde,
- c) (c) bendi kapsamında bulunan sigortalılar bakımından, bunları çalıştıran işveren tarafından, o yer yetkili kolluk kuvvetlerine veya kendi mevzuatlarına göre yetkili mercilere derhal ve Kuruma da en geç kazadan sonraki üç işgünü içinde,

iş kazası ve meslek hastalığı bildirgesinin doğrudan ya da taahhütlü posta ile Kuruma bildirilmesi zorunludur. Bu fıkranın (a) ve (c) bentlerinde belirtilen süre, iş kazasının işverenin kontrolü dışındaki yerlerde meydana gelmesi halinde, iş kazasının öğrenildiği tarihten itibaren başlar.

Kuruma bildirilen olayın iş kazası sayılıp sayılmayacağı hakkında bir karara varılabilmesi için gerektiğinde, Kurumun denetim ve kontrol ile yetkilendirilen memurları tarafından veya Bakanlık iş müfettişleri vasıtasıyla soruşturma yapılabilir. Bu soruşturma sonunda yazılı olarak bildirilen hususların gerçeğe uymadığı ve olayın iş kazası olmadığı anlaşılırsa, Kurumca bu olay için yersiz olarak yapılmış bulunan ödemeler, ödemenin yapıldığı tarihten itibaren gerçeğe aykırı bildirimde bulunanlardan, 96 ncı madde hükmüne göre tahsil edilir.

İş kazası ve meslek hastalığı bildirgesinin şekli ve içeriği, verilme usûlü ile bu maddenin uygulanmasına ilişkin usûl ve esaslar, Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.

Meslek hastalığının tanımı, bildirilmesi ve soruşturulması

MADDE 14- Meslek hastalığı, sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, bedensel veya ruhsal özrürlük halleridir.

Sigortalının çalıştığı işten dolayı meslek hastalığına tutulduğunun;

- a) Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları tarafından usûlüne uygun olarak düzenlenen sağlık kurulu raporu ve dayanağı tıbbî belgelerin incelenmesi,
- b) Kurumca gerekli görüldüğü hallerde, işyerindeki çalışma şartlarını ve buna bağlı tıbbî sonuçlarını ortaya koyan denetim raporları ve gerekli diğer belgelerin incelenmesi, sonucu Kurum Sağlık Kurulu tarafından tespit edilmesi zorunludur.

Meslek hastalığı, işten ayrıldıktan sonra meydana çıkmış ve sigortalı olarak çalıştığı işten kaynaklanmış ise, sigortalının bu Kanunla sağlanan haklardan yararlanabilmesi için,

eski işinden fiilen ayrılmasıyla hastalığın meydana çıkması arasında bu hastalık için Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikte belirtilen süreden daha uzun bir zamanın geçmemiş olması şarttır. Bu durumdaki kişiler, gerekli belgelerle Kuruma müracaat edebilirler. Herhangi bir meslek hastalığının klinik ve laboratuvar bulgularıyla belirlendiği ve meslek hastalığına yol açan etkenin işyerindeki inceleme sonunda tespit edildiği hallerde, meslek hastalıkları listesindeki yükümlülük süresi aşılmış olsa bile, söz konusu hastalık Kurumun veya ilgilinin başvurusu üzerine Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kurulunun onayı ile meslek hastalığı sayılabilir.

Meslek hastalığının 4 üncü maddenin birinci fıkrasının;

a) (a) ve (c) bentleri ile 5 inci madde kapsamında bulunan sigortalılar bakımından, sigortalının meslek hastalığına tutulduğunu öğrenen veya bu durum kendisine bildirilen işveren tarafından,

b) (b) bendi kapsamındaki sigortalı bakımından ise kendisi tarafından,

bu durumun öğrenildiği günden başlayarak üç işgünü içinde, iş kazası ve meslek hastalığı bildirgesi ile Kuruma bildirilmesi zorunludur. Bu yükümlülüğü yerine getirmeyen veya yazılı olarak bildirilen hususları kasten eksik ya da yanlış bildiren işverene veya 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (b) bendi kapsamındaki sigortalıya, Kurumca bu durum için yapılmış bulunan masraflar ile ödenmişse geçici iş göremezlik ödenekleri rüçü edilir.

Meslek hastalığı ile ilgili bildirimler üzerine gerekli soruşturmalar, Kurumun denetim ve kontrol ile yetkilendirilen memurları tarafından veya Bakanlık iş müfettişleri vasıtasıyla yaptırılabilir.

Hangi hallerin meslek hastalığı sayılacağı, iş kazası ve meslek hastalığı bildirgesinin şekli ve içeriği, verilme usûlü ile bu maddenin uygulanmasına ilişkin diğer usûl ve esaslar, Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikte düzenlenir. Yönetmelikte belirlenmiş hastalıklar dışında herhangi bir hastalığın meslek hastalığı sayılıp sayılmaması hususunda çıkabilecek uyuşmazlıklar, Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kurulunca karara bağlanır.

Hastalık ve analık hali

MADDE 15- Sigortalının, iş kazası ve meslek hastalığı dışında kalan ve iş göremezliğine neden olan rahatsızlıklar, hastalık halidir.

Sigortalı kadının veya sigortalı erkeğin sigortalı olmayan eşinin gebeliğinin başladığı tarihten itibaren doğumdan sonraki ilk sekiz haftalık, çoğul gebelik halinde ise ilk on haftalık süreye kadar olan gebelik ve analık haliyle ilgili rahatsızlık ve özürlülük halleri analık hali kabul edilir.

İş kazası, meslek hastalığı, hastalık ve analık hallerinde sağlanan haklar

MADDE 16- İş kazası veya meslek hastalığı halleri nedeniyle sağlanan haklar şunlardır:

a) Sigortalıya; geçici iş göremezlik süresince günlük geçici iş göremezlik ödeneği verilmesi.

b) Sigortalıya; sürekli iş göremezlik geliri bağlanması.

c) İş kazası veya meslek hastalığı sonucu ölen sigortalının hak sahiplerine; gelir bağlanması.

d) Gelir bağlanmış olan eş ve çocuklara; evlenme ödeneği verilmesi.

e) İş kazası ve meslek hastalığı sonucu ölen sigortalı için; cenaze ödeneği verilmesi.

Sigortalıya hastalık veya analık hallerine bağlı olarak ortaya çıkan iş göremezlik süresince, günlük geçici iş göremezlik ödeneği verilir.

Sigortalı kadına veya sigortalı olmayan karısının doğum yapması nedeniyle sigortalı erkeğe, çocuğun yaşaması şartıyla doğumdan sonraki altı ay süresince her ay, doğum tarihinde geçerli olan asgarî ücretin üçte biri tutarında emzirme ödeneği verilir.

Emzirme ödeneğine hak kazanan sigortalılardan 9 uncu maddeye göre sigortalılığı sona erenlerin, bu tarihten başlamak üzere üçyüz gün içinde çocukları doğarsa, sigortalı kadın

veya karısı analık sigortası haklarından yararlanacak sigortalı erkek, doğum tarihinden önceki onbeş ay içinde en az üç ay prim ödenmiş olması şartıyla emzirme ödeneğinden yararlandırılır.

Ödenek ve gelirlere esas tutulacak günlük kazanç

MADDE 17- İş kazası, meslek hastalığı, hastalık ve analık hallerinde verilecek ödeneklerin veya bağlanacak gelirlerin hesabına esas tutulacak günlük kazanç; iş kazasının veya doğumun olduğu tarihten, meslek hastalığı veya hastalık halinde ise iş göremezliğin başladığı tarihten önceki oniki aydaki son üç ay içinde 80 inci maddeye göre hesaplanacak prime esas kazançlar toplamının, bu kazançlara esas prim gün sayısına bölünmesi suretiyle hesaplanır. Bu surette bulunan günlük kazanç; iş göremezliğin başladığı veya gelirin bağlanacağı tarihten geriye doğru oniki ay ve daha öncesine ait ise güncelleme katsayısı ile güncellenerek hesaplanır.

Oniki aylık dönemde çalışmamış ve ücret almamış olan sigortalı, çalışmaya başladığı ay içinde iş kazası veya meslek hastalığı nedeniyle iş göremezliğe uğrarsa verilecek ödeneklerin veya bağlanacak gelirlerin hesabına esas günlük kazanç; çalışmaya başladığı tarih ile iş göremezliğinin başladığı tarih arasındaki sürede elde ettiği prime esas günlük kazanç toplamının, çalıştığı gün sayısına bölünmesi suretiyle; çalışmaya başladığı gün iş kazasına uğraması halinde ise aynı veya emsal işte çalışan benzeri bir sigortalının günlük kazancı esas tutulur.

4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a) ve (c) bentleri gereği sigortalı sayılanların ödenek veya gelire esas günlük kazançlarının hesabında:

a) Prim, ikramiye ve bu nitelikteki arızı ödemeler dikkate alınmış ise ödenek ve gelire esas alınacak günlük kazanç, ücret toplamının ücret alınan gün sayısına bölünmesiyle hesaplanacak günlük kazançta, % 50 oranında bir ekleme yapılarak bulunan tutardan çok olamaz.

b) İdare veya yargı mercilerince verilen karar gereğince yapılan ücret, ikramiye, zam, tazminat ve bu mahiyetteki ödemelerden, ödenek ve gelirin hesabına esas alınan üç aylık dönemden önceki aylara ilişkin olanlar dikkate alınmaz.

Meslek hastalığı, sigortalının sigortalı olarak çalıştığı son işinden ayrıldığı tarihten bir yıl geçtikten sonra meydana çıkmış ise, günlük kazancı bu son işinden ayrıldığı tarih esas alınarak yukarıdaki fıkralara göre hesaplanır.

İş kazası ile meslek hastalığı sigortasından bağlanacak gelirlere esas tutulacak aylık kazanç, yukarıdaki hükümlere göre hesaplanacak günlük kazancın otuz katıdır.

Geçici iş göremezlik ödeneği

MADDE 18- Kurumca yetkilendirilen hekim veya sağlık kurullarından istirahat raporu alınmış olması şartıyla;

a) İş kazası veya meslek hastalığı nedeniyle iş göremezliğe uğrayan sigortalıya her gün için,

b) 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a) ve (c) bentleri ile 5 inci madde kapsamındaki sigortalıların hastalık sebebiyle iş göremezliğe uğraması halinde, iş göremezliğin başladığı tarihten önceki bir yıl içinde en az doksan gün kısa vadeli sigorta primi bildirilmiş olması şartıyla geçici iş göremezliğin üçüncü gününden başlamak üzere her gün için,

c) Sigortalı kadının analığı halinde, doğumdan önceki bir yıl içinde en az doksan gün kısa vadeli sigorta primi bildirilmiş olması şartıyla, doğumdan önceki ve sonraki sekiz haftalık sürede, çoğul gebelik halinde ise doğumdan önceki sekiz haftalık süreye iki haftalık süre ilave edilerek çalışmadığı her gün için,

d) Sigortalı kadının isteği ve hekimin onayı ile doğuma üç hafta kalıncaya kadar çalışılması halinde, doğum sonrası istirahat süresine eklenen süreler için, geçici iş göremezlik ödeneği verilir.

4 üncü maddenin birinci fıkrasının (b) bendine göre sigortalı sayılanlara hastalıkları

halinde geçici iş göremezlik ödeneği, genel sağlık sigortası dahil prim ve her türlü borçlarının ödenmiş olması şartıyla yatarak tedavi süresince veya yatarak tedavi sonrası bu tedavinin gereği olarak istirahat raporu aldıkları sürede ödenir.

İş kazası, meslek hastalığı, hastalık ve sigortalı kadının analığı halinde verilecek geçici iş göremezlik ödeneği, 17 nci maddeye göre hesaplanacak günlük kazancının üçte ikisidir. Ancak geçici iş göremezlik ödeneğinin güncellenmemiş tutarı, sigortalının ödenek hesabına esas alınan döneme ilişkin kazanç üzerinden vergi, sosyal sigorta, genel sağlık sigortası ve işsizlik sigortası primleri kesintileri sonrası hesaplanan günlük net kazancını geçemez.

Sigorta prim ve ödeneklerinin hesabına esas tutulacak günlük kazançların alt sınırında meydana gelecek değişikliklerde, yeniden tespit edilen alt sınırın altında bir günlük kazanç üzerinden ödenek almakta bulunanların veya almaya hak kazanmış veya kazanacak olanların bu ödenekleri, günlük kazançlarının alt sınırındaki değişikliklerin yürürlüğe girdiği tarihten başlayarak değiştirilmiş günlük kazançların alt sınırına göre ödenir.

Bir sigortalıda iş kazası, meslek hastalığı, hastalık ve analık hallerinden birkaçı birleşirse, geçici iş göremezlik ödeneklerinden en yükseği verilir.

Geçici iş göremezlik ödenekleri, toplu iş sözleşmesi yapılan işyerleri ile kamu idarelerinin işverenleri tarafından Kurumca belirlenen usûl ve esaslara göre Kurum adına sigortalılara ödenerek, daha sonra Kurum ile mahsuplaşmak suretiyle tahsil edilebilir.

Geçici iş göremezlik ödeneklerinin ödeme zamanı ile bu maddenin uygulanmasına ilişkin diğer usûl ve esaslar, Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.

Sürekli iş göremezlik gelirine hak kazanma, hesaplanması, başlangıcı ve birden çok iş kazası ve meslek hastalığı hali

MADDE 19- İş kazası veya meslek hastalığı sonucu oluşan hastalık ve özürler nedeniyle Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucularının sağlık kurulları tarafından verilen raporlarda meslekte kazanma gücü en az % 10 oranında azalmış bulunduğu belirtilen ve Kurum Sağlık Kurulunca bu durumu onaylanan sigortalı, sürekli iş göremezlik gelirine hak kazanır.

Sürekli iş göremezlik geliri bağlanmış olan sigortalının yeniden tedavi ettirilmesi halinde meslekte kazanma gücünü ne oranda yitirdiği, birinci fıkrada belirtilen sağlık kurullarından alınacak raporlara göre yeniden tespit olunur.

Sürekli iş göremezlik geliri, sigortalının mesleğinde kazanma gücünün kaybı oranına göre hesaplanır. Sürekli tam iş göremezlikte sigortalıya, 17 nci maddeye göre hesaplanan aylık kazancının % 70'i oranında gelir bağlanır. Sürekli kısmî iş göremezlikte sigortalıya bağlanacak gelir, tam iş göremezlik geliri gibi hesaplanarak bunun iş göremezlik derecesi oranındaki tutarı kendisine ödenir. Sigortalı, başka birinin sürekli bakımına muhtaç ise gelir bağlama oranı % 100 olarak uygulanır.

4 üncü maddenin birinci fıkrasının (b) bendine göre sigortalı sayılanlara, sürekli iş göremezlik geliri bağlanabilmesi için, kendi sigortalılığından dolayı, genel sağlık sigortası dahil prim ve her türlü borçlarının ödenmiş olması zorunludur.

Bu Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında bulunan sigortalılardan, kurumlarınca sürekli iş göremezlik nedeniyle görevlerine son verilenlerden;

a) Malûllük veya yaşlılık aylığına hak kazanamayan sigortalılara sürekli tam iş göremezlik geliri bağlanarak sürekli iş göremezlik derecesine göre hesaplanacak sürekli iş göremezlik gelir tutarı ile sürekli tam iş göremezlik geliri arasındaki fark, sigortalının görevine son veren kurum tarafından, Kuruma ödenir. Bunların bu Kanun kapsamında tekrar çalışması halinde, sürekli iş göremezlik geliri, sürekli iş göremezlik derecesine göre ödenmeye devam edilir.

b) Malûllük veya yaşlılık aylığına hak kazanan sigortalılara ise sürekli iş göremezlik derecesine göre gelir bağlanır.

Başka birinin sürekli bakımına muhtaç olanlar hariç, sürekli iş göremezlik gelirinin

güncellenmemiş aylık tutarı; sigortalının sürekli iş göremezlik geliri hesabına esas alınan döneme ilişkin kazancı üzerinden vergi, sosyal sigorta, genel sağlık sigortası ve işsizlik sigortası primleri kesintileri sonrası hesaplanan aylık net kazancını geçemez.

Yukarıdaki fıkralara göre hesaplanan gelir, günlük kazanç hesabına giren son ay ile gelir başlangıç tarihi arasında 55 inci maddenin ikinci fıkrası hükmüne göre artırılarak belirlenir.

Sigortalının sürekli iş göremezlik geliri;

a) Geçici iş göremezlik ödeneğinin sona erdiği tarihi,

b) Geçici iş göremezlik tespit edilemeden sürekli iş göremezlik durumuna girilmişse, buna ait sağlık kurulu raporu tarihini, takip eden ay başından başlar.

Sürekli iş göremezlik geliri bağlanmış sigortalılardan, aynı özürülük veya meslek hastalığı nedeniyle istirahat raporu alanlara, yazılı istek tarihinden itibaren 18 inci maddeye göre hesaplanacak bir günlük geçici iş göremezlik ödeneği ile aylık sürekli iş göremezlik gelirin otuzda biri arasındaki fark, her gün için geçici iş göremezlik ödeneği olarak verilir.

Sigortalının yeniden bir iş kazasına uğraması veya yeni bir meslek hastalığına tutulması halinde, meydana gelen özürlerin bütünü göz önüne alınarak kendisine, sürekli iş göremezliğini doğuran son iş kazası veya meslek hastalığı sırasındaki kazancı üzerinden gelir hesaplanır. Ancak, sigortalının son iş kazası veya meslek hastalığı sırasındaki günlük kazancına göre bulunacak geliri, hesaplanan ilk gelirinden az ise sigortalının sürekli iş göremezlik geliri ilk kazanç üzerinden ödenir.

İş kazası ve meslek hastalığı sonucu sürekli iş göremezlik hallerinde meslekte kazanma gücündeki kayıp oranının belirlenmesine ve bu maddenin uygulanmasına ilişkin diğer usûl ve esaslar, Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.

Hak sahiplerine gelir bağlanması, evlenme ve cenaze ödenekleri

MADDE 20- İş kazası veya meslek hastalığına bağlı nedenlerden dolayı ölen sigortalının hak sahiplerine, 17 nci madde gereğince tespit edilecek aylık kazancının % 70'i, 55 inci maddenin ikinci fıkrasına göre güncellenerek 34 üncü madde hükümlerine göre gelir olarak bağlanır.

İş kazası veya meslek hastalığı sonucu meslekte kazanma gücünü % 50 veya daha fazla oranda kaybetmesi nedeniyle sürekli iş göremezlik geliri bağlanmış iken ölenlerin, ölümün iş kazası veya meslek hastalığına bağlı olup olmadığına bakılmaksızın birinci fıkraya göre belirlenen tutar, 34 üncü madde hükümlerine göre hak sahiplerine gelir olarak bağlanır.

İş kazası veya meslek hastalığı sonucu meslekte kazanma gücünü % 50 oranının altında kaybetmesi nedeniyle sürekli iş göremezlik geliri bağlanmış iken ölenlerin, ölümün iş kazası veya meslek hastalığına bağlı olmaması halinde sigortalının almakta olduğu sürekli iş göremezlik geliri, 34 üncü madde hükümlerine göre hak sahiplerine gelir olarak bağlanır.

4 üncü maddenin birinci fıkrasının (b) bendine göre sigortalı sayılanların hak sahiplerine gelir bağlanabilmesi için, kendi sigortalılığından dolayı, genel sağlık sigortası dahil prim ve her türlü borçlarının ödenmiş olması zorunludur.

Gelirin başlangıcı, kesilmesi ve yeniden bağlanmasında 34 üncü ve 35 inci maddeler uygulanır.

37 nci madde hükümlerine göre hak sahiplerine cenaze ve evlenme ödeneği verilir.

İş kazası ve meslek hastalığı ile hastalık bakımından işverenin ve üçüncü kişilerin sorumluluğu

MADDE 21- İş kazası ve meslek hastalığı, işverenin kastı veya sigortalıların sağlığını koruma ve iş güvenliği mevzuatına aykırı bir hareketi sonucu meydana gelmişse, Kurumca sigortalıya veya hak sahiplerine bu Kanun gereğince yapılan veya ileride yapılması gereken

ödemeler ile bağlanan gelirin başladığı tarihteki ilk peşin sermaye değeri toplamı, sigortalı veya hak sahiplerinin işverenenden isteyebilecekleri tutarlarla sınırlı olmak üzere, Kurumca işverene ödettirilir. İşverenin sorumluluğunun tespitinde kaçınılmazlık ilkesi dikkate alınır.

İş kazasının, 13 üncü maddenin ikinci fıkrasının (a) bendinde belirtilen sürede işveren tarafından Kuruma bildirilmemesi halinde, bildirim tarihine kadar geçen süre için sigortalıya ödenecek geçici iş göremezlik ödeneği, Kurumca işverenenden tahsil edilir.

Çalışma mevzuatında sağlık raporu alınması gerektiği belirtilen işlerde, böyle bir rapora dayanılmaksızın veya eldeki rapora aykırı olarak bünyeye elverişli olmadığı işte çalıştırılan sigortalının, bu işe girmeden önce var olduğu tespit edilen veya bünyeye elverişli olmadığı işte çalıştırılması sonucu meydana gelen hastalığı nedeniyle, Kurumca sigortalıya ödenen geçici iş göremezlik ödeneği işverene ödettirilir.

İş kazası, meslek hastalığı ve hastalık, üçüncü bir kişinin kusuru nedeniyle meydana gelmişse, sigortalıya ve hak sahiplerine yapılan veya ileride yapılması gereken ödemeler ile bağlanan gelirin başladığı tarihteki ilk peşin sermaye değerinin yarısı, zarara sebep olan üçüncü kişilere ve şayet kusuru varsa bunları çalıştıranlara rücu edilir.

İş kazası, meslek hastalığı ve hastalık; kamu görevlileri, er ve erbaşlar ile kamu idareleri tarafından görevlendirilen diğer kişilerin vazifelerinin gereği olarak yaptıkları fiiller sonucu meydana gelmiş ise, bu fiillerden dolayı haklarında kesinleşmiş mahkûmiyet kararı bulunanlar hariç olmak üzere, sigortalı veya hak sahiplerine yapılan ödemeler veya bağlanan gelirler için kurumuna veya ilgililere rücu edilmez. Ayrıca, iş kazası veya meslek hastalığı sonucu ölümlerde, bu Kanun uyarınca hak sahiplerine bağlanacak gelir ve verilecek ödenekler için, iş kazası veya meslek hastalığının meydana gelmesinde kusuru bulunan hak sahiplerine veya iş kazası sonucu ölen kusurlu sigortalının hak sahiplerine, Kurumca rücu edilmez.

Sigortalının kendisinden kaynaklanan sebeplerle tedavi süresinin uzaması, iş göremezliğinin artması

MADDE 22- Sigortalının aşağıdaki sayılan nedenlerden dolayı iş kazasına veya meslek hastalığına uğraması, hastalanması, tedavi süresinin uzaması veya iş göremezliğinin artması hallerinde geçici iş göremezlik ödeneği veya sürekli iş göremezlik geliri;

a) Ceza sorumluluğu olmayanlar ile kabul edilebilir bir mazereti olanlar hariç, sigortalının iş kazası, meslek hastalığı, hastalık ve analık nedeniyle hekimin bildirdiği tedbir ve tavsiyelere uymaması sonucu tedavi süresinin uzamasına veya iş göremezlik oranının artmasına, malûl kalmasına neden olması halinde, uzayan tedavi süresi veya artan iş göremezlik oranı esas alınarak dörtte birine kadar Kurumca eksiltir.

b) Ceza sorumluluğu olmayanlar hariç, ağır kusuru yüzünden iş kazasına uğrayan, meslek hastalığına tutulan veya hastalanan sigortalının kusur derecesi esas alınarak üçte birine kadar Kurumca eksiltir.

c) Kasdî bir hareketi yüzünden iş kazasına uğrayan, meslek hastalığına tutulan, hastalanan veya Kurumun yazılı bildirimine rağmen teklif edilen tedaviyi kabul etmeyen sigortalıya, yarısı tutarında ödenir.

d) Tedavi gördüğü hekimden, tedavinin sona erdiğine ve çalışabilir olduğuna dair belge almaksızın çalışan sigortalıya geçici iş göremezlik ödeneği ödenmez, ödenmiş olanlar da yersiz yapılan ödeme tarihinden itibaren 96 ncı madde hükümlerine göre geri alınır.

13 üncü maddenin ikinci fıkrasının (b) bendinde belirtilenler tarafından iş kazasının anılan bentte belirtilen süre içinde Kuruma bildirilmemesi durumunda, sigortalıya yapılacak iş göremezlik ödenekleri bildirim tarihinden itibaren ödenir.

Bu maddenin uygulanmasına ilişkin usûl ve esaslar, Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.

Süresinde bildirilmeyen sigortalılıktan doğan sorumluluk

MADDE 23- Sigortalı çalıştırmaya başladığının süresi içinde sigortalı işe giriş

bildirgesi ile Kuruma bildirilmemesi halinde, bildirgenin sonradan verildiği veya sigortalı çalıştırıldığı Kurumca tespit edildiği tarihten önce meydana gelen iş kazası, meslek hastalığı, hastalık ve analık halleri sonucu ilgililerin gelir ve ödenekleri Kurumca ödenir.

Yukarıdaki fıkrada belirtilen hallerde, Kurumca yapılan ve ileride yapılması gerekli bulunan her türlü masrafların tutarı ile gelir bağlanırsa bu gelirin başladığı tarihteki ilk peşin sermaye değeri tutarı, 21 inci maddenin birinci fıkrasında yazılı sorumluluk halleri aranmaksızın, işverene ayrıca ödettirilir.

4 üncü maddenin birinci fıkrasının (b) bendi kapsamında sigortalı olduğu halde, 8 inci maddenin dördüncü fıkrasında belirtilen süre içerisinde bildirimde bulunmayanlara, bildirimde bulunulmayan sürede meydana gelen iş kazası, meslek hastalığı, hastalık ve analık halleri sonucu ilgililerin gelir ve ödenekleri Kurumca ödenmez.

Kısa vadeli sigorta kollarında dikkate alınmayan süreler

MADDE 24- Kısa vadeli sigorta kolları bakımından;

- a) Herhangi bir sebeple silâh altına alınan sigortalının askerlikte geçen hizmet süresi,
- b) Hükümlülükle sonuçlanmayan tutuklulukta geçen süre,
- c) İş kazası, meslek hastalığı, hastalık ve analık sigortalarından geçici iş göremezlik ödeneği alan sigortalının iş görmediği süre,
- d) Sigortalının greve iştirak etmesi veya işverenin lokavt yapması hallerinde geçen süre, 18 inci maddede belirtilen çalışma sürelerine girmediği gibi, iş göremezliğin başladığı veya hastalığın anlaşıldığı yahut doğumun olduğu tarihten önceki bir yılın hesabında da dikkate alınmaz.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

Uzun Vadeli Sigorta Hükümleri

Malûl sayılma

MADDE 25- Sigortalının veya işverenin talebi üzerine Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucularının sağlık kurullarınca usûlüne uygun düzenlenecek raporlar ve dayanağı tıbbî belgelerin incelenmesi sonucu, çalışma gücünün veya iş kazası veya meslek hastalığı sonucu meslekte kazanma gücünün en az % 60'ını kaybettiği Kurum Sağlık Kurulunca tespit edilen sigortalı, malûllük sigortası bakımından malûl sayılır.

Ancak, sigortalı olarak ilk defa çalışmaya başladığı tarihten önce sigortalının çalışma gücünün % 60'ını kaybettiği önceden veya sonradan tespit edilirse, sigortalı bu hastalık veya özürü sebebiyle malûllük aylığından yararlanamaz.

Bu maddenin uygulanmasına ilişkin usûl ve esaslar, Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.

Malûllük sigortasından sağlanan haklar ve yararlanma şartları

MADDE 26- Malûllük sigortasından sigortalılara sağlanan hak, malûllük aylığı bağlanmasıdır.

Sigortalıya malûllük aylığı bağlanabilmesi için sigortalının;

- a) 25 inci maddeye göre malûl sayılması,
- b) En az on yıldan beri sigortalı bulunup, toplam olarak 1800 gün veya başka birinin sürekli bakımına muhtaç derecede malûl olan sigortalılar için ise en az beş yıldan beri sigortalı bulunup toplam 900 gün malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları primi bildirilmiş olması,
- c) Malûliyeti nedeniyle sigortalı olarak çalıştığı işten ayrıldıktan veya işyerini kapattıktan veya devrettikten sonra Kurumdan yazılı istekte bulunması,

halinde malûllük aylığı bağlanır. Ancak, 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (b) bendine göre sigortalı sayılanların kendi sigortalılığı nedeniyle genel sağlık sigortası primi dahil, prim ve her türlü borçlarının ödenmiş olması zorunludur.

Malûllük aylığının hesaplanması, başlangıcı, kesilmesi ve yeniden bağlanması

MADDE 27- Malûllük aylığı; prim ödeme gün sayısı 9000 günden az olan sigortalılar için 9000 gün üzerinden, 9000 gün ve daha fazla olanlar için ise toplam prim ödeme gün sayısı üzerinden, 29 uncu madde hükümlerine göre hesaplanır. Sigortalı başka birinin sürekli bakımına muhtaç ise tespit edilen aylık bağlama oranı 10 puan artırılır.

4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a), (b) ve (c) bentleri kapsamındaki sigortalılar için ayrı ayrı olmak üzere, malûllük sigortasından dosya bazında her yıl bağlanan aylıkların aylık başlangıç tarihinin ait olduğu yılın Ocak ayı itibarıyla yıl içine ait artışlar uygulanmaksızın hesaplanacak tutarları, yaşlılık sigortasından bir önceki yılın son ödeme ayında söz konusu sigortalılar için ayrı ayrı dosya bazında ödenen en düşük yaşlılık aylığından az olamaz.

Malûllük aylığı, sigortalının;

a) Malûl sayılmasına esas tutulan rapor tarihi yazılı istek tarihinden önce ise yazılı istek tarihini,

b) Malûl sayılmasına esas tutulan rapor tarihi yazılı istek tarihinden sonra ise rapor tarihini,

c) 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında bulunanların çalıştıkları işyerine müracaatları halinde, görevlerinden ayrıldıkları tarihi, takip eden ay başından itibaren başlar.

Sigortalı, aylığın başlangıç tarihinde geçici iş göremezlik ödeneği almakta ise malûllük aylığı geçici iş göremezlik ödeneği verilme süresinin sona erdiği tarihten sonraki ay başından başlar. Ancak, bağlanacak malûllük aylığı, sigortalının almakta olduğu geçici iş göremezlik ödeneğinin aylık tutarından fazla ise aradaki fark, bu maddenin üçüncü fıkrasına göre tespit edilecek tarihten başlanarak verilir.

Malûllük aylığı almakta iken sigortalı olarak yeniden çalışmaya başlayanların veya yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında çalışmaya veya ikamete dayalı sosyal yardım almaya başlayanların malûllük aylıkları, çalışmaya başladıkları veya ikamete dayalı sosyal yardım almaya başladıkları tarihi takip eden ödeme dönemi başında kesilir.

Bu Kanuna göre sigortalı olmayı gerektiren bir işte çalışması nedeniyle malûllük aylıkları kesilenlerden çalışması sona erip, malûllük aylığı bağlanması için yazılı istekte bulunanlara, kontrol muayenesine tâbi tutulmak ve malûllüğünün devam ettiği anlaşılacak şartıyla eski malûllük aylığı, yazılı istekte bulunduğu tarihten sonraki ay başından itibaren ödenmeye başlanır. Ancak, bu durumdaki sigortalılar için yazılı istek tarihlerine göre yeniden malûllük aylığı hesaplanır ve bu aylık önceden bağlanan malûllük aylığından fazla ise hesaplanan yeni aylık üzerinden ödeme yapılır.

Yaşlılık sigortasından sağlanan haklar ve yararlanma şartları

MADDE 28- Yaşlılık sigortasından sigortalıya sağlanan haklar şunlardır:

a) Yaşlılık aylığı bağlanması.

b) Toptan ödeme yapılması.

İlk defa bu Kanuna göre sigortalı sayılanlara;

a) Kadın ise 58, erkek ise 60 yaşını doldurmuş olmaları ve en az 9000 gün malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları primi bildirilmiş olması şartıyla yaşlılık aylığı bağlanır.

b) (a) bendinde belirtilen yaş şartı;

1) 1/1/2036 ilâ 31/12/2037 tarihleri arasında kadın için 59, erkek için 61,

2) 1/1/2038 ilâ 31/12/2039 tarihleri arasında kadın için 60, erkek için 62,

3) 1/1/2040 ilâ 31/12/2041 tarihleri arasında kadın için 61, erkek için 63,

4) 1/1/2042 ilâ 31/12/2043 tarihleri arasında kadın için 62, erkek için 64,

5) 1/1/2044 ilâ 31/12/2045 tarihleri arasında kadın için 63, erkek için 65,

6) 1/1/2046 ilâ 31/12/2047 tarihleri arasında kadın için 64, erkek için 65,

7) 1/1/2048 tarihinden itibaren ise kadın ve erkek için 65,

olarak uygulanır.

Sigortalılar, ikinci fıkranın (a) ve (b) bentlerinde yer alan yaş hadlerine üç yıl eklenmek ve adlarına en az 5400 gün malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları primi bildirilmiş olmak şartıyla da yaşlılık aylığından yararlanabilirler.

Sigortalı olarak ilk defa çalışmaya başladığı tarihten önce 25 inci maddenin ikinci fıkrasına göre malûl sayılmayı gerektirecek derecede hastalık veya özürü bulunan ve bu nedenle malûllük aylığından yararlanamayan sigortalılara, en az onbeş yıldan beri sigortalı bulunmak ve en az 3960 gün malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları primi bildirilmiş olmak şartıyla yaşlılık aylığı bağlanır.

Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucularının sağlık kurullarınca usûlüne uygun düzenlenecek raporlar ve dayanağı tıbbî belgelerin incelenmesi sonucu, Kurum Sağlık Kurulunca çalışma gücündeki kayıp oranının;

a) % 50 ilâ % 59 arasında olduğu anlaşılan sigortalılar, en az 16 yıldan beri sigortalı olmaları ve 4320 gün,

b) % 40 ilâ % 49 arasında olduğu anlaşılan sigortalılar, en az 18 yıldan beri sigortalı olmaları ve 4680 gün,

malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları primi bildirilmiş olmak şartıyla ikinci fıkranın (a) bendindeki yaş şartları aranmaksızın yaşlılık aylığına hak kazanırlar. Bunlar 94 üncü madde hükümlerine göre kontrol muayenesine tâbi tutulabilirler.

Bakanlıkça tespit edilen maden işyerlerinin yeraltı işlerinde sürekli veya münavebeli olarak en az 20 yıldan beri çalışan sigortalılar için ikinci fıkrada belirtilen yaş şartı 55 olarak uygulanır.

50 yaşını dolduran ve erken yaşlanmış olduğu tespit edilen sigortalılar, yaş dışındaki diğer şartları taşımaları halinde yaşlılık aylığından yararlanırlar.

Yukarıdaki fıkralarda belirtilen yaşlılık aylıklarından yararlanabilmek için, 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a) bendinde belirtilen sigortalının çalıştığı işten ayrıldıktan, (b) bendinde belirtilen sigortalının sigortalılığa esas faaliyete son verip vermeyeceğini beyan ettikten, (c) bendinde belirtilen sigortalıların ise Kurumun aylık bağlanma hakkı olduğuna dair yazısı üzerine yetkili makamdan emekliye sevk onayı aldıktan ve ilişkisi kesildikten sonra yazılı istekte bulunması şarttır.

4 üncü maddenin birinci fıkrasının (b) bendinde belirtilen sigortalılara yaşlılık aylığı bağlanabilmesi için ayrıca, yazılı talepte bulunduğu tarih itibarıyla genel sağlık sigortası primi dahil kendi sigortalılığı nedeniyle prim ve her türlü borcunun olmaması zorunludur.

Bu maddenin uygulamasına ilişkin usûl ve esaslar, Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.

Yaşlılık aylığının hesaplanması

MADDE 29- Yaşlılık aylığına hak kazanan sigortalıların aylığı, aşağıdaki hükümlere göre belirlenecek ortalama aylık kazancı ile aylık bağlama oranının çarpımı sonucunda bulunan tutardır.

Ortalama aylık kazanç, sigortalının her yıla ait prime esas kazancının, kazancın ait olduğu yıldan itibaren aylık talep tarihine kadar geçen yıllar için, her yıl gerçekleşen güncelleme katsayısı ile güncellenerek bulunan kazançlar toplamının, itibarî hizmet süresi ile fiilî hizmet süresi zammı hariç toplam prim ödeme gün sayısına bölünmesi suretiyle hesaplanan ortalama günlük kazancın otuz katıdır.

Aylık bağlama oranı, sigortalının malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortalarına tâbi geçen toplam prim ödeme gün sayısının her 360 günü için 2015 yılı sonuna kadar % 2,5; 2016 yılı başından itibaren ise % 2 olarak uygulanır. Bu hesaplamada 360 günden eksik süreler orantılı olarak dikkate alınır. Ancak aylık bağlama oranı % 90'ı geçemez.

28 inci maddenin dördüncü ve beşinci fıkralarına göre aylığa hak kazanan sigortalılar için hesaplanacak aylık bağlama oranı, prim ödeme gün sayısı 9000 günden az olanlar için çalışma gücü kayıp oranının 9000 gün prim ödeme gün sayısı ile çarpımı sonucu bulunan

rakamın % 60'a bölünmesi suretiyle hesaplanan gün sayısına göre, üçüncü fıkraya uyarınca tespit edilen orandır. Prim ödeme gün sayısı 9000 günden fazla olanlar için ise toplam prim ödeme gün sayısına göre aylık bağlama oranı belirlenir.

Yukarıdaki şekilde hesaplanan aylığın başlangıç tarihinin yılın ilk altı aylık dönemine rastlaması halinde 55 inci maddenin ikinci fıkrasına göre Ocak ödeme dönemi için gelir ve aylıklara uygulanan artış oranı kadar artırılarak, yılın ikinci altı aylık dönemine rastlaması halinde ise öncelikle Ocak ödeme dönemi, daha sonra Temmuz ödeme dönemi için gelir ve aylıklara uygulanan artış oranları kadar artırılarak, sigortalının aylık başlangıç tarihindeki aylığı hesaplanır.

Yaşlılık aylığının başlangıcı, kesilmesi veya sosyal güvenlik destek primi ödenmesi

MADDE 30- 4 üncü maddenin birinci fıkrasının;

a) (a) ve (b) bentlerinde belirtilen sigortalılardan yaşlılık aylığına hak kazananlara, yazılı istek tarihinden sonraki,

b) (c) bendinde belirtilen sigortalılardan yetkili makamdan emekliye sevk onayı aldıktan ve görevleriyle ilişkisi kesildikten sonra Kuruma başvuranlara, ilişkisinin kesildiği tarihi takip eden,

c) (c) bendinde belirtilen sigortalılardan her ne şekilde olursa olsun sigortalı olmayı gerektiren görevinden ayrılmış olanlara ise istek tarihini takip eden,

ay başından itibaren aylık bağlanır.

Aylığın ödenmesine başlanacağı tarihte hastalık sigortasından geçici iş göremezlik ödeneği almakta olan sigortalının yaşlılık aylığı, geçici iş göremezlik ödeneği verilme süresinin sona erdiği tarihi takip eden ay başından başlar. Ancak, bağlanacak yaşlılık aylığı geçici iş göremezlik ödeneğinin aylık tutarından fazla ise, aradaki fark birinci fıkraya göre tespit edilecek tarihten başlanarak verilir.

Yaşlılık aylığı almakta iken sigortalı olarak yeniden çalışmaya başlayanların veya yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında çalışmaya veya ikamete dayalı sosyal yardım almaya başlayanların yaşlılık aylıkları, çalışmaya başladıkları veya ikamete dayalı sosyal yardım almaya başladıkları tarihi takip eden ödeme dönemi başında kesilir. Yaşlılık aylıkları kesilenlerden, bu Kanuna tâbi olarak yeniden çalışmaya başlayanlardan çalıştıkları süre zarfında 80 inci maddeye göre belirlenen prime esas kazançları üzerinden 81 inci madde gereğince kısa ve uzun vadeli sigorta kollarına ait prim alınır. Çalışmaya başlaması nedeniyle yaşlılık aylıkları kesilenlerden, işten ayrılarak veya işyerini kapatarak yeniden yaşlılık aylığı bağlanması için yazılı istekte bulunan sigortalıya, yazılı istek tarihini takip eden ay başından itibaren yeniden yaşlılık aylığı hesaplanarak bağlanır. Bu durumda olanların yeniden hesaplanan yaşlılık aylığı, 55 inci maddenin ikinci fıkrasına göre yeni talep tarihine kadar yükseltilecek eski aylıklarının altında olamaz.

Yaşlılık aylığı almakta iken bu Kanuna tâbi sigortalı olarak yeniden çalışmaya başlayanlardan veya 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (b) bendine tâbi faaliyete devam edeceğine beyan edenlerden aylıklarının kesilmemesi için yazılı istekte bulunanların yaşlılık aylıklarının ödenmesine devam edilir. Bunlardan 80 inci maddeye göre tespit edilen prime esas kazançlar üzerinden 81 inci maddenin (e) bendi gereğince sosyal güvenlik destek primi alınır. Sosyal güvenlik destek primi ödenmiş veya bildirilmiş süreler bu Kanuna göre malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları prim ödeme gün sayısına ilave edilmez, 31 inci ve 36 ncı madde hükümlerine göre toptan ödeme yapılmaz.

Üçüncü fıkraya göre yaşlılık aylığı kesilenler, bu Kanuna tâbi olarak yeniden çalıştıkları süre içinde dördüncü fıkraya hükümlerinin uygulanmasını; dördüncü fıkraya göre yaşlılık aylığı kesilmeden çalışanlar ise çalıştıkları süre içinde haklarında üçüncü fıkraya hükümlerinin uygulanmasını isteyebilirler.

Yaşlılık toptan ödemesi ve ihya

MADDE 31- Sigortalı olarak çalıştığı işten ayrılan veya işyerini kapatan ve yaşlılık

aylığı bağlanması için gerekli yaş şartını doldurduğu halde malûllük ve yaşlılık aylığı bağlanmasına hak kazanamayan sigortalıya, bu Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) ve (c) bendi kapsamında ise kendi adına bildirilen, (b) bendi kapsamında ise ödediği malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları primlerinin her yıla ait tutarı, primin ait olduğu yıldan itibaren yazılı istek tarihine kadar geçen yıllar için, her yılın gerçekleşen güncelleme katsayısı ile güncellenerek toptan ödeme şeklinde verilir.

Bu Kanun veya bu Kanundan önce yürürlükte bulunan sosyal güvenlik kanunlarına göre toptan ödeme yapılarak hizmetleri tasfiye edilmiş bulunanlardan, yeniden bu Kanuna tâbi olarak yahut bu Kanunla yürürlükten kaldırılmış kanunlara göre malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları primi bildirilmiş olanlar, yazılı olarak müracaat etmeleri halinde, aldıkları toptan ödemenin ödeme tarihi ile yazılı istek tarihi arasında geçen yıllar için her yılın gerçekleşen güncelleme katsayısı ile güncellenerek bulunan tutarını talep tarihini takip eden ayın sonuna kadar ödemeleri halinde, bu hizmetler ihya edilerek bu Kanunun uygulanmasında dikkate alınır.

Ölüm sigortasından sağlanan haklar ve yararlanma şartları

MADDE 32 - Ölüm sigortasından sağlanan haklar şunlardır:

- a) Ölüm aylığı bağlanması.
- b) Ölüm toptan ödemesi yapılması.
- c) Aylık almakta olan eş ve çocuklara evlenme ödeneği verilmesi.
- d) Cenaze ödeneği verilmesi.

Ölüm aylığı;

a) En az beş yıldan beri sigortalı bulunup, toplam olarak 900 gün malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları primi bildirilmiş,

b) Malûllük veya yaşlılık aylığı almakta iken veya malûllük veya yaşlılık aylığı bağlanmasına hak kazanmış olup henüz işlemi tamamlanmamış,

c) Bağlanmış bulunan malûllük veya yaşlılık aylığı, sigortalı olarak çalışmaya başlamaları sebebiyle kesilmiş,

durumda iken ölen sigortalının hak sahiplerine, yazılı istekte bulunmaları halinde bağlanır. Ancak, 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (b) bendine göre sigortalı sayılanların hak sahiplerine aylık bağlanabilmesi için ölen sigortalının genel sağlık sigortası primi dahil kendi sigortalılığında dolayı prim ve her türlü borcunun olmaması şarttır.

Ölüm sigortasından bağlanacak aylığın hesaplanması

MADDE 33- Sigortalının ölümü halinde hak sahiplerine bağlanan aylığın hesaplanmasında;

a) Sigortalının almakta olduğu veya bağlanmasına hak kazandığı malûllük veya yaşlılık aylığı,

b) Malûllük veya yaşlılık aylığı bağlandıktan sonra sigortalı olarak çalışmaya başlaması sebebiyle aylığı kesilen sigortalının ölüm tarihi esas alınarak 27 nci veya 29 uncu maddelere göre tespit edilecek aylığı,

c) 32 nci maddenin ikinci fıkrasının (a) bendi kapsamında malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları primi ödemiş olan sigortalının prim ödeme gün sayısı, 9000 günden az ise 9000 gün üzerinden, 9000 gün ve daha fazla ise toplam prim ödeme gün sayısı üzerinden, 29 uncu madde hükümlerine göre hesaplanan aylığı,

esas alınır.

4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a), (b) ve (c) bentleri ile 5 inci madde kapsamındaki sigortalılar için ayrı ayrı olmak üzere; sigortalıların ölümleri halinde ölüm sigortasından dosya bazında her yıl bağlanan aylıkların aylık başlangıç tarihinin ait olduğu yılın Ocak ayı itibarıyla yıl içine ait artışlar uygulanmaksızın hesaplanacak tutarları, yaşlılık sigortasından bir önceki yılın son ödeme ayında söz konusu sigortalılar için ayrı ayrı ödenen en düşük yaşlılık aylığından az olamaz. Sigortalı başka birinin sürekli bakımına muhtaç durumda

malûl sayılarak aylık bağlanmasına hak kazanmış ise, birinci fıkranın (a) ve (b) bentlerinin uygulanmasında bu durum dikkate alınmaz.

Ölüm aylığının hak sahiplerine paylaşılması

MADDE 34- Ölen sigortalının 33 üncü madde hükümlerine göre hesaplanacak aylığının;

a) Dul eşine % 50'si; aylık bağlanmış çocuğu bulunmayan dul eşine ise bu Kanun kapsamında veya yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında çalışmaması veya kendi çalışmaları nedeniyle gelir veya aylık bağlanmamış olması halinde % 75'i,

b) Bu Kanun kapsamında veya yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında çalışmayan veya kendi çalışmaları nedeniyle gelir veya aylık bağlanmamış çocuklardan;

1) 18 yaşını, lise ve dengi öğrenim görmesi halinde 20 yaşını, yüksek öğrenim yapması halinde 25 yaşını doldurmayanların veya,

2) Kurum Sağlık Kurulu kararı ile çalışma gücünü en az % 60 oranında yitirip malûl olduğu anlaşılanların veya,

3) Yaşları ne olursa olsun evli olmayan, evli olmakla beraber sonradan boşanan veya dul kalan kızlarının,

her birine % 25'i,

c) (b) bendinde belirtilen çocuklardan sigortalının ölümü ile anasız ve babasız kalan veya sonradan bu duruma düşenlerle, ana ve babaları arasında evlilik bağı bulunmayan veya sigortalının ölümü tarihinde evlilik bağı bulunmakla beraber ana veya babaları sonradan evlenenler ile kendisinden başka aylık alan hak sahibi bulunmayanların her birine % 50'si,

d) Hak sahibi eş ve çocuklardan artan hisse bulunması halinde, ana ve babaya çalışmaması ve gelir veya aylık bağlanmamış olması halinde % 25'i oranında; çalışmayan ana ve babanın 65 yaşın üstünde olması, gelir veya aylık bağlanmamış olması halinde ise artan hisseye bakılmaksızın % 25'i,

oranında aylık bağlanır.

Sigortalı tarafından evlât edinilmiş, tanınmış veya soy bağı düzeltilmiş veya babalığı hükme bağlanmış çocukları ile sigortalının ölümünden sonra doğan çocukları, bağlanacak aylıktan yukarıda belirtilen esaslara göre yararlanır.

Hak sahiplerine bağlanacak aylıkların toplamı sigortalıya ait aylığın tutarını geçemez. Bu sınırın aşılması için gerekirse hak sahiplerinin aylıklarından orantılı olarak indirimler yapılır.

Hak sahiplerinin aylıklarının başlangıcı, kesilmesi ve yeniden bağlanması

MADDE 35- Ölüm sigortasından sigortalının hak sahiplerine bağlanacak aylıklar;

a) Sigortalının ölüm tarihini,

b) Hak sahibi olma niteliğinin ölüm tarihinden sonra kazanılması halinde, bu niteliğin kazanıldığı tarihi,

takip eden ay başından itibaren başlatılır. Hak sahiplerine bağlanan aylıklar 34 üncü maddede belirtilen şartların ortadan kalktığı tarihi takip eden ödeme dönemi başından itibaren kesilir.

Ancak bu Kanunun 4 üncü maddesinin üçüncü fıkrasının (d) ve (e) bentlerinde belirtilenlerden öğrenci olanların sigortalı sayılmaları, bağlanan aylıkların kesilmesini gerektirmez.

Aylığın kesilmesine yol açan sebebin ortadan kalkması halinde, 34 üncü maddede belirtilen şartlar saklı kalmak kaydıyla, müracaat tarihini takip eden ay başından itibaren yeniden aylık bağlanır. Ancak evliliğin ölüm nedeniyle sona ermesi durumunda, önceki aylığın yeniden bağlanması, sonraki eşten dolayı aylık hakkının doğmaması şartına bağlıdır.

Bu madde gereğince aylığı kesilen çocuklardan, sonradan Kurum Sağlık Kurulu kararı

ile çalışma gücünü en az % 60 oranında kaybederek malûl olduğu anlaşılmalara, 34 üncü maddede belirtilen şartları taşımaları halinde, malûllük durumlarının tespitine esas teşkil eden rapor tarihini takip eden ay başından itibaren, 94 üncü madde hükmü saklı kalmak kaydıyla aylık bağlanır.

Yeniden bağlanan aylık, aylığın kesildiği tarihten tekrar bağlandığı tarihe kadar geçen süre için 55 inci maddenin ikinci fıkrasına göre artırılmak suretiyle belirlenir.

Ölüme bağlı toptan ödeme ve ihya

MADDE 36- Ölen sigortalının hak sahiplerine ölüm aylığı bağlanamaması durumunda, ölüm tarihi esas alınmak kaydıyla 31 inci maddenin birinci fıkrasına göre hesaplanan tutar, 34 üncü madde hükümleri dikkate alınarak hak sahiplerine toptan ödeme şeklinde verilir.

Hak sahiplerine yapılacak toptan ödemenin toplamı, sigortalıya yapılacak toptan ödeme tutarını geçemez. Bu sınırın aşılması için gerekirse hak sahiplerinin hisselerinden orantılı olarak indirim yapılır.

Toptan ödeme yapıldıktan sonra artan tutar olursa sigortalının ölümünden sonra doğan veya soy bağı düzeltilen veya babalığı hükme bağlanan çocuklarına da bu madde hükümlerine göre toptan ödeme yapılır.

Bu Kanun veya bu Kanundan önce yürürlükte bulunan sosyal güvenlik kanunlarına göre toptan ödeme yapılarak tasfiye edilmiş süreler, borçlanılarak veya yurt dışı hizmetleri birleştirilerek ya da sonradan hizmet tespiti nedeniyle hak kazanılan sürelerin eklenmesi suretiyle ölüm sigortasından yararlanmak için gerekli prim ödeme gün sayısının tamamlanması halinde, hak sahiplerinin yazılı isteği üzerine 31 inci maddenin ikinci fıkrasına göre ihya edilebilir. Yukarıdaki süreler, ihya edilen süreye ilişkin tutar dahil her türlü borçların ödendiği tarihi takip eden ay başı itibarıyla bu Kanuna göre aylık bağlanmasında dikkate alınır.

Evlenme ve cenaze ödeneği

MADDE 37- Evlenmeleri nedeniyle 34 üncü maddeye göre bağlanan gelir veya aylıkları kesilmesi gereken eş veya çocukların, evlenmeleri ve talepte bulunmaları halinde almakta oldukları aylık veya gelirlerinin bir yıllık tutarı bir defaya mahsus olmak üzere evlenme ödeneği olarak peşin ödenir. Evlenme ödeneği alan hak sahibinin aylığının kesildiği tarihten itibaren bir yıl içerisinde boşanması halinde, bir yıllık sürenin sonuna kadar gelir veya aylık bağlanmaz.

Evlenme ödeneği verilmesi halinde, diğer hak sahiplerinin aylık veya gelirleri evlenme ödeneği verilen sürenin bitimini takip eden ödeme döneminden itibaren 34 üncü maddeye göre yeniden belirlenir.

İş kazası veya meslek hastalığı sonucu veya sürekli iş göremezlik geliri, malûllük veya yaşlılık aylığı almakta iken veya kendisi için en az 360 gün malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortası primi bildirilmiş olup da ölen sigortalının hak sahiplerine, asgarî ücretin üç katı tutarında cenaze ödeneği ödenir. Cenaze ödeneği, sırasıyla sigortalının eşine, yoksa çocuklarına, o da yoksa ana babasına, o da yoksa kardeşlerine verilir.

Cenaze ödeneğinin yukarıdaki fıkraya göre ödenememesi ve sigortalının cenazesinin gerçek veya tüzel kişiler tarafından kaldırılması durumunda, üçüncü fıkrada belirtilen tutarı geçmemek üzere belgelere dayanan masraflar, masrafi yapan gerçek veya tüzel kişilere ödenir.

Uzun vadeli sigorta kolları bakımından sigortalılık süresi

MADDE 38- Malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortalarının uygulanmasında dikkate alınacak sigortalılık süresinin başlangıcı; sigortalının, mülga 2/6/1949 tarihli ve 5417 sayılı İhtiyarlık Sigortası Kanununa, mülga 4/2/1957 tarihli ve 6900 sayılı Malûliyet, İhtiyarlık ve Ölüm Sigortaları Hakkında Kanuna, 17/7/1964 tarihli ve 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanununa, 2/9/1971 tarihli ve 1479 sayılı Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanununa, 17/10/1983 tarihli ve 2925 sayılı Tarım

İşçileri Sosyal Sigortalar Kanununa, bu Kanunla mülga 17/10/1983 tarihli ve 2926 sayılı Tarımda Kendi Adına ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanununa ve 8/6/1949 tarihli ve 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanununa, 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanununun geçici 20 nci maddesi kapsamındaki sandıklara veya bu Kanuna tâbi olarak ilk defa çalışmaya başladığı tarih olarak kabul edilir. Uluslararası sosyal güvenlik sözleşmeleri hükümleri saklıdır.

Bu Kanunun uygulanmasında 18 yaşından önce malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortalarına tâbi olanların sigortalılık süresi, 18 yaşını doldurdıkları tarihte başlamış kabul edilir. Bu tarihten önceki süreler için ödenen malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları primleri, prim ödeme gün sayılarının hesabına dahil edilir.

Aylık ve gelir bağlama işlemlerinde dikkate alınan sigortalılık süreleri, sigortalılığın başlangıç tarihi ile sigortalının aylık veya gelir bağlanması için yazılı istekte bulunduğu, aylık veya gelir bağlanması için istekte bulunmayan sigortalılar için ise ölüm tarihi arasında geçen süredir. 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamındaki sigortalılar bakımından sigortalılık süresi; sigortalılığın başlangıç tarihi ile 48 inci maddeye göre Kurumun aylık bağlanma hakkı kazandığına dair yazısı üzerine yetkili makamdan emekliye sevk onayının alındığı ve ilişikinin kesildiği ayın son günüdür. Özel kanun hükümleri hariç olmak üzere yetkili makamın emekliye sevk onayı, talep tarihinden itibaren bir ayı geçemez.

Uzun vadeli sigorta kolları bakımından üçüncü kişinin sorumluluğu

MADDE 39- Üçüncü bir kişinin kastı nedeniyle malûl kalan sigortalıya veya ölümü halinde hak sahiplerine, bu Kanun uyarınca bağlanacak aylığın başladığı tarihteki ilk peşin sermaye değerinin yarısı için Kurumca zarara sebep olan üçüncü kişilere rücû edilir.

Malûllük veya ölüm hali, kamu görevlilerinin veya er ve erbaşlar ile kamu idareleri tarafından görevlendirilen diğer kişilerin vazifelerinin gereği olarak yaptıkları fiiller sonucu meydana gelmiş ise, bu fiillerden dolayı haklarında kesinleşmiş mahkûmiyet kararı bulunanlar hariç olmak üzere, sigortalı veya hak sahiplerine yapılan ödemeler veya bağlanan aylıklar için Kurumca, kurumuna veya ilgililere rücû edilmez.

Fiilî hizmet süresi zammı

MADDE 40- Aşağıda belirtilen işyerlerinde ve/veya işlerde çalışan sigortalıların, hizmet sürelerine, bu işyerlerinde ve/veya işlerde geçen çalışma sürelerinin her 360 günü için karşılığında gösterilen prim gün sayıları, fiilî hizmet süresi zammı olarak eklenir. 360 günden eksik sürelerle ait fiilî hizmet süresi zammı, 360 gün için eklenen fiilî hizmet süresi ile orantılı olarak belirlenir.

Aşağıdaki bentlerden birden fazlasına dahil olanlar için, en yüksek olan bentten fiilî hizmet süresi zammı uygulanır.

Kapsamdaki Sigortalılar	Kapsamdaki İşyerleri ve/veya İşler	Eklenecek Gün Sayısı
1) Fabrika, atölye, havuz ve depolarda, trafo binalarında çalışanlar.	1) Çelik, demir, pirinç ve tunç döküm işlerinde. 2) Zehirli, boğucu, yakıcı, öldürücü ve patlayıcı gaz, asit, boya işleri ile gaz maskesiyle çalışmayı gerektiren başka işlerde. 3) Patlayıcı maddeler yapılması işlerinde. 4) Lokomotif ve gemi kazanlarının onarılması ve temizlenmesi işlerinde. 5) Gemilerin sintine, Dabilbotom gibi	90 gün

	kapalı sarnıçlar içindeki raspa ve boya işlerinde. 6) Oksijen veya elektrik kaynağı, keski, tabanca ve perçin, takım sertleştirilmesi ve kum püskürtme suretiyle raspa işlerinde.	
2) Basım ve gazetecilik işyerlerinde 4857 sayılı İş Kanununa göre çalışanlar.	1) Solunum ve cilt yoluyla vücuda geçen gaz veya diğer zehirleyici maddelerle çalışılan işyerleri. 2) Fazla gürültülü ve ihtizaz yapıcı makine ve aletlerle çalışarak iş yapılan işyerleri. 3) Tabii ışığın hiç olmadığı veya münhasıran suni ışık altında çalışılan işyerleri. 4) Günlük mesainin yarısından fazlası saat 20.00'den sonra çalışılarak yapılan işyerleri. 5) Doğrudan doğruya yüksek hararete maruz bulunarak çalışılan işyerleri. 6) Fazla ve devamlı fiziki gayret sarf edilerek iş yapılan işyerleri.	90 gün

3) Gemi adamları, gemi ateşçileri, gemi kömürcüleri, dalgıçlar.	Denizde	90 gün
4) Yeraltı işlerinde sürekli veya münavebeli çalışanlar.	Maden işyerleri	180 gün
5) Mesleği icabı; röntgen, radyum ve benzeri iyonizan radyasyonlarında fiilen çalışan hekim, diş hekimi, teknisyen, sağlık memuru, radyasyon fizikçisi ve teknisyeni ve iyonizan radyasyonla fiilen çalışan bilumum personel ve yardımcıları.	Röntgen, radyum ve benzeri iyonizan radyasyon laboratuvarları işlerinde.	90 gün
6) Havayollarının uçucu personeli, lokomotif makinistleri	Fiilen uçakta ve lokomotifte -	90 gün
7) Subay, yedek subay, astsubay, uzman jandarma ve uzman erbaşlar.	Türk Silâhlı Kuvvetlerinde	90 gün
8) Asaleti onaylanmış olmak şartıyla adaylıkta geçirilen süreler dahil polis, komiser yardımcısı, komiser, baş komiser, emniyet amiri, emniyet müdürleri ile bu ve daha yukarı maaş ve derecelerdeki emniyet mensupları, Milli İstihbarat	Emniyet ve polis mesleğinde, Milli İstihbarat Teşkilatında	90 gün

Teşkilatı mensupları.		
9) 13/6/1952 tarihli ve 5953 sayılı Kanuna tâbi olarak çalışan sigortalılar ile Basın Kartı Yönetmeliğine göre basın kartı sahibi olmak suretiyle gazetecilik yaparken kamu kurumlarına giren ve bu kurumlarda meslekleriyle ilgili görevde istihdam edilenler.	5953 sayılı Kanun kapsamındaki işyerlerinde.	90 gün
10) İnfaz koruma memurları, baş memurları ve diğer personel	Ceza ve tutukevlerinde fiilen hükümlü ve tutuklularla irtibat içinde olan görevliler.	90 gün
11) PTT dağıtıcıları	Posta dağıtımı işyerlerinde yaya olarak yapılan işlerde.	90 gün
12) Türkiye Radyo-Televizyon Kurumunda haber hizmetini yapan ve haber hizmetlerinde fiilen çalışan; Daire Başkanı, Başkan Yardımcısı, Müdür, Müdür Yardımcısı, Şef, Muhabir, Stajyer Muhabir, Başspiker, Redaktör Spiker, Spiker, Stajyer Spiker, Masa Şefi, Başkameraman, Şef Kameraman, Kameraman, Kamera Asistanı, Başmontajcı, Şef Montajcı, Montajcı, Stajyer Montajcı, Redaktör, Mütercim, Fotoğrafçı, Işıkcı, Sesçi, Başteknisyen, Şef Teknisyen, Teknisyen, Başteleksçi, Şef Teleksçi, Teleks Operatörü.	Türkiye Radyo ve Televizyon Kurumu haber hizmetlerinde.	90 gün
13) Tarım Bakanlığı Ziraî Mücadele ve Karantina Teşkilatı ile Veteriner Teşkilatında vazife gören memur ve hizmetliler.	Ziraî mücadele ve ziraî karantina teknik ve idarî işleri ile salgın, bulaşıcı, paraziter hayvan hastalıkları ile mücadele işlerinde.	60 gün
14) Devlet Tiyatrosu sanatkârları, Cumhurbaşkanlığı Senfoni Orkestrasının şef ve üyeleri.	Devlet Tiyatroları ile Cumhurbaşkanlığı Senfoni Orkestrasında	90 gün

Yukarıdaki hükümlere göre hesaplanan fiilî hizmet süresi zammı sekiz yılı geçmemek üzere uzun vadeli sigorta kolları uygulamasında prim ödeme gün sayısına eklenir ve emeklilik yaş hadlerinden üç yılı geçmemek üzere yarısı indirilir. Yukarıda yer verilen

tablonun (4) numaralı sırasında yer alan ve 180 gün fiilî hizmet zammı süresi verilen sigortalılar için sekiz yıllık süre sınırı uygulanmaz.

Bu maddenin uygulanmasına ilişkin usûl ve esaslar Kurumun önerisi üzerine Bakanlıkça çıkarılacak yönetmelik ile düzenlenir.

Sigortalıların borçlanabileceği süreler

MADDE 41- Bu Kanuna göre sigortalı sayılanların;

- a) Kanunları gereği verilen ücretsiz doğum ya da analık izni süreleri,
- b) Er veya erbaş olarak silâh altında veya yedek subay okulunda geçen süreleri,
- c) 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında olanların, personel mevzuatına göre aylıksız izin süreleri,
- d) Sigortalı olmaksızın doktora öğrenimi veya tıpta uzmanlık için yurt içinde veya yurt dışında geçirdikleri normal doktora veya uzmanlık öğrenim süreleri,
- e) Sigortalı olmaksızın avukatlık stajını yapanların normal staj süreleri,
- f) Sigortalı iken herhangi bir suçtan tutuklanan veya gözaltına alınanlardan bu suçtan dolayı beraat edenlerin tutuklulukta veya gözaltında geçen süreleri,
- g) Grev ve lokavtta geçen süreleri ve Kurumca kabul edilecek sektörel veya genel ekonomik kriz dönemlerinde işvereni tarafından ücretsiz izinli sayılanların, her yıl için 3 ayı geçmemek üzere bu süreleri,
- h) Hekimlerin fahri asistanlıkta geçen süreleri,
- i) Seçim kanunları gereğince görevlerinden istifa edenlerin, istifa ettikleri tarih ile seçimin yapıldığı tarihi takip eden ay başına kadar açıkta geçirdikleri süreleri,

kendilerinin veya hak sahiplerinin yazılı talepte bulunmaları ve talep tarihinde 82 nci maddeye göre belirlenen prime esas günlük kazanç alt ve üst sınırları arasında olmak üzere, kendilerince belirlenecek günlük kazancın % 32'si üzerinden hesaplanacak primlerini borcun tebliği tarihinden itibaren bir ay içinde ödemeleri şartı ile borçlandırılarak, borçlandırılan süreleri sigortalılıklarına sayılır.

Bir ay içinde ödenmeyen borçlanmalar için ise yeni başvuru şartı aranır. Primi ödenmeyen borçlanma süreleri hizmetten sayılmaz. Borçlanma sürelerinin ne şekilde belgeleneceğini belirlemeye Kurum yetkilidir.

Bu Kanuna göre tespit edilen sigortalılığın başlangıç tarihinden önceki süreler için borçlandırılma halinde, sigortalılığın başlangıç tarihi, borçlandırılan gün sayısı kadar geriye götürülür. Sigortalılık borçlanması ile aylık bağlanmasına hak kazanılması durumunda, ilgililere borcun ödendiği tarihi takip eden ay başından itibaren aylık bağlanır.

Borçlanılan süreler, uzun vadeli sigorta ve genel sağlık sigortası bakımından;

a) Birinci fıkranın (a), (b), (d), (e), (f), (g) ve (h) bentleri gereği borçlananlar, borçlandığı tarihteki 4 üncü maddenin birinci fıkrasının ilgili bendine göre,

b) Birinci fıkranın (c) ve (i) bentleri gereği borçlananlar, 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (c) bendine göre,

sigortalılık süresi olarak değerlendirilir.

Bu Kanunun yürürlük tarihinden sonraki sürelerle ait borçlanmalarda; borçlanılan prime esas gün sayısı borçlanılan ilgili aylara mal edilir. Seçilen prime esas kazanç, borcun ödendiği tarihteki prime esas asgarî kazanç oranlanarak, söz konusu oran ilgili ayın prime esas asgarî kazancı ile çarpılır. Bulunan tutar, ilgili ayın prime esas kazancı kabul edilir. Ancak hesaplanan prime esas kazanç hiçbir suretle o ayın prime esas azamî kazancını geçemez.

Bildirim ve itiraz

MADDE 42- Kurum, sigortalıya veya hak sahiplerine bağlanacak gelir, aylık veya toptan ödemeleri, gerekli belgelerin ve incelemelerin tamamlandığı tarihten itibaren en geç üç ay içinde hesap ve tespit ederek sonuçlarını yazı ile bildirir. İlgililer, yazıyı aldıkları günden başlamak üzere iki ay içinde Kuruma veya Kurumca verilen karar üzerine, yetkili

mahkemeye başvurarak Kurum kararına itirazda bulunabilir. Mahkemeye itiraz, kararın uygulanmasını geciktirmez.

BEŞİNCİ BÖLÜM

Kamu Görevlilerine İlişkin Hükümler

Cumhurbaşkanlığı, Türkiye Büyük Millet Meclisi Başkanlığı ve Başbakanlık görevinde bulunanların aylıkları

MADDE 43- Cumhurbaşkanı iken bu görevinden herhangi bir nedenle ayrılanlara, istekleri üzerine, müracaat tarihini takip eden ay başından itibaren, istek tarihinde Cumhurbaşkanına ödenmekte olan aylık ödeneğin % 40'ı oranında yaşlılık aylığı bağlanır.

Ancak, herhangi bir nedenle görevden ayrılan Cumhurbaşkanı, 28 inci maddeye göre yaşlılık aylığına hak kazanıyorsa, 29 uncu maddeye göre yaşlılık aylığı ayrıca hesaplanır ve aylıklardan yüksek olanı yaşlılık aylığı olarak bağlanır. 28 inci maddeye göre aylığa hak kazanamaması halinde birinci fıkraya göre bağlanan aylığın tümü, 28 inci maddeye göre aylığa hak kazanması halinde ve 29 uncu maddeye göre hesaplanan aylık, birinci fıkraya göre bağlanan aylıktan düşükse aradaki fark, Hazine'den tahsil edilir.

Türkiye Büyük Millet Meclisi Başkanı veya Başbakan iken bu görevinden herhangi bir nedenle ayrılanlara, istekleri üzerine, müracaat tarihini takip eden ay başından itibaren, istek tarihindeki Cumhurbaşkanına ödenmekte olan aylık ödeneğin % 40'ı esas alınarak Cumhurbaşkanına bağlanacak yaşlılık aylığının % 75'i oranında yaşlılık aylığı bağlanır.

Ancak herhangi bir nedenle görevden ayrılan Türkiye Büyük Millet Meclisi Başkanı veya Başbakan, 28 inci maddeye göre yaşlılık aylığına hak kazanıyorsa, 29 uncu maddeye göre yaşlılık aylığı ayrıca hesaplanır ve aylıklardan yüksek olanı yaşlılık aylığı olarak bağlanır. 28 inci maddeye göre aylığa hak kazanılmıyorsa üçüncü fıkraya göre bağlanan aylığın tümü, 28 inci maddeye göre aylığa hak kazanılıyor ve 29 uncu maddeye göre hesaplanan aylık, üçüncü fıkraya göre bağlanan aylıktan düşükse aradaki fark Hazine'den tahsil edilir.

Cumhurbaşkanı, Türkiye Büyük Millet Meclisi Başkanı veya Başbakan iken veya bu görevlerden ayrıldıktan sonra ölenlerin hak sahiplerine, bu maddeye göre hesap edilen aylık 34 üncü madde hükümlerine göre ölüm aylığı olarak bağlanır.

Bu madde kapsamında bağlanan gelir ve aylıklar, 55 inci maddenin ikinci fıkrası hükümlerine göre artırılır.

Bazı kamu görevlilerine yaşlılık aylığı bağlanacak haller

MADDE 44- Bu Kanun hükümlerinin uygulanmasında bu Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında sigortalı sayılan bazı kamu görevlilerine yaşlılık aylığı bağlanmasına ilişkin aşağıdaki hükümler uygulanır:

a) 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanununun 40 ıncı maddesi gereğince yaş haddinden emekliye ayrılanlara 5400 gün prim ödeme gün sayısı olması halinde,

b) Özel kanunları gereğince kadrosuzluk nedeniyle emekliye sevk edilenlere yaş şartı aranmaksızın, prim ödeme gün sayısı 9000 gün olması halinde, yaşlılık aylığı bağlanır.

4 üncü maddenin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında olanlardan subay, astsubay, askerî memurlarla uzman jandarma ve uzman erbaşlar ahlâk noktasından hükümlerle veya yetersizlik ya da disiplin sebeplerinden dolayı sicilleri üzerine veyahut askerî mahkemelerce verilecek kararlar üzerine kurumlarınca re'sen, bunlar dışında kalanlar ise ahlâk ve yetersizlik sebeplerinden dolayı yönetmeliğine göre sicilleri üzerine kurumlarınca re'sen emekliye sevk edilenlere ise, 28 inci maddenin ikinci ve üçüncü fıkrasında belirtilen yaş ve prim ödeme gün sayısını tamamlamaları halinde yaşlılık aylığı bağlanır.

Birinci fıkranın (a) ve (b) bentleri gereğince bağlanan yaşlılık aylıkları, 28 inci

maddenin ikinci ve üçüncü fıkrasında aranan yaş ve prim ödeme gün sayısı tamamlanıncaya kadar bunları çalıştıran kamu idarelerinden tahsil edilir.

Kanunları gereğince görevden uzaklaştırılanlar, tutuklananlar veya görevine son verilenlerin sigortalılıkları ve primleri

MADDE 45- Bu Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında olan sigortalılardan görevden uzaklaştırılan, görevi ile ilgili olsun veya olmasın herhangi bir suçtan tutuklanan veya gözaltına alınanlardan, kanunları gereğince eksik aylığa müstahak bulunanların prime esas kazançlarının yarısı; kanunlarına göre bu müddetler için sonradan görevlerine iade edilerek tam aylığa hak kazananların ise prime esas kazançlarının tamamı üzerinden prim alınır.

Görevine son verilenlerden yargı kararı ile görevlerine iade edilenlerin primleri, göreve son verildiği tarihten görevine başladığı tarihe kadar kendi kadrosunun veya emsali kadronun prime esas kazancına göre hesaplanır. Bu durumdakilerin primlerine ait sigortalı ve işveren hisselerinin gecikme cezası ve gecikme zamları kurumlarınca ödenir ve bu süreler sigortalılık süresinden sayılır.

Birinci ve ikinci fıkraya göre sigortalılık durumu değişenler için ek bildirme düzenlenerek Kuruma verilir ve bu durumda 102 nci madde hükümleri uygulanmaz.

Bu Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında sigortalı sayılanlardan, ilgili kanunları gereğince kullandıkları aylıksız izin sürelerinin bitiminden sonra göreve başlayanlar ile göreve başlaması için tanınan sürelerde bu Kanunun 67 nci maddesinde aranan 30 günlük prim ödeme şartı aranmaz.

Bazı kamu görevlilerinin prime esas kazançları ve prime esas kazanç üst sınırı

MADDE 46- Harp okulları ile fakülte ve yüksek okullarda silâhlı kuvvetler hesabına okuyanların ve astsubay meslek yüksek okulu öğrencilerinin öğrenci harçlıkları ile ilgisine göre en az aylık alan teğmen veya astsubay çavuşun prime esas kazançları arasındaki farkın primi; polis akademisi ile fakülte ve yüksek okullarda Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okuyan veya kendi hesabına okumakta iken Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okumaya devam eden öğrencilerin öğrenci harçlıkları ile komiser yardımcısı veya polis memuru prime esas kazançları arasındaki farkın primi, öğrenciler adına kurumlarınca ödenir.

Fakülte veya yüksek okullarda kendi hesabına okuduktan sonra subay naspedilen veya yedek subaylık hizmetini takiben subaylığa geçirilenler ile fakülte ve yüksek okullarda kendi hesabına okuduktan sonra, komiser yardımcısı veya polis memuru olarak atananların yüksek öğrenim süresinin fiilî hizmetten sayılması nedeni ile doğacak borçlanma bedeli, ilgisine göre talep tarihindeki en az aylık alan teğmenin veya komiser yardımcısının prime esas kazancı üzerinden, sigortalı prim hissesi kendilerince, işveren prim hissesi de kurumlarınca verilmek suretiyle borcun tebliğ tarihinden itibaren iki yıl içinde eşit taksitler halinde ödenir.

Talim ve manevra için rütbe ile silâh altına alınan 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında olan sigortalılardan rütbelerinin prime esas kazançları, vazifelerinin prime esas kazancından fazla olanların prime esas kazanç farklarına ait primleri vazife gördükleri kurumlarınca ve seferberlik ve harp için silâh altına alınanlardan vazifelerinin prime esas kazançları, rütbelerinin prime esas kazancından fazla olanların prime esas kazançları arasındaki farkın primleri de, rütbelerinin prime esas kazancını ödeyen kamu idaresince kesilerek Kuruma ödenir.

Kamu görevlilerinin kısa ve uzun vadeli sigorta kollarının uygulaması bakımından prime esas kazançlarının tespitinde 82 nci maddede belirtilen üst sınır aranmaz. Ancak yurt dışında geçici ya da sürekli göreve gönderilen kamu görevlilerinin prime esas kazancı olarak, Türkiye'deki emsali kadrodaki sigortalının prime esas kazancı ile yurt dışında görevlendirme öncesindeki görevlerinin prime esas kazancından yüksek olanı esas alınır.

4 üncü maddenin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında bulunanlara geçici iş

göremezlik ödeneği verildiği sürece, bunların uzun vadeli sigorta kolları primleri ile genel sağlık sigortası primleri işverenlerince ödenmeye devam edilir.

Vazife malûllüğü, harp malûllüğü ile harp malûllerine verilecek malûllük zammı ve vazife malûllerine verilecek sürekli iş göremezlik geliri karşılığı

MADDE 47- 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamındaki kamu görevlileri için 13 üncü maddede yazılı iş kazası; vazifelerini yaptıkları sırada vazifelerinden veya vazifeleri dışında kurumların verdiği herhangi bir kuruma ait başka işleri yaparken bu işlerden veya kurumların menfaatini korumak maksadıyla bir iş yaparken ya da görevleriyle ilgili olarak işe gelişi ve işten dönüşü sırasında doğmuş olursa, buna vazife malûllüğü ve bunlara uğrayanlara da vazife malûlü denir. Bunların sürekli iş göremezlik gelirleri, 19 uncu madde hükümlerine göre hesaplanır.

Subay (yedek subay dahil), astsubay, uzman jandarma, uzman erbaş ile Türk Silâhlı Kuvvetlerince görevlendirilen ve bu Kanun kapsamında bulunan sigortalılardan;

- a) Harpte fiilen ateş altında,
- b) Harpte, harp bölgelerindeki harp harekât ve hizmetleri sırasında, bu harekât ve hizmetlerin sebep ve etkileriyle,
- c) Harpte veya harbe hazırlık devresinde her çeşit düşman silâhlarının etkisiyle,
- d) Askerî harekâtı gerektiren iç tedip ve sınır hareketleri sırasında, bu hareketlerin sebep ve etkisiyle,

e) Barışta veya olağanüstü hallerde, emir veya görev ile uçuş yapan uçucularla hangi meslek ve sınıftan olursa olsun emirle görevli olarak uçakta bulunanlardan uçuşun havadaki ve yerdeki sebepleriyle ve yine emir ve görev ile dalış yapan dalgıçlarla, hangi meslek ve sınıftan olursa olsun emirle görevli olarak denizaltı gemisinde veya dalgıç kıtasında bulunanlardan denizaltıcılığın veya dalgıçlığın çeşitli sebep ve tesirleriyle,

f) Anayasanın 92 nci maddesi veya Türkiye'nin taraf olduğu uluslararası sözleşmeler uyarınca yabancı ülkelere Türk Silâhlı Kuvvetleri gönderilmesini gerektiren durumlarda, birliklerin buldukları yerlerden hareketlerinden itibaren yurt içinde, yurt dışında, yabancı ülkelerde veya yurda dönüş sırasında,

bu Kanunun 19 uncu maddesinde belirtildiği şekilde sürekli iş göremezlik gelirine esas olacak şekilde meslekte kazanma gücünü kaybeden veya bu Kanunun 25 inci maddesine göre malûl sayılmayı gerektirecek derecede malûl olanlara, harp malûlü denir.

Bunlardan uzman erbaşlara buldukları kademenin üç ilerisindeki kademenin, uzman jandarmalara buldukları rütbenin bir üst rütbesinin aynı kademesinin; astsubaylarla yarbay rütbesine kadar (yarbay hariç) bir üst rütbenin aynı kademesinin, yarbaya albay, albaylara kıdemli albay, kıdemli albay ile general ve amirallere bir üst rütbenin, bu Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında bulunan sigortalılara ise bir üst derecesine veya kademesine karşılık gelen prime esas kazancı üzerinden sürekli iş göremezlik geliri bağlanır.

Bu Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) ve (b) bentleri kapsamında bulunan sigortalılardan, Türk Silâhlı Kuvvetlerince görevlendirilenlere, öğrenim durumlarına göre 14/7/1965 tarihli ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 36 ncı maddesinde tespit edilen giriş derece ve kademesinin bir üst derecesindeki aynı kademesine karşılık gelen prime esas kazanç üzerinden; bunlardan öğrenim görmemiş olanlara aynı iş göremezlik derecesinden sürekli iş göremezlik geliri alan ve Devlet Memurları Kanununa ekli gösterge tablosundaki ilkokulu bitiren sigortalıya bağlanması icap eden derece ve kademesinin bir üst derecesindeki aynı kademesine karşılık gelen prime esas kazanç üzerinden sürekli iş göremezlik geliri bağlanır. Buldukları derecenin bir üst derecesi olmayanlar için o derecenin üç ilerisindeki kademe göstergesi, üç ilerisindeki kademe göstergesi olmayanlar için de o derecenin son kademe göstergesi esas alınır.

Sigortalılardan harp malûlü olanlara bağlanacak sürekli iş göremezlik geliri, harp

malûlü erlere bağlanacak sürekli iş göremezlik gelirinden az olamaz.

Harp malûllerinin, malûllük derecesine göre aşağıdaki yazılı göstergelerin, memur aylık katsayısı ile çarpımı sonucu bulunacak miktar "Harp malûllüğü zammı" olarak sürekli işgöremezlik gelirlerine ayrıca eklenir.

<u>İş Göremezlik Derecesi</u>	<u>Göstergeler</u>
% 81 ve üzeri	1100
% 67 ilâ 80	1000
% 51 ilâ 66	900
% 41 ilâ 50	800
% 31 ilâ 40	700
% 21 ilâ 30	600
% 10 ilâ 20	450

Harp malûlü sayılanlardan bir harekâtın başarıyla sonuçlanmasını şahsen sağladığı ve örnek tutulacak cesaret ve fedakârlık gösterdiği sıralarda bu malûllüğe uğradıkları usûlüne göre sıralı üstlerince saptanan Türk Silâhlı Kuvvetleri mensupları ile Türk Silâhlı Kuvvetlerince görevlendirilen sivil görevlilere, Genelkurmay Başkanlığının uygun görmesi ve Millî Savunma Bakanının onayı ile harp malûllüğü zamları % 25 fazlasıyla bağlanır.

5434 sayılı Kanunun harp malûllüğü hükümlerine ilişkin diğer kanunlarda yapılan atıflar bu maddeye yapılmış sayılır.

Bu madde gereğince sürekli iş göremezlik geliri almakta iken veya bağlanması gerekirken ölenlerin hak sahiplerine harp malûllüğü zammı da dahil olmak üzere prim ödeme gün sayısına bakılmaksızın ölüm aylığı bağlanır.

Harp malûlü olanlara verilecek her türlü malûllük zammı tutarının Kurumca belirlenecek peşin sermaye değeri toplamı en geç bir ay içinde Millî Savunma Bakanlığı veya İçişleri Bakanlığı tarafından Kurumun göstereceği hesaplara yatırılır. Süresinde yatırılmayan tutarlar için 89 uncu madde hükümleri uygulanır.

Bu madde gereğince kendilerine sürekli iş göremezlik geliri bağlananların, sigortalı olarak çalışmaya başlamaları halinde bu gelirleri kesilmez.

Harp malûllerinin hak sahiplerine bağlanacak ölüm gelirinin tutarı, harp malûllüğü zammı da ayrıca dikkate alınarak hesap edilir.

Harp malûlleri, vazife malûlleri ve malûl olanlar istekleri halinde, bu Kanun hükümleri uygulanmaksızın malûllüklerinin engel olmadığı başka vazife veya sınıflara nakil suretiyle tayinleri yapılmak üzere, istifa etmiş sayılırlar. Bunların, istifa etmiş sayılmalarından sonra dahi, bu Kanun hükümlerinin uygulanmasını isteme hakları saklıdır. Ancak, kurumlarında başka vazife veya sınıflara nakli mümkün olanlardan, özel kanunlarına göre yükümlülük süresine tâbi olanlar, bu yükümlülüklerini tamamlamadıkça veya malûliyetlerinin yeni vazifelerine de mani olduğuna dair bu Kanun hükümlerine göre yeniden rapor almadıkça bu haklarını kullanamazlar.

Bu Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında sigortalı sayılan Türk Silâhlı Kuvvetleri personelinin harp malûllüğü, iş kazası, meslek hastalığı ve malûllük sonucu çalışma gücü kaybı ve iş göremezlik derecelerinin tespiti, Türk Silâhlı Kuvvetleri Sağlık Yeteneği Yönetmeliği hükümleri esas alınarak Kurum tarafından belirlenir.

Kamu görevlilerinin emekliye sevk onayları

MADDE 48- 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında olanların yaşlılık veya malûllük aylığı almak üzere görevleriyle ilişkilerinin kesilmesi;

a) Re'sen emekliye sevk hallerinde, sigortalının çalıştığı göreve atamasındaki usûle göre atamaya yetkili makamın,

b) İstek üzerine veya yaş haddi veya malûllük hallerinde atamaya yetkili makamın,

c) Türkiye Büyük Millet Meclisi üyeleri, belediye başkanları, belediye meclisi ve il genel meclisi üyelerinin yaşlılık aylığı taleplerinde, malûliyet ve yaş haddi hallerinde

adlarına prim kesilmiş en son kurumun en yüksek amirinin, bunlardan bu görevlerinden önce herhangi bir kamu kurumuna tâbi olarak çalışmayanların son defa görev yaptıkları yer başkanının,

d) Kurumların yönetim kurulu üyelerinin istek, malûliyet ve yaş haddi hallerinde, atanmalarında atamayı yapan kurumun en yüksek amirinin,

e) Danıştay Başkanının istek, malûliyet ve yaş haddi hallerinde Başbakanlık, Sayıştay Başkanının aynı halleri için Türkiye Büyük Millet Meclisi Başkanlığı, onayı ile tekemmül eder.

Özel kanun hükümleri hariç olmak üzere yetkili makamın emekliye sevk onayı, talep tarihinden itibaren bir ayı geçemez. Bakanlar Kurulu kararı veya müşterek kararname ile atananların görevleriyle ilişkilerinin kesilmesi ilgili bakanın onayı ile tekemmül eder.

Özelleştirilmeleri sonucu sermayesindeki kamu payı % 50'nin altına düşen kuruluşlar ile satış veya devri yapılmış olan kuruluşlarda çalışmakta iken emekliye ayrılanlar için emekliye sevk onayı aranmaz. Birinci fıkranın (b) bendine göre emekliye ayrılmak isteyenler için her durumda, istek tarihinden itibaren bir aylık süre sonunda ilişkileri kesilmiş sayılır.

İtibarî hizmet süreleri ve itibarî hizmet süresi primi

MADDE 49- İtibarî hizmet süresi, bu Kanuna göre bağlanacak aylıklar ve yapılacak toptan ödemelerin hesabında fiilen çalışılmak suretiyle geçen hizmet sürelerine eklenen süredir. Sigortalıların aşağıda yazılı görevlerde geçen zamlar hariç, fiilî hizmet sürelerinin her yılı için;

a) Subay (yedek subay dahil), astsubay, uzman jandarma ve uzman erbaşlardan;

1) Harbi doğuran genel ve kısmî seferberliğe katılanların, harbin ilânından seferberliğin bitim tarihine,

2) Seferberliği gerektiren iç tedip hareketlerine fiilen katılan birliklerde görevli olanların, çarpışmaların başlangıcından seferberliğin sona erdiği tarihe,

3) Harp veya seferberlik ilân edilmeden, Anayasanın 92 nci maddesi veya Türkiye'nin taraf olduğu uluslararası sözleşmeler uyarınca, yabancı ülkelere gönderilen Türk Silâhlı Kuvvetlerinde görev yapanların, yabancı ülkeye gönderildiği tarihten Türkiye'ye dönüş tarihine,

kadar geçen tutsaklık süreleri dahil fiilî hizmet sürelerinin,

b) 4 üncü madde gereği sigortalı sayılanlardan birinci fıkranın (a) bendinin (1), (2) ve (3) numaralı alt bentlerinde yazılı hareketlere sivil görevli, er veya erbaş olarak katılanların, bu durumlarda geçen fiilî hizmet sürelerinin, bu tarihlerden sonra devam eden tutsaklık sürelerinin,

c) Harp halinde düşmana tutsak düşen veya düşman tarafından enterne edilen sigortalılardan kanunları gereğince, aylıkları ödenmek suretiyle, sözleşmeli personel hariç olmak üzere kurumları ile ilgileri kesilmeyenlerin, bu durumlarda geçen fiilî hizmet sürelerinin,

bir katı, itibarî hizmet süresi olarak eklenir. Bu nedenlerle eklenecek itibarî hizmet sürelerinin toplamı, beş yıldan fazla olamaz.

Türk Silâhlı Kuvvetleri, Milli İstihbarat Teşkilâtı Müsteşarlığı, Emniyet Genel Müdürlüğü ve Orman Genel Müdürlüğünde pilot olan ve olmayan uçucu, denizaltıcı, dalgıç, kurbağa adam ve paraşütçülerin bu görevlerinde geçirdikleri fiilî hizmet sürelerinin her yılı için altı ay itibarî hizmet süresi eklenir. Bunlardan bu maddenin birinci fıkrasının (a) bendinin (1) ve (2) numaralı alt bentlerinde gösterilenler için itibarî hizmet süresi zamları ayrıca eklenir. Bu fıkradaki nedenlere bağlı olarak eklenecek itibarî hizmet sürelerinin hesabında, beş yıllık sınır uygulanmaz.

İtibarî hizmet süreleri, aylık bağlama oranının hesabında prim ödeme gün sayısına eklenir. Bu süreler malûllük, yaşlılık ve ölüm aylığı bağlanması için gerekli prim gün

sayısı, yaş ve emekli ikramiyesi hesabında nazara alınmaz.

Her yıl sonunda, sigortalının fiilî hizmet süresine bu maddenin birinci fıkrasının (a), (b) ve (c) bentleri ile ikinci fıkrası hükümleri uyarınca eklenen itibarî hizmet süresinin her otuz günü için, yılın son ayında sigortalı adına ödenen sigortalı ve işveren prim toplamı kadar ayrıca itibarî hizmet süresi primi işverenden tahsil edilir. Süresinde yatırılmayan tutarlar için 89 uncu madde hükümleri uygulanır.

ALTINCI BÖLÜM

İsteğe Bağlı Sigorta Hükümleri

İsteğe bağlı sigorta ve şartları

MADDE 50- İsteğe bağlı sigorta; kişilerin isteğe bağlı olarak prim ödemek suretiyle uzun vadeli sigorta kollarına ve genel sağlık sigortasına tâbi olmalarını sağlayan sigortadır.

İsteğe bağlı sigortalı olabilmek için Türkiye'de yasal olarak ikamet edenlerde;

a) Bu Kanuna tâbi zorunlu sigortalı olmayı gerektirecek şekilde çalışmamak veya sigortalı olarak çalışmakla birlikte, ay içerisinde 30 günden az çalışmak veya son bir yıl içinde 360 günden az çalışmak ya da tam gün çalışmamak,

b) Kendi sigortalılığı nedeniyle aylık bağlanmamış olmak,

c) 18 yaşını doldurmuş bulunmak,

d) İsteğe bağlı sigorta talep dilekçesiyle Kuruma başvuruda bulunmak,

şartları aranır.

İsteğe bağlı sigorta başlangıcı ve sona ermesi

MADDE 51- İsteğe bağlı sigortalılık, müracaatın Kurum kayıtlarına intikal ettiği tarihi takip eden günden itibaren başlar.

İsteğe bağlı sigortalı olarak prim ödenen tarihlerde, 4 üncü maddeye göre sigortalı olmayı gerektirecek çalışması bulunduğu tespit edilenlerin, zorunlu sigortalılıkla çakışan isteğe bağlı prim ödenen süreleri iptal edilerek, bu süreye ilişkin ödedikleri primler ilgililere iade edilir.

İsteğe bağlı sigortalılık;

a) İsteğe bağlı sigortalılığını sona erdirmeye talebinde bulunanların, primi ödenmiş son günü takip eden günden,

b) Aylık talebinde bulunanların, aylığa hak kazanmış olmak şartıyla talep tarihinden,

c) Ölen sigortalının ölüm tarihinden,

itibaren sona erer.

İsteğe bağlı sigorta primi ödenmiş süreler, malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları ile genel sağlık sigortası hükümlerinin uygulamasında dikkate alınır ve bu süreler 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (b) bendi kapsamında sigortalılık süresi olarak kabul edilir.

İsteğe bağlı sigorta primleri ve ödenmesi

MADDE 52- İsteğe bağlı sigorta primi, 82 nci maddeye göre belirlenen prime esas kazancın alt sınırı ile üst sınırı arasında, sigortalı tarafından belirlenen günlük kazanç ve prim ödeme gün sayısı üzerinden bulunacak kazancın % 32'sidir. Bunun % 20'si malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları primi, % 12'si genel sağlık sigortası primidir.

İsteğe bağlı sigortalı olanlar, bakmakla yükümlü olunan kişi olsa dahi, 60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (b) bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılır ve genel sağlık sigortası primini de ödemekle yükümlüdürler.

Ait olduğu aydan itibaren en geç 12 ay içinde 89 uncu maddenin ikinci fıkrasına göre hesaplanacak gecikme cezası ve gecikme zammıyla birlikte ödenmeyen süreler, sigortalılık süresinden sayılmaz. Bu 12 aylık süreden sonra ödenen primler 89 uncu maddenin üçüncü fıkrası hükümlerine göre iade edilir.

İsteğe bağlı sigortalıların zorunlu sigortalılık nedeniyle prim borcunun bulunması halinde, isteğe bağlı sigortaya tâbi ödenen primler öncelikle zorunlu sigortalılık nedeniyle

Kuruma olan borçlarına mahsup edilir.

YEDİNCİ BÖLÜM **Kısa ve Uzun Vadeli Sigorta Kollarına** **İlişkin Ortak Hükümler**

Sigortalılık hallerinin birleşmesi

MADDE 53- Sigortalının, 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a), (b) ve (c) bentlerinde yer alan sigortalılık nedenlerinden birden fazlasına aynı anda tâbi olmasını gerektirecek şekilde çalışması halinde; öncelikle (c) bendi kapsamında, (c) bendi kapsamında çalışması yoksa ilk önce başlayan sigortalılık ilişkisi esas alınarak sigortalı sayılır.

Sigortalının, 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a), (b) ve (c) bentlerinde yer alan sigortalılık halleri ile 5 inci maddenin (a) ve (e) bentlerine tâbi sigortalılık hallerinin çakışması halinde, 4 üncü madde kapsamında sigortalı sayılır ve birinci fıkra hükmü uygulanır.

Sigortalının, bu madde hükmüne göre sigortalı sayılması gereken sigortalılık halinden başka bir sigortalılık hali için prim ödemiş olması durumunda, ödenen primler birinci fıkraya göre esas alınan sigortalılık hali için ödenmiş ve esas alınan sigortalılık halinde geçmiş kabul edilir.

Bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten itibaren ilk defa sigortalı sayılanlardan 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a), (b) ve (c) bentlerinden birden fazlasına tâbi olarak çalışmış olanların aylık bağlanma taleplerinde, en son sigortalı sayıldığı tarihten geriye doğru en fazla sigortalılığın geçtiği sigortalılık hali esas alınır.

Aylık ve gelirlerin birleşmesi

MADDE 54- Bu Kanuna göre bağlanacak aylık ve gelirlerin birleşmesi durumunda;

a) Uzun vadeli sigorta kollarından;

1) Hem malûllük hem de yaşlılık aylığına hak kazanan sigortalıya, bu aylıklardan yüksek olanı, aylıklar eşitse yalnız yaşlılık aylığı,

2) Malûllük veya yaşlılık aylığı ile birlikte, ölen eşinden dolayı da aylığa hak kazanan sigortalıya her iki aylığı,

3) Ana ve babasından ayrı ayrı aylığa hak kazanan çocuklara, yüksek olan aylığın tamamı, az olan aylığın yarısı,

4) Birden fazla çocuğundan aylığa hak kazanan ana ve babaya en fazla ödemeye imkân veren ilk iki dosyadan yüksek olan aylığın tamamı, düşük olan aylığın yarısı,

5) Kız çocuklarının hem eşinden, hem de ana ve babasından ölüm aylığına hak kazanması halinde, tercih ettiği aylığı, bağlanır.

b) Kısa vadeli sigorta kollarından;

1) Sürekli iş göremezlik geliriyle birlikte ölen eşinden dolayı da gelire hak kazanan eş her iki geliri,

2) Ana ve babadan ayrı ayrı gelire hak kazananlara, yüksek olan gelirin tamamı, az olanın yarısı,

3) Birden fazla çocuğundan gelire hak kazanan ana ve babaya, en fazla ödemeye imkân veren ilk iki dosyadan yüksek olan aylığın tamamı, düşük olan aylığın yarısı,

4) Kız çocuklarının hem eşinden, hem de ana ve babasından ölüm gelinine hak kazanması halinde tercih ettiği geliri,

bağlanır.

c) Malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları ile iş kazası ve meslek hastalığı sigortasından hak kazanılan aylık ve gelirler birleşirse, sigortalıya veya hak sahibine bu aylık veya gelirlerden yüksek olanın tamamı, az olanın yarısı, eşitliği halinde ise iş kazası ve meslek hastalığından bağlanan gelirin tümü, malûllük ve yaşlılık aylığının yarısı bağlanır.

Birinci fıkradaki sıralamaya göre yapılacak değerlendirmeler sonucunda, bir kişide ikiden fazla gelir veya aylık birleştii takdirde, bu gelir ve aylıklardan en fazla ödemeye imkân veren iki dosya üzerinden gelir veya aylık bağlanır, diğer dosya veya dosyalardaki gelir ve aylık hakları durum değişikliği veya diğer bir dosyadan gelir veya aylığa hak kazanıldığı tarihe kadar düşer.

Gelir ve aylıkların düzeltilmesi, yükseltilmesi, ödenmesi ve yoklama işlemleri

MADDE 55- Bu Kanuna göre gelir veya aylık bağlanan sigortalı ile hak sahibi kişilerin durumlarının, kendilerine veya başka hak sahiplerine bağlanmış bulunan gelir veya aylık tutarının düzeltilmesini gerektirir bir şekilde değişmesi halinde gelir veya aylık tutarları, değişikliğin meydana geldiği tarihten sonraki ödeme dönemi başından başlanarak yeni duruma göre düzeltilir.

Bu Kanuna göre bağlanan gelir ve aylıklar, her yılın Ocak ve Temmuz ödeme tarihlerinden geçerli olmak üzere, bir önceki altı aylık döneme göre Türkiye İstatistik Kurumu tarafından açıklanan en son temel yıllık tüketici fiyatları genel indeksindeki değişim oranı kadar artırılarak belirlenir.

Sigortalıya veya hak sahiplerine bağlanan gelir veya aylıklar, her ay peşin olarak ödenir. Gelir ve aylıkların ödeme dönemleri, ödeme tarihleri, ödeme şekli ve ödeme merkezleri Kurumca belirlenir.

Gelir ve aylık alma şartlarının devam edip etmediğine yönelik yoklama işlemlerine ilişkin usûl ve esaslar ile bu maddenin uygulanmasına ilişkin diğer usûl ve esaslar, Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelik ile düzenlenir.

Gelir ve aylık bağlanmayacak haller

MADDE 56- Ölen sigortalının hak sahiplerinden;

a) Kesinleşmiş yargı kararı üzerine, kendisinden aylık bağlanacak sigortalıya veya gelir ya da aylık bağlanmış olan sigortalıya, kasten öldüren veya öldürmeye teşebbüs edenlere veya bu Kanun gereğince sürekli iş göremez hale veya malûl duruma getirenlere,

b) Kesinleşmiş yargı kararı üzerine, kendisinden aylık bağlanacak sigortalıya veya gelir ya da aylık bağlanmamış olan sigortalıya veya hak sahibine karşı ağır bir suç işlemesi veya bunlara karşı aile hukukundan doğan yükümlülüklerini önemli ölçüde yerine getirmemesi nedeniyle ölüme bağlı bir tasarrufla mirasçılıktan çıkarılanlara,

c) Sonraki eşinden dolayı bu Kanuna göre gelir veya aylığa hak kazanan dul eşe, önceki eşinden,

gelir veya aylık ödenmez. Ödenmiş bulunan gelir ve aylıklar, 96 ncı madde hükümlerine göre geri alınır.

Eşinden boşandığı halde, boşandığı eşiyle fiilen birlikte yaşadığı belirlenen eş ve çocukların, bağlanmış olan gelir ve aylıkları kesilir. Bu kişilere ödenmiş olan tutarlar, 96 ncı madde hükümlerine göre geri alınır.

Yaş

MADDE 57- İş kazasıyla meslek hastalığı halinde, hak sahiplerine bağlanacak gelirlerin hesabında, iş kazasının olduğu veya meslek hastalığının hekim veya sağlık kurulu raporu ile ilk defa tespit edildiği tarihte nüfus kütüğünde kayıtlı bulunan doğum tarihleri esas alınır.

Malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortalarına ilişkin yaş ile ilgili hükümlerin uygulanmasında, sigortalıların ve hak sahibi çocuklarının, mülga 2/6/1949 tarihli ve 5417 sayılı Kanun ve mülga 4/2/1957 tarihli ve 6900 sayılı Kanun ile 17/7/1964 tarihli ve 506 sayılı, 2/9/1971 tarihli ve 1479 sayılı, 17/10/1983 tarihli ve 2925 sayılı, bu Kanunla mülga 17/10/1983 tarihli ve 2926 sayılı ve 8/6/1949 tarihli ve 5434 sayılı kanunlara, 17/7/1964 tarihli ve 506 sayılı Kanunun geçici 20 nci maddesine tâbi sandıklara veya bu Kanuna göre ilk defa malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortalarına tâbi olduğu tarihte, nüfus kütüğünde kayıtlı bulunan doğum tarihleri, sigortalının bu Kanuna göre ilk defa çalışmaya başladığı tarihten

sonra doğan çocuklarının ise nüfus kütüğüne ilk olarak yazılan doğum tarihleri esas alınır.

İş kazası, meslek hastalığı, malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortalarından gelir ve aylık tahsisleri ile sermaye değerinin hesabında, iş kazasının olduğu veya meslek hastalığının hekim raporuyla ilk defa tespit edildiği veya sigortalıların bu Kanuna ve bu Kanunla yürürlükten kaldırılmış kanunlara tâbi olarak ilk defa çalışmaya başladığı tarihten sonraki yaş düzeltmeleri dikkate alınmaz.

Nüfus kayıtlarında doğum ay ve günleri yazılı olmayanlar 1 Temmuz'da, doğum ayı yazılı olup da günü yazılı olmayanlar o ayın birinde doğmuş sayılır.

Türk Silâhlı Kuvvetleri mensuplarının 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanununun 40 ıncı maddesinde belirlenen yaş hadleri sebebiyle emeklilik işlemleri, doğum tarihlerinde ay ve gün yazılı olmayanlar ile doğum günleri 1 Eylül'den önce olanlar için 1 Eylül, doğum günleri 1 Eylül ve daha sonra olanlar için müteakip yılın 1 Eylül tarihinde yapılır.

Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kurulu

MADDE 58- Bu Kanunda yazılı olan görevleri yerine getirmek üzere branşları Kurum tarafından belirlenecek uzman hekimlerden oluşan Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kurulu kurulur. Kurul; Millî Savunma Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Yüksek Öğretim Kurulu, en fazla üyeye sahip işveren, işçi ve kamu çalışanlarını temsil eden konfederasyonlar, Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği, Türkiye Esnaf ve Sanatkarları Konfederasyonu, Türk Tabipleri Birliği ile Kurum tarafından görevlendirilecek birer uzman hekimden oluşur. Aynı usûlle birden fazla Kurul oluşturmaya Bakanlık yetkilidir.

Kurula, kendi aralarından seçecekleri üye başkanlık eder. Başkan, yokluğunda yerine bakacak üyeyi belirler. Kurul, haftada en az bir kez ve en az yedi üye ile toplanır, kararlar salt çoğunlukla alınır. Kurulda görevlendirilecek olan hekimlerin hizmet süreleri üç yıl olup, üç yıl sonunda yeniden görevlendirilebilirler. Bir takvim yılı içerisinde mazeretsiz olarak birbirini izleyen beş veya toplam on toplantıya katılmayan üyelerin üyelikleri kendiliğinden sona erer. Bu şekilde üyeliği sona eren üyenin yerine bir başka kişi, aynı usûlle görevlendirilir.

Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kuruluna iştirak edenlerden; katıldıkları her toplantı günü için uhdesinde kamu görevi bulunanlara (2000), uhdesinde kamu görevi bulunmayanlara ise (3000) gösterge rakamının memur aylık katsayısı ile çarpımı sonucu bulunacak miktarda ve ayda dört toplantıyı geçmemek üzere huzur hakkı ödenir. Kurulun çalışmaları ile ilgili her türlü giderler Kurumca ödenir. Kurul gerek gördüğü hallerde dışarıdan uzman kişilerin görüşüne başvurabilir.

Kurul, sigortalılar hakkında iş kazası ve meslek hastalığı sonucu sürekli iş göremezlik derecesi tespiti ile çalışma gücünün malûliyeti gerektirecek derecede kaybına ilişkin Kurumca verilen kararlardan itiraza konu olanları inceleyerek karara bağlar. Kurul, sigortalı veya hak sahiplerinin talebi üzerine görevlendirdiği uzman bir hekimi dinlemek zorundadır.

Kurul, bu Kanunda yazılı görevlerle sınırlı olmak kaydıyla, mahkemelerden intikal eden ve bilirkişi sıfatıyla rapor düzenlenmesi talep edilen dava dosyaları hakkında, gerekli incelemeleri yaparak görüş bildirir. Mahkemeler, bahse konu dosyalar için belirlediği bilirkişi ücretini kurul üyelerine iletilmek üzere Kuruma gönderir.

Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kurulunun hizmetlerini ifa etmesi için gerekli sekreteryaya işlemleri Kurumca yerine getirilir. Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kurulunun görev, yetki, çalışma usûl ve esasları ile bu maddenin uygulanmasına ilişkin diğer usûl ve esaslar, Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.

Kurumun denetleme ve kontrol yetkisi

MADDE 59- Bu Kanunun uygulanmasına ilişkin işlemlerin denetimi, Kurumun denetim ve kontrol ile görevlendirilmiş memurları eliyle yürütülür. Askerî işyerlerine ait

sigorta işlemlerinin denetim ve kontrolü, askerî iş müfettişleri tarafından da yapılabilir.

Kurumun denetim ve kontrol ile görevlendirilmiş memurlarının görevleri sırasında tespit ettikleri Kurum alacağını doğuran olay ve bu olaya ilişkin işlemler, yemin hariç her türlü delile dayandırılabilir. Bunlar tarafından düzenlenen tutanaklar aksi sabit oluncaya kadar geçerlidir. İşverenler ve sigortalılar ile işyeri sahipleri, tasfiye ve iflâs idaresinin memurları, işle ilgili gerçek ve tüzel kişiler, Kurumun denetim ve kontrol ile görevlendirilmiş memurlarına bilgi verilmek üzere çağrıldıkları zaman gelmek, gerekli olan defter, belge ve delilleri getirip göstermek ve vermek, görevlerini yapmak için her türlü kolaylığı sağlamak ve bu yoldaki isteklerini geciktirmeksizin yerine getirmekle yükümlüdürler. Kurumun denetim ve kontrol ile görevlendirilmiş memurları görevlerini yaparken, tüm kamu görevlileri gerekli kolaylığı gösterir ve yardımcı olurlar.

Bu Kanunun uygulanması bakımından, Kurumun denetim ve kontrol ile görevlendirilmiş memurları, 4857 sayılı İş Kanununda belirtilen denetim, teftiş ve kontrol yetkisini de haizdir.

İhaleli işler ile özel bina inşaatı işyerleri işverenlerine, Kuruma prim borçlarının bulunmadığını gösteren ilişiksizlik belgesinin verilmesinde, 1/6/1989 tarihli ve 3568 sayılı Serbest Muhasebecilik, Serbest Muhasebeci Malî Müşavirlik ve Yeminli Malî Müşavirlik Kanununa göre yetki verilmiş serbest muhasebeci malî müşavirler ile yeminli malî müşavirler tarafından işyeri kayıtlarının incelenmesi sonucunda Kuruma bildirildiği tespit edilen işçilik tutarlarının uygunluğu, Kurumun denetim yetkisi saklı kalmak kaydıyla, esas alınabilir.

Usûl ve esasları Kurumca belirlenmiş hesaplama yöntemine uygun olarak serbest muhasebeci malî müşavirler ile yeminli malî müşavirlerce düzenlenen rapor ile Kuruma yeterli işçilik bildirilmediği anlaşılan işyeri ve işverenlerinin, tespit edilen fark işçilik tutarı üzerinden hesaplanacak prim, gecikme cezası ve gecikme zammı tutarını 102 nci maddenin birinci fıkrasının (d) bendi ile (e) bendinin (4) numaralı alt bendi uyarınca verilecek idarî para cezaları ile birlikte ödemeleri kaydıyla ilişiksizlik belgesi verilebilir.

Kurumca belirlenen usûl ve esaslara aykırı hareket ederek Kurum zararına sebebiyet verdiği anlaşılan serbest muhasebeci malî müşavirler ile yeminli malî müşavirler tarafından düzenlenen raporlar dikkate alınmaz ve bunların daha sonra düzenleyecekleri raporlar Kurumca işleme konulmaz. Gerçeğe aykırı rapor düzenleyen serbest muhasebeci malî müşavirler ile yeminli malî müşavirler, Kurumun bu nedenle uğradığı zarardan işverenle birlikte müştereken ve müteselsilen sorumlu olup, bunlar hakkında, genel hükümlere göre Kurumun takip hakkı saklıdır. Meslek mensupları, işverenlerin devamlı işyerlerinin sigortalıları ile yaptıkları işler ile Kurumda tescil edilmemiş veya tescil edilmiş olmakla birlikte işçilik bildiriminde bulunulmamış olan yukarıdaki işler hakkında inceleme yapamazlar.

Kamu idarelerinin denetim ve kontrolle görevlendirilmiş memurları, kendi mevzuatı gereğince işyerlerinde yapacakları soruşturma, denetim ve incelemeler sırasında, çalıştırılanların sigortalı olup olmadığını da tespit ederek, sigortasız çalıştırılanları Kuruma bildirmek zorundadır. Bu kurumlar ayrıca kendi mevzuatları gereğince yaptıkları inceleme ve tespitler sırasında bu Kanuna göre sigortalı sayılanların prime esas kazançlarının veya sigortalı gün sayılarının eksik bildirilmesi sonucunu doğuran tespitlerini de en geç bir ay içinde Kuruma bildirirler. Kurum bu bildirimleri esas almak üzere gerekli yasal işlemi yapar. İlgililerin itiraz hakları saklıdır.

Bu maddenin uygulanmasına ilişkin usûl ve esaslar, Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.

ÜÇÜNCÜ KISIM

Genel Sağlık Sigortası Hükümleri

BİRİNCİ BÖLÜM

Kapsamdaki Kişiler ve Tescili

Genel sağlık sigortalısı sayılanlar

MADDE 60- Yerleşim yeri Türkiye'de olan kişilerden;

a) 4 üncü maddenin birinci fıkrasının;

1) (a) ve (c) bentleri gereğince sigortalı sayılan kişiler,

2) (b) bendi gereğince sigortalı sayılan kişiler,

b) İsteğe bağlı sigortalı olan kişiler,

c) Yukarıdaki (a) ve (b) bentlerine göre sigortalı sayılmayanlardan;

1) 18/6/1992 tarihli ve 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun kapsamında yeşil kart verilen kişiler,

2) Vatansızlar ve sığınmacılar,

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

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

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

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

7) 24/5/1983 tarihli ve 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişiler,

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

9) 18/3/1924 tarihli ve 442 sayılı Köy Kanununun 74 üncü maddesinin ikinci fıkrasına göre görevlendirilen kişiler,

d) Oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan kişiler,

e) 25/8/1999 tarihli ve 4447 sayılı İşsizlik Sigortası Kanunu gereğince işsizlik ödeneğinden yararlandırılan kişiler,

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

g) Yukarıdaki bentlerin dışında kalan ve başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan kişiler,

genel sağlık sigortalısı sayılır.

6 ncı maddenin birinci fıkrasının (a), (b), (c), (f), (g), (h), (ı), (j) ve (k) bentlerinde sayılanların öncelikle, genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi olup olmadığına bakılır. Genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi ise tescili yapılmaz. Aksi takdirde birinci fıkra hükümlerinden durumuna uyan bende göre genel sağlık sigortalısı sayılır. Birinci fıkranın (f) bendi kapsamında gelir alması nedeniyle genel sağlık sigortalısı sayılanlar, aynı zamanda diğer bentler gereği de genel sağlık sigortalısı sayılması halinde (f) bendi dışındaki bentler kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılır.

6 ncı maddenin birinci fıkrasının (d), (e) ve (l) bentleri kapsamında olanlar, ceza infaz kurumları ile tutukevleri bünyesinde bulunan hükümlü ve tutuklular, kamu idarelerinin dış temsilciliklerinde istihdam edilen ve temsilciliğin bulunduğu ülkede sürekli ikamet izni veya bu devletin vatandaşlığını da haiz bulunan Türk uyruklu sözleşmeli personelden,

bulunduğu ülkenin sosyal güvenlik kurumunda sigortalı olduğunu belgeleyenler ile kamu idarelerinin dış temsilciliklerinde istihdam edilen sözleşmeli personelin uluslararası sosyal güvenlik sözleşmeleri çerçevesinde ve temsilciliğin bulunduğu ülkenin kamu düzeninin zorunlu kıldığı hallerde, bulunulan ülkede sosyal sigorta kapsamında sigortalı olanlar, birinci fıkranın (d) bendi kapsamına girenler Türkiye'de bir yıldan kısa süreyle yerleşik olması halinde genel sağlık sigortalısı ve genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi sayılmazlar.

Birinci fıkranın (d) ve (g) bentlerinin uygulanmasında evli olanlar için, eşlerden hangisinin bu maddeye göre genel sağlık sigortalısı, hangisinin bakmakla yükümlü olunan kişi olacağını tespiti kendi tercihlerine bırakılır. Diğer bentler gereği eşlerin her ikisinin de genel sağlık sigortalılık şartlarının oluşması halinde her ikisi de ayrı ayrı genel sağlık sigortalısı sayılır.

Genel sağlık sigortalılığının başlangıcı, bildirimi ve tescili

MADDE 61- Genel sağlık sigortalılığı başlangıcının tespiti ve tescil işlemleri aşağıdaki hükümlere göre yürütülür. 60 ıncı maddenin birinci fıkrasının;

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

b) (c) bendinde sayılanlar; ilgili mevzuatları gereği yeşil kart aldıkları, aylığa hak kazandıkları, vatansız ve sığınmacı sayıldıkları, korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz yararlanmaya başladıkları tarihten itibaren genel sağlık sigortalısı sayılır ve ilgili kurumların kapsama alınan tarihten itibaren bir ay içinde verecekleri genel sağlık sigortası giriş bildirgesi ile tescil edilirler.

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

d) (e) bendinde sayılanlar, işsizlik ödeneğinden yararlanmaya başladıkları tarihten itibaren genel sağlık sigortalısı sayılır ve Türkiye İş Kurumu tarafından işsizlik ödeneğinin bağlandığı tarihten itibaren bir ay içinde vereceği genel sağlık sigortası giriş bildirgesi ile tescil edilirler.

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

f) (g) bendinde sayılanlar; diğer bentlere göre genel sağlık sigortalısı olmadıkları tarihten itibaren genel sağlık sigortalısı sayılır ve bu tarihten itibaren bir ay içinde verecekleri genel sağlık sigortası giriş bildirgesi ile tescil edilirler.

60 ıncı madde gereği genel sağlık sigortalısı sayılanların çocukları, ana ya da babanın tescil edilmiş olmasına bakılmaksızın ve ayrıca bir işleme gerek olmaksızın 18 yaşına kadar genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi olarak sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlandırılır. 18 yaşından küçük çocuğun ana ve babası da yok ise 18 yaşına kadar 60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (c) bendinin (7) numaralı alt bendi kapsamında primi Devlet tarafından ödenmek üzere genel sağlık sigortalısı sayılır.

60 ıncı madde gereği genel sağlık sigortalısı iken durumunda değişiklik olan kişilerden, aynı maddenin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) numaralı alt bendine veya (g) bendi kapsamına giren kişiler durumlarında değişiklik olduğu tarihten itibaren en geç bir ay içinde 18/6/1992 tarihli ve 3816 sayılı Kanun gereği yeşil kart veren kuruma başvurmak zorundadır. Bu kişilere yeşil kart verilmemesi halinde değişiklik olduğu tarihten başlamak üzere (g) bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılırlar.

Genel sağlık sigortalılığı, yerleşim yerinin Türkiye olmadığı veya 60 ıncı maddenin üçüncü fıkrası gereği genel sağlık sigortası kapsamı dışına çıkılan tarihten itibaren sona erer.

Bu maddede belirtilen genel sağlık sigortası giriş bildirdesini süresi içinde vermeyenler hakkında 102 nci maddenin birinci fıkrasının (a) bendine göre idarî para cezası uygulanır.

Genel sağlık sigortası giriş bildirdesinin içerik ve şekli ile bu maddenin uygulanmasına ilişkin usûl ve esaslar, Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.

Sağlık hizmetleri ve diğer haklar ile bunlardan yararlanma

MADDE 62- Bu Kanun gereğince genel sağlık sigortasından sağlanacak sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanmak, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için bir hak, Kurum için ise bu hizmet ve hakların finansmanını sağlamak bir yükümlülüktür.

Sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan genel sağlık sigortalısı ile bakmakla yükümlü olduğu kişiler yararlandırılır.

Bu Kanun kapsamındaki kişilere sağlanacak sağlık hizmetleri ve diğer haklar ile kişilerden alınan primlerin tutarı arasında ilişki kurulamaz.

İKİNCİ BÖLÜM

Sağlanan Sağlık Hizmetleri ve Diğer Haklar

Finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri ve süresi

MADDE 63- Genel sağlık sigortalısının ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlıklı kalmalarını; hastalanmaları halinde sağlıklarını kazanmalarını; iş kazası ile meslek hastalığı, hastalık ve analık sonucu tıbben gerekli görülen sağlık hizmetlerinin karşılanmasını, iş göremezlik hallerinin ortadan kaldırılmasını veya azaltılmasını temin etmek amacıyla Kurumca finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri şunlardır:

a) Kişilerin hastalanmalarına bakılmaksızın kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile insan sağlığına zararlı madde bağımlılığını önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri.

b) Kişilerin hastalanmaları halinde ayakta veya yatarak; hekim tarafından yapılacak muayene, hekimin göreçeği lüzum üzerine teşhis için gereken klinik muayeneler, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, 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, ilgili kanunları gereğince sağlık meslek mensubu sayılanların hekimlerin kararı üzerine yapacakları tıbbî bakım ve tedaviler.

c) Analık sebebiyle ayakta veya yatarak; hekim tarafından yapılacak muayene, hekimin göreçeği lüzum üzerine teşhis için gereken klinik muayeneler, doğum, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbî müdahale ve tedaviler, hasta takibi, rahim tahliyesi, tıbbî sterilizasyon ve acil sağlık hizmetleri, ilgili kanunları gereğince sağlık meslek mensubu sayılanların hekimlerin kararı üzerine yapacakları tıbbî bakım ve tedaviler.

d) Kişilerin hastalanmaları halinde ayakta veya yatarak; ağız ve diş muayenesi, diş hekiminin göreçeği lüzum üzerine ağız ve diş hastalıklarının teşhisi için gereken klinik muayeneler, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbî müdahale ve tedaviler, diş çekimi, konservatif diş tedavisi ve kanal tedavisi, hasta takibi, travmaya ve onkolojik tedaviye bağlı protez uygulamaları, ağız ve diş hastalıkları ile ilgili acil sağlık hizmetleri, 18 yaşını doldurmamış kişilerin ortodontik diş tedavileri ile 18 yaşını doldurmamış veya 45 yaşından gün almış kişilerin diş protezlerinin 72 nci maddeye göre belirlenen tutarının % 50'si.

e) Evli olmakla birlikte çocuk sahibi olmayan genel sağlık sigortalısı kadın ise kendisinin, erkek ise karısının;

1) Yapılan tıbbî tedavileri sonrasında normal tıbbî yöntemlerle çocuk sahibi olamadığının ve ancak yardımcı üreme yöntemi ile çocuk sahibi olabileceğinin Kurumca

yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları sağlık kurulları tarafından tıbben mümkün görülmesi,

2) 23 yaşından büyük, 39 yaşından küçük olması,

3) Son üç yıl içinde diğer tedavi yöntemlerinden sonuç alınamamış olduğunun Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları sağlık kurulları tarafından belgelenmesi,

4) Uygulamanın yapıldığı tıbbî merkezin Kurum ile sözleşme yapmış olması,

5) En az beş yıldır genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olunan kişi olup, 900 gün genel sağlık sigortası prim gün sayısının olması,

şartlarının birlikte gerçekleşmesi halinde en fazla iki deneme ile sınırlı olmak üzere yardımcı üreme yöntemi tedavileri ile bir hastalığın tedavisinin başka tıbbî bir yöntemle mümkün olmaması ve Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları sağlık kurulları tarafından tıbben zorunlu görülmesi halinde yardımcı üreme yöntemi tedavileri.

f) Yukarıdaki bentler gereğince sağlanacak sağlık hizmetleriyle ilgili teşhis ve tedavileri için gerekli olabilecek kan ve kan ürünleri, kemik iliği, aşı, ilaç, ortez, protez, tıbbî araç ve gereç, kişi kullanımına mahsus tıbbî cihaz, tıbbî sarf, iyileştirici nitelikteki tıbbî sarf malzemelerinin sağlanması, takılması, garanti süresi sonrası bakımı, onarılması ve yenilenmesi hizmetleri.

Kurum, finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin teşhis ve tedavi yöntemleri ile (f) bendinde belirtilen sağlık hizmetlerinin türlerini, miktarlarını ve kullanım sürelerini Sağlık Bakanlığının görüşünü alarak belirlemeye yetkilidir. Kurum, bu amaçla bilimsel komisyonlar kurar, ulusal ve uluslararası tüzel kişilerle işbirliği yapabilir.

60 ıncı maddede sayılan genel sağlık sigortalısı sayılma şartlarının yitirilmesi halinde, devam etmekte olan tedavi nedeniyle sağlanacak sağlık hizmetleri kişinin iyileşmesine kadar sürer.

Bu maddenin uygulanmasına ilişkin usûl ve esaslar, Sağlık Bakanlığının görüşü üzerine Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.

Kurumca sağlanmayacak sağlık hizmetleri

MADDE 64- Kurumca sağlanmayacak sağlık hizmetleri şunlardır:

a) Vücut bütünlüğünü sağlamak amacıyla yapılan ve iş kazası ile meslek hastalığına, kazaya, hastalıklara veya konjenital nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan durumlarda yapılacak sağlık hizmetleri dışında estetik amaçlı yapılan her türlü sağlık hizmeti ile estetik amaçlı ortodontik diş tedavileri.

b) Sağlık Bakanlığınca izin veya ruhsat verilmeyen sağlık hizmetleri ile Sağlık Bakanlığınca tıbben sağlık hizmeti olduğu kabul edilmeyen sağlık hizmetleri.

Bu maddenin uygulanmasına ilişkin usûl ve esaslar Sağlık Bakanlığının uygun görüşü alınarak, Kurumca çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.

Yol gideri, gündelik ve refakatçi giderleri

MADDE 65- Hekimin veya diş hekiminin muayene veya tedavi sonrası tıbben göreceği lüzum üzerine genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetinden yararlanmaları için muayene ve tedavi edildikleri yerleşim yeri dışına yapılan sevkinde, ayakta tedavilerde kendisinin ve bir kişi ile sınırlı olmak üzere refakatçisinin gidiş ve dönüş yol gideri ve gündelikleri; yatarak tedavilerde ise gidiş ve dönüş tarihleri için gündelikleri ile yol gideri Kurumca karşılanır.

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin yatarak tedavileri sırasında, hekimin veya diş hekiminin tıbben göreceği lüzum üzerine yanında kalan refakatçisinin yatak ve yemek giderleri bir kişi ile sınırlı olmak üzere Kurumca karşılanır.

Yurt içinde veya yurt dışına yapılan sevkler nedeniyle ödenecek gündelik, yol, yatak ve yemek giderlerinin tutarı 72 nci maddede belirtilen Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenir.

Sürekli iş göremezlik veya malûllük durumlarının tespiti, kontrolü veya periyodik sağlık

muayenesi amacıyla yapılan sağlık hizmeti giderleri ile yol ve gündelik giderleri de bu madde hükümlerine göre ödenir.

Bu maddenin uygulanmasına ilişkin usl ve esaslar Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.

Yurt dışında tedavi

MADDE 66- 63 üncü maddede sayılan sağlık hizmetlerinin yurt içindeki sağlık hizmet sunucularından sağlanması esastır. Ancak;

a) 60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (a) bendinin (1) numaralı alt bendinde sayılan genel sağlık sigortalılarından; işverenleri tarafından Kurumca belirlenen usûle uygun olarak veya kamu idareleri için özel mevzuatlarında belirtilen usûle uygun olarak geçici görevle yurt dışına gönderilenlere, acil hallerde,

b) 60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (a) bendinin (1) numaralı alt bendinde sayılan genel sağlık sigortalılarından; işverenleri tarafından Kurumca belirlenen usûle uygun olarak veya kamu idareleri için özel mevzuatlarında belirtilen usûle uygun olarak sürekli görevle yurt dışına gönderilenler ile bunların yurt dışında birlikte yaşadıkları bakmakla yükümlü olduğu kişilere,

c) Sağlık Bakanlığının uygun görüşü üzerine yurt içinde tedavisi mümkün olmadığı tespit edilen kişilerin,

sağlık hizmetleri yurt dışında sağlanır.

Ancak, yukarıdaki fıkranın (a) ve (b) bentleri gereği yurt dışında sağlanan sağlık hizmetlerinin Kurumca karşılanacak bedelleri, yurt içinde sözleşmeli sağlık hizmet sunucularına ödenen tutarı geçemez. Bu tutarı aşan kısım işverenler tarafından ödenir. Uluslararası sosyal güvenlik sözleşmeleri hükümleri saklıdır.

Bakanlar Kurulu kararı ile birlik halinde ya da kamu idarelerinin yetkili makamlarınca yurt dışına askerî veya güvenlik amaçlı görevlendirilenlerin, bu Kanun kapsamına giren sağlık hizmetlerinin sağlanması ile bu hizmetlere ilişkin giderlerin yurt içindeki sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularına ödenen tutarı aşan kısmı, kurumlarınca karşılır.

Kurum, birinci fıkranın (a) ve (b) bentleri kapsamındaki kişilerin sağlık hizmetlerini, bu kişilerin geçici veya sürekli görev süresince genel sağlık sigortası için Kuruma denen prim tutarını geçmemek kaydıyla, ilgili ülkede sağlık sigortası yaptırmak suretiyle de sağlayabilir.

Birinci fıkranın (c) bendi gereğince yurt dışına sevk edilen kişilerin sağlık hizmeti bedelinin tümü ödenir. Ancak bu tutar varsa Kurumun yurt dışında sevke konu tedaviye ilişkin sözleşmeli olduğu sağlık hizmet sunucularına ödenen tutarı geçemez. Bu kişilerin 65 inci madde hükümlerine göre yapılacak giderleri ayrıca karşılır.

Yukarıdaki haller dışında, yurt dışında sağlık hizmetlerine ilişkin giderler Kurumca denmez.

Bu maddenin uygulanmasında 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında sigortalı olması nedeniyle genel sağlık sigortalısı sayılanların daimi olarak altı aydan fazla süreyle yurt dışında görevlendirilmeleri durumu, sürekli görevle yurt dışına gönderilme sayılır.

Kamu idarelerinde çalışan sigortalılar dışında 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamındaki sigortalıların geçici veya sürekli görevlendirilmesine ilişkin usller ve süreler ile bu maddenin uygulanmasına ilişkin diğer usûl ve esaslar, ilgili Bakanlıkların görüşü alınarak Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma şartları ve Katılım Payı

Sağlık hizmetlerinden yararlanma şartları

MADDE 67- 18 yaşını doldurmamış olan kişiler, tıbben başkasının bakımına muhtaç

olan kişiler, acil haller, iş kazası ile meslek hastalığı halleri, bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklar, 63 üncü maddenin birinci fıkrasının (a) ve (c) bentleri gereğince sağlanan sağlık hizmetleri, 75 inci maddede sayılan afet ve savaş ile grev ve lokavt hali hariç olmak üzere sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanabilmek için;

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

b) 60 ncı maddenin birinci fıkrasının (a) bendinin (2) numaralı alt bendi ile (b), (d) ve (g) bentlerine tâbi olan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin yukarıdaki bentte sayılan şartla birlikte, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte kısa ve uzun vadeli sigorta primleri dahil genel sağlık sigortası prim borcunun bulunmaması, şarttır.

Ayrıca genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanabilmeleri için sağlık hizmet sunucularına başvurduklarında acil haller hariç olmak üzere (acil hallerde ise acil halin sona ermesinden sonra); nüfus cüzdanı, sürücü belgesi, evlenme cüzdanı, pasaport veya Kurum tarafından verilen resimli sağlık kartı belgelerinden birinin gösterilmesi zorunludur.

Bu maddenin uygulanmasına ilişkin usûl ve esaslar Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.

Katılım payı alınması

MADDE 68- 63 üncü maddede sayılan sağlık hizmetlerinden katılım payı alınacak olanlar şunlardır:

- a) Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi.
- b) Ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri.
- c) Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar.

Katılım payı, birinci fıkranın (a) bendindeki sağlık hizmetleri için 2 Yeni Türk Lirası olarak uygulanır. Katılım payı, (b) ve (c) bendindeki sağlık hizmetleri için gereksiz kullanımı azaltma, sağlık hizmetlerinin niteliği itibarıyla hayati öneme sahip olup olmaması, kişilerin prime esas kazançlarının, gelir ve aylıklarının tutarı ve benzeri ölçütler dikkate alınarak % 10 ilâ % 20 oranları arasında olmak üzere Kurumca belirlenir. Birinci fıkranın (a) bendindeki sağlık hizmetleri için belirlenen katılım payı tutarı, 4/1/1961 tarihli ve 213 sayılı Vergi Usul Kanunu uyarınca belirlenen yeniden değerlendirme oranı kadar her yıl artırılır. Birinci fıkranın (a) bendi gereği belirlenen katılım payını, birinci basamak sağlık hizmet sunucularında yapılan muayenelerde almamaya ya da daha düşük tutarlarda belirlemeye Kurum yetkilidir.

İkinci fıkrada belirtilen katılım payı tutarı ve oranları, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sevk zincirine uymadan, diğer basamaktaki sağlık hizmet sunucularına doğrudan müracaatları halinde % 50 oranında artırılarak uygulanır.

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin birinci fıkranın (b) bendi gereği ödeyecekleri katılım payının tutarı, sağlık hizmetinin alındığı tarihteki asgarî ücretin % 75'ini geçemez.

63 üncü maddenin birinci fıkrasının (e) bendi gereğince sağlanan ve bir hastalığın tedavisinin başka tıbbî bir yöntemle mümkün olmaması nedeniyle yapılacak yardımcı üreme yöntemi tedavisi dışındaki, yardımcı üreme yöntemi tedavisinde katılım payı ilk denemede % 30, ikinci denemede % 25 oranında uygulanır. Ancak katılım payında dördüncü fıkra gereği uygulanan üst limit dikkate alınmaz.

60 ncı maddenin birinci fıkrasının (c) bendinin (1), (2) ve (3) numaralı alt bentleri gereği genel sağlık sigortalısı sayılanlar ile bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerin ödemiş oldukları katılım payları, talepleri halinde, 29/5/1986 tarihli ve 3294 sayılı Sosyal

Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu hükümlerine göre kendilerine geri ödenir.

Katılım paylarını, gelir veya aylık alan kişilerin gelir veya aylıklarından, çalışanların ücret veya maaşlarından mahsup edilmek suretiyle tahsile ve katılım paylarının ödenme usûlünü belirlemeye Kurum yetkilidir. Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularına, tahsil ettikleri katılım payı düşüldükten sonra kalan tutar ödenir.

Katılım paylarının hesaplanmasında 72 nci maddeye göre tespit edilen sağlık hizmeti tutarları esas alınır. Kurumca belirlenen katılım paylarını tahsil etmeyen sağlık hizmet sunucularına 102 nci maddenin (j) bendi gereğince idarî para cezası uygulanır.

Katılım paylarının ödenme usûlleri ile bu maddenin uygulanmasına ilişkin diğer usûl ve esaslar, Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.

Katılım payı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler

MADDE 69- 68 inci maddede sayılan sağlık hizmetlerinden katılım payı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler şunlardır:

a) İş kazası ile meslek hastalığı halleri ile askerî tatbikat ve manevralarda sağlanan sağlık hizmetleri.

b) 75 inci maddede yer alan afet ve savaş hali nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri.

c) Aile hekimi muayeneleri ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri.

d) Sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmek şartıyla; Kurumca belirlenen kronik hastalıklar ve hayati önemi haiz 68 inci maddenin birinci fıkrasının (b) bendi kapsamındaki sağlık hizmetleri ile organ nakli.

e) Kontrol muayeneleri.

f) 60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (c) bendinin (4), (5), (6), (7) ve (8) numaralı alt bentleri kapsamında sayılanlar, vazife malûlleri ile 4 üncü maddenin üçüncü fıkrasının (d) ve (e) bentlerinde sayılanlar.

Bu madde gereğince katılım payı alınmayacak sağlık hizmetlerini tek tek veya gruplandırarak tespite Kurum yetkilidir.

Hizmet basamakları ve sevk zinciri

MADDE 70- Bu Kanunun uygulanması bakımından sağlık hizmeti sunucuları birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak Sağlık Bakanlığı tarafından sınıflandırılır. Bu basamaklar ve sağlık hizmet sunucuları arasında sevk zinciri; tanı, ön tanı, hekimlerin ve diş hekimlerinin uzmanlıkları dikkate alınmak suretiyle tüm yurttan veya il ya da ilçe bazında Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak Kurum tarafından belirlenir. Aile hekimleri birinci basamak hizmet sunucuları içinde yer alır.

Kurumca sağlık hizmetlerinin sağlanabilmesi için, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler sevk zinciri kurallarına uygun hareket etmek zorundadır.

İş kazası ile meslek hastalığı, afet ve savaş hali ile acil haller dışında, sevk zincirine uyulmadan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularına yapılan başvurular sonucu alınan sağlık hizmetlerinin 72 nci madde gereği belirlenen tutarının % 70'i Kurumca ödenir. Aradaki fark, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ödenir.

Kimlik tespiti ve acil haller

MADDE 71- Sağlık hizmeti sunucuları, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere sağlık hizmeti sunumu aşamasında (acil hallerde ise acil halin sona ermesinden sonra), 67 nci maddenin ikinci fıkrasında sayılan belgeleri ve bu belgelerin başvuran kişiye ait olup olmadığını kontrol etmek zorundadır. Bu zorunluluğu yerine getirmeyen sağlık hizmet sunucuları hakkında 102 nci maddenin birinci fıkrasının (ı) bendi gereği idarî para cezası uygulanır.

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin kendi adına bir başkasının sağlık hizmeti almasını veya Kurumdan haksız bir menfaat temin etmesini sağlaması yasaktır. Bu fiilleri işleyenlerden Kurumun uğradığı zararın iki katı kanunî

faiziyle birlikte müştereken ve müteselsilen tahsil edilir ve ilgililer hakkında 26/9/2004 tarihli ve 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu hükümleri uygulanır.

Bu Kanunun uygulamasında acil hallerin ve acil sağlık hizmetlerinin neler olduğuna, hangi yöntem ve ölçütlerle tespit edileceğine ilişkin hususlar, Sağlık Bakanlığının uygun görüşü üzerine Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

Mali ve Çeşitli Hükümler

Sağlık hizmetlerinin ödenecek bedellerinin belirlenmesi

MADDE 72- 63 üncü madde hükümlerine göre sağlanan sağlık hizmetlerinin ve 65 inci madde gereği ödenecek gündelik, yol, yatak ve yemek giderlerinin Kurumca ödenecek bedellerini; sağlık hizmetinin sunulduğu il ve basamak, sağlık hizmetlerinin maliyeti, Devletin doğrudan veya dolaylı olarak sağlamış olduğu sübvansiyonlar, sağlık hizmetinin niteliği itibariyle hayati öneme sahip olup olmaması, kanıta dayalı tıp uygulamaları, teşhis ve tedavi maliyetini esas alan maliyet-etkililik ölçütleri ve genel sağlık sigortası bütçesi dikkate alınmak suretiyle, her bir sağlık hizmeti için belirlemeye Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu yetkilidir.

Komisyon; Maliye Bakanlığını, Sağlık Bakanlığını, Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığını, Hazine Müsteşarlığını ve Kurumu temsilen toplam beş üyeden oluşur. Komisyon kararlarını yılı merkezî yönetim bütçesi yönünden Maliye Bakanlığının görüşünü almak suretiyle salt çoğunluk ile alır; kararlar Resmî Gazetede yayımlanır. Komisyonca gerekli görülen hallerde sağlık hizmetlerinin türlerine göre birden fazla alt komisyon kurulabilir. Komisyonun sekretarya işlemleri Kurumca yerine getirilir.

Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonuna iştirak edenlere, ayda iki defadan fazla olmamak üzere katıldıkları her toplantı günü için (3000) gösterge rakamının memur aylık katsayısı ile çarpılarak bulunacak tutarı üzerinden toplantı ücreti ödenir. Komisyon çalışmaları ile ilgili her türlü giderler Kurumca ödenir.

Kurum, Komisyon adına çalışmalarına başlamadan önce Yüksek Öğretim Kurulunun, Türk Tabipleri Birliğinin, Türk Diş Hekimleri Birliğinin, Türk Eczacıları Birliğinin, Türkiye Odalar ve Borsalar Birliğinin, Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliğinin, Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonunun, en fazla üyeye sahip ilk üç işçi ve kamu çalışanları konfederasyonunun, en fazla üyeye sahip Optisyenlik Derneğinin, Türkiye Esnaf ve Sanatkârları Konfederasyonunun, en fazla üyeye sahip özel sağlık kurum ve kuruluşları dernekleri veya federasyonlarının, en fazla üyeye sahip özel polikliniklerin dernek veya federasyonlarının, en fazla üyeye sahip özel tıbbî malzeme üretici veya ithalatçıları dernekleri veya federasyonlarının, en fazla üyeye sahip tıp uzmanlık derneklerinin ve Komisyonca uygun görülecek diğer kurum ve kuruluşların görüşlerini alır. İlgili kurumlar bir ay içinde görüşlerini göndermek zorundadır. Komisyon çalışmalarının başlangıcında, bu kurumların temsilcilerinin katılımı ile oluşturulacak toplantıda görüşlerini sözlü olarak da dinler.

Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunun çalışmasına, görev ve yetkileri ile bu maddenin uygulanmasına ilişkin diğer usûl ve esaslar, Komisyon üyesi kurumların görüşleri alınarak Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.

Sağlık hizmetlerinin sağlanma yöntemi ve sağlık giderlerinin ödenmesi

MADDE 73- Bu Kanuna göre sağlık hizmetleri, Kurum ile yurt içindeki veya yurt dışındaki sağlık hizmeti sunucuları arasında yapılan sözleşmeler yoluyla ve/veya bu Kanun hükümlerine uygun olarak genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından satın aldıkları sağlık hizmeti giderlerinin ödenmesi suretiyle sağlanır.

Kurum, sağlık hizmet sunucularının sözleşme başvurularının değerlendirilmesinde,

sonuçlandırılmasında ve uygulanmasında sağlık hizmeti sunucuları arasında; sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından satın aldıkları sağlık hizmeti giderlerinin ödenmesi aşamasında ise genel sağlık sigortalıları ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler arasında tarafsızlık, hakkaniyet ve açıklık ilkelerine uymak ve bunun uygulandığının izlenebileceği bir sistem kurmak ve tıbbî etik ve deontoloji kurallarına uygunluğu aramak zorundadır.

Kurum, provizyon işlemlerini yürütmek üzere sağlık hizmeti sunucularının mahallinde provizyon merkezi açabilir ve personel çalıştırabilir. Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, bu amaçla Kuruma uygun bağımsız mekân tahsis etmek zorundadır.

Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden sözleşmeli olduğu sağlık hizmetleri için otelcilik hizmetleri ile öğretim üyesi tarafından sağlanan sağlık hizmetleri dışında, herhangi bir fark ödemesi talep edemez. Otelcilik hizmeti ile öğretim üyesi tarafından sağlanan sağlık hizmetleri için genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden alınabilecek fark ödemesi, 72 nci maddeye göre belirlenen tutarın iki katını geçemez. Bu farkın alınabilmesi için, kişilerin fark ödemeyi kabul ettiğinin yazılı olarak belgelenmesi zorunludur. Otelcilik hizmeti ile öğretim üyesi tarafından sağlanan sağlık hizmetleri dışında veya belirlenen tavanın üzerinde fark alınması halinde, sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularının sözleşmeleri bir yıl süreyle feshedilir.

Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından acil hallerde alınan sağlık hizmeti bedeli, 72 nci madde gereği sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları için belirlenen bedeller esas alınarak genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere fatura karşılığı ödenir. Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucuları, acil hallerde genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden veya Kurumdan herhangi bir fark talep edemez.

70 inci maddedeki hükümlere uyulmak şartıyla, sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından sağlık hizmeti almayı tercih eden genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere, 72 nci madde gereği sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları için belirlenen bedellerin % 70'i fatura karşılığı ödenir. 70 inci madde hükümlerine uymaksızın sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından sağlık hizmeti almayı tercih eden genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere, 72 nci madde gereği sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları için belirlenen bedellerin % 50'si fatura karşılığı ödenir.

Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından satın alınan sağlık hizmeti bedelinin bu maddenin dördüncü ve beşinci fıkralarına göre Kurumca ödenebilmesi için; Sağlık Bakanlığı veya ilgili kamu idareleri tarafından ödenecek sağlık hizmetine ilişkin sağlık hizmeti sunucularına ruhsat veya izin verme uygulamasının olması halinde ruhsat veya izin alınmış olması, ayrıca Kurumca sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucusunun şartlarının sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusunda aranan şartlara uygun olduğunun kabul edilmesi şarttır.

Sağlık hizmeti sunucuları, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanmaya müstahak olup olmadığını, Kurumun elektronik veya diğer ortamlarda sağlayacağı yöntemlere uygun olarak kontrol etmek ve belgelemek zorundadır.

Sağlık hizmeti satın alma sözleşmelerinin hazırlanması ve akdedilmesi, sağlık hizmeti giderlerinin ödenmesi ve bu maddenin uygulanmasına ilişkin diğer usûl ve esaslar, Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.

Genel sağlık sigortası gelirlerinin kullanım amacı, kısa ve uzun vadeli sigorta kolları için yapılan sağlık harcamaları

MADDE 74- Genel sağlık sigortası prim gelirleri; yönetim giderleri, genel sağlık sigortasından sağlanan sağlık hizmetleri ve diğer haklar dışında başka bir amaçla kullanılamaz.

Uzun ve kısa vadeli sigorta kolları bakımından sürekli iş göremezlik, malûllük, çalışma

gücü kaybı hallerinin tespiti veya bu amaçla yapılan kontroller nedeniyle oluşan sağlık hizmeti giderleri ile 72 nci maddeye göre, usûl ve esasları Kurumca belirlenecek gündelik ve yol giderleri, refakatçi giderleri, kısa ve uzun vadeli sigorta kolları prim gelirlerinden karşılanır.

Doğal afetler veya savaş hali

MADDE 75- 15/5/1959 tarihli ve 7269 sayılı Umumi Hayata Müessir Afetler Dolayısıyla Alınacak Tedbirlerle Yapılacak Yardımlara Dair Kanun kapsamındaki afetler ile 4/11/1983 tarihli ve 2941 sayılı Seferberlik ve Savaş Hali Kanunu gereğince ilân edilen savaş halinde genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetleri Kurum tarafından sağlanmaya devam edilir. Ancak, afet veya savaş hallerine bağlı nedenlerden dolayı Kurumca yapılan sağlık hizmeti giderleri, giderlerin ödendiği takvim yılı sonu esas alınarak genel bütçeden Kuruma bir yıl içinde transfer edilir.

İşverenin, genel sağlık sigortalısının ve üçüncü kişilerin sorumluluğu

MADDE 76- İşveren, iş kazasına uğrayan veya meslek hastalığına tutulan genel sağlık sigortalısına sağlık durumunun gerektirdiği sağlık hizmetlerini derhal sağlamakla yükümlüdür. Bu amaçla işveren tarafından yapılan ve belgelere dayanan sağlık hizmeti giderleri ve 65 inci madde hükümlerine göre yapılacak masraflar Kurum tarafından karşılanır.

Birinci fıkrada belirtilen yükümlülüklerin yerine getirilmesindeki ihmalinden veya gecikmesinden dolayı, genel sağlık sigortalısının tedavi süresinin uzamasına veya malûl kalmasına veya malûllük derecesinin artmasına sebep olan işveren, Kurumun bu nedenle yaptığı her türlü sağlık hizmeti giderini ödemekle yükümlüdür.

İlgili kanunları gereğince sağlık raporu alınması gerektiği halde sağlık raporuna dayanmaksızın veya alınan raporlarda söz konusu işte çalışması tıbbî yönden elverişli olmadığı belirtildiği halde genel sağlık sigortalısını çalıştıran işverenlere, bu nedenle Kurumca yapılan sağlık hizmeti giderleri tazmin ettirilir.

İş kazası ile meslek hastalığı, işverenin kastı veya sigortalının iş sağlığını koruma ve iş güvenliği ile ilgili mevzuat hükümlerine aykırı hareketi sonucu olmuşsa, Kurumca yapılan sağlık hizmeti giderleri işverene tazmin ettirilir. İşverenin sorumluluğunun tespitinde kaçınılmazlık ilkesi dikkate alınır.

Hekim veya diş hekimi sağlık raporu ile belli bir işte çalışamayacağı belgelenen 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a) ve (c) bentleri kapsamındaki kişiler bu işte çalıştırılmaz. Bu kişileri çalıştıran işverenler, genel sağlık sigortalısının aynı hastalık sebebiyle Kurumca yapılan masraflarını ödemekle yükümlüdür. Bu kişiler, bir başka işverene ait işyerinde çalışmış ise, bu durumu bilerek çalıştıran işveren ile genel sağlık sigortalısı, doğacak masraflardan Kuruma karşı müştereken ve müteselsilen sorumludur.

Genel sağlık sigortalısına ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişiler için Kurumun sağlık hizmeti sağlamasına veya bu kişilerin tedavi süresinin uzamasına, kastı veya kusurlu bir hareketi veya ilgili kanunlarla verilmiş bir görevi yapmaması veya savsaması nedeniyle sebep olduğu mahkeme kararıyla tespit edilen üçüncü kişilere, Kurumun yaptığı sağlık hizmeti giderleri tazmin ettirilir.

Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularının duyurulması ve sağlık hizmet sunucusunu seçme serbestisi

MADDE 77- Bu Kanun gereğince genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetinden yararlanmak için başvuracakları yurt içinde veya yurt dışındaki sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularının unvan, isim ve adresleri Kurumca elektronik ortamda veya diğer yöntemlerle duyurulur.

Genel sağlık sigortalıları ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler, sağlık hizmeti sunucuları arasından, genel sağlık sigortasıyla ilgili diğer madde hükümlerine uymak şartıyla istediğini seçme hakkına sahiptir.

Sağlık hizmeti sunucularının kayıt ve bildirim zorunluluğu ve kontrol yetkisi

MADDE 78- Kurum ile sözleşmesi olup olmadığına bakılmaksızın tüm sağlık hizmeti sunucuları, sağlık hizmeti sunduğu tüm kişilere ait sözleşme hükümlerinde yer verilen bilgileri, belirlenen yöntemlere ve süreye uygun biçimde elektronik ortamda veya yazılı olarak Kuruma göndermek zorundadır. Bu bilgiler gönderilmeksizin talep edilen sağlık hizmeti bedelleri, bilgiler gönderilinceye kadar ödenmez.

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişinin sağlık bilgilerinin gizliliği esastır. Sağlık bilgilerinin ne şekilde korunacağı, ulusal güvenlik nedeniyle sağlık bilgisi paylaşımına açılmayacak kişilerin tespiti ilgili bakanlıkların önerisi üzerine Bakanlıkça tespit edilir.

Kurum, genel sağlık sigortası hükümlerinin uygulanmasıyla ilgili olarak işverenler, sağlık hizmeti sunucuları ve diğer gerçek ve tüzel kişiler nezdindeki defter, belge ve bilgileri inceleyebilir, ibrazını isteyebilir.

Kurum, bu Kanunda belirtilen görevleriyle ilgili olarak sağlık hizmeti sunucularının yürüttüğü hizmet ve işlemleri kontrol yetkisine sahiptir. Kurum, bu yetkisini görevlendirdiği personeli vasıtasıyla veya kamu kurumları ve özel kurumlardan hizmet satın almak suretiyle kullanabilir.

DÖRDÜNCÜ KISIM Primlere İlişkin Hükümler BİRİNCİ BÖLÜM

Prim Alınması, Prime Esas Kazanç, Prim Oranları ve Asgarî İşçilik

Prim alınması zorunluluğu

MADDE 79- Kısa ve uzun vadeli sigortalar ile genel sağlık sigortası için, bu Kanunda öngörülen her türlü ödemeler ile yönetim giderlerini karşılamak üzere Kurum prim almak, ilgililer de prim ödemek zorundadır.

Kurumca tahsil edilen genel sağlık sigortası primleri, tahsil edilmesini müteakip doğrudan Kurum bütçesinin genel sağlık sigortası kalemine aktarılır.

Prime esas kazançlar

MADDE 80- 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a) ve (c) bentleri kapsamındaki sigortalıların prime esas kazançlarının hesabında;

a) Hak edilen ücretler ile prim, ikramiye ve bu nitelikteki her çeşit istihkaktan o ay için yapılan ödemelerin brüt toplamı esas alınır.

b) Ölüm, doğum ve evlenme yardımları, görev yollukları, kıdem tazminatı, iş sonu tazminatı veya kıdem tazminatı mahiyetindeki toplu ödeme, keşif ücreti, ihbar ve kasa tazminatları, emekli ikramiyesi ile Bakanlıkça tutarları yıllar itibarıyla belirlenecek yemek, çocuk ve aile zamları, özel sağlık sigortalarına ve bireysel emeklilik sistemine ödenen ve aylık toplamı asgarî ücretin % 30'unu geçmeyen özel sağlık sigortası primi ve bireysel emeklilik katkı payları tutarları, görevin yerine getirilmesi için zorunlu olarak yapılan aynî yardımlar ile Bakanlıkça belirlenecek diğer aynî yardımların asgarî ücretin % 30'unu geçmeyen kısmı, prime esas kazançta tâbi tutulmaz.

c) Bu Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendine tâbi sigortalılara ödenen döner sermaye katkı payları ve döner sermayelerden başka adla yapılan bu nitelikteki her türlü ödemeler ile ikramiyeler ve benzeri ödemelerden en yüksek Devlet memuru aylığının % 200'ünü aşan kısmı prime esas kazançta tâbi tutulmaz.

Yukarıdaki fıkranın (b) ve (c) bentlerinde belirtilen istisnalar dışında her ne adla yapılsa yapılsın tüm ödemeler prime esas kazançta tâbi tutulur. Diğer kanunlardaki prime tâbi tutulmaması gerektiğine dair muafiyet ve istisnalar bu Kanunun uygulanmasında dikkate alınmaz.

Ücretler hak edildikleri aya mal edilmek suretiyle prime tâbi tutulur. Diğer ödemeler ise öncelikle ödendiği ayın kazancına dahil edilir ve ücret dışındaki bu ödemelerin üst sınırı

aşan kısmı, ödemenin yapıldığı ayı takip eden aydan başlanarak oniki ayı geçmemek üzere üst sınırın altında kalan sonraki ayların prime esas kazançlarına ilave edilir. Toplu iş sözleşmelerine tâbi işyerleri işverenlerince veya kamu idareleri veya yargı mercilerince verilen kararlara istinaden, sonradan ödenen ücret dışındaki ödemelerin hizmet akdinin mevcut olmadığı veya askıda olduğu bir tarihte ödenmesi durumunda, 82 nci madde hükmü de nazara alınmak suretiyle prime esas kazancın tâbi olduğu en son ayın kazancına dahil edilir. Bu durumlarda sigorta primlerinin, yukarıda belirtilen mercilerin kararlarının kesinleşme tarihini izleyen ayın sonuna kadar ödenmesi halinde, gecikme cezası ve gecikme zammı alınmaz ve 102 nci madde hükümleri uygulanmaz.

Saatlik, günlük, haftalık veya aylık olarak belirli bir ücrete dayanmış olmayıp da komisyon ücreti ve kâra katılma gibi belirsiz zaman ve tutar üzerinden ücret alan sigortalıların prim ve ödeneklerinin hesabında esas tutulacak günlük kazançları, 82 nci madde hükmüne göre belirlenen alt sınırdır.

Bir işverene tâbi olarak çalışan sigortalının belirli ücretinin dışında ayrıca yukarıdaki fıkra kapsamında ücret alması halinde, prime esas günlük kazancı bunların toplamından oluşur.

Bu Kanun gereğince primlerin hesabına esas tutulacak günlük kazanç, sigortalının, bir ay için prime esas tutulan kazancının otuzda biridir. Ancak günlük kazancın hesabına esas tutulan ay içindeki bazı günlerde çalışmamış ve çalışmadığı günler için ücret almamış sigortalının günlük kazancı, o ay için prime esas tutulan kazancının ücret aldığı gün sayısına bölünmesi suretiyle hesaplanır.

Sigortalıların günlük kazançlarının hesabında esas tutulan gün sayıları, aynı zamanda, bunların prim ödeme gün sayılarını gösterir. Ancak, işveren ve sigortalı arasında kısmî süreli hizmet akdinin yazılı olarak yapılmış olması kaydıyla, ay içerisinde günün bazı saatlerinde çalışan ve çalıştığı saat karşılığında ücret alan sigortalının ay içindeki prim ödeme gün sayısı, ay içindeki toplam çalışma saati süresinin 4857 sayılı İş Kanununa göre belirlenen haftalık çalışma süresine göre hesaplanan günlük çalışma saatine bölünmesi suretiyle bulunur. Bu şekildeki hesaplamada gün kesirleri bir gün kabul edilir.

İşveren ve sigortalı arasında çağrı üzerine çalışmaya dayalı yazılı iş sözleşmesinde taraflar arasında çalışma süresi gün, hafta ve ay olarak belirlenmemiş ise, sigortalının ay içindeki prim ödeme gün sayısı yukarıdaki fıkra hükmüne göre hesaplanır.

4 üncü maddenin birinci fıkrasının (b) bendi kapsamındaki sigortalıların aylık prime esas kazançları, 82 nci maddeye göre belirlenen prime esas günlük kazanç alt sınırı ile üst sınırı arasında kalmak şartı ile kendileri tarafından beyan edilecek günlük kazancın otuz katıdır. Bu sigortalılar tarafından Kurumca belirlenen sürelerde aylık prime esas kazanç beyan edilir. Ancak beyan edilen kazançta bir değişiklik olması durumunda, sigortalının yeniden beyan ettiği kazanç üzerinden hesaplanan prim tahsil edilir.

4 üncü maddenin birinci fıkrasının (b) bendi kapsamında sigortalı sayılan kişi, aynı zamanda işveren ise beyan edeceği aylık kazancı, çalıştırdığı sigortalıların kazancının en yüksekinden az olamaz. Beyanda bulunmayan sigortalının primleri, prime esas asgarî aylık kazanç üzerinden hesap ve tahsil edilir. Beyanda bulunmayan veya beyan ettiği kazancın düşük olduğu tespit edilen sigortalıların prime esas kazançları, tespit edilen kazanç düzeyine çıkartılarak beyan edilen kazançla arasındaki farkın primi 89 uncu madde hükümlerine göre gecikme cezası ve gecikme zammı uygulanmak suretiyle tahsil edilir.

Sigortalı olmayı gerektiren şekilde birden fazla işte çalışılması halinde, bu Kanun gereğince alınacak primlerine esas tutulacak aylık ve günlük kazancının tespitinde, yalnızca bu Kanunun 53 üncü maddesine göre belirlenen 4 üncü maddenin ilgili bendi kapsamındaki işlerden elde ettiği aylık ve günlük kazanç tutarı ayrı ayrı dikkate alınır ve primler buna göre hesaplanır.

Yalnızca genel sağlık sigortasına tâbi olanlar bakımından prime esas aylık kazancın

tespitinde; 60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (d) ve (g) bentlerinde sayılan kişiler için 82 nci maddeye göre belirlenen prime esas günlük kazanç alt sınırının iki katının otuz günlük tutarı, 60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (c) bendinde belirtilen kişiler için asgarî ücret, 60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (e) bendi ile 5 inci maddenin (f) bendinde belirtilen kişiler için ise prime esas asgarî kazanç tutarı esas alınır.

Bu maddenin uygulamasına ilişkin usûl ve esaslar, Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.

Prim oranları ve Devlet katkısı

MADDE 81- Bu Kanun gereğince alınacak sigorta prim oranları aşağıdaki şekildedir:

a) Malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları prim oranı, sigortalının prime esas kazancının % 20'sidir. Bunun % 9'u sigortalı hissesi, % 11'i işveren hissesidir.

b) Bu Kanunda belirtilen fiilî hizmet zammı uygulanan işlerde çalışan sigortalılar için uygulanacak malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları prim oranı, (a) bendinde belirtilen % 20 oranının, her yıl için 40 ıncı maddeye göre eklenen fiilî hizmet gün sayısının 360'a bölümü sonucu bulunacak oranda artırılması suretiyle belirlenir. Bu şekilde bulunan oran ile (a) bendinde belirtilen % 20 oranı arasındaki farka ait primin tamamı işveren tarafından ödenir.

c) Kısa vadeli sigorta kolları prim oranı, yapılan işin iş kazası ve meslek hastalığı bakımından gösterdiği tehlikenin ağırlığına göre % 1 ilâ % 6,5 oranları arasında olmak üzere, 83 üncü maddeye göre Kurumca belirlenir. Bu primin tamamını işveren öder.

d) 5 inci maddenin birinci fıkrasının (b) bendinde belirtilen öğrenciler ile (e) bendinde belirtilen kursiyerler için prim oranı prime esas kazançlarının % 1'idir. Kursiyerlerin prime esas günlük kazançlarının hesaplanmasında prime esas günlük kazanç alt sınırı dikkate alınır. Aday çırak, çırak ve meslekî eğitim gören öğrencilerin prime esas kazancı ilgili kanunlarında belirtilen şekilde uygulanır.

e) Yaşlılık aylığı almakta iken bu Kanuna tâbi bir işte çalışanlara uygulanacak sosyal güvenlik destek primi oranı (a), (c) ve (f) bentlerinde belirtilen prim oranlarının toplamı kadardır. Sigortalı ve işveren hissesi bu bentlerde belirtilen oranlardadır.

f) Genel sağlık sigortası primi, kısa ve uzun vadeli sigorta kollarına tâbi olanlar için 82 nci maddenin birinci fıkrasına göre hesaplanan prime esas kazancın % 12,5'idir. Bu primin % 5'i sigortalı, % 7,5'i ise işveren hissesidir. Yalnızca genel sağlık sigortasına tâbi olanların genel sağlık sigortası primi, prime esas kazancın % 12'sidir.

g) 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (b) bendi kapsamındaki sigortalılar (a), (c) ve (f) bentlerindeki prim oranlarının toplamı üzerinden, şayet sosyal güvenlik destek primi ödemek suretiyle çalışıyorlar ise (e) bendinde belirtilen prim oranlarının toplamı üzerinden primlerini öderler.

Devlet, sigortalının prime esas kazancı esas alınarak; malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları için % 5 oranında; genel sağlık sigortası için ise % 3 oranında katkı yapar. Devlet katkısı, Kurumun ay itibarıyla tahsil ettiği malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları ile genel sağlık sigortası priminin dörtte biri olarak hesaplanır. Devlet katkısının ödenmesine ilişkin usûl ve esaslar, Bakanlar Kurulu kararıyla belirlenir.

Günlük kazanç sınırları

MADDE 82- Bu Kanun gereğince alınacak prim ve verilecek ödeneklerin hesabına esas tutulan günlük kazancın alt sınırı, asgarî ücretin otuzda biri, üst sınırı ise günlük kazanç alt sınırının 6,5 katıdır.

Günlük kazançları yukarıdaki fıkrada belirtilen alt sınırın altında olan sigortalılar ile ücretsiz çalışan sigortalıların günlük kazançları alt sınır üzerinden, günlük kazançları üst sınırdan fazla olan sigortalıların günlük kazançları da üst sınır üzerinden hesaplanır.

İkinci fıkraya göre sigortalının kazancı alt sınırın altında ise bu kazanç ile alt sınır arasındaki farka ait sigorta primleri ile ücretsiz çalışan sigortalılara ait sigorta primlerinin tümünü işveren öder.

Sigortalıların bu Kanununun 53 üncü maddesine göre belirlenen aynı sigortalılık haline tâbi olacak şekilde birden fazla işte çalışması nedeniyle Kuruma ödenen primler toplamı, bu sigortalılık hali için belirlenen prime esas kazanç üst sınırı üzerinden hesaplanacak miktarı aşarsa, aşan kısmın tamamı, sigortalının talebi üzerine en geç talep tarihini takip eden ay içinde hissesi oranında sigortalıya defaten geri ödenir. Geri verilen primler için ayrıca gecikme cezası ve gecikme zammı ile faiz ödenmez.

Kısa vadeli sigorta kolları prim tarifesi ve işkollarının ve işlerin tehlike sınıf ve derecelerinin belirlenmesi

MADDE 83- Kısa vadeli sigorta kolları primi, yapılan işin iş kazası ve meslek hastalığı bakımından gösterdiği tehlikenin ağırlığına göre tespit edilir. İş kolları tehlikenin ağırlığına göre sınıflara, bu sınıflar da özel iş şartlarına ve tehlikeyi önlemek için alınmış olan tedbirlere göre derecelere ayrılır. Hangi iş kollarının hangi tehlike sınıfına girdiği, tehlike sınıf ve derecesine ait prim oranlarının ve tehlike derecelerinin belirlenmesinde uygulanacak esaslar, ilgili bakanlıkların görüşleri de alınarak Bakanlığın teklifi üzerine Bakanlar Kurulu kararıyla yürürlüğe konulacak bir tarife ile tespit edilir. Prim tarifesi gerekli görülürse aynı usûlle değiştirilebilir.

Yapılan işin birinci fıkrada belirtilen tarifeye göre hangi tehlike sınıf ve derecesine girdiği ve ödenecek kısa vadeli sigorta kolları primi oranı Kurumca belirlenerek işverene ve 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (b) bendine göre sigortalı sayılanlara tebliğ edilir. İş kazasını ve meslek hastalığını önleyecek tedbirler hakkındaki mevzuat hükümlerine uygun bulunmadığı tespit edilen işler, Kurumca daha yüksek primli derecelere konulabilir.

Kurum, işyerinin tespit edilmiş bulunan tehlike sınıf ve derecesini yaptıracağı incelemelere dayanarak kendiliğinden veya işverenin ya da 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (b) bendine göre sigortalı sayılanların isteği üzerine değiştirebilir. Kurumca yapılacak değişikliklere ilişkin kararın takvim yılından en az bir ay önce işverene, işveren tarafından değişiklik isteğinin de takvim yılından en az iki ay önce Kuruma bildirilmesi şarttır.

Böylece karara bağlanacak değişiklikler, karar veya istekten sonraki takvim yılı başında yürürlüğe girer.

İşverenler ile 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (b) bendine göre sigortalı sayılanlar, tehlike sınıf ve derecesi ile prim oranı hakkında Kurumca yapılacak yazılı bildirimini aldıktan sonra bir ay içinde Kuruma itiraz edebilir. Kurum, bu itirazı inceleyerek en geç üç ay içinde karara bağlayarak sonucunu itiraz edene bildirir. İlgililer, Kurumun kararı üzerine, kararın tebliğ tarihinden itibaren bir ay içinde yetkili mahkemeye başvurabilir. Kuruma itiraz edilmesi veya mahkemeye başvurulması, primlerin takip ve tahsilini durdurmaz.

İşverenin veya 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (b) bendine göre sigortalı sayılanların itirazı; işyerinin tehlike sınıfı ve derecesi ile kısa vadeli sigorta kolları prim oranının tebliğine ilişkin yazının işverence veya 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (b) bendine göre sigortalı sayılanlar tarafından tebellüğünden itibaren bir ay içinde yapılmış ise, değiştirilen iş kolu kodu ve tehlike sınıfı ile tehlike derecesinin hatalı uygulandığı tarihten, bir aylık süre dışında yapılmış ise, itirazın Kurum kayıtlarına intikali tarihini izleyen yılbaşından, üçüncü fıkrada belirtilen sürelerin aşılması durumunda ise, Kurumca yapılacak değişikliğe ilişkin kararın tebliğini izleyen takvim yılı başından geçerli olarak uygulanır.

Bu değişiklik nedeniyle tehlike sınıf ve derecesinin yükselmesi halinde, kararın işverene veya 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (b) bendine göre sigortalı sayılanlara tebliğ edildiği tarih ile yürürlük tarihi arasındaki süreye ilişkin kısa vadeli sigorta kollarına ait prim farkının tebliği tarihini takip eden bir ay içerisinde Kuruma ödenmesi halinde, fark prim için gecikme cezası ve gecikme zammı alınmaz. Aksi takdirde, fark primi 89 uncu madde uyarınca gecikme cezası ve gecikme zammı ile birlikte tahsil olunur. Tehlike sınıf ve derecesinin düşmesi halinde ise, kısa vadeli sigorta kolları sigortası prim farkı, işverenin

varsa borçlarına mahsup edilir, yoksa iade edilir. Bir ay içinde iade edilmesi halinde faiz ödenmez.

Tehlike sınıf ve derecelerini etkileyebilecek değişiklikler

MADDE 84- İşverenler ile 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (b) bendine göre sigortalı sayılanlar, tehlike sınıf ve derecesini etkileyebilecek her türlü değişikliği bir ay içinde Kuruma bildirmekle yükümlüdür. Bu bildirim üzerine Kurum, yaptıracağı incelemeler sonunda tehlike sınıf ve derecesini değiştirebilir. Tehlike sınıf ve derecesini etkileyebilecek değişiklik bir ay içinde bildirilirse bu konuda Kurumca verilecek karar, değişikliğin meydana geldiği tarihten sonraki ay başından başlanarak uygulanır.

Tehlike sınıf ve derecesini etkileyebilecek değişiklik bir ay içinde bildirilmezse;

a) Tehlike sınıfı yükseliyorsa, değişikliğin meydana geldiği,

b) Tehlike sınıfı düşüyorsa, değişikliğin Kurumca öğrenildiği,

tarihler esas alınmak ve bu tarihlerden sonraki ay başından itibaren uygulanmak üzere, Kurumca karar alınır ve ilgililere tebliğ olunur.

Asgarî işçilik uygulaması

MADDE 85- İşverenin, işin emsaline, niteliğine, kapsam ve kapasitesine göre işin yürütümü açısından gerekli olan sigortalı sayısının, çalışma süresinin veya prime esas kazanç tutarının altında bildirimde bulunduğu tespit halinde, işin yürütümü açısından gerekli olan asgarî işçilik tutarı; yapılan işin niteliği, kullanılan teknoloji, işyerinin büyüklüğü, benzer işletmelerde çalıştırılan sigortalı sayısı, ilgili meslek veya kamu kuruluşlarının görüşü gibi unsurlar dikkate alınarak tespit edilir. Söz konusu tespitler, Kurumun denetim ve kontrole görevlendirilmiş memurları tarafından yapılır.

Kamu idareleri, döner sermayeli kuruluşlar ile bankalar tarafından ihale mevzuatına göre yaptırılan işlerden ve özel nitelikteki inşaat işlerinden dolayı bu işleri yapan işveren tarafından yeterli işçilik bildirilmiş olup olmadığı Kurumca araştırılır. Bu araştırma sonucunda yeterli işçiliğin bildirilmemiş olduğu anlaşılırsa, eksik bildirilen işçilik tutarı üzerinden hesaplanan prim tutarı, 89 uncu madde gereği hesaplanacak gecikme cezası ve gecikme zammı ile birlikte bir ay içinde ödenmek üzere işverene tebliğ edilir. Tebliğ edilen prim ve gecikme cezası ve gecikme zammının ödendiği veya ödeneceğinin işveren tarafından yazılı olarak taahhüt edilmesi halinde borç kesinleşir. Kuruma verilecek taahhütnamede üstlenilen ödeme yükümlülüğünün yerine getirilmemesi halinde, işveren hakkında 88 inci ve 89 uncu maddeler uyarınca işlem yapılır. Tebliğ edilen prim ve gecikme cezası ve gecikme zammının ödenmemesi, taahhütname verilmemesi veya Kurumca işyerinin denetlenmesine gerek görülmesi durumunda Kurumca inceleme yapılır.

Bu maddenin birinci ve ikinci fıkrasında belirtilen usullerle Kuruma bildirilmediği tespit edilen asgarî işçilik tutarı üzerinden Kurumca re'sen tahakkuk ettirilen sigorta primleri, 88 inci ve 89 uncu maddeler dikkate alınarak işverene tebliğ edilir. İşveren, tebliğ edilen prim borcuna karşı tebliğ tarihinden itibaren bir ay içinde Kuruma itiraz edebilir. İtiraz takibi durdurur. Kurumca itirazın reddi halinde işveren, kararın tebliğ tarihinden itibaren bir ay içinde yetkili iş mahkemesine başvurabilir. Mahkemeye başvurulması, prim borcunun takip ve tahsilini durdurmaz.

Kurumun denetim ve kontrole görevlendirilmiş memurlarınca, Kuruma asgarî işçilik tutarının bildirilmediği tespit edilen işyerleri hakkında ayrıca 102 nci maddenin birinci fıkrasının (d) bendi ile (e) bendinin (4) numaralı alt bendi uyarınca idarî para cezası uygulanır.

Kamu idareleri, döner sermayeli kuruluşlar ile bankalar, bu maddenin uygulanmasıyla ilgili Kurumca istenilecek bilgileri ve belgeleri yazılı olarak en geç bir ay içinde vermeye mecburdur.

Kuruma yeterli işçilik tutarının bildirilmiş olup olmadığının araştırılmasında, işin yürütümü için gerekli olan asgarî işçilik tutarının tespitinde dikkate alınacak asgarî işçilik

oranlarının saptanması ve asgarî işçilik oranlarına vaki itirazların incelenerek karara bağlanması amacıyla Kurum bünyesinde; Kurum teknik elemanlarından dört üye, Yönetim Kurulunda temsil edilen işçi ve işveren konfederasyonlarınca görevlendirilecek iki üye, Türkiye Odalar ve Borsalar Birliğinden bir üye olmak üzere toplam yedi teknik elemandan oluşan, Asgarî İşçilik Tespit Komisyonu kurulur.

Kurumca gerek görüldüğünde, aynı esaslara göre birden fazla Asgarî İşçilik Tespit Komisyonu kurulabilir. Komisyon salt çoğunlukla toplanır ve kararlar en az dört üyenin aynı yöndeki oyu ile alınır. Kurum dışındaki üyelerin üst üste üç toplantıya, son altı ay içinde ise beş toplantıya katılmaması halinde, toplantıya katılmayan üyeyi görevlendiren konfederasyonların yerine, üye sayısı bakımından en yüksek bir sonraki konfederasyondan üye davet edilir.

Asgarî İşçilik Tespit Komisyonuna Kurum dışından görevlendirilenlere, katıldıkları her toplantı günü için (2500) gösterge rakamının memur aylıklarının hesabında kullanılan katsayı ile çarpılarak bulunacak tutarı üzerinden huzur hakkı Kurumca ödenir.

Asgarî İşçilik Tespit Komisyonunun çalışma usûl ve esasları, Komisyonda görev alacak teknik elemanların nitelikleri, asgarî işçilik tespitinde uygulanacak yöntem, verilerin belirlenmesi, tamamlanmış veya devam etmekte olan işlerle ilgili yapılacak yerinde tespit kriterleri ile bu maddenin uygulanmasına ilişkin diğer usûl ve esaslar, Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.

İKİNCİ BÖLÜM

Prim Belgeleri ve Primlerin Ödenmesi

Prim belgeleri ve işyeri kayıtları

MADDE 86- İşveren bir ay içinde 4 üncü ve 5 inci maddeye tâbi çalıştırdığı sigortalıların ve sosyal güvenlik destek primine tâbi sigortalıların;

- a) Ad ve soyadlarını, T.C. kimlik numaralarını,
- b) 80 inci maddeye göre hesaplanacak prime esas kazançlarını,
- c) Prim ödeme gün sayıları ile prim tutarlarını,

gösteren ve örneği Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle belirlenen asıl veya ek aylık prim ve hizmet belgesini, ait olduğu ayı takip eden ayın yirmibeşinci gününün sonuna kadar Kuruma vermekle veya sigortalı çalıştırmadığı takdirde, bu hususu sigortalı çalıştırmaya son verdiği tarihten itibaren, onbeş gün içinde Kuruma bildirmekle yükümlüdür.

İşveren, işyeri sahipleri; işyeri defter, kayıt ve belgelerini ilgili olduğu yılı takip eden yıl başından başlamak üzere on yıl süreyle, kamu idareleri otuz yıl süreyle, tasfiye ve iflâs idaresi memurları ise görevleri süresince, saklamak ve Kurumun denetim ve kontrol ile görevlendirilen memurlarınca istenilmesi halinde onbeş gün içinde ibraz etmek zorundadır.

İşverenin, sigortalıyı, 4857 sayılı İş Kanununun 7 nci maddesine göre başka bir işverene iş görme edimini yerine getirmek üzere geçici olarak devretmesi halinde, sigortalıyı devir alan, geçici iş ilişkisi süresine ilişkin birinci fıkrada belirtilen belgelerin aynı süre içinde işverene ait işyerinden Kuruma verilmesinden, işveren ile birlikte müteselsilen sorumludur.

Ay içinde bazı işgünlerinde çalıştırılmadığı ve ücret ödenmediği beyan edilen sigortalıların, otuz günden az çalıştıklarını ispatlayan belgelerin işverence ilgili aya ait aylık prim ve hizmet belgesine eklenmesi şarttır. Kamu idareleri ile toplu iş sözleşmesi imzalanan işyerlerinde bu şart aranmaz.

Sigortalıların otuz günden az çalıştığını gösteren bilgi ve belgelerin aylık prim ve hizmet belgesinin verilmesi gereken süre içinde Kuruma verilmemesi veya verilen bilgi ve belgelerin Kurumca geçerli sayılmaması halinde, otuz günden az bildirilen sürelerle ait aylık prim ve hizmet belgesi Kurumca re'sen düzenlenir ve muhteviyatı primler, bu Kanun hükümlerine göre tahsil olunur.

Sigortalıyı çalıştıran işveren ile alt işveren ve iş görme edimini yerini getirmek üzere sigortalıyı geçici olarak devralan işveren; aylık prim ve hizmet belgesinin Kurumca onaylanan bir nüshasını sigortalının çalıştığı işyerinde, birden ziyade işyeri olması halinde ise sigortalının çalıştığı her işyerinde ayrı ayrı olmak üzere, Kuruma verilmesi gereken sürenin son gününü takip eden günden başlanarak, müteakip belgenin verilmesi gereken sürenin sonuna kadar, sigortalılar tarafından görülebilecek bir yere asmak zorundadır.

Fiilen veya işyeri kayıtlarından tespit edilecek her türlü bilgiden veya kamu kurum ve kuruluşları tarafından düzenlenen belge veya alınan bilgilerden çalıştığı anlaşılan sigortalılara ait olup, bu Kanun uyarınca Kuruma verilmesi gereken belgelerin yapılan tebligata rağmen bir ay içinde verilmemesi veya noksan verilmesi halinde, bu belgeler Kurumca re'sen düzenlenir ve muhteviyatı sigorta primleri Kurumca tespit edilerek işverene tebliğ edilir. İşveren, bu maddeye göre tebliğ edilen prim borcuna karşı tebliğ tarihinden itibaren bir ay içinde, ilgili Kurum ünitesine itiraz edebilir. İtiraz, takibi durdurur. İtirazın reddi halinde, işveren kararın tebliğ tarihinden itibaren bir ay içerisinde yetkili iş mahkemesine başvurabilir. Yetkili mahkemeye başvurulması, prim borcunun takip ve tahsilini durdurmaz. Mahkemenin Kurum lehine karar vermesi halinde, 88 inci ve 89 uncu maddelerin prim borcuna ilişkin hükümleri uygulanır.

Aylık prim ve hizmet belgesi işveren tarafından verilmeyen veya çalıştıkları Kurumca tespit edilemeyen sigortalılar, çalıştıklarını hizmetlerinin geçtiği yılın sonundan başlayarak beş yıl içerisinde iş mahkemesine başvurarak, alacakları ilâm ile ispatlayabilirlerse, bunların mahkeme kararında belirtilen aylık kazanç toplamları ile prim ödeme gün sayıları dikkate alınır.

Sigortalının çalıştığı bir veya birden fazla işte, bu Kanunda yazılı şartları yerine getirmiş olmasına rağmen, kendisi için verilmesi gereken aylık prim ve hizmet belgesinin işveren tarafından verilmemesi veya verilen aylık prim ve hizmet belgesinde kazançların veya prim ödeme gün sayılarının eksik gösterildiği Kurumca tespit edilirse, hastalık ve analık sigortalılarından gerekli ödemeler yapılır.

Bu maddede belirtilen yükümlülüklerin yerine getirilmemesi halinde, 102 nci maddeye göre işlem yapılır.

Kamu idarelerinde işyerinin özelliği nedeniyle prim belgelerinin farklı sürelerde verilme zamanını belirlemeye, Kurum yetkilidir. Bu maddenin uygulanmasına ilişkin usûl ve esaslar ile belgelerin içerik ve şekli, Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.

Prim ödeme yükümlüsü

MADDE 87- Bu Kanunun uygulanmasında kısa ve uzun vadeli sigorta kolları ile genel sağlık sigortası ve isteğe bağlı sigorta bakımından;

a) 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a) ve (c) bentlerine ve 5 inci maddenin birinci fıkrasının (a) bendine tâbi olanlar ile bu kapsamda sayılan kişilerden sosyal güvenlik destek primine tâbi olanlar için bunların işverenleri,

b) 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (b) bendine tâbi olanlar ile bu kapsamda sayılan kişilerden sosyal güvenlik destek primine tâbi olanlar, isteğe bağlı sigortalı olanlar ve 60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (d) ve (g) bentlerinde sayılan kişilerin kendileri,

c) 60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (c) bendinde sayılan kişiler için primi yılı merkezî yönetim bütçesinden karşılanmak üzere ilgili kamu idareleri,

d) 60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (e) bendinde sayılan kişiler ile 5 inci maddenin (e) ve (f) bentlerinde belirtilenler için Türkiye İş Kurumu,

e) 5 inci maddenin (b) bendinde belirtilen aday çırak, çırak ve işletmelerde meslekî eğitim görenler ile meslek liselerinde zorunlu staja tâbi tutulan öğrenciler için Milli Eğitim Bakanlığı veya bu öğrencilerin eğitim gördükleri okullar, yüksek öğrenim sırasında zorunlu staja tâbi tutulan öğrenciler için öğrenim gördükleri yüksek öğretim kurumu,

f) 5 inci maddenin (c) bendine tâbi olanlar için işverenleri veya kendileri,

prim ödeme yükümlüsüdür.

Primlerin ödenmesi

MADDE 88- 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a) bendinde belirtilen sigortalıları çalıştıran işveren, bir ay içinde çalıştırdığı sigortalıların primlerine esas tutulacak kazançlar toplamı üzerinden bu Kanun gereğince hesaplanacak sigortalı hissesi prim tutarlarını ücretlerinden keserek ve kendisine ait prim tutarlarını da bu tutara ekleyerek en geç ertesi ayın sonuna kadar Kuruma öder.

Hak edilen ancak, ödenmemiş olan ücretler üzerinden hesaplanacak primler hakkında da birinci fıkradaki hüküm uygulanır.

60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (b), (c), (d) ve (g) bentleri gereği genel sağlık sigortalısı sayılanlar için, her ay otuz tam gün genel sağlık sigortası primi ödenmesi zorunludur.

87 nci maddenin birinci fıkrasının (b) bendinde belirtilen yükümlüler, her aya ait primlerini takip eden ayın sonuna kadar Kuruma öderler. Bunlardan sosyal güvenlik destek primine tâbi olanların primleri, aylıklarından kesilmek suretiyle tahsil edilir. Bu kişiler primlerini en fazla 360 günle sınırlı olmak üzere peşin olarak erken ödeyebilir. Erken ödeme halinde erken ödenen her gün için 21/7/1953 tarihli ve 6183 sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanununun Ek 1 inci maddesine göre erken ödeme indirimi hükümleri uygulanır. Ancak yapılan erken ödeme indirimi, prime esas kazançtan indirilmez. Erken ödemede sigortalılık süresi, sigorta priminin ait olduğu her ayın ilk gününden itibaren, prim ödeme gün sayısına dahil edilir. Erken ödeme yapılan ve prim ödeme gün sayısına dahil edilmeyen sürede isteğe bağlı sigortalılığın sona ermesi halinde, sigortalılık süresine sayılmayan günlere ait primler, ilgililere iade edilir.

4 üncü maddenin birinci fıkrasının (b) bendi kapsamında sigortalı sayılanların, her ay için otuz tam gün prim ödemesi zorunludur. Bu kapsamdaki sigortalılardan, bu Kanuna göre tescilleri yapıldığı halde, beş yılı aşan süreye ilişkin prim borcu bulunanların, bu sürelerle ilişkin prim borçlarının Kurumca yapılacak bildirimde belirtilen süre içerisinde ödenmemesi halinde, daha önce prim ödemesi bulunan sigortalının ödediği primlerin tam olarak karşıladığı ayın sonu itibariyle, prim ödemesi bulunmayan sigortalının ise tescil tarihi itibariyle sigortalılığı durdurulur. Prim borcunun ait olduğu süreler sigortalılık süresi olarak değerlendirilmez ve bu sürelerle ilişkin Kurum alacakları takip edilmeyerek, Kurum alacakları arasında yer verilmez. Ancak, sigortalı ya da hak sahipleri daha sonra müracaatları tarihindeki 80 inci maddenin dokuzuncu fıkrasına göre belirlenecek prime esas kazanç tutarı üzerinden hesaplanacak borç tutarını, tebliğ tarihinden itibaren üç ay içinde ödedikleri takdirde, bu süreler sigortalılık süresi olarak değerlendirilir.

4 üncü maddenin birinci fıkrasının (c) bendinde belirtilen sigortalıları çalıştıran işverenler, çalıştırdığı sigortalıların primlerine esas tutulacak kazançlar toplamı üzerinden bu Kanun gereğince hesaplanacak prim tutarlarını ücretlerinden keserek ve kendisine ait prim tutarlarını da bu tutara ekleyerek, en geç ödemenin yapıldığı tarihi takip eden onbeş gün içinde Kuruma öderler.

87 nci maddenin birinci fıkrasının (c) ve (d) bentlerinde belirtilen yükümlüler, her aya ait primleri ilgili ayı takip eden ayın sonuna kadar Kuruma öderler.

Kuruma fiilen ödenmeyen prim tutarları, gelir vergisi ve kurumlar vergisi uygulamasında gider yazılamaz.

Bu Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (b) bendi kapsamında sigortalı sayılanların prim borçları, sattıkları tarımsal ürün bedellerinden borç tutarını geçmemek şartıyla % 1 ilâ % 3 oranları arasında olmak üzere kesinti yapılmak suretiyle tahsil etmeye Kurum yetkilidir.

Prim borçları katma değer vergisi iade alacağından mahsubu suretiyle de ödenebilir. Bu takdirde katma değer vergisi iade hakkı sahibi kendisinin, mal veya hizmet satın aldığı veya

iştirak veya ortaklık ilişkisi içinde bulunduğu işverenlerin prim borçları için de mahsup talep edebilir. Bu işverenlerin mahsup talebinde buldukları ayda muaccel olan prim borçlarının birinci fıkrada belirtilen ödeme sürelerini izleyen onbeş gün içinde mahsup suretiyle ödenmesi halinde, yasal süresi içinde ödendiği kabul edilir. Ancak prim borçlarının katma değer vergisi iade alacağından mahsup suretiyle ödenmesi talebinde bulunulduğu halde, süresinde mahsup edilemeyen veya eksik mahsup edilen prim borçları için birinci fıkrada belirtilen ödeme sürelerini izleyen günden başlanarak gecikme cezası ve gecikme zammı uygulanır. Kurum, Maliye Bakanlığının uygun görüşü ile bu uygulamadan faydalanacak işverenleri; iştigal konusu, işletme türü ve işletme büyüklüğü itibariyle belirlemeye ve lehine mahsup talebinde bulunulan işverenlerin prim borcu ödeme süresini otuz günü aşmamak üzere uzatmaya yetkilidir.

Kurum, prim ve her türlü alacaklarını, işverenlere olan borçlarından mahsup etmek suretiyle tahsil etmeye yetkilidir.

Primlerin özel ödeme şekilleri kullanılmak suretiyle ödenmesi zorunluluğunu getirmeye ve primlerin yatırılacağı tahsilât kuruluşlarını belirlemeye Kurum yetkilidir.

Kurumun süresi içinde ödenmeyen prim ve diğer alacaklarının tahsilinde, Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanununun 51 inci, 102 nci ve 106 ncı maddeleri hariç, diğer maddeleri uygulanır. Kurum, Amme Alacaklarının Tahsil Usûlü Hakkında Kanunun uygulanmasında Maliye Bakanlığı ile diğer kamu kurum ve kuruluşları ve mercilere verilen yetkileri kullanır.

Kurumun prim ve diğer alacaklarının tahsilinde, Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanunun uygulamasından doğacak uyuşmazlıkların çözümlenmesinde Kurumun alacaklı biriminin bulunduğu yer iş mahkemesi yetkilidir. Yetkili iş mahkemesine başvurulması alacakların takip ve tahsilini durdurmaz.

Kurumun sigorta primleri ve diğer alacakları haklı bir sebep olmaksızın bu Kanunda belirtilen sürelerde ödenmez ise, kamu idarelerinin tahakkuk ve tediye ile görevli kamu görevlileri, tüzel kişiliği haiz diğer işverenlerin üst düzeydeki yönetici veya yetkilileri, görevleri ile ilgili olarak Kuruma karşı işverenleri ile birlikte müştereken ve müteselsilen sorumludur.

Kurum, kamu idarelerinde işyerinin özelliği nedeniyle primlerin farklı zamanlarda ödeme süresini belirlemeye yetkilidir. Prim alacaklarının tahsili için en geç bir yıl içinde icra yoluna başvurmayan Kurum yetkili personeli hakkında genel hükümlere göre kovuşturma yapılır.

Miktarı Kurum Yönetim Kurulunca belirlenen tutarı geçen ve yurt dışına çıkış yasağı konulacağına dair ihtar tebliğ edilmesine rağmen, borcunu ödemeyen işverenlerin kendileri veya kanunî temsilcileri hakkında Kurumun talebi üzerine, 5682 sayılı Pasaport Kanununun 22 nci maddesi hükümleri uygulanır.

Bu maddenin uygulanmasına ilişkin usûl ve esaslar ile haklı sebebin neler olduğu, Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.

Prim borçlarına halef olma, gecikme cezası ve gecikme zammı ile iadesi gereken primler

MADDE 89- Sigortalıların çalıştırıldığı işyeri aktif ve pasif değerleri ile birlikte başka bir işyeri ile birleşir, devredilir veya intikal ederse, eski işverenin Kuruma olan sigorta primi ile gecikme cezası ve gecikme zammı ve faiz dahil tüm borçlarından, aynı zamanda yeni işveren de müştereken ve müteselsilen sorumludur. Bu hükme aykırı sözleşme hükümleri Kuruma karşı geçersizdir.

Kurumun prim ve diğer alacakları süresi içinde ve tam olarak ödenmezse, ödenmeyen kısmı sürenin bittiği tarihten itibaren ilk üç aylık sürede her bir ay için % 3 oranında gecikme cezası uygulanarak artırılır. Ayrıca, her ay için bulunan tutarlara ödeme süresinin bittiği tarihten başlamak üzere borç ödeninceye kadar her ay için ayrı ayrı Hazine

Müsteşarlığınca açıklanacak bir önceki aya ait Yeni Türk Lirası cinsinden iskontolu ihraç edilen Devlet iç borçlanma senetlerinin aylık ortalama faizi bileşik bazda uygulanarak gecikme zammı hesaplanır. Ancak, ödemenin yapıldığı ay için gecikme zammı günlük hesaplanır. Bakanlar Kurulu, ilk üç ay için uygulanan gecikme cezası oranını iki katına kadar artırmaya veya bu oranı % 1 oranına kadar indirmeye, yeniden kanunî oranına getirmeye ve uygulama tarihini belirlemeye yetkilidir. Dava ve icra takibi açılmış olsa bile, prim ve diğer Kurum alacaklarının ödenmemiş kısmı için gecikme cezası ve gecikme zammı tahsil edilir.

Yanlış veya yersiz alınmış olduğu tespit edilen primler, alındıkları tarihten on yıl geçmemiş ise, hisseleri oranında işverenlere, sigortalılara, isteğe bağlı sigortalılara veya genel sağlık sigortalılarına veya hak sahiplerine kanunî faizi ile birlikte geri verilir. Kanunî faiz, primin Kuruma yatırıldığı tarihi takip eden ay başından, iadenin yapıldığı ayın başına kadar geçen süre için hesaplanır. Ancak Borçlar Kanununun 65 inci maddesi hükmü saklıdır.

Prim iadesi nedeniyle sigortalıların, isteğe bağlı sigortalıların, genel sağlık sigortalılarının aylık, gelir, ödenek ve sağlık hizmetlerinden yararlanma şartlarını yitirmeleri durumunda, bu Kanuna göre ödenen aylık, gelir ve ödenekler ile sağlanan sağlık hizmetleri durdurulur. Yanlış veya yersiz yapılan masraflar 96 ncı madde hükümlerine göre ilgililerden geri alınır.

İlişiksizlik belgesinin aranması

MADDE 90- Kamu idareleri ile döner sermayeli kuruluşlar ve bankalar, ihale yolu ile yaptırılan her türlü işleri üzerine alanları ve bunların adreslerini onbeş gün içinde Kuruma bildirmekle yükümlüdür.

İşverenlerin hak edişlerinin, Kuruma ihale konusu işin yapıldığı süreye ilişkin prim ve her türlü borçlarının olmaması kaydıyla ödenmesi, kesin teminatlarının ise ihale konusu işle ilgili olarak Kuruma borçlarının bulunmadığının tespit edilmesinden sonra iadesi esastır.

Hak edişlerin ödenmesi ve prim borçlarının teminata karşılık tutulmasına ilişkin işlemlerin usûl ve esasları, Bakanlar Kurulunca çıkarılacak yönetmelikle tespit edilir.

Valilikler, belediyeler, il özel idareleri ve ruhsat vermeye yetkili diğer merciler tarafından, geçici iskân veya yapı kullanma izin belgesi verilmeden önce ilgililerden yapılan inşaat dolayısıyla; diğer kamu idareleri ile döner sermayeli kuruluşlar ve bankaların, Bakanlar Kurulu kararı ile belirlenecek işlemlerinde Kuruma borçlarının bulunmadığına dair Kurumca düzenlenmiş bir belgenin istenmesi zorunludur.

Bu maddede belirtilen yükümlülükler yerine getirilmeden hak ediş ödenmesi, kesin teminatın iade edilmesi veya geçici iskân izin belgesi ve yapı kullanma izin belgesi verilmesi veya diğer işlemlerin gerçekleştirilmesi hallerinde, ilgililer hakkında genel hükümlere göre idarî ve cezaî işlem yapılır.

Afet durumunda belgelerin verilme süresi ve primlerin ertelenmesi

MADDE 91- İşyerleri yangın, su baskını, yer kayması, deprem gibi afete uğrayan, tabii afet nedeniyle tarımsal faaliyetinden dolayı zarar gören işverenler ile 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (b) bendi kapsamındaki sigortalılar, bu durumu belgelemeleri kaydıyla olayın meydana geldiği tarihten itibaren üç ay içinde talepte bulunmaları ve prim ödeme aczine düştüklerinin, yapılacak inceleme sonucu anlaşılması halinde, afet tarihinden önce ödeme süresi dolmuş mevcut prim borçları ile afetin meydana geldiği tarihten itibaren tahakkuk edecek üç aylık prim borçları, olayın meydana geldiği tarihten itibaren bir yıla kadar Kurumca ertelenebilir.

Birinci fıkrada belirtilen durumlarda, afetin meydana geldiği ayda verilmesi gereken aylık prim ve hizmet belgeleri, afetin meydana geldiği ayı takip eden üç ay içinde Kuruma verildiği takdirde, süresinde verilmiş sayılır.

15/5/1959 tarihli ve 7269 sayılı Umumi Hayata Müessir Afetler Dolayısıyla Alınacak

Tedbirlerle Yapılacak Yardımlara Dair Kanun uyarınca genel hayatı etkilediğine karar verilen afetler nedeniyle, afet bölgesinde doğrudan veya dolaylı olarak zarar gören işverenlerle sigortalı ve hak sahiplerinin bu Kanuna göre vermekle yükümlü oldukları belgelerin verilme süresi ile ödenmesi gereken primlerin ve diğer Kurum alacaklarının ödeme sürelerini bu Kanundaki sürelerle bağılı olmaksızın, afet bölgesindeki şartları ve gelişmeleri göz önünde tutarak belirlemeye ve ertelemeye Kurum yetkilidir.

Prim borcunun ertelendiği sürede zamanaşımı işlemez ve ertelenen kısmına gecikme cezası ve gecikme zammı uygulanmaz.

BEŞİNCİ KISIM **Ortak ve Çeşitli Hükümler** **BİRİNCİ BÖLÜM** **Ortak Hükümler**

Sigortalılığın zorunlu oluşu, sona ermesi ve sosyal güvenlik sicil numarası

MADDE 92- Kısa ve uzun vadeli sigortalar ile genel sağlık sigortası kapsamındaki kişilerin sigortalı olması zorunludur. Bu Kanunda yer alan sigorta hak ve yükümlülüklerini ortadan kaldırmak, azaltmak veya başkasına devretmek için sözleşmelere konulan hükümler geçersizdir.

Bu Kanuna göre alınacak sigorta primleri ve idarî para cezalarının ödenmesi için, Kurumca işverene yapılacak bildirim üzerine prim borçları ve idarî para cezaları ödenmezse, Kurumca düzenlenen prim borcunu ve idarî para cezasını gösteren belgeler resmî dairelerin usûlüne göre düzenledikleri belgeler hükmündedir.

Sigortalılık, bu Kanunda sayılan sigortalı sayılma şartlarının kaybedilmesi veya ölüm halinde sona erer.

Sigortalılar, isteğe bağılı sigortalılar ile bunların hak sahiplerinin; genel sağlık sigortalıları ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerin tescil ve diğer tüm işlemlerinde sosyal güvenlik sicil numarası olarak Türk vatandaşları için T.C. kimlik numarası, yabancı uyruklu kişiler için ise Kurumca verilecek sosyal güvenlik sicil numarası kullanılır.

Devir, temlik ve Kurum alacaklarında zamanaşımı

MADDE 93- Bu Kanun gereğince sigortalılar ve hak sahiplerinin gelir, aylık ve ödenekleri, sağlık hizmeti sunucularının genel sağlık sigortası hükümlerinin uygulanması sonucu Kurum nezdinde doğan alacakları, devir ve temlik edilemez.

Kurumun prim ve diğer alacakları ödeme süresinin dolduğu tarihi takip eden takvim yılı başından başlayarak on yıllık zamanaşımına tâbidir. Kurumun prim ve diğer alacakları, hizmet tespiti veya asgarî işçilik uygulaması nedeniyle doğmuş ise zamanaşımı süresi; mahkeme kararının kesinleşme tarihinden, Kurum veya diğer kamu idarelerinin denetim ve kontrolle görevlendirilen memurları tarafından yapılan tespitler sonucunda doğmuş ise rapor tarihinden veya bu idareler tarafından düzenlenen belgelerden doğmuş ise belgenin Kuruma intikal ettiği tarihi takip eden yıl başından itibaren beş yıl olarak uygulanır. Ancak, bu durumda zamanaşımı süresi on yıldan az olamaz. Bu alacaklar için gecikme cezası ve gecikme zammı, alacağın ait olduğu ayın veya dönemin sonundan itibaren uygulanır.

Bu Kanuna dayanılarak Kurumca açılacak tazminat ve rüçû davaları, on yıllık zamanaşımına tâbidir. Zamanaşımı tarihi; rüçû konusu gelir ve aylıklar bakımından Kurum onay tarihinden, masraf ve ödemeler için ise masraf veya ödeme tarihinden itibaren başlar.

Zamanaşımından sonra yapılan ödemeler kabul edilir. Ancak, 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (b) bendine tâbi sigortalıların zamanaşımı nedeniyle prim ödenmeyen süreleri, sigortalılık süresinden sayılmaz ve bu süreye ilişkin sigortalılık hak ve yükümlülükleri düşer.

Kontrol muayenesi

MADDE 94- Kurum yürütülen soruşturma kapsamında sınırlı olmak üzere;

a) Sağlık hizmeti alan genel sağlık sigortalısından veya bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerden, sağlık hizmetinin gerçekten alınıp alınmadığını,

b) Sigortalının, isteğe bağlı sigortalının veya bunların hak sahiplerinin malûllük, iş göremezlik raporlarında belirtilen rahatsızlıklarının mevcut olup olmadığını, tespit amacıyla kontrol muayenesi ve tetkik yaptırılmasını talep edebilir.

Malûllük aylığı veya sürekli iş göremezlik geliri bağlanmış sigortalılar, malûllük durumlarında artma veya başka birinin sürekli bakımına muhtaç olduğunu ileri sürerek aylık ve gelirlerinde değişiklik yapılmasını isteyebilecekleri gibi; Kurum da harp malûlleri ve vazife malûlleri hariç, malûllük aylığı veya sürekli iş göremezlik geliri bağlanmış sigortalılar ile aylık veya gelir bağlanan ve çalışma gücünün en az % 60'ını yitiren malûl çocukların kontrol muayenesine tâbi tutulmasını talep edebilir.

Kurumca yaptırılan kontrol muayenesinde veya sigortalının isteği üzerine ya da işe alıştırma sonunda yapılan muayenesinde yeniden tespit edilecek malûllük durumuna göre, malûllük aylığı veya sürekli iş göremezlik geliri, yeni malûllük durumuna esas tutulan raporun tarihini takip eden ödeme dönemi başından başlanarak artırılır, azaltılır veya kesilir.

Çalışma gücünün en az % 60'ını yitiren malûl çocuklara bağlanmış bulunan gelir ve aylıklar, kontrol muayenesi sonunda tespit edilecek malûllük durumuna göre, rapor tarihinden sonraki ödeme dönemi başından itibaren kesilir.

Kurumun yazılı bildiriminde belirtilen tarihten sonraki ödeme dönemi başına kadar kabul edilebilir bir özürü olmadığı halde kontrol muayenesini yaptırmayan sigortalının malûllük aylığı veya sürekli iş göremezlik geliri ile çalışma gücünün en az % 60'ını yitiren malûl çocukların kendilerine bağlanmış olan gelir veya aylığı, kontrol muayenesi için belirtilen tarihten sonraki ödeme dönemi başından itibaren kesilir.

Ancak, kontrol muayenesini Kurumun yazılı bildiriminde belirtilen tarihten başlayarak üç ay içinde yaptıran ve malûllük veya sürekli iş göremezlik halinin devam ettiği tespit edilen sigortalının veya aylık ya da gelir bağlanmış olan malûl çocuğun kesilen aylık veya geliri, kesildiği tarihten başlanarak yeniden bağlanır.

Kontrol muayenesini Kurumun yazılı bildiriminde belirtilen tarihten üç ay geçtikten sonra yaptıran ve malûllük veya sürekli iş göremezlik halinin devam ettiği tespit edilen sigortalının malûllük aylığı veya yeni sürekli iş göremezlik derecesine göre hesaplanacak geliri, gelir veya aylık bağlanan çalışmayacak durumda malûl çocukların ise almakta oldukları gelir veya aylık, rapor tarihinden sonraki ay başından başlanarak yeniden bağlanır.

Bu maddenin uygulanmasına ilişkin usûl ve esaslar, Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.

Sağlık raporlarının usûl ve esaslarının belirlenmesi

MADDE 95- Bu Kanun gereğince, yurt dışında tedavi için yapılacak sevkler, çalışma gücü kaybı, geçici iş göremezlik ödeneklerinin verilmesine ilişkin raporlar ile iş kazası ve meslek hastalığı sonucu meslekte kazanma gücü veya çalışma gücü kaybına esas teşkil edecek sağlık kurulu raporlarının usûl ve esaslarını, bu raporları vermeye yetkili sağlık hizmeti sunucularının sahip olması gereken kriterleri belirlemeye, usûlüne uygun olmayan sağlık kurulu raporu ve dayanağı tıbbî belgeleri düzenleyen sağlık hizmet sunucusuna iade ederek belirlenen bilgileri içerecek şekilde yeniden düzenlenmesini istemeye Kurum yetkilidir.

Usûlüne uygun sağlık kurulu raporu ve dayanağı tıbbî belgeler ile gerekli diğer belgelerin incelenmesiyle; yurt dışında tedavi için yapılacak sevkler, iş kazası veya meslek hastalığı sonucu tespit edilen meslekte kazanma gücünün kaybına veya meslekte kazanma gücünün kaybı derecelerine ilişkin usûlüne uygun düzenlenmiş sağlık kurulu raporları ve diğer belgelere istinaden Kurumca verilen karara ilgililerin itirazı halinde, durum Sosyal

Sigorta Yüksek Sağlık Kurulunca karara bağlanır.

Bu maddenin uygulamasına ilişkin usûl ve esaslar, Sağlık Bakanlığı ile Kurumun birlikte çıkaracağı yönetmelikle düzenlenir.

Yersiz ödemelerin geri alınması

MADDE 96- Kurumca işverenlere, sigortalılara, isteğe bağlı sigortalılara gelir veya aylık almakta olanlara ve bunların hak sahiplerine, genel sağlık sigortalılarına ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilere, fazla veya yersiz olarak yapıldığı tespit edilen bu Kanun kapsamındaki her türlü ödemeler;

a) Kasıtlı veya kusurlu davranışlarından doğmuşsa, hatalı işlemin tespit tarihinden geriye doğru en fazla on yıllık sürede yapılan ödemeler, bu ödemelerin yapıldığı tarihlerden,

b) Kurumun hatalı işlemlerinden kaynaklanmışsa, hatalı işlemin tespit tarihinden geriye doğru en fazla beş yıllık sürede yapılan ödemeler toplamı, ilgiliye tebliğ edildiği tarihten itibaren üç ay içinde yapılacak ödemelerde faizsiz, üç aylık sürenin dolduğu tarihten sonra yapılacak ödemelerde ise bu süre sonundan,

itibaren hesaplanacak olan kanunî faizi ile birlikte, ilgililerin Kurumdan alacağı varsa bu alacaklarından mahsup edilir, alacakları yoksa genel hükümlere göre geri alınır.

Alacakların yersiz ödemelere mahsubu, en eski borçtan başlanarak borç aslına yapılır, kanunî faiz kalan borca uygulanır. Bu hüküm ilgili hak sahiplerinin muvafakat etmeleri kaydıyla, aynı dosyadan diğer bir hak sahibine yapılan yersiz ödemelere mahsubunda da uygulanır.

Yersiz ödemenin gelir ve aylıklardan kesilmesinde, kesintinin başlayacağı ödeme dönemi başı itibarıyla kanunî faizi ile birlikte hesaplanan borç tutarı, gelir ve aylıktan % 25 oranında kesilmek suretiyle uygulanır.

Yersiz ödemelerin tespiti ile geri alınmasına ve bu maddenin uygulanmasına ilişkin usûl ve esaslar, Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.

Zamanaşımı, hakkın düşmesi ve avans

MADDE 97- Bu Kanunda aksine hüküm bulunmayan hallerde, iş kazası, meslek hastalığı ve ölüm hallerinde bağlanması gereken gelir ve aylıkların, hakkın kazanıldığı tarihten itibaren beş yıl içinde istenmeyen kısmı zamanaşımına uğrar. Bu durumda olanların gelir ve aylıkları, beş yıl geçtikten sonra, yazılı istek tarihini takip eden ay başından itibaren başlar.

Kuruma müracaat etmemenin haklı bir sebebe dayandığını genel hükümlere göre ispat edenler hakkında, yukarıdaki hükümler uygulanmaz.

Kısa vadeli sigorta kollarından ve ölüm sigortasından kazanılan diğer haklar, hakkın doğduğu tarihten itibaren beş yıl içinde istenmezse düşer.

Bu Kanuna göre bağlanan gelir ve aylıklarını tahakkuk ettirildiği tarihlerden itibaren aralıksız altı ay sonuna kadar tahsil etmeyenlerin gelir ve aylıkları, gelir ve aylık bağlanma şartlarının devam edip etmediğinin tespiti amacıyla durdurulur.

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin alacakları, hakkı doğuran olayın öğrenildiği tarihten itibaren iki yıl içinde istenmezse zamanaşımına uğrar, hakkı doğuran olay tarihinden itibaren ise beş yıl sonunda düşer.

Sigortalılar ile bunların hak sahiplerinin, genel sağlık sigortalıları ile bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, bu Kanunun uygulanması bakımından hak ettikleri alacaklarının süresi içinde ödenememesi halinde, avans verilmesine Kurum yetkilidir.

Sağlık hizmeti sunucularına, tahakkuk etmiş alacakları faturaların teslim tarihinden itibaren en geç yetmişbeş gün içinde ödenir. İşlemlerin gecikmesi halinde tahakkuk eden tutarın % 75'i ilâ % 90'ı arasındaki tutar, son ödeme tarihini takip eden ilk iş gününde alacaklarından kesilmek üzere avans olarak ödenir.

Ücretlerden kesinti yapılmaması, özel sigortalara ilişkin hükümler ve sosyal

güvenlik sözleşmelerinin yürütülmesi

MADDE 98- İşveren, sosyal sigortalar ve genel sağlık sigortası için kendisine düşen yükümlülükler nedeniyle, sigortalıların ücretlerinden kesinti yapamaz. Bu Kanunda hüküm bulunmayan hallerde özel sigortalara ilişkin hükümler, bu Kanun hükümlerinin uygulanmasında dikkate alınmaz.

Bu Kanun gereğince sağlık hizmetlerinden yararlananların ödemekle yükümlü oldukları katılım payları, özel sigorta şirketleri tarafından teminat veya ödeme konusu yapılamaz.

Uluslararası sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında yapılacak her türlü işlemler ve hesaplaşmalar, Kurum tarafından yürütülür. İlgili sözleşmelerde irtibat kurumuna yapılan atıflar, Kuruma yapılmış sayılır.

İKİNCİ BÖLÜM

Çeşitli Hükümler

Sosyal güvenlikle ilgili düzenlemeler ve bildirimler

MADDE 99- Sosyal güvenlik hak ve yükümlülükleri ile ilgili yapılacak her türlü kanunî düzenlemeler bu Kanunda yapılır.

Bu Kanun gereğince yapılacak bildirimler hakkında, 11/2/1959 tarihli ve 7201 sayılı Tebligat Kanunu hükümleri uygulanır.

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

MADDE 100- Kurum, bu Kanun hükümlerine ilişkin yapılan soruşturmalar hakkında Cumhuriyet savcılıklarından, kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişilerden bilgi ve belge isteyebilir.

Kurum, bu Kanun gereği verilecek her türlü belge veya bilginin internet, elektronik ve benzeri ortamda gönderilmesi hususunda, gerçek ve tüzel kişileri zorunlu tutmaya yetkilidir.

Belge veya bilgileri internet, elektronik ve benzeri ortamda göndermekle zorunlu tutulan gerçek ve tüzel kişilerin, Kurumun bilgi işlem sistemlerinin herhangi bir nedenle hizmet dışı kalması sonucu belge ve bilgiyi, bu Kanunda öngörülen sürenin son gününde Kuruma göndermemesi ve muhteviyatı primleri de yasal süresi içinde ödeyememesi halinde, sorunların ortadan kalktığı tarihi takip eden üçüncü işgününün sonuna kadar belge veya bilgiyi gönderir ve muhteviyatı primleri de aynı sürede Kuruma öder ise bu yükümlülükleri Kanunda öngörülen sürede yerine getirmiş kabul edilir.

Bu maddenin uygulanması ile ilgili usûl ve esaslar, Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.

Uyuşmazlıkların çözüm yeri

MADDE 101- Bu Kanunda aksine hüküm bulunmayan hallerde, bu Kanun hükümlerinin uygulanmasıyla ilgili ortaya çıkan uyuşmazlıklar iş mahkemelerinde görülür.

ALTINCI KISIM

İdarî Para Cezaları ve Fesih Hükümleri

Kurumca verilecek idarî para cezaları

MADDE 102- Kurumca dayanağı belirtilmek suretiyle diğer kanunlarda suç oluştursa dahi ayrıca bu Kanunun;

a) 8 inci maddenin birinci fıkrası ile 61 inci maddede belirtilen bildireleri; Kurumca belirlenen şekle ve usûle uygun vermeyenler veya Kurumca internet, elektronik veya benzeri ortamda göndermekle zorunlu tutulduğu halde anılan ortamda göndermeyenler veya bu Kanunda belirtilen süre içinde vermeyenlere, her bir sigortalı için aylık asgarî ücret tutarında, idarî para cezası uygulanır.

b) 11 inci maddede belirtilen bildireyi, Kurumca belirlenen şekle ve usûle uygun vermeyenler veya Kurumca internet, elektronik veya benzeri ortamda göndermekle zorunlu

tutulduğu halde, anılan ortamda göndermeyenler veya bu Kanunda belirtilen süre içinde Kuruma vermeyenlere;

1) Kamu idareleri ile bilanço esasına göre defter tutmak zorunda olanlar için asgarî ücretin üç katı tutarında,

2) Diğer defterleri tutmak zorunda olanlar için asgarî ücretin iki katı tutarında,

3) Defter tutmakla yükümlü olmayanlar için bir aylık asgarî ücret tutarında, idarî para cezası uygulanır.

c) 86 ncı maddenin birinci fıkrası uyarınca verilmesi gereken belgeleri, Kurumca belirlenen şekilde ve usûlde vermeyenler ya da Kurumca internet, elektronik veya benzeri ortamda göndermekle zorunlu tutulduğu halde anılan ortamda göndermeyenler veya belirlenen süre içinde vermeyenlere her bir fiil için;

1) Belgenin asıl olması halinde aylık asgarî ücretin üç katını geçmemek kaydıyla belgede kayıtlı sigortalı sayısı başına, aylık asgarî ücretin beşte biri tutarında,

2) Belgenin ek olması halinde, aylık asgarî ücretin üç katını geçmemek kaydıyla her bir ek belgede kayıtlı sigortalı sayısı başına, aylık asgarî ücretin sekizde biri tutarında,

3) Ek belgenin 86 ncı maddenin beşinci fıkrasına istinaden Kurumca re'sen düzenlenmesi durumunda, aylık asgarî ücretin yarısı tutarında,

4) Belgenin mahkeme kararı, Kurum veya diğer kamu idarelerinin denetim ve kontrolle görevlendirilmiş memurlarınca yapılan tespitler sonucunda veya bu idareler tarafından düzenlenen belgelerden hizmetleri veya kazançları Kuruma bildirilmediği veya eksik bildirildiği anlaşılan sigortalılarla ilgili olması halinde, belgenin asıl veya ek nitelikte olup olmadığı, işverence düzenlenip düzenlenmediği dikkate alınmaksızın, aylık asgarî ücretin üç katı tutarında,

idarî para cezası uygulanır.

d) 59 uncu madde uyarınca Kurumun defter ve belge incelemeye yetkili denetim ve kontrolle görevlendirilmiş memurları tarafından veya 59 uncu maddenin beşinci fıkrasında belirtilen serbest muhasebeci malî müşavirler ile yeminli malî müşavirlerce düzenlenen raporlara istinaden, Kuruma bildirilmediği tespit edilen eksik işçilik tutarının mal edildiği her bir ay için, aylık asgarî ücretin üç katı tutarında idarî para cezası uygulanır.

e) 86 ncı maddenin ikinci fıkrasındaki yükümlülüğü Kurumca yapılan yazılı ihtarla rağmen onbeş gün içinde mücbir sebep olmaksızın yerine getirmeyenlere;

1) Bilanço esasına göre defter tutmakla yükümlü iseler, aylık asgarî ücretin oniki katı tutarında,

2) Diğer defterleri tutmakla yükümlü iseler, aylık asgarî ücretin altı katı tutarında,

3) Defter tutmakla yükümlü değil iseler, asgarî ücretin üç katı tutarında,

4) Defter ve belgelerin ibraz edilmemesi nedeniyle verilmesi gereken ceza tutarını aşmamak kaydıyla; defter ve belgelerin tümünü verilen süre içinde ibraz etmekle birlikte, kullanılmaya başlanmadan önce tasdik ettirilmesi zorunlu olduğu halde tasdiksiz tutulmuş olan defterler, kanunî tasdik süresi geçtikten sonra tasdik ettirilmiş olan defterlerin tasdik tarihinden önceki kısmı, işçilikle ilgili giderlerin işlenmemiş olduğu tespit edilen defterler, sigorta primleri hesabına esas tutulan kazançların kesin olarak tespitine imkân vermeyecek şekilde usûlsüz, karışık veya noksan tutulmuş defterler, herhangi bir ay için sigorta primleri hesabına esas tutulması gereken kazançların ve kazançlarla ilgili ödemelerin (sigorta primine esas kazancın ödemeye bağlı olduğu durumlar dahil) o ayın dahil bulunduğu hesap dönemine ait defterlere işlenmemiş olması halinde, o aya ait defter kayıtları, Vergi Usul Kanunu gereğince bilanço esasına göre defter tutulması gerekirken işletme hesabı esasına göre tutulmuş defterler geçerli sayılmaz ve bu geçersizlik hallerinin her biri için, aylık asgarî ücretin yarısı tutarında,

5) İşverenler tarafından ibraz edilen aylık ücret tediye bordrosunda; asgarî olarak işyerinin sicil numarası, bordronun ilişkin olduğu ay, sigortalının adı, soyadı, sigortalının

sosyal güvenlik sicil numarası, ücret ödenen gün sayısı, sigortalının ücreti, ödenen ücret tutarı yer alır. Ücretin alındığına dair sigortalının imzasını ihtiva etmeyen (makbuz mukabilinde veya banka kanalıyla yapılan ödemeler hariç) ücret tediye bordroları geçerli sayılmaz ve bu geçersizlik hallerinin her biri için aylık asgarî ücretin yarısı tutarında,

idarî para cezası uygulanır. Verilen süre dışında ibraz edilen defter ve belgelerin tümünün veya bir bölümünün geçersiz olması durumunda, tutulan defter türü de dikkate alınarak bu bendin sadece (1), (2) ve (3) numaralı alt bentlerine göre idarî para cezası uygulanır.

f) 86 ncı maddenin altıncı fıkrasında ve 85 inci maddenin beşinci fıkrasında belirtilen yükümlülükleri belirtilen sürede yerine getirmeyenlere, aylık asgarî ücretin iki katı tutarında idarî para cezası uygulanır.

g) 8 inci maddenin üçüncü ve altıncı fıkralarında belirtilen yükümlülükleri yerine getirmeyen kurum ve kuruluşlar ile tüzel kişilere ve 8 inci maddenin dördüncü fıkrasındaki yükümlülüğü yerine getirmeyen sigortalılara, aylık asgarî ücret tutarında idarî para cezası uygulanır.

h) Sağlık hizmeti sunulmadığı halde sağlık hizmetini fatura edenler; faturayı veya faturaya dayanak oluşturan belgeleri gerçeğe aykırı olarak düzenleyenler; 64 üncü madde gereğince kapsam dışı tutulan sağlık hizmetlerini kapsam içinde olan sağlık hizmetleri gibi gösterenler; sağlık hizmetlerine hak kazanmayan kişilere sundukları sağlık hizmetlerini fatura edenler hakkında bu fiilleri nedeniyle Kurumun yersiz ödediği tutarın beş katı idarî para cezası uygulanır.

ı) 71 inci maddede yer alan kimlik tespiti yükümlülüğünü yapmayan ve bu nedenle Kurumun zarara uğramasına sebebiyet veren sağlık hizmeti sunucularından, uğranılan zararın beş katı idarî para cezası uygulanır.

j) Kurumun mahsup suretiyle tahsilini yaptığı haller hariç olmak üzere, alınması gereken katılım paylarını tahsil etmeyen sağlık hizmeti sunucularına, fiilin her tekrarında tahsil edilmeyen katılım payının on katı tutarında idarî para cezası uygulanır.

k) 63 üncü madde gereği Kurumca sağlanan yardımcı üreme yöntemlerinin tıbbî etik dışında uygulanması halinde, bu fiili işleyen sağlık hizmeti sunucularına Kurumca vak'a için yapılan tedavi masrafının beş katı tutarında idarî para cezası uygulanır.

l) Kurumun denetim ve kontrolle görevlendirilmiş memurlarının, bu Kanunun uygulanmasından doğan inceleme ve soruşturma görevlerini yerine getirmeleri sırasında işverenler, sigortalılar, işyeri sahipleri ve bu işle ilgili diğer kişiler, görevlerini yapmasına engel olamazlar. Engel olanlar hakkında eylemleri başka bir suç oluştursa dahi, aylık asgarî ücretin iki katı tutarında idarî para cezası uygulanır.

Mahkeme kararına, Kurum veya diğer kamu idarelerinin denetim ve kontrolle görevlendirilmiş memurlarınca yapılan tespitlere ya da kamu idarelerinden alınan belgelere istinaden düzenlenenler hariç olmak üzere, bildirgenin yasal süresi geçtikten sonra ilgililerce kendiliklerinden verilmesi halinde, bu maddenin birinci fıkrasının (a) ve (b) bentlerinde öngörülen cezalar % 50 oranında uygulanır.

İdarî para cezası uygulanması 8 inci, 11 inci ve 86 ncı maddelerde belirtilen belgelerin Kuruma verilmesi yükümlülüğünü kaldırmaz.

İdarî para cezaları ilgiliye tebliğ ile tahakkuk eder. Tebliğ tarihinden itibaren onbeş gün içinde Kuruma ya da Kurumun ilgili hesaplarına yatırılır veya aynı süre içinde Kuruma itiraz edilebilir. İtiraz takibi durdurur. Kurumca itirazı reddedilenler, kararın kendilerine tebliğ tarihinden itibaren onbeş gün içinde yetkili sulh ceza mahkemesine başvurabilirler. Bu süre içinde başvurunun yapılmamış olması halinde, idarî para cezası kesinleşir.

İdarî para cezalarının, Kuruma itiraz edilmeden veya yargı yoluna başvurulmadan önce tebliğ tarihinden itibaren onbeş gün içinde peşin ödenmesi halinde, bunun dörtte üçü tahsil edilir. Peşin ödeme idarî para cezasına karşı yargı yoluna başvurma hakkını etkilemez.

Ancak Kurumca veya mahkemece Kurum lehine karar verilmesi halinde, daha önce tahsil edilmemiş olan ceza tutarının dörttebirlik kısmı, 89 uncu maddenin ikinci fıkrası hükmü de dikkate alınarak tahsil edilir.

Mahkemeye başvurulması idarî para cezasının takip ve tahsilini durdurmaz. Tebliğ tarihinden itibaren onbeş gün içinde ödenmeyen idarî para cezaları, 89 uncu madde hükmü gereğince hesaplanacak gecikme cezası ve gecikme zammı ile birlikte tahsil edilir.

İdarî para cezaları on yıllık zamanaşımı süresine tâbidir. Zamanaşımı süresi, fiilin işlendiği tarihten itibaren başlar.

İdarî para cezaları hakkında, bu Kanunda hüküm bulunmayan hallerde 30/3/2005 tarihli ve 5326 sayılı Kabahatler Kanunu hükümleri uygulanır.

İdarî yaptırımlar ve fesih

MADDE 103- Kurumca yapılan inceleme neticesinde haksız menfaat temin etmek maksadıyla;

- a) Sağlık hizmeti sunulmadığı halde sağlık hizmetini fatura ettiği,
- b) Faturayı veya faturaya dayanak oluşturan belgeleri, gerçeğe aykırı olarak düzenlediği,
- c) 64 üncü madde gereğince kapsam dışı tutulan sağlık hizmetlerini, kapsam içinde olan sağlık hizmetleri gibi gösterdiği,
- d) Sağlık hizmetlerine hak kazanmayan kişilere, sağlık hizmeti sunarak Kuruma fatura ettiği,

tespit edilen sağlık hizmeti sunucuları hakkında genel hükümlere göre takip yapılır. Bu fiiller nedeniyle Kurumun yersiz ödediği tutar 96 ncı maddeye göre geri alınır. Ayrıca bu fiilî işleyen sağlık hizmeti sunucularının varsa Kurum ile yaptıkları sözleşmeleri; ilk fiilde bir ay, ilk fiilden itibaren iki yıllık dönem içerisindeki tekrarı halinde üç ay, aynı dönem içerisinde ikinci kez tekrarı halinde ise bir yıl süreyle feshedilir.

Yukarıdaki fıkranın (d) bendi hariç olmak üzere anılan fiillerin sözleşmesiz sağlık hizmet sunucuları tarafından işlenmesi halinde, bir yıl süreyle acil durumlar hariç ödeme yapılmaz. Sağlık hizmet sunucusu bu süre içerisinde bu durumu sağlık hizmeti alan tüm kişilere yazılı olarak bildirmek zorundadır. Bildirilmeyen kişilerin fatura bedelleri Kurum tarafından ödenerek, sağlık hizmet sunucusundan iki katı olarak tahsil edilir.

71 inci maddede yer alan kimlik tespiti yükümlülüğünü yapmayan ve bu nedenle bir başka kişiye sağlık hizmeti sunulması nedeniyle Kurumun zarara uğramasına sebebiyet veren sağlık hizmeti sunucularından uğranılan zarar geri alınır.

YEDİNCİ KISIM

Yürürlükten Kaldırılan, Değiştirilen, Son ve Geçici Hükümler

BİRİNCİ BÖLÜM

Değiştirilen ve Yürürlükten Kaldırılan Hükümler

Diğer kanunlardaki atıflar

MADDE 104- Bu Kanunla yürürlükten kaldırılmayan hükümleri saklı kalmak kaydıyla, 17/7/1964 tarihli ve 506 sayılı, 2/9/1971 tarihli ve 1479 sayılı, 17/10/1983 tarihli ve 2925 sayılı, 17/10/1983 tarihli ve 2926 sayılı ve 8/6/1949 tarihli ve 5434 sayılı kanunlara yapılan atıflar ile diğer kanunlarda sosyal sigorta haklarına, yardımlarına ve yükümlülüklerine, sigortalılığa ve hak sahipliği şartlarına, sağlık hizmetlerinin veya tedavi bedellerinin ödenmesine ilişkin yapılan atıflar bu Kanunun ilgili maddelerine yapılmış sayılır.

27/7/1967 tarihli ve 926 sayılı Türk Silâhlı Kuvvetleri Personel Kanununda kadrosuzluk tazminatının ödenmesine ilişkin T.C. Emekli Sandığına yapılmış olan atıf ile diğer kanunlarda T.C. Emekli Sandığına, Sosyal Sigortalar Kurumuna, Bağ-Kur'a yapılmış atıflar Kuruma yapılmış sayılır.

Değiştirilen, eklenen ve uygulanmayacak hükümler

MADDE 105- a) 8/6/1949 tarihli ve 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanununun:

1) 89 uncu maddesinin birinci fıkrasında geçen "aylık bağlamaya esas" ibaresi "ek 70 inci maddeye göre hesaplanacak" şeklinde değiştirilmiştir.

2) Ek 19 uncu maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"EK MADDE 19- Vazife malûlü erlerle, bunların dul ve yetimlerine ödenecek aylık veya gelirlerin alt sınırı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 27 nci veya 33 üncü maddeleri hükümlerine göre belirlenir."

3) Ek 48 inci maddesinin son fıkrasının başına "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında yaşlılık aylığına hak kazananlar hakkında, aynı Kanunun geçici 2 nci maddesinin (d) bendinin uygulanmasında:" ibaresi eklenmiştir.

4) Ek 68 inci maddesine birinci fıkra olarak "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında yaşlılık aylığına hak kazananlar hakkında, aynı Kanunun geçici 2 nci maddesinin (d) bendinin uygulanmasında:" ibaresi eklenmiş; aynı maddede geçen "ödenir" ve "ödeme yapılır" ibareleri "hesaplanır" şeklinde değiştirilmiş; aynı maddenin dördüncü fıkrasında geçen "Bu tazminatlar ilgililere ödendikçe iki ay içinde faturası karşılığında Hazine'den tahsil olunur." cümlesi ile aynı maddenin beşinci ve son fıkrası madde metninden çıkarılmış ve aynı maddenin diğer fıkraları (a), (b), (c), (d) ve (e) bentleri olarak düzenlenmiştir.

5) Ek 70 inci maddesinin birinci fıkrasında geçen "Sandık iştirakçilerine ödenmekte olan;" ve "emeklilik keseneğine ve Kurum karşılığına tâbi tutulur." ibareleri sırasıyla "Emekli ikramiyesinin hesabında;" ve "dikkate alınır" şeklinde; aynı maddenin son fıkrası da "Personel kanunlarında yer alan aylığa ilişkin gösterge ve ek göstergeler esas alınarak bulunan tutarlar da emekli ikramiyesi hesabında dikkate alınır." olarak değiştirilmiştir.

6) Ek 73 üncü maddesine birinci fıkra olarak "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında yaşlılık aylığına hak kazananlar hakkında, aynı Kanunun geçici 2 nci maddesinin (d) bendinin uygulanmasında:" ibaresi eklenmiş; aynı maddenin birinci fıkrasında geçen "toptan ödeme yapılabilmesi için" ibaresi "toptan ödeme hesaplanabilmesi için" şeklinde; ikinci fıkrasında geçen "emeklilik" kelimesi "hesaplama" şeklinde değiştirilmiş ve aynı maddenin fıkraları (a), (b) ve (c) bentleri olarak düzenlenmiştir.

b) 17/10/1983 tarihli ve 2925 sayılı Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanununun:

1) 21 inci maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"MADDE 21- Yaşlılık aylığı bağlanmasına hak kazanan sigortalıya, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 29 uncu maddesinde belirtilen esaslara göre aylık bağlanır."

2) 30 uncu maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"MADDE 30- Bu Kanunun gerektirdiği her türlü yardım ve ödemeler için sigortalılardan % 12,5'i genel sağlık sigortası primi olmak üzere % 32,5 oranında prim alınır."

3) 39 uncu maddesinin (a) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"a) Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 13, 14, 19, 20, 21, 22, 25, 26, 27, 28, 33, 34, 35, 36, 54, 55, 57, 58, 59, 60, 61, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73,76, 77,78, 89, 94, 95, 96, 97, 100 ve 101 inci maddeleri ile 41 inci maddenin (b) bendi, 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanununun Geçici 82 nci maddesi,"

c) 29/5/1986 tarihli ve 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanununun 2 nci maddesinin ikinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"Ancak, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 60 inci maddesinin

birinci fıkrasının (c) bendinde sayılan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin aynı Kanun gereği ödedikleri katılım payları ile diğer sağlık hizmetlerinin karşılanmayan kısmı, bu Kanun kapsamındadır. Ancak yıl içinde ödenen tutarlar, takip eden yılda Hazine tarafından Fona geri ödenir."

d) 10/2/1954 tarihli ve 6245 sayılı Harcırah Kanununun 18 inci maddesinin başlığı ve birinci fıkrasının birinci paragrafı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"Ehliyet tespiti, imtihan ve hava değişimi için başka yere gönderilenler:

Memurlar, yardımcı hizmetler sınıfına dahil personel ve kurumlarda yalnız ödenek mukabili çalışanlardan, memuriyet mahalli dışına;"

e) 8/5/1985 tarihli ve 3201 sayılı Yurtdışında Bulunan Türk Vatandaşlarının Yurtdışında Geçen Sürelerinin Sosyal Güvenlikleri Bakımından Değerlendirilmesi Hakkında Kanunun:

1) 1 inci maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"MADDE 1- Türk vatandaşlarının yurt dışında 18 yaşını doldurduktan sonra, Türk vatandaşı iken geçen ve belgelendirilen sigortalılık süreleri ve bu süreleri arasında veya sonunda her birinde bir yıla kadar olan işsizlik süreleri ile yurt dışında ev kadını olarak geçen süreleri, bu Kanunda belirtilen sosyal güvenlik kuruluşlarına prim ödenmemiş olması ve istekleri halinde, bu Kanun hükümlerine göre sosyal güvenlikleri bakımından değerlendirilir."

2) 2 nci maddesinin (a) bendinin sonuna "Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı" ibaresi ve aynı maddeye aşağıdaki (e) ve (f) bentleri eklenmiştir.

"e) Kurum; Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığını,

f) Bakanlık; Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığını,"

3) 3 üncü maddesi başlığı ile birlikte aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"Başvurulacak kuruluş

MADDE 3- Sigortalılar ile yurt dışında çalışmakta iken veya yurda kesin dönüş yaptıktan sonra ölenlerin Türk vatandaşı olan hak sahipleri Kuruma müracaat etmek suretiyle bu Kanunla getirilen haklardan yararlanırlar."

4) 4 üncü maddesi başlığı ile birlikte aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"Borçlanma tutarı ve borçlanma tutarının iadesi

MADDE 4- Borçlanılacak her bir gün için tahakkuk ettirilecek borç tutarı, başvuru tarihindeki prime esas asgarî ve azamî günlük kazanç arasında seçilecek günlük kazancın % 32'sidir. Borçlanılan süreler, yurda kesin dönüş yapılmış olması şartıyla aylık tahsisi için yazılı talepleri halinde Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 41 inci maddesinin son fıkrası hükümlerine göre değerlendirilir. Borçlanmaya ilişkin Kurumca tahakkuk ettirilen borç tutarı, tebliğ edildiği tarihten itibaren üç ay içerisinde ödenir. Ödeme yapılan gün sayısı prim ödeme gün sayısına ve prime esas kazançta dahil edilir. Tahakkuk ettirilen prim borcunu tebligat tarihinden itibaren üç ay içerisinde ödemeyenler için yeniden başvuru şartı aranır.

Borçlanmadan sonradan vazgeçenler ile yapılan borçlanma sonrasında aylık bağlanması için gerekli şartları yerine getiremeyenlere ve bunların hak sahiplerine talepleri üzerine yaptıkları ödemeler, faiz uygulanmaksızın iade edilir.

Yurt dışında iken borçlanma isteğinde bulunacak sigortalı veya hak sahipleri Yeni Türk Lirası olarak bildirilecek borç tutarını döviz cinsinden, Türkiye'de ise Yeni Türk Lirası olarak öderler."

5) 5 inci maddenin birinci fıkrası "Yurt dışındaki sigortalılık sürelerinin tespitinde, bunu belirten ve istek sahibinin ibraz edeceği ispatlayıcı belgelerde kayıtlı bulunan tarihler arasındaki son tarihten geriye doğru olmak üzere gün sayıları esas alınır, bu tespit 1 yıl 360 gün, 1 ay 30 gün hesaplanır." şeklinde değiştirilmiş; aynı maddenin üçüncü fıkrasının sonuna "Bu durumda olanlar Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 4

üncü maddesinin birinci fıkrasının (b) bendi kapsamında sigortalı sayılır." cümlesi eklenmiş; maddeye "Sosyal güvenlik sözleşmesi yapılmış ülkelerdeki hizmetlerini, bu Kanuna göre borçlananların, sözleşme yapılan ülkede ilk defa çalışmaya başladıkları tarih, ilk işe giriş tarihi olarak dikkate alınmaz." fıkrası eklenmiştir.

6) 6 ncı maddenin (A) fıkrasının son paragrafı "Yukarıdaki şartları yerine getirenlerden tahsise hak kazananların aylıkları, yazılı istek tarihini takip eden ay başından itibaren başlatılmak üzere Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu hükümlerine göre bağlanır." şeklinde değiştirilmiş,

Aynı maddenin (B) fıkrası; "B) Kanun hükümlerinden yararlanmak suretiyle aylık bağlananlardan tekrar yurt dışında yabancı ülke mevzuatına tâbi çalışanlar, ikamete dayalı bir sosyal sigorta ya da sosyal yardım ödeneği alanlar ile Türkiye'de sigortalı çalışmaya başlayanların aylıkları, tekrar çalışmaya başladıkları veya ikamete dayalı bir ödenek almaya başladıkları tarihten itibaren kesilir. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun sosyal güvenlik destek primi hakkındaki hükümleri, bu Kanun hükümlerinden yararlanmak suretiyle aylık bağlananlar için uygulanmaz.

Yurt içinde veya yurt dışında çalışması sona erenlerin veya ikamete dayalı bir ödenek alanlardan ödenekleri sona erenlerin, aylıklarının tekrar ödenmesi için yazılı talepte bulunmaları halinde, talep tarihini izleyen ay başından itibaren aylıkları tekrar ödenmeye başlanır." şeklinde değiştirilmiştir.

f) 8/5/1985 tarihli ve 3201 sayılı Kanunun 2 nci maddesinin (b) bendine "Sosyal Güvenlik Kanunları;" ibaresinden sonra gelmek üzere "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu," ibaresi eklenmiştir.

g) 27/4/2005 tarihli ve 5335 sayılı Kanunun 30 uncu maddesi ile 10/7/1987 tarihli ve 285 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 5 inci maddesinin onbirinci fıkrası hariç olmak üzere, diğer kanunların bu Kanuna aykırı hükümleri uygulanmaz.

h) 27/7/1967 tarihli ve 926 sayılı Kanunun ek 18 inci maddesinin (b) fıkrası "b) (a) fıkrasına göre bulunacak tutar, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun yürürlük tarihinden önce göreve başlayanların emekliliklerinde, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun geçici 2 nci maddesinin (d) bendine göre hesaplanacak kısmî aylığın hesabında dikkate alınır." şeklinde değiştirilmiştir.

Yürürlükten kaldırılan hükümler

MADDE 106- 1) 17/7/1964 tarihli ve 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanununun, geçici 20 inci, geçici 81 inci, geçici 82 nci ve geçici 87 nci ve geçici 89 uncu maddeleri hariç diğer maddeleri,

2) 2/9/1971 tarihli ve 1479 sayılı Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanununun, 1 ilâ 23 üncü, geçici 10 uncu ve geçici 11 inci maddeleri hariç diğer maddeleri,

3) 29/8/1977 tarihli ve 2108 sayılı Muhtar Ödenek ve Sosyal Güvenlik Yasasının 4 üncü ve 5 inci maddeleri,

4) 17/10/1983 tarihli ve 2926 sayılı Tarımda Kendi Adına ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanunu,

5) 24/5/1983 tarihli ve 2829 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumlarına Tabi Olarak Geçen Hizmetlerin Birleştirilmesi Hakkında Kanun,

6) 17/10/1983 tarihli ve 2925 sayılı Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanununun 1 ilâ 5 inci, 13 ilâ 17 nci maddeleri,

7) 14/7/1965 tarihli ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 107 nci, 188 inci, 209 uncu ve ek 22 nci maddeleri,

8) 8/6/1949 tarihli ve 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanununun, 12 ilâ 19 uncu maddeleri, 23 üncü maddesi, 30 ilâ 39 uncu maddeleri, 41 ilâ 55 inci maddeleri, 57 ilâ 59 uncu maddeleri, 61 ilâ 64 üncü maddeleri, 66 ilâ 71 inci maddeleri, 72 nci

maddesinin birinci, ikinci ve üçüncü fıkraları, 73 ilâ 77 nci maddeleri, 80 inci maddesi, 82 inci maddesinin (a), (b), (c) ve (ç) bentleri, 83 ilâ 88 inci maddeleri, 90 ncı ve 91 inci maddeleri, 93 ilâ 100 üncü maddeleri, 102 nci maddesi, 105 ilâ 107 nci maddeleri, 112 ilâ 124 üncü maddeleri, 127 ilâ 129 uncu maddeleri, 131 ilâ 135 inci maddeleri, ek 2 ilâ ek 4 üncü maddeleri, ek 8 ve ek 9 uncu maddeleri, ek 11 inci maddesi, ek 13 ilâ ek 18 inci maddeleri, ek 21 ilâ ek 23 üncü maddeleri, ek 25 ilâ ek 27 nci maddeleri, ek 29 ve ek 30 uncu maddeleri, ek 31 inci maddesinin (a) ve (b) bentleri, ek 32 ilâ 34 üncü maddeleri, ek 37 nci maddesi, ek 39 uncu maddesi, ek 41 ilâ ek 47 nci maddeleri, ek 48 inci maddesinin son fıkrası hariç diğer fıkraları, ek 49 uncu maddesi, ek 56 ve ek 57 nci maddeleri, ek 59 uncu maddesi, ek 69 uncu maddesi, ek 72 nci maddesi, ek 74 ve ek 75 inci maddeleri, ek 80 inci maddesi, geçici 8 inci maddesi, geçici 15 inci maddesi, geçici 16 ncı maddesi, geçici 54 üncü, geçici 65 inci, geçici 85 inci, geçici 86 ncı, geçici 88 inci, geçici 96 ilâ geçici 98 inci, geçici 103, geçici 104, geçici 109 ilâ geçici 113 üncü, geçici 115 ilâ geçici 118 inci, geçici 120 nci, geçici 121 inci, geçici 139 ilâ geçici 141 inci, geçici 146 ncı, geçici 147 nci, geçici 150 ilâ geçici 151 nci, geçici 153 üncü, geçici 157 nci, geçici 159 uncu, geçici 161 ilâ geçici 166 ncı, geçici 170 inci, geçici 171 inci, geçici 173 üncü, geçici 176 ncı, geçici 180 inci, geçici 182 ilâ geçici 186 ncı, geçici 190 ilâ geçici 192, geçici 195 ilâ geçici 200 üncü, geçici 203 üncü, geçici 204 üncü, geçici 207 nci ve geçici 208 inci, geçici 210 ilâ geçici 212 nci, geçici 218 ilâ geçici 220 nci, ek geçici 1 inci, ek geçici 2 nci, ek geçici 7 nci, ek geçici 8 inci, ek geçici 11 inci, ek geçici 19 uncu, ek geçici 20 nci, ek geçici 22 nci ve ek geçici 23 üncü maddeleri,

9) 1/10/1992 tarihli ve 3841 sayılı Kanunun geçici 1 inci maddesi, 24/11/1994 tarihli ve 4049 sayılı Kanunun geçici 1 inci maddesi ve 13/6/2001 tarihli ve 4677 sayılı Kanunun geçici 1 inci maddesi,

10) 14/1/1988 tarihli ve 311 sayılı Memurlar ve Diğer Kamu Görevlileri ile İlgili Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Hükmünde Kararnamenin geçici 3 üncü maddesi,

11) 25/8/1999 tarihli ve 4447 sayılı İşsizlik Sigortası Kanununun 56 ncı maddesinin (C) fıkrası,

12) 19/3/1969 tarihli ve 1136 sayılı Avukatlık Kanununun 186 ilâ 188 inci ve 191 inci maddeleri,

13) 18/1/1972 tarihli ve 1512 sayılı Noterlik Kanununun 201 ilâ 203 üncü maddeleri,

14) 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun 3 üncü maddesinin (d) bendi ile geçici 3 üncü maddesi,

15) 22/1/1990 tarihli ve 399 sayılı Kamu İktisadi Teşebbüsleri Personel Rejiminin Düzenlenmesi ve 233 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin Bazı Maddelerinin Yürürlükten Kaldırılmasına Dair Kanun Hükmünde Kararnamenin 32 nci maddesindeki "resmî ve özel sağlık kuruluşlarında ayakta ve yatarak tedavileri ile" ibaresi,

16) 4/6/1937 tarihli ve 3201 sayılı Emniyet Teşkilatı Kanununun 89 uncu maddesi,

17) 4/2/1924 tarihli ve 406 sayılı Telgraf ve Telefon Kanununun ek 23 üncü maddesi,

18) 1/11/1983 tarihli ve 2937 sayılı Devlet İstihbarat Hizmetleri ve Milli İstihbarat Teşkilatı Kanununun 18 inci maddesi,

19) 12/4/1991 tarihli ve 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanununun 21 inci maddesinin birinci fıkrasının (f) bendi ile (g) bendinde yer alan "ve tedavileri yaptırılır" ibaresi,

20) 23/4/1981 tarihli ve 2453 sayılı Yurt Dışında Görevli Personele Nakdi Tazminat Verilmesi ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasında yer alan "ile yaralanan veya sakat kalanların tedavi giderleri" ibaresi,

21) 15/5/1959 tarihli ve 7269 sayılı Umumi Hayata Müessir Afetler Dolayısıyla Alınacak Tedbirlerle Yapılacak Yardımlara Dair Kanunun 10 uncu maddesinin üçüncü ve dördüncü fıkraları,

22) 1/7/1976 tarihli ve 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanunun 7 nci maddesi,

23) 24/2/1968 tarihli ve 1005 sayılı İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanunun 2 nci maddesinin ikinci fıkrası,

24) 10/2/1954 tarihli ve 6245 sayılı Harcırah Kanununun 18 inci maddesinin (c) bendi ile 20 nci maddesi,

25) 8/5/1985 tarihli ve 3201 sayılı Kanunun 7 nci , 11 inci, geçici 1 ilâ geçici 4 üncü maddeleri ile aynı kanunda geçen "döviz" ibareleri,

26) 18/6/1992 tarihli ve 3816 sayılı Kanunun birinci maddesinde yer alan "Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçilinceye kadar" ibaresi, yürürlükten kaldırılmıştır.

Yönetmelikler

MADDE 107- Bu Kanunda bahsi geçen yönetmelikler bu Kanunun yürürlük tarihinden itibaren bir yıl içerisinde çıkarılır. Kurum, bu Kanunun diğer maddelerinin uygulanmasına ilişkin usûl ve esasları yönetmelik ile düzenleme yetkisine sahiptir.

İKİNCİ BÖLÜM

Geçici ve Son Hükümler

Malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortasına ilişkin bazı geçiş hükümleri

GEÇİCİ MADDE 1- Bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten önce, 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ile 2925 sayılı Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanununa tâbi olanlar her türlü hak ve yükümlülükleri ile bu Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamında, 1479 sayılı Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanunu ve bu Kanunla mülga 2926 sayılı Tarımda Kendi Adına ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanununa tâbi olanlar her türlü hak ve yükümlülükleri ile bu Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (b) bendi kapsamında, 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanununa tâbi olanlar her türlü hak ve yükümlülükleri ile bu Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında kabul edilir.

Bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten önce çalışmaya başlayıp bu tarihten sonra aylık talebinde bulunanlardan, birinci fıkrada belirtilen sigortalılık hallerinden birden fazlasına tâbi olanlara yaşlılık aylığına hak kazanma şartlarından hangisinin uygulanacağı, en son sigortalı sayıldığı tarihten geriye doğru son yedi yıllık fiilî hizmet süresi içinde en fazla hizmetin geçtiği sigortalılık hali, hizmet sürelerinin eşit olması halinde ise son sigortalılık durumu esas alınarak belirlenir.

17/7/1964 tarihli ve 506 sayılı, 2/9/1971 tarihli ve 1479 sayılı, 17/10/1983 tarihli ve 2925 sayılı, bu Kanunla mülga 17/10/1983 tarihli ve 2926 sayılı ve 8/6/1949 tarihli ve 5434 sayılı kanunlara göre bağlanan veya talepte bulunulan; aylık, gelir, tazminat, harp malûllüğü zammı ve diğer ödenekler ile 8/2/2006 tarihli ve 5454 sayılı Kanunun 1 inci maddesine göre ödenmekte olan ek ödemenin verilmesine devam edilir. Bu gelir ve aylıkların durum değişikliği nedeniyle artırılması, azaltılması, kesilmesi veya yeniden bağlanmasında, bu Kanunla yürürlükten kaldırılan ilgili kanun hükümleri uygulanır.

Bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarih itibarıyla 17/7/1964 tarihli ve 506 sayılı ve 2/9/1971 tarihli ve 1479 sayılı kanunlara göre ödenmekte olan sosyal yardım zammı ile telafi edici ödeme tutarları, 8/6/1949 tarihli ve 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanunu gereğince emekli aylığı almakta olanlara ödenmekte olan makam ve yüksek hâkimlik tazminatı, görev ve temsil tazminatı ile ek ödemeler ve yardımlar, bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihte ödenen tutarlar esas alınarak, ilgililerin gelir ve aylıklarına ilave edilerek ödenir.

Bağlanmış aylık ve gelirler, 55 inci maddenin ikinci fıkrasına göre artırılır.

Sosyal yardım zammının ilavesinde tamamı dağıtılacak şekilde, hak sahiplerinin gelir ve aylıklardaki hisseleri esas alınır.

Bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten önce ölen, ancak bu Kanunla yürürlükten kaldırılan ilgili Kanun hükümlerine göre ölüm aylığının bağlanabilmesi için yeterli prim ödeme gün sayısı olmayan sigortalının hak sahiplerinin, bu Kanun hükümlerine göre ölüm aylığına hak kazanması halinde ölüm aylığına bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten itibaren hak kazanılmış sayılır.

Bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten önce 5434 sayılı Kanuna tâbi olanlardan 44 üncü maddenin ikinci fıkrası kapsamında emekliye sevk edilenler hakkında yaş haddi, 8/6/1949 tarihli ve 5434 sayılı Kanunun geçici 205 inci maddesi esas alınarak uygulanır.

3 üncü maddenin (29) uncu bendinde belirtilen güncelleme katsayısında yer verilen ortalama günlük prime esas kazançtaki değişim oranı, bu Kanunun yürürlük tarihinden sonraki ilk yıl için, o yıl gerçekleşen asgarî ücretteki artış oranı olarak kabul edilir.

Bu Kanundan önce yürürlükte bulunan sosyal güvenlik kanunlarına tâbi geçen çalışmalar için bağlanacak aylıkların hesabı

GEÇİCİ MADDE 2- Bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten önce 17/7/1964 tarihli ve 506 sayılı, 2/9/1971 tarihli ve 1479 sayılı, 17/10/1983 tarihli ve 2925 sayılı, bu Kanunla mülga 17/10/1983 tarihli ve 2926 sayılı, 8/6/1949 tarihli ve 5434 sayılı kanunlara ve 17/7/1964 tarihli ve 506 sayılı Kanunun geçici 20 nci maddesine tâbi sandıklara tâbi olanlara bağlanacak yaşlılık aylıkları aşağıdaki şekilde hesaplanır:

a) Sigortalının veya iştirakçinin bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihe kadar geçen sürelerdeki prim ödeme gün sayılarına veya fiilî hizmet süresine ait aylık; bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten önceki kanun hükümlerine göre, aylık talep tarihindeki toplam prim ödeme gün sayısı veya fiilî hizmet süresi üzerinden, bu Kanunun yürürlük tarihi itibarıyla hesaplanacak aylığının bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihe kadarki prim ödeme gün sayısı veya fiilî hizmet süresi ile orantılı bölümü, aylık başlangıç tarihine kadar geçen yıllar için, her yıl gerçekleşen güncelleme katsayısı ile çarpılarak hesaplanır.

b) Sigortalının veya iştirakçinin bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten sonra geçen sürelerdeki prim ödeme gün sayılarına ait aylığı, aylık talep tarihindeki toplam prim ödeme gün sayısı üzerinden 29 uncu madde hükümlerine göre hesaplanacak aylığının, bu Kanunun yürürlük tarihinden sonraki prim ödeme gün sayısına orantılı bölümü kadardır.

c) Aylık, (a) ve (b) bentlerine göre hesaplanan kısmî aylıkların toplamından oluşur. Aylıklar ayrıca 29 uncu maddenin son fıkrasına göre artırılarak belirlenir.

d) 8/6/1949 tarihli ve 5434 sayılı Kanunun ek 48 inci maddesi ile ek 68 inci, ek 73 üncü ve 27/7/1967 tarihli ve 926 sayılı Kanunun ek 18 inci maddesi ve ilgili diğer maddeleri esas alınarak hak edilen makam veya yüksek hâkimlik, temsil veya görev tazminatları ve ek göstergeler, bu maddenin (a) bendinde belirtilen kısmî aylıkların hesabında dikkate alınır. Ancak (a) bendine göre yapılacak hesaplama açısından bu hükmün uygulanması sonucu daha yüksek ek göstergeye hak kazanılmış olması, 8/6/1949 tarihli ve 5434 sayılı Kanunun ek 70 inci maddesinin birinci fıkrasının (b) bendinin uygulanmasında esas alınacak ek göstergelerin yükseltilerek uygulanması hakkını doğurmaz.

e) Bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarih itibarıyla 17/7/1964 tarihli ve 506 sayılı Kanunun geçici 82 nci maddesinin (a) bendine göre gösterge sistemi içinde hesaplanacak kısmî aylıklara esas gösterge, sigortalıların ortalama yıllık kazanç hesabına giren takvim yılı sayısı esas alınmak suretiyle hazırlanacak olan gösterge ve üst gösterge tespit tabloları esas alınarak belirlenir. Bu Kanunun yürürlük tarihinden sonra 8/5/1985 tarihli ve 3201 sayılı Kanuna göre yurt dışı hizmet borçlanması yapan sigortalıların bu sürelerinin, bu Kanuna göre hangi sigortalılık haline göre geçmiş sayılacağı belirlenmesinde; şayet borçlanma yapılan sürelerden önce sigortalılıkları varsa en son sigortalılık haline göre, şayet sigortalılıkları yoksa, bu Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) bendi

kapsamında geçmiş sigortalılık süresi olarak kabul edilir.

Bu Kanunun yürürlük tarihine kadar geçen sürelerle ilişkin aylığın hesabında esas alınan asgarî aylık tutarı ile 17/7/1964 tarihli ve 506 sayılı Kanunun geçici 82 nci maddesinin ikinci fıkrasına göre belirlenen eski tam aylık tutarı, toplam prim ödeme gün sayısı içinde bu Kanunun yürürlük tarihine kadar geçen prim ödeme gün sayısının oranına tekabül eden tutar üzerinden esas alınır.

Yurt dışı hizmet borçlanması yapanların aylıkları da yukarıda belirtilen fıkralara göre hesaplanır.

Malûllük ve ölüm aylıkları, yukarıdaki fıkralarda belirtilen hükümler esas alınarak, 27 nci veya 33 üncü madde hükümlerine göre hesaplanır.

Önceki mevzuat hükümlerinin uygulanması, Devlet katkısı ve geçici iş göremezlik ödeneği

GEÇİCİ MADDE 3- Bu Kanuna göre çıkarılması gereken yönetmelikler yürürlüğe girinceye kadar, mevcut tüzük ve yönetmeliklerin, bu Kanuna aykırı olmayan hükümleri uygulanmaya devam edilir.

47 nci maddenin son fıkrasında sözü edilen Türk Silâhlı Kuvvetleri Sağlık Yeteneği Yönetmeliği hükümleri, bu Kanunun yayımlandığı tarihten itibaren en geç iki yıl içinde, Kurumun da görüşü alınarak, bu Kanun hükümlerine uyumlu hale getirilir.

Malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları ile genel sağlık sigortası primine Devlet katkısının oranı ile bu katkının hesaplanmasında esas alınan oranı, söz konusu sigorta kollarının açıklarının azalmasına paralel olarak azaltmaya, Bakanlar Kurulu yetkilidir.

Sigortalılardan 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında olanların, bu Kanuna göre istirahatli bulunup, geçici iş göremezlik ödeneği alamadıkları sürelerle ait ücretleri ve çalışırken aldıkları aylıkları ile geçici iş göremezlik ödenekleri arasındaki farklar ilgili mevzuatında değişiklik yapılmıyaya kadar çalıştıkları kurumlarınca ödenmeye devam edilir.

8/2/2006 tarihli ve 5454 sayılı Kanunun 1 inci maddesi hükümleri bu Kanun kapsamında gelir ve aylık bağlanan kişiler için uygulanır.

5434 sayılı Kanuna ilişkin geçiş hükümleri

GEÇİCİ MADDE 4- Bu Kanunun yürürlüğe girmesinden önce sakatlık kontenjanından göreve başlayan ve T.C. Emekli Sandığına tâbi bir göreve devam edip bu Kanunun malûlen emeklilik şartlarını taşımayanlardan onbeş yıl hizmeti bulunanlara, istekleri halinde yaşlılık aylığı bağlanır.

Kamu görevlilerinin emeklilik ikramiyeleri, 8/6/1949 tarihli ve 5434 sayılı Kanun hükümlerince hesaplanarak bu Kanunun yürürlük tarihinden itibaren bir yıl süreyle, 8/6/1949 tarihli ve 5434 sayılı Kanunun 89 uncu maddesi ve bu Kanunla mülga 24/5/1983 tarihli ve 2829 sayılı Kanun ile personel kanunlarına göre Kurumca ödenir ve ilgili kurumlardan tahsilât, anılan maddedeki usûlle yapılır. Bir yıllık sürenin dolmasından itibaren emekli ikramiyeleri 8/6/1949 tarihli ve 5434 sayılı Kanunun 89 uncu maddesi hükümlerine göre kamu görevlisinin son defa çalıştığı kurumunca, çalıştığı son kurumun özelleştirilmesi halinde ise Hazinece ödenir.

Bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihe kadar 8/6/1949 tarihli ve 5434 sayılı Kanunun mülga 12 nci maddesi uyarınca isteğe bağlı iştirakçi olarak T.C. Emekli Sandığı ile ilişkilendirilenler ile aynı tarihe kadar isteğe bağlı iştirakçi olmak üzere başvuruda bulunanlardan gerekli koşulları sağladıkları anlaşılmanın bu Kanuna göre isteğe bağlı sigortalı olmaya devam etmeleri durumunda emekli ikramiyeleri hakkında anılan madde hükümlerinin uygulanmasına devam olunur.

49 uncu maddede düzenlenen itibarî hizmet süreleri, emeklilik ikramiyelerinin hesabında dikkate alınmaz.

8/6/1949 tarihli ve 5434 sayılı Kanuna göre aylığa hak kazanamayıp bu Kanunda

yapılan düzenlemelere göre aylığa hak kazananların prime esas kazancı olarak, bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihteki emsali sigortalının prime esas kazancı kabul edilir.

Bu durumdakilerin aylık veya gelirleri, yukarıdaki fıkraya göre hesap edilecek prime esas kazançta, bu Kanuna göre hak edilen aylık ve kazancın hesap edilmesine ilişkin maddelerinin uygulanması suretiyle bulunur.

Bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihte kamu idarelerinde hizmet akdi ile veya sözleşmeli olarak çalışanlardan; ilgili kanunları gereği 8/6/1949 tarihli ve 5434 sayılı Kanun ile ilgilendirilenler aynı statüde çalışmaya devam ettikleri sürece bu Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendine göre sigortalı sayılırlar. Ancak, bunların prime esas kazançları ile emekli ikramiyeleri, bu Kanunun yürürlük tarihinden önce uygulanan hükümlere göre tespit olunmaya devam olunur.

8/6/1949 tarihli ve 5434 sayılı Kanunun mülga geçici 191 inci ve mülga geçici 192 nci maddeleri uyarınca, istekleri üzerine 399 sayılı Kanun Hükmünde Kararnameye tâbi kurumlarda sözleşmeli olarak çalışmakta iken anılan Kanun Hükmünde Kararnamenin 12 nci ve geçici 1 inci maddelerine göre zorunlu olarak, özelleştirilen kurumlarda sözleşmeli olarak çalıştırılmakta iken 28/5/1986 tarihli ve 3291 sayılı Kanunun Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilen 16 ncı ve 8/6/1949 tarihli ve 5434 sayılı Kanunun ek 71 inci maddeleri uyarınca ve sözleşmeli olarak çalıştıkları kurumun özel kanunundaki hükümler nedeniyle T.C. Emekli Sandığı ile ilgilendirilmiş olanların söz konusu hizmetleri, bu Kanuna tâbi olarak geçmiş sayılır.

Bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten önce 8/6/1949 tarihli ve 5434 sayılı Kanuna tâbi olan iştirakçilerin, bu Kanuna göre belirlenen prime esas kazanç matrahı ile 8/6/1949 tarihli ve 5434 sayılı Kanuna göre keseneğe tâbi kazançları arasındaki matrah farkına ait sigorta primi iki yıl süre ile kurumlarınca karşılanır.

8/9/1999 tarihi ile bu Kanunun yürürlük tarihi arasında T.C. Emekli Sandığı iştirakçisi olanlardan, 8/6/1949 tarihli ve 5434 sayılı Kanunun 32 nci maddesine göre fiilî hizmet sürelerine zam yapılanların yaş hadlerinden, eklenilen sürenin, üç yıldan çok olmamak üzere, yarısı indirilir.

Kamu görevlilerinden personel kanunlarına göre aylıksız izinli sayılanlardan, aylıksız izinli olarak geçen süreleri esnasında isteğe bağlı sigortalılık primi ödemeyenlerin, istekleri halinde başvuru tarihindeki prime esas kazanç tutarı üzerinden % 32 oranında hesap edilecek primleri defaten ödemeleri halinde, aylıksız geçen izin süreleri hizmet sürelerine eklenir.

Bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten önce ek göstergeli veya daha yüksek ek göstergeli görevlere atanan T.C. Emekli Sandığı iştirakçilerinin bu Kanunun yürürlüğe girmesinden sonra bu görevlerde geçen süreleri, 8/6/1949 tarihli ve 5434 sayılı Kanunun ek 68 inci maddesi ile ek 73 üncü maddesinde belirtilen sürelerin doldurulmasında dikkate alınır.

Bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihte, Emniyet Hizmetleri sınıfında çalışmakta olanlarla daha önce bu sınıflarda çalışmış bulunan personelden halen 4 üncü madde kapsamında çalışmaya devam edenlerin istekleri halinde; 4 üncü maddenin üçüncü fıkrasının (e) bendinde belirtilen okullarda geçen başarılı eğitim süreleri, ilgilinin talep tarihindeki en az aylık alan komiser yardımcısının prime esas kazancı üzerinden sigortalı prim hissesi kendilerince,

işveren prim hissesi de kurumlarınca verilmek suretiyle borcun tebliğ edildiği tarihten itibaren dört yıl içinde eşit taksitler halinde ödenir.

Bu Kanunun yürürlük tarihinden önce, seçimler neticesinde belediye başkanı olarak görev yapmış olup, bu Kanunun yürürlük tarihinden önce 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanunu haricindeki diğer sosyal güvenlik kanunlarına göre malûllük veya yaşlılık aylığı almakta olanlardan; 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı

Kanununun mülga 39 uncu maddesine göre aylık bağlanması şartlarını haiz olanlara, bu Kanunun yürürlük tarihinden itibaren, bu kişilerden bu Kanunun yürürlük tarihi itibarıyla 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanununun mülga 39 uncu maddesine göre aylık bağlanması şartlarını haiz olmayanlara ise bu şartları haiz oldukları tarihten itibaren 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanununun ek 68 inci maddesinde belirtilen şartlar da dikkate alınarak, emsali belediye başkanının almakta olduğu makam tazminatı ve buna bağlı olarak temsil veya görev tazminatı tutarı, bu Kanunun geçici 1 inci maddesi çerçevesinde almakta oldukları malûllük veya yaşlılık aylıklarına ilave edilmek suretiyle ödenir. Bu Kanunun yürürlük tarihinden önce seçimler neticesinde belediye başkanı olarak görev yapmış olup, bu Kanuna göre sigortalı iken malûllük veya yaşlılık aylığı bağlananlardan; 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanununun mülga 39 uncu maddesine göre aylık bağlanması şartlarını haiz olanlara bu Kanunun geçici 2 nci maddesi hükümleri de dikkate alınarak bu fıkra da belirtilen şartlar dahilinde söz konusu tazminatlar aylıklarına ilave edilmek suretiyle ödenir. Bu Kanunun yürürlük tarihinden önce seçimler neticesinde belediye başkanı olarak görev yapmış olanlardan ölenlerin bu Kanunun 32 nci maddesinde belirtilen şartlara sahip olmaları halinde, 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanununun ek 68 inci maddesinde belirtilen şartlar da dikkate alınarak, hak sahiplerine bu Kanunun 34 üncü, geçici 1 inci ve geçici 2 nci maddeleri hükümlerine göre söz konusu tazminatlar bu Kanunun yürürlük tarihinden önce ölenler için bu Kanunun yürürlük tarihinden itibaren, bu Kanunun yürürlük tarihinden sonra ölenler için ise ölüm tarihinden itibaren ölüm aylıklarına eklenmek suretiyle ödenir. Bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten önce seçimler neticesinde belediye başkanı olarak görev yapmış olanlardan; malûllük aylığı almakta olanlar ile malûllük aylığına hak kazanacaklar 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanununun mülga 39 uncu maddesinde belirtilen aylık bağlamaya ilişkin şartlar dikkate alınmaksızın yukarıda belirtilen tazminat haklarından yararlandırılır.

Toptan ödeme ve ihya geçiş hükümleri

GEÇİCİ MADDE 5- Bu Kanuna göre yapılacak toptan ödemelerin, bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten önceki hizmet sürelerine ait bölümü, bu Kanunla bazı maddeleri yürürlükten kaldırılan ilgili kanun hükümlerine göre bu Kanunun yürürlük tarihi itibarıyla hesaplanarak, bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarih ile toptan ödemenin yapılmasına ilişkin yazılı istek tarihine kadar geçen yıllar için her yılın güncelleme katsayısı ile çarpılarak bulunan tutar, bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten sonraki süreler için bu Kanuna göre hesaplanan toptan ödeme tutarına ilave edilerek ödenir.

Bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten önce toptan ödeme yapılarak tasfiye edilen hizmetlerin 31 inci, 36 ncı ve 41 inci maddelere göre ihyasında veya borçlanılmasında, bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarih itibarıyla bu Kanunla bazı maddeleri yürürlükten kaldırılan ilgili kanunun hükümlerine göre hesaplanan tutarı, bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarih ile ihya talebine ilişkin yazılı istek tarihi arasında geçen yıllar için, her yılın güncelleme katsayısı ile çarpılarak bulunan değeri dikkate alınır.

Bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten önce 8/6/1949 tarihli ve 5434 sayılı Kanunun mülga 87 nci maddesinde sayılan sebepler nedeniyle görevlerinden ayrılan, kurumlarınca malûllük ve yaş haddi dahil re'sen emekliye sevk edilen ve ölenlerden; kesenek iadesi veya toptan ödeme yapılmak suretiyle hizmetleri tasfiye edilmiş veya bu süreleri hariç tutularak aylık bağlanmış veya bu sürelerle birlikte aylığa hak kazanmış olanların, kendileri veya dul ve yetimlerinin bu Kanunun 31 inci ve 41 inci maddelerinde belirtilen esaslara göre hesaplanacak olan meblağı, aynı maddedeki şartlarla Kuruma ödemeleri halinde, paranın ödendiği tarihi takip eden ay başından itibaren kendilerine veya bu tarihte aylığa müstahak dul ve yetimlerine aylık bağlanır veya bağlanmış aylıkları düzeltilir. Ancak bu kişilere emekli ikramiyesi ödenmez.

Kesenek veya toptan ödemeleri zamanaşımına uğramış olması nedeniyle hizmetleri tasfiye edilmiş olanların, tasfiye edilmiş süreleri bu Kanuna göre birleştirilecek hizmetlerden kabul edilir.

506 sayılı Kanuna ilişkin geçiş hükümleri

GEÇİCİ MADDE 6- 17/7/1964 tarihli ve 506 sayılı Kanuna göre 1/4/1981 tarihinden önce malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortalarına tescil edilmiş olanlar hakkında, bu Kanunun 38 inci maddesinin ikinci fıkrasındaki sigortalılık süresinin 18 yaşın doldurulduğu tarihten başlayacağına ilişkin hükmü uygulanmaz.

506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanununun mülga ek 24 üncü maddesinde sayılan kurum ve kuruluşlarca, Kuruma ödenmeyen sosyal yardım zamları, Hazine tarafından ilgili kurum ve kuruluşlardan tahsil edilmek üzere Kuruma ödenir.

17/7/1964 tarihli ve 506 sayılı Kanun hükümlerine göre yapılmış olan işyeri tescilleri, bu Kanun hükümlerine göre yapılmış sayılır. Kamu idarelerinden bu şekilde işyeri tescili bulunmayanlar, 11 inci maddede belirtilen işyeri bildirgesini bu Kanunun yürürlük tarihinden itibaren onbeş gün içinde Kuruma vermek zorundadır. İşyeri bildirgesinin bu süre içinde Kuruma verilmemesi durumunda, 102 nci maddenin (b) bendi gereğince idarî para cezası uygulanır.

506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanununun mülga 86 ncı maddesi hükmüne göre topluluk sigortasına tâbi olanların ödedikleri iş kazası, meslek hastalığı, hastalık, analık, malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları primleri genel sağlık sigortası dahil bu Kanuna göre ödenmiş sayılır. Bu süreler yatırıldıkları sigorta kolları bakımından başlangıç süresi ve prim ödeme gün sayısı olarak kabul edilir.

Bu Kanunun yürürlük tarihi itibarıyla 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanununun mülga 86 ncı maddesine göre malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları bakımından topluluk sigortasına devam edenler, bu Kanunun 4 üncü maddesi kapsamında durumları değerlendirilerek, durumlarına uyan bent kapsamında sigortalı sayılırlar. Bunların kendileri veya işverenleri tarafından verilmesi gereken belgeler en geç üç ay içinde Kuruma verilmek zorundadır.

506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanununun mülga 96 ncı maddesinin ikinci fıkrasına göre Sosyal Sigortalar Kurumuna devir olan sandıklardan 23/1/1968 tarihli ve 991 sayılı Kanunun geçici 2 nci maddesine göre bağlanmış emekli, adi malûllük veya vazife malûllüğü aylıkları ile 23/1/1968 tarihli ve 991 sayılı Kanunun geçici 1 inci maddesinin birinci fıkrasına göre Kurumca bağlanan aylıklarla dul ve yetim aylıkları (aylık alan tek kişi de olsa) toplamı, net asgarî ücretin % 70'inden aşağı olamaz.

Aylık bağlama şartları bakımından bu Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamında sigortalı sayılarak aylık bağlanacaklar için;

- a) 28 inci maddenin ikinci fıkrasının (a) bendinde belirtilen 9000 günlük süre ilk defa;
 - 1) 1/1/2007 ilâ 31/12/2007 tarihleri arasında sigortalı sayılanlar için 7100 gün olarak,
 - 2) 1/1/2008 tarihinden itibaren sigortalı sayılanlar için ise her takvim yılı başında 7100 güne 100 gün eklenmek suretiyle 9000 günü geçmemek üzere,
- b) 28 inci maddenin üçüncü fıkrasında belirtilen 5400 günlük süre ilk defa;
 - 1) 1/1/2007 ilâ 31/12/2007 tarihleri arasında sigortalı sayılanlar için 4600 gün olarak,
 - 2) 1/1/2008 tarihinden itibaren sigortalı sayılanlar için ise her takvim yılı başında 4600 güne 100 gün eklenmek suretiyle 5400 günü geçmemek üzere,
- c) 28 inci maddenin dördüncü fıkrasında belirtilen 3960 günlük süre ilk defa;
 - 1) 1/1/2007 ilâ 31/12/2007 tarihleri arasında sigortalı sayılanlar için 3700 gün olarak,
 - 2) 1/1/2008 tarihinden itibaren sigortalı sayılanlar için ise her takvim yılı başında 3700 güne 100 gün eklenmek suretiyle 3960 günü geçmemek üzere,
- d) 28 inci maddenin beşinci fıkrasının (a) bendinde belirtilen 4320 günlük süre ilk defa;
 - 1) 1/1/2007 ilâ 31/12/2007 tarihleri arasında sigortalı sayılanlar için 3700 gün olarak,
 - 2) 1/1/2008 tarihinden itibaren sigortalı sayılanlar için ise her takvim yılı başında 3700

güne 100 gün eklenmek suretiyle 4320 günü geçmemek üzere,

e) 28 inci maddenin beşinci fıkrasının (b) bendinde belirtilen 4680 günlük süre ilk defa;

1) 1/1/2007 ilâ 31/12/2007 tarihleri arasında sigortalı sayılanlar için 4100 gün olarak,

2) 1/1/2008 tarihinden itibaren sigortalı sayılanlar için ise her takvim yılı başında 4100 güne 100 gün eklenmek suretiyle 4680 günü geçmemek üzere,

uygulanır.

506, 1479, 5434, 2925, 2926 sayılı kanunlara ilişkin ortak geçiş hükümleri

GEÇİCİ MADDE 7- 17/7/1964 tarihli ve 506 sayılı, 2/9/1971 tarihli ve 1479 sayılı, 17/10/1983 tarihli ve 2925 sayılı, bu Kanunla mülga 17/10/1983 tarihli ve 2926 sayılı, 8/6/1949 tarihli ve 5434 sayılı kanunlar ile 17/7/1964 tarihli ve 506 sayılı Kanunun geçici 20 nci maddesine göre sandıklara tâbi sigortalılık başlangıçları ve hizmet süreleri, fiilî hizmet süresi zammı, itibarî hizmet süreleri, borçlandırılan süreler ve sigortalılık süreleri bu Kanun kapsamında geçmiş sayılır.

Kamu görevlilerinden borçlandırıldıkları paralardan ödenmeyen kısmı var ise, prime esas kazanç tutarlarından sigortalı hissesi oranında işverenleri tarafından aylıklarından tahsil edilerek Kuruma ödenir.

Türk vatandaşı olarak borçlanma talebinde bulunan ve kendilerine emekli aylığı bağlanan sigortalıların sonradan ıskat dışında başka bir devlet vatandaşlığını kazanmaları halinde de aylıkları ödenir.

Aylıkların hesabında 41 inci maddeye ve 8/5/1985 tarihli ve 3201 sayılı Kanuna göre yapılan borçlanmaların bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten önceki sürelerle ait kazançları, bu Kanunla yürürlükten kaldırılan ilgili kanun hükümlerine göre değerlendirilir. Ancak, bu Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamında bulunan sigortalılar için bu Kanunun yürürlük tarihinden önceki dönemlere ait süreler, bu Kanunun yürürlük tarihinden sonra borçlanılması halinde de 41 inci madde ve 8/5/1985 tarihli ve 3201 sayılı Kanun hükümleri uygulanır.

1479 sayılı Kanuna ilişkin geçiş hükümleri

GEÇİCİ MADDE 8- 2/9/1971 tarihli ve 1479 sayılı Kanun kapsamında sigortalılık niteliği taşıdığı halde, bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten önce kayıt ve tescilini yaptırmamış olanların sigortalılık hak ve yükümlülüğü, bu Kanunun yürürlük tarihinden itibaren iki yıl içinde kayıt ve tescil yaptırmadıkları takdirde düşer.

Bu Kanunun yürürlük tarihinden önce 2/9/1971 tarihli ve 1479 sayılı Kanuna tâbi iken, daha sonradan T.C. Emekli Sandığı iştirakçisi olup vergi yükümlülüğü devam etmesi nedeniyle 2/9/1971 tarihli ve 1479 sayılı Kanuna tâbi sayılan kişilerin bu Kanunun yürürlük tarihinden itibaren bir yıl içinde müracaatları halinde T.C. Emekli Sandığı iştirakçisi sayıldığı tarihten itibaren Bağ-Kur sigortalılığı sona erdirilerek bunlar hakkında 8/6/1949 tarihli ve 5434 sayılı Kanun hükümleri uygulanır.

Bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten önce 1479 sayılı Kanunun 53 üncü maddesi gereğince İcra ve İflas Kanununa göre başlatılmış olan icra takipleri anılan kanun hükümlerine göre takip edilerek sonuçlandırılır.

Emeklilik yaşına ilişkin bazı geçiş hükümleri

GEÇİCİ MADDE 9- 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamında olup da 8/9/1999 tarihinden bu Kanunun yürürlük tarihine kadar ilk defa sigortalı sayılanlar; kadın ise 58, erkek ise 60 yaşını doldurmak ve 7000 gün malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları primi ödemiş olmak şartıyla veya kadın ise 58, erkek ise 60 yaşını doldurmak ve 25 yıldan beri sigortalı bulunmak ve en az 4500 gün malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları primi ödemiş olmak şartıyla yaşlılık aylığından yararlanırlar.

4 üncü maddenin birinci fıkrasının (b) bendi kapsamında olup da 8/9/1999 tarihinden bu Kanunun yürürlük tarihine kadar ilk defa sigortalı sayılanlar; kadın ise 60, erkek ise 62 yaşını doldurmak ve en az onbeş tam yıl malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları primi

ödemek şartıyla kısmî yaşlılık aylığından yararlanırlar.

17/10/1983 tarihli ve 2925 sayılı Kanun kapsamında sigortalı olup da 8/9/1999 tarihinden bu Kanunun yürürlük tarihine kadar ilk defa sigortalı sayılanlar; kadın ise 58, erkek ise 60 yaşını doldurmak ve onbeş yıldan beri sigortalı olup 3600 gün malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları primi ödemek şartıyla yaşlılık aylığından yararlanırlar.

Bu Kanunun yürürlük tarihinden önce bazı hükümleri yürürlükten kaldırılan 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanununa göre sigortalı sayılanlardan;

a) En az 20 yıldan beri Bakanlıkça tespit edilen maden işyerlerinin yeraltı işyerlerinde sürekli çalışan ve bu işlerde en az 5000 gün malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları primi ödeyen sigortalılara yazılı talepleri halinde 28 inci maddenin ikinci fıkrasının (a) bendindeki yaş şartları aranmaksızın yaşlılık aylığı bağlanır.

b) En az 25 yıldan beri Bakanlıkça tespit edilen maden işyerlerinin yeraltı işyerlerinde yeraltı münavebeli işlerinde çalışan ve bu işlerde en az 4000 gün malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları primi ödeyen sigortalılara da 28 inci maddenin ikinci fıkrasının (a) bendindeki yaş şartları aranmaksızın 8100 gün prim ödemiş sigortalılar gibi yaşlılık aylığı bağlanır.

c) 50 yaşını dolduran ve malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortalarına tâbi çalışmalarının en az 1800 gününü Bakanlıkça tespit edilen maden işyerlerinin yeraltı işlerinde geçirmiş olan sigortalılara da birinci fıkrada belirtilen diğer şartlarla yaşlılık aylığı bağlanır.

Bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten önce sigortalı olanların, bu Kanunun yürürlük tarihinden sonra dördüncü fıkrada belirtilen şekilde geçen prim ödeme gün sayılarına, her bir yıl için 90 gün fiilî hizmet süresi zammı eklenir.

506 sayılı Kanunun malûllük, sakatlık hükümleri ile sosyal güvenlik destek primi ödemesi geçiş hükümleri

GEÇİCİ MADDE 10- 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamında olup bu Kanunun yürürlük tarihinden önce ilk defa sigortalı olanlardan, sigortalı olarak ilk defa çalışmaya başladığı tarihten önce 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanununun mülga 53 üncü maddesine göre malûl sayılmayı gerektirecek derecede hastalık veya özürü bulunan ve bu nedenle malûllük aylığından yararlanamayan sigortalılar, yaşları ne olursa olsun en az onbeş yıldan beri sigortalı bulunmak ve en az 3600 gün malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları primi ödemiş olmak şartıyla yaşlılık aylığından yararlanırlar.

Bu Kanunun yürürlük tarihinden önce sakatlığı nedeniyle vergi indiriminden yararlanmaya hak kazanmış durumda olan sigortalılar hakkında, 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanununun mülga 60 ncı maddesinin (C) bendinin (b) alt bendi ve geçici 87 nci maddesine göre işlem yapılır.

Bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten önce sakatlığı nedeniyle vergi indiriminden yararlananlardan yaşlılık aylığı bağlananların aylıklarının kesilmesi ve tekrar bağlanmasında bu Kanunun yürürlük tarihinden önceki hükümler geçerlidir.

Birinci ve ikinci fıkraya göre bağlanan aylıkların aylık bağlama oranı, 5400 gün üzerinden hesaplanan orandan az olamaz.

27 nci maddenin ikinci fıkrasındaki malûllük aylığı alt sınırı ile 33 üncü maddesinin ikinci fıkrasındaki ölüm aylığı alt sınırı 17/10/1983 tarihli ve 2925 ve bu Kanunla mülga 17/10/1983 tarihli ve 2926 sayılı Kanunlara göre bağlanacak malûllük ve ölüm aylıklarında, aynı kanunlar gereği bağlanan yaşlılık aylığı ile kıyaslanarak uygulanır.

Yukarıdaki fıkrada belirtilen alt sınır aylıklarının hesabında, 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanununun mülga 92 nci maddesinin ikinci fıkrasına göre belirlenen yarım aylıklar ile aynı Kanunun mülga 96 ncı maddesinin beşinci fıkrası hükmüne göre alt sınır aylığı uygulanmayan aylıklar ile sosyal güvenlik sözleşmeleri gereğince bağlanan kısmî aylıklar dikkate alınmaz.

27/4/2005 tarihli ve 5335 sayılı Kanunun 30 uncu maddesinde belirtilenler hariç olmak üzere bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten önce mevcut sosyal güvenlik kurumlarından

yaşlılık veya emekli aylığı alıp, bu tarih itibarıyla bu Kanuna tâbi çalışmayı sürdürecekler hakkında 30 uncu madde hükümleri uygulanır.

Sigortalı tesciline, sigorta sicil numarasına ve dış temsilciliklerdeki görevlilere ilişkin geçiş hükümleri

GEÇİCİ MADDE 11- Bu Kanun yürürlüğe girmeden önce mevcut sosyal güvenlik kurumlarında tescili yapılan sigortalılar ile bunların hak sahipleri için ortak bilgi bankası oluşturulur. Bu sigortalılar ile sisteme yeni katılacak sigortalıların tescilinde, Türkiye Cumhuriyeti kimlik numaraları sosyal güvenlik sicil numarası olarak esas alınır. Ayrıca vergi mükellefi olan sigortalıların vergi numaraları da sosyal güvenlik sicil numaraları ile birlikte kayıt altına alınır ve işlemlerde birlikte kullanılır.

Sigortalıların eski sigorta sicil numaraları, bu Kanuna göre tescil edilecekleri tarihe kadar kullanılmaya devam edilir.

Bu Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (b) ve (c) bentleri kapsamında olan sigortalıların, bu Kanunun 17 nci maddesine göre hesaplanacak günlük kazançlarında; bu Kanunun yürürlük tarihinden sonraki sürelerle ait prime esas kazanç hesabında dikkate alınan unsurlar, bu Kanunun yürürlük tarihinden önceki sürelerle ait prime esas kazanç hesabında da dikkate alınır.

Bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihte dış temsilciliklerde görevli sigortalı veya genel sağlık sigortalısı personelden, temsilciliğin bulunduğu ülkede sürekli ikamet iznini veya bu devletin vatandaşlığını da haiz olanlar, uluslararası sosyal güvenlik sözleşmelerindeki hükümler saklı kalmak üzere ve Dışişleri Bakanlığının olumlu görüşünün alınması şartıyla bulunduğu ülkenin sosyal güvenlik kurumları ile irtibatlandırılabilirler.

Genel sağlık sigortası geçiş hükümleri

GEÇİCİ MADDE 12- Bu Kanunun uygulamasında sağlık hizmeti sunucularının sigortalılık kontrolü ve diğer provizyon işlemlerini elektronik ortamda yapmaya başlaması için gerekli altyapının kurulmasına kadar, sağlık bilgilerinin yazılı olarak tutulmasına başlanır ve sağlık belgesinin veya sağlık karnesinin Kurumca verilmesine devam edilir.

Mevcut sosyal güvenlik kurumlarının, kamu idarelerinin sağlık hizmetlerinin sağlanmasına ilişkin görevleri, yürürlükten kaldırılan kanunlardaki hak ve yükümlülükler çerçevesinde ilgili kayıt ve işlemler Kurum tarafından devralınan tarihe kadar devam eder. Ancak bu süre altı ayı geçemez.

Kişilerin yürürlükten kaldırılan kanun hükümleri gereğince hak ettikleri sağlık hizmetleri, bu Kanun hükümleri gereğince kapsama alınmamış ise tedavi tamamlanıncaya kadar yürürlükten kaldırılan kanun hükümlerine göre Kurumca sağlanmaya devam edilir. 67 nci madde gereği hesaplanan 30 günün hesabında kişilerin lehine olan durum uygulanır. Genel sağlık sigortalısının ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten önce başlayan, ancak, bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten sonra faturalandırılan tedavi giderleri Kurum tarafından karşılanır.

60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (d) ve (g) bentleri gereğince sigortalı sayılanlar, bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten itibaren en geç iki yıl içinde bildirimlerini yapmak zorundadır. Ancak, aile hekimliği uygulamasına başlanan illerde, bu kişiler iki yıllık süreye bakılmaksızın genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişi olarak kapsama alınır.

Aile hekimleri tarafından başlatılan sevk zincirine uygun olarak alınan sağlık hizmetlerinde 68 inci maddenin ikinci fıkrasında belirtilen katılım payları, üç yıl süreyle % 50 oranında azaltılarak uygulanabilir.

70 inci maddenin birinci fıkrası gereği yapılacak belirlemeler, bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten itibaren en geç bir yıl içinde tamamlanır. Bu süre içerisinde 70 inci maddenin ikinci ve üçüncü fıkralarının uygulanmasını il ve ilçe bazında ertelemeye, Sağlık Bakanlığı yetkilidir.

İlgili kanunları gereği tedavi yardımları karşılanan kişiler, bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihte herhangi bir işleme gerek kalmaksızın, bu Kanun açısından genel sağlık sigortalısı veya genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi sayılır. Bu kişilerin durumlarında değişiklik oluncaya kadar, sağlık hizmetlerinden yararlanma koşulları açısından bu Kanun hükümleri uygulanmaz. Bu kişilerin sigortalı ve sigortalının bakmakla yükümlü olduğu kişilere ilişkin bilgileri ilgili kurumlar tarafından bu Kanunun yürürlük tarihinden itibaren en geç üç ay içinde Kuruma bildirilir.

211 sayılı Türk Silâhlı Kuvvetleri İç Hizmet Kanununun, bu Kanuna aykırı hükümleri, bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten itibaren bir yıl süreyle uygulanır.

17/10/1983 tarihli ve 2925 sayılı Kanun kapsamında sigortalılık hali devam eden sigortalılar ile bunların sağlık yardımına müstahak eş ve çocukları, genel sağlık sigortası hükümlerine göre sağlanan sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanma hakkına sahiptir.

Bu Kanunun 67 nci maddesinin birinci fıkrasının (b) bendi gereği aranan şart, bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten sonra tahakkuk eden prim borçları için uygulanır.

4046 sayılı Kanunun uygulanmasına ilişkin geçiş esasları

GEÇİCİ MADDE 13- 24/11/1994 tarihli ve 4046 sayılı Kanunun 21 inci maddesi kapsamında iş kaybı tazminatı alanlar 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamında sigortalı ve genel sağlık sigortalısı sayılır, ancak iş kazası ve meslek hastalığı sigortasına tâbi değildir.

Sigortalıların sigortalı olduklarını ayrıca Kuruma bildirme sorumlulukları yoktur.

Türkiye İş Kurumu tarafından ilk iş kaybı tazminatının ödendiği tarihi takip eden ay sonu itibarıyla, iş kaybı tazminatı alanlara ilişkin primlerin aktarıldığı anda sigortalı bildirimi ve tescili yapılmış sayılır.

Bu kapsamdakilerin sigortalılıkları iş kaybı tazminatı ödeme süresinin bittiği tarihte sona erer. İş kaybı tazminatı sona erenler için bu Kanunun 9 uncu maddesinin dördüncü fıkrası uygulanmaz.

İş kaybı tazminatından yararlananlar için Türkiye İş Kurumu prim ödeme yükümlüsü olmakla birlikte bu Kanun kapsamında işyeri ve işveren sayılmaz.

Yürürlük

MADDE 108- Bu Kanun 1/1/2007 tarihinde yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 109- Bu Kanun hükümlerini Bakanlar Kurulu yürütür.

Ek-2: Yeşil Kart Kanunu

ÖDEME GÜCÜ OLMAYAN VATANDAŞLARIN TEDAVİ GİDERLERİNİN YEŞİL KART VERİLEREK DEVLET TARAFINDAN KARŞILANMASI HAKKINDA KANUN

Kanun Numarası : 3816

Kabul Tarihi : 18.6.1992

Yayımlandığı R Gazete : Tarih : 3.7.1992 Sayı : 21273

Yayımlandığı Düstur : Tertip : 5 Cilt : 31 Sayfa : 199

Amaç

Madde 1 – Bu Kanunun amacı, hiç bir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında olmayan ve sağlık hizmetleri giderlerini karşılayacak durumda bulunmayan Türk vatandaşlarının bu giderlerinin, Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçilinceye kadar Devlet tarafından karşılanması ve bu hususta uyulacak usul ve esasların belirlenmesidir.

Kapsam

Madde 2 –(Değişik: 14/7/2004 – 5222/1 md.)

Bu Kanun; hiçbir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında bulunmayan ve bu Kanunun öngördüğü usul ve esaslar çerçevesinde belirlenecek aylık geliri veya aile içindeki gelir payı 4857 sayılı İş Kanununa göre belirlenen asgari ücretin vergi ve sosyal sigorta primi dışındaki miktarının 1/3'ünden az olan ve Türkiye'de ikamet eden Türk vatandaşlarının;

a) Türkiye'deki yataklı tedavi kurumlarında yatarak görecekları tedavi hizmetlerini ve her türlü masraflarını,

b) Türkiye'deki sağlık kurum ve kuruluşlarında ayakta tedavi kapsamında görecekları muayene, tetkik, tahlil, pansuman, diş çekimi ile diş protez ve gözlük hizmetlerini ve ilaç bedellerini,(1)

c) Doksan günün aşılması kaydıyla Yeşil Kart hamili anne ve/veya babanın yeni doğan bebeğinin Yeşil Kartı çıkarılıncaya kadar, acil tıbbi müdahale ve tedavi gerektiren ve annenin doğum yaptığı hastanedeki tedavi giderleri ile sevk edildikleri sağlık kurum ve kuruluşlarında uygulanan yatarak ve ayakta tedavileri ve bunların giderlerini,

d) Doksan günün aşılması kaydıyla acil tıbbi müdahale ve tedavi gerektirdiği için hastaneye yatırılan hastaların yeşil kart çıkarılıncaya kadar hastanede yapılan tüm masraflarını,

e) Tedavi hizmetlerini verecek kurum ve kuruluşları,

Kapsar.

Ancak, herhangi bir sağlık güvencesi altında olanlara bağımlı olarak sağlık hizmetlerinden yararlanması gerekenler, silah altında bulunanlar ve sağlık güvencesi olan yüksek öğrenim öğrencileri bu Kanun kapsamı dışındadır.

Birinci fıkradaki miktarı üç katına kadar artırmaya Bakanlar Kurulu yetkilidir.

Temel ilke ve esaslar

Madde 3 – a) Bu Kanun kapsamına giren vatandaşlara bu Kanunun öngördüğü tedavi hizmetlerinden (...) (1) yararlanmaları amacıyla birer "Yeşil Kart" verilir.

b) Aylık gelir veya gelir payları artarak ikinci maddede belirtilen miktarın üzerine çıktığı anlaşılanların bu Kanunla öngörülen hakları sona erer ve kendilerine verilen Yeşil Kart geri alınır.

c) Özel kanunlarla sağlık hizmetlerinden ücretsiz faydalanması öngörülen vatandaşlara, talepleri halinde, hiçbir soruşturma ve araştırmaya gerek kalmaksızın Yeşil Kart verilir.

(1) Bu bendin uygulanması ile ilgili olarak 31/12/2005 tarihli ve 26040 Mükerrer sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan 2006 Yılı Merkezi Yönetim Bütçe Kanununun 32 nci maddesine bakınız.

(2) Bu arada yer alan “hiçbir ücret ve bedel ödemeksizin“ ibaresi, 21/4/2005 tarihli ve 5335 sayılı Kanunun 29 uncu maddesiyle yürürlükten kaldırılmıştır.

Sayfa 1

Aylık gelir veya gelir paylarının hesaplanması

Madde 4 – Bu Kanunun uygulanmasında; ikinci maddede öngörülen aylık gelir veya gelir payı, aynı hanede yaşayan eş, ana, baba ve çocuklar ile üçüncü dereceye kadar hısımların gelirleri esas alınarak hesaplanır.

Yukarıdaki fıkrada belirtilen hane halkı gelirin hesaplanmasında herbir kişinin;

a) Hizmet karşılığı olarak ücret veya yevmiye gibi nakdi gelirleri,

b) Nakdi tarım gelirlerinin tutarı,

c) Menkul veya gayrimenkul kira, faiz ve temettü gelirleri,

d) Devletten, özel teşebbüslerden veya başka kişi ve kuruluşlardan elde ettikleri nakdi transfer ve hibe gelirleri,

e) Yukarıdaki bendlerde belirtilen türlerden aynı gelirleri,

Gözönünde tutulur.

Hane halkının herbirinin yukarıdaki fıkraya göre elde ettikleri nakdi ve aynı bütün gelirlerinin toplamı hanede yaşayan hısımların sayısına bölünerek herbirinin gelir payının ikinci maddede belirtilen miktarın altında olup olmadığı tespit edilir.

Yüksek Sağlık Koordinasyon Kurulu

Madde 5 – Ekonomi işlerinden sorumlu Devlet Bakanının başkanlığında İçişleri, Maliye ve Gümrük, Sağlık ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlarından oluşan Yüksek Sağlık Koordinasyon Kurulu kurulmuştur.

Kurul;

a) Sağlık hizmetlerinin fert başına yıllık ortalama sağlık harcamaları miktarını tespit etmek,

b) Tespit edilecek miktara göre bütçeye konulacak ödeneği belirlemek,

c) Kanun kapsamına giren kişilerin tedavilerinin, kamuya ait tedavi kurumları ile özel sağlık kuruluşları ve sosyal güvenlik kuruluşlarıyla işbirliği yapılarak düzenli yürütülmesini sağlamak,

İle görevlidir.

Yüksek Sağlık Koordinasyon Kurulunun sekreteryası hizmetleri Sağlık Bakanlığınca yürütülür. Kurul, en az altı ayda bir toplanır.

İl ve ilçelerde sağlık güvencesi tespiti

Madde 6 – Bu Kanuna göre sağlık hizmetlerinden yararlanmak isteyen kişilerin talepleri, bu Kanundaki esas ve usullere göre, illerde il idare kurulu, ilçelerde ilçe idare kurulu tarafından değerlendirilerek karara bağlanır.

Bilgi işlem ve araştırma yetkisi

Madde 7 – Altıncı maddede öngörülen kurullar, görevlerini yerine getirirken her türlü resmi ve özel kurum ve kuruluşlardan, bankalardan ve talep sahiplerinden bilgi ve belge istemeye, gerekli araştırmaları yapmaya ve talep sahibi ilgililerin ikamet ettiği köy ve mahallelerin muhtarlarını kurul toplantılarına çağırma yetkilidirler.

Köy ve mahalle ihtiyar heyetleri, muhtarlar, jandarma ve emniyet görevlileri, gerektiğinde talep sahiplerinin durumlarını araştırarak yönetmelikte belirtilen esas ve usullere göre il ve ilçe idare kurullarına bildirirler.

Yeşil Kartın ve sağlık hizmetlerinin verililişi

Madde 8 – Yeşil kart, gerekli araştırma ve incelemeler yapıldıktan sonra, il ve ilçe idare kurullarının kararı üzerine valilik ve kaymakamlıkça hak sahiplerine verilir.

Mali kaynak ve ödeme

Madde 9 – Bu Kanuna göre sağlanacak sağlık hizmetlerinin bedelini karşılamak üzere Sağlık Bakanlığı bütçesine yeterli ödenek konulur. Bu ödeneğin miktarı, Yeşil Karttan yararlanacak olanların sayısı ile Yüksek Sağlık Koordinasyon Kurulu'nun kişi başına yıllık olarak belirleyeceği ortalama sağlık gideri esas alınarak tespit edilir.

Yataklı tedavi kurumları, bu Kanun kapsamına giren kişilere verdikleri sağlık hizmetlerinin ücret ve bedellerini Sağlık Bakanlığına fatura ederler. Ödeme, Sağlık Bakanlığınca gerçekleştirilir. (1)

(Mülga üçüncü fıkra: 17/9/2004-5234/33 md.)

Cezai müeyyideler

Madde 10 – (Değişik:14/7/2004 – 5222/2 md.)

Bu Kanun kapsamına girecek durumda olmadığı halde gerçek dışı beyan veya gerçeğin gizlenmesi suretiyle Yeşil Kart alarak ücretsiz tedaviden yararlananlar ve yararlandırılanlar ile aylık geliri veya gelir payı bu Kanun kapsamı dışına çıkmayı gerektirmesine rağmen Yeşil Karttan yararlanmaya veya yararlandırmaya devam edenlere yapılan harcamalar kendilerinden, velilerinden veya kanunen bakmakla yükümlü bulunan yakınlarından iki misli olarak geri alınır ve bu belgeleri kullanan ve düzenleyenler hakkında ayrıca genel hükümlere göre ceza kovuşturması yapılır.

Yeşil Kart sahibine verilen tedavi hizmetlerinin bedellerini gösteren fatura ve benzeri belgelerin gerçeğe aykırı olarak düzenlenmesi suretiyle fazla ödemeye sebebiyet verilmesi halinde, fazla ödenen meblağ, belgeyi tanzim edenlerden iki misli olarak geri alınır ve bunlar hakkında genel hükümlere göre ceza kovuşturması yapılır.

Saklı olan hükümler

Madde 11 – Özel kanunlara göre ücretsiz sağlık hizmetlerinden yararlanma hakları olup da bu Kanuna göre Yeşil Kart talebinde bulunmayanların anılan kanunlardan doğan hakları saklıdır.

Bu kanuna göre Yeşil Kart alacak durumda olmayanların ödeme gücünü aşan sağlık hizmetleri ile bu Kanun kapsamında olmayan sağlık hizmetleri ile bu Kanun kapsamında olmayan sağlık hizmetlerinin ücret ve bedellerinin karşılanmasında 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Teşvik Kanununun hükümleri uygulanmaya devam edilir.

Yönetmelik

Madde 12 – 4 üncü maddede öngörülen aylık gelir ve gelir payının belirlenmesine ve 9 uncu madde uyarınca yapılacak ödemelere dair usul ve esaslar ile Yeşil Kartın şekli, sahiplerinin sağlık kurumlarına sevki, bunlara tedavi hizmeti verilmesi, kullanılacak belgelerin şekil ve içeriği ve bu Kanunun uygulanması ile ilgili diğer hususlar; İçişleri, Maliye ve Gümrük ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlıklarının görüşleri alınarak Sağlık Bakanlığınca bir ay içinde çıkarılacak yönetmelik ile düzenlenir.

Geçici Madde 1 – 1992 yılı içinde bu Kanuna göre yapılacak harcamalar, Sağlık Bakanlığının 1992 yılı bütçesinin transfer harcamaları tertibine bu maksatla konulan ödenekten karşılanır.

Geçici Madde 2 – Yeşil kart verilmesine Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleri ile gerice yörelerdeki vatandaşlardan başlanır.

Geçici Madde 3 – Daha önce kendilerine Yeşil Kart verilmiş olanlar, Kanunun yayımı tarihinden itibaren üç ay içerisinde, il ve ilçe idare kurularına başvurarak kayıtlarını yaptırırlar.

Yürürlük

Madde 13 – Bu Kanun yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

Yürütme

Madde 14 – Bu Kanun hükümlerini Bakanlar Kurulu yürütür.

(1) Bu maddede yer alan “en geç 15 gün içerisinde, ödeme emri beklenmeksizin” ibaresi 17/9/2004 tarihli ve 5234 sayılı Kanunun 33 üncü maddesiyle madde metninden çıkarılmıştır.

18/6/1992 TARİHLİ VE 3816 SAYILI ANA KANUNA İŞLENEMEYEN HÜKÜMLER

1) 14/7/2004 tarihli ve 5222 sayılı Kanunun geçici maddesi:

Geçici Madde 1 – Bu Kanunun 1 inci maddesi ile değiştirilen 3816 sayılı Kanunun 2 nci maddesinin (b) ve (c) bentlerinde yer alan hükümler 1.1.2005 tarihine kadar Sağlık Bakanlığınca belirlenen azami üç ilde pilot olarak uygulanır.

**3816 SAYILI KANUNA EK VE DEĞİŞİKLİK GETİREN MEVZUATIN
YÜRÜRLÜĞE GİRİŞ TARİHİNİ GÖSTERİR LİSTE**

Kanun Yürürlüğe

No. Farklı tarihte yürürlüğe giren maddeler giriş tarihi

5222 2,10,İŞlenemeyen Hüküm 21/7/2004

5234 9 1/1/2005

5335 3 27/4/2005

ÖZGEÇMİŞ

21 Mart 1978 tarihi, Yozgat İli Akdağmadeni ilçesi doğumluyum. İlk, Orta ve Lise öğrenimimi Yozgat İli Akdağmadeni ilçesinde tamamladım. Üniversite eğitimimi Manisa ili Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Ebelik Bölümü tamamladım. 2001 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından Ebelik kadrosunda görev yapmak üzere Erzincan İli İliç ilçesi Kuruçay Köyü Sağlık Ocağına atandım. 2002 Yılında Zonguldak İli Karaelmas Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi İşletme Bölümünü kazandığımdan dolayı tayinimi Zonguldak İli Zonguldak Devlet Hastanesine aldırđım. Lisans öğrenimimi 2007 yılında tamamlayarak 2008 yılı Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Ana Bilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı Bölümünde yüksek lisans öğrenimine başladım. Halen Zonguldak Devlet Hastanesi İdari Biriminde Satınalma Birim Sorumlusu olarak görev yapmaktayım. Aynı zamanda Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Meslek Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Hemşirelikte Yönetim dersine dışarıdan katılmaktayım.

Özel ilgi alanlarım, film izlemek, okumak ve okuduklarımı paylaşacağım ortamlar oluşturmaya çalışmaktan oluşuyor.

Yabancı dilim az seviyede İngilizce olup, bekâırım.

Aday:

Nazan AVŞAR