

Metin KORKMAZ*

Makale Gönderim Tarihi: 1 Mart 2017

Makale Kabul Tarihi: 10 Mart 2017

Sosyal Güvenlik Kurumu'nca Yersiz Yapılan Sağlık Harcamalarının Geri Alınması

Öz

Sosyal Güvenlik Kurumunun 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kapsamında yapmış olduğu ödemeler ve harcamaların yersiz ödeme kapsamında olduğu; mahkeme kararı, Sayıştay denetim raporu, Kurumun denetim ve kontrol ile yetkilendirilen memurlarının inceleme raporları veya Kurumun merkez ya da taşra teşkilatı birimlerinin incelemeleri sonucu tespit edilebilmektedir. Fazla veya yersiz olarak yapıldığı tespit edilen her türlü ödeme ve masraflar Kanununun 96 ncı maddesi hükmüne dayanılarak ilgili kişilerden geri tahsil edilmektedir. An-

cak, Kurumca henüz konuya ilişkin hükümleri ve yapılan kanuni değişiklikleri içerecek şekilde kapsamlı bir ikincil mevzuat hazırlanmamıştır. Bu durum; Kurumun merkez teşkilatında görev ve yetki çatışmalarına, taşra teşkilatında ise güncel mahkeme kararları ile uyuşmayacak şekilde farklı ve kanuna aykırı uygulamaların yapılmasına neden olmaktadır. Bu çalışmada, yersiz ödeme kapsamındaki tedavi masraflarının Kurumca tahsili aşamasında yaşanan sorunlar, mahkeme kararları ve kanuni düzenlemeler çerçevesinde ele alınacak ve çözüm önerileri tartışılacaktır.

Anahtar Sözcükler:

Yersiz ödemeler, sağlık masrafları, sahte sigortalılık, genel sağlık sigortalısı.

Withdrawal of Redundant Health-Care Service Expenses Made by Social Security Institution

Abstract

The payments and expenses borne by social security institution in accordance with the social insurance and universal health insurance law could be determined to be made in excess or redundant in case its found out on court judgments, Audit Court reports, or on examinations carried out by Institution's officers with duty of inspection and control, or audit reports of courts of accounts, or examination of central units or provinces branches of institutions. Any kind of payments and expenses which is determined to be made in excess or redundant by the Institution shall be collected from the insurance holder or right holders in accordance with the provision of Article

96. Secondary legislation which contains the law amendments and making arrangements of the general rules related to this matter does not issued by Institution as yet. Under this circumstances, conflicting of authority and duty has been occurring in central organization, and implementation of the article 96 by civil servants is giving rise to unlawfully process which is incompatible with latest court judgments. In this article the problems which the institution encountered during collecting the health - care service expenses regarded as redundant payments is discussing in the framework of legal regulations and court judgments.

Keywords:

Inappropriate payments, health-care service expenses, unlawful insurance, universal health insurance.

*Sosyal Güvenlik Uzmanı

mkorkmaz@sgk.gov.tr

Sicil Sayı: 37 / Yıl: 2017

1. Giriş

İşverenlere, sigortalılara, isteğe bağlı sigortalılara gelir veya aylık almakta olanlara ve bunların hak sahiplerine, genel sağlık sigortalılarına ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilere 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kapsamında ödeme ve masraflar yapılmaktadır. Kurumca yapılan bu harcamalar; gelir-aylık ödemeleri, geçici iş göremezlik ödeneği ve ilaç masrafı, yol ve gündelik giderleri, tıbbi malzeme gideri gibi kalemlerden oluşan tedavi giderleridir. Kurumca bu harcamalar, gerek kişilerin kasıtlı veya kusurlu davranışlarından gerekse Kurumun hatalı işlemlerinden kaynaklanarak yersiz olarak yapılabilmektedir. Bu durumda Kurum, yapmış olduğu bu ödeme ve masrafları, ilgili kişilerden Kurumdan alacağı varsa mahsup yolu ile alacağı yoksa genel hükümlere göre tahsil etmektedir.

2. Yersiz Ödemelere İlişkin Genel Hükümler

5510 Sayılı Kanununun 96 ncı maddesine göre; 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 Kanun kapsamındaki her türlü ödemeler; kanunî faizi ile birlikte, ilgililerin Kurumdan alacağı varsa bu alacaklarından mahsup edilir, alacakları yoksa genel hükümlere göre geri alınır. (Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu [SSGSSK], 2006: madde 96) Yasa koyucu, Kurumca yapılan fazla veya yersiz ödemelerin geri alınmasında, yersiz ödemenin kaynaklandığı sebebe göre, tahsil edilecek ödeme miktarı ve faiz başlangıç tarihi konularında farklı düzenlemeye gitmeyi uygun görmüştür. Buna göre yersiz olarak yapılan ödeme;

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 kaynaklan-**

mışsa, hatalı işlemin tespit tarihinden geriye doğru en fazla beş yıllık sürede yapılan ödemeler toplamı, ilgiliye tebliğ edildiği tarihten itibaren yirmi dört ay içinde yapılacak ödemelerde faizsiz, yirmi dört aylık sürenin dolduğu tarihten sonra yapılacak ödemelerde ise bu süre sonundan, itibaren hesaplanacak olan kanuni faizi ile birlikte tahsil edilecektir. (SSGS-SK, 2006: madde 96)

Yasa koyucunun, hatalı işlemin tespitinden geriye doğru en fazla 5 ve 10 yıllık ödemeleri geri isteyebilmesinin temel gerekçesi; Kurumun uzun yıllar boyunca yersiz olduğunu fark etmeden yaptığı ödemelerin tamamını yıllar sonra geri ödemek zorunda bırakmamak, bunu zaman açısından sınırlayarak (Özkaraca, 2013, s. 162), borçluları sürekli ödeme tehdidi altında bırakmamak düşüncesidir. (Aslanköylü, 2014, s. 26)

Ayrıca maddede; yersiz ödemelerin tespiti ile geri alınmasına ve bu maddenin uygulanmasına ilişkin usûl ve esasların, Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenleneceği belirtilmiştir. 27.09.2008 tarihli Resmi Gazetede yayınlanarak 2008 yılının Ekim ayı başında yürürlüğe giren "Fazla Veya Yersiz Ödemelerin Tahsiline İlişkin Usul Ve Esaslar Hakkında Yönetmelik"te hangi durumların ilgililerin kasıtlı ve kusurlu davranışlarından veya Kurumun hatalı işlemlerinden kaynaklandığı açıklanmıştır. Aynı zamanda belirtilen yönetmelikte fazla veya yersiz ödemenin kapsamı, tespiti, değerlendirilmesi, tahakkuku ve tebliği ve tahsilatına ilişkin Kurumca yapılacak iş ve işlemler belirtilmiştir. Kanununun 96 ncı maddesinde düzenlenen yersiz ödemelerin kapsamını; geçici iş göremezlik, emzirme, evlenme ve cenaze ödenekleri, yaşlılık ve ölüm toptan ödemeleri, sürekli iş göremezlik ve ölüm gelirleri, malullük, yaşlılık ve ölüm aylıkları ile bu aylıklarla birlikte ödenen ek ödemeler, uzun ve kısa vadeli sigorta kollarından karşılanan yol, gündelik ve refakatçi giderleri (SGK 2011/58 Sayılı Genelge) ve kurumca sigortalı ve bakmakla yükümlü oldukları kişiler için yapılan tedavi masrafları oluşturmaktadır.

Yersiz ödemelerin geri alınmasına ilişkin zamanaşımı süresinin ne olacağı 5510 sayılı Kanununun 96'ncı maddesinde açıkça belirtilmemiştir. Bu durumda

Yargıtay'ın da kabul ettiği gibi genel hükümlerin gözönünde tutulması gerekir. Yani Kurumun geri almaya hakkı olduğunu öğrendiği tarihten itibaren bir yıl ve herhalde talep hakkının doğduğu tarihten itibaren 10 yıldır. (Tuncay & Ekmekçi, 2013)

2.1 İlgililerin Kasıt veya Kusurlu Davranışlarından Doğan Yersiz Ödemeler

İlgililere ödenek, toptan ödeme, gider veya masrafların yapılması ile gelir veya aylık bağlanması, ödenmesi ve yoklanması sırasında; Kuruma verilen veya ibraz edilen belgelerle gerçeğe aykırı bildirimde bulunulması, Kurumca hazırlanan belgelerle bildirilmesi taahhüt edilen durum değişikliklerinin bir ay içinde Kuruma bildirilmemesi, Kanunda öngörülen şartlar yerine gelmediği halde, sahte bilgi ve belgelerle yardımlardan yararlandırılması ile gelir veya aylık bağlatılması, sahte hizmet kazandırılmak suretiyle yardımlardan yararlandırılması ile gelir veya aylık bağlatılması, boşanma nedeniyle gelir veya aylık bağlandıktan sonra boşandığı eşiyile fiilen birlikte yaşanması, gelir ve aylıklarının kesilmesi gerektiği halde durumun gizlenmesi ve/veya bildirilmemesi, sigortalılar ile gelir veya aylık alanlara yapılan ödemelerden, hak sahipliği sona ermesine rağmen her hangi bir kişi tarafından tahsilat yapılması, sebeplerinden kaynaklanan yersiz ödemeler, ilgililerin kasıt ve kusurlu davranışlarından doğan yersiz ödemeleri oluşturmaktadır. (SGK 2011/58 Sayılı Genelge) Sonraki başlıklarda ayrıntılı olarak inceleneceği üzere, hak etmediği halde gelir aylık almakta olan ya da sahte sigortalı olarak çalışan kişiler için ilgili dönemde yapılan tedavi masrafları da yersiz ödeme kapsamında olup, Kurumca sorumlu kişilerden tahsil edilmektedir.

2.2 Kurumun Hatalı İşlemlerinden Doğan Yersiz Ödemeler

İlgililerin kasıtlı veya kusurlu davranışları dışında kalan; Kurumun çalışma sistemi, uygulama değişiklikleri, Kurum çalışanlarının kasıtlı veya kusurlu davranışları, ihmali, dikkatsizliği ve bilgisizliği, gibi sebeplerden kaynaklanan yersiz ödemeler, Kurumun hatalı işlemlerini oluşturmaktadır. Buna göre,

fazla veya yersiz yapıldığı tespit edilen ödemelerde ilgililerin veya üçüncü kişilerin kasıt veya kusurunun bulunmaması halinde, bu ödemeler Kurumun hatalı işlemlerinden doğan yersiz ödemeler kapsamında değerlendirilecektir. (SGK 2011/58 Sayılı Genelge) Kurumun hatalı işlemlerinden doğan yersiz ödemelerin ilgililerden geri alınmasına ilişkin getirilen ve önceki 506 sayılı Sosyal Sigortalar ve 1479 sayılı Bağ-Kur Kanununda bulunmayan bu hüküm, literatürde sıkça eleştiriye maruz kalmıştır. 96. maddeye göre, yapılan işlem Kurumun hatasından kaynaklansa bile başka bir deyişle kişi iyiniyetli olsa bile yanlış ve yersiz ödemeler geri alınabilir. Önemle ifade etmek gerekirse "dürüstlük kuralı (=iyiniyet) hukukun evrensel kuralıdır. 96. Maddeye göre yapılan işlem Kurumun hatasından kaynaklansa bile, başka bir deyişle kişi iyiniyetli sayılsa bile yanlış ve yersiz ödemeler geri alınabilmektedir. İyi niyet kuralı, 96. Maddeye nazaran uygulama önceliğine sahiptir. O nedenle kişi iyiniyetli ise fazla ve yersiz ödemeler geri alınmaz. (Aslanköylü, 2014, s. 33) Kötü niyetli olarak bu ödemeleri alanlara ilişkin hüküm isabetli ise de konunun Borçlar Kanununun sebepsiz zenginleşme hükümleri çerçevesinde düşünüülerek sigortalıların ellerinde kalan miktarla sorumlu olması gerekmektedir (Güzel, Okur, & Caniklioğlu, 2016). Bu konuda yapılması gereken, Kurum hatasından kaynaklanan, ilgilinin bir kusurunun söz konusu olmadığı fazla veya yersiz ödemelerde, bu ödemelerin ileriye yönelik olarak kesileceğini, geçmişe yapılan fazla veya yersiz ödemeler açısından da Kurum işleminin hukuka uygun olduğuna güvenerek bu ödemeyi tüketen ilgilinin geri ödeme yükümlülüğünün bulunmadığını öngören yasal düzenleme getirmektir. Bu düzenleme biçimi sebepsiz zenginleşmeden iade yükümünün kapsamı konusunda Hukukumuzda kabul edilen ilkelerle de uyum içindedir. (Özkaraca, 2013, s. 178)

3. Yersiz Ödenen Tedavi Masrafları

5510 sayılı Kanuna göre; gerek Kurum hatasından gerekse sigortalı ve bakmakla yükümlü oldukları ilgililerin kasıtlı ve kusurlu davranışlarından do-

layı sağlık hizmetlerinden yersiz olarak faydalanan sigortalı ve bakmakla yükümlü kişilerden yapılan tedavi masrafları Kurumca geri alınmaktadır. Fazla veya yersiz ödeme tutarı; ilgilinin Kurumdan tahakkuk etmiş herhangi bir alacağı yoksa veya alacaklarından mahsup edildikten sonra kalan borcu varsa ve Kurumdan gelir ve aylık almaya devam ediyorsa, kesintinin başlayacağı ödeme dönemi başı itibarıyla kanunî faizi ile birlikte hesaplanan borç, gelir ve aylıklardan %25 oranında kesilmek suretiyle tahsil edilir. Kurumdan her hangi bir alacağının bulunmaması hâlinde ise, genel hükümlere göre tahsil edilir. (Fazla veya Yersiz Ödemelerin Tahsiline İlişkin Yönetmelik, 2008: madde 13)

19.01.2013 tarihli Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 6385 sayılı Kanunun 12 nci maddesi ile 5510 sayılı Kanuna eklenen geçici 45 inci maddede " Bu Kanuna göre genel sağlık sigortalısı ya da bakmakla yükümlü olunan kişi kapsamına girmekle birlikte, asli olarak hak etmediği bir kapsamda sağlık hizmeti alanlara 31/1/2012 tarihine kadar verilen sağlık hizmetlerine ilişkin Kurumca tahakkuk ettirilmiş veya ettirilecek borçlar, varsa ilgililerin bu nedenle açtıkları davadan vazgeçmeleri halinde tahsil edilmez. Bu borçlara ilişkin açılmış olan dava ve icra takiplerinden Kurumca vazgeçilir." hükmüne yer verilmiştir. Anılan hükmün gerekçesinde ise, 5510 sayılı Kanuna göre, vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamına alınmasına ilişkin işlemlerin 2012 yılı Ocak ayı itibarıyla tamamlanması nedeni ile, bu tarihe kadar yaşanan geçiş sürecinde, tabi olduğu genel sağlık sigortası statüsünün aradığı şartlarla sağlık yardımı alması gerekirken, Kanunun diğer statülerine göre ya da bakmakla yükümlü olunan kişi statüsünde hak etmediği halde sağlık yardımı yapılanlara ilişkin sağlık giderlerinin ilgililerden tahsil edilmemesi ve bu suretle oluşacak mağduriyetlerin önlenmesinin amaçlandığı belirtilmiştir.

31/1/2012 tarihine kadar verilen sağlık hizmetlerine ilişkin Kurumca tahakkuk ettirilmiş veya ettirilecek borçlar ile ilgili getirilen bu hükmün uygulanmasına ilişkin Kurumca yayınlanan ikincil mevzuat 2013/20 sayılı Genelge ve söz konusu Genelgenin uygulanmasına ilişkin hükümleri düzenleyen 3 Ocak 2014 tarih ve 83996 sayılı talimatıdır.

2013/20 sayılı Genelge 29.09.2016 tarih ve 2016/21 sayılı Genelge ile yürürlükten kaldırılmıştır. Ancak 2016/21 sayılı Genelgede konuya ilişkin herhangi bir düzenleme bulunmamaktadır. Bununla birlikte 3 Ocak 2014 tarih ve 83996 sayılı talimat halen yürürlüktedir. Talimata göre, sahte sigortalılığı ya da sahte sigorta hizmetleri ve diğer nedenlerle gelir veya aylığı kesilenlere sahte sigortalılık veya emeklilik döneminde yapılan tedavi giderleri söz konusu kişinin bu dönemlerde başka bir kapsamda sigortalı veya bakmakla yükümlü olunan kişi olması durumunda tahsil edilmeyecektir. Kanımızca, ilgili talimat 6385 sayılı Kanunun 12 nci maddesinin gerekçesinde yer alan açıklamalara uygun olarak düzenlenmiş ve kanunun amacına aykırılık teşkil etmemektedir. Ancak, sonraki başlıklarda açıklanacağı üzere, konuya ilişkin Yargıtay 10. Hukuk Dairesinin kararları incelendiğinde, 6385 sayılı Kanunun 12 nci maddesinin Kurum aleyhine sonuç doğuracak şekilde daha geniş ve kapsamlı olarak sigortalı lehine yorumlandığı görülmektedir. Kurumca yapılan yersiz sağlık harcamalarının tahsili konusunun daha bütüncül ve ayrıntılı incelenebilmesi için 3 ayrı başlıkta değerlendirilmesi gerekmektedir.

3.1. 31/01/2012 Öncesi Dönem

5510 sayılı Kanunun yürürlük tarihi olan 01/10/2008 tarihi öncesi dönemde 5510 sayılı Kanunun geçici 12 nci maddesi uyarınca yürürlükten kaldırılan kanun hükümlerine göre sağlık yardımları yapılmaktadır. Bu konuda herhangi bir uyumsuzluk yoktur.

6385 sayılı Kanunun 12 nci maddesi ile 5510 sayılı Kanuna eklenen geçici 45 inci maddesinde belirtildiği üzere, sahte sigortalılığı ya da sahte sigorta hizmetleri ve diğer nedenlerle gelir veya aylığı kesilenlere sahte sigortalılık veya emeklilik döneminde yapılan tedavi giderlerinin söz konusu kişinin ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin bu dönemlerde başka bir kapsamda sigortalı veya bakmakla yükümlü olunan kişi olması durumunda Kurumca tahsil edilmeyeceği yukarıda açıklanmıştı. Ancak, 31/01/2012 sonrası dönem için Kurumca talep edilen yersiz ödemelerde olduğu gibi, bu tarihten öncesi için de yargıya intikal eden uyumsuzluklar söz konusudur. Yargıtay 10. Hukuk Dairesinin son yıllar-

da vermiş olduğu kararları incelediğimizde sorun daha da somutlaşmaktadır.

Yersiz ödendiği ileri sürülen sağlık giderleri yönünden, 31.01.2012 tarihine kadar yapılan sağlık giderleri anılan Kanunun geçici 45. maddesi gereği talep edilemeyecektir. 10.01.2013 tarih 6385 sayılı Yasa'nın 12. maddesi ile 5510 sayılı Yasa'ya eklenen Geçici 45. maddede; bu kanuna göre genel sağlık sigortalısı ya da bakmakla yükümlü olunan kişi kapsamına girmekle birlikte, asli olarak hak etmediği bir kapsamda sağlık hizmeti alanlara 31.01.2012 tarihine kadar verilen sağlık hizmeti giderlerinin tahsil edilmeyeceğinin öngörülmesi, 01.04.2009 tarihi itibarıyla boşandığı kocasıyla birlikte yaşadığı belirgin bulunan davalının, anılan tarih itibarıyla 5510 sayılı Yasa'nın 60. maddesinin (g) bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı bulunması, geçici 45. maddede yer alan "... bu kanuna göre..." ibaresinden kastedilen kanunun 01.10.2008 yürürlük tarihli 5510 sayılı yasa olması karşısında, 20.03.2010-31.01.2012 arası dönemdeki tedavi giderlerinden davalının sorumlu olmayacağına dair çoğunluk görüşü isabetli olup bu yönde uyuşmazlık bulunmamaktadır. (Yargıtay 10. H.D E: 2016/4328 K: 2016/5931, 2016) (Yargıtay 10. H.D; E: 2016/1850 K:2016/3923, 2016) Bu iki kararda da çoğunluğun görüşüne katılmayan "karşı oy" yazısı mevcuttur. Karşı oy yazısında öncelikle geçici 45 inci maddenin gerekçesi açıklanmakta daha sonra madde yorumlanmaktadır. "Geçici 45 inci maddenin yorumu şu şekildedir: 01.01.2012 tarihi itibarıyla tüm vatandaşlar genel sağlık sigortası kapsamına alınmıştır. 31.01.2012 tarihi öncesinde ise sağlık yardımı yapılmasını sağlayan sigortalılık statüsünün geçersiz sayılması halinde bakılır; başka bir geçerli sigortalılık statüsü varsa veya bakmakla yükümlü olunan kişi kapsamına giriyorsa yine yersiz sağlık gideri tahsil edilmez. Bu iki hal de yoksa geçersiz sigortalılık statüsüne dayalı yapılan sağlık gideri yersizdir ve Kurumca tahsili gerekir. Örnek olarak, 4/1-a kapsamında sigortalılığı geçersiz sayılan kişi, aynı dönemde 4/1-b kapsamında sigortalı olabilir veya bir başka sigortalının bakmakla yükümlü olunan kişisi olabilir. Bu hallerde sağlık yardımı alabileceği geçerli bir statü bulunduğundan alınan sağlık yardımı yersiz sayılmaz. Bu madde,

sosyal güvenlik kurumlarının birleşmesi ve çifte sigortalılığın geçersiz sayılması nedeniyle karşılaşılan durumlar için çıkarılmış bir maddedir.

Geçici 45. madde, çoğunluğun yorumladığı gibi, 31.1.2012 tarihi öncesindeki tüm yersiz sağlık giderlerini affeden, tahsilini durduran, geçmişte sıfırlayan bir madde değildir. Aksi halde sahtecilik yoluyla sahte sigortalılık ve buna dayalı olarak haksız sağlık yardımı alan kişileri de Geçici 45. madde ile affetmiş oluruz. Geçici madde 45 ile geçmişe yönelik herkesin affedildiği şeklindeki çoğunluk görüşüne katılmıyoruz. En başta madde gerekçesi buna engeldir."

Karşı oy yazısında belirtilen gerekçeler ile geçici 45. Maddenin yorumu kanımızca doğru ve kabul edilebilir bir yorumdur. Her ne kadar yönetmelik yerine talimatla ilgili alan düzenlenmiş olsa bile Kurumun da uygulaması karşı oy yazısında belirtilen şekildedir. Ancak birçok Yargıtay kararı yukarıda belirtilen iki karar ile aynı sonuç ve hükümleri doğrulamaktadır. Bu durum geçici 45. Maddenin sigortalılar lehine yorumlanmasından kaynaklı olarak Kurumun gelirlerini azaltıcı sonuçlar doğurmaktadır.

3.2. 31/01/2012 Sonrası Dönem

6385 sayılı Kanunun 12 nci maddesi ile 5510 sayılı Kanuna eklenen geçici 45 inci maddesi 31/1/2012 tarihine kadar Kurumca verilen sağlık hizmetlerine ilişkin masraflardan vazgeçilmesini düzenlemektedir. 31/1/2012 tarihten sonrasına ilişkin Kurumca yersiz ödemelerin tahsilinde herhangi bir kısıtlama ya da istisnai bir durum bulunmamaktadır. Örneğin 01/01/2012- 31/12/2013 tarihleri arasında çalışmış olduğu işyerindeki hizmetlerinin fiili çalışmaya dayanmadığı ve sahte olduğu Kurumca ya da mahkeme tarafından tespit edilen sigortalının ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, 01/01/2012- 31/12/2013 arasında geçen dönemde Kurumca sağlanan tedavi masrafları 96 ncı maddeye göre yersiz ödeme kapsamında geri tahsil edilmektedir. Peki bu durumun istisnası var mıdır? Bu konuda herhangi bir mevzuatla düzenleme yoktur. Ancak kanımızca, belirtilen dönemde sigortalının ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin başka bir kapsamda sigortalılıkları veya başkasının bakmakla yükümlü olduğu kişi olmaları durumunda ilgili döneme ait Kurumca yapılan mas-

raflar 96 ncı maddeye göre yersiz ödeme kapsamında değerlendirilmemelidir. Çünkü, sahte sigortalı olan kişi ve bakmakla yükümlüleri ilgili dönemde başka bir kapsamda sigortalı ya da eş, çocuk ya da anne/babanın bakmakla yükümlü olduğu kişisi olabilir. Eğer sahte sigortalı olmasaydı, bu kapsamlardan biri üzerinden sağlık hak sahipliği oluşacak ve Kurum tarafından tedavi masrafları karşılanacaktı.

Bir diğer durum ise, sahte sigortalılığı tespit edilen kişi ve bakmakla yükümlülerinin başka bir kapsamda sigortalılıkları olmaması veya başka biri üzerinden bakmakla yükümlü olunan kişi olmamaları halidir. Bu durumda, sigortalı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler, 01/01/2012 tarihinden itibaren Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (g) bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılacak ve Kurumca re'sen tescilleri yapılacaktır. Bu kişiler gelir testine tabi tutulacak ve Kanunun 80 inci maddesinde belirtilen tutarlar dikkate alınarak 60/c-1 ya da 60(g) kapsamında prim ödeme yükümlüsü olarak tescil işlemleri sonuçlanacaktır. Bu kişilerin, gelir testine başvurarak 60/c-1 ya da 60(g) kapsamında tescil işlemleri yapılması ve ilgili döneme ait genel sağlık sigortası prim borçlarını ödemeleri halinde dahi, Kurum, Genel Sağlık Sigortası Tescil, Prim ve Müstehaklık İşlemleri Yönetmeliğinin 16 ncı maddesine dayanarak, yapmış olduğu tedavi masraflarını 96 ncı maddeye göre yersiz ödeme kapsamında değerlendirerek geri tahsil etmeye devam etmektedir. Aynı durum gelir aylıkları iptal edilen kişiler için de geçerlidir. Sonuç olarak, kasıtlı veya kusurlu davranışlardan veyahut kurumun hatalı işlemi nedeniyle hizmetleri veya gelir aylıkları iptal edilen kişilerin iptal edilen sigortalılık dönemleri için 60(g) kapsamında Kurumca re'sen tescilleri oluşturulmakta, bu kişilerin gelir testine başvurarak prim ödeme yükümlüsü olmaları ve prim borçlarını ödemeleri halinde dahi, Kurumca aynı dönem için ayrıca 96 ncı maddeye göre yersiz ödeme kapsamında borç tahakkuk ettirilmektedir. Bu durumun mükerrerliğe yol açtığına şüphe yoktur. Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (a) bendinin (2) numaralı alt bendi ile (g) bendine tabi olan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte 28/7/1953 tarihli ve 6183 sayılı Amme Alacaklarının

Tahsil Usulü Hakkında Kanununun 48 inci maddesine göre tecil ve taksitlendirilenlerden tecil ve taksitlendirmeleri devam edenler hariç altmış günden fazla prim ve prime ilişkin her türlü borcunun bulunmaması, (Genel Sağlık Sigortası Tescil Prim ve Müstahaklık İşlemleri Yönetmeliği, 2014: madde 16) şartı gereğince Kurum bu uygulamasına devam etmekte, bu da Yargıtay kararlarında açıkça karar bozma nedeni olarak gösterilmektedir.

Yargıtay, 31.01.2012 tarihinden sonra yapılan sağlık giderlerinin, davalı kişinin 5510 sayılı Kanununun 60 ıncı maddesinin ilgili bentleri gereğince genel sağlık sigortalısı sayıldığından ve 67 nci madde kapsamında gelir testine tabi tutulmasıyla oluşacak ihtilafa konu dönemdeki prim borçlarının kurum tarafından tahsili mümkün olduğundan, 01.01.2012 tarihinden sonra iptal edilen döneme ait tedavi masraflarının genel sağlık sigortalısı sayılan sigortalıdan talep edilemeyeceğini karara bağlamıştır. (Yargıtay 10. H.D E: 2015/3098 K: 2016/12335, 2016) (Yargıtay 10. H.D E: 2016/6946 K: 2016/10734, 2016) (Yargıtay 10. H.D E: 2016/3391 K: 2016/10809, 2016) Bir başka kararında Yargıtay, sigortalının, prim ödemesi bulunmasa dahi anılan yasanın 60 ncı maddesinin birinci fıkrasının (g) bendi kapsamında gelir testine tabi tutulmasıyla oluşacak ihtilafa konu dönemdeki prim borcunu bilemeyeceğinden, prim borcunun varlığı nedeni ile yersiz sağlık giderlerinden de sorumlu tutulamayacağına hükmetmiştir. (Yargıtay 10. H.D E: 2016/4328 K: 2016/5931, 2016) Bu kararında ise Yargıtay, sigortalının lehine karar vererek kişi gelir testine gitmese dahi yersiz sağlık giderlerinden sorumlu tutulamayacağına kanaat getirmiştir. Sonuç olarak, 01/01/2012 tarihi sonrası döneme ilişkin sigortalılığın iptali halinde, iptal edilen sigortalılık nedeniyle sağlık yardımı almaya hak kazanılmasa da 01/01/2012 tarihinden geçerli olmak üzere 60/1-(g) kapsamında geriye doğru genel sağlık sigortası tescilinin yapılması nedeniyle sigortalılık sürelerinde yapılan tedavi giderlerinin yersiz tedavi gideri olarak kabul edilmemesi gerekmektedir.

31/01/2012 tarihi sonrası döneme ait yersiz ödenen tedavi masraflarının sigortalıdan tahsil edilmesini hükme bağlayan Yargıtay kararlarında yer alan karşı oy yazısı, hem Kurum uygulamasından

hem de konu ile ilgili hüküm tesis eden Yargıtay kararlarından farklı bir öneri içermektedir. Karşı oy yazısına göre, 31/01/2012 tarihi sonrası dönemde sahte sigortalılığı tespit edilen sigortalılar 5510 sayılı Kanununun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (g) bendi kapsamında resen tescil edilmektedirler. Karşı görüşe göre "Bu kişilerin resen tescil edildikleri süreye ait prim ödemesi bulunup bulunmadığı araştırılarak prim ödemesi varsa veya prim ödemedi muaf ise anılan dönem sağlık gideri borcundan sorumlu olmadığına, aksi halde yersiz sağlık giderlerinin tahsiline karar verilmelidir. Gelir testi yapılmaması, zorunlu olan ve yukarıdaki tarihte gerçekleşmiş bulunan genel sağlık sigortalılığının başlangıcına etkili olmayıp, sadece ödenecek prim tutarını ve prim borçlusunu belirleyen bir süreç olacaktır." ifadesi yer almaktadır. (Yargıtay 10. H.D E: 2016/17047 K: 2016/15037, 2016) (Yargıtay 10. H.D E: 2016/14332 K: 2017/1416, 2017) (Yargıtay 10. H.D E: 2016/13341 K: 2016/11840, 2016) Sonuç olarak kararlardaki karşı oy yazısına göre, eğer bu kişiler sahte sigortalılıklarının tespit edildiği 31/01/2012 tarihi sonrası döneme ait genel sağlık sigortası primlerini ödedikleri takdirde, Kurumca kendilerine herhangi bir borç tahakkuk etmemelidir.

Yargıtay çoğunluk kararları bu kişilerin genel sağlık sigortası borçlarını ödemesi bile kendilerine yapılan sağlık giderlerinin yersiz tedavi gideri olarak kabul edilmemesi yönündedir. Kurum ise, bu kişilere hem yersiz sağlık gideri olarak borç tahakkuk ettirmekte hem de ilgili dönemde kişileri 60(g) kapsamında resen tescil ederek, genel sağlık sigortası prim borçlarını kendilerinden talep etmektedir.

Yersiz tedavi gideri olarak kabul edilip ilgililerden tahsili yoluna gidilerek konunun Yargıtay'a intikal etmesi halinde, önceki Yargıtay kararları dikkate alındığında Kurum aleyhine hüküm tesis edilme ihtimali kuvvetle muhtemeldir. Dolayısıyla 01/01/2012 tarihi sonrası döneme ilişkin yersiz sağlık harcamaları için yukarıda belirtilen durumlar dikkate alınarak Kurumca mevzuatsal düzenleme yapılmalıdır.

3.3. 5510 Sayılı Kanunun 67 inci Maddesinde Belirtilen Durumlar

5510 Sayılı Kanununa göre; 18 yaşını doldurmuş olan kişiler, tıbben başkasının bakımına muhtaç

olan kişiler, trafik kazası halleri, acil haller, iş kazası ile meslek hastalığı halleri, bildiri 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 hallerinde (SSGSSK, 2006: madde 67) 67 nci maddede sayılan sağlık hizmetlerinden yararlanma şartları uygulanmayacaktır. Sigortalılıkları veya gelir aylıkları iptal edilen ve Kurumca iptal dönemlerine ait yersiz ödenen tedavi masrafları tahsil edilecek olan kişilerin 67 inci maddede belirtilen istisna kapsamlarında sağlık hizmeti almaları hallerinde bu kişilere hiçbir durumda yersiz ödemeye ilişkin işlem yapılmaması gerekmektedir. Bu hallerde kişiler herhangi bir kapsamda sigortalı ya da genel sağlık sigortalısı olmasa dahi sağlık hizmetlerinden faydalanabileceklerdir. Uygulamanın ve işlemlerin hangi usul ve esaslarda yapılacağı Kurum mevzuatında açıkça yer almamaktadır.

3 Ocak 2014 tarih ve 83996 sayılı talimatta, sigortalılıkları veya gelir aylıkları iptal edilen ve başka bir kapsamda sigortalı veya bakmakla yükümlü olmayan durumda olmayanlardan 18 yaşından küçük çocuklara ve 25.02.2011 tarihinden sonra meydana gelen trafik kazası hallerinde verilen sağlık hizmetlerinin tahsili yoluna gidilmeyeceği, tahsil edilmiş olanlar var ise hak sahiplerinin talepleri halinde iade edileceği belirtilmiştir.

Kurumun 2014/20 sayılı Genelgesinde ise, "sahte sigortalılığı tespit edilen kişinin başvurmuş olduğu gelir testi sonucunda genel sağlık sigortası tescilinin Kanununun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) numaralı alt bendi kapsamında tescil edilmiş ise, 01.01.2012 tarihinden sonra, kendisine ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere Kurumca sağlanan sağlık yardımları, Kanununun 96 ncı maddesine göre fazla veya yersiz olarak yapıldığı tespit edilen ödemeler kapsamında sayılmayacaktır. Gelir testi sonucu tescil işlemi Kanununun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (g) bendi kapsamında yapılan kişilerin ise 01.01.2012 tarihinden sonra sahte sigortalı olduğu döneme ait genel sağlık sigortası prim borcunu ödemesi halinde kendisi ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere Kurumca analık nedeniyle sağlanan sağlık yardımları, Kanununun 96 ncı maddesine göre fazla

veya yersiz olarak yapıldığı tespit edilen ödemeler kapsamında sayılmayacaktır.”

Sahte sigortalılığı tespit edilip, gelir testine başvuran kişilerin ve bakmakla yükümlü olduğu, gelir testi sonucunda Kanununun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) numaralı alt bendi kapsamında tescilleri yapılırsa, Kurumca ilgili döneme ait yapılan tedavi masraflarının yersiz ödeme kapsamında sayılmayacağı isabetli ve doğru bir uygulamadır. Ancak, gelir testi sonucu tescil işlemi Kanununun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (g) bendi kapsamında yapılan kişiler ve bakmakla yükümlülerine sadece analık nedeniyle sağlanan sağlık yardımlarının yersiz ödeme kapsamında sayılmaması, 67 nci maddede belirtilen diğer hallerin kapsam dışında bırakılmasına tarafımızca anlam verilememiştir.

4. Sonuç

5510 sayılı Kanununun 96 ncı maddesi kapsamında Kurumca, fazla veya yersiz olarak yapıldığı tespit edilen Kanun kapsamındaki her türlü ödemelerin geri alınması ve tahsili konusu, uygulama, mevzuat ve yargısal boyutları ile birlikte değerlendirildiğinde oldukça kapsamlı ve ayrıntılı süreçleri içermektedir.

Kurum hatasından kaynaklanan, ilgilinin bir kusurunun söz konusu olmadığı fazla veya yersiz ödemelerde, Borçlar Kanununun sebepsiz zenginleşme hükümleri çerçevesinde konunun yeniden değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu sebeple yapılması gereken düzenleme, hukuk sistemimiz ile uyumlu olacak şekilde iyi niyetli kişinin geçmişe yönelik geri ödeme yükümlülüğü bulunmadığı yönünde olmalıdır.

Tarihsel süreç ve yargı kararları göz önüne alınarak, bütüncül düzenleme içeren (5510 sayılı Kanuna eklenen geçici 45 inci madde, 5510 Sayılı Kanununun 67 inci maddesinde belirtilen durumlar, 31/01/2012 sonrası dönemi içeren yersiz ödemelerin tahsili) ikincil mevzuatın Kurumca ivedilikle hazırlanması gerekmektedir. Düzenleme, 31/01/2012 sonrası dönemde sahte sigortalı olmaları nedeniyle 60 (g) kapsamında resen tescil edilen sigortalıların genel sağlık sigortası primlerini ödedikleri takdirde, ken-

dilerine yersiz ödeme kapsamında borç tahakkuk edilmeyeceğine yönelik olmalıdır.

KAYNAKÇA

- Aslanköylü, R. (2014). Sosyal Sigortalar Kurumunca Yapılan Fazla ya da Yersiz Ödemelerin Geri Alınması. *Kamu-İş İş Hukuku ve İktisat Dergisi*, 13(3), 23-35.
- Fazla veya Yersiz Ödemelerin Tahsiline İlişkin Yönetmelik. (2008: madde 13). *R.G. 27.09.2008 27010*.
- Genel Sağlık Sigortası Tescil Prim ve Müstahaklık İşlemleri Yönetmeliği. (2014: madde 16). *R.G. 18.04.2014 28976*.
- Güzel, A., Okur, A. R., & Caniklioğlu, N. (2016). *Sosyal Güvenlik Hukuku* (16 b.). İstanbul: Beta Yayınları.
- Özkaraca, E. (2013). *İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi*, 10(38), 151-180.
- SGK 2011/58 Sayılı Genelge. (tarih yok).
- Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu [SSGSSK]. (2006: madde 96). *R.G. 16.6.2006 26200*.
- Tuncay, C., & Ekmekçi, Ö. (2013). *Sosyal Güvenlik Hukuk Dersleri*. İstanbul: Beta Yayınları.
- Yargıtay 10. H.D E: 2015/3098 K: 2016/12335 (10 11, 2016).
- Yargıtay 10. H.D E: 2016/13341 K: 2016/11840 (09 29, 2016).
- Yargıtay 10. H.D E: 2016/14332 K: 2017/1416 (02 23, 2017).
- Yargıtay 10. H.D E: 2016/17047 K: 2016/15037 (12 15, 2016).
- Yargıtay 10. H.D E: 2016/3391 K: 2016/10809 (06 28, 2016).
- Yargıtay 10. H.D E: 2016/4328 K: 2016/5931 (04 18, 2016).
- Yargıtay 10. H.D E: 2016/6946 K: 2016/10734 (6 28, 2016).
- Yargıtay 10. H.D; E: 2016/1850 K: 2016/3923 (04 18, 2016).