

GENEL SAĞLIK SİGORTASI İLE İLGİLİ ÇEŞİTLİ YARGITAY KARARLARI

T.C.

YARGITAY

21. HUKUK DAİRESİ

E. 2015/8250

K. 2015/15016

T. 29.6.2015

DAVA : Davacı, davalı Kurum tarafından ödenmeyen tedavi giderinin yasal faiziyle tahsiline karar verilmesini istemiştir.

Mahkeme ilamında belirtildiği şekilde, isteğin kısmen kabulüne karar vermiştir.

Hükmün, taraf vekillerince temyiz edilmesi ve davacı vekili tarafından duruşmalı olarak talep edilmesi üzerine temyiz isteğinin süresinde olduğu anlaşıldıktan ve Tetkik Hakimi ... tarafından düzenlenen raporla dosyadaki kağıtlar okunduktan ve temyiz konusu hükme dair dava, Hukuk Usulü Muhakemeleri Kanununun 438. maddesinde sayılı ve sınırlı olarak gösterilen hallerden hiçbirine uymadığından Yargıtay incelemesinin duruşmalı olarak yapılmasına dair isteğin reddine karar verildikten sonra işin gereği düşünüldü ve aşağıdaki karar tesbit edildi.

KARAR : Dava, davacının yapmış olduğu tedavi giderinin davalı Kurum'dan tahsili istemine ilişkindir.

Mahkemece, davanın kısmen kabulüyle “toplam 4.952,82 TL tedavi giderinin Kurum'a ilk başvuru tarihi olan 10.2.2011 tarihinden itibaren işleyecek yasal faizi ile birlikte davalıdan alınarak davacıya verilmesine, fazlaya dair talebin reddine” dair hüküm kurulmuştur.

Davacı sigortalının oğlu, tedavisinin gerçekleştirildiği dönem itibariyle, genel sağlık sigortası yönünden 5510 Sayılı .. ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'na tabi olup; 5510 Sayılı Yasa'nın [63.](#)maddesi uyarınca Genel Sağlık sigortalısının ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlıklı kalmalarını, hastalanmaları halinde sağlıklarını kazanmalarını için sunulacak sağlık hizmetleri belirlemiştir,[73.](#)maddesiyle de acil haller dışında sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından kişilerce satın alınan sağlık hizmet bedellerinin Kurumca ödenmeyeceği, sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından acil hallerde alınan sağlık hizmeti bedelinin ise [72.](#)madde gereği sözleşmeler ile sağlık hizmeti sunucuları için belirlenen bedellerin esas alınarak yararlanana ödeneceği bildirilmiştir.

28.8.2008 tarihli Resmi Gazete'de yayınlanan .. Sigortası İşlemleri Yönetmeliği'nin [42.](#)maddesinde acil haller "ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlarda olayın meydana gelmesini takip eden ilk 24 saat içinde tıbbi müdahale gerektiren durumlar ile ivedilikle tıbbi müdahale yapılmadığı veya başka bir sağlık kuruluşuna nakli halinde hayatın ve/veya sağlık bütünlüğünün kaybedilme riskinin doğacağı kabul edilen durumlardır. Bu sebeple sağlanan sağlık hizmetleri acil sağlık hizmeti olarak kabul edilir." şeklinde

açıldıktan sonra, Sağlık hizmetleri ile yol gideri, gündelik ve refakatçi giderlerinin Kurumca ödenecek tutarlarının belirlenmesi durumu 48.maddede düzenlenmiştir: "Kanunun 63. maddesi gereği Kurumca tespit edilen finansmanı sağlanacak sağlık

- hizmetlerinin ve yol gideri, gündelik ve refakatçi giderlerinin Kurumca ödenecek tutarları; sağlık hizmetinin sunulduğu il ve basamak, sağlık hizmetlerinin maliyeti, Devletin doğrudan veya dolaylı olarak sağlamış olduğu sübvansiyonlar, sağlık hizmetinin niteliği itibarıyla 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 sınıf için tek tek veya gruplandırılarak.. Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenir." Sağlık hizmetlerinin sağlanma yöntemi ise Yönetmeliğin 49.maddesinde belirlenmiştir:"(1) Kurum, Kanunun 63. maddesi hükümlerince finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerini, yurt içi ve yurt dışı sağlık hizmeti sunucuları ile sözleşme yapmak ve/veya Kanun ve bu Yönetmelik hükümlerine uygun olarak genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucusundan satın aldıkları sağlık hizmetleri giderlerini ödemek suretiyle sağlar. (2) Kurum, birinci fıkrada belirtilen yöntemler dışında, kamu idarelerince verilecek sağlık hizmetlerini götürü bedel üzerinden hizmet alım sözleşmesiyle de sağlamaya yetkilidir. Kamu idaresi sağlık hizmeti sunucuları, sözleşmede belirtilen götürü bedel karşılığında genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere sözleşme kapsamında verilmesi gereken her türlü sağlık hizmetini sunmakla yükümlüdür ve sözleşmede belirtilen götürü bedel dışında Kurumdan veya genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden ilave ücret alınabilecek hizmetler ve katılım payları dışında ayrıca bir bedel talep edemez. Götürü bedel üzerinden hizmet alım sözleşmesiyle temin edilen hizmetler için Kuruma ayrıca fatura ve dayanağı belge gönderilmez." Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularından sağlık hizmeti alımına dair 50.maddesi ise " Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusu tarafından genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere verilen ve Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin bedeli, ..Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenen tutar üzerinden sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusuna ödenir." şeklindedir. Yönetmeliğin Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından alınan sağlık hizmeti giderlerinin ödenmesi başlıklı 53.maddesinin 2.bendinde "Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucuları genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere acil hâllerde sundukları sağlık hizmetlerini, Kanunun 72. maddesi gereği sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları için belirlenen tutar esas alınarak kişilere fatura eder. Kurumca yapılacak inceleme sonrasında belirlenen tutarlar, fatura karşılığı kişilere ödenir. Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucuları acil hâllerde, Kanunun 72. maddesi gereği belirlenen tutarlar dışında genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden veya Kurumdan herhangi bir fark talep edemez."

5510 Sayılı Kanun uyarınca çıkarılan çıkarılan 2008 yılı .. Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği'nin 5.maddesinde de Sözleşmesi olmayan sağlık kurum veya kuruluşlarında acil tedavi bedellerinin ödenmesi yöntemi belirlenmiştir. Buna göre "(6) Sözleşmesiz sağlık kurum veya kuruluşları tarafından genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere acil hâllerde sundukları sağlık hizmetleri ile refakatçi giderleri, ..Ödeme Listesi" nde (EK-9) yer alması durumunda bu liste fiyatları, yer almıyorsa hizmet başına ödeme yöntemi esas alınarak kişilere fatura edilir. Kurumca yapılacak inceleme sonrasında belirlenen tutarlar, fatura karşılığı kişilere ödenir."

"Anayasa'da sosyal bir hak olarak düzenlenen sağlık hakkı, toplumun ve bireylerin sağlık açısından güvenliğinin sağlanmasını ifade eder. Bu niteliğinden ötürü sağlık hakkı, günümüzde sosyal devlet ilkesinin bir unsuru olarak kabul edilmektedir. Sosyal devlet, bütün

vatandaşlarını hastalıklar dahil çeşitli risklere karşı korumak ve bu amaç için gerekli düzenlemeleri yapmakla yükümlüdür. ..hizmetinin yerine getirilmesinde, bu hizmetin özelliği ve insan yaşamının önemi nedeniyle, hizmetin kalitesi ön planda yer alır.

Bu nedenle, salt sağlık harcamalarında tasarruf sağlamak, sağlık kurum ve kuruluşlarına yapılan ödemeler noktasında ortaya çıkan denetim noksanlığını gidermek amacıyla yapılan düzenlemelerin, sağlık hizmetinin tıp biliminin öngördüğü biçimde yerine getirilmesini engelleyecek nitelikte olmaması gerekir. Diğer yandan hastalıkların geçmişte olduğu gibi, günümüzde de bireyleri ve toplumları tehdit eden risklerin en önemlilerinden

- biri olduğu dikkate alındığında, sağlık hakkının kullanılmasına engel teşkil edecek düzenlemelerin hukuka uygun olduğundan söz etmek mümkün değildir.

Sosyal Güvenlik Kurumu'nun, yukarda sözü edilen 506 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu, 1479 sayılı. ve Diğer Bağımsız Çalışanlar .. Kurumu Kanunu ve 5434 sayılı.. Kanunu kapsamında bulunan sigortalıların ve hak sahiplerinin, hastalık halinde, sağlık kurum ve kuruluşlarında hekime muayene olması, hekimin göstereceği lüzum üzerine teşhis için gereken klinik ve laboratuvar tetkiklerini yaptırması, yatarak tedavi olması, tedavi süresince gerekli ilaç ve iyileştirme vasıtalarının sağlanması ve sağlık yardımının sigortalı ve hak sahibinin iyileşmesine kadar devam etmesi karşılığında, kurumun sağlık hizmeti satın aldığı sağlık kurum ve kuruluşlarınca hesaplanan bedeli ödemek ve sözü edilen sağlık hizmetlerini hak sahiplerine sağlamakla yükümlü olduğu hususunda bir duraksama bulunmamaktadır". (Danıştay 10.Hukuk Dairesi, 5.10.2010 tarih ve 2007/7391 Esas ve 2010/7354 Karar numara lu ilamı)

Dosyadaki kayıt ve belgelerden davacı sigortalının oğlu ...'ın geçirmiş olduğu kaza neticesi acil olarak.. Devlet Hastanesine götürüldüğü, buradaki tedavisinden sonra mikro cerrahi bölümünün olmaması sebebiyle 19.1.2011 tarihinde .. Ambulansıyla..)Hastanesine sevk edildiği, davacı sigortalının oğlunun 9.1.2011-17.1.2011 tarihleri arası sağlık kuruluşunda yatarak tedavi gördüğü, sağlık kurulunun düzenlemiş olduğu epikrizdeki ameliyat notu ve Sosyal Güvenlik Kurumu 2010 .Uygulama Tebliği (.. ekindeki EK /9 (paket fiyat) listesindeki kodları ile birlikte belirtilen operasyonların yapıldığı, 7.2.2011 tarihinde tedavi gideri olarak toplam 20.500,00 TL nin fatura edildiği, davacının tedavi giderinin Kurum tarafından karşılanması için 10.2.2011 tarihinde Kurum'a başvurduğu, Kurum'un yapılan başvuruyu tedavinin aciliyet gerektirmemesi sebebiyle reddettiği, yargılama esnasında Kurum tarafından Sağlık Uygulama Tebliğine göre aynı seansta yapılmış olan operasyonlarda ödenmesi gereken yüzdeler oranları ile birlikte operasyonların sözleşmeli sağlık tesislerinde yapılması durumunda ödenecek.. fiyatlarının Mahkemeye bildirildiği, alınan bilirkişi heyet raporlarının dosyaya sunulduğu, hükme esas alınan 5.4.2013 tarihli bilirkişi heyeti raporu ile “ 2011.. listesi esas alınmak suretiyle davacıya ödenmesi gereken miktarın KDV ile birlikte 4585,95 tl olarak hesaplandığı”nın belirtildiği,... ilindeki devlet ve üniversite hastanelerinde benzer tedavinin uygulanması halinde tedavi maliyetinin ne olacağının bildirilmesine dair Dairemizin 28.10.2014 tarihli geri çevirme ilamı neticesi devlet ve üniversite hastanelerine ait cevabî yazıların dosyaya sunulduğu anlaşılmaktadır.

Somut olayda, Mahkemece davacı sigortalının oğlunun geçirmiş olduğu kaza neticesi mikro cerrahi bölümünün olmaması sebebiyle acilden sevk ile özel sağlık kuruluşuna nakledildiği anlaşılmakla tedavi giderlerinin Kurum tarafından ödenmesi gerektiğine dair verilen karar yerinde ise de tedavi giderinin miktarına dair olarak; fatura tarihi itibarıyla 1.4.2010 tarihi itibarıyla yürürlüğe giren 25.3.2010 tarih ve 27532 mükerrer sayılı.. 'un “yatarak tedavilerde

ödeme” başlıklı 4.2.2. maddesi gereği.. Ek-9 eki listesinde yer alan harcamalar için öngörülen fiyatlandırmanın, listede yer almayan harcamalar için (Kurum'un yasa ile belirlenen sağlık hizmetlerini ve süresini yönetmelik veya tebliğ ile sınırlaması mümkün bulunmadığından) ise fatuta bedelini aşmamak kaydıyla piyasa rayiç bedeli esas alınarak fiyatlandırmanın belirlenmesi gerektiği gözetilmeksizin hazırlanan bilirkişi raporunun hüküm kurmaya elverişsiz olduğu anlaşılmaktadır.

Yapılacak iş; 2010 yılı Sağlık Uygulama Tebliği hükümlerine göre Kurum'un davacıya ödemesi gereken tedavi giderini dosyada dökümü bulunan ve davacının tedavisinde kullanılan sağlık malzemelerinin bedellerini, sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları için belirlenen bedellere göre, ayrıca tarifede olmayıp da davacının tedavisinde kullanılması zorunlu sağlık malzemesi varsa bunlar içinde piyasa araştırması yaptırılıp, rayiç bedeli belirlenerek, içinde doktor bilirkişinin de bulunduğu heyetten alınacak rapor ile hesaplama yaptırmak ve çıkan miktar kadar davanın kabulüne karar vermekten ibarettir.

Mahkemece bu maddi ve hukuki olgular gözetilmeksizin yazılı şekilde hüküm kurulması hatalı olmuştur.

O halde davalı ve davacı taraf vekillerinin bu yönleri amaçlayan temyiz itirazları kabul edilmeli ve hüküm bozulmalıdır.

SONUÇ : Hükmün yukarıda açıklanan sebeplerle **BOZULMASINA**, temyiz harcının istenmesi halinde davacıya iadesine, 29.6.2015 tarihinde oybirliğiyle karar verildi.

T.C.

YARGITAY

10. HUKUK DAİRESİ

E. 2015/23337

K. 2017/809

T. 9.2.2017

DAVA : Asıl dava, yurt dışı kesin dönüş şartını yerine getirmemesi sebebiyle yersiz ödendiği ileri sürülen aylıklardan dolayı borçlu olmadığının tespiti, birleşen dava ise , yersiz ödendiği iddia olunan yaşlılık aylıkları ve sağlık giderinin istirdadı istemine ilişkindir.

Mahkemece, ilamında belirtildiği şekilde asıl davanın kabulüne birleşen davanın reddine karar verilmiştir.

Hükmün, davalı Kurum vekili tarafından temyiz edilmesi üzerine, temyiz isteğinin süresinde olduğu anlaşıldıktan ve Tetkik Hakimi tarafından düzenlenen raporla dosyadaki kağıtlar okunduktan sonra işin gereği düşünüldü ve aşağıdaki karar tespit edildi:

KARAR : 1-)Yurtiçi sigortalılık süreleri ile 3201 Sayılı Kanun kapsamında borçlandığı 1976-1996 yılları arasında Almanya'da geçen yurtdışı süreleri gözetilerek 01.12.1996 tarihinden itibaren 506 Sayılı Kanun hükümleri uyarınca yaşlılık aylığı bağlanan davalının, aylık bağlandıktan sonra Almanya'da çalıştığı gerekçesiyle 21.09.2011 tarihinde Kurumca gerçekleştirilen işlemle 17.09.2001-17.02.2010 tarihleri arasında ödenen aylıkları yersiz sayılarak anılan dönem için tahakkuk ettirilen 57.521,17 TL yersiz aylık tutarı ile 7.345,00TL sağlık giderlerinin ödeme tarihlerinden itibaren işleyecek yasal faizi bu davaya konu edilmiş, mahkemece yapılan yargılama sonunda ödemelerin çalışma karşılığı olmadığı gerekçesiyle asıl davanın kabulüne birleşen davanın reddine karar verilmiştir.

Davanın yasal dayanağı olan 3201 Sayılı Kanun'un 6. maddesinin B bendinin önceki düzenlenmesi, “Bu Kanun hükümlerinden yararlanmak suretiyle aylık bağlananlardan, tekrar yurt dışında çalışmaya başlayanların çalışmaya başladıkları tarihi takip eden aybaşından itibaren aylıkları kesilir.” şeklinde iken; 08.05.2008 tarihli Resmi Gazetede yayımlandığı gün yürürlüğü giren 5754 Sayılı Kanun'un 79. maddesiyle yapılan değişiklik ile, “Kanun hükümlerinden yararlanmak suretiyle aylık bağlananlardan tekrar yurt dışında yabancı ülke mevzuatına tabi 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. 31.05.2006 tarihli ve 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun ... 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 değiştirilmiş; anılan maddede, Resmi Gazetede yayımlandığı 19.06.2010

tarihinde yürürlüğe giren 5997 Sayılı Kanun'un [15.](#) ile yapılan ve halen yürürlükte bulunan değişiklik sonucu, “Kanun hükümlerinden yararlanmak suretiyle aylık bağlananlardan tekrar yurt dışında yabancı ülke mevzuatına tabi çalışanlar, ikamete dayalı bir sosyal sigorta ya da sosyal yardım ödeneği alanların aylıkları, tekrar çalışmaya başladıkları veya ikamete dayalı bir ödenek almaya başladıkları tarihten itibaren kesilir. Türkiye'de sigortalı olarak çalışmaya başlayanlar hakkında 31.05.2006 tarihli ve 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun ... destek primine tabi olarak çalışılmasına dair hükümleri uygulanır.

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.” düzenlemesine yer verilmiştir.

Ayrıca, 3201 Sayılı Yasaya 5754 Sayılı Yasa'nın [79.](#) maddesiyle eklenen ve 08.05.2008 tarihli Resmi Gazete'de yayımlandığı gün yürürlüğe giren Geçici 7. maddesinde, “Bu maddenin yürürlüğe girdiği tarihten önce hizmet borçlanması talebinde bulunanlardan; borç tahakkuku yapılmış olanların, borç tahakkuku ile ilgili işlemleri devam edenlerin, tahakkuk ettirilen borçlarını ödeyenlerin ve borçlandıkları yurtdışı hizmetleri dikkate alınarak aylık bağlanmış olanların kazanılmış hakları saklıdır.” denilmiştir.

Somut olayda, dava dosyası içerisinde yer alan 19.9.2012 tarihli Alman sigorta kurumuna ait sigorta hesabında, talep konusu dönem kapsamında, (1.12.2003-10.2.2004) tarihleri ve (1.4.2007-28.2.2010) tarihleri arası dönemde “ Pflgeatigkeit (bakım süresi)” sürelerinin kayıtlı bulunması, söz konusu “bakım süresinin” Alman Rant Sigortasında uzun vade sigorta kollarına dahil edilip aylığın hesabında nazara alınması ve ikamete bağlı bir ödeme olması karşısında, bakım süresi ödemeleriyle sınırlı olmak üzere yersiz ödenen aylıkların istirdadına karar verilmesi gerekir.

2-)17.09.2001-17.02.2010 tarihleri arası yersiz ödendiği iddia edilen sağlık giderleri yönünden, bakım süresi ödemesi ile sınırlı olmak üzere, 5510 Sayılı Kanun'un [60.](#) ve geçici [45.](#) maddeler gözetilerek, genel sağlık sigortalısı sayılmak için öncelikli olarak Türkiye'de ikamet şartı arandığından davacıya ait mernis kayıtları ve yurda giriş-çıkış kayıtlarının talep konusu dönemi kapsar şekilde celp edilerek, davacının ikamet ve 60. madde de belirtilen diğer koşulları sağlayıp sağlamadığının irdelenerek, karar vermesi gerekir.

Mahkemece, eksik inceleme ve yanılığılı değerlendirme sonucu yazılı şekilde karar verilmesi, usul ve yasaya aykırı olup, bozma nedenidir.

O hâlde, davalı Kurum vekilinin bu yönleri amaçlayan temyiz itirazları kabul edilmeli ve hüküm bozulmalıdır.

SONUÇ : Temyiz edilen hükmün yukarıda açıklanan sebeplerle **BOZULMASINA**, 09.02.2017 tarihinde oybirliğiyle karar verildi.

T.C.

YARGITAY

10. HUKUK DAİRESİ

E. 2014/13210

K. 2015/3422

T. 27.2.2015

DAVA : Dava, özel sağlık sunucusunda yapılan sağlık harcamalarının tahsili istemine ilişkindir. Mahkemece, ilamında belirtildiği şekilde davanın reddine karar verilmiştir.

Hükmün, davacı vekili tarafından temyiz edilmesi üzerine, temyiz isteğinin süresinde olduğu anlaşıldıktan ve Tetkik Hakimi tarafından düzenlenen raporla dosyadaki kağıtlar okunduktan sonra işin gereği düşünüldü ve aşağıdaki karar tespit edildi:

KARAR : Genel sağlık sigortası kapsamında bulunan davacı, davalı Özel B... Hastanesi'nde 12.12.2010-14.12.2010 ve 12.2.2011-4.3.2011 tarihleri arasında yatarak tedavi gördüğü sürede yapılıp, kendisinin ödediği 29.877,28 TL tedavi giderinden fazlaya dair hakları salmak kaydı ile, 1000,00 TL'sinin davalılardan tahsiline karar verilmesini istemiş; Mahkemece, özel sağlık sunucusunda aciliyet bulunmadan yapılıp davaya konu olan tedavi giderlerinin Kurum tarafından karşılanmayacağı gerekçesiyle davanın reddine karar verilmiştir.

1-) Davalı B... Özel Hastanesi bakımından davanın esasına girilerek hüküm kurulması eksik araştırma ve incelemeye dayalıdır.

5521 Sayılı İş Mahkemeleri Kanununun 1. maddesinde, İş Kanununa göre işçi sayılan kimselerle (o kanunun değiştirilen 2. maddesinin Ç, D ve E fıkralarında istisna edilen işlerde çalışanlar hariç) işveren veya işveren vekilleri arasında iş akdinden veya İş Kanununa dayanan her türlü hak iddialarından doğan hukuk uyuşmazlıklarının çözülmesiyle görevli olarak gerekli görülen yerlerde iş mahkemelerinin kurulacağı, bu mahkemelerin İşçi Sigortaları Kurumuyla sigortalılar veya yerine kaim olan hak sahipleri arasındaki uyuşmazlıklardan doğan itiraz ve davalara da bakacağı belirtilmiştir.

Diğer taraftan 1479 Sayılı Kanunun 70. maddesinde, bu Kanunun uygulanmasından doğan uyuşmazlıkların, yetkili iş mahkemelerinde veya bu davalara bakmakla görevli mahkemelerde görüleceği açıklanmış, 5510 Sayılı Kanunun 1.10.2008 tarihinde yürürlüğe giren 101. maddesinde de, bu Kanunda aksine hüküm bulunmayan durumlarda, bu Kanun hükümlerinin uygulanmasıyla ilgili ortaya çıkan uyuşmazlıkların iş mahkemelerinde görüleceği öngörülmüştür.

Ayrıca 6100 Sayılı Kanunun 1. maddesinde, mahkemelerin görevinin ancak kanunla düzenleneceği, göreve dair kuralların kamu düzeninden olduğu hüküm altına alınmış olmakla görev değerlendirmesinin mahkemelerce yargılamanın her aşamasında kendiliğinden yapılması gerekmektedir.

Bu yasal düzenlemeler gereğince, davalı özel hastane aleyhine ve Borçlar Kanununa dayalı olarak açılan davada genel mahkemelere başvurulması gerekmekte olup, bu konuda iş mahkemesinin görevli olmadığı gözetilerek; davacının, davalı özel hastaneye yönelik istemine dair olarak dosyanın tefrikiyle görevsiz mahkemeye açılan dava hakkında H.M.K.nun [114-115.](#) maddeleri gereğince değerlendirme yapıp karar verilmesi gerekirken, işin esasına girilerek yazılı şekilde karar verilmiş olması isabetsiz bulunmuştur.

Bu maddi ve hukuki olgular göz önünde bulundurulmaksızın, mahkemece eksik inceleme ve yanılığlı değerlendirme sonucu işin esasına girilerek yazılı şekilde karar verilmesi, usul ve yasaya aykırı olup bozma nedenidir.

2-) Davalı Kurum aleyhine açılan davanın reddine karar verilmesi eksik araştırma ve incelemeye dayalıdır.

5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun [62.](#) maddesinde "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 sigortalısıyla bakmakla yükümlü olduğu kişiler yararlandırılır. Bu Kanun kapsamındaki kişilere sağlanacak sağlık hizmetleri ve diğer haklarla kişilerden alınan primlerin tutarı arasında ilişki kurulamaz." düzenlemesine yer verilip, [63.](#) maddede finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri ve süresi belirtilmiştir. Anılan Kanunun "Sağlık hizmetlerinin sağlanma yöntemi ve sağlık giderlerinin ödenmesi" başlıklı [73.](#) maddesinde "Bu Yasaya göre sağlık hizmetleri, Kurumla 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. ... Acil haller dışında sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından kişilerce satın alınan sağlık hizmeti bedelleri Kurumca ödenmez. Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından acil hallerde alınan sağlık hizmeti bedeli, [72.](#) madde gereği sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları için belirlenen bedeller esas alınarak genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere fatura karşılığı ödenir. Sözleşmeli ve sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucuları, acil hallerde, sözleşmeli sağlık hizmetleri sunucuları ise Kurumun belirlediği sağlık hizmetleri için genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden veya Kurumdan herhangi bir ilave ücret talep edemez." düzenlemesine yer verilmiştir.

Yaşam hakkının kutsallığı nedeniyle, devletin sigortalıların tedavilerini en iyi şekilde yaptırması gereği, sosyal güvenlik hukukunun en temel ilkelerinden biri olarak, Anayasanın [56.](#) maddesinde, Devletin bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak yerine getireceği hükmüyle [5510 Sayılı Kanunun \[62.\]\(#\)](#) maddesindeki düzenleme değerlendirildiğinde, sözleşmesiz sağlık sunucularından acil haller dışında kişilerce satın alınacak sağlık hizmeti bedelinin karşılanmayacağına dair düzenlemenin, Kurum tarifesini aşan kısma yönelik olduğu; aksinin kabulünün yukarıda belirtilen sosyal güvenlik ilkelerine aykırılık oluşturacağı gibi; sağlık primi tahsil edip, sağlık sigortası kapsamında tedavi giderlerini karşılaması gereken Kurum lehine sebepsiz zenginleşme oluşturacağı gözetilmelidir.

Mahkemece, sigortalının sözleşmesiz sağlık sunucusunda yapılan tedavi giderlerinin, sözleşmeli sağlık sunucuları için belirlenen bedeller esas alınarak ödeneceği gözetilerek; tedavi evrakları ve fatura gönderilerek, Kurum'dan veya resmi/sözleşmeli sağlık

sunucusundan yapılan tedavilerin resmi tarife bedeli sorulup, talep ve fatura miktarı aşılmaksızın, sonucuna göre karar verilmesi gerekirken, yazılı gerekçeyle davanın reddine karar verilmiş olması, usul ve yasaya aykırı olup. bozma nedenidir.

O halde, davacı vekilinin bu yönleri amaçlayan temyiz itirazları kabul edilmeli ve hüküm bozulmalıdır.

SONUÇ : Temyiz edilen hükmün yukarıda açıklanan sebeplerle **BOZULMASINA**, temyiz harcının istenmesi halinde davacıya iadesine, 27.02.2015 tarihinde oybirliğiyle karar verildi.

T.C.

YARGITAY

21. HUKUK DAİRESİ

E. 2015/13091

K. 2016/8011

T. 4.5.2016

DAVA : Davacı, ödenmeyen tedavi giderinin yasal faiziyle birlikte tahsiline karar verilmesini istemiştir.

Mahkeme ilamında belirtildiği şekilde, isteğin kabulüne karar vermiştir.

Hükmün, davalı vekili tarafından temyiz edilmesi üzerine temyiz isteğinin süresinde olduğu anlaşıldıktan ve Tetkik Hakimi tarafından düzenlenen raporla dosyadaki kağıtlar okunduktan sonra işin gereği düşünüldü ve aşağıdaki karar tespit edildi:

KARAR : Dava, ayakta dik pozisyonlandırma cihazının bedelinin tahsili istemine ilişkindir.

Mahkemece davanın kabulü ile, 16980,00 EURO'dan kurum katkı payı olan 243,19 EURO'nun mahsubu ile 16736,81 EURO'nun 3095 Sayılı Kanun'un 4/a maddesi uyarınca merkez bankasınca döviz cinsine bir yıllık mevduata uygulanan en yüksek faiz uygulanmak suretiyle aynen yada fiili ödeme günündeki TL karşılığının davalıdan alınarak davacıya verilmesine, karar verilmiştir.

Somut olayda; davacının ayakta dik pozisyonlandırma cihazı için 16.980,00 EURO ödeme yaptığı, cihaz bedelinin karşılanması talebinin Kurum tarafından reddedildiği, davacının cihazı kullanmasının gerekli olduğu, sağlığını tehlikeye sokmayacağını belirlendiği, davacının cihazı aldığı tarihte aynı fonksiyonlara sahip cihaz rayiç bedelleri konusunda araştırma yapıldığı görülmüştür.

Mahkemece, katkı payı miktarı tespit edilip tenzil edildikten sonra kalan miktarın dava tarihindeki Euro kuru üzerinden belirlenecek TL. karşılığının dava tarihinden itibaren yasal faiziyle birlikte tahsiline karar vermek gerekirken, ödeme tarihindeki Euro kuruna göre belirlenecek tutara yasal faiz uygulanması, usul ve yasaya aykırı olup, bozma nedenidir.

O halde, davalının bu yönleri amaçlayan temyiz itirazları kabul edilmeli ve hüküm bozulmalıdır.

SONUÇ : Hükmün yukarıda açıklanan sebeplerle BOZULMASINA, 04.05.2016 tarihinde oybirliğiyle karar verildi.