

SOSYAL GÜVENLİK VE SAĞLIK

GENEL SAĞLIK SİGORTASI

Sağlık sigortası hizmetlerinin kimin tarafından sunulacağı ve finansa edileceği kimleri kapsama alacağı önem taşımaktadır. Dünyada bu konuda çeşitli sağlık sigortası modelleri benimsenmiş bir kısmında sağlık sigortası yardımlarından yararlanabilme sağlık sigortası primi ödeme şartına bağlanırken bir kısmında sağlık sigortası giderleri tahsil edilen vergilerle finanse edilerek primsiz hizmet sunulmakta, bir kısmında da sağlık hizmetleri özel sigortacılık kanalıyla sağlanmaktadır. Bu sistemde bireyler özel sigorta şirketleriyle sağlık sigortası sözleşmesi yapmakta alacakları sağlık hizmetlerine karşı prim ödemektedir. Ancak bu sistem saf olarak uygulanmamakta yeri geldiğinde devletinde müdahale ettiği görülmektedir.

Türk Sağlık Sigortası Sistemi sosyal sigortalar kapsamına alınmış olup zorunludur ve tamamen kanun hükümlerine dayanır. Ülkemizde genel sağlık sigortası 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Yasalaştırılıncaya kadar bir çok evrelerden geçmiştir.

Yürürlükten kaldırılan 506,1479 ,2925,gibi sosyal güvenlik kanunlarında sağlık yardımları ve sağlık hizmetleri her Kurumun kendi yasalarına göre sağlanmakta idi. 5510 sayılı Yasanın yürürlüğe girmesi ile birlikte artık bundan böyle sağlık hizmetleri tek Kanun ve tek Kurum eliyle yürütülecektir.

.Herkesin her an karşılaşabileceği bir risk olarak çok önem taşıyan bu sigorta kolu yürürlükten kaldırılan 506 sayılı Yasanın 3.bölümünde” HASTALIK SİGORTASI” adı altında 32-42.maddeleri arasında düzenlenmiştir.

Sigorta Hukuk açısından,” hastalık” sigortalının iş kazası ve meslek hastalığı dışında bedensel ve ruhsal yönden geçici olarak iş göremez duruma düşme hali olarak tanımlanır. Peki bu sigorta kolundan kimler yararlanabilecektir .Bu konu 506 sayılı yasada 8 grup altında incelenebilir.

HASTALIK SİGORTASINDAN YARARLANANLAR,

İlk yararlanıcılar bizzat sigortalının kendisidir. Belli koşulların gerçekleşmesi halinde sigortalılar yararlanır.

İkinci yararlanıcılar sigortalılara bağlı olarak onların eşleri ve geçindirmekle yükümlü oldukları çocukları ana ve babalarıdır.

Üçüncü grup yararlanıcılar ,sürekli iş göremezlik geliri alan,kısmi veya tam sürekli iş göremezlik geliri alanlar ile Mallulük veya Yaşlılık aylığı almakta olanlardır.

Dördüncü grup ;3.gruptakilerin geçindirmekle yükümlü oldukları eş çocuk anne ve babalarıdır.

Beşinci grup ,iş kazası veya meslek hastalığı sigortasından kendilerine gelir bağlanan veya ölüm sigortasından aylık bağlanan eş çocuk anne ve babalarıdır.

Altıncı grup 991 ve 2167 sayılı Kanunlarla Kuruma devredilen Sandıklar mevzuatına göre Mallulük, Vazife Malullüğü veya emekli aylığı almakta olanlar, Yedinci grup altıncı grupta gözetilenlerin ;geçindirmekle yükümlü oldukları eş çocuk anne ve babaları

Sekizinci grup, belirtilen sandıklardan aylık alan eş ve çocuklardır.

HASTALIK SİGORTASININ KAPSAMI

506 sayılı yasanın 33.maddesinde düzenlenmiş olup yapılacak sağlık yardımlarının amacı sigortalının sağlığını koruma, çalışma gücünü yeniden kazandırma ve kendi ihtiyaçlarını görme kabiliyetini artırmayı amaçlar.

Hastalık sigortası kapsamında yapılan yardımları, sağlık yardımları ile parasal yöne ilişkin mali yardımlar olarak iki grupta toplamak mümkündür.

Bu yardımların önemli bölümü Kurumca doğrudan yapılan ve aynı yardımlar olmasına karşın bir bölümü de hastanın yurt içi ve yurt dışına gönderilmesi burada tedavisinin yaptırılması ve bunun yanında yol ve refakatçi giderlerinin karşılanması biçiminde olabilir.

A-Sağlık Yardımları

a)Doktora muayene ve tedavi ettirme

b)Tedavi Süresince gerekli ilaç ve İyileştirme Vasıtalarının Sağlanması

B-Mali Yardımlar

a)Protez araç ve Gereçlerini Sağlama,

b)Gerekli hallerde Muayene ve Tedavi İçin Yurt İçinde Başka Bir Yere Gönderme

c)Sigortalının Yabancı bir Ülkeye Gönderilmesi,

d)Geçici İş Göremezlik Ödeneği Verilmesi ,

YARARLANMA KOŞULLARI

Sigorta Yardımlarından Yararlanma Koşulları gerek yararlananlar gerekse yardım türlerine göre farklı koşullara bağlanmıştır.

Sigortalı için sağlanacak sağlık yardımlarında ortak koşul sigortalı olma ve belli bir süre prim ödeme koşulları iken, sigortalının eşi ,çocuk anne ve babalarının hastalık sigortasından yararlanma kapsam ve koşulları arasında sigortalı tarafından bakmakla yükümlü olma koşulu ilave olarak yer almaktadır.

YARARLANMA SÜRESİ

Yukarıda gösterilen ve Hastalık sigortasından yararlanan gerek sigortalı gerekse sigortalıya bağlı olarak onların eş çocuk ana ve babaları ile bizzat gelir veya aylık alanların yardımlardan yararlanma süreleri önceleri 506 sayılı yasanın 34.maddesinde gösterildiği biçimde 6 ayla sınırlandırılmış ancak zorunluluk halinde bu sürenin 18 aya kadar uzatılacağı öngörülmüş iken bu tür bir sınırlama Anayasaca korunması zorunlu insan sağlığı ve onun yaşam hakkıyla doğrudan ilgili olmakla Anayasa Mahkemesince 17.1.1991 günlü E.1990/27,K.1990/2 sayılı kararla iptal edilerek artık sağlık yardımları yönünden bir süre sınırlaması kalmamıştır.Aynı şekilde çocuklara yapılan protez,araç ve gereçlerle ilgili yardımlarda da bir süre sınırlaması kalmayarak 34.madde de hastalık hallerinde

yapılacak yardımların sigortalının iyileşmesine kadar devam edeceği hüküm altına alınmıştır.

Bunun yanında sigortalılık niteliğinin yitirilmesi halinde de yasa sigortalının işsiz ve güvenceden yoksun olduğu dönemde kendisinin veya yakınlarının hastalanması durumunda büsbütün çaresiz kalmaması için sosyal güvenlik ilkesinin temel felsefesinden hareketle Yasanın 40.maddesi uyarınca sigortalılığın yitirilişinden itibaren 6 içersinde meydana gelecek hastalık hallerinde 32.madde de öngörülen sağlık yardımları ve yurt içinde bir yere gönderme yardımlarından yararlanabilmektedir.

5510 SAYILI KANUNUNA GÖRE GENEL SAĞLIK SİGORTASI

Sigorta Hak ve yükümlülüklerinde norm ve standart birliği sağlamayı amaçlayan Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu 16.6.2006 tarih ve 26200 sayılı Resmi Gazetede yayınlanmış yürürlük maddesine ilişkin 108.madde de ise hangi hükümlerin hangi tarihte yürürlüğe gireceği,ayrı ayrı belirlenmiştir.Kanunun genel gerekçesinde ,Yasanın temel amacının adil ,kolay erişilebilir, yoksulluğa karşı daha etkin koruma sağlayan mali açıdan sürdürülebilir bir sosyal güvenlik sistemine ulaşmanın hedeflendiği ,nüfusun tümüne hakkaniyete uygun,eşit ve kaliteli sağlık hizmeti sunumu amaçlandığı belirtilirken bu yasa ile ilk kez Türkiye’de yaşayan herkes sağlık sigortası bakımından kapsam altına alınmıştır.

GENEL SAĞLIK SİGORTALISI SAYILMA KOŞULLARI

5510 sayılı Yasanın 60.maddesinin ilk cümlesinde “İkametgahı Türkiye’de olan kişilerden” sözcüklerine yer verdiğinden birinci fıkrada sayılan kesmelerin genel sağlık sigortalısı sayılması için Türkiye’de ikamet etmeleri gerekmektedir.1.fıkra hükümlerine göre genel sağlık sigortalısı sayılmasının ortak koşulu Türkiye’de ikamet etme koşuludur.

GENEL SAĞLIK SİGORTASI KAPSAMINDA OLANLAR

- 1-Bu Kanununun 4.maddesi kapsamında sigortalı olanlar
- 2-Aile içindeki Geliri Kişi başına Düşen Aylık Tutarı Asgari Ücretin Üçte Birinden Az Olan Türk Vatandaşları,
- 3-İsteğe Bağlı Sigortalılar-İsteğe Bağlı sigortalılar ilk kez bu Kanunun Yürürlüğe girmesinden sonra genel sağlık sigortası kanun çerçevesinde sağlık yardımından yararlanabilecektir,-
- 4-Yeşil Kart Sahipleri,
- 5-65 yaşını doldurmuş Muhtaç,Güçsüz ve Kimsesizlikten dolayı Aylık almakta olanlar,
- 6-1005 Sayılı Kanuna göre Şeref Aylığı Almakta Olanlar,
- 7-Vatansızlar ve Sığınmacılar
- 8-Oturma İzni Almış Yabancı Uyruklular,
- 9-4447 Sayılı Kanuna göre İşsizlik Ödeneğinden İlgili Kanunlar Gereğince Kısa çalışma ödeneğinden Yararlandırılan kişiler,-işsizlik ödeneği alanlar da bu ödeneği aldıkları sürece genel sağlık sigortalısı sayılabilecektir.

10-Gelir veya aylık almakta Olanlar,

11-5510 sayılı Yasanın 60.maddesinde yer alan Bentlerin dışında kalan ve Yabancı ülkede sağlık sigortasından Yararlanma Hakkı Bulunmayan Türk Vatandaşları ,Bu bentle yasa koyucu hiç kimsenin genel sağlık sigortası kapsamı dışında kalmamasını hedeflemiştir.

12-18 yaşını tamamlayana kadar bütün çocuklar kendisine bakmakla yükümlü kişinin tescil edilip edilmediğine prim borcu ve yeterli prim ödeme gün sayısı olup olmadığına bakılmaksızın sağlık sigortası güvencesi altına alınmıştır.Ayrıca bu çocuklar genel sağlık sigortalısı olan anne ve babanın bakmakla yükümlü olduğu kişi olarak da genel sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanırlar.Yasanın yürürlük tarihinden önce yürürlükte bulunan Sosyal güvenlik yasalarında,kız çocukları yönünden evlenme ve sosyal güvenlik kapsamı alınma hallerinin gerçekleşmemesi halinde sağlık yardımlarından yararlanma hakkı ömür boyu devam etmekte iken yeni yasada böyle bir ayırım yapılmamıştır.Erkek ve kız çocukları için 18 yaş, yüksek öğrenime devam etmeleri durumunda ise öğrenim süresince 25 yaşını dolduruncaya kadar sağlık sigortasından faydalanabilmektedir. Ancak Sosyal Güvenlik Kurumunun 2008/118 sayılı “5510 Sayılı Kanunun Kısa Vadeli Sigorta Kollarına İlişkin Uygulamaları “ konulu genelgesine göre; Kanunun yürürlüğe girdiği tarihte ilgili kanunları gereği bakmakla yükümlü olunan kız çocukları bakmakla yükümlü olunan kişi sayılacaktır.Ancak ,durumlarında değişiklik olduğunda (evlenme işe girme gibi)sağlık hizmetlerinden yararlanma koşulları bu kanunun 60.maddesi hükümlerine göre yeniden belirlenecektir.1.10.2008 tarihinden önce bakmakla yükümlü olunan kız çocuğu olarak Kurumca sağlık karnesi aktivasyonu yapılan kız çocukları kanunun yürürlük tarihinden sonra evlenmediği veya işe girmediği sürece bu hak sahiplikleri ölümüne kadar devam edecektir.

Yasal düzenlemeyi bu şekilde özetlemek mümkün olup şimdide Yargıtay'ın konuya ilişkin kararlarına değinmek istiyorum.Şunu belirtmem gerekir ki 5510 sayılı Yasanın çoğu maddesinin 1.10.2008 tarihinde yürürlüğe girmiş olması nedeniyle henüz bu yasanın uygulanmasına ilişkin ihtilaflar yönünden mahkeme kararları temyiz incelemesine gelmediğinden sunumuma aldığım kararlar daha ziyade 506,1479 sayılı Yasa uygulamalarından kaynaklanan ihtilaflara ilişkindir.

Uygulamada daha çok ihtilaflar sigortalı veya hak sahiplerince özel sağlık kuruluşlarında yapılan sağlık giderlerinin Kurum tarafından karşılanması sırasında ortaya çıkmaktadır.

506 sayılı Yasa'nın 135. maddesinin değişik (B)bendine dayanılarak çıkarılan Sosyal Sigortalar İşlemleri Yönetmeliği'nin 54 . maddesinde Kurum hekimlerine veya sağlık tesislerine müracaat etmeden muayene ve tedavilerini, başka hekim veya sağdık tesislerinde yaptıran Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kimselerin bu tedavi dolayısıyla yaptıkları masrafların ödenmeyeceği, aynı Yönetmeliğin 57. maddesinde ise Kurum sağlık

yardımlarından yararlandırılan kimselerin ani ve acil hastalığı dolayısıyla Kurum sağlık tesisleri dışında bir sağlık müessesesine yatırılması halinde, bu husus raporla tevsik edilmek ve Kurum tarafından kabul olunmak şartıyla; Resmi Sağlık Müesseselerinde yapılan tedavi masrafları aynen, tedavi özel sağlık tesislerinde yapılmış ise, Kurum sağlık kuruluşlarında ayakta veya yatırılarak yapılacak muayene ve tedavilerden alınacak ücret tarifesi üzerinden hesaplanmak suretiyle ödeneceği, şu kadar ki, resmi sağlık müesseselerinde özel surette tedavi görmüş olanların masrafları, o sağlık tesisinin normal ücret tarifesi üzerinden, yatak ücretleri ise Kurumca belirlenecek yatak ücret tarifesi üzerinden ödeneceği, ancak, kurumca vak'aya el konulabilmesi için, durumun ilgililer tarafından mümkün olan en kısa zamanda Kuruma bildirilmesi gerekeceği düzenlenmiştir.

Anılan yönetmeliğin, “Kurum Dışı Sağlık Tesislerine Sevk” başlıklı 56 Maddesinde ise Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılanların, muayene ve tedavi için Kurum sağlık tesislerine başvurmaları üzerine, boş yatak bulunmaması veya hastalığın Kurum sağlık tesislerinde tedavisinin mümkün olmaması hallerinde, Kurumca resmi bir sağlık tesisine yahut kanunun 123 üncü maddesi hükmüne istinaden Kurumca sözleşme yapılmış özel sağlık tesisine, buralarda da boş yatak bulunmadığı veya tedavinin yapılamayacağı raporla tevsik edildiği takdirde diğer özel sağlık tesislerine sevk edilmek suretiyle gereken muayene ve tedavilerinin Kurum tarafından sağlanacağı, Kurumca sevk edilmeksizin Kurum harici resmi sağlık tesislerine başvurarak tedavilerini yaptıran Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılanların, tedavilerinin Kurumca sağlanamadığı yer veya hallerde de tedavi giderlerinin kurumca karşılanacağı, kurum sağlık tesislerinde sağlanamayan tedavilerin doğrudan başvuru veya hastanın kendi isteği ile sevk edilmek suretiyle Kurum dışı sağlık tesislerinde yaptırılması halinde, Kurumca karşılanacak olan tedavi giderleri Kanunun 123 üncü maddesi hükmüne göre o yerde sözleşme yapılmış aynı tedavinin sağlanabileceği sağlık kuruluşu bulunuyor ise kuruluşla yapılan sözleşmeye göre, böyle bir sağlık kuruluşu yoksa, başka bir ilde bu nitelikteki sağlık kuruluşuyla yapılan sözleşmeye göre ödenmesi gereken tutarı aşamayacağı, ancak geçirilen kaza sonucu kopan organları nedeniyle yapılan tedavilerde, Kurumca ödenecek olan masraf tutarı, başvuru sağlık tesisi ile Kurum arasında bu konuda “paket program” sözleşmesi varsa onun üzerinden, bu konuda “paket program” sözleşmesi yoksa Bütçe Uygulama Talimatında belirtilen miktarlar üzerinden ödeneceği belirtilmiştir.

KONUVA İLİŞKİN YARGITAY KARARLARI

21.HD.23.3.1998 günlü ,E1998/1339,K.1998/2075 kararında davacı eşinin ani rahatsızlığı dolayısıyla acilen kaldırıldığı özel hastanede yapılan ameliyat masraflarının tahsilini istemiş mahkemece davanın kabulüne ilişkin karar Dairemizce Sosyal Sigorta İşlemleri Yönetmeliğinin 57.maddesindeki “Kurum

sağlık yardımından yararlandırılan kimselerin ani ve acil hastalığı dolayısıyla Kurum Sağlık tesisleri dışında bir sağlık müessesine yatırılması halinde bu husus raporla tevsik edilmek ve Kurum tarafından kabul edilmek şartı ile ,Resmi Sağlık müessesinde yapılan tedavi masraflarının aynen ,özel sağlık tesisinde yapılmış ise ,Kurum sağlık tesisinde ayakta veya yatırılarak yapılacak muayene ve tedavilerden alınacak ücret tarifesi üzerinden hesaplanmak suretiyle ödenir” hükmü uyarınca davacının eşine özel hastanece yapılan tedavi giderlerinin ancak SSK kuruluşlarında bu işlemler için uygulanan tedavi ücret tarifesi üzerinden hesaplanacak miktara hükmetmek gerekirken aksine düşüncelerle istemin tümüne hükmedilmesi usul ve yasaya aykırı bulunarak bozulmuştur.

Yüksek mahkeme önceki kararlarında “acil kaydıyla” özel hastane tedavilerinde tarife karşılığı harcamalara hükmedilmesine ilişkin kararlar verirken son kararlarında “acil kaydı “aranmaksızın özel hastane tedavilerinde de Sağlık Bakanlığına bağlı yataklı tedavi Kurumlarında yapılacak sağlık harcamalarına ait fiat tarifesi üzerinden yapılan harcamaların ödenmesi yolunda kararlar vermektedir.

Dairemizin 27.11.2007 günlü E,2007/20137,K200721279 sayılı kararında Davacı kurum tarafından hipoglisemi hastalığının tedavisi için yurt dışına gönderilen eşine refakatçi olarak yurt dışında bulunduğu sırada mide kanaması ve böbrek taşı rahatsızlığı nedeniyle kendisine yapılan acil müdahale ve tedavi giderinin davalıdan tahsili istemiştir.

Mahkemece davacıya davalı kurumun bütçe uygulama talimatını esas alarak ödemedede bulunduğu davacının bunun dışında yurt dışında tedavi için yeni bir tedavi gideri isteyemeyeceğinden bahisle davanın reddine karar verilmiş ve bu karar süresinde taraf vekillerince temyiz edilmiştir.

Somut olayda davacının kurum sigortalısı olduğu ve kendisinde sigortalı olan eşine refakat etmek amacıyla yurt dışında bulunduğu sırada “dudanal ülser kanaması, kansızlık ve böbrek taşı rahatsızlığı nedeniyle acil olarak refakatçi olarak bulunduğu hastanede tedavi gördüğü, davacının ödediği tedavi giderinin davalı kurum tarafından bütçe uygulama talimatına göre fiyatlandırılmak suretiyle bir bölümünün ödendiği uyuşmazlık konusu değildir.

Uyuşmazlık Kurumun yurtdışına gönderdiği hastasına refakat için yasal ve haklı bir nedenle yurt dışında bulunan davacıya, acil durum nedeniyle yurt dışında yapılan tetkik ve tedavi giderlerinin tamamının ödenmesinin gerekip gerekmediği noktasında toplanmaktadır.

Davanın yasal dayanağını oluşturan 5264 sayılı yasanın 1.maddesiyle değişik, 506 sayılı yasanın 32/E maddesi olduğu açıktır. Anılan maddedeki düzenlemeye göre; “Yabancı ülkeye gönderilenlerin tedavi süresi iki yılı geçemez. Bu süre içerisinde acil haller hariç olmak üzere, raporda belirtilen hastalığın dışındaki hastalıklar için tedavi ücreti ödenmez.” Diğer bir deyişle acil hallerde raporda belirtilen hastalığın dışındaki hastalıkların da tedavi ücreti kurumca ödenir. Sigortalının yararlandığı bu haktan aksine bir düzenleme olmadığına göre refakatçinin de yararlanacağı açıktır.

Bu duruma göre ve özellikle davacının sadece tedavi amacıyla yurt dışına çıktığı iddia ve ispat edilemediğine göre yasal bir nedenle yurt dışında bulunduğu sırada hayati tehlike oluşturacak duodenal ülser kanaması kansızlık ve böbrek taşı rahatsızlığı nedeniyle acil olarak tedavi gören ve iyi niyetli olduğu anlaşılan davacıya yurt dışı tedavi giderlerinin ödenmesi gerektiği açıktır.

Mahkemenin, belirtilen maddi ve hukuksal olgular dikkate alınmadan hüküm kurması usul ve yasaya aykırı olup, bozma nedenidir.

Y.21.HD.31.12.2007 günlü E.2007/2153,K200721686 günlü kararında Davacı "Diabet" hastalığından dolayı tedavisiyle ilgili 4.338.75 YTL tedavi giderinin ödetilmesine karar verilmesini istemiştir.

Mahkemece istemin kabulüne karar verilmiştir.

Dosyadaki kayıt ve belgelerden davacının " Diabet" hastalığı nedeniyle tedavisinde " mikroinfüzyon pompası ve pompa seti" kullanılmasının Ankara Numune ve Eğitim Hastanesinin 4.3.2005 tarihli Kurul Raporu'nda öngörüldüğü ve davacının 1 adet pompa 30 adet set ve 30 adet rezervuar karşılığı Metis Tur. Tic. Ltd. Şirketine 23.3.2005 gün ve 13550 sayılı Fatura ile 4,338,75 YTL ödeme yaptığı alınan bu malzeme bedelinin ödenmesi için kuruma 29.3.2005 tarihinde başvurduğu ve kurumca talebin 31.3. 2005 tarihinde; " bu cihazın tıbbi ve sosyal sakıncaları bulunduğu ve diğer yöntemlerle tedavinin mümkün bulunduğu" gerekçesiyle reddedildiği anlaşılmıştır.

Harcamanın yapıldığı ve davacının ödeme için başvuruda bulunduğu tarihte yürürlükte bulunan Bağ-kur Sağlık Sigortası Yardımları Yönetmeliğinin 4.11.1995 gün ve 22453 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren 21. maddesinde" tedavi süresince kullanılan iyileştirme vasıtalarının bedellerinin her yıl piyasa fiyatları ve diğer Sosyal Güvenlik Kurumlarının uyguladığı fiyatlar gözönünde tutularak kurumca belirlenen esaslar dahilinde ödenmesi" kabul edilmiştir. Bu durumda mahkemece Sağlık Bakanlığında tarifeler getirilerek davacının tedavisi için yapılan harcamaların sarf tarihlerinde Sağlık Bakanlığınca tesbit edilen ücret tarifesine göre eşdeğer miktarlarının ne olduğu, tarifede bu aletlerin yer alıp almadığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğünden sorulmak eğer yoksa, diğer Sosyal Güvenlik Kurumlarındaki tarife fiatlarını araştırmak ve tarifede varsa bu fiatları yoksa piyasa fiatlarını geçmemek üzere bir karar verilmelidir.

Y.21 HD.28.2.2008 günlü 2007/5701,K2008/3135 sayılı kararında; Davacının, 29.06.2004 tarihinde geçirdiği iş kazası nedeniyle sol elinin kesildiği, El Microcerrahi Ortopedi Travmatoloji Hastanesi'nde (İzmir EMOT Hastanesi) ameliyat olup tedavi gördüğü ve 14.500.- YTL masraf yaptığı halde kurumun, 2.597.-YTL ödemede bulunduğu gerekçesiyle tedavi giderlerinin tamamının ödenmeyeceğine ilişkin kurum işleminin iptali ile ödenmeyen 11.902.-YTL'nin faiziyle birlikte davalı kurumdan tahsilini istemiştir.

Mahkemece, davanın kabulü ile eksik ödenen 11.902.-YTL tedavi giderinin 14.10.2004 temerrüt tarihinden itibaren yasal faiziyle tahsiline karar verilmiş ise de bu sonuca eksik araştırma ve inceleme ile varılmıştır.

Gerçekten Bağ-Kur sağlık yardımları kapsamını belirleyen 1479 sayılı Yasanın Ek11.maddesinde, sağlık hizmetinin hangi sağlık kuruluşlarından satın alınacağına tespitine Bakanlar Kurulunun yetkili olduğu, Ek17.maddesinde ise Sağlık hizmetinin gerektirdiği giderlerin Sağlık Bakanlığı'nın yataklı tedavi kurumları için belirlediği fiyat tarifelerini geçemeyeceği açıklanmıştır. Sağlık hizmetinin yürütülmesiyle ilgili esasların hizmeti satın alınacak müessese ile Kurum arasında yapılacak bir protokolle düzenleneceği, Sağlık sigortası yardımlarından faydalanan sigortalı ve hak sahiplerinin Kurumla sözleşme veya protokol yapmamış sağlık kurumunda tedavi altına alınmaları halinde, vakanın aciliyeti raporla belgelenmek şartıyla, bu sağlık kurumlarında yapılan tedavi giderlerinin Sağlık Bakanlığına bağlı yataklı tedavi kurumlarında yapılacak muayene, tetkik, tahlil, müdahale, ameliyat ve tedavilere ait fiyat tarifesi üzerinden hesaplanmak suretiyle Kurumca belirlenecek esaslar dahilinde ödeneceği, Bağ-Kur Sağlık Sigorta Yardımları Yönetmeliği ve özellikle anılan yönetmeliğin 7.maddesi gereğidir.

Somut olayda uyuşmazlık davacı tarafından Kuruma sunulan faturanın yönetmeliğin 7.maddesi kapsamında olup olmadığı ve sunulan fatura bedellerinin tamamının ödenmesinin gerekip gerekmediği ile kurumun yaptığı kısmi ödemelerin yönetmeliğe uygun olarak hesaplanıp hesaplanmadığı noktasındadır. Davalı Kurum ile, İzmir El Microcerrahi Ortopedi Travmatoloji Hastanesi arasında protokol bulunmadığı anlaşılmaktadır. Davacının el ampütasyonu nedeniyle acil olarak , El Microcerrahi Ortopedi Travmatoloji Hastanesi'ne sevk edildiğinin tüm dosya kapsamından açıkça anlaşılmasına göre sigortalının , El Microcerrahi Ortopedi Travmatoloji Hastanesindeki ameliyat ve tedavi masraflarının yönetmeliğe uygun biçimde saptanmasının gerektiği ortadadır.

Mahkemece, bu husustaki yasal düzenlemelere rağmen, sigortalının El Microcerrahi Ortopedi Travmatoloji Hastanesi'nde (İzmir EMOT Hastanesi) gördüğü tedavi masraflarının yönetmeliğe uygun olup olmadığı saptanmadan, düzenlenen yetersiz bilirkişi raporu esas alınarak sonuca gidilmesi hatalı olmuştur.

Yapılacak iş ; sigortalıya ait tedaviye ilişkin ekli tüm sarf belgeleri esas alınmak ve tüm harcama kalemlerinin ayrı ayrı karşılaştırmasının yapılması için oluşturulacak bir doktor, bir eczacı ve hukukçu bilirkişi kurulundan yeniden, yönetmeliğe uygun şekilde rapor almak ve bu rapor ile tüm deliller değerlendirilerek sonucuna göre karar vermektir.

Y.21HD.24.3.2008 günlü E2007/8064,2008/4657 K sayılı kararında; Davacı, usulsüz sağlık karnesi kullandığı gerekçesi ile, Kurumca geri istenen 4.465.32YTL'ye ilişkin olarak borçlu olmadığını tesbiti ile aksine işlemin iptalini istemiştir.

Mahkemece, istemin reddine karar verilmiş ise de bu sonuç usul ve yasaya uygun bulunmamıştır.

Davacı, Bağ-Kur sigortalısı olan eşinden dolayı sağlık yardımlarından yararlanmakta iken 25.10.2005 tarihinde resen 4.10.2000-29.3.2004 tarihleri arasında zorunlu Bağ-Kur sigortalısı olarak tescil edilmiştir. Uyuşmazlık, davacının zorunlu sigortalısı olarak tescil edilmiştir. Uyuşmazlık, davacının zorunlu sigortalı olduğu dönemde, eşinin sağlık karnesini kullanması nedeniyle yapılan tedavi giderinin davacıdan istenilip istenilemeyeceği noktasındadır.

1479 sayılı Yasa'nın sağlık sigortasının kapsamını belirleyen Ek-11. maddesi uyarınca, Bağ-Kur zorunlu sigortalılığı devam edenler veya malullük, yaşlılık aylığı bağlananların eşi ya da ölüm aylığı olmakta olanlar Bağ-Kur sağlık sigortası yardımlarından yararlanabilmektedirler. Anılan maddeye 3235 sayılı Kanunun 1. maddesi ile getirilen "ancak, diğer Sosyal Güvenlik Kanunlarına ve özel kanunlara göre sağlık yardımlarından faydalananlar yararlanamazlar" şeklinde ki düzenleme, 24.8.2000 gün ve 619 sayılı Kanun Hükmünde Kararnemenin 28. maddesiyle, kaldırılmış, 24.7.2003 gün 4956 sayılı Yasa'nın 37. maddesiyle yapılan düzenlemede ise bu yönde benzeri içerikte engelleyici bir hükme yer verilmemiştir. Farklı Sosyal Güvenlik Kanunları'na göre sağlık yardımlarından faydalananlar yönünden getirilen bu düzenlemenin aynı sosyal güvenlik kanunu kapsamında bulunanlar yönünden hüküm içermediği de görülmektedir. Somut olayda Bağ-Kur sigortalılık tescili yapılan davacının 1479 sayılı Kanun kapsamında, Bağ-Kur sağlık sigortası yardımlarından eşi üzerinden yararlanması engelleyen bir düzenlemeye Bağ-Kur Sağlık sigortası Yardımları Yönetmeliğinden yer verilmiş olması, normlar hiyerarşisi dikkate alındığında hukuki sonuç doğurmayacağı açık olup anılan yönetmeliğin 5. maddesinin son fıkrasında "Bağ-Kur sigortalısı olarak sağlık yardımı kapsamına girenlerin eş, çocuk ana ve babalarının ayrıca Bağ-Kur Kanunu kapsamına girmeleri halinde, bunlardan da sağlık sigortası primi alınacaktır" hükmü ile de sağlık yardımlarının iptalinin değil, kendi sigortalılıklarındaki sağlık primlerinin tahsiline ilişkin düzenlemeyi içerdiği de açıktır. Ayrıca davacının Bağ-Kur sigortalısı olarak sağlık yardımı kapsamına girmiş olan kocası nedeniyle yararlanmakta olduğu sağlık yardımlarının geri ödeme yükümlüğü altına sokulması, Anayasal Sosyal Güvenlik hakkından yoksun bırakılması sonucu doğurmakta olup, Sosyal Güvenlik Hukukunun temel amaçlarına da açıkça aykırılık oluşturmaktadır. Yargıtay Hukuk Genel Kurulu'nun 11.10.2006 gün 2006/10-586 E. 2006/649 ve 14.2.2007 gün 2007/21-74 Esas, 2007/69 karar sayılı kararları da aynı yöndedir. Açıklanan bu maddi ve hukuki olgular karşısında kendisi de Bağ-Kur sigortalısı olan davacının sigortalı eşi nedeniyle yapmış olduğu sağlık sigortası harcamalarının geri istemeyeceği açık olduğundan davanın kabulü gerekirken yerinde olmayan gerekçe ile yazılı şekilde hüküm kurulması usul ve yasaya aykırı olduğundan bozmayı gerektirmektedir.

Y.21 HD.4.11.2008 günlü E2007/24540 K.2008/17015 K sayılı kararında;Davacı, 23.08.2003 tarihinde Siyami Ersek Kalp ve DAMAR

Cerrahisi Merkezinde kalp damarlarından birine takılan “kroner stent” bedeli olan 5.528.628.000 TL'nin sadece 344.150.000TL”sının davalı Kurumca karşılandığını, sağlık sigortası ile ilgili primlerini tamamen ödediğini, ithal edilen stentin resmi bir hastane tarafından kullanıldığını, ölümcül olabilecek hayati tehlikeli bir hastalık olması nedeniyle Kurumun bu bedeli ödemesi gerektiği gerekçesi ile ödenmeyen bakiye stent bedelinin davalıdan tahsilini istemiştir.

Mahkemece, yazılı gerekçe ile davanın kabulüne karar verilmiş ise de bu sonuca eksik inceleme ve araştırma ile varılmıştır.

Gerçekten, davacının kalp rahatsızlığı nedeniyle hastanece yapılan tedavisin de kroner stent kullanıldığı ve bu malzemenin ortez niteliğinde olduğu uyuşmazlık konusu değildir. Uyuşmazlık, davacının bu tedavi giderini Kurumdan isteyip istemeyeceği noktasındadır.

1479 sayılı Yasa'ya 3235 sayılı Yasa ile eklenen hükümlerle sigortalılar ve yakınlarına sağlık yardımı yapılması kararlaştırılmıştır. Anılan Yasa'nın Ek. 13.maddesi ile, Sağlık Yardımlarının kapsamı, tedavi süresince gerekli ilaç ve iyileştirme giderlerinin sağlanması olarak belirtilmiştir. Yasa'nın Ek. II.maddesine, sağlık hizmetlerinin sağlık ve sosyal Yardım Bakanlığı, SSK Mahalli İdareler, Üniversiteler ve KİT'lere bağlı sağlık tesisleri ile diğer sağlık tesislerinden satın alınmak suretiyle yürütülmesi kabul edilmiştir. Yasa'nın Ek. 17.maddesinde ise, sağlık hizmetlerinin gerektirdiği giderleri Ek. II.madde de sayılan kuruluşların yataklı tedavi kurumlarında yapılan muayene tedavi, tahlil, müdahale, ameliyat tedavilerine ait fiyat tarifeleri esas alınarak Kurum tarafından ilgili kuruluşlara ödeneceği, ancak diğer sağlık kuruluşlarında yapılan tedavilerde, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın resmi sağlık kuruluşları için tesbit ettiği ücret tarifelerinin esas alınacağı belirtilmiştir.

3235 sayılı Yasa'nın Ek. 18.maddesiyle sağlık sigortası yardımlarının şekil ve şartları, başvurma koşul ve esasları, tedavi süresince gerekli ilaç ve iyileştirme vasıtalarının sağlanması, ilaç bedeline katılma yapılamayacak hastalıklar, dış tedavisi, gözlük işitme cihazı, çeşitli ortez, protez ve benzeri yardımları ile bunların cins ve evsafının yönetmelikle düzenlenmesi gerektiği belirlenmiştir. Yapılan bu düzenlemeye göre çıkartılan yönetmeliğinin 21.maddesinde de sağlık yardımlarından yararlananların gözlük cam ve çerçevesi, işitme cihazı, ortez, protez bedelleriyle tedavileri süresince kullanılan iyileştirme vasıtalarının bedellerinin her yıl piyasa fiyatları ve diğer sosyal güvenlik kurumlarının uyguladığı fiyatlar dikkate alınarak Kurumca belirlenen esaslar dahilinde ödeneceği kabul edilmiştir.

1479 sayılı Yasa'nın ek 18 maddesi uyarınca Kurumun Yönetmelik ile dava konusu ortez bedellerini belirleyerek ödediği anlaşılmakta ise de Kurumun bu konuda yönetmelik ile ödeyeceği bedelleri tesbit yetkisi insan yaşamının kutsallığı nedeniyle sınırsız değildir. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 56 maddesine göre “Devlet , herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak “ ile yükümlüdür.Bu nedenle, davalı Kurum davacının

yaşamını sürdürebilmesi yönünde tıbbi gereklilik ve yaşamsal bir fark bulunması halinde kullanılan stend bedelini ödemekle sorumlu tutulmalıdır.

Mahkemenin, davacıya takılan stend ile kurumun bedelini ödemeyi kabul ettiği stend arasında davacının yaşamını sürdürebilmesi yönünde tıbbi gereklilik ve yaşamsal bir fark bulunup bulunmadığını araştırmadan hüküm kurduğu görülmektedir.

Yukarıda yazılı yasal düzenleme ve açıklamalar gereğince, Mahkemenin, Kurumun bedelini ödemeyi kabul ettiği stend ile davacıya kullanılan stend arasında davacının hastalığının tekrarlamasını önleyerek yaşamını sürdürebilmesi yönünde tıbbi gereklilik ve yaşamsal önemde bir fark bulunup bulunmadığını belirlemesi gerekir. Açıklanan nedenlerle, kardiyoloji konusunda uzman bilirkişilerden bu konuda yapılan ve uluslararası düzeyde kabul gören bilimsel nitelikteki yayınları, uygulamadaki sonuçları içeren araştırmaları da kapsayacak şekilde düzenlenmiş rapor alarak sonuca gidilmesi gerekir. Alınacak bilirkişi raporunda Kurumun ödemeyi kabul ettiği stend dışında bir stendin kullanılması gerektiğinin saptanması halinde de davacının hastalığının derecesine göre kullanılması gereken stendin özellikleri belirlenerek, davacı sağlığına en iyi şekilde katkıda bulunan ve aynı zamanda en uygun fiyatlı stendin bedeli üzerinden sonuca gitmek gerekir.

Y.21 HD.5.3.2009 günlü E 2008/6483 K.2009/3660 K sayılı kararında;Dava, davalı Kurumdan malullük aylığı alan davacının sarfettiği tedavi giderinin davalı Kurumdan tahsili istemine ilişkindir.

Mahkemece istemin kısmen kabulüne karar verilmiştir.

Davanın yasal dayanağı harcamanın yapıldığı tarihte yürürlükte bulunan 1479 " sayılı Yasa'nın Ek 11. Maddesi olup anılan madde de malüllük aylığı almakta olanların sağlık yardımlarından yararlanmaları, sağlık hizmetinin Sağlık Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu, mahalli idareler, Üniversiteler, Kamu iktisadi teşebbüslerine ait sağlık tesisleri ile gerçek ve tüzel kişilerden satın alınmak suretiyle yürütüleceği, ek 17. maddesine yatarak ve ayakta yapılan tedavilerinin fiyatlandırılmasının tesbitine ilişkin usul ve esasların Kurumca belirleneceği, sağlık hizmetlerinin gerektiği giderlerin Sağlık Bakanlığının yataklı tedavi kurumları için belirlediği fiyat tarifesini geçemeyeceği, 18. Maddesinde ise sağlık sigortası yardımlarının şekil ve şartlarının, kurumca devam edecek bedel tesbitine ilişkin esasların yönetmelikle düzenleneceği bildirilmiştir.

3.8.2005 tarihli Bağ-Kur Sağlık Sigortası Yardımları Yönetmeliğinin 7. Maddesinde sağlık sigortası yardımlarından faydalanan sigortalı ve hak sahiplerinin özel bir sağlık kurumunda yatırılarak tedavi altına alınması halinde, vakanın aciliyeti raporla belgelenmek ve bu rapor Kurum tarafından kabul olunmak şartıyla, bu sağlık kurumlarında yapılan tedavi giderlerinin Sağlık Bakanlığına bağlı yataklı tedavi kurumlarında yapılacak Muayene Tahlil- Müdahale- Ameliyat ve Tedavilere Ait Fiyat Tarifesi üzerinden (Mali Yıl Bütçe Talimatı Resmi Sağlık Kurumları Fiyat Tarifesi) hesaplanmak

suretiyle ödeneceği, 17. Maddesinde hizmet satın alınan sağlık kurum ve kuruluşlarında yatarak sağlanan tedaviler sonucu doğan ilaç bedellerinin tamamının Kurumca ödeneceği 18. Maddesinde hayati öneme haiz oldukları resmi sağlık kurumu tarafından hastalığı ile ilgili ihtisas dalı raporuyla belgelenmek kaydıyla yurt içi ruhsatlı ilaçların dışında kalıp sağlık Bakanlığı tarafından yabancı tıbbi müstahzarlar ruhsatnamesi ile ithal müsadese verilen ilaçların yurt dışından getirtilen ilaçların bedellerinin 17. ve 19. maddelerindeki esaslara göre ödeneceği, yurt dışından getirtilen ilaçların bedellerinin alış tarihlerindeki fiyatın aynı tarihteki döviz satış bedeli üzerinden hesaplanacağı, kullandırılması Sağlık Bakanlığının özel iznine tabi olan ilaçların bu Bakanlığın belirleyeceği fiyat usul ve esaslar dahilinde ödeneceği, 23. maddesinde ortez-protez bedelleri ile tedaviler süresince kullanılan iyileştirme vasıtalarının cins ve miktarı ile ödenecek bedellerinin her yıl yayımlanan Bütçe Uygulama Talimatlarında belirlenen fiyatlar ve diğer Sosyal Güvenlik Kurumlarının uyguladığı fiyatlar dikkate alınarak kurumca belirlenen esaslar dahilinde ödeneceği, 16. maddesinde sağlık sigortasından faydalananlardan yatarak tedavi görenlerin yatak tahsisine ait sınıf belirlenmesinin buldukları basamağa göre yapılacağı ve sağlık karnelerinde belirleneceği bildirilmiştir.

Dosyadaki kayıt ve belgelerden 2002 yılında "hepatit C'ye bağlı karaciğer sirozu" olan davacının davalı Kurumdan malulen emekli olduğu, karaciğer transplantasyonu için listeye alındığı, 11.4.2007 tarihinde uygun kadavra donör'ün bulunması üzerine acil olarak Florence Nightingale Hastanesine yatarak karaciğer transplantasyonu yaptırdığı ve hastaneye dosyadaki faturadanda anlaşılacağı üzere KDV dahil olmak üzere toplam 115.000.00 TL ödediği, davalı kurumca davacıya hastanede kullanılan ilaçlar, organ nakli operatör ücreti, anestezi uygulamaları dahil yoğun bakım ve algoloji dışlanmak suretiyle biokimya laboratuvarı tetkikleri, ultrason tetkikleri, poliklinik muayene, mikrobiyoloji tetkikleri, tıbbi malzeme, cerrahi yoğun bakım, diabet, kardiyoloji konsültasyon, servis-oda hizmeti, cerrahi ücretlerinin bir kısmının ödenebileceğinin bildirilmesi üzerine bu davanın açıldığı anlaşılmaktadır.

Somut olayda donör bekleyen davacının kadavra donör bulunması üzerine adı geçen hastaneye yatarak karaciğer transplantasyonu yaptırması şeklinde gelişen vakanın acil olduğu, davacıya yapılan tüm tedavi giderlerinin Sağlık Bakanlığına Bağlı Yataklı Tedavi Kurumlarında Yapılacak Muayene-Tetkik-Tahlil-Müdahale- Ameliyat ve Tedavilere ait Fiyat Tarifesi (Mali Yıl Bütçe Uygulama Talimatı Resmi Sağlık Kurumları Fiyat Tarifesi) üzerinden hesaplanmak suretiyle, kullanılan ilaçların tamamının Yönetmeliğin 17. ve 18. maddesindeki esaslara göre, ameliyat sırasında ve sonrasında kullanılan ortez veya protez var ise bunlarında yine yönetmeliğin 23. Maddesinde belirtilen esaslar dahilinde ödenmesi gerekecektir.

Mahkemece hükme esas alınan bilirkişi raporunda yalnızca davalı kurumca ödenebileceği kabul edilen tedavi gideri ve miktarı üzerinde inceleme yapılmış ve kurumca hatalı hesaplanan miktarın bulunmasıyla yetinilmiş, davalı

kurumca ödenmeyeceği bildirilen tedavi giderleri ile ilgili bir inceleme yapılmadığı gibi hesaplamaların hangi tarifeye göre yapıldığı raporda açıklanmadığından denetimde müsait olmayıp bilirkişi raporunun hükme esas alınabilecek içerik ve nitelikte bulunmadığı anlaşılmaktadır.

Yapılacak iş; kadavra donörden karaciğer transplantasyonu yapılması halinde böyle bir ameliyatta kadavra donerden karaciğerin çıkarılıp davacıya takılması şeklinde cereyan eden müdahalede ameliyat ekibinde bulunması gereken uzman doktor, hemşire, teknisyen vs. personel sayısını, bu ameliyatı yapan ekibe 11.4.2007 tarihinde ödenmesi gereken ücreti, kullanılan ilaçların ve tıbbi malzemelerin fiyatlarını Sağlık Bakanlığında sormak, gastroenteroloji uzmanı, genel cerrahi uzmanı ve sağlık giderleri konusunda uzman bir hukukçu bilirkişi seçilerek faturada yazılı tedavi giderlerinin davacının tedavisi ile ilgili olup olmadığı belirlenerek Sağlık Bakanlığında Bağlı Yataklı Tedavi Kurumlarında Yapılacak Muayene Tetkik-Tahlil- Müdahale Ameliyat ve Tedavilere Ait Fiyat Tarifesi (Mali Yıl Bütçe uygulama Talimatı Resmi Sağlık Kurumları Fiyat Tarifesi) esas alınmak suretiyle davacının talep edebileceği tedavi gideri alacağını hesaplatılarak çıkacak sonuca göre bir karar vermektir.

Y.21.HD.5.5.2009 günlü E2008/2353,K 2009/6329 sayılı kararında; Dava ,sigortalının Sağlık Kurulu raporu ile kullanılması uygun görülen Ayakta Dik Pozisyonlandırma cihazı (Motorlu Kalkış –Motorlu Sürüş) bedeli olan 30.350.50 CHF İsviçre Frangının fiili ödeme tarihindeki döviz satış kuru üzerinden fatura ödeme vade tarihi olan 23.03.2007 tarihinden itibaren bu para birimi üzerinden işleyecek en yüksek mevduat faizi ile birlikte davalı Kurumdan tahsili talebine ilişkindir.

Mahkemece davanın kabulüne karar verilmiştir.

Davanın yasal dayanağı 506 Sayılı Yasanın 32 ve devamı maddeleridir.Anılan yasanın 34/son maddesinde Kurumun sigortalının iyileşmesine yarayacak yahut iş göremezliğini az çok gidermesi için gerekli görülecek protez araç ve gereçleri maddede belirtilen süreler ile bağlı olmaksızın sağlamak onarmak ve tesbit edilen süre ve şartlarla yenilemekle yükümlüdür.Aynı hüküm yasanın Ek 32.maddesinde de yer almaktadır. 506 Sayılı Yasanın hastalık sigortasına ilişkin 32 ve devamı maddelerinde yer alan “işgöremezliği giderme” kavramı aktif sigortalının çalışma hayatına ilişkin bir kavram olup uyuşmazlıkların çözümünde ayrıca Ek 32.maddesinde yer alan “iyileştirme” kavramının da incelenmesi gerekir.

T.C.Anayasasının 90.maddesi uyarınca usulüne göre yürürlüğe konulmuş temel hak ve özgürlüklere ilişkin anlaşmalar kanun hükmündedir.Usulüne göre yürürlüğe konulmuş temel hak ve özgürlüklere ilişkin milletlerarası anlaşmalarla kanunların aynı konuda farklı hükümler içermesi nedeniyle çıkabilecek uyuşmazlıklarda milletlerarası anlaşma hükümleri esas alınır.Bu bağlamda onay Kanun ile yürürlüğe giren Sosyal Güvenliğin Asgari Normlar Hakkında 102 Nolu İLO Sözleşmesinin 10/3.maddesinde ;yapılacak yardımların korunan kimsenin sağlığını korumaya çalışma gücünü iadeye ve şahsi ihtiyaçlarını

karşılatabilme kabiliyetini artırmaya matuf olduğu açıklanmıştır.506 Sayılı Yasanın hastalık sigortası kolundan sağlanacak yardımların kapsamı başlıklı 33.maddesinin son fıkrasında da bu madde gereğince yapılacak sağlık yardımlarının ;Sigortalının sağlığını koruma ,çalışma gücünü yeniden kazandırma ve kendi ihtiyaçlarını görme kabiliyetini artırma amacını güdeceği açıkça belirtilmiş ve onaylanması nedeniyle bağlayıcı hale gelen 102 Nolu İLO sözleşmesinin 10/3 maddesi aynen benimsenmiştir.Gerek 506 sayılı yasanın 33/son maddesi hükmü gerekse 102 nolu İLO Sözleşmesinin 10/3.maddesi hükmü uyarınca sigortalı veya hak sahibine “dik pozisyonlandırma cihazı” temini yönünden aranacak temel unsur “iyileşmesine yardımcı olma” unsurudur.İyileşmesine yardımcı olma kavramının ise açık yasal düzenlemeler uyarınca ;sağlığı koruma,çalışma gücünü yeniden kazandırma ve kendi ihtiyaçların görme kabiliyetini artırma olarak kabulü zorunludur. Ayrıca 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanun’un 63.maddesinde de iş kazası ile meslek hastalığı hastalık ve analık sonucu tıbben gerekli görülen sağlık hizmetlerinin karşılanması amacıyla Kurumca finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri içinde (f)bendinde ortez ve protez temini için teşhis ve tedavi için gerekli olabilme şartı aranmaktadır.

Kurumun teminle yükümlü olduğu yürürlükteki mevzuat hükümlerine uygun fiyatlı dik pozisyonlandırma cihazına hak kazanılması için gerekli olan “iyileştirme” unsurunun diğer bir anlatımla sağlığı koruma ,çalışma gücünü yeniden kazandırma ve kendi ihtiyaçlarını görme kabiliyetini artırma hususlarının cihazı kullanacak kişi yönünden Üniversite veya eğitim araştırma hastanelerinin fiziksel tıp ve rehabilitasyon kliniklerinde yatırılarak uygulamaya ve eğitimin yapılması sonrasında nöroloji ortopedi ve rehabilitasyon uzmanlarının da içinde yer aldığı sağlık kurulu raporu ile gerekliliğinin belirlenmiş olması gereklidir. (Yargıtay HGK,04.03.2009,2009/10-34 E,2009/104K)

Ayvalık Devlet Hastanesi Sağlık Kurulu raporu uyarınca davacı sigortalının iş göremezliğinin giderilmesi ve rehabilitasyonu için kullanılması uygun bulunan cihazın davacının tıbben ve fennen iyileşmesine veya iş göremezlik derecesinin azalmasına katkısı olmayacağı konusundaki Kurum itirazları üzerinde durularak Hukuk Genel Kurulu Kararında da vurgulandığı üzere sigortalının bir Üniversite yada Eğitim Araştırma Hastanesine sevki sağlanarak hastanın özür durumu da gözetilerek ortopedi ve travmatoloji fiziksel tıp ve rehabilitasyon ,nöroloji uzmanlarından oluşacak bilirkişi kurulundan rapor alınmalıdır.Bilirkişi kurulunca hazırlanacak raporda hastanın anılan cihazı kullanma gereksiniminin bulunup bulunmadığı konusunda saptama yapılırken hastanın özür durumuna göre motorsuz aracı hareket ettirmesinde fiziki güç yetersizliği veya olanaksızlık yada hareket ettirmesi halinde sağlığının tehlikeye girmesinin söz konusu olup olmadığı,motorlu ve diğer özelliklere sahip cihazları kullanması zorunluluğunun bulunup bulunmadığı bilimsel dayanakları ile ortaya konmalıdır.Yapılan inceleme sonucunda dik pozisyonlandırma cihazı kullanımını gereğinin tesbitine karşın özellikli cihaz kullanımını gerektirir tıbbi zorunluluk

ortaya konulmadığı takdirde özelliği olmayan motorsuz dik pozisyonlandırma cihazı esas alınarak Kurum tarafından karşılanacak bedelin belirlenmesi gerektiği açıktır.

Öte yandan bedelinin tahsili istenen cihaz değerinin tesbiti amacıyla Ankara Ticaret Odasına yazılan yazıya verilen cevapta bu konuda protokole rastlanmadığı için ithalatçı firmanın sunduğu belgeler üzerinden değerlendirme yapılarak cihazın yurt dışı (FOB) fiyatına % 40 ilavesi ile ödemeye esas birim fiyatının belirlendiği ve faturadaki fiyatın raice uygun olduğu bildirilmiş ve mahkemece fatura değerleri üzerinden tahsile karar verilmiştir.

20.01.2009 tarihli Resmi Gazetede yayımlanan ve Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliğinde değişiklik öngören düzenleme de gözetilerek; bedeli dava konusu edilen cihazların, davalı Kurum yönünden bağlayıcı fiyat tarifesinin bulunup bulunmadığı araştırılarak, böylesi bir fiyatın bulunmadığı sonucuna varıldığı takdirde; davalı Kurum ile protokollü firmaların protokolü dâhilinde olmayan veya Kurumla protokolü olmayan firmalardan temin edilen cihazların Kurum tarafından karşılanabilecek değerinin tespiti konusundaki yöntem gereğince, Sağlık Bakanlığının konuya ilişkin görüşü de alınmak suretiyle rayiç belirlenmesi gereği üzerinde durulmaksızın fatura değeri esas alınarak eksik incelemeyle sonuca varılması usul ve yasaya aykırı olup bozmayı gerektirir.

Y.10.HD.16.11.2009 günlü ,E 2008/13684 ,K2009/1735 sayılı kararında Dava, 23.177,00 TL tedavi giderinin ticari faizle tahsili istemine ilişkindir. Mahkemece, ilamında belirtildiği şekilde davanın reddine karar verilmiştir.

Dava konusu somut olayda, davacının, 25.05.2006 tarihinde Antalya Atatürk Devlet Hastanesinde erken doğum yaptığı, prematüre doğan çocuk için yoğun bakıma ihtiyaç duyulması nedeniyle bir çocuk hastalıkları uzmanınca tedavisi açısından Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesine sevk edilmek istendiği ancak burada boş yatak bulunmaması nedeniyle Anadolu Hastanesi Yeni Doğan Kliniği ile görüşülerek anılan sağlık kuruluşuna sevk edildiği, burada yapılan tedavi sonucu 29.998,29 TL gider çıkarıldığı, davacının bu gideri ödediği, ancak Kurumun bu giderlerden sadece 6.821,69 TL'sini ödediği, davacının kalan bedelin ödenmesi için dava açtığı anlaşılmaktadır.

Mahkemece, 506 sayılı Kanununun 123.maddesi ve Sosyal Sigortalar Kurumu Sağlık İşleri Yönetmeliğinin ilgili maddeleri, bilirkişi raporu ve tedavi yardımlarına ilişkin uygulama tebliği ve o yıla ait bütçe uygulama talimatı uyarınca esas alınan tarife dikkate alınarak Kurumca yapılan ödeme miktarının doğru saptandığı, bunun dışında davacı tarafından ödenen tutarlarının Kurumdan tahsilinin mümkün olmadığı sonucuna varılarak davanın reddine karar verilmiştir.

Davanın yasal dayanaklarından bulunan 506 sayılı Kanununun 32, 33 ve 34. maddeleri hükümlerine göre; Sosyal Sigortalar Kurumu, hastalık sigortası kapsamında sigortalıya, iş kazaları ve meslek hastalıkları sigortası kapsamı dışında kalan hastalıklarda da sağlık yardımlarını sağlamakla yükümlüdür; sigortalıya yapılacak sağlık yardımları, sigortalının hekime muayene ettirilmesi,

hekimin göstereceği lüzum üzerine teşhis için gereken klinik ve laboratuvar muayenelerinin yapılması, yine teşhis ve tedavi için gerekirse sağlık müesseselerine yatırılması, tedavi süresince gerekli ilaç ve iyileştirme vasıtalarının sağlanması hallerini kapsar ve bu sağlık yardımları sigortalının iyileşmesine kadar devam eder.

28.08.2008 tarihinde yürürlüğe giren, Sosyal Sigorta İşlemleri Yönetmeliğinin 133. maddesi ile 16/1/2004 tarihli ve 25348 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Sosyal Sigortalar Kurumu Sosyal Sigorta İşlemleri Yönetmeliği yürürlükten kaldırılmış ancak devralınan kurumlar tarafından çıkarılan ve bu yeni Yönetmeliğin kapsamına giren hususları düzenleyen yönetmeliklerin, Kanuna ve bu yeni Yönetmeliğe aykırı olmayan hükümlerinin uygulanmasına devam edileceği bildirilmiştir. Uyuşmazlık tarihinde yürürlükte bulunan Sosyal Sigortalar Kurumu Sigorta İşlemleri Yönetmeliğinin 56. Maddesi “- (Değişik madde: 01/12/2004 - 25657 S.R.G. Yön/3.mad) ...tedavi için

Kurum sağlık tesislerine başvuruları üzerine, boş yatak bulunmaması veya hastalığın Kurum sağlık tesislerinde tedavisinin mümkün olmaması hallerinde, Kurumca resmi bir sağlık tesisine yahut Kanununun 123 üncü maddesi hükmüne istinaden Kurumca sözleşme yapılan özel sağlık tesislerine, buralarda da boş yatak bulunmadığı veya tedavinin yapılamayacağı raporla tevsik edildiği takdirde diğer özel sağlık tesislerine sevk edilmek suretiyle gereken muayene ve tedavileri Kurum tarafından sağlanır.

Kurum dışı sağlık tesislerine sevk edilmeksizin tedavilerini Kurum harici resmi sağlık tesislerine başvurarak yaptıran Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılanların, tedavilerinin Kurum ya da Kurum tarafından sözleşme veya protokol yapıldığı bildirilen kamu ve özel sağlık tesisi ile hekimlerince sağlanmadığı yer veya hallerde de, tedavi giderleri Kurumca karşılanır. Şu kadar ki, Kurum ya da Kurum tarafından sözleşme veya protokol yapıldığı bildirilen kamu ve özel sağlık tesisi ile hekimlerince sağlanamayan tedavilerin doğrudan başvuru veya hastanın kendi isteği ile sevk edilmek suretiyle Kurum dışı sağlık tesislerinde yaptırılması halinde, Kurumca karşılanacak olan tedavi giderleri, Kanununun 123 üncü maddesi hükmüne göre o yerde sözleşme yapılmış aynı tedavinin sağlanabileceği sağlık kuruluşu bulunuyor ise, bu kuruluşla yapılan sözleşmeye göre, böyle bir sağlık kuruluşu yoksa, başka bir ilde bu nitelikteki sağlık kuruluşuyla yapılan sözleşmeye göre ödenmesi gereken tutarı aşamaz.

Ancak, geçirilen kaza sonucu kopan organları nedeniyle yapılan tedavilerde, Kurumca ödenecek olan masraf tutarı, başvuru sağlık tesisi ile Kurum arasında bu konuda "paket program" sözleşmesi varsa onun üzerinden, bu konuda "paket program" sözleşmesi yoksa Bütçe Uygulama Talimatında belirtilen miktarlar üzerinden ödenir.” hükmünü getirmiştir.

Sağlık hizmetinin hangi sağlık kuruluşlarından satın alınacağını tespitine Bakanlar Kurulu yetkilidir. Ancak dava konusu somut olayda, davacının, Antalya Atatürk Devlet Hastanesinde tedavi görmekte iken Akdeniz Üniversitesi

Tıp Fakültesine sevk edilmek istendiği, burada boş yatak bulunmaması nedeniyle Anadolu Hastanesi Yeni Doğan Kliniği ile görüşülerek anılan sağlık kuruluşuna sevk edildiği anlaşılmağla, tedavi gördüğü devlet hastanesindeki koşulların yetersiz olması nedeniyle sevk edilmiş olduğunun belirgin olması karşısında, insan yaşamının kutsallığı ve tıbbi zorunluluk nedeniyle sevk işleminin yapılmış olduğu kabul edilerek, isteğin kabulüne karar verilmesi gerekirken, mahkemece yukarıda anılan gerekçelere ve yetersiz bilirkişi raporuna dayanılarak davanın reddine karar verilmesi usul ve yasaya aykırı olup bozma nedenidir.

Yararlandığım Kaynaklar

1-Sosyal Güvenlik ve Sosyal Sigortalar,Sn. Utkan Araslı 21.HD.Onursal Başkanı

2-Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Őerhi,Sn.Resul Aslanköylü ,10.HD.Onursal Başkanı