

**TÜRKİYE BAROLAR BİRLİĞİ**  
**SOSYAL YARDIM VE DAYANIŞMA FONU**  
**SOSYAL YARDIM VE DAYANIŞMA YÖNERGESİ**

**SAĞLIK YARDIMLARI ESASLARI**

**YÖNERGE NO: 2**

**Yürürlük Tarihi: 01.08.2006**

**Amaç**

**Madde 1** – Sosyal Yardım ve Dayanışma Fonu Yönetmeliğinin 17/a maddesinde belirtilen Sağlık Yardımlarının yapılmasına ilişkin yöntem ve kuralların belirlenmesidir.

**Kapsam**

**Madde 2** – Bu Yönergede Sağlık Yardımlarından yararlanabilecekler, yapılacak yardımın miktarı, sınır ve yüzdeleri, yardım talebi için verilmesi gereken belgeler, ödeme esasları, Sağlık Yardımının yapılması ve yardım yapılmayacak haller düzenlenmiştir. Bu Yönergede yer alan kavramlar için Yönetmelik ile 4. maddede belirlenen tanımlar geçerlidir.

**Dayanak**

**Madde 3** – Bu Yönerge, Yönetmeliğin 18. maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

**Tanımlar**

**Madde 4** – Yönergede yer alan kavramlardan;

**Üye:** Baro levhasına kayıtlı avukat ile stajyer listesine kayıtlı stajyer avukatı<sup>(33)</sup>,

**Sağlık Yardımı:** Üyelerin 6. maddede belirtilen teminatlara ilişkin giderlerinin, belirli sınır ve yüzdelerle Üyeye ödenmesini,

**Teminat:** Bedelleri belirli sınır ve yüzdelerle ödenecek olan ve 6. maddede belirtilen sağlık hizmetlerini, ilaç ve tıbbi malzeme bedellerini<sup>(43)</sup>,

**Yatarak Tedavi:** Üyelerin sağlık kuruluşlarında en az bir gece geçirmesi halini,

**Müşavir Hekim:** Sağlık ve Geçici İş Göremezlik Yardımı taleplerine konu olan belgeleri tıbbi ve teknik yönden inceleyip, ödeme esaslarına uygunluğunu denetleyecek hekimi<sup>(44)</sup>,

**İstisna:** Bedeli ödenmeyecek sağlık hizmetleri ile hastalık ve yaralanma hallerine ilişkin giderleri,

**BUT:** T.C. Maliye Bakanlığı Bütçe Uygulama Talimatını,

**SUT:** T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğini<sup>(45)</sup>,

**TTB Asgari Ücret Tarifesi:** Türk Tabipleri Birliği Asgari Ücret Tarifesini<sup>(46)</sup>,

**Tıbbi İşlem Farkı:** Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile sözleşmeli olan Sağlık kurum ve kuruluşlarının, hastalardan SGK Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen sağlık hizmet bedelleri üzerinden alabilecekleri oranlı ilave ücreti <sup>(47)</sup> ,

**İstisnai /Özel Hizmet Farkı:** Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile sözleşmeli olan Sağlık kurum ve kuruluşlarının, hastalardan SGK Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenerek tutarları ilan edilen istisnai sağlık hizmetleri ve otelcilik hizmet bedelleri üzerinden alabilecekleri katlı ilave ücreti <sup>(48)</sup> ,

**Katılım Payı:** Bu Yönergede, Sağlık Yardımının tespiti için yapılacak hesaplamalarda uygulanacak olan kesintileri <sup>(49)</sup> ,

**Epikriz:** Tanı, tedavi, yapılan tüm tıbbi/özel işlemleri ve sonucu gösterir hekim ve hastane onaylı belgeyi <sup>(50)</sup> ,

**Sağlık ve Geçici İş Göremezlik Yardımları Tespit Tutanağı:** Ekinde bu yardım türleri için ilgililerince gönderilen belgelerin yer aldığı ve başvuru sonuçlarını gösteren, Müşavir Hekim ve Yürütme Kurulu Başkanı tarafından imzalanan tutanağı <sup>(51)</sup> ,

İfade eder.

#### **Sağlık Yardımlarından Yararlanma Esasları ve Teminat Sahası**

**Madde 5 –** Sağlık Yardımlarından Baro levhasına kayıtlı avukatlar ile aşağıda belirtilen koşullarda stajyer listesine kayıtlı stajyer avukatlar yararlanabilir <sup>(34)</sup> . Bu yardım; 01.08.2006 tarihinden itibaren Üyelerin yurt içi ve yurt dışındaki sağlık kuruluşlarında gördükleri tedavilerinin 6. maddede belirtilen teminatlar kapsamında olması, Yönergede belirtilen esaslar doğrultusunda Fon Müdürlüğüne başvuruda bulunulması ve yapılacak değerlendirmeler neticesinde tespit edilecek yardım tutarının Üyelere ödenmesi şeklinde yapılacaktır <sup>(1)</sup> .

Üyeler, yararlandığı sağlık hizmetinin Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanan tutarın üzerinde kalan kısmı için Sağlık Yardımı talebinde bulunabilecek ve ibraz edilen faturalar Fon Müdürlüğü tarafından Sağlık Yardımı esaslarına uygun olarak değerlendirilecektir <sup>(52)</sup> . Avukatlar için 2009 yılı azami Sağlık Yardımı tutarı kesintiler hariç **120.000,00 TL**’ dir <sup>(64)</sup> .

Stajyer avukatlarla ilgili olarak <sup>(54)</sup> ;

**i) 2009 yılı azami Sağlık Yardımı tutarı kesintiler hariç 20.000,00 TL’ dir.** <sup>(64)</sup>

**ii) Stajyer avukatlarda kanser durumları hariç olmak üzere burun ile ilgili yapılan tüm girişimler istisna olarak teminat dışındadır.**

**iii) Sağlık Yardımı limiti ve burun operasyonu istisnası dışında diğer tüm usul ve esaslar avukat üyelere uygulananlar ile aynı olacaktır.**

Sağlık Yardımından yararlanmak isteyen Üyelerin, işlemlerin hızla sonuçlandırılabilmesi için, tıbbi belgeler ile söz konusu harcama belgelerini, belgelerin düzenlenme tarihinden itibaren 1 takvim yılı içinde Baro Başkanlığı vasıtasıyla Fon Müdürlüğüne ulaştırmaları gerekir <sup>(10)</sup> . Yararlanma hakkı, harcama belgesi üzerindeki tarihten itibaren bir yıl sonra sona erer.

## **Teminatlar**

**Madde 6** – Üyelerin yurt içi ve yurt dışındaki sağlık kuruluşlarında gördükleri yatarak tedavilerine ait;

- 6.1-** Süit oda hariç; tek kişilik oda, yemek ve refakatçi masrafları,
- 6.2-** Yoğun bakım ünitelerindeki tedavileri,
- 6.3-** Yatarak tedavide kullanılan tüm tanı ve tedavi yöntemleri, ilaç ve gerekli tıbbi malzeme ile protez-ortez giderleri,
- 6.4-** Hekim tarafından tıbbi raporla belgelendirilmesi suretiyle, gerekli görülen ameliyat ve uzun süreli yatarak tedavi sonrası iki (2) ay içerisindeki fizik tedavi giderleri,
- 6.5-** Koroner anjiyografi uygulamasında gerek duyulabilecek stend ve diğer her türlü malzeme,
- 6.6-** Taş kırılma (ESWL),
- 6.7-** Hastanede yatış/yatış işlemi gören durumlar sırasında kullanılmasının zorunlu olması halinde; Türkiye’de bulunmayan ve muadili olmayan Sağlık Bakanlığı’nın izniyle ithal edilen ilaçlar,
- 6.8-** Sunulan tıbbi bilgiler ışığında, Üyenin sağlık durumu göz önüne alınarak ve gerekliliğinin bir hekim raporu ile belgelenmesi şartıyla özel hemşirelik hizmetleri,
- 6.9-** Teminat dâhilindeki bir rahatsızlığa bağlı olarak hastaneye yatış ve operasyon halleri,
- 6.10-** Üyenin hastanede yatış işleminin gerçekleşmesi koşuluyla; bulunduğu mahalden hastaneye götürülmesi veya hastaneden hastaneye yatarak tedavi amaçlı nakillerindeki şehir içi veya şehir dışı ambulans hizmet bedelleri,
- 6.11-** Estetik amaç taşımamak üzere; gerekliliğinin doktor raporuyla belgelenmesi ve meydana gelen hastalık ya da kaza sonucu fonksiyon kaybına uğramış organın fonksiyonlarını yerine koyma amacıyla takılan, el, kol, bacak protezleri ile kanser sonrası meme protezine ilişkin suzi uzuv giderleri,
- 6.12-** Travma sonrası olmak koşuluyla; kırık, çıkık, kas patolojileri nedeniyle acil servislerde yapılacak alçı, atel v.s. uygulamaları,
- 6.13-** Travma sonucu oluşan ve görünüm bozukluğuna veya fonksiyon kaybına neden olan cilt ve kemik dokuya ait kalıcı patolojilerin giderilmesi için Üyenin sağlık durumunun ve müdahalenin tıbben gerekliliğinin doktor raporu, tıbbi tetkik, röntgen, Bilgisayarlı Tomografi, MRI, fotoğraf v.b. ile belgelenmesi koşuluyla yapılan plastik ve rekonstrüktif cerrahi tedavi işlemleri <sup>(19)</sup>,
- 6.14-** Sadece KBB uzmanı tarafından hazırlanacak ve tıbben yapılmasının gerekli olduğuna dair, teşhis ile yapılması gerekli operasyonu ya da operasyonları belirtir tıbbi belgenin, önceden Fon Müdürlüğü’ne ulaştırılıp onay alınması şartıyla burun ile ilgili operasyonların, sadece tıbbi belgede belirtilenlerinin **9.1** nolu maddede belirtilen esaslar dahilindeki karşılıkları <sup>(20)</sup>. Stajyer avukatlara kanser durumları hariç olmak üzere burun ile ilgili hiçbir ameliyat gideri ödenmez <sup>(36)</sup>.
- 6.15-** Hastanede yatarak yapılan Geriatrik tedavi giderleri <sup>(21)</sup>
- 6.16-** Organ yetmezliği olan (nakil ihtiyacı olmayan kalp yetmezliği hariç) ve kanserli hastaların tıbben zorunlu ayaktan veya yatarak kontrollerine ait giderler (epikriz ile belgelenmesi koşulu ile) <sup>(63)</sup>

İle yatarak veya ayaktan yapılan Kemoterapi ve Radyoterapi giderleri, acil başvurularda (yapılması uygun görülen müdahalenin aciliyet gerektiren bir tanı ile yapılması koşuluyla) olmak üzere ayaktan yapılan küçük cerrahi müdahale giderleri, 9.maddede belirtilen Limitler dâhilinde ve Katılım Payları ile 7.maddede belirtilen İstisnalar hariç olmak üzere teminat kapsamındadır.

## İstisnalar

**Madde 7 – Üyeler tarafından;**

- 7.1-** Cürüm işlemek ve cürüme teşebbüs,
- 7.2-** Esrar, eroin gibi uyuşturucuların kullanımı,
- 7.3-** Ruh ve sinir hastalıkları, psikoterapi, psikiyatrist ve psikolog giderleri ile danışmanlık hizmetleri, tüm psikiyatrik ilaçlar ve bu ilaçların kullanımına bağlı komplikasyonlar ile tüm psikiyatrik yatışlar, zeka testi ve benzeri tetkikler,
- 7.4-** Alkolizm, alkol, uyuşturucu, uyarıcı, halusinojen ve diğer madde bağımlılığı ve kötüye kullanımı neticesinde meydana gelen bütün durumlar,
- 7.5-** Üyenin sağlığını tehlikeye sokmaksızın Hastaneye yatırılmadan da yürütülebileceği tıbben kabul edilen tedaviler, incelemeler ve işlemlerin hastanede yatırılarak yapılması,
- 7.6-** Belirli bir belirti ve/veya hastalığa bağlı olmadan yapılan tüm işlemler (Örn.check-up, kontrol amaçlı hastane yatışları),
- 7.7-** Diş ve diş eti ile ilgili yapılan tüm muayene, tedavi, ilaç ve protez giderleri <sup>(22)</sup>,
- 7.8-** Her türlü protez tamiri, meme ve penil protez, ortopedik tabanlık, boyunluk, dizlik, askı v.b., her türlü yardımcı ve haricen kullanılan tıbbi malzemeler (tekerlekli iskemle, işitme cihazı, koklear implant, holter cihazı (holter cihazı hastane yatışında ödenir), uyku apnesi için kullanılan her türlü aparey v.b.) ve ilgili giderler,
- 7.9-** **6.13** üncü maddede tanımlananlar hariç tüm estetik ve plastik cerrahi işlemleri <sup>(23)</sup>; yüzeysel varis tedavisi, ben-siğil skar dokusu alımı, şaşılık, görme tembelliği, estetik amaçlı aşı ve enjeksiyonlar, kozmetik ve estetik tedaviler, doktor nezaretinde yapılmış olsa dahi kaplıca, termal, otel ve benzeri tesislerde yapılan her türlü kür, iyileştirme, fizik tedavi giderleri, obesite tedavisi (ilaç, diyetisyen ve yaş kitle ölçüm testleri dâhil), anorexia, masaj, diyet, jimnastik salonları, zayıflama merkezleri vb. konularla ilgili giderler ile estetik ve güzellik merkezlerinde yapılan tüm muayene, tetkik ve tedavi giderleri,
- 7.10-** Akapunktur, homeopati, hidroterapi, jakuzi, hipnoz, ayurveda, mezoterapi, ozon terapisi <sup>(55)</sup> v.b. alternatif tıp yöntemleri, alternatif tıp merkezlerinde yapılan muayene ve tüm tedavi giderleri, bilimselliği kanıtlanmamış tedaviler, deneysel tedaviler ve deneysel aşamada olduğu kabul edilen tedavilerle ilgili tüm giderler,
- 7.11-** Gözdeki kırma kusuruna yönelik her türlü cerrahi tedavi,(yatarak yapılmış olsa dahi teminat dışıdır)
- 7.12-** İşitme kusuru tedavisi (kronik otit sekeli, kulak zarı onarımı hariç),
- 7.13-** Doğum, Küretaj, infertilite (kısırlık), düşük araştırması ve hamileliğin gerçekleşmesinin sağlanması ile ilgili tüm tetkik ve tedavi giderleri (tüp bebek, follikül takibi, spermiogram, adhezyolizis, mikro-enjeksiyon, tuboplasti v.b), histerosalpingografi (HSG), iktidarsızlıkla ilgili tüm tetkik ve tedaviler (penil protez), doğum kontrol yöntemleri, jinekomasti, cinsiyet değiştirme ile ilgili ameliyat ve tedaviler ile, yatarak da olsa gebeliği korumaya yönelik tanı ve tedavi işlemleri ve amniosentez, tarama testleri gibi bebeğe ait tanı yöntemlerin <sup>(56)</sup>,
- 7.14-** Allerjiye yönelik testler ve aşılannmalar (solunum fonksiyon testi, IgE ve serumda total eozinofili testleri, solunum sistemini etkileyen astım ve olası komplikasyonları ile ilgili yatışlar/tedaviler, akut allerjik reaksiyonlar sonucu gelişen ve yaşamı tehdit eden acil tıbbi müdahale gerektiren allerjik durumlara ait yatış, girişim ve tedaviler hariç),
- 7.15-** Kanserle neticelenenler hariç, Fon Müdürlüğü'ne önceden bildirilip onay alınmamış burun ile ilgili operasyonlar <sup>(24)</sup>,
- 7.16-** Alkol, kolonya, her türlü sabun, şampuan, saç solüsyonu, lens solüsyonları, diş macunu, hidrofil pamuk, termometre, şeker ölçme stikleri ve kartuşları, buz kesesi, sıcak su torbası, tatlandırıcı v.b. yardımcı tıbbi malzemeler, nemlendirici amaçlı ürünler, kozmetikler, Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmamış ilaç giderleri, gözlük cam çerçeve, kontak lens giderleri,

- 7.17- Uyku apnesi için yatışlar,  
7.18- Tüm aşilar ve diğerkoruyucu hekimlik uygulamaları,  
7.19- Ayaktan yapılan tüm teşhis ve tedavi uygulamaları, düzenlenen reçeteler, kullanılan ilaçlar,  
7.20- Her türlü diyaliz giderleri

Sebebiyle yapılan masraflar istisna olarak teminat dışındadır.

### **Sağlık Yardımı Başvuruları**

**Madde 8** – Üyelerin Sağlık Yardımı talep edebilmeleri için;

**8.1-** Türkiye Barolar Birliğinin web sayfasında yer alan Baroport bağlantısından, gerek Üyelerin gerek Baro Başkanlıklarının kendi şifreleriyle yapacakları giriş sonrasında ulaşacakları alan üzerinden; öncelikle yardımın gönderileceği Hesap Türünün (Üyenin veya Baronun Banka Hesabının) belirlenmesi ve gönderilecek belgelerin seçilerek kaydedilmesiyle Sosyal Yardım Talep Formunu oluşturmaları gerekmektedir. Sosyal Yardım Talep Formunun çıktısının alınarak yardım talebinde bulunan Üyeler veya Üye yerine açıklama düşülmesi şartıyla Baro Başkanı veya Baro Başkan Yardımcısı tarafından imzalanması gerekmektedir. Sosyal Yardım Talep Formu ile birlikte <sup>(57)</sup> ;

a) Aslı olması şartıyla hastane faturası ve faturaya konu olan tüm işlemleri gösteren dökümlü eki,

b) Her bir tedavi işlemi için kesilen faturanın ekinde; yapılan tüm tanı-tedavi işlemlerini gösteren epikrizin aslı yahut verilen sağlık kuruluşu tarafından onaylı örneğinin ve gerekmesi halinde, ayrıntılı ameliyat raporunun, müşahede dosyasının, Patoloji raporunun, teşhis yöntemleri uygulandıysa sonucu gösterir raporun

Baro Başkanlığına teslim edilmesi zorunludur <sup>(12)</sup>. Sosyal Yardım Talep Formu ve eklerindeki belgeler, her bir vaka için ayrı ayrı doldurulur ve belgelerin düzenlenme tarihinden itibaren 1 takvim yılı içinde Fon Müdürlüğüne ulaştırılması gerekir <sup>(13)</sup> .

**8.2-** Sosyal Yardım Talep Formuna her bir vaka için ilgili tüm reçete, ilaç kupürleri ve faturaların asıllarının eklenmesi zorunludur <sup>(14)</sup> . Söz konusu belgelerin fotokopileri, nüshaları, yazar kasa fişi veya makbuzlar kabul edilmez. Faturalar mümkün olduğu kadar ayrıntılı, Paket Tedavi Uygulamalarında paket adı ve kodu, paket dışı tedavi uygulamalarında ise ücretlendirilen tüm işlemler; örneğin yatak/gün sayısı, operasyon adı, yapılan tüm tetkikler her birinin karşısında fiyatı olacak ve mümkünse BUT kodlarını içerecek şekilde ayrıntılı olarak gösterilmelidir.

**8.3-** Üyeler tarafından Baro Başkanlığı'na iletilen Sosyal Yardım Talep Formu ve ekindeki belgeler, Baro Görevli Yönetim Kurulu Üyesi tarafından incelenecek ve ilgili Form, kendisi veya Baro Başkanı tarafından da imzalanacaktır <sup>(58)</sup> .

**8.4-** Barolar tarafından; Üyelere ait Sosyal Yardım Talep Formu ve ekinde yer alan belgeler, bir üst yazı ile 1 takvim yılı olan teslim süresinin aşılmamasına dikkat edilerek Fon Müdürlüğüne ulaşacak şekilde postayla gönderilecektir <sup>(15)</sup> .

## **Uygulanacak Limitler, Katılım Payı Oranları ve Ödeme Esasları**

**Madde 9** – Bu Yönergede izah edilen usul ve esaslara uygun olması şartıyla Üyenin yaşına veya Baro levhasına kayıtlılık süresine bakılmaksızın <sup>(59)</sup>,

**9.1-** Her bir Üye için yapılacak Sağlık Yardımları yıllık limitler dâhilinde ve aşağıdaki esaslara göre belirlenir <sup>(60)</sup>;

**9.1.1.-** SGK ile anlaşmalı sağlık kurum ve kuruluşları veya sadece branş anlaşması yapan sağlık kuruluşlarının anlaşmalı branşı tarafından verilen teminat kapsamındaki tedavi hizmetleri için kesilen tıbbi işlem fark faturalarının tamamının, istisnai/özel hizmet fark faturaları için % 20 oranında katılım payı uygulanmak suretiyle kalanının ödenmesi esastır.

**9.1.2-** SGK ile anlaşmalı olmayan sağlık kurum ve kuruluşlarından alınan teminat kapsamındaki tedavi hizmetleri için kesilen fatura üzerinden, her bir tedavi işlemi için TTB Asgari Ücret Tarifesinde belirtilen işlem birim fiyatlarından % 30 oranında indirim yapılarak elde edilen toplam tutarın % 80'inin ödenmesi esastır. BUT, SUT ve TTB listelerinden birinde olmayan işlemler, ameliyathane kullanım bedeli hariç faturalandırılmaz. Bu tür işlemler faturada belirtilmiş olsa dahi yardım hesaplamasında dikkate alınmaz. Ameliyathane kullanım bedeli, cerrahi işlem puan toplamının %30'unu geçemez.

**9.1.3.-**Yukarıda 9.1.1 ve 9.1.2 nolu fıkralarda tarif edilen fiyatlandırma birim limitlerinden daha yüksek bir fiyatla tedavi hizmeti alınması veya işlem detaylarının yeterince belirtilmediği fatura teslimi durumlarında, faturanın dökümlü eki, yapılan tüm tıbbi/özel işlemleri gösteren onaylı epikriz veya raporlara dayanılarak aynı işlemlerin TTB Asgari Ücret Tarifesi'ndeki karşılıklar toplamını geçmemek üzere "Olağan Dışı Tedavi Yardımı" yapılabilir. Bu hususta karar vermeye Yönetim Kurulu yetkilidir.

**9.1.4-** Her tür kurumdan alınan tedavi hizmetlerinde tıbbi işlemler için üye tarafından yapılan ödemenin, SGK tarafından belirlenen üst limitlerden daha fazla olması halinde, SGK tıbbi işlem fark faturası da dâhil olmak üzere ücreti hesaplanacak toplam yardım, ödeme belgelerinin toplamının %80' ninden fazla olamaz.

**9.2-** Üyelerin yararlanacağı hizmet kalitesinin artırılmasını teminen; faturada gösterilmesi koşuluyla ve aşağıda belirtilen limitler üzerinden %20 katılım payı oranı uygulanmak üzere <sup>(38)</sup>,

**9.2.1- Stendler:** Her türlü stend kullanımının gerektiği durumlarda tipine/türüne bakılmaksızın yıllık **5.000,00 TL** limitle ödenir.

**9.2.2- Hastane Yatak:** Yatarak yapılan tedavilerde, tedavi uygulamalarına ek olarak;

Yoğun Bakım Yatak: **250,00 TL/gün,**

Hasta Yatak : **250,00 TL/gün,**

Refakat Yatak: **100,00 TL/gün**

limitle ödenir.

**9.2.3- Özel hemşire:** Doktor raporu ile özel hemşire bakımının gerekliliğinin belgelenmesi durumunda, hizmetin evde yahut hastanede verilmesine bakılmaksızın; yıllık en fazla 20 gün için ve 50,00 TL/gün limitle ödenir.

**9.2.4- Ambulans:** Üyeye uygulanacak tedavinin yatarak olması koşuluyla şehir içi nakillerde 250,00 TL ve şehir dışı nakillerde 1.000,00 TL limitle ödenir <sup>(28)</sup> .

**9.2.5- Paket Dışı İşlemlerde Tıbbi Malzeme:** Yıllık **3.000,00- TL** limitle ödenecek olup, bu limiti 3 kata kadar artırmaya Yönetim Kurulu yetkilidir <sup>(39)</sup> .

**9.2.6- Yurt dışı tedavilerde tıbbi işlem birim limitleri:**<sup>(64)</sup>

a) Uygulanan tüm tıbbi tedavi metotlarına rağmen ilerlemesi durdurulamayan kanserlerde; gerekliliğini, yapılacak tedaviyi ve merkezi gösteren, ilgili uzman hekim tarafından onaylı raporla belgelenen yurt dışı tedavileri ile,

b) Hayati önem taşıyan organ nakillerinin yurt dışında yapılması gerekliliğinin ilgili uzman hekim tarafından belgelendiği durumlarda, her iki durum önceden TBB SYDF müdürlüğüne doktor raporu ile bildirilip onay alındıktan sonra gerçekleşmesi koşulu ile yönerge 2 de belirtilen tüm tıbbi işlem ve hizmet birim limitleri yönetim kurulu yetkisinde olmak üzere iki kata kadar ( azami TTBx2 ) artırılabilir.

c) Yurt dışı tedavi sevklerinde, hasta kişiye ait ulaşım gideri ile refakatinde bulunması gerekli bir kişiye ait ulaşım, konaklama ve gündelik bedelleri için yapılacak yardım, TBB harcırah yönergesinde belirtilen esaslara göre, bütçe olanakları değerlendirilerek TBB yönetim kurulu kararı ile yapılabilir.

**9.3-** Üyelere ödenecek tekerlekli sandalye bedelleri, kalıcı ve tam yürüme bozukluğunun Sağlık Kurulu Raporuyla tespiti ve Üye tarafından tekerlekli sandalye alındığının fatura ile belgelenmesi şartıyla; katılım payından muaf ve 2 yılda bir kez olmak üzere 2.500,00 TL limitle ödenir.

### **Sağlık Yardımının Yapılması**

**Madde 10 –** Üyeler, sağlık hizmetlerine ilişkin ödemeleri, hizmeti aldıkları yere bizzat kendileri yapacaktır. Bu ödemelere ilişkin; sağlık kuruluşundan alınan tıbbi belgeler ile harcama belgelerini (fatura, reçeteler, ilaç kupürleri, tahlil ve röntgen faturalarını), belgelerin düzenlenme tarihinden itibaren 1 takvim yılı içinde Fon Müdürlüğüne ulaştırılacak şekilde, Sosyal Yardım Talep Formunun ekinde bağlı bulunduğu Baro Başkanlığına teslim edecektir <sup>(17)</sup> . Baro Başkanlığından Fon Müdürlüğüne ulaşan bu belgeler, Müdürlükçe incelenecek olup, tespit edilen eksiklikler ilgili Baroya yazılı olarak bildirilecektir. Başvuruların tam ve eksiksiz olması durumunda; bu belgelerin Fon Müdürlüğüne ulaşma tarihinden itibaren bir ay içinde olmak üzere;

**10.1-** Müşavir Hekim tarafından, başvurunun Yönergede belirtilen usul ve esaslara uygunluğu denetlenir, kendisine tevdi edilen evraklar yanında gerek duyması halinde yapacağı araştırmalardan elde edeceği diğer bilgi ve belgeler üzerinden; teşhis, tedavi ve yapılan giderlerin olaya uyumu, Üyenin önceki Sağlık Yardımlarından yararlanma durumları, öngörülen limitlerin aşılp aşılmadığı kontrol edilir. Ödemenin yapılmaması veya yapılacak ödemenin tutarına ilişkin tespit yapılarak Sağlık ve Geçici İş Göremezlik Yardımları Tespit Tutanağı imzalanır ve evraklar Yürütme Kurulu Başkanına iletilmek üzere Fon Müdürlüğüne teslim edilir <sup>(61)</sup> .

**10.2-** Fon Müdürlüğü tarafından her bir Sağlık ve Geçici İş Göremezlik Yardımı Başvurusuna ilişkin belgeler ile Sağlık ve Geçici İş Göremezlik Yardımları Tespit Tutanağı Yürütme Kurulu Başkanına sunulur. Yürütme Kurulu Başkanı tarafından, yapılan değerlendirmeler incelenerek Tutanaklar imzalanır.

**10.2.1-** Yürütme Kurulu Başkanı tarafından ödemenin yapılmasına uygunluk onayı verilmesi halinde; ilgili yardım tutarı Fon Müdürlüğü tarafından, onay tarihinden itibaren beş iş günü içinde Sosyal Yardım Talep Formunda belirtilen banka hesabına gönderilir <sup>(3)</sup>.

**10.2.2-** Yürütme Kurulu Başkanı tarafından ödemenin yapılmasının uygun görülmeyip reddedilmesi halinde; durum, red gerekçesiyle birlikte Fon Müdürlüğünce red tarihinden itibaren beş iş günü içinde Üyenin Barosuna yazılı olarak bildirilir.

**10.3-** Baro Başkanlığı'na ait banka hesabına ulaşan Sağlık Yardımları, Baro tarafından Üyeye ödenerek yapılan ödemeye ilişkin tarafların imzalarının olduğu bir tutanak düzenlenir <sup>(4)</sup>. Tutanağın bir nüshası o ay içinde düzenlenen diğer ödeme tutanaklarıyla beraber, toplu olarak takip eden ayın 15 inci gününe kadar İcmal Tablosuyla birlikte Fon Müdürlüğüne gönderilir.

**10.4-** Fon Müdürlüğünce Baroya gönderilen ve hak sahibince tebliğ tarihinden itibaren bir ay içerisinde herhangi bir nedenle alınmayan veya kabul edilmeyen Sağlık Yardımları, en geç on iş günü içerisinde Fon Hesabına iade edilir.

### **Yurt Dışındaki Tedaviler**

**Madde 11** – Üyelerin, yurt dışındaki sağlık kuruluşlarında gördükleri tedavilerine ilişkin;

**11.1-** 6. maddede belirtilen teminatlar kapsamında olması ve 8. maddede belirlenen esaslara göre Fon Müdürlüğü tarafından istenen bilgi ve belgeleri usulüne uygun ve tam olarak ulaştırmaları şartıyla,

**11.2-** 9.maddede belirtilen Limitler dâhilinde ve Katılım Payları ile 7.maddede belirtilen İstisnalar hariç olmak üzere,

**11.3-** Ödeme belgelerinin düzenlenme tarihinde uygulanan Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası Döviz Satış Kuru karşılığı TL üzerinden, 10. maddede belirtilen Sağlık Yardımının yapılmasına ilişkin prosedür uygulanmak üzere <sup>(62)</sup>

Tespit edilen Sağlık Yardımı tutarı, Sosyal Yardım Talep Formunda belirtilen banka hesabına yatırılır <sup>(5)</sup>. Üyenin Sağlık Yardımını Barodan almayı tercih etmesi durumunda, ilgili yardım Baro Başkanlığı'na ait banka hesabına gönderilir <sup>(6)</sup>. Bu durumda Baro tarafından Sağlık Yardımı Üyeye ödenerek yapılan ödemeye ilişkin tutanak düzenlenir ve bu tutanak İcmal Tablosuyla birlikte Fon Müdürlüğüne gönderilir <sup>(7)</sup>. Fon Müdürlüğünce Baroya gönderilen ve hak sahibince tebliğ tarihinden itibaren bir ay içerisinde herhangi bir nedenle alınmayan veya kabul edilmeyen Sağlık Yardımları, en geç on iş günü içerisinde Fon Hesabına iade edilir.

### **Yürürlük**

**Madde 12** – Bu Yönerge Yönetim Kurulunun kararı ile 01.08.2006 tarihinde yürürlüğe girer <sup>(18)</sup>.

## Yürütme

**Madde 13-** Bu Yönerge hükümleri Yürütme Kurulu tarafından yürütülür.

## AÇIKLAMALAR

(1), (2), (3), (4), (5), (6) ve (7) Yönetim Kurulunun 05.11.2006 tarihli 2449/6 sayılı kararı ile değiştirilmiş şeklidir.

(8), (9) ve (16) Yönetim Kurulunun 14.01.2007 tarihli 2758/1 sayılı, (10), (11), (12), (13), (14), (15), (17) ve (18) Yönetim Kurulunun 14.01.2007 tarihli 2759/2 sayılı kararı ile 01.01.2007 tarihinden itibaren geçerli olacak değiştirilmiş şeklidir.

(19), (20) ve (21) tıbbi müdahalenin 24.06.2007 (dâhil) tarihinden sonra olması koşuluyla geçerli olmak üzere Yönetim Kurulunun 24.06.2007 tarihli 3583/3 sayılı kararı ile eklenmiştir.

(22), (23) ve (24) Yönetim Kurulunun 24.06.2007 tarihli 3583/3 sayılı kararı ile ilgili maddelerin değiştirilmiş şeklidir.

**8.1** inci madde (c) bendi 24.06.2007 tarihi itibariyle yürürlükten kaldırılmıştır.

(25) – (8) numaralı açıklamanın, Yönetim Kurulunun 21.07.2007 tarihli 3702/2 sayılı kararı ile 01.08.2007 tarihinden itibaren geçerli olacak değiştirilmiş şeklidir.

(26) – (9) numaralı açıklamanın, Yönetim Kurulunun 21.07.2007 tarihli 3702/2 sayılı kararı ile 01.08.2007 tarihinden itibaren geçerli olacak değiştirilmiş şeklidir.

(27) – (16) numaralı açıklamanın, Yönetim Kurulunun 21.07.2007 tarihli 3702/2 sayılı kararı ile 01.08.2007 tarihinden itibaren geçerli olacak değiştirilmiş şeklidir.

- (28) Bu maddenin yürürlüğü Yönetim Kurulunun 26.08.2007 tarihli 3830/4 sayılı kararı ile 15.08.2007 – 14.08.2009 tarihleri arasında durdurulmuştur.

(29) – (25) numaralı açıklamanın, Yönetim Kurulunun 30.12.2007 tarihli 4315 sayılı kararı ile 01.01.2008 tarihinden itibaren geçerli olacak değiştirilmiş şeklidir.

(30) – (26) numaralı açıklamanın, Yönetim Kurulunun 30.12.2007 tarihli 4315 sayılı kararı ile 01.01.2008 tarihinden itibaren geçerli olacak değiştirilmiş şeklidir.

(31) – (29) numaralı açıklamanın, Yönetim Kurulunun 15.06.2008 tarihli 388 sayılı kararı ile 01.06.2008 tarihinden itibaren geçerli olacak değiştirilmiş şeklidir.

(32) – (30) numaralı açıklamanın, Yönetim Kurulunun 15.06.2008 tarihli 388 sayılı kararı ile 01.06.2008 tarihinden itibaren geçerli olacak değiştirilmiş şeklidir.

(33),(34), (35),(36) Yönetim Kurulunun 06.07.2008 tarihli 477 sayılı kararı ile 01.08.2008 tarihinden itibaren geçerli olacak değiştirilmiş şeklidir.

(37) Yönetim Kurulunun 02.08.2008 tarihli 571 sayılı kararı ile 01.06.2008 tarihinden itibaren geçerli olacak değiştirilmiş şeklidir.

(38) – (27) numaralı açıklamanın Yönetim Kurulunun 02.08.2008 tarihli 571 sayılı kararı ile 01.06.2008 tarihinden itibaren geçerli olacak değiştirilmiş şeklidir.

(39) Yönetim Kurulunun 02.08.2008 tarihli 571 sayılı kararı ile 01.06.2008 tarihinden itibaren geçerli olacak değiştirilmiş şeklidir.

(40), (41) ve (42) Yönetim Kurulunun 02.08.2008 tarihli 572 sayılı kararı ile 02.08.2008 tarihinden itibaren geçerli olacaktır.

**(41) nolu açıklama ile Geçici Maddeyi düzenleyen (42) nolu açıklamalar** Yönetim Kurulunun 14.06.2009 tarihli 444 sayılı kararı ile 02.01.2009 tarihi itibariyle yürürlükten kaldırılmıştır.

(45) – (40) nolu açıklamanın Yönetim Kurulunun 14.06.2009 tarihli 444 sayılı kararı ile 02.01.2009 tarihinden itibaren geçerli olacak değiştirilmiş şeklidir.

(53) nolu açıklama (31) ve (32) nolu açıklamaların Yönetim Kurulunun 14.06.2009 tarihli 444 sayılı kararı ile 02.01.2009 tarihinden itibaren geçerli olacak değiştirilmiş şeklidir.

(54) - (35) nolu açıklamanın Yönetim Kurulunun 14.06.2009 tarihli 444 sayılı kararı ile 02.01.2009 tarihinden itibaren geçerli olacak değiştirilmiş şeklidir.

(57) – (11) nolu açıklamanın Yönetim Kurulunun 14.06.2009 tarihli 444 sayılı kararı ile 02.01.2009 tarihinden itibaren geçerli olacak değiştirilmiş şeklidir.

(60) – (37) nolu açıklamanın Yönetim Kurulunun 14.06.2009 tarihli 444 sayılı kararı ile 02.01.2009 tarihinden itibaren geçerli olacak değiştirilmiş şeklidir.

(43), (44), (46), (47), (48), (49),(50), (51), (52), (55), (56), (58), (59), (61), (62) nolu açıklamalar Yönetim Kurulunun 14.06.2009 tarihli 444 sayılı kararı ile 02.01.2009 tarihinden itibaren geçerli olacaktır.

(10),(13),(15) ve (17) numaralı açıklamalar, yardım talebi için verilmesi gereken belgelerin Fon Müdürlüğüne teslim sürelerinin 120 günden 1 takvim yılına çıkarılmasına ilişkin Yönetim Kurulunun 12.07.2009 tarihli 2009-561 sayılı kararına istinaden 25.05.2009 tarihinden itibaren geçerli olacak şekilde değiştirilmiştir.

(63) Yönetim Kurulunun 08.08.2009 tarihli 2009-634 sayılı kararı ile eklenmiş şeklidir.

(28) numaralı açıklama Yönetim Kurulunun 21.08.2009 tarihli 2009-691 sayılı kararı ile değiştirilmiş şeklidir.

(64) numaralı açıklamalar, Yönetim Kurulu'nun 30-31/10/2009 tarihli 2009-793 sayılı kararı ile değişiklik **01.09.2009** tarihinde yürürlüğe girmiştir.