

\_\_/\_\_/20\_\_

..... İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ'NE

**TALEP EDEN** : Dr. ....  
..... Aile Sağlığı Merkezi, .....

**KONU** : Ekte sunmuş olduğum ZMSS poliçeleri gereğince ödenen primlerin Kurum payına isabet eden toplam ..... TL primin tarafıma iadesi taleplerimin sunulmasıdır.

**AÇIKLAMALAR** :

Sağlık Bakanlığı adına Valilik ile imzalamış olduğum aile hekimliği hizmet sözleşmesi uyarınca \_\_/\_\_/20\_\_ tarihinden beridir 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu uyarınca aile hekimliği görevini sürdürmekteyim.

1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un Ek 12. maddesi uyarınca, Kamu sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan tabipler, dış tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, tıbbi kötü uygulama nedeniyle kendilerinden talep edilebilecek zararlar ile kurumlarınca kendilerine yapılacak rüculara karşı sigorta yaptırmak zorundadır. Bu sigorta priminin yarısı kendileri tarafından, diğer yarısı döner sermayesi bulunan kurumlarda döner sermayeden, döner sermayesi bulunmayan kurumlarda kurum bütçelerinden ödenir.

21.07.2010 tarih ve 27646 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul Ve Esaslara Dair Tebliğin 3. maddesinin 3. fıkrasında bulunan, "...sözleşmeli aile hekimlerinin sigorta primlerinin tamamı..." hükmü Danıştay 15. Dairesinin 2013 / 2799 Esas ve 2014 / 3695 Karar sayılı 14.05.2014 tarihli kararı ile iptal edilmiştir. 2577 sayılı İdari Yargılama Usulü Kanununun 28. maddesi uyarınca mahkeme kararları derhal uygulanır.

Anılan nedenlerle aile hekimliği hizmetim süresince 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un Ek 12. maddesi uyarınca yaptırmış olduğum Zorunlu Mali Mesuliyet Sigortaları nedeni ile toplam ..... TL prim ödemesi yapmış bulunuyorum (Ek 1; ZMSS poliçe aslı ve prim makbuzları).

Mahkeme kararı uyarınca söz konusu prim tutarların yarısının Kurum tarafından ödenmesi gerekmektedir. Bu itibarla Kurum payına isabet eden ..... TL prim tutarının tarafıma ödenmesini talep ederim.

Talep Eden

Dr. ....

Ek: ZMSS poliçe aslı,  
Prim makbuzları, Ödeme belgeleri