

1- FİNANSMANI SAĞLANACAK İLAÇLARIN VE BUNLARIN ÖDEME USUL VE ESASLARINI BELİRLENMESİ İŞLEMLERİ

Hastalandığı zaman sağlığına kavuşması için gerekli tedavinin yapılması kişinin en doğal hakkı olup, yurdumuzda da bu hak yasalarla güvence altına alınmıştır.

Ancak tüm dünyadaki sigorta sistemlerinde olduğu gibi yurdumuzda da sağlığa ayrılan para sınırlıdır. Dünyanın en ileri ekonomilerinde bile, ilaca ayrılan pay, ekonomik büyümenin çok önünde gitmektedir.

Bu nedenle de son yıllarda tüm sigorta sistemleri sınırlı olan bu parayı hastalıkların tedavisini eksiksiz sağlayacak en ekonomik koşullarda vermek üzere gerekli çalışmaları yapmaktadır. Ülkemizde de sağlığa erişim hızla artmaya devam etmekte ve aynı zamanda ileri teknolojiler de yoğun olarak kullanılmaktadır. Buna bağlı olarak ilaç giderleri de her geçen gün artmaktadır.

Bu nedenle de ülkemizde kamu tarafından ödenecek ilaçlar ve bu ilaçların ödeme koşulları Kurumumuzun koordinatörlüğünde ilgili diğer Kurumların da katılımıyla belirlenmektedir.

a) Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu;

31/5/2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu gereği Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri ile ödenecek gündelik, yol, yatak ve yemek giderlerinin Kurumca ödenecek bedellerini belirlemeye “Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu” yetkilidir.

Komisyonca katılacak temsilciler;

Komisyon; Kurum Başkanının başkanlığında, Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürü ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığını, Maliye Bakanlığını, Sağlık Bakanlığını, Kalkınma Bakanlığını ve Hazine Müsteşarlığını temsilen genel müdür düzeyinde birer kişi olmak üzere 7 (yedi) üyeden oluşur.

Komisyonun çalışma esasları; Komisyon 6 ayda bir olağan, gerektiği hallerde Komisyon Başkanının daveti üzerine olağanüstü toplanır.

Komisyonca belirlenen bedeller, Sağlık Uygulama Tebliğinde veya Ekleri olarak Resmi Gazetede yayımlanır.

Komisyonun görevleri şunlardır;

Komisyon Kurum maddi kaybına sebep olabilecek durumlarda; gerekli kararların daha çabuk alınarak uygulanabilmesini sağlamak amacıyla Alt Komisyon veya Ödeme Komisyonuna yetki devri yapabilir.

Ödeme Komisyonu ile ilgili çalışmalar Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonun yaptığı yetki devrine dayanılarak yürütülmektedir.

b) Ödeme Komisyonunun ve Tıbbi ve Ekonomik Değerlendirme Komisyonu;

5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 63. maddesi gereği; Ödeme Komisyonu ve Tıbbi ve Ekonomik Değerlendirme Komisyonu oluşturulmuştur.

Ödeme Komisyonunun ve Tıbbi ve Ekonomik Değerlendirme Komisyonunun çalışma usul ve esasları, görev ve yetkileri, “Ödeme Komisyonunun Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” de belirtilmiştir. Yönerge Kurumun resmi internet sitesinde yayımlanarak tüm ilgililere duyurulmuştur.

Ödeme Komisyonu; Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürü başkanlığında çalışmalarını yürütür. Bu komisyon;

Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü bünyesindeki İlaç ve Eczacılık, Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sigortacılığı daire başkanları ile Maliye Bakanlığının ve Sağlık Bakanlığının görevlendireceği ikişer, Kalkınma Bakanlığının ve Hazine Müsteşarlığının görevlendireceği birer temsilcinin katılımıyla oluşur.

Tıbbi ve Ekonomik Değerlendirme Komisyonu ise çalışmalarını İlaç ve Eczacılık Daire Başkanı başkanlığında yürütür. Bu komisyon;

Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığını temsilen beş kişi, Sağlık Bakanlığını temsilen iki kişi, Kalkınma Bakanlığı, Hazine Müsteşarlığı ve Maliye Bakanlığını temsilen birer kişi ile iki akademisyenin ve İEİS (İlaç Endüstrisi İşverenleri Sendikası), TİSD (Türkiye İlaç Sanayi Derneği) ve AİFD (Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği)’nin birer temsilcisinin katılımıyla oluşur.

Yukarıda tanımlanan komisyonlarda;

- Kurumun Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesinde ilk kez yer alacak olan ilaçların bu listeye alınıp alınmayacağı, alınmasına karar verildiği taktirde, bu ilaçların reçetelenmesine ve ödenmesine ilişkin kuralların belirlenmesi,

- Listede mevcut ürünlerin mevcut reçeteleme ve raporlama koşullarındaki değişikliklerin değerlendirilmesi,

- İlaçların katkı payından muafiyeti konusunun değerlendirilmesi, çalışmalarını yapılıır.

Bu çalışmaları öncelikle Tıbbi ve Ekonomik Değerlendirme Komisyonu yaparak oluşturduğu önerileri Ödeme Komisyonuna sunar. Ödeme Komisyonu da Tıbbi ve Ekonomik Değerlendirme Komisyonu tarafından hazırlanan görüşleri değerlendirerek karara bağlar.

İlaç firmaları, Kurumun ödeme kapsamına ilk kez girecek olan ilaçları ile mevcut ilaçlarında tedavi alanlarındaki değişiklikleri, Kuruma yapacakları iskonto, isim, barkod değişiklikleri yada mevcut reçeteleme ve raporlama koşulları gibi tüm başvurularını Kuruma yaparlar.

İlaç firmalarının bu başvuruları ne şekilde yapacağı Yönerge eki kılavuzda açıklanmıştır.

Komisyonlar, ilaç firmaları tarafından başvurusu yapılan ilaçları değerlendirirken, farmakoekonomik açıdan da değerlendirme yapar.

Farmakoekonomi, sağlığıa ayrılan sınırlı kaynakların, insanlar için daha verimli bir şekilde kullanılabilmesini, sağlık alanında sunulacak her türlü hizmetin, teknolojinin, girişimin veya ilaç tedavilerinin sonuçlarını değerlendirmeyi ve karşılaştırmayı, bu karşılaştırmadan kamu yararına adil ve akılcı sonuçlar çıkarmayı hedefler.

Bu kapsamda tüm ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de devlet tarafından karşılanacak tüm ilaçlar ve sağlık harcamaları farmakoekonomik prensipler ışığında değerlendirilir ve kısıtlı kaynaklar en ekonomik şekilde kullanılmaya çalışılarak hizmetin devamlılığı sağlanır.

Komisyonların yukarıda belirtildiği şekilde anlatılan çalışmaları sonucu, Ödeme Komisyonunca alınan kararlar, Kurum Başkanına sunulur.

Kurum Başkanınca onaylanan kararlar, Başkanın onayını takiben Kurum tarafından Resmi Gazete’de Tebliğ şeklinde duyurulur. Ayrıca Kurumun resmi internet sitesinde de yayımlanır.

2- İLAÇ TEMİNİ VE ÖDEME ESASLARI

a)SUT’un İlaçla İlgili Hükümleri Hakkında Genel Bilgiler

Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği; sağlık yardımları Sosyal Güvenlik Kurumunca karşılanan ve Tebliğin kapsam maddesinde tanımlanan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderlerinden yararlanma esas ve usulleri ile bu hizmetlere ilişkin Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen ödenecek bedellerin bildirilmesi amacıyla hazırlanmıştır.

Sağlık Uygulama Tebliğinin ilaçla ilgili bölümlerinde; ayaktan ve yatarak tedavilerde düzenlenecek reçetelerde aranan kriterler, sağlık raporlarının ne şekilde düzenleneceği ve SUT’ta yer alan özel hükümler dışında geçerlilik sürelerinin ne olduğu, reçetelere yazılabilecek ilaç miktarları ve buna ilişkin özel hükümler, bir ilacın onaylı endikasyonları dışında ne şekilde kullanılabileceği, SUT eklerinin açıklamaları, uyuşturucu ve psikotrop ilaçlarda uyulması gereken kurallar gibi genel hükümler yer almaktadır.

Sağlık Uygulama Tebliğinin;

-Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesinde yer alan ilaçların bu listede belirtilen hastalıklarda kullanılması halinde bu durumu belirten rapor mevcut ise hasta katkı payı ödemez.

-Sadece yatan hastalarda kullanımı halinde bedelleri ödenecek ilaçlar listesinde yer alan ilaçların yalnızca sağlık tesislerinde yatarak tedavi gören hastalara kullanımı mümkün bulunmaktadır.

-Ayaktan tedavide sağlık raporu ile verilebilecek ilaçlar listesinde yer alan ilaçların ayaktan tedavide kullanımı sağlık raporuna bağlıdır.

Kurumca bedeli ödenecek olan ilaçlar da “Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi”nde belirtilmiştir. Bu listede ticari isimleri ve barkod/karekod numaraları yer almayan ilaçların

bedelleri Kurumca ödenmemektedir. Söz konusu liste de; Kurumun resmi internet sitesinde (www.sgk.gov.tr) yayımlanmaktadır.

b) İlaçta Katkı Payı Alınması ve Muafiyet

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunun 68 inci maddesinde ayakta tedavide sağlanan ilaçlardan Kurumca belirlenecek oranlarda katkı payı alınacağı hükmü yer almaktadır.

Bu hükme dayanılarak Tebliğin “3.2.2. Ayakta Tedavide Sağlanan İlaçlar İçin Katılım Payı” başlıklı bölümünde belirtildiği üzere;

Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için ilaç bedelinin Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için %10’u, diğer kişiler için %20’si oranında katılım payı alınır. Ancak sağlık raporu ile belgelendirilmek koşuluyla SUT eki “Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi (EK-2)”nde yer alan hastalıklarda, listede belirtilen ilaçlardan katılım payı alınmaz.

Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için katılım payı;

Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü olduğu kişiler için gelir ve aylıklarından mahsup edilmek suretiyle,

Diğer kişiler için ise Kurumla sözleşmeli eczaneler tarafından kişilerden, tahsil edilir.

c) İlaçta Katılım Payı Alınmayacak Haller

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunun 69 uncu maddesinde ise sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmek şartıyla Kurumca belirlenen kronik hastalıklarda ayaktan tedavilerde katkı payı alınmadan ilaç temini mümkündür.

Tebliğin “3.2.5. Katılım Payı Alınmayacak Haller, Sağlık Hizmetleri ve Kişiler” başlıklı bölümünde ilaçtan hangi hallerde katkı payı alınmayacağı detaylı olarak belirtilmiştir.

Örneğin, iş kazasına uğrayan veya meslek hastalığına tutulan, askerî tatbikat ve manevralarda sağlanan, afet ve savaş hali nedeniyle sağlanan, yatarak tedavilerde kullanılan ilaçlardan, sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla SUT eki “Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi”nde (EK-2) yer alan ve bu maddede belirtilen diğer hallerde kullanılan ilaçlardan katkı payı alınmaz.

d) İlaçlarda Uygulanacak İndirim Oranları

İlaç fiyatları Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenir ve duyurulur. Kurumumuz sağlık yardımlarından yararlananların tedavisinde kullanılacak ilaçları Sağlık Bakanlığınca belirlenen perakende satış fiyatı üzerinden iskonto yapılarak temin eder.

İlaçlara uygulanacak iskonto oranları ilaç sektörü ile birlikte belirlenir ve Sağlık Uygulama Tebliğinin 6.4.1. maddesinde yer alır.

e) Eşdeğer İlaç Uygulaması

Eşdeğer ilaç uygulaması; aynı hastalığın tedavisi için kullanılabilecek aynı etken maddeyi içeren ürünlerin benzer dozaj formları arasında yapılan fiyat karşılaştırması esasına dayanır.

Kurumumuzca, aynı hastalığın tedavisi için kullanılabilecek aynı etken maddeyi içeren en ucuz ilaç bedelinin % 10 fazlasına kadar olan ilacın bedeli Kurumumuzca karşılanır.

Eşdeğer ilaç grupları bedeli ödenecek ilaçlar listesinde belirtilmiştir. Kurumun Medula sisteminde de bu düzenlemeler yer alır.

Eşdeğer ilaç bedellerinin ne şekilde ödeneceği aşağıda bir örnekle açıklanmıştır.

<u>İlaç</u>	<u>Birim Fiyat</u>
A	10 TL
B	10,50 TL
C	11 TL
D	12 TL

En ucuz ilacın birim fiyatı 10 TL'dir. Kurum bunun %10 fazlası olan 11 TL ye kadar olan ilaçları (A,B ve C ilaçlarını) aynen öder. Hastanın reçetesinde D ilacının yazılı olması durumunda, hasta D ilacını almak isterse 1 TL fark öder veya A,B,C ilaçlarından herhangi birini alabilir. Bu fark ilaç katkı payından ayrı olarak ödenir.

3- İLAÇ POLİTİKALARINA YÖNELİK TEKNİK KOMİSYONLARIN OLUŞTURULMASI VE ÇALIŞMALARININ KOORDİNE EDİLMESİ İŞLEMLERİNİ YÜRÜTMEK

İlaç politikalarını belirlemeye yönelik olarak, gerek Sağlık Uygulama Tebliği çalışmalarında gerekse Ödeme ve Tıbbi ve Ekonomik Değerlendirme Komisyonunun çalışmalarında bilimsel komisyonlar oluşturulur ve çalışma için gereken koordinasyon sağlanır.

Bununla birlikte; İlaçların tedaviler esnasında doğru hastaya doğru kullanımını sağlamak amacıyla Sağlık Bakanlığı ile koordineli olarak tanı ve tedavi rehberlerinin oluşturulması varsa geliştirilmesi çalışmalarına katkıda bulunulur.

Kurum tarafından ödemesi yapılan ilaçların reçeteleme koşullarının belirtildiği Sağlık Uygulama Tebliğindeki hükümlerin hasta güvenliğine katkısı takip edilir.

4- ECZANE PROTOKOLÜ, YÜRÜTÜMÜ VE DENETİMİ İŞLEMLERİ

İlaç Temini Ve Ödemeye Esas Teşkil Eden Mevzuatlar

Başkanlığımız tarafından yürütülen işlemler ilaç temini ve ödeme esaslarıyla ilgili mevzuat doğrultusunda olup; bunlar:

- 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar Ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu(kabul tarihi 31/05/2006, yürürlük Tarihi 01/10/2008)
- Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği
- Sağlık Uygulama Tebliği (Kullanılmakta Olan 2008 SUT 01/10/2008 Tarihinden İtibaren Yürürlüğe Girmiştir.
- Genelgeler
- Sosyal Güvenlik Kurumu Kapsamındaki Kişilerin Türk Eczacıları Birliği Üyesi Eczanelerden İlaç Teminine İlişkin Protokol (Yürürlük Tarihi 01/02/2009)
- Yurt Dışından Şahsi Tedavi İçin Reçete Bazında İlaç Teminine İlişkin Protokol (Genelge 2007/26)
- Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunun Çalışma Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik

Sosyal Güvenlik Kurumu Kapsamındaki Kişilerin Türk Eczacıları Birliği Üyesi Eczanelerden İlaç Teminine İlişkin Protokol

- Türk Eczacıları Birliği İle Kurumumuz arasında imzalanan bu protokol hükümleri doğrultusunda serbest eczanelerle il müdürlükleri (22.01.2009 Tarih ve 1693958 Sayılı talimatımız doğrultusunda İl Müdürlерince yetki devri yapıldığı takdirde sağlık sosyal güvenlik merkezlerince) sözleşme imzalanmaktadır.
- Söz konusu protokol 19/01/2009 tarihinde imzalanarak 01/02/2009 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Süresi 3 yıl olmakla birlikte serbest eczaneler ile her yıl sözleşme imzalanması esastır. (Bu durum Protokolün 7. Protokole İlişkin Usul Ve Esaslar başlıklı bölümünün 7.1. maddesinde açıklanmış olup her yılın şubat ayında sözleşmeler yenilenir.)

2009 Yılı Eczane Protokolünde Yer Alan Başlıklar

- Taraflar, Konu, Dayanak ve Tanımlar
- Protokole Göre Hizmet Alacak Kişiler

- Uygulanacak Usul ve Esaslar
 - ❖ Reçete muhteviyatı ilaç bedellerinin eczaneye ödenebilmesi için reçetelerin özellikleri ve reçete ekinde bulunması gereken belgeler
 - ❖ Endikasyon uyumuna bakılacak durumlar
 - ❖ Reçete iadesi
- Ödeme Şartları ve Zamanı
- Cezai Şart Tahsili
- Sözleşmenin Feshi ve Cezai Şartlar
- Protokole İlişkin Usul ve Esaslar
- Yetkili Mahkeme
- Yürürlük
- Yürütme

1. Protokolün Taraflar, Konu, Dayanak Ve Tanımlar Başlıklı Bölümü

2009 yılı Eczane Protokolünün bu bölümünde reçete gruplarına ilişkin tanımlama yapılmıştır.

A grubu reçete: Sağlık Uygulama Tebliğinin (9.2.2) numaralı maddesinin (ç) bendinde sayılan reçeteleri (Yatan hasta reçeteleri, günübirlik tedavi reçeteleri ve sağlık raporu ile temin edilen ilaç/ilaçları içeren reçeteleri kapsar),

B grubu reçete: Sağlık Uygulama Tebliğinin (9.2.2) numaralı maddesinin (e) bendinde sayılan reçeteleri,

C grubu reçete: Sağlık Uygulama Tebliğinin (9.2.2) numaralı maddesinin (a), (b) ve (c) bentlerinde sayılan reçeteleri kapsar. Bunlar:

a) Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan ve Sosyal Güvenlik İl Müdürlüklerince düzenlenmiş ve onaylanmış Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sağlık Yardım Belgesi (aslı veya fotokopisi) ile müracaat eden kişilerin reçeteleri,

b) Kurum bilgi işlem sisteminden hasta takip numarası/ provizyon alınamamasına rağmen sağlık yardımları yeterli prim ödeme gün sayısına olmaksızın ve/veya prim borcu olup olmadığına bakılmaksızın Kurumca karşılanacak olan;

- İş kazasına uğrayan kişilere ait,
- “Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırılması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik” kapsamında, yetkilendirilmiş özürlü sağlık kurulu raporu

vermeye yetkili sağlık kuruluşlarınca, ağır     rl   olduğu     rl   sağlık kurulu raporu ile belgelendirilen tıbben başkasının bakımına muhtaç kişilere ait,

- Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalık tespit edilen kişilere ait,
 - Acil haller nedeni ile sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilere ait,
 - Koruyucu sağlık hizmetleri nedeni ile sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilere ait,
 - Gebeliğin başladığı tarihten itibaren doğumdan sonraki ilk sekiz haftalık, çoğul gebelik halinde ise ilk on haftalık süreye kadar olan gebelik ve analık halini kapsayan analık haliyle ilgili rahatsızlık ve     rl  l  k hallerinde sağlık hizmeti sağlanan kadınlara ait,
 - Meslek hastalığına uğrayan kişilere ait,
- reçeteler

c) İş kazası, meslek hastalığı, trafik kazası ve adli vaka re eteleridir.

2.Protokole Göre Hizmet Alacak Kişiler

- SUT'un (1.2) numaralı maddesinde belirtilen kişilerdir.

3.Uygulanacak Usul Ve Esaslar

Reçete muhteviyatı ilaç bedellerinin eczanelere ödenebilmesi için reçetelerin taşıması gereken özellikleri, reçete ekinde bulunması gereken belgelerin,reçete iadesi ve endikasyon uyumuna bakılacak durumların,eczacı indirim oranlarının,reçete dağıtımına ilişkin usul ve esasların yer aldığı bölümdür.

Bu bölümde eczacı indirim oranları belirlenmiş olup; Eczacı indirim oranları, protokol tarihinden itibaren bir önceki yıl satış hasılatı (KDV hariç)  zerinden aşağıda belirtildiği şekilde uygulanmaktadır:

350.000 TL'ye kadar satış hasılatı olan eczaneler tarafından %0 indirim,

350.000 TL ile 600.000 TL arasında satış hasılatı olan eczaneler tarafından %1 indirim,

600.000 TL ile 900.000 TL arasında satış hasılatı olan eczaneler tarafından %1,5 indirim,

900.000 TL üzerinde satış hasılatı olan eczaneler tarafından % 2,5 indirim.

Bir  nceki yıl satış hasılatı olmayan yeni açılan eczaneler için en düşük indirim oranı uygulanır.

İmalatçı ve ithalatçı indirimi yapılarak depocuya satış fiyatı üzerinden depocu ve eczacı kar oranları uygulandıktan sonra ulaşılan fiyattan eczane indirimi yapılır.

4.Ödeme Şartları ve Zamanı

Bu bölüm faturaların ne şekilde düzenleneceği ve teslimi ile inceme ve ödeme işlemlerine ilişkin hususları içermektedir.

4.1.Faturaların Düzenlenmesi

Sözleşmeli eczanelerce, protokolde belirtilen esaslar çerçevesinde karşılanan ve her ayın ilk ve son gününü kapsayan döneme ait reçeteler, o aya ait son günün tarihini taşıyacak şekilde provizyon sistemi üzerinden dönem sonlandırması yapılarak faturalandırılır. Kan ürünleri ayda 2 kez faturalandırılabilir.

4.2.Faturaların Teslimi

Düzenlenen faturalar, düzenlendiği tarihi takip eden ayın ilk 15 günü içinde Kurum taşra teşkilatına teslim edilir. Her ayın ilk 15 günü içerisinde teslim edilen faturaların teslim tarihi o ayın 15 inci günü olarak kabul edilir. Ancak, her ayın 1 ila 15 i arasında karşılanan kan ürünü ve hemofili reçeteleri takip eden 3 (üç) iş günü içinde, 16 ila ay sonu arasında karşılanan reçeteler ise takip eden 3 (üç) iş günü içinde olmak üzere ayda iki kere faturalandırılarak Kurum taşra teşkilatına teslim edilir. 15 inci günün tatil gününe gelmesi durumunda takip eden ilk iş günü teslim edilir.

4.3.Fatura İnceleme ve Ödeme

- Kuruma teslim edilen **faturalar teslim tarihinden itibaren en geç 60 (altmış) gün içerisinde** “Ödeme Genelgesi”ne göre örnekleme yöntemiyle (A grubu, B grubu, C grubu için belirlenen oranlarda) incelenerek ödenir. (2011/62 sayılı Genelge)
- Eczacının kendisinin ve/veya çalışanlarının Kuruma sigorta prim aslı, işsizlik sigortası prim aslı, cezai şart ile bunlara bağlı gecikme cezası, gecikme zammı ile doğabilecek diğer fer’ilerine ilişkin borcu bulunması halinde bu borç miktarı yasal faizi ile birlikte eczanenin Kurumdaki alacağından düşüldükten sonra varsa kalan tutar ödenir. Bu işlemlerle ilgili belgenin bir sureti ilgiliye gönderilir.
- Kan Ürünü Ve Hemofili Reçetelerinin Ödenmesi:

Ayın 1 inci ve 15 inci günleri arasında karşılanan ve süresinde teslim edilen kan ürünü ve hemofili reçetelerinin fatura bedelleri bir sonraki ayın ilk 3 iş günü, ayın 16 ncı ve ay sonu arasında karşılanan ve süresinde teslim edilen reçetelerin fatura bedelleri ise bir sonraki ayın 12 inci ve 15 inci günleri arasında Kurumca belirlenen usul ve esaslara göre incelenerek ödenir.

- Hata Oranına Göre Eczacının Reçetelerinin Tamamının Kontrolünü Talep Etmesi:

Kurumca örnekleme yöntemi ile yapılan inceleme sonucunda tespit edilen hata oranının A grubu reçetelerde %3’ün, B grubu reçetelerde %5’in üzerinde olması halinde provizyon sisteminden, eczacının ekranına 5 (beş) iş günü süreyle kırmızı bantlı uyarı yapılacaktır. Eczacı tarafından bu reçetelerin tamamının kontrol edilmesinin uyarının

yapıldığı günü takip eden 5 (beş) iş günü içinde yazılı olarak talep edilmesi halinde ilgili fatura dönemine ilişkin incelenmesi istenen gruptaki tüm reçeteler incelenir. Bu madde gereği işlem yapılan eczacıya, daha önce ödeme yapılmamış ise, fatura teslim tarihinden itibaren 60 (altmış) gün içinde alacaklarından mahsuben fatura tutarının %75'i oranında avans ödemesi yapılır, fatura teslim tarihinden itibaren 90 (doksan) gün içinde de reçetelerin tamamı incelenerek geri kalan tutar ödenir.

Bu madde kapsamında eczaneye yapılan yersiz ödemeler, eczanenin Kurumda tahakkuk etmiş alacağından mahsup edilir. Kurumda tahakkuk etmiş alacağı veya yeterli alacağı bulunmayan eczaneler için Kurum alacağı genel hükümlere göre tahsil edilir.

▪ **Eczacı Tarafından İtiraz Ve İnceleme Komisyonuna Başvurulması:**

Eczacı tarafından, itiraz inceleme komisyonuna başvurulması halinde, Kurum tarafından örnekleme yöntemi ile yapılan inceleme sonucunda belirlenen fatura tutarı için daha önce ödeme yapılmamış ise, fatura teslim tarihinden itibaren 60 (altmış) gün içinde alacaklarından mahsuben fatura tutarının %75'i oranında avans ödemesi yapılır, fatura teslim tarihinden itibaren 90 (doksan) gün içinde de reçetelerin tamamı incelenerek geri kalan tutar ödenir.

Bu madde kapsamında eczaneye yapılan yersiz ödemeler, eczanenin Kurumda tahakkuk etmiş alacağından mahsup edilir. Kurumda tahakkuk etmiş alacağı veya yeterli alacağı bulunmayan eczaneler için Kurum alacağı genel hükümlere göre tahsil edilir.

5.Cezai Şart Tahsili

Protokolün (6.3) numaralı maddesinde (6.3.19) numaralı maddesi hariç olmak üzere belirtilen fiiller için Kurumca uygulanacak cezai şart tutarının her fiil için 250 TL'den az olması halinde, alınacak cezai şart bedelinin 250 TL'ye tamamlanması,yine Protokolün (6.3) numaralı maddesinde (6.3.19) numaralı maddesi hariç olmak üzere belirtilen aynı fiilin/fiillerin son bir yıl içinde tekrarlandığının tespit edilmesi halinde uygulanacak cezai şart bedelinin her fiil için 500 TL'den az olması halinde, alınacak cezai şart bedelinin 500 TL'ye tamamlanması hükmünü içerir.

6.Sözleşmenin Feshi ve Cezai Şartlar

Bu bölümde cezai şart uygulanacak fiiller, fesih nedeni fiiller ve sözleşme yapılmayacak süreler belirtilmiş olup,fesih süreleri fiile göre 1 ay ile 2 yıl arasında değişmektedir.

7.Protokole İlişkin Usul ve Esaslar

Sözleşme metinlerinin basımı ve dağıtımı, sözleşmelerin yapılması ve yenilenmesine ilişkin hususlar ile eczanelere yapılacak tebligatlara ait esasları içermekte olup; bu doğrultuda Kurumumuz ile eczaneler arasında Protokol esaslarına göre her yılın şubat

ayında sözleşmeler yenilenir ve sözleşmelerin basım ve dağıtımı Türk Eczacıları Birliği tarafından yapılır.

Ayrıca Kurum tarafından eczanelere yapılacak tebligatlar sözleşmede belirtilen adresine, eczane tarafından Kuruma yapılacak tebligatlar ise Kurumun taşra teşkilatına yapılmakta olup Tebligatlar, 7201 sayılı “Tebligat Kanunu” hükümlerine göre ve iadeli taahhütlü olarak yapılır.

Kurumumuz İle İlk Kez Sözleşme İmzalayacak Eczacıdan İstenecek Belgeler:

- Kimlik fotokopisi (T.C Kimlik No ile birlikte),
- Ruhsat fotokopisi,
- İmza sirkülerinin noter onaylı örneği,
- Eczacı odasından alınan yeni tarihli “Sözleşmeye Engel Yoktur” belgesi,
- Eczacının sosyal güvenlik durumunu gösterir belge,
- Mükellefin bağlı olduğu vergi dairesinden onaylı form (SUT eki EK-3/B)
- Bölge Eczacı Odasından onaylı sözleşme metni,
- Kuruma bir dilekçe ekinde ibraz edilecektir.

Eczanelerle Sözleşme Yenilenmesi Halinde İstenecek Belgeler:

- Bölge Eczacı Odasından onaylı sözleşme metni
- Mükellefin bağlı olduğu vergi dairesinden onaylı form (SUT eki EK-3/B)
- Ruhsat fotokopisi (Değişiklik olması halinde)
- Eczacı odasından alınan yeni tarihli “Sözleşmeye Engel Yoktur” belgesi,
- Kuruma bir dilekçe ekinde ibraz edilecektir.

9.Yürürlük

Bu bölüm 2009 yılı Eczane Protokolünün hangi tarihte yürürlüğe girdiği ile protokol görüşmeleri ve protokolün geçerlik süresini içermektedir.

Bu doğrultuda 2009 yılı Eczane Protokolü 01/02/2009 tarihinde yürürlüğe girmiş olup, süresi 3 (üç) yıldır. Yeni dönem Protokol görüşmelerine süre bitiminden en az 1 (bir) ay önce başlanılacak olup, süre bitiminde herhangi bir nedenle protokolün imzalanamaması durumunda görüşmelerin devam edeceği kararlaştırılmıştır.

10.Yürütme

Bu kısım Protokolün tarafları ve revizyonuna ilişkin hususları içermekte olup;

Protokolün yürütümü Sosyal Güvenlik Kurumu ve Türk Eczacıları Birliği tarafından yapılmaktadır.

Ayrıca Kurum ve TEB arasında 3'er kişilik yetkililerden oluşan bir komisyon 3 ayda bir, müteakip ayın ilk haftasında toplanmak sureti ile Protokol/sözleşmenin yürütülmesindeki aksaklıkları değerlendirir ve taraflar bir ay önceden yazılı bildirimde bulunmak şartıyla, Protokolü feshetme hakkına sahiptirler.

ECZANE DENETİMİNE İLİŞKİN HUSUSLAR:

5510 sayılı Sosyal Sigortalar Ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 73. maddesine göre, Kurumumuzca, sağlık hizmeti sunucularından satın alınan sağlık hizmetlerinin genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere sunulması ile bu hizmetlere ilişkin ödeme belgesi ve eklerinin düzenlenmesinde, sağlık hizmeti sunucularının mevzuat ve sözleşme/protokol hükümlerine uygun hareket edip etmediklerinin aynı kanunun 78. maddesine göre Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezlerinin kurulu bulunduğu illerdeki Sosyal Güvenlik İl Müdürlükleri bünyesinde görevli personel tarafından fiilen denetiminin yapılması; denetimi yapacak olan personelin yetki ve sorumlulukları, denetim sonucunda düzenlenecek tutanak ve raporlarda belirtilen hususlar hakkında yapılacak iş ve işlemler 06/07/2009 tarihli ve 2009/89 sayılı sağlık hizmeti sunucularının denetim usul ve esasları konulu Genelge doğrultusunda yürütülmektedir.

Söz konusu genelgenin ilgili hükmüne istinaden eczanelerin denetime alınma usulleri aşağıdaki şekildedir.

1.Reçete karşılığı ilaç alan sigortalı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler ile üçüncü şahıslara ait ihbar ve şikâyetlerin olması,

2.Reçete inceleme birimi tarafından yapılan incelemelerde usulsüz işlemler yapıldığının tespit edilmesi,

3.Sahte kupür/reçete/rapor tespit edilmesi,

4.Reçete tarihi ile kupür tarihi arasında uyumsuzluk tespit edilmesi,

5.Çok sayıda iade reçete olduğunun tespit edilmesi,

6.Reçetesi karşılanan doktor, eczane ve firma ilişkisinin tespit edilmesi,

7.Aylık fatura tutarlarında veya tutarı çok yüksek reçete karşılama sıklığında dikkat çekici artış tespit edilmesi,

8.Kayıt yapılan reçeteler üzerinde silme düzeltme yapıldığının tespit edilmesi ve benzeri durumlarda denetim birimi tarafından Eczane hakkında görev emri hazırlanarak denetime alınması sağlanır.

5- YURT DIŞINDAN İLAÇ TEMİNİ İLE İLGİLİ İŞLEMLER

Sağlık giderleri Kurumumuz tarafından karşılanan sigortalı ve hak sahiplerinin tedavileri için gerekli görülen ancak ülkemizde ruhsatlı olmayan veya ruhsatlı olduğu halde çeşitli nedenlerle üretilmeyen veya ithalatı yapılmayan ilaçların yurtdışından temini işlemleri

Sağlık Uygulama Tebliği, 2007/26 sayılı Genelge ve eki “Yurt Dışından Şahsi Tedavi İçin Reçete Bazında İlaç Teminine İlişkin Protokol” hükümlerine göre yürütülmektedir.

Sağlık Uygulama Tebliği;

6.3. Yurtdışından İlaç Getirilmesi

(1) Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişiler için gerekli görülen ve yurt içinden sağlanması mümkün olmayan ilaçların (yurt içinde bulunmadığı ve kullanılmasının zorunlu olduğu Sağlık Bakanlığı tarafınca onaylanarak ilaç teminine izin verildiği takdirde) yurt dışından temini mümkündür.

(2) Sağlık Bakanlığınca, yurtdışından getirtilebilecek ilaç listesi yayımlanması halinde listede yer alacak ilaçlar için ayrıca onay aranmayacaktır.

(3) Yurt dışından ilaç getirtilmesi için, Türk Eczacıları Birliği (TEB) ile Kurum arasında protokol yapılabilir. Bu protokol haricinde, Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilerin kendi imkânları ile Sağlık Bakanlığının ilaç temin iznine dayanarak yurt dışından veya Sağlık Bakanlığının ilaç temin izni ile ilacın kullanım gerekliliğini belirten yazısına dayanarak yurt içinden temin ettikleri ilaçların bedelleri Kurumca belirlenen mevzuat kapsamında kendilerine ödenir. Bu şekilde ödemesi yapılacak ilacın bedeli, aynı ilacın Kuruma mal oluş bedelinden fazla olamaz.

(4) Bu ilaçlardan SUT eki EK-2 Listesi kapsamında olanlardan hasta katılım payı alınmaz.

(5) Tedavi için yurtdışından getirtilecek ilaçların, SUT ve eki listelerde yer alan özel hükümler saklı kalmak kaydıyla, uzman hekim tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak uzman hekimler tarafından reçeteye en fazla 90 günlük doza kadar yazılması halinde bedelleri ödenir. Bu raporlarda ilacın etken maddesi, günlük kullanım dozu, uygulama planı ve süresi de belirtilecektir.

(6) Onkoloji ilaçları en fazla 90 gündeki kür sayısı kadar dozda ve SUT’un 6.2.14 numaralı maddesi doğrultusunda reçetelenir.

(7) Sağlık Bakanlığı izni ile yurt dışından temin edilerek tedavide kullanılan ilacın/ilaçların ülkemizde ruhsat alarak satış izni alması durumunda; “Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi” ne giriş talebinden itibaren, “Ödeme Komisyonunun Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” gereği talebin sonuçlandırılacağı maksimum süre içerisinde, SUT ve eki listelerde yer alan özel hükümler saklı kalmak kaydıyla, uzman hekim raporuna dayanılarak uzman hekimlerce en fazla birer aylık miktarlarda reçete edilmesi ve bu reçetelerin Sağlık Bakanlığınca onaylanması koşuluyla, Sağlık Bakanlığınca ilaca verilen perakende satış fiyatı üzerinden standart kamu iskontosu oranı uygulandıktan sonra kademeli eczane iskontosu uygulanarak sözleşmeli eczanelerden şahıslara düzenlenecek faturalara dayanılarak ödemesi yapılacaktır. Bu ilaçların temin edilmesinde SUT’un 6.5.2. maddesinin (1) fıkrasında

belirtilen dört iş günlük süre aranmaz. Bu ilaçlardan SUT eki EK-2 Listesi kapsamında olanlardan hasta katılım payı alınmaz

(8) Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca, fiyat artışı olması nedeni ile fiyatları güncellenen ve ithal ilaç provizyon sisteminde kaydı bulunmayan ilaçların onaylanan fiyatları “Yurtdışı İlaç Fiyat Listesi” (EK-2/G) Listesinde belirtilmiştir.

Yurt Dışından Şahsi Tedavi İçin Reçete Bazında İlaç Teminine İlişkin Protokol (2007/26 Sayılı Genelge);

Kurum Başkanlığı ile Türk Eczacıları Birliği arasında 04/04/2007 tarihinde imzalanarak yürürlüğe girmiştir.

Hak sahipleri tedavileri için gerekli görülen yurtdışı ilaç taleplerini, TEB’e iletir ve bu talepler doğrultusunda ilaçlar protokol esasları çerçevesinde ithal ilaç provizyon sistemi üzerinden TEB tarafından temin edilerek hastanın adresine teslim edilir.

Bu Şekilde Teminde Hak sahiplerinden İstenen Belgeler;

- Adlarına eksiksiz düzenlenmiş reçete aslı
- Hastalığın tanısı, ilaç kullanılmasının gerekliliği, kullanılacak ilacın dozu ve kullanım süresini belirten sağlık raporu/sağlık kurulu raporunun tebliğde belirtilen şekilde onaylanmış örneği,
- Hastanın T.C Kimlik numarası
- İlacın teslim edileceği adres, ev telefonu, cep telefonu ve ulaşılabilecek ikinci kişiye ait telefon numarası,
- Hastanın sigortalılık durumunu gösterir evrak.

TEB’e Başvurmadan Kendi İmkanları İle Yurtdışından İlaç Temin Edilmesi Halinde Geri Ödeme İçin İstenen Belgeler;

Yukarıda sayılan belgelere ek olarak;

- Sağlık Bakanlığınca alınmış ithal izin onayı,
- Temini yapılan ilaçların kutusu,
- İlacın hangi ülkeden ve ne bedelle getirildiğini gösteren fatura veya buna eş belge aslı.
- Dilekçe (açık adres ve telefon bilgilerinin yer aldığı)

Kurumumuz ithal ilaç bedelleri Ankara Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü (Bahçelievler Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezi) tarafından ödemesi yapılmaktadır. Ödemesi yapılacak bu grup ilaçların İthal İlaç Provizyon Sisteminde kayıtlı olması gerekmekte olup, kayıtlı olmaması halinde, konu Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğüne bildirilerek, ilacın provizyon sistemine kaydı tamamlandıktan sonra ödeme işlemleri gerçekleştirilmektedir.

6- MEDULA ECZANE PROVİZYON SİSTEMİ

Sağlık harcamalarında Kurum kaynaklarının rasyonel kullanılması, tasarruf sağlanması, şahıs bazında işlem takibi, harcama kalemlerinin tespiti, sağlık tedavilerinde standart yapı oluşturulması, dosyasız çalışma ortamına geçilerek işlem sürecinin hızlandırılması, kişisel hataların önlenmesi, istatistiksel bilgi elde edilmesi, etkin denetimin sağlanması, amacıyla eczane provizyon sisteminin kurulmasına ihtiyaç duyulmuştur.

5502 sayılı kanunla üç Sosyal Güvenlik Kurumunun tek çatı altında birleştirilmesinden önce her üç kurumda ayrı ayrı yürütülen Eczane provizyon ve reçete kontrol uygulamaları bulunmakta iken yasanın yürürlüğe girmesi ile birlikte Kurumun ilk ortak e-Eczane uygulaması 1.1.2007 tarihinde devreye alınmıştır.1.3.2010 tarihine kadar kullanılan sistem gelişmiş teknolojilerle revize edilmiş,yeni Medula Eczane Provizyon Sistemi 1.3.2010 tarihinden itibaren kullanılmaya başlanmıştır.

Bedeli ödenecek ilaç ve müstahzarların Sağlık Uygulama Tebliğine uygun olarak tüm kontrollerinin yapılması ve Eczane Provizyon Sisteminden karşılanması amacıyla ilaç/müstahzar bilgilerini içeren ilaç kartları sistemde tanımlanmıştır.

Mevcut Eczane Provizyon Sisteminde Sağlık Uygulama Tebliği'nin Bedeli Ödenecek İlaçlar başlıklı EK-2/D listesinde bulunan ilaçlar ile Hastalığa Özel Diyet Ürünleri İle Tıbbi Mamalar (EK-2/E) Listesinde yer alan müstahzarların bedelleri Sağlık Uygulama Tebliğinde belirtilen kurallara göre ödenmektedir.

Reçetelerin Provizyon sistemine girilerek onay alınması sonrasında karşılanması, sistemden alınan provizyon çıktısının da reçeteye eklenmesi gerekmektedir. Provizyon çıktısının bir örneğinin de ilaçları alan hasta yada hasta sahibine verilmesi, çıktıda yer alan; alınan ilaç isimlerini,miktarlarını,tutarlarını, kişilerin ne kadar ilaç fiyat farkı veya muayene ücreti ödemesi gerektiğini bilmesi açısından önemlidir.

TIBBİ MALZEME

Ortez, protez, tıbbî araç ve gereç, kişi kullanımına mahsus tıbbî cihaz, tıbbî sarf, basit sıhhi sarf ve iyileştirici nitelikteki tıbbî sarf malzemeleri tıbbi malzeme kapsamında değerlendirilir. (SUT 7.1)

Tanımlar

a) Ayakta tedavi: Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, sağlık hizmeti sunucularında yatırılmaksızın ayakta sağlanan sağlık hizmetlerini, (GSS İŞLEMLERİ YÖNETMELİĞİ)

b) Ismarlama olarak üretilen ve/veya uygulanan ortopedik protez ve ortez: Belirli bir hastada kullanılmak amacıyla, ölçü ve prova ile üretilen ve/veya uygulanması gereken

ortopedik protez ve ortezleri, (S.B. ISMARLAMA PROTEZ VE ORTEZ MERKEZLERİ İLE İŞİTME CİHAZI MERKEZLERİ HAKKINDA YÖNETMELİK. 24.09.2011/RG:28064)

c) İyileştirme araç ve gereçleri: Protez ve ortez tanımına girmeyen, tek başına iyileştirme özelliği olan iyileştirici nitelikteki tıbbî cihazları, (GSS İŞLEMLERİ YÖNETMELİĞİ)

d) Katılım payı: Sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için, genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ödenecek tutarı,(GSS İŞLEMLERİ YÖNETMELİĞİ)

e) Ortez: İnsan vücudunun herhangi bir organının hareketlerine yönelik olarak, kolaylaştırma, kısıtlama, sabitleme, yardımcı olma, önleme veya düzeltme amacıyla kullanılan araç, alet ve cihazları (S.B. ISMARLAMA PROTEZ VE ORTEZ MERKEZLERİ İLE İŞİTME CİHAZI MERKEZLERİ HAKKINDA YÖNETMELİK. 24.09.2011/RG:28064) (Ortez: Doğuştan veya sonradan herhangi bir nedenle bir organda oluşan fonksiyon kaybını veya yetersizliğini önlemek ya da vücut parçalarından birini desteklemek veya korumak amacıyla kullanılan tıbbî cihazları, (GSS İŞLEMLERİ YÖNETMELİĞİ))

f) Protez: Olmayan bir organın yerini alabilecek araç, alet ve cihazları, (S.B. ISMARLAMA PROTEZ VE ORTEZ MERKEZLERİ İLE İŞİTME CİHAZI MERKEZLERİ HAKKINDA YÖNETMELİK. 24.09.2011/RG:28064)

(Protez: Doğuştan ya da sonradan herhangi bir nedenle vücut organlarından bir veya bir kaçının tam veya kısmi kaybında, o organ veya organların fonksiyonlarını yerine getirmek ve/veya görsel olarak vücut bütünlüğünü sağlamaya yönelik tıbbî cihazları, (GSS İŞLEMLERİ YÖNETMELİĞİ))

g) Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu: Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri ile yol gideri, gündelik ve refakatçi giderleri için Kurumca ödenecek bedelleri belirleyen komisyonu, (GSS İŞLEMLERİ YÖNETMELİĞİ)

ğ) Sağlık raporu: Uzman hekim raporunu/sağlık kurulu raporunu,(GSS İŞLEMLERİ YÖNETMELİĞİ)

h) Uzman hekim raporu: İlgili tek uzman hekim tarafından düzenlenen başhekimlik mührü ve ıslak imza onayı bulunan sağlık raporunu, (GSS İŞLEMLERİ YÖNETMELİĞİ)

ı) Sağlık kurulu raporu: İlgili daldan üç uzman hekimin katılımıyla, aynı daldan üç uzman hekim bulunmaması hâlinde ise ilgili dal uzmanı ile birlikte öncelikle bu uzmanlık dalına en yakın uzmanlık dalından olmak üzere başhekimin seçeceği diğer dallardan uzman hekimlerin katılımı ile en az üç uzman hekimden oluşan sağlık kurullarınca düzenlenen, başhekimlik mührü ve ıslak imza onayı bulunan sağlık raporunu, (GSS İŞLEMLERİ YÖNETMELİĞİ)

i) Tebliğ: Kanunun genel sağlık sigortasına ilişkin hükümlerinin uygulanmasını içeren Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğini, (GSS İŞLEMLERİ YÖNETMELİĞİ)

j) Tıbbî cihaz: Sağlık Bakanlığı Tıbbî Cihaz Yönetmeliğinde tanımlanan her türlü araç, gereç, alet, cihaz, kişi kullanımına mahsus cihaz, aksesuar veya diğer malzemeleri,(GSS İŞLEMLERİ YÖNETMELİĞİ)

(Tıbbi cihaz: İnsanda kullanıldıklarında aslî fonksiyonunu farmakolojik, immünolojik veya metabolik etkiler ile sağlamayan fakat fonksiyonunu yerine getirirken bu etkiler tarafından desteklenebilen ve insan üzerinde;

1) Hastalığın tanısı, önlenmesi, izlenmesi, tedavisi veya hafifletilmesi ya da

2) Yaralanma veya sakatlığın tanısı, izlenmesi, tedavisi, hafifletilmesi veya mağduriyetin giderilmesi ya da

3) Anatomi veya fizyolojik bir işlevin araştırılması, değiştirilmesi veya yerine başka bir şey konulması veyahut

4) Doğum kontrolü

amacıyla kullanılmak üzere imal edilmiş, tek başına veya birlikte kullanılabilen, imalatçısı tarafından özellikle tanı ve/veya tedavi amaçlı kullanılmak üzere imal edilmiş ve tıbbi cihazın amaçlanan işlevini yerine getirebilmesi için gerekli olan yazılımlar da dahil, her türlü araç, alet, teçhizat, yazılım, aksesuar veya diğer malzemeleri, (S.B. TIBBİ CİHAZ YÖNETMELİĞİ. 07.06.2011/RG:27957))

k) Tıbbî sarf malzemesi: Protez ve ortez tanımına girmeyen, iyileştirmeyi tek başına sağlamayan, teşhis, tedavi ve bakım amaçlı işlemlerin yapılması esnasında tek sefer ya da sınırlı sayıda kullanılmaya mahsus tıbbî malzemeleri, (GSS İŞLEMLERİ YÖNETMELİĞİ)

l) Yatarak tedavi: Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, sağlık hizmeti sunucusunda yatırılarak sağlanan sağlık hizmetlerini, ifade eder.

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun genel sağlık sigortası hükümleri ile getirilen hak ve yükümlülükleri ve genel sağlık sigortası işlemlerine ilişkin usul ve esasları doğrultusunda, 5510 sayılı Kanunun 60.maddesine göre Genel Sağlık sigortalısı sayılanlara uzman hekimleri ile ilgili dalda ihtisas yapmış olan hekimler tarafından düzenlenen reçeteye istinaden Ortez, protez, tıbbî araç ve gereç, kişi kullanımına mahsus tıbbî cihaz, tıbbî sarf, basit sıhhi sarf ve iyileştirici nitelikteki tıbbî sarf malzemeleri tıbbi malzeme kapsamında değerlendirilen reçete bedelleri Kurumca karşılanır.

Kurumca Finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri ve süresi

5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 63. Maddesinde Kurumca finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri tanımlanmıştır. Bu madde gereğince finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleriyle ilgili teşhis ve tedavileri için gerekli olabilecek kan ve kan ürünleri, kemik iliği, aşı, ilaç, ortez, protez, tıbbi araç ve gereç, kişi kullanımına mahsus tıbbi cihaz, tıbbi sarf, iyileştirici nitelikteki tıbbi sarf malzemelerinin sağlanması, takılması, garanti süresi sonrası bakımı, onarılması ve yenilenmesi hizmetleridir.

Aynı maddenin Değişik ikinci fıkrasında “Kurum, finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin teşhis ve tedavi yöntemleri ile (f) bendinde belirtilen sağlık hizmetlerinin türlerini, miktarlarını ve kullanım sürelerini, ödeme usûl ve esaslarını Sağlık Bakanlığının görüşünü alarak belirlemeye yetkilidir. Kurum, bu amaçla komisyonlar kurabilir, ulusal ve uluslararası tüzel kişilerle işbirliği yapabilir. Komisyonların çalışma usûl ve esasları Maliye Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak Kurumca belirlenir.” ve “60 ıncı maddede sayılan genel sağlık sigortalısı sayılma şartlarının yitirilmesi halinde, devam etmekte olan tedavi nedeniyle sağlanacak sağlık hizmetleri kişinin iyileşmesine kadar sürer.” Hükümleri bulunmaktadır.

Kurumca finansmanı sağlanmayacak sağlık hizmetleri

5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun 64. maddesinde Kurumca finansmanı sağlanmayacak sağlık hizmetleri aşağıdaki şekilde tanımlanmıştır:

- a) Vücut bütünlüğünü sağlamak amacıyla yapılan ve iş kazası ile meslek hastalığına, kazaya, hastalıklara veya konjenital nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan durumlarda yapılacak sağlık hizmetleri dışında estetik amaçlı yapılan her türlü sağlık hizmeti ile estetik amaçlı ortodontik diş tedavileri,
- b) Sağlık Bakanlığınca izin veya ruhsat verilmeyen sağlık hizmetleri ile Sağlık Bakanlığınca tıbben sağlık hizmeti olduğu kabul edilmeyen sağlık hizmetleri,
- c) Yabancı ülke vatandaşlarının; genel sağlık sigortalısı veya genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi sayıldığı tarihten önce mevcut olan kronik hastalıkları,

Sağlık hizmetlerinin ödenecek bedellerinin belirlenmesi

5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun 72. maddesine göre 5510 sayılı Kanunun 63. madde hükümlerine göre finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin Kurumca ödenecek bedellerini; sağlık hizmetinin sunulduğu il ve basamak, Devletin doğrudan veya dolaylı olarak sağlamış olduğu sübvansiyonlar, sağlık hizmetinin niteliği itibarıyla hayati öneme sahip olup olmaması, kanıta dayalı tıp uygulamaları, maliyet-etkililik ölçütleri ve genel sağlık sigortası bütçesi dikkate alınmak suretiyle, her sınıf için tek tek veya gruplandırarak belirlemeye Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu yetkili kılınmıştır.

5510 sayılı Kanunun 72. maddesinin değişik ikinci fıkrasında “Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu; Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığını, Maliye Bakanlığını, Sağlık Bakanlığını, Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığını, Hazine Müsteşarlığını temsilen birer üye ve Kurumu temsilen iki üye olmak üzere toplam yedi üyeden oluşur. Komisyon kararlarını salt çoğunluk ile alır, kararlar Resmî Gazetede yayımlanır. Komisyonca gerekli görülen hallerde sağlık hizmetlerinin türlerine göre birden fazla alt komisyon kurulabilir. Komisyonun sekreteryası işlemleri Kurumca yerine getirilir.” hükmü bulunmaktadır.

Tıbbi Malzemenin Teminine ilişkin Esaslar

(1) Kurumla sözleşmeli sağlık kurumlarında yatarak tedavilerde kullanılan tıbbi malzemeler (EK 5/C listesinde yer alan protez ve ortezler ve Kurumca iade alınan cihazlar hariç), sağlık kurumu tarafından temin edilmek zorundadır.

(2) SUT eki “Sağlık Kurumları Puan Listesi” nde (EK-8) yer alan birim puanlar “basit sıhhi sarf malzemeleri” dâhil olarak tespit edildiğinden, SUT eki “Bedeli Ödenmeyecek Basit Sıhhi Sarf Malzemesi Listesi” nde (EK-5/B) yer alan tıbbi malzemeler, hiç bir şekilde hastalara aldırılmaz ve sağlık kurumu faturalarında ayrıca gösterilemez.

(3) Kurumla sözleşmeli sağlık kurumları tarafından temin edilen tıbbi malzemeler; SUT’ta belirtilen istisnalar hariç olmak üzere Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankasına (TİTUBB) kayıt/bildirim işlemi tamamlanmış olmalıdır. Kuruma fatura edilen tıbbi malzemelerden TİTUBB kayıt/bildirim işlemi tamamlanmamış tıbbi malzeme bedelleri Kurumca ödenmez. Ancak Sağlık Bakanlığı’nın ilgili yönetmelikleri (“Tıbbi Cihaz Yönetmeliği”, “Vücuda Yerleştirilebilir Aktif Tıbbi Cihazlar Yönetmeliği” ve “Vücut Dışında Kullanılan (İn Vitro) Tıbbi Tanı Cihazları Yönetmeliği) kapsamında yer almayan tıbbi malzemeler ve SUT’ta belirtilen istisnai durumlarda TİTUBB kayıt/bildirim işlemi tamamlanmış olma şartı aranmaz. TİTUBB kayıtlı olan bir malzemenin ayrıca üretici ve/veya distribütör firmalarca bayilerinin de TİTUBB’da tanımlanmış olmalıdır. Bir malzemenin TİTUBB kayıt/bildirim işlemi tamamlanmış olması o malzemenin Kurumca ödenmesi için tek başına yeterli değildir.

(4) Kurumca bedeli karşılanan Tıbbi Malzemelerin kaybolması veya çalınması halinde Kurumca yenisinin bedeli karşılanmaz.

(5) Kurum ile sözleşmeli sağlık kurumlarınca temini zorunlu olmayan tıbbi malzemelerin reçete edilmek suretiyle sağlık kurumu dışından temini için, sağlık kurulu raporu düzenlenmesi zorunlu olup, rapora istinaden reçete edilir. Ancak SUT veya eki listelerde uzman hekim raporu ile verilebileceği belirtilen tıbbi malzemeler için sağlık kurulu raporu şartı aranmaz.

(6) Tıbbi malzeme teminine ilişkin sağlık raporları (SUT’ta geçerlilik süreleri ayrıca belirtilen sağlık raporları hariç) en fazla 2 yıl süre ile geçerlidir.

(7) Hasta kullanımı sırasında ortaya çıkabilecek ortez, protez ve Kurumca iade alınan cihazlara ilişkin bakım ve onarım masraflarından, garanti kapsamı süresi içinde oluşan masraflar firma tarafından, garanti kapsamı süresi dışında oluşan masraflar, bakım ve onarımın gerektiğinin Kurumca tespit edilmesi halinde Kurum tarafından karşılanır. Kurum ihtiyaç duyduğunda bu tespiti teknik servis raporu veya hekim raporu ile de yapabilir. Bu madde kapsamındaki tıbbi malzemelerin, garanti süresi bitiminden kullanım miatlarının sonuna kadar servis hizmeti verebileceği yüklenici firmalarca taahhüt edilmelidir.

(8) EK-5/C’de yer alan I gurubundaki ürünler (ısmarlama üretilen ortez ve protezler) için, ülkemizde faaliyet gösteren protez ve ortez uygulayıcı merkezlerin Sağlık Bakanlığınca 24.09.2011 tarih ve 28064 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan İsmarlama Ortez ve Protez Merkezleri İle İşitme Cihazı Merkezleri Hakkında Yönetmelik kapsamında; Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış protez ve ortez uygulayıcısı merkezlerden temin edilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanacaktır.

(9) Miatlı tıbbi malzemelerin yenileme süreleri SUT’un (7.3) numaralı maddesinin ilgili alt maddelerinde belirtilmiş olup EK-5/C’de yer alan protez ve ortezler için yenilenme süresi her bir malzeme için ayrı ayrı olacak şekilde belirtilmiştir. Bu sürelerden önce söz konusu tıbbi malzemeler yenilenmez. Ancak, büyüme ve gelişme çağındaki çocuklara kullanılması gerekli görülen miatlı tıbbi malzemeler, malzemenin çocuğun büyüme ve

gelişmesi nedeni ile kullanılamadığı ve yenilenmesi gerektiğinin sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi koşuluyla süresinden önce SUT hükümleri doğrultusunda yenilenir. Ayrıca erişkinlerde ise malzemenin bakım ve onarımı mümkün olmaması halinde, kullanılamadığı ve yenilenmesi gerektiğinin sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi koşuluyla, süresinden önce SUT hükümleri doğrultusunda yenilenir.

(10) 3713 sayılı Kanuna göre aylık bağlanmış malûller ile aynı Kanun kapsamına giren olaylar sebebiyle vazife malûllüğü aylığı alan er ve erbaşların sağlık kurulu raporuyla ihtiyaç duydukları her türlü ortez/ protez ve diğer iyileştirici araç/gereçler fark alınmaksızın ve kısıtlama (süre vb.) getirilmeksizin Kurumca karşılanır.

(11) Tıbbi malzemelerin yenilenmesi için düzenlenecek sağlık kurulu raporlarında önceden verilen protez ve ortezin yenilenmesi gerektiğinin gerekçeleriyle birlikte belirtilmelidir. Kurumca temin edilen ortez ve protezlerin gerek kullanım sürelerinin dolması, gerekse sağlık kurulu raporu ile yenilenmesinin gerektiği durumlarda düzenlenecek sağlık kurulu raporlarında daha önce kullanılan protez ve ortezin belirtilmesi gerekmektedir.

(12) SUT'ta günlük/ haftalık/ aylık vb. olarak reçetelendirilebilecek adet miktarları belirtilen tıbbi malzemelerin, belirtilen miktarlardan fazla reçete edilmesi ve hastalar tarafından fatura karşılığı temin edilmesi durumunda, SUT'da belirtilen adet miktarları doğrultusunda Kurumca bedelleri karşılanacaktır.

(13) Mücbir sebeplere bağlı olarak protez-ortezlerin kullanılamayacağı belgelendirilmesi halinde, Kurumun da uygun görmesi durumunda süreye bakılmaksızın yenilenir.

(14) Hastanelerce demirbaş olarak kullanılan malzemelerin ve bunlara ait sarf malzemelerinin bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(15) Tıbbi malzemelerin şahıs ödenmesine ilişkin fatura ve ekli belgeler;

a) Reçete aslı

b) Sağlık raporu aslı (sürekli kullanım arz eden malzemelerde raporun onaylı sureti)

c) Fatura ve faturada TİTUBB kodu, varsa SUT kodu,

ç) Fatura arkasında reçeteyi yazan hekim tarafından reçetede yazan malzemenin (eksternal protez ve ortezler için) hasta üzerinde uygulandığının görüldüğü ve uygunluğunun belirtilerek onaylanması. (tıbbi uygunluk gerektirmeyen tıbbi malzemeler hariç)

SUT eki "Protez Ortez Listesi" nde (EK-5/C) yer alan tıbbi malzemelerden, şahıs ödemelerinde tıbbi uygunluk aranacak tıbbi malzemeler, "Tıbbi Uygunluk Aranacak Protez Ortez Listesi'nde (EK-5/C-1)" yer almaktadır.

(16) Tıbbi Malzeme reçete tarihi ile fatura tarihi arasında en fazla 10 (on) gün olmalıdır. Ancak kişiye özel ısmarlama olan veya iade kapsamındaki tıbbi malzemelerde bu süre aranmaz. İade kapsamındaki cihazlara ait reçete ve sağlık raporu ile ilgili işlemlerin 15 (on beş) iş günü içinde Kurumumuz taşra teşkilatlarına başvurularak başlatılması zorunludur.

Tıbbi Malzeme Ödeme Esasları

Sözleşmeli Sağlık Kurum ve Kuruluşlarınca Temin Edilen Tıbbi Malzeme Bedellerinin Ödenmesi

1- 4734 Sayılı Kamu İhale Kanununa tabi olan Resmi Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında;

(1) 4734 sayılı Kamu İhale Kanununa tabii olan resmi sağlık kurum ve kuruluşlarınca temin edilen tıbbi malzeme bedelleri, tıbbi malzemenin KDV dâhil alış fiyatı üzerine; % 15 işletme gideri ilave edildikten sonra bulunan tutar üzerinden hazine kesintisi, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu kesintisi ilave edilerek fatura edilir ve bedelleri Kurumca ödenir.

(2) SUT Eki Ek-5/A-1 ve Ek-5/A-2 Fiyatlandırılmış Tıbbi Sarf Malzemeleri Listesi, SUT Eki Ek-5/E Omurga Cerrahisi ve Ek-5/F Ortopedi ve Travmatoloji branşı Artroplasti alan grubunda kullanılan tıbbi malzemeler temin edilmesi halinde, bu listelerdeki birim fiyatlar, sağlık hizmeti sunucuları tarafından hangi fiyatlara temin edildiğine bakılmaksızın geri ödemedede esas alınacak olan fiyatlardır. Bu fiyatlara sadece KDV ilave edilecektir.

(3) (3) Yatarak tedavilerde temini zorunlu tıbbi malzemelerin, hastaya aldırılması durumunda; fatura tutarı hastaya ödenerek ilgili sağlık kurumunun alacağından mahsup edilir. Ancak, mahsup edilen malzemenin sağlık kurumunca ihale veya doğrudan alım yöntemi ile temin edilemediğinin başhekimlik onayı ile belgelendirilmesi halinde; SUT'un 7.2.2 maddesine göre tespit edilen tutar sağlık kurumuna iade edilir. Ancak tıbbi malzemenin tanıya dayalı işlem kapsamında olması halinde sağlık kurumuna iade edilmez.

(4) Sağlık Uygulama tebliği eklerinde SUT kodu olup da, fiyatı olmayan tıbbi malzemeler, KDV dâhil alış fiyatı üzerine; % 15 işletme gideri ilave edildikten sonra bulunan tutar üzerinden hazine kesintisi, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu kesintisi ilave edilerek fatura edilir ve bedelleri Kurumca ödenir.

2- 4734 sayılı Kamu İhale Kanununa tabii olmayan resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında;

(1) SUT ve eki Listelerde yer alan malzemeler, SUT ve eki listelerde belirlenen birim fiyatlar üzerinden fatura tutarını aşmamak üzere ödenir.

(2) SUT ve eki listelerde yer almayan tıbbi malzemeler; Kamu İhale Kurumu İhale Sonuç Formu Ekranında (son bir yıl içerisinde en az 1 (bir) hastanenin fiyatı olmalı) tespit edilen ve Kurum taşra teşkilatı inceleme birimlerince benzer nitelikte, aynı işlevsel özellikte ve aynı tıbbi sonucu verdiği kabul edilen malzemenin işlem tarihinden önceki son bir yıl içerisindeki en ucuz 5 (beş) fiyatın ortalaması alınır (5 (beş) fiyatın altında olması halinde var olan fiyatların ortalaması alınır), KDV dahil fiyatı, fatura tutarını geçmemek üzere ödenir.

(3) SUT ve eki listeleri ile Kamu İhale Kurumu İhale Sonuç Formu Ekranında fiyat tespit edilemeyen tıbbi malzeme bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(4) 4734 sayılı Kamu İhale Kanununa tabii olmayan Resmi Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında yatarak tedavilerde temini zorunlu tıbbi malzemelerin hastaya aldırılması durumunda; fatura tutarı hastaya ödenerek ilgili sağlık kurumunun alacağından mahsup edilir.

(5) Sağlık Uygulama tebliği eklerinde SUT kodu olup da, fiyatı olmayan tıbbi malzemeler, Kamu İhale Kurumu İhale Sonuç Formu Ekranında (son bir yıl içerisinde en az 1 (bir) hastanenin fiyatı olmalı) tespit edilen ve Kurum taşra teşkilatı inceleme birimlerince benzer nitelikte, aynı işlevsel özellikte ve aynı tıbbi sonucu verdiği kabul edilen malzemenin işlem tarihinden önceki son bir yıl içerisindeki en ucuz 5 (beş) fiyatın ortalaması alınır (5 (beş) fiyatın altında olması halinde var olan fiyatların ortalaması alınır), KDV dahil fiyatı, fatura tutarını geçmemek üzere ödenir.

3- Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında;

(1) SUT ve eki listelerde yer alan malzemeler, SUT eki listelerde belirlenen birim fiyatlar üzerinden fatura tutarını aşmamak üzere ödenir.

(2) SUT ve eki listelerde yer almayan tıbbi malzemeler; Kamu İhale Kurumu İhale Sonuç Formu Ekranında (son bir yıl içerisinde farklı en az 3 (üç) hastanenin fiyatı olmalı) tespit edilen ve Kurum taşra teşkilatı inceleme birimlerince benzer nitelikte, aynı işlevsel özellikte ve aynı tıbbi sonucu verdiği kabul edilen malzemenin işlem tarihinden önceki son bir yıl içerisindeki en ucuz 5 (beş) fiyatın ortalaması alınır (beş fiyatın altında olması halinde var olan en az 3 (üç) fiyatın ortalaması alınır), KDV dahil fiyatı, fatura tutarını geçmemek üzere ödenir.

(3) SUT ve eki listeleri ile Kamu İhale Kurumu İhale Sonuç Formu Ekranında en az 3 (üç) hastanenin fiyat tespit edilemeyen tıbbi malzeme bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(4) Yatarak tedavilerde temini zorunlu tıbbi malzemelerin reçete karşılığı hastaya aldırılması durumunda; fatura tutarı hastaya ödenerek ilgili sağlık kurumunun alacağından mahsup edilir.

(5) Sağlık Uygulama tebliği eklerinde SUT kodu olup da, fiyatı olmayan tıbbi malzemeler, Kamu İhale Kurumu İhale Sonuç Formu Ekranında (son bir yıl içerisinde farklı en az 3 (üç) hastanenin fiyatı olmalı) tespit edilen ve Kurum taşra teşkilatı inceleme birimlerince benzer nitelikte, aynı işlevsel özellikte ve aynı tıbbi sonucu verdiği kabul edilen malzemenin işlem tarihinden önceki son bir yıl içerisindeki en ucuz 5 (beş) fiyatın ortalaması alınır (beş fiyatın altında olması halinde var olan en az 3 (üç) fiyatın ortalaması alınır), KDV dahil fiyatı, fatura tutarını geçmemek üzere ödenir.

Ayaktan Tedavilerde Reçete Karşılığı Hasta Tarafından Temin Edilen Tıbbi Malzeme Bedellerinin Ödenmesi

Ayaktan tedavilerde reçete karşılığı hasta tarafından temin edilen tıbbi malzemelerin ödenmesi Sosyal Güvenlik İl Müdürlükleri tarafından yapılmakta olup, Şahıs Ödemeleri Provizyon Sistemi kullanılarak müstehaklık durumu , hasta üzerinde olan tıbbi malzemeler görülmekte, yeni kayıtlar bu sisteme girilmektedir ve bu sistem MOSİP ile koordineli çalışmaktadır.

(1) Ayaktan tedavilerde reçete karşılığı hasta tarafından temin edilen tıbbi malzemeler, SUT'ta belirtilen istisnalar hariç olmak üzere Kurum (Türkiye ilaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankası) TİTUBB kayıt/bildirim işlemi tamamlanmış olmalıdır. Kayıt/bildirim işlemi tamamlanmamış tıbbi malzemelerin bedelleri kayıt/bildirim işlemi tamamlanıncaya kadar ödenmez.

(2) Ayaktan tedavilerde reçete karşılığı hasta tarafından temin edilen tıbbi malzemeler;

a) SUT ve eki Listelerde yer alan malzemeler, SUT eki Listelerde yer alan fiyatlardan fatura tutarını aşmamak üzere ödenir.

b) SUT ve eki listelerde yer almayan tıbbi malzemelerden; Kamu İhale Kurumu İhale Sonuç Formu Ekranında (son bir yıl içerisinde farklı en az 5 (beş) hastanenin fiyatı olmalı) tespit edilen ve Kurum taşra teşkilatı inceleme birimlerince benzer nitelikte, aynı işlevsel özellikte ve aynı tıbbi sonucu verdiği kabul edilen malzemenin işlem tarihinden itibaren son bir yıl içerisinde en ucuz 5 (beş) fiyatın ortalaması alınır, KDV dahil fiyatı, fatura tutarını geçmemek üzere ödenir.

c) SUT ve eki listeleri ile Kamu İhale Kurumu İhale Sonuç Formu Ekranı) fiyatı tespit edilemeyen tıbbi malzemeler, piyasa araştırması (her türlü fiyat araştırması) yapılarak taşra teşkilatı inceleme birimlerince benzer nitelikte, aynı işlevsel özellikte ve aynı tıbbi sonucu verdiği kabul edilen en ucuz malzeme bedeli esas alınarak fatura tutarını aşmamak şartıyla ödenir.

(3) Kurum ile sözleşmesiz sağlık kurum ve kuruluşlarınca acil haller nedeniyle yapılan ve SUT'un 4.3 numaralı maddesi doğrultusunda Kurumca karşılanması gereken tıbbi malzeme bedelleri, bu madde hükümleri esas alınarak ödenir.

Kurumca iade alınan tıbbi malzemeler

(1) Kurum tarafından iade alınan cihazların, Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan hastalara verilebilmesi için hastaların, sağlık kurulu raporu ile sosyal güvenlik il müdürlüklerine müracaatta bulunmaları gerekmektedir. Sağlık kurulu raporlarında, "iade cihazın temini için Kuruma müracaat edilmesi gerektiği" belirtilecektir. Müracaatı takiben, söz konusu tıbbi cihazların Kurum stoklarından temin edilmesi yoluna gidilecek olup, stoklarda yok ise Kurum stoklarında cihazın olmadığına dair onay alınmak suretiyle hasta tarafından temin edilen cihaz bedelleri SUT'un 7.2.2 maddesi doğrultusunda Kurumca ödenir. Onay alınmadan hasta tarafından temin edilen cihazların bedelleri ödenmeyecektir.

(2) Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilere iade alınmak kaydıyla taahhütname karşılığı temin edilen tıbbi malzemeler;

a) Non-İnvaziv Mekanik Ventilasyon Cihazları (CPAP, Auto CPAP, BPAP, BPAP-S, BPAP S/T, BPAP S/T AVAPS, ASV)

b) Uzun süreli oksijen tedavisinde kullanılan cihazlar (oksijen Konsantratörü, oksijen tüpü ve başlığı)

c) Ev tipi ventilatör

ç) Mikro infüzyon pompası (insülin pompası)

d) Desferal pompası

- e) Akülü tekerlekli sandalye
- f) Ayakta dik pozisyonlama ve yürütme cihazları
- g) Lenf ödem kompresyon cihazı

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankası (TİTUBB) tanım;

Üretici veya ithalatçı, dağıtan, satın alan, kullanan, denetleyen ve geri ödeyen ilgili tüm tarafların elektronik ortamda veri alış-verişi yapabilmesini sağlamak üzere, ortak bir dil yaratmak amacıyla geliştirilmiş veri bankasıdır. İlaçlar ve tıbbi cihazlarla ilgili temel verileri belirli standartlara göre barındıran bir veritabanı uygulamasıdır. İlgili tüm tarafların, enformasyon sistemlerinde tamamen aynı temel tanımları kullanmaları yoluyla tedarik zinciri iş süreçlerinin otomasyonunu sağlar.

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankasının amacı nedir?

İlaç ve tıbbi cihazların ihale, teklif, sipariş, nakliye, satın alma, stok, hastaya order, fatura ve ödeme gibi ticaretin tüm süreçlerinin konuyla ilgili her kişi ve kurum tarafından elektronik ortamda yürütülebilmesi sağlamaktır. Ulusal Bilgi Bankası e-ticaret için temel altyapıyı sağlamış olacaktır.

Ulusal Bilgi Bankası, tüm tarafların kendi iç sistemleri de dahil olmak üzere, tedarik zincirinin her halkasında, tamamen aynı verilerin kullanmalarını sağlayacaktır. Bu kavram Temel Veri Hizalaması (Master Data Alignment) olarak bilinir ve ürünler, perakende satış fiyatları, tanıtım, bulunduğu yer, nakliye, sınıflama vb. çeşitli gereksinimler için güncel ve doğru veritabanlarının idame edilmesini kapsar.

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Bilgi Bankası kimin sorumluluğundadır?

Geliştirilmesi ve kullanıma hazır hale getirilmesi sürecinde Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması için Altyapı Geliştirilmesi Projesi komite üyelerinin (Sağlık Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu) ortak sorumluluğunda olacaktır.

Sisteme ürün bilgileri nasıl kaydedilecektir? Bu süreçte tedarikçi firmaların rolü nedir?

Ürünler hakkında en güncel ve doğru veriler, onların sahibi olan üretici veya tedarikçi firmalardadır. Ürünlerle ilgili değişikliklerin, yeni ürünlerin, artık üretilmeyen ürünlerin Ulusal Bilgi Bankasında güncel ve doğru olarak tutulmasında sorumluluk, tüm dünyada olduğu gibi, tedarikçi firmalarda olacak ve veri akış süreci doğrudan firmalar tarafından başlatılacaktır. Dolayısıyla Ulusal Bilgi Bankasının yaşatılması ancak tedarikçi firmaların gayreti ile mümkündür. Bu amaçla tedarikçi firmalar hazırlanan web tabanlı sistemi kullanacaklardır. Firmaların sisteme veri girebilmeleri için önce kendilerini kaydettirmeleri gerekmektedir.

Bu sisteme kaydolmanın ve ürün bilgilerini girmenin firmaya ne tür katkıları olacaktır?

Bu sistem tedarikçi firmaların müşterilerine ürünleri hakkında doğru ve güncel bilgileri iletebilmeleri için çok önemli ve ucuz bir araçtır. Mevcut durumda firmalar ürün bilgilerini müşterilerine ulaştırmak için yoğun faaliyetler yürütmektedir ve doğal olarak bunların bir maliyeti vardır. Ulusal Bilgi Bankası firmaları tüm bu maliyetlerden doğal olarak kurtarmayacaktır ancak önemli ölçüde tasarrufa imkân sağlayacaktır. Ayrıca aşağıdaki konularda da sistemin firmalara katkısı olacaktır:

Genellikle el ile yapılan işlemlerde neyin sipariş edildiği, hangi ürünün alıcıya gönderildiği ve hangi ürün üzerinden faturalandırılma yapıldığı konularında çeşitli hatalar yapılmaktadır. Bu da hesap akışının yavaş gerçekleşmesine ve ekstra maliyete neden olmaktadır. Sistem, nakit akışının hızlanmasını sağlayacaktır.

Yıllık hatalı ürün transferi, geri iadelerin oluşturduğu maliyeti ve kredi kaybını büyük oranda azaltacaktır.

Ancak sisteme kaydolmanın sağlayacağı çok önemli bir fayda daha var: sosyal güvenlik kurumlarının geri ödeme sistemleri de Ulusal Bilgi Bankasını kullanacaklardır. Sisteme kaydedilmemiş ürünleri ödememe olasılığı bertaraf edilmiş olacaktır.

Sisteme kayıt olmayan firmaları ne tür bir süreç bekliyor?

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankası tam anlamıyla faaliyete geçtiğinde dünya çapında üst düzey kalitede bir e-sağlık enstrümanı Türk Sağlık Sitemine entegre olmuş olacaktır. Kazanımlar ve faydalar tüm satıcı tarafı, alıcı tarafı ve ödeyici tarafları arasında paylaşılacaktır.

Sisteme dahil olmayan tedarikçiler için sonuç olarak tanınmama ve akredite olamama durumu ortaya çıkacak geri ödeme talebinde bulunamayacaklardır.

Hangi firmaların sisteme kayıt yaptırması gereklidir?

Türkiye’de tıbbi cihaz alanında faaliyet gösteren ve tedarik zincirinin en üstünde yer alan üretici veya ithalatçı tüm firmalar Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankasına kayıt olmalıdır.

Buna göre ilaç veya tıbbi cihaz imal eden tüm firmalar ile ilaç veya tıbbi cihazları doğrudan ithal edip dağıtım zincirini başlatan tüm firmalar sisteme kayıt olacaktır.

Ulusal Bilgi Bankasındaki verilere kimler nasıl erişecektir?

Ulusal Bilgi Bankasındaki verilerin sahibi firmalardır. Devlet ise bu bilgileri sağlıklı bir şekilde toplamak ve ilgili taraflara ulaştırmak işini üstlenmiştir. Ulusal Bilgi Bankasındaki veriler tüm toplumun erişimine açıktır. Verilere erişim için kayıt ya da benzeri bir işlem gerekli değildir. İsteyen herkes sistemin Bilgi Bankası bölümünden, kullanıcı adı ve şifreye ihtiyaç duymadan ürün bilgilerine erişebilecektir.

Bu nedenle “Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği”nin “Tıbbi Malzeme Temini ve Ödeme Esasları” başlıklı 7. maddesi; “Kurumla sözleşmeli sağlık kurumları tarafından temin edilen tıbbi malzemeler; SUT’ta belirtilen istisnalar hariç olmak üzere Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankasına (TİTUBB) kayıt/bildirim işlemi tamamlanmış olmalıdır. Kuruma fatura edilen tıbbi malzemelerden TİTUBB kayıt/bildirim işlemi tamamlanmamış tıbbi malzeme bedelleri Kurumca ödenmez. Ancak Sağlık Bakanlığı Tıbbi Cihaz Yönetmeliği kapsamında yer almayan tıbbi malzeme bedellerinin ödenmesinde; Kurum TİTUBB kayıt/bildirim işlemi tamamlanmış olma şartı aranmaz. TİTUBB kayıtlı olan bir malzemenin ayrıca üretici ve/veya distribütör firmalarca bayilerinin de TİTUBB’da tanımlanmış olmalıdır. Bir malzemenin TİTUBB kayıt/bildirim işlemi tamamlanmış olması o malzemenin Kurumca ödenmesi için tek başına yeterli değildir.” hükmüne amirdir.

Görmeye Yardımcı Tıbbi Malzemeler ve Optik İşlemleri

5510 sayılı Kanunun 60.maddesinde Genel Sağlık sigortalısı sayılanlara Göz hastalıkları uzman hekimleri tarafından düzenlenen reçeteye istinaden görmeye yardımcı tıbbi malzeme bedelleri Kurumca karşılanır.

* Görmeye yardımcı tıbbi malzeme bedelleri Kurum tarafından yayınlanan Sağlık Uygulama Tebliğinde belirtilen kriterler doğrultusunda yapılmaktadır.

Görmeye yardımcı tıbbi malzemeler 5193 sayılı Optisyenlik Hakkında Kanun hükümlerine uygun olarak faaliyetlerini sürdüren ve Kurumla optik sözleşmesi imzalayan sözleşmeli optisyenlik müesseselerinden temin edilir.

* Gözlük camlarının temininde, SUT eki “Görmeye Yardımcı Tıbbi Malzemeler Listesi” (EK-6) esas alınacak ve ödemeler buna göre yapılacaktır. Cam bedelleri, çerçeve bedeli ile birlikte sözleşmeli optisyenlik müesseseleri tarafından Kuruma fatura edilecektir.

* Görmeye yardımcı tıbbi malzeme fiyatları, 5510 sayılı Kanunun 63.maddesinde “Kurum, finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin teşhis ve tedavi yöntemleri ile (f) bendinde belirtilen sağlık hizmetlerinin türlerini, miktarlarını ve kullanım sürelerini, ödeme usûl ve esaslarını Sağlık Bakanlığının görüşünü alarak belirlemeye yetkilidir. Kurum, bu amaçla komisyonlar kurabilir, ulusal ve uluslararası tüzel kişilerle işbirliği yapabilir. Komisyonların çalışma usûl ve esasları Maliye Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak Kurumca belirlenir.” denildiğinden, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenir.

* Göz hastalıkları uzman hekimi tarafından düzenlenen sağlık raporuyla zorunlu görülmesi şartıyla bu fıkra da belirtilen nitelikli görmeye yardımcı tıbbi malzeme bedelleri, SUT eki “Görmeye Yardımcı Tıbbi Malzemeler Listesi” nde (EK-6) yer alan fiyatları aşmamak üzere ödenir.

Teleskopik gözlük: Göz hastalıkları uzman hekimi tarafından düzenlenen sağlık raporuyla zorunlu görülmesi şartıyla teleskopik gözlük (uzak, yakın, orta uzakta ve büyütme olanağı veren cam) camlarına ait bedeller, üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca düzenlenen en az bir göz hastalıkları uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporu ile göz

hastalıkları uzmanı tarafından tanzim edilen reçetelere istinaden 3 (üç) yılda bir yenilenebilir. Çocuklarda bu süre sağlık raporuyla gerekli görülmesi halinde 1 yıldır.

Kontakt lens bedelleri sadece;

- 1- Konjenital katarakt nedeniyle opere olmuş afak olgularda,
- 2- Keratakonusu olan göze gözlük uygulanmış ve gözlükle görme keskinlikleri 10/10 a kadar (tama) artmayan olgularda, üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca düzenlenen en az bir göz hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi, göz hastalıkları uzman hekimince reçetelendirilmesi ve Kurumla sözleşmeli optisyenlik müesseselerinden temin edilmesi şartıyla SUT eki “Görmeye Yardımcı Tıbbi Malzemeler Listesi” nde (EK-6) yer alan bedeller üzerinden Kurumca karşılanır.

Lenslerin yenilenme süresi 2 (iki) yıldır. Ancak, konjenital katarakt nedeniyle opere olmuş 6 yaşına kadar olan çocuk olgularda 6 (altı) ayda bir yenilenmesi halinde de bedelleri Kurumca karşılanır. Ayrıca 6 yaşından sonra afakı devam etmesi halinde bu durumun sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi şartıyla aylık sık replasmanlı kontakt lenslerin bedeli Kurumca karşılanır. İlk verilen afakı raporu 2 yıl geçerlidir.

Konjenital katarakt nedeniyle opere olmuş afak olgular hariç kontakt lens kullanan hastalara ayrıca gözlük cam ve çerçeve bedeli ödenmez.

Kontakt lens solüsyonlarının bedelleri Kurumca karşılanmaz

Nitelikli görmeye yardımcı tıbbi malzemeler olan Teleskopik gözlük ve Kontakt Lenslerin Ödenmesi İçin Gerekli Olan Belgeler,

- Reçete aslı,
- Heyet Raporu,
- Barkod,
- Reçeteyi yazan doktor tarafından gözlüğün kullanılması ile ilgili eğitim verildiğine dair rapor bulunacaktır. (Teleskopik)

* Hastanın yayınlanan Sağlık Uygulama Tebliğ’in de belirtilen camlar dışında ayrı çap, cins, marka ve fiyatta cam istenmesi halinde alınan reçeteye göre Sağlık Uygulama Tebliğ’inde belirlenen fiyatlar üzerinden normal cam tutarı kadarı karşılanır.

* Gözlük camı ve çerçevesi 3 (üç) yılı geçmeden yenilenmez. Ancak görmede 0.5 diyoptrilik (optikte bir merceğin, cisimlerden gelen ışını kırma gücünü ifade eder) değişiklik olması halinde süresinden önce gözlük camı yenilenebilir.

* Büyüme ve gelişme çağındaki çocuklara kullanılması gerekli görülen gözlük cam ve çerçevesinin çocuğun büyüme ve gelişmesi nedeni ile kullanılmadığı ve yenilenmesi gerektiğinin sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi koşuluyla süresinden önce yenilenir.

Medula optik Provizyon sistemi

* Sağlık harcamalarında Kurum kaynaklarının rasyonel kullanılması ve tasarrufun sağlanması,

- * Şahıs bazında işlem takibinin yapılması,

* Sigortalılarımıza temin edilen cam ve çerçeve süreleri takip edilmesi,

* Etkin denetimin sağlanması, (Sigortalının reçete muhteviyatını hangi optikçiden temin ettiği, reçete tarihinden itibaren 30 gün içerisinde müracaat edip etmediği, optisyenlik müessesesi tarafından reçetenin sözleşme hükümlerine göre karşılanıp karşılanmadığı (5 iş günü içerisinde) v.b)

* İstatistiksel bilgi elde edilmesi,

* Kurumumuzla Optik Müesseselerinin yapmış olduğu sözleşme hükümlerinin uyulup uyulmadığı, sözleşmeye aykırı işler yapıldığında yine sözleşmede belirlenen ceza şart ve fesih işlemleri uygulanmak amacıyla optik provizyon sistemine ihtiyaç duyulmuştur.

Reçetelerin provizyon sistemine girilerek onay alınması sonrasında karşılanması, sistemden alınan provizyon çıktısının da reçeteye eklenmesi gerekmektedir. Şahıslara optisyenler tarafından temin edilen cam ve çerçevenin optik provizyon sistemine temin sonra 30 gün içerisinde provizyona girmek zorundadırlar.

Kurumumuzla taşra teşkilatımız kanalı ile optisyenlik müesseselileri ile 1 (bir) yıllığına sözleşme imzalanır. Sözleşme imzalayan optisyenlik müessesesellerine MEDULA-Optik Sistem şifresi verilir. Optisyenlik müesseselerinin sigortalılarımıza temin ettikleri Görmeye Yardımcı Tıbbi Malzemeler ile ilgili reçetelerin kayıtlarını, söz konusu sistem üzerinden yapmakta, reçetelerin ödeme işlemleri, ödemeye esas belgelerin kontrolleri (reçete, provizyon çıktısı, fatura gibi ekler) Kurumumuz taşra teşkilatı tarafından yapılmaktadır.

Görmeye Yardımcı Tıbbi Malzemelere ait firmaların TİTUBB'a kayıtlı olma zorunluluk getirilmiş olup TİTUBB'a kayıtlı firma ve ürünlerin MEDULA-Optik provizyon sistemine entegrasyonu sağlanarak, sisteme girişi olmayan firma ve ürünlere ait malzeme bedelleri ödenmemektedir.

Tıbbi Malzeme Katılım Payı

Ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri katılım payı:

Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliğinin 34 maddesi gereğince, katılım payı alınacak ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri Kurumca belirlenir.

Katılım payı, ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri için Kurumca ödenen bedeller üzerinden Kurumdan gelir ve aylık alan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için yüzde on, kapsamdaki diğer genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için yüzde yirmi olarak uygulanır.

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri için ödeyecekleri katılım payının tutarı, sağlık hizmetinin alındığı tarihteki asgari ücretin yüzde yetmiş beşini geçemez. Yüzde yetmişbeşlik üst sınırın hesaplanmasında her bir ortez, protez, iyileştirme araç ve gereci bağımsız olarak değerlendirilir.

Yukarıdaki katılım payları şartları sözleşmeli ülke sigortalılarına da uygulanır.

Sağlık Uygulama Tebliğinde Ek 5 /C yer alan malzemeler sigortalılara tarafından temin edilen malzemeler olup Sigortalıların kendilerine ödeme yapılmaktadır.

Sağlık Uygulama Tebliğinin de Ek 9 da yer alan tıbbi malzemeler paket içi malzemeler olup hastaneler tarafından temin edilmek zorundadır. Hiç bir şekilde sigortalılara aldırılmaz, tıbbi malzemenin sigortalı tarafından temin ettirilmesi halinde temin ettirilen malzeme bedeli sigortalıya ödenir, ödenen tıbbi malzemenin bedeli ilgili hastaneden mahsup edilir.

Tıbbi Malzeme Katılım Payları Nasıl Tahsil Edilmektedir:

1- Kişilerce temin edilen ve katılım payı tahsil edilmesi gereken vücut dışı protez ve ortezler için katılım payı, sosyal güvenlik il müdürlüklerince/ sosyal güvenlik merkezlerince ödeme aşamasında kişilerden tahsil edilir.

Sağlık kurumlarınca temin edilen ve SUT hükümleri gereği katılım payı tahsil edilmesi gereken tıbbi malzemelerin katılım payı tıbbi malzemeyi temin eden sağlık kurumlarınca kişilerden tahsil edilir.

2- Gözlük cam ve çerçevelerine ilişkin katılım payı;

a) Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü olduğu kişiler için gelir ve aylıklarından mahsup edilmek suretiyle,

b) Diğer kişiler için ise Kurumla sözleşmeli optisyenlik müessesesi tarafından kişilerden tahsil edilir.

Katılım payı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler

5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunun 68-69 uncu maddesinde sayılan sağlık hizmetlerinden katılım payı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler şunlardır:

a) İş kazası ile meslek hastalığı halleri ile askerî tatbikat ve manevralarda sağlanan sağlık hizmetleri.

b) 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunun 75 inci maddede yer alan afet ve savaş hali nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri.

c) Aile hekimi muayeneleri ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri.

d) Sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla; Kurumca belirlenen kronik hastalıklar ve hayati önemi haiz 68 inci maddenin birinci fıkrasının (b) bendi kapsamındaki sağlık hizmetleri (vücut dışı ortez ve protezle) ile organ, doku ve kök hücre nakli

e) 94 üncü maddede tanımlanan kontrol muayeneleri,

f) 24/2/1968 tarihli ve 1005 sayılı İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre şeref aylığı alan kişiler, ile bunların eşleri, 28/5/1986 tarihli ve 3292 sayılı Vatani Hizmet Tertibi

Aylıklarının Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler, 3/11/1980 tarihli ve 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler, 24/5/1983 tarihli ve 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişiler, Harp malûllüğü aylığı alanlar ile Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlar, 2/7/1941 tarihli ve 4081 sayılı Çiftçi Mallarının Korunması Hakkında Kanuna göre çalıştırılanlar, 24/4/1930 tarihli ve 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanununda belirtilen umumî kadınlar,

Ayrıca, 3713 sayılı Kanuna göre aylık bağlanmış malûller ile aynı Kanun kapsamına giren olaylar sebebiyle vazife malûllüğü aylığı alan er ve erbaşların sağlık kurulu raporuyla ihtiyaç duydukları her türlü ortez/protez ve diğer iyileştirici araç/gereçler herhangi bir katılım payı veya fark alınmaksızın ve kısıtlama getirilmeksizin karşılanır.

Ayrıca;

- Tıbbi sarf malzemeleri ile Sağlık Uygulama Tebliğinin 3.2.3. numaralı maddede yer almayan tıbbi malzemelerden katılım payı alınmaz
- Kurumca iade alınan tıbbi malzemelerden katılım payı alınmaz.
- Polis Akademisi ile fakülte ve yüksek okullarda, Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okuyan veya kendi hesabına okumakta iken Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okumaya devam eden öğrencilerden Sağlık Uygulama Tebliğinin 3.2.1 (Ayaktan tedavi hekim ve Diş muayene katılım payı), , 3.2.2 (Ayaktan tedavide sağlanan ilaç katılım payı) ve 3.2.3 (Tıbbi malzeme katılım payı) numaralı maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.
- Askerî tatbikat ve manevralarda sağlanan sağlık hizmetleri için Sağlık Uygulama Tebliğinin 3.2.1 (Ayaktan tedavi hekim ve Diş muayene katılım payı), 3.2.2 (Ayaktan tedavide sağlanan ilaç katılım payı) ve 3.2.3 (Tıbbi malzeme katılım payı) numaralı maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

MALUL SAYILMA HALİ

Sigortalının veya işverenin talebi üzerine Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucularının sağlık kurullarınca usulüne uygun düzenlenecek raporlar ve dayanağı tıbbi belgelerin incelenmesi sonucu, 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a) ve (b) bentleri kapsamındaki sigortalılar için çalışma gücünün veya iş kazası veya meslek hastalığı sonucu meslekte kazanma gücünün en az % 60' ını, (c) bendi kapsamındaki sigortalılar için çalışma gücünün en az % 60' ını veya vazifelerini yapamayacak şekilde meslekte kazanma gücünü kaybettiği Kurum sağlık kurulunca tespit edilen sigortalı, malul sayılır.

Ancak, sigortalı olarak ilk defa çalışmaya başladığı tarihten önce sigortalının çalışma gücünün % 60' ını veya vazifesini yapamayacak derecede meslekte kazanma gücünü kaybettiği önceden veya sonradan tespit edilirse, sigortalı bu hastalık veya özürlü sebebiyle malullük aylığından yararlanamaz.

Yedek subay veya er olarak ya da talim, manevra, seferberlik veya harp dolayısıyla görevleri ile ilgileri kesilmeksizin silah altına alındıkları dönemde malul olup, bu malullükleri asıl görevlerini veya işlerini yapmaya mani olmayanlar hakkında, bu hastalık veya özürleri sebebiyle malullük sigortasına ilişkin hükümler uygulanmaz.

4 üncü maddenin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamındaki sigortalıların yazılı talepleri halinde, haklarında bu madde hükümleri uygulanmaksızın malullüklerinin mani olmadığı başka vazife veya sınıflara nakil suretiyle tayinleri yapılmak üzere istifa etmiş sayılırlar. Bunların, istifa etmiş sayıldıktan sonra dahi, bu Kanun hükümlerinin uygulanmasını isteme hakları mahfuzdur. Ancak, kurumlarında başka vazife ve sınıflara nakli mümkün olanlardan özel kanunlarına göre yükümlülük süresine tabi olanlar, bu yükümlülüklerini tamamlamadıkça veya maluliyetlerinin yeni vazifelerine de mani olduğuna dair usulüne uygun yeniden rapor almadıkça bu haklarını kullanamazlar.

4 üncü maddenin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamındaki sigortalılardan, vazifelerini yapamayacak derecede hastalığa uğrayanlar, hastalıkları kanunlarında tayin edilen sürelerden fazla devam etmesi halinde, hastalıklarının mahiyetlerine ve doğuş sebeplerine göre birinci fıkra uyarınca malûl veya 47 nci madde hükümlerine göre vazife malûlü sayılırlar.

4 üncü maddenin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamındaki sigortalılardan; personel kanunlarına tabi olmayanların hastalık sebebiyle malul sayılmalarına esas alınacak hastalık süresi hakkında kendi özel kanunları yürürlüğe girinceye kadar 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun hastalık iznine ilişkin hükümleri uygulanır. Kanunlarındaki yazılı sürelerden önce geçen hastalığı en çok bir yıl içinde nüksetmesi halinde eski ve yeni hastalık süreleri birleştirilmek suretiyle işlem yapılır.

Kurum sağlık kurullarınca yapılan değerlendirmelerde; çalışma gücünün %60' ını kaybettiğine karar verilenler hakkında aynı zamanda başka birinin sürekli bakımına muhtaç durumda olup olmadığı ile kontrol muayenesi gerekip gerekmediği tespiti de yapılmaktadır.

MALULİYET TESPİTİNDE ESAS ALINAN MEVZUAT

4 (a) ve 4(b) sigortalılarının maluliyet tespitinde;

Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği,

4(c) sigortalılarının maluliyet tespitinde;

a) Türk Silahlı Kuvvetleri bünyesinde çalışan askeri ve sivil personel ile askerlik görevi ile yükümlüler için Türk Silahlı Kuvvetleri Sağlık Yeteneği Yönetmeliği,

b) İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü bünyesinde çalışan personel için Emniyet Teşkilatı Sağlık Şartları Yönetmeliği,

c) Vazife malullüğü halinde Vazife Malullüklerinin Nevileri ile Dereceleri Hakkında Nizamname,

d) Çalışma gücünün en az % 60' ını kaybedip kaybetmediklerinin tespitinde Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği,

e) 5188 sayılı Özel Güvenlik Hizmetlerine Dair Kanun kapsamında çalışan ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununa Tabi Koruma Güvenlik Görevlileri için belirlenen Özel Güvenlik Hizmetlerine Dair Kanunun Uygulanmasına İlişkin Yönetmelikte belirtilen sağlık şartları,

esas alınır.

MALULİYET TESPİT İŞLEMLERİ

Sağlık Kurulu Raporu Düzenlemeye Yetkili Sağlık Hizmet Sunucuları

Sigortalı ve hak sahiplerinin çalışma gücü kaybı oranları ile Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) ve (b) bentleri kapsamındaki sigortalıların iş kazası sonucu meslekte kazanma gücü kaybı oranları tespitinde esas alınacak sağlık kurulu raporlarını düzenlemeye;

a) Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastaneleri,

b) Devlet üniversitesi hastaneleri,

c) Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı asker hastaneleri,

Sigortalıların ikâmet ettikleri illerde (a), (b) ve (c) bentlerinde belirtilen hastanelerin bulunmaması durumunda Sağlık Bakanlığı tam teşekküllü hastaneleri yetkilidir.

Ancak, sigortalılarımız herhangi bir Devlet hastanesi veya Devlet üniversite hastanesinde;

a) Yoğun bakımda ise,

b) Yatmakta olduğu hastaneden başka bir hastaneye nakli hayati risk taşıyor ise,

Sosyal güvenlik il müdürlüklerince/sosyal güvenlik merkezlerince yoğun bakımda veya yatmakta olduğu hastanelere sevk edilir ve Kurum sağlık kurullarınca raporları değerlendirmeye alınır.

Ancak, Başkanlığımıza yapılan yazılı bildirimlerden veya şifahi olarak alınan duyumlardan, malul olduğu iddiası ile müracaat eden ve illerinde Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanesi bulunmadığı durumlarda, Devlet üniversitesi hastanelerine sevk edilen sigortalılar hakkında, sözkonusu bazı üniversite hastanelerince 3 ay ile 1 yıl arasında değişen uzun süreli randevular verildiği veya halihazırda yeterli branşın olmaması nedeniyle sağlık kurulu raporu düzenleyemeyeceklerine dair yazılı bildirimler yapıldığı anlaşılan durumlarda, sigortalı mağduriyetinin önlenmesi ve maluliyet tespitine ilişkin iş ve işlemlerin kısa sürede sonuçlandırılmasını teminen, sigortalılar ikamet ettikleri il/ilçelerde bulunan Sağlık Bakanlığı Devlet hastanelerine veya Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı asker hastanelerine sevk edilebilir.

Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) ve (b) bentleri kapsamındaki sigortalıların meslek hastalığı sonucu meslekte kazanma gücü kaybı oranları tespitinde esas alınacak sağlık kurulu raporlarını düzenlemeye, Sağlık Bakanlığı meslek hastalıkları hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastaneleri ve Devlet üniversite hastaneleri yetkilidir.

Türkiye ile sosyal güvenlik sözleşmesi bulunan ülkelerde çalışan müşterek sigortalıların maluliyet değerlendirmelerinde, sosyal güvenlik sözleşmesi yapılan akit ülkenin sigorta kurumunun belirlediği sağlık hizmeti sunucusu tarafından düzenlenen sağlık kurulu raporları esas alınır.

MALULİYET DOSYASINDA BULUNMASI GEREKEN BELGELER

1. Maluliyet talep dilekçesi,
2. İlk işe giriş bildirgesi (daha önce var olan hizmetleri birleştirilerek maluliyet değerlendirmesinde esas alınacak ilk işe giriş tarihinin üst yazıda bildirilmesi),
3. Erkek sigortalılar için askerlik süre belgesi, eğer sigortalı askerlikten muaf tutulmuş ise buna ait asker hastanesince düzenlenmiş ayrıntılı muayene bulgularını içeren sağlık raporu (askerlik sakat raporu),
4. İlk işe giriş sağlık raporu, bulunmadığı durumlarda bu raporun olmadığına dair yazılı beyan,
5. Sevk sonucu sağlık tesisince usulüne uygun düzenlenmiş sağlık kurulu raporu aslı ve dayanağı tıbbi belgeler,
6. Sigortalının mevcut rahatsızlığı ile ilgili daha önce almış olduğu raporlar, tıbbi belge ve epikrizlerin (çıkış özeti) birer örneği,
7. Kurumumuzca sigortalı ile ilgili daha önce verilmiş bir maluliyet kararı mevcut ise bir örneği ile dayanağı olan rapor ve diğer belgeler,
8. Dosya içerisinde mevcut belgelere dair kontrol listesi, kontrol eden yetkilinin isim ve imzası bulunmalıdır.

KURUM SAĞLIK KURULLARI

5510 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin (a) ve (b) bentleri kapsamındaki sigortalılarımız ile hak sahibi ve bakmakla yükümlü oldukları çocuklarının maluliyet değerlendirmeleri yapılmak üzere; Yönetim Kurulunun 22.01.2009 tarih, 2009/03 sayılı kararı ile 9 ilde, 25.03.2011 tarih, 2011/73 sayılı kararı ile de 4 il de olmak üzere toplam **13** İl 'de Kurum sağlık kurulu oluşturulmuştur.

Ayrıca, Yönetim Kurulunun 25.03.2011 tarih, 2011/ 74 sayılı kararı ile; Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü Maluliyet ve Sağlık Kurulları Daire Başkanlığı bünyesinde yer alan Kurum sağlık kurullarınca yerine getirilen 4 (c) sigortalıları, bunların bakmakla yükümlü oldukları çocukları/haksahiplerinin maluliyet tespitleri ile 5510 sayılı Kanunun ilgili maddeleri doğrultusunda 4 (a), (b), (c) kapsamındaki sigortalıların vazife malullüğü, harp malullüğü, meslekte kazanma gücü kaybı (iş kazası, meslek hastalığı), yaşlılık sigortasına ilişkin tespitler Ankara Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğüne devredilmiştir.

KURUM SAĞLIK KURULU OLUŞTURULAN VE BU KURULLARA BAĞLI İLLER

İSTANBUL---	İstanbul, Edirne, Tekirdağ, Kırklareli
İZMİR -----	İzmir, Aydın, Manisa, Uşak, Muğla, Denizli
ANTALYA---	Antalya, Isparta, Burdur
ADANA-----	Adana, Hatay, İçel, Osmaniye
KOCAELİ----	Kocaeli, Sakarya, Düzce, Bolu
BURSA -----	Bursa, Yalova, Balıkesir, Çanakkale
KONYA-----	Konya, Niğde, Aksaray, Karaman
KAYSERİ-----	Kayseri, Nevşehir, Sivas, Malatya
SAMSUN-----	Samsun, Ordu, Sinop, Amasya, Tokat, Çorum
ESKİŞEHİR--	Eskişehir, Bilecik, Kütahya, Afyonkarahisar
TRABZON---	Trabzon, Giresun, Rize, Artvin, Gümüşhane, Bayburt, Erzurum, Erzincan
GAZİANTEP-	Gaziantep, Kahramanmaraş, Kilis, Şanlıurfa, Adıyaman
ANKARA-----	Ankara, Kırıkkale, Çankırı, Kastamonu, Kırşehir, Zonguldak, Karabük, Yozgat, Elazığ, Kars, Ardahan, Ağrı, Bingöl, Bitlis, Diyarbakır, Hakkari, Mardin, Muş, Siirt, Tunceli, Van, Batman, Şırnak, Bartın, Iğdır

Kurum Sağlık Kurullarının eğitim ve koordinasyonu Maluliyet ve Sağlık Kurulları Daire Başkanlığınca yürütülür.

5510 SAYILI KANUNUN 28 İNCİ MADDESİNE GÖRE TESPİT İŞLEMLERİ

28 inci maddenin dördüncü fıkrası;

Sigortalı olarak ilk defa çalışmaya başladığı tarihten önce 25 inci maddenin ikinci fıkrasına göre malul sayılmayı gerektirecek derecede hastalık veya özürü bulunan ve bu nedenle malullük aylığından yararlanamayan sigortalılara, en az onbeş yıldan beri sigortalı bulunmak ve en az 3960 gün malullük, yaşlılık ve ölüm sigortaları primi bildirilmiş olmak şartıyla yaşlılık aylığı bağlanır.

Ancak, sigortalının 28 inci maddenin dördüncü fıkrasına göre yaşlılık aylığı talebinde bulunabilmesi için öncelikle 5510 sayılı Kanunun 25 inci maddesine göre maluliyet değerlendirilmesi yapılması ve ilk işe girdiği tarihte malul olduğunun tespit edilmesi gerekmektedir.

4(b) Kapsamındaki Sigortalılara İlişkin Uygulama;

Kanunun 25 inci maddesi gereğince yapılan değerlendirmede Kurum sağlık kurullarınca haklarında “çalışma gücünün en az %60’ ını kaybettiği anlaşılmış ise de; sigortalı olarak ilk defa çalışmaya başladığı iş yerine maluliyetini gerektirecek düzeydeki bu hastalığı veya arızası ile girdiği tespit edildiğinden sözkonusu maddenin ikinci fıkrasına göre malullük aylığından yararlanamayacağı” kararı verilen 4 (b) kapsamındaki sigortalılar hakkında bu Kanuna göre yaşlılık sigortasından işlem yapılması halinde, aynı Kanunun 28 inci maddesinin dördüncü fıkrasına göre Kurum sağlık kurulundan ayrıca oran tespiti istenilmez.

Daha önce haklarında mülga Kanun hükümlerine göre “sigortalı olarak ilk defa çalışmaya başladığı işyerine maluliyetini gerektirecek derecede hastalık veya arızası ile girdiği tespit edilen” 4 (b) kapsamındaki sigortalıların yeniden Kanunun 28 inci maddesinin dördüncü fıkrasına göre talepte bulunmaları halinde öncelikle yeniden sevk edilerek alınacak sağlık kurulu raporu üzerinden Kanunun 25 inci maddesine göre maluliyet değerlendirmesi yapılacaktır.

Buna göre; “çalışma gücünün en az % 60’ ını kaybettiği anlaşılan ancak sigortalı olarak ilk defa çalışmaya başladığı işyerine maluliyetini gerektirecek derecede hastalık veya arızası ile girmesi nedeniyle malullük aylığından yararlanamayacağı” kararı verilen sigortalılar hakkında yaşlılık sigortası kapsamındaki işlemlerde, Kanunun 28 inci maddesinin dördüncü fıkrasına göre Kurum sağlık kurulundan oran tespiti istenilmez.

4(a) Kapsamındaki Sigortalılara İlişkin Uygulama;

Kanunun yürürlük tarihinden önce sigortalı olup, 5510 sayılı Kanunun geçici 10 uncu maddesi uyarınca hakkında “ilk defa çalışmaya başladığı tarihte 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanununun mülga 53 üncü maddesine göre malul sayılmayı gerektirecek derecede hastalık veya özürlü bulunduğu ve bu nedenle malullük aylığından yararlanamayacağına” karar verilen 4(a) kapsamındaki sigortalılara Kanunun 28 inci maddesinin dördüncü fıkrası uygulanmaz.

Sözkonusu fıkra; 4(b) sigortalıları (Bağ-Kur) için Kanunun yürürlük tarihi (01.10.2008) itibari ile, 4 (a) sigortalılarından ise 01.10.2008 tarihinden sonra işe girenler için uygulanacaktır.

28 inci maddenin beşinci fıkrası;

5510 sayılı Kanunun 28 inci maddesinin beşinci fıkrasında belirtilen;

“Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucularının sağlık kurullarınca usulüne uygun düzenlenecek raporlar ve dayanağı tıbbi belgelerin incelenmesi sonucu, Kurum sağlık kurulunca çalışma gücündeki kayıp oranının;

% 50 ilâ % 59 arasında olduğu anlaşılan sigortalılar, en az 16 yıldan beri sigortalı olmaları ve 4320 gün,

% 40 ilâ % 49 arasında olduğu anlaşılan sigortalılar, en az 18 yıldan beri sigortalı olmaları ve 4680 gün,

malullük, yaşlılık ve ölüm sigortaları primi bildirilmiş olmak şartıyla ikinci fıkranın (a) bendindeki yaş şartları aranmaksızın yaşlılık aylığına hak kazanırlar.” hükmünden hareketle Kurum sağlık kurulunca, vücut fonksiyon kaybına bağlı oluşan çalışma gücü kayıp oranı tespit edilir.

Sözkonusu fıkra 4(b) sigortalıları (Bağ-Kur) hakkında Kanunun yürürlük tarihinden itibaren uygulanır.

Anılan Kanunun geçici 10. maddesinin ikinci fıkrasına göre; 4(a) kapsamında olup, Kanunun yürürlük tarihinden önce sigortalı olanlardan, bu Kanunun yürürlük tarihinden önce veya sonra sakatlığı nedeniyle vergi indiriminden yararlanmaya hak kazanmış durumda olan sigortalılar hakkında yukarıda belirtilen fıkra hükümleri uygulanmaz. Kanunun yürürlük tarihinden sonra işe giren aynı kapsamdaki sigortalılar için uygulanır.

28 inci maddenin beşinci fıkrasına göre yapılan değerlendirmelerde “Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik” hükümleri esas alınır.

28 inci maddenin yedinci fıkrası;

55 yaşını dolduran ve erken yaşlanmış olduğu tespit edilen sigortalılar, yaş dışındaki diğer şartları taşımaları halinde yaşlılık aylığından yararlanırlar. Konu ile ilgili yapılan taleplerin incelenmesinde Çalışma Gücü Ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliğinin 25 inci maddesine göre işlem yapılır.

28 inci maddenin sekizinci fıkrası;

5510 sayılı Kanun ile başka birinin sürekli bakımına muhtaç çocuğu bulunan kadın sigortalılara Kanunda belirtilen oranda prim gün sayısı ilavesiyle erken emeklilik hakkı tanınmıştır.

Bu çocuklar hakkında maluliyet tespiti talep edilirken Kanunun yürürlük tarihi dikkate alınarak, çocuğun hangi tarih itibarıyla başka birinin sürekli bakımına muhtaç derecede malul olduğunun tespit edilmesi isteniyor ise bu tarih Kurum sağlık kuruluna bildirilmelidir.

Konu ile ilgili yapılan taleplerin incelenmesinde Çalışma Gücü Ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliğinin 15 inci madde hükümleri esas alınır.

İŞ KAZASI

5510 sayılı Kanunun 13 üncü maddesine göre iş kazası;

a) Sigortalının iş yerinde bulunduğu sırada,

b) İşveren tarafından yürütülmekte olan iş nedeniyle sigortalı kendi adına ve hesabına bağımsız çalışıyorsa yürütmekte olduğu iş nedeniyle,

c) Bir işverene bağlı olarak çalışan sigortalının, görevli olarak iş yeri dışında başka bir yere gönderilmesi nedeniyle asıl işini yapmaksızın geçen zamanlarda,

d) Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamındaki emziren kadın sigortalının iş mevzuatı gereğince çocuğuna süt vermek için ayrılan zamanlarda,

e) Sigortalıların, işverence sağlanan bir taşıtla işin yapıldığı yere gidiş geliş sırasında meydana gelen ve sigortalıyı hemen veya sonradan bedenen veya ruhen özüre uğratan olaydır.

4 (a) ve (b) sigortalıları iş kazası kapsamındadır. İş kazasına bağlı sürekli iş göremezlik oranı Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliğine göre belirlenir.

İŞ KAZASI DOSYASINDA BULUNMASI GEREKEN BELGELER

1. İlk işe giriş sağlık raporu, bulunmadığı durumlarda bu raporun olmadığına dair yazılı beyan,

2. Sigortalı askerlikten muaf tutulmuş ise buna ait asker hastanesince düzenlenmiş ayrıntılı muayene bulgularını içeren sağlık raporu (askerlik sakat raporu),

3. Olayın iş kazası olup olmadığını net olarak belirtir tahkikat raporu ve tutanaklar,

4. İş kazasından sonra başvurduğu hastanelerde görmüş olduğu tedavi, ameliyat bilgilerini içerir epikrizleri (çıkış özeti) ve varsa ameliyat notları,

5. Sigortalının tedavileri tamamlandıktan sonra son durumunu gösterir, “çalışır/çalışamaz” tarihini bildiren sağlık kurulu raporu, temin edilememesi halinde üst yazıda geçici iş göremezlik ödeneğinin verildiği sürenin belirtilmesi,

6. Dosya içerisinde mevcut belgelere dair kontrol listesi, kontrol eden yetkilinin isim ve imzası,

bulunmalıdır.

Sürekli iş göremezlik derece tespitinde, sigortalının tedavisi tamamlandıktan sonra çalışır ya da çalışamaz kararı verildiği tarihteki yaşı, müfettiş tahkikat raporunda belirtilen kaza anında yaptığı işe ilişkin meslek grup numarası esas alınmaktadır.

İş kazasına ilişkin meslekte kazanma gücü azalma oranı tespiti Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmelik esaslarına göre yapılır.

MESLEK HASTALIĞI

5510 sayılı Kanunun 14 üncü maddesine göre meslek hastalığı; sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, bedensel veya ruhsal özürlülük halleridir.

MESLEK HASTALIĞININ TESPİTİ

Sigortalının çalıştığı işten dolayı meslek hastalığına tutulduğunun;

Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları tarafından usulüne uygun olarak düzenlenen sağlık kurulu raporu ve dayanağı tıbbi belgelerin incelenmesi,

Kurumca gerekli görüldüğü hallerde, işyerindeki çalışma şartlarını ve buna bağlı tıbbi sonuçlarını ortaya koyan denetim raporları ve gerekli diğer belgelerin incelenmesi, sonucu Kurum sağlık kurulu tarafından tespit edilmesi zorunludur.

Meslek hastalığı, işten ayrıldıktan sonra meydana çıkmış ve sigortalı olarak çalıştığı işten kaynaklanmış ise, sigortalının bu Kanunla sağlanan haklardan yararlanabilmesi için, eski işinden fiilen ayrılmasıyla hastalığın meydana çıkması arasında bu hastalık için Kurum tarafından çıkarılan yönetmelikte belirtilen süreden daha uzun bir zamanın geçmemiş olması şarttır. Bu durumdaki kişiler, gerekli belgelerle Kuruma müracaat edebilirler. Herhangi bir meslek hastalığının klinik ve laboratuvar bulgularıyla belirlendiği ve meslek hastalığına yol açan etkenin işyerindeki inceleme sonunda tespit edildiği hallerde, meslek hastalıkları listesindeki yükümlülük süresi aşılmış olsa bile, söz konusu hastalık Kurumun veya ilgilinin başvurusu üzerine Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kurulunun onayı ile meslek hastalığı sayılabilir

Yükümlülük Süresi:

Sigortalının meslek hastalığına sebep olan işinden fiilen ayrıldığı tarih ile meslek hastalığının meydana çıktığı tarih arasında geçen en uzun süreyi,

Maruziyet Süresi:

Zararlı etkenin başlamasıyla hastalık belirtilerinin ortaya çıkması için gereken en az süreyi,

ifade eder.

Yönetmelikte belirlenmiş hastalıklar dışında herhangi bir hastalığın meslek hastalığı sayılıp sayılmaması hususunda çıkabilecek uyuşmazlıklar, Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kurulunca karara bağlanır.

Meslek Hastalığı Raporlarını Vermeye Yetkili Sağlık Hizmet Sunucuları

Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) ve (b) bentleri kapsamındaki sigortalıların meslek hastalığı sonucu meslekte kazanma gücü kaybı oranları tespitinde esas

alınacak sağlık kurulu raporlarını düzenlemeye, Sağlık Bakanlığı meslek hastalıkları hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastaneleri ve Devlet üniversite hastaneleri yetkilidir.

4 (a) ve 4(b) kapsamındaki sigortalıları için meslek hastalığı tespitinde, Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği esas alınır.

01.10.2008 tarihinden önce meslek hastalığına ilişkin tespit talepleri ilgili meslek hastalıkları hastanelerince, bu tarihten sonraki talepler ise Ankara’da oluşturulan Kurum sağlık kurulunca karara bağlanır.

İlk defa meslek hastalığı şüphesi ile sosyal güvenlik ilk müdürlüklerine/sosyal güvenlik merkezlerine müracaat eden sigortalılar yetkilendirilmiş sağlık hizmet sunucularına sevk edilecektir. Ancak meslek hastalığı tespiti yapılmış ve sonrasında kontrol muayenesi ya da artma sebebi ile Kuruma müracaat eden sigortalılar, öncelikle daha önce meslek hastalığı tespitinin yapıldığı ve arşivinde hasta dosyasının bulunduğu ilgili Sağlık Bakanlığı meslek hastalıkları hastanelerine, mümkün olmadığı durumlarda yukarıda belirtilen sağlık hizmet sunucularına sevk edilecektir.

Arşivler ise; 01.10.2008 tarihinden önce meslek hastalığı işlemlerini yürüten Sağlık Bakanlığı meslek hastalıkları hastaneleri tarafından arşivlerin muhafazasına devam edilecek olup, Kurum sağlık kurullarınca gerek görülmesi halinde bu dosyaların sosyal güvenlik il müdürlüklerine/sosyal güvenlik merkezlerine intikali sağlanacaktır.

Ancak, 01.10.2008 tarihinden sonraki talepler sonucu düzenlenen sağlık kurulu raporları ve dayanağı tıbbi belgeleri içeren meslek dosyaları ise, karar işlemleri tamamlandıktan sonra ilgili sosyal güvenlik il müdürlükleri/sosyal güvenlik merkezleri tarafından oluşturulacak “meslek hastalığı arşivi”nde süre sınırlaması olmaksızın imha edilmeden muhafaza edilecektir.

MESLEK HASTALIĞI DOSYASINDA BULUNMASI GEREKEN BELGELER

1. İlk işe giriş sağlık raporu, bulunmadığı durumlarda bu raporun olmadığına dair yazılı beyan,

2. Sigortalının çalışma süre ve koşullarını belirleyen mesai listesi ya da listeleri,

3. Kurumumuz adına, daha önce meslek hastalığı tespit edilmiş, kontrol muayenesi yada hastalığında artma sebebi ile müracaat eden sigortalıda; daha önce meslek hastalığı tespitinin yapıldığı Sağlık Bakanlığı meslek hastalıkları hastanesine ait hasta arşiv dosyası ile yeni sağlık kurulu raporu aslı ile dayanağı tıbbi belgeler,

4. İlk tespit ise yeni açılmış dosyası ile, yeni sağlık kurulu raporu aslı ve dayanağı tıbbi belgeler,

5. İşyerinde yapılmış olan periyodik muayene raporları ya da onaylı örnekleri,

6. Dosya içerisinde mevcut belgelere dair kontrol listesi, kontrol eden yetkilinin isim ve imzası

bulunmalıdır.

İş kazası ve meslek hastalığına ilişkin ortak hususlar;

İş kazası/meslek hastalığına ilişkin yapılan tedavi sonunda, Kurumun sevk edeceği sağlık hizmet sunucusu sağlık kurulları tarafından verilecek raporlarda belirtilen arızalarına göre, meslekte kazanma gücünün en az % 10 azaldığı Kurum sağlık kurulunca tespit edilen sigortalı, sürekli iş göremezlik gelirine hak kazanır. % 0 (Maluliyeti gerekmez) ile % 100 arasında sürekli iş göremezlik derecesi tespit edilir. Sürekli iş göremezlik derecesinin % 0 olması halinde bile sigortalı hakkında tahsis dosyası oluşturulur.

Sigortalının birden fazla iş kazası geçirmesi/meslek hastalığına tutulması halinde veya iş kazası geçiren sigortalının aynı zamanda meslek hastası olduğunun tespit edilmesi durumunda her olay için ayrı ayrı meslekte kazanma gücü azalma oranı tespit edilir ve bu dereceler birleştirilir.

Sigortalı, iş kazası/meslek hastalığı dolayısıyla tanı ve tedavi süresince hekimin bildirdiği tedbir ve tavsiyelere uymaması yüzünden tedavi süresinin uzamasına, meslekte kazanma gücü kayıp oranının artmasına veya malul kalmasına sebep olmuş ise bu durum, sağlık kurulu raporunda belirtilir.

Sağlık kurulu raporlarında sadece tıbbi teşhis bulunur, hastalığın mesleki olup olmadığına dair tespit ve meslekte kazanma gücü azalma oranı belirtilmez.

Sürekli iş göremezlik geliri almakta iken vefat eden sigortalının ölümünün meslek hastalığına bağlı olup olmadığının tespiti için meslek tahsis dosyası ve gerekli belgeler (ölüm tutanağı, ölüm tarihine yakın tedavi gördüğü ya da takip edildiği hastanelerdeki dosyası, grafi ve diğer tıbbi belgeler vb.) temin edilerek Ankara Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü bünyesindeki Kurum sağlık kuruluna gönderilir.

Sürekli İş Göremezlik Derecesine Yapılan İtirazlar ile İlgili Mahkeme Kararları Hakkında Yapılacak İşlemler;

Kurum sağlık kurullarınca tespit edilen sürekli iş göremezlik derecesine gerek sigortalı, gerekse işverenler tarafından açılan dava sonucu verilen kararlarda, sigortalıların sürekli iş göremezlik derecelerinde artma, azalma, düzeltme veya birleştirme yönünde değişiklikler olabilmektedir. Kurumun taraf olduğu davalar sonucu kesinleşen mahkeme kararı ile tespit edilen sürekli iş göremezlik dereceleri dikkate alınarak, dosyasının bulunduğu birimce gelirleri yeniden hesaplanır. Kesinleşmiş mahkeme kararlarında kontrol muayenesi ve bakıma muhtaçlık yönünde bir hüküm bulunmaması halinde bu durumun tespiti için sigortalının dosyası Ankara Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğüne gönderilir.

Diğer taraftan birden fazla iş kazası veya meslek hastalığının sözkonusu olduğu durumlarda, iş kazası veya meslek hastalığından herhangi birinin kesinleşmiş mahkeme kararı ile değişmesi durumunda, mahkeme kararı uygulanmadan önce birleştirme kararı alınmak üzere sigortalı dosyası Ankara Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğüne gönderilir.

KONTROL MUAYENELERİ

5510 sayılı Kanunun 94 üncü maddesine göre;

Kurum yürütülen soruşturma kapsamıyla sınırlı olmak üzere;

a) Sağlık hizmeti alan genel sağlık sigortalısından veya bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerden, sağlık hizmetinin gerçekten alınıp alınmadığını,

b) Sigortalının, isteğe bağlı sigortalının veya bunların hak sahiplerinin malullük, iş göremezlik raporlarında belirtilen rahatsızlıklarının mevcut olup olmadığını,

tespit amacıyla kontrol muayenesi ve tetkik yaptırılmasını talep edebilir.

Malullük, vazife malullüğü aylığı veya sürekli iş göremezlik geliri bağlanmış sigortalılar, malullük durumlarında artma veya başka birinin sürekli bakımına muhtaç olduğunu ileri sürerek aylık ve gelirlerinde değişiklik yapılmasını isteyebilecekleri gibi Kurumda harp malullüğü, vazife malullüğü, malullük aylığı veya sürekli iş göremezlik geliri bağlanmış sigortalılar ile aylık veya gelir bağlanan ve çalışma gücünün en az % 60' ını yitiren malul çocukların kontrol muayenesine tabi tutulmasını talep edebilir.

Kontrol muayenesine ilişkin değerlendirmeler ilk kararın verildiği mevzuat hükümlerine göre yapılır.

Yukarıda anlatılan hususlar ile ilgili;

Uygulamada bulunan genelgelerin, yürürlükte bulunan güncel mevzuata göre yeniden gözden geçirilmesi, güncelleştirilmesi ve konu bazında tekleştirilmesi çerçevesinde Başkanlığımız görev alanına giren iş ve işlemlerin merkez ve taşra teşkilatında yürütülmesine ilişkin usul ve esaslar ile süreçler yeniden belirlenerek, çalışma gücü ve meslekte kazanma gücü kaybı tespit işlemleri konulu 2011/49 sayılı Genelge 10.06.2011 tarihinde yayımlanmıştır.

SOSYAL SİGORTA YÜKSEK SAĞLIK KURULU

5510 sayılı Kanunda yazılı olan görevleri yerine getirmek üzere branşları Kurum tarafından belirlenecek uzman hekimlerden oluşan Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kurulu kurulur. Kurul; Millî Savunma Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Yüksek Öğretim Kurulu, en fazla üyeye sahip işveren, işçi ve kamu çalışanlarını temsil eden konfederasyonlar, Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği, Türkiye Esnaf ve Sanatkarları Konfederasyonu, Türk Tabipleri Birliği, Türkiye Ziraat Odaları Birliği ile Kurum tarafından görevlendirilecek birer uzman hekim olmak üzere toplam 12 üyeden oluşur. Aynı usûlle birden fazla Kurul oluşturmaya Bakanlık yetkilidir.

Kurula, kendi aralarından seçecekleri üye başkanlık eder. Başkan, yokluğunda yerine bakacak üyeyi belirler. Kurul, haftada en az bir kez ve en az yedi üye ile toplanır, kararlar salt çoğunlukla alınır. Oylarda eşitlik olması halinde başkanın bulunduğu taraf çoğunluk sayılır. Kurulda görevlendirilecek olan hekimlerin hizmet süreleri 3 yıl olup, 3 yıl sonunda yeniden görevlendirilebilirler. Bir takvim yılı içerisinde mazeretsiz olarak birbirini izleyen 5 veya

toplam 10 toplantıya katılmayan üyelerin üyelikleri kendiliğinden sona erer. Bu şekilde üyeliği sona eren üyenin yerine bir başka kişi, aynı usulle görevlendirilir.

Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kuruluna iştirak edenlere; katıldıkları her toplantı günü için ve ayda 8 toplantıyı geçmemek üzere huzur hakkı ödenir. Kurulun çalışmaları ile ilgili her türlü giderler Kurumca ödenir. Kurul gerek gördüğü hallerde dışarıdan uzman kişilerin görüşüne başvurabilir. Bu kişilere de aynı miktar ve şartlarda huzur hakkı ödenir.

Kurul, sigortalılar hakkında vazife malûllük derecesi, iş kazası ve meslek hastalığı sonucu sürekli iş göremezlik derecesi tespiti ile çalışma gücünün maluliyeti gerektirecek derecede kaybına ilişkin Kurumca verilen kararlardan itiraza konu olanları inceleyerek karara bağlar. İtiraza konu olan dosyalarda, Kurum sağlık kurulunca verilen tüm kararlar ve kararlara esas sağlık kurulu raporları ile dayanağı belgeler mutlaka bulunacak olup, bahsekonu belgelere yeni bir sağlık kurulu raporu eklenmeyecektir.

Kurul, sigortalı veya hak sahiplerinin talebi üzerine görevlendirdiği uzman bir hekimi dinlemek zorundadır. Sigortalının böyle bir talebi olması durumunda, Kurul tarafından hekimin dinlenme tarihi bildirilir. Ancak buna ilişkin tüm masraflar sigortalı tarafından karşılanır.

Kurul, bu Kanunda yazılı görevlerle sınırlı olmak kaydıyla, mahkemelerden intikal eden ve bilirkişi sıfatıyla rapor düzenlenmesi talep edilen dava dosyaları hakkında, gerekli incelemeleri yaparak görüş bildirir. Mahkemeler, bahsekonu dosyalar için belirlediği bilirkişi ücretini kurul üyelerine iletilmek üzere Kuruma gönderir.

Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kurulunun hizmetlerini ifa etmesi için gerekli sekreteryaya işlemleri Kurumca yerine getirilir. Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kurulunun görev, yetki, çalışma usûl ve esasları ile bu maddenin uygulanmasına ilişkin diğer usûl ve esaslar, Kurum tarafından çıkarılan yönetmelikle düzenlenmiştir.

YOL VE GÜNDELİK GİDERLERİ

Yol, Gündelik ve Refakatçi Sevklerinde Aranan Şartlar:

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin müracaat ettikleri sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusunda yapılan hekim veya diş hekiminin muayenesi veya tedavisi sonrasında, gerekli teşhis veya tedavi cihazlarının veya ilgili branş uzmanının bulunmaması gibi tıbbi ve zorunlu nedenlerle yerleşim yeri dışındaki sağlık hizmeti sunucusuna sevk yapılması durumunda:

- Sevkin, Kurumca belirlenen istisnalar hariç olmak üzere, sözleşmeli ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusunca yapılmış olması,
- Sevkin yapıldığı gün dahil 3 (üç) işgünü içinde sevk edilen sağlık hizmeti sunucuna müracaat edilmiş olunması gerekmektedir.

- Sevkin, SUT eki “Hasta sevk formu” (EK-4/A) ile veya bu formda istenilen bilgilerin yer aldığı belge tanzim edilerek yapılmış olması gerekmekte olup; sevk belgesinde hekim imza ve kaşesinin dışında ayrıca başhekim onayı aranmayacaktır. EK-4/A formunun elektronik ortamda alınmaya başlanması durumunda ayrıca basılı olarak istenilip istenilmeyeceği, onay süreci ve diğer gönderilme usulleri Kurumca belirlenecektir.
- Bir kişiyle sınırlı olmak üzere refakatçi öngörülmüşse sevki düzenleyen sağlık hizmeti sunucusunca refakatin tıbben gerekli olduğunun (18 yaşını doldurmamış çocuklar için aranmaz), sevk ile müracaat edilen sağlık hizmeti sunucusunca refakatçi eşliğinde gelindiğinin ve/veya kalındığının sevk belgesinde belirtilmiş olması gerekmektedir,

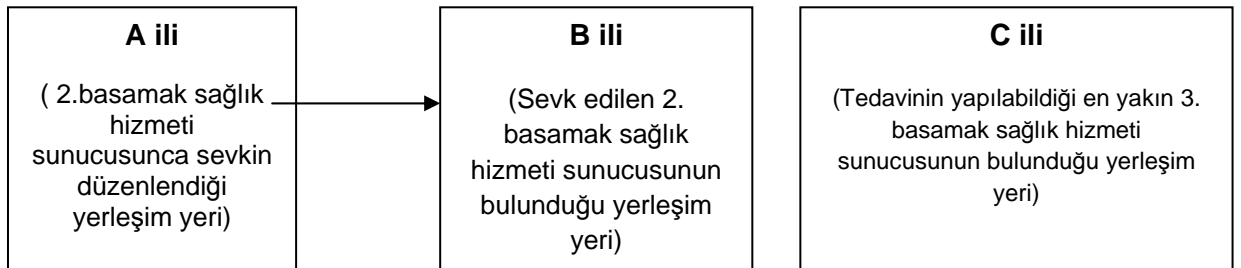
Sevk yapılmaksızın yerleşim yeri dışındaki bir sağlık hizmeti sunucusundan sağlık hizmeti alınması hâlinde yol gideri ve gündelik ödenmemektedir.

Yol Giderlerinde Esas Alınan Mesafeler

Sevkinin teşhis ve tedavinin sağlanabildiği en yakın sağlık hizmeti sunucusuna yapılması esastır. Buna göre,

- Müracaat edilen sağlık hizmeti sunucusunca; tedavinin yapılabildiği en yakın üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusunun bulunduğu yerleşim yeri mesafesini aşmamak kaydıyla yapılan sevkler için yol gideri, sevk edilen yerleşim yeri esas alınarak ödenir.

Örnek:

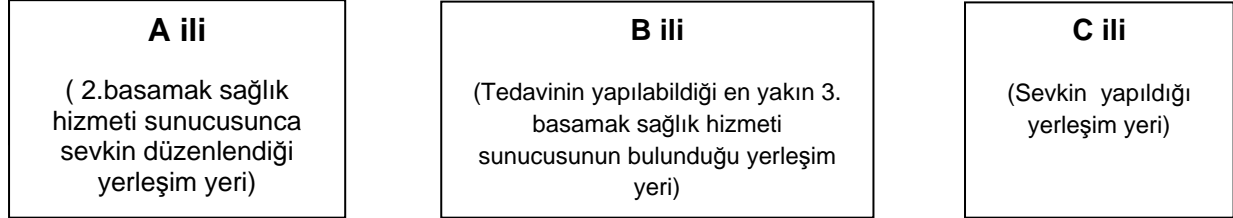


Hasta A ilinden B iline sevk edilirse; tedavinin yapılabildiği en yakın 3 üncü basamak sağlık hizmeti sunucusunun bulunduğu C ili yerleşim yeri mesafesini geçmediğinden ödeme yapılır.

- Kişinin, en yakın üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusunun bulunduğu mesafeden daha uzak bir yerleşim yerindeki sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilmesi halinde yol gideri, tedavinin yapılabildiği en yakın üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusunun bulunduğu yerleşim yeri mesafesi üzerinden ödenir.

Kişinin, tedavinin yapılabilirdiği üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusundan daha uzak bir yerleşim yerindeki sağlık hizmeti sunucusuna gitmesi hâlinde, oluşacak yol gideri farkı kendisince karşılanır.

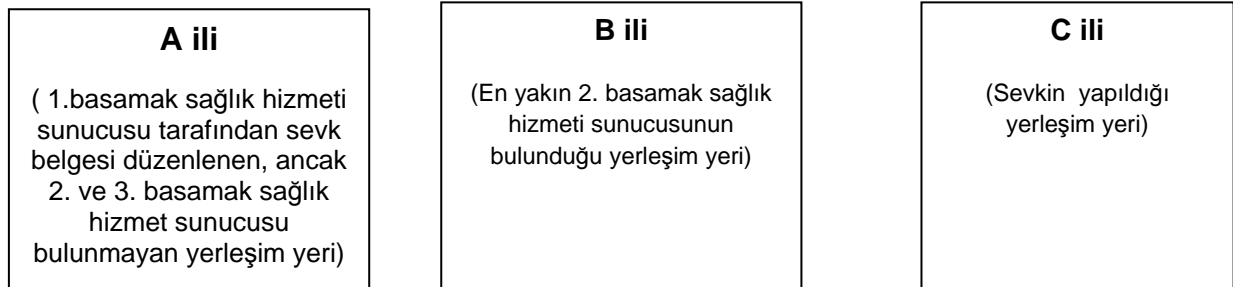
Örnek:



Hasta tedavinin yapılabilirdiği en yakın 3 üncü basamak sağlık hizmeti sunucusunun olduğu B ilinden daha uzak olan C iline sevk edilirse; A ili ile B ili arasındaki mesafe üzerinden ödeme yapılır. B ve C ili arasındaki yol gideri farkı hastanın kendisi tarafından karşılanır.

- İkinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusu bulunmayan ilçelerde, birinci basamak resmi sağlık kuruluşu tarafından yapılan sevklerle ilişkin yol gideri, en yakın ikinci basamak sağlık hizmeti sunucusunun bulunduğu yerleşim yeri esas alınarak karşılanır.

Örnek:



Hasta A ilinden C iline sevk edilirse; A ili ile B ili arasındaki yol gideri Kurumumuzca karşılanır. B ve C ili arasındaki yol giderinin ödenebilmesi için ise B ilinde bulunan sağlık hizmeti sunucusunca mevzuata uygun olarak C iline sevk yapılması gerekmektedir.

- Yerleşim yeri dışındaki sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilen ve sevk edildiği sağlık hizmeti sunucusunca belirli aralıklarla kontrolü uygun görülen; organ, doku ve kök hücre nakli uygulanan hastaların veya kanser tedavisi gören hastaların kontrol amaçlı sevkleri, kontrole çağrıldığını gösteren belgeye istinaden birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları dâhil tüm sağlık hizmeti sunucularınca yapılabilecektir. Ancak mutad taşıt dışı vasıta ile yapılacak sevkler SUT'un 5.2.1.A numaralı maddesi doğrultusunda ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca yapılacaktır.

Yol Giderinin Sevk Edilen Yer Üzerinden Ödendiği Durumlar

Sağlık hizmeti sunucuları tarafından yerleşim yeri dışına yapılan;

- Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca yapılan sevkler,
- Organ, doku ve kök hücre nakli tedavisi ve/veya kontrolü için yapılan sevkler,
- Kanser tedavisi ve/veya kontrolü için yapılan sevkler,
- Uzun replantasyonu amacı ile yapılan sevkler,
- SUT'un 3.1.3 numaralı maddesinde tanımlanan acil hal nedeniyle yapılan sevkler,
- Meslek hastalığı nedeniyle meslek hastalıkları hastanesine yapılan sevkler,

sebepleri ile sevk edilen kişilerin sevklerinde tedavinin yapılabildiği en yakın üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusunun bulunduğu yerleşim yeri mesafesi aranmaksızın sevk edildikleri yer üzerinden yol gideri karşılanmaktadır.

Ayrıca; **Kurumca** yerleşim yeri dışına, sürekli iş göremezlik veya malûllük durumlarının tespiti, kontrolü amacı ile yapılacak sevklerde de yol, gündelik ve refakatçi giderleri sevk edilen yer esas alınarak karşılanır.

Örnek:

A ili	B ili	C ili
(3. basamak sağlık hizmeti sunucusu tarafından sevk belgesi düzenlenen yerleşim yeri)	(3. basamak sağlık hizmeti sunucusunun olduğu ve tedavinin yapılabildiği yerleşim yeri)	(Sevkin yapıldığı yerleşim yeri)

Hasta A ilinden C iline sevk edilirse; A ilindeki 3 üncü basamak sağlık hizmeti sunucusu tarafından sevk edildiğinden yol giderinin tamamı Kurumumuzca karşılanır.

Mutat Taşıtla Sevklerde Ödeme İşlemleri

Mutat Taşıt : İki mahâl arasında gidip gelmeye en uygun, kullanılması mutata ve ekonomik olan taşıtlar (otobüs, dolmuş vs.).

- Kişilerin özel araçları ile sağlık hizmeti sunucusuna gidiş ve dönüşlerinde mutata taşıt ücreti ödenir.
- Sevk formunda sevk vasıtası belirtilmediği sürece mutata taşıt (otobüs vs.) ücreti ödenir.
- Mutata taşıt gideri ödemelerinde fatura/ bilet ibrazı zorunlu değildir.
- Kişilerin kendilerine bir vasıta tahsis edilmesi suretiyle başka bir yere gönderilmiş iseler, eşlik eden refakatçiye ayrıca yol gideri ödenmez.

Mutat Taşıt Yol Giderlerinde Uygulanan Ücretler

Ulaştırma Bakanlığı tarafından Resmî Gazetede yayımlanan Karayolları Şehirlerarası Yolcu Taşımacılığı Alanında Uygulanacak Taban Ücret Tarifesi Hakkında Tebliğ’de yer alan Karayoluyla Şehirlerarası Yolcu Taşımacılığında Uygulanacak Taban Ücret Tarifesinde yer alan ücret uygulanmaktadır.

- 101-115 km arası mesafe için fatura/bilet tutarını aşmamak üzere taban ücret tarifesi üzerinden,
- 0-100 km arası mesafe için fatura/bilet tutarını aşmamak üzere taban ücret tarifesinde 101-115 km için belirtilen tutarın
 - 0-25 km arası mesafeler için **0,4**
 - 26-50 km arası mesafeler için **0,5**
 - 51-75 km arası mesafeler için **0,7**
 - 76-100 km arası mesafeler için **0,8**

katsayıları ile çarpımı sonucu bulunacak miktarlar üzerinden ödenir.

Mutat Taşıt Dışı Sevklerde Yol ve Gündelik İşlemleri

Mutat taşıt dışı araçlar; ticari taksi, tarifeli uçak, hava, kara ve deniz ambulansları gibi araçlardır.

Genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişilerin tedavileri için, yerleşim yeri dışındaki sağlık hizmeti sunucusuna mutata taşıt dışındaki taşıtla nakline ilişkin bedellerin ödenebilmesi için:

- Sevkin sağlık kurulu raporu ile yapılmış olması (hastalığın ne olduğunun, mutata taşıt aracı ile seyahat edememe gerekçelerinin belirtilmiş olması gerekir.) halinde EK-4/A formunda istenen bilgilerin yer alması,
- Raporda taşıt tipinin (taksii, uçak, ambulans vb.) belirtilmiş olması gerekmektedir.
- Dönüş için mutata taşıtla naklin öngörölmesi durumunda da yol gideri ödemesinde, sağlık kurulu raporu tedavinin yapıldığı sağlık kurumunca düzenlenmesi gerekmektedir.
- Belli bir program çerçevesinde tedavi gören (kemoterapi, radyoterapi, diyaliz vb.) genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin mutata taşıt dışı araç ile nakillerine ilişkin gidiş- dönüş yol giderinin ödenmesinde, her seferinde sağlık kurulu raporu aranmaz. Ödeme işlemleri ilk sağlık kurulu raporuna istinaden yürütölür. Bu tedaviler için düzenlenen mutata taşıt dışı araç ile nakile ilişkin sağlık kurulu raporları 3 (üç) ay süre ile geçerlidir.
- Acil hal nedeniyle sağlık kurulu raporu düzenlenmeksizin sevk edilen kişinin kara ambulansı ve hasta nakil aracı da dahil olmak üzere mutata taşıt dışı araç ile nakline ilişkin yol gideri, acil hal nedeniyle naklin gerektiğinin tıbbi gerekçeleriyle birlikte ilgili hekim tarafından imzalanmış belge ile belgelenmesi ve Kurumca kabul edilmesi halinde karşılanır.
- Mutata taşıt dışı araçla yapılan sevklerde mutlaka bilet/fatura ibrazı zorunludur. Bilet/fatura ibraz edilememesi halinde mutata taşıt bedeli üzerinden ödeme yapılır.

Mutat Taşıt Dışı Araçla Yapılan Sevklerde Ödenen Araç Türleri

Ticari Taksi: Kurumca ticari taksi için ödenecek ücret, ilgili yerleşim yerleri arası için geçerli mutata taşıt ücreti bedelinin 5 (beş) katını geçemez.

Tarifeli Uçak: İbraz edilen bilet/fatura tutarı üzerinden ödenir, fatura/bilet ibraz edilememesi halinde mutata taşıt bedeli üzerinden ödeme yapılır.

Ambulans: (Kara, hava, deniz ambulansı)

Kara Ambulansı: Kara ambulansı ve hasta nakil aracı ücreti, 07/12/2006 tarih, 26369 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları İle Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği”nin 28 inci maddesi gereği belirlenen fiyatlar esas alınarak ödenir. Ancak özel kara ambulans firmalarının Sağlık Bakanlığı onayı ile yürürlüğe giren Ambulans Ücret Tarifesi’nden daha düşük bedelle hasta nakil beyanlarının olması durumunda, kamu ve Kurum yararı doğrultusunda belirlenen ücret tarifesi’nden daha düşük fatura edilmesi halinde fatura bedeli üzerinden ödeme yapılacaktır. Bilet/fatura ibrazı zorunludur, ibraz edilememesi halinde mutata taşıt bedeli üzerinden ödeme yapılır.

Hava Ambulansı: Özel hava ambulansları ile nakil yapılması ve fatura ibrazı zorunludur, Sağlık Bakanlığı tarafından Bakanlığa ait hava ambulansı ile yapılan nakiller bu kapsama dahil değildir. Hava ambulans ücretleri sadece uzuv replantasyonu gerektiren acil sağlık hizmeti ile SUT’un 4.5.2 numaralı maddesi kapsamında sağlanan sağlık hizmetleri için ödenir. Organın/dokunun naklin yapılacağı sağlık kurumuna, hava ambulansı dışındaki özel hava taşıtı ile getirilmesi halinde gidiş-dönüş yol giderleri hava ambulansı için belirlenen tutarlar esas alınarak ödenir. Hava ambulansı ve hava ambulansı dışındaki özel hava taşıtı bedelinin ödenebilmesi için fatura ekinde taşıtın ambulans görevi maksadıyla ilk kule temasının “ambulans görevi” ifadesi ile kurulmuş olması, hava aracının uçucu ve teknik kayıtlarının (motor çalıştırma-motor susturma arasındaki geçen zaman dilimi) ibraz edilmesi gerekmektedir.

Deniz Ambulansı: Bilet/fatura ibrazı zorunludur, ibraz edilememesi halinde mutata taşıt bedeli üzerinden ödeme yapılır.

Ruhsatlandırılmış Hava ve Deniz Ambulans Ücretleri

(Tıbbi müdahale bakım ücretleri dahil)

Uçak ambulans ücretleri;

- ✓ Turbo prob motorlu ambulans uçağı için gidiş dönüş hesap edilmek suretiyle uçuş saati başına 2.000,00 (ikibin) TL + KDV,
- ✓ Jet motorlu ambulans uçağı için gidiş dönüş hesap edilmek suretiyle uçuş saati başına 3.500,00 (üçbinbeşyüz) TL + KDV, yurt dışı uçuşlar için 4.000,00 (dörtbin) TL,

Helikopter ambulans ücretleri;

- ✓ Tek motorlu ambulans helikopter için gidiş dönüş hesap edilmek suretiyle uçuş saati başına 1.500,00 (binbeşyüz) TL + KDV,

- ✓ Çift motorlu ambulans helikopter için gidiş dönüş hesap edilmek suretiyle uçuş saati başına 2.750,00 (ikibinyediyüzelli) TL + KDV,

Deniz ambulans ücretleri;

- ✓ Deniz ambulansı için gidiş dönüş hesap edilmek suretiyle seyir saati başına 1.500,00 (binbeşyüz) TL + KDV.

Gündelik Giderleri Ödeme Esasları

Kişilerin, belediye/ büyükşehir belediye mücavir alanı dışındaki sağlık hizmeti sunucusuna sevklerinde ödenen gündelikler Kurum Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenen tutarlar üzerinden ödenmektedir.

- Sevk edildikleri sağlık hizmeti sunucusuna müracaat tarihi itibarıyla ayakta tedavi gördüğü günler için gündelik ödenir. Ancak ayaktan tedavi sonrasında istirahat raporu verilmiş ise müracaat tarihi ile tedavinin sona erdiği tarihler arasında istirahatli olunan süreler için gündelik ödenmez.
- Müracaat sonrası sağlık hizmeti sunucusunda yatarak tedavi edilmesi gerekli görülmesine rağmen, yatak bulunmaması nedeniyle sağlık hizmeti sunucusuna yatırılmaksızın geçen günler için bu durumun sağlık hizmeti sunucuna belgelenmesi şartıyla beş günü geçmemek üzere gündelik ödenir.
- Yatarak tedavilerde hasta ve refakatçisine yalnızca gidiş ve dönüş tarihi için gündelik ödenecek olup, yatarak tedavi gördüğü diğer günlerde ayrıca gündelik ödenmez. Hasta ve refakatçisinin yemek ve yatak giderleri SUT'un 5.1.(1) maddesi doğrultusunda Kurumca ayrıca karşılanacaktır.
- Gündelikler; il dâhilindeki sevklerde (ilçe-merkez arası) 100, iller arası sevklerde ise 200 gösterge rakamının devlet memurları aylıklarına uygulanan katsayı ile çarpımı sonucu bulunacak tutar üzerinden ödenir.
- Sevk edilen sağlık hizmeti sunucusuna müracaat tarihi ile tedavinin sona erdiği tarihin aynı gün olması halinde gündelik ödenmez.

Belli Bir Program Çerçevesinde Tedavi Gören (Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz vb.)

Kişilere Ait Yol Giderleri Ve Gündelikler

- Belli bir program çerçevesinde tedavi gören (kemoterapi, radyoterapi, diyaliz vb) genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin ilk sevk belgesine istinaden tedavilerinin devamı niteliğindeki diğer müracaatları nedeniyle oluşan yol gideri, gündelik ve refakatçi giderlerinin ödenmesinde, her gidişleri için sevk belgesi aranmaz.
- Ödeme işlemleri ilk sevk belgesine istinaden, diğer müracaatlara ilişkin tedavi gördüğü tarihleri belirtir müracaat edilen sağlık hizmeti sunucusuna düzenlenecek belge doğrultusunda yürütülür.

- Yerleşim yerinde ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusu bulunmaması halinde birinci basamak sağlık kuruluşunca düzenlenen sevk belgesi kabul edilecek olup sözleşmeli herhangi bir sağlık hizmeti sunucusu bulunmaması halinde ise yerleşim yerinin belirlenmesi halinde tedavi için düzenlenen geçerli sağlık raporu, sevk belgesi olarak geçerli kabul edilir.
- Sağlık Uygulama Tebliğinin “4.1.2 Yatarak Tedaviler” başlıklı kısmının “4.1.2.B-Günübirlik Tedavi” alt başlıklı bölümünde; kemoterapi, radyoterapi (radyoterapi tedavi planlaması hariç) ve diyaliz tedavilerinin günübirlik tedavi olarak belirtilmiş olması nedeniyle kişilere bu tedavileri gördüğü günler için gündelik ödenmez.

Organ Nakli Tedavilerine Ait Yol Giderleri ve Gündelikler

- Organ nakli tedavilerinde hastanın organın bulunduğu yere veya organın organ nakli yapılacak merkezin bulunduğu yere getirilmesine ilişkin gidiş-dönüş nakliye/transfer masrafları, Ulusal Koordinasyon Merkezi veya Bölge Koordinasyon Merkezi tarafından tutanak altına alınarak belirlenen ulaşım aracı esas alınmak kaydıyla karşılanır.
- Ulusal Koordinasyon Merkezi veya Bölge Koordinasyon Merkezi tarafından tutanak altına alınarak belirlenen ulaşım aracı için, SUT’un 5.2.1 numaralı maddesi doğrultusunda tespit edilen bedel, fatura/ bilet tutarını aşmamak üzere ödenir.
- Organ naklinin gerçekleştirilememiş olması ilgili giderlerinin ödenmesine engel teşkil etmez.
- Kemik iliği/ kordon kanı nakline ilişkin yol giderleri, SUT’un 4.5.2.B-1 numaralı maddesi doğrultusunda karşılanır.

Kaplıca Tedavilerine Ait Yol Giderleri ve Gündelikler

- Kaplıca tedavileri için, resmi sağlık kurumlarınca en az bir fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulları tarafından sağlık kurulu raporu düzenlenecektir. Sağlık raporunda tanı, önerilen tedavi, seans ve gün sayısı bilgilerinin yer alması zorunludur.
- Kaplıca tedavisine gerek görülenler, Sağlık Bakanlığınca işletme izni verilen kaplıca tesislerine müracaat edebilirler. Sağlık Bakanlığınca işletme izni verilmeyen kaplıcalarda tedavi görenlerin, kaplıca tedavilerine ait bedeller ile yol, gündelik ve refakatçi giderleri Kurumca karşılanmaz.
- Yol, gündelik ve refakatçi giderleri tedavi için düzenlenmesi gereken sağlık kurulu raporuna dayanılarak karşılanır. Sağlık kurulu raporunun düzenlendiği tarihten itibaren 6 (altı) ay içerisinde tedaviye başlanamaması halinde yeniden sağlık kurulu raporu düzenlenmesi gerekmektedir.
- Sağlık kurulu raporunun düzenlendiği gün dahil 3 (üç) işgünü içinde kaplıca tesisine müracaat edilmesi gerekmektedir. Sağlık kurulu raporunun düzenlendiği gün dahil 3 (üç) işgünü içinde kaplıca tesisine müracaat edilmemesi halinde yol gideri ve gündeliklerin ödenebilmesi için yeniden sağlık kurulu raporu düzenlenmesine gerek bulunmayıp, bu

raporun geçerli olduğu 6 (altı) aylık süre içerisinde sağlık hizmet sunucusu tarafından SUT eki EK-4/A formu (sevk belgesi) düzenlenerek sevk edilmesi gerekecektir.

- Ödeme işlemleri, tedavinin sağlanabildiği en yakın kaplıca tesisinin bulunduğu yerleşim yeri esas alınarak yürütülecektir.
- Raporda/ sevk formunda refakatin tıbben gerekli olduğunun belirtilmesi (18 yaşını doldurmamış çocuklar için aranmaz) ve tedavinin yapıldığı tesis tarafından refakatçi kalındığının belgelenmesi halinde refakatçinin yol giderleri ve gündelikleri Kurumca karşılanır.
- Yol giderleri mutata taşıt bedeli üzerinden ödenir.
- Sağlık Bakanlığınca işletme izni verilen kaplıca tesisleri ile sözleşme yapılmıyaya kadar kaplıca tedavilerine ait giderler, hasta tarafından karşılanacak olup tedaviye ilişkin fatura ve sağlık raporuna dayanılarak her bir gün için bir adet olmak üzere, SUT eki EK-8 Listesinde 702.020 kodu ile yer alan “banyo-kaplıca” bedeli hastaya ödenir. SUT’ta yer alan diğer işlemler faturalandırılrsa dahi bedelleri ödenmez.

Cenaze Nakil İşlemleri

- Yerleşim yeri dışındaki sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilen, ancak yapılan tedavilere rağmen vefat eden Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilerin cenaze nakline ilişkin giderler, sevk düzenlendiği sağlık hizmeti sunucusunun bulunduğu yerleşim yeri mesafesini aşmamak üzere nakledilen yerleşim yeri esas alınarak ilgili belediye tarafından onaylanan ücret üzerinden fatura tutarını aşmamak kaydıyla Kurumca karşılanır.
- Sevk edilmeksizin müracaat edilen sağlık hizmeti sunucusunda vefat eden kişilerin cenaze nakline ilişkin giderler Kurumca karşılanmaz.
- Sağlık Uygulama Tebliğinin 1.2(1)c bendinde tanımlanan sigortalıların cenaze nakline ilişkin giderler ilgili kamu idaresince karşılanacağından Kurumca ayrıca ödeme yapılmayacaktır.

Yol Gideri ve Gündelik Ödenmeyen Haller

- Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler ile refakatçilere mücavir alan içindeki nakiller için yol ve gündelik gideri ödenmez.
- Sevk yapılmaksızın belediye/ büyük şehir belediye mücavir alanı dışındaki bir sağlık hizmeti sunucusundan sağlık hizmeti alınması hâlinde yol gideri ve gündelik ödenmez.
- Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucusu tarafından yapılan sevklerdeki yol gideri, gündelik ve refakatçi giderleri ödenmez. Ödenebilmesi için sevk, acil hal nedeniyle yapıldığının Kurumca kabul edilmesi gereklidir.
- Sevkin yukarıda yer alan usul ve esaslara uygun yapılmamış olması halinde de ödeme yapılmaz.

Yol, Gündelik ve Refakatçi Ödemelerine İlişkin Diğer Hususlar

Sevk edilen sağlık hizmet sunucularına ayaktan müracaatlarda, ilgili branş uzman hekiminin bulunmaması nedeniyle sağlık hizmeti verilemediğinin ilgili sağlık hizmeti sunucusu başhekimliğince onaylanarak belgelenmesi halinde gidiş-dönüş için yol gideri Kurumca karşılanır.

Sürekli iş göremezlik, malûllük, çalışma gücü kaybı hâllerinin tespiti veya bu amaçla yapılan kontroller ile sağlık hizmeti sunucusuna yapılan sevkler nedeniyle ödenecek gündelik ve yol giderleri, refakatçi giderleri, kısa ve uzun vadeli sigorta kolları prim gelirlerinden karşılandığından Kurum ödeme birimlerinde bu durumun dikkate alınması gerekmektedir.

Nereye, Nasıl Başvurulur

5510 Sayılı Kanun kapsamında sağlık yardımları Kurumumuzca karşılanan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin yol, gündelik ve refakatçi giderlerine ait işlemler; posta yoluyla veya elden teslim edilmek suretiyle müracaat edilen İl Müdürlükleri/Sosyal Güvenlik Merkez Müdürlükleri tarafından yapılan incelemenin ardından evrak geliş sırasına göre sonuçlandırılmaktadır.

Ödeme Yapılabilmesi İçin Gerekli Belgeler

Yol, gündelik ve refakatçi giderleri konusunda ilgililerden istenecek belgelere aşağıda yer verilmiştir.

- ✓ **Dilekçe,**
- ✓ **Sevk belgesi aslı** (Ek-4/A formu yada bu formda yer alan bilgileri ihtiva eden diğer belgeler),
- ✓ **Fatura/bilet aslı** (Mutat taşıt dışı nakle ilişkin sevkler için bilet/fatura ibrazı zorunludur),
- ✓ **Mutat taşıt dışı araç ile nakle ilişkin sağlık kurulu raporunun aslı,**
- ✓ **Tedavi olunan günleri belirtir belge aslı** (Belli bir program çerçevesinde (kemoterapi, radyoterapi, diyaliz vb.) tedavi gören kişilerden istenecektir. Tedavi gördüğü sağlık hizmeti sunucusunca ayrı bir belge düzenlenmemiş ise, Ek-4/A formunda tedavi görülen günlerin belirtilmiş olması yeterli kabul edilir.),
- ✓ **Kontrol çağrı belgesi aslı/fotokopisi** (Bu belge organ, doku ve kök hücre nakli uygulanan hastalar ile kanser tedavisi gören hastaların birinci basamak sağlık hizmet sunucusunca sevk edilmeleri durumunda istenecektir. Tedavi gördüğü ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusu tarafından ise, Ek-4/A formunda kontrol tarihinin belirtilmiş olması yeterli kabul edilir.),
- ✓ **Tedavi raporu aslı/fotokopisi** (Belli bir program çerçevesinde tedavi gören kemoterapi, radyoterapi, diyaliz hastalarının yerleşim yerinde ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusunun bulunmaması nedeniyle, birinci basamak sağlık

hizmeti sunucusu tarafından sevk edilmesi durumunda veya bu hastalar için yerleşim yerinde herhangi bir sağlık hizmeti sunucusu bulunmaması halinde tedavi raporu sevk belgesi olarak kabul edilir.).

YURT DIŞINDA TEDAVİ HİZMETLERİ

Sosyal Güvenlik Kurumunca yurt dışındaki tedavi işlemleri,

- 5510 sayılı Kanunun 66 ncı maddesi,
- 28.08.2008 tarih ve 26981 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliğinin 8 inci bölümü (44, 45 ,46, 47 nci maddeleri),
- 25.03.2010 tarih ve 27532 mükerrer sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinin 4.4 üncü maddesi,
- 2011/46 Numaralı genelgede,

yer alan hükümler doğrultusunda yürütülmektedir.

Yurt Dışında Sağlanacak Tedavi İşlemleri

yurt dışında sağlanacak tedavi işlemleri,

- A) Türkiye’de tedavinin mümkün olmaması nedeniyle yurt dışında sağlanacak sağlık hizmetleri,
- B) yurt dışında geçici veya sürekli görevle gönderilme halinde sağlanacak sağlık hizmetleri,
- C) Geçici ya da sürekli görevle gönderilme dışında yurt dışında bulunma halinde sağlanacak sağlık hizmetleri,

olmak üzere üç bölümde incelenecektir.

A) TÜRKİYE’DE TEDAVİNİN MÜMKÜN OLMAMASI NEDENİYLE YURT DIŞINDA SAĞLANACAK SAĞLIK HİZMETLERİ

1.Sağlık Kurulu Raporunun Temini

Doku ve organ nakli için,

- Kurum internet sitesinde yayımlanan “**Yurt Dışında Doku ve Organ Nakli Amacıyla Sağlık Kurulu Raporu Vermeye Yetkili Resmi Sağlık Kurumları Listesi**”nde” yer alan hastanelerin sağlık kurullarınca,
- Diğer tedaviler için ise üniversite hastaneleri veya eğitim ve araştırma hastanelerinin sağlık kurullarınca,
- SUT eki “**Yurt Dışına Tedaviye Gönderileceklere İlişkin Sağlık Kurulu Raporu**” (EK-1/B) formatına uygun olarak düzenlenir ve raporda altı ayı geçmemek kaydı ile tedavi süresi belirtilir.

Sağlık Kurulu en az biri ilgili dal uzman hekimi olmak kaydıyla; üniversite hastanelerinde 5 öğretim üyesi, eğitim ve araştırma hastanelerinde 5 klinik şefi veya şef yardımcısı katılımıyla oluşturulur.

2.Sağlık Kurulu Raporunun Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesince Teyit Edilmesi ve Sağlık Bakanlığınca Onaylanması

Sigortalı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler için SUT eki EK-1/B formatına uygun olarak düzenlenen sağlık kurulu raporu, Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesince teyit edildikten sonra Sağlık Bakanlığına onaya gönderilmektedir.

3.Hastanın Tedaviye Müstahak Olup Olmadığının Tespiti

Yurt dışında tedavi için rapor ve onay işlemleri tamamlanan hastanın 5510 sayılı Kanunun 67 nci maddesinde belirtilen hükümler dikkate alınarak tedaviye müstahak olup olmadığı tespit edilerek, müstahaklık tespitinden sonra Kurumca yurt dışına gönderilme işlemleri başlatılmaktadır.

4.Genel Müdürlük Makamından Olur Alınması

Sağlık kurulu raporunun Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesine teyit edilmesini ve Sağlık Bakanlığınca da onaylanmasını müteakip hak sahipliğinde herhangi bir sorun olmayan hastalara Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlük Makamından tedavi işlemi ile ilgili “olur” alınmaktadır.

5.Dışişleri Bakanlığına Bilgi Verilmesi

- Genel Müdürlük tarafından Dışişleri Bakanlığına; tedavinin yapılacağı ülkedeki konsolosluk, ataşelik veya misyon şefliğiyle irtibata geçilmesi ve hasta adına randevu alınması,
- Bu tedavinin maliyetinin ne kadar olacağı,
- Tedavi öncesi sağlık tesisinin tedavi avansı isteyip istenmediği,
- Hastanın tedaviye en geç ne zaman başlaması gerektiği,
- Bu sürede tedaviye başlanılmaması durumunda ödeme yapılmayacağı,
- Tedavi esnasında veya sonrasında tanzim olunan belgelerin (Fatura, epikriz, tahlil, sonuç belgesi v.s.) tercüme edilerek onaylanması gerektiği,

konularını içeren yazı gönderilerek Yurt dışı sağlık hizmeti sunucusu ile irtibat kurulması ve işlemlerin takibi sağlanmaktadır.

6.Sosyal Güvenlik İl Müdürlüklerine Bilgi Verilmesi

Sigortalı veya bakmakla yükümlü olduğu kişinin tedavisinin yurt dışında yapılabilmesi amacıyla tanzim olunan raporların aslı ile Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlük Makamından alınan olurun fotokopisi bağlı bulunulan İl müdürlüğüne gönderilmekte, hasta ve refakatçisine talep edilmesi halinde verilecek tedavi avansı ile yol gideri ve gündelik giderlerine mahsuben işlemlerin yürütümü sağlanmaktadır.

7. Sosyal Güvenlik İl Müdürlükleri Tarafından Yapılacak İşlemler

Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlük Makamından onay alındığına ve konu hakkında Dışişleri Bakanlığına bilgi verildiğine ilişkin talimatın sosyal güvenlik il müdürlüğüne ulaşmasına müteakip aşağıda yer alan işlemler ve bunlara benzer diğer işlemler gerçekleştirilir.

- 5510 sayılı Kanunun 4(a) kapsamındaki sigortalı veya bakmakla yükümlü olunan kişi için ikili sosyal güvenlik sözleşmesi olan ilgili ülkeye göre formüllerin tanzim edilmesi,
- SUT'un “Yurt dışı yol, gündelik ve refakatçi giderleri” başlıklı 4.4.3.C maddesinde belirtilen harcırah işlemleri (avans verilmesi dahil),
- Tedaviye ilişkin paranın ilgili ülkeye transfer işlemleri,
- Tedavinin bitiminde sigortalı veya bakmakla yükümlü olunan kişi ile mahsuplaşma işlemleri,
- Strateji Geliştirme Başkanlığı (Bütçe ve Muhasebe Daire Başkanlığı) ile hesaplaşma işlemleri,
- Yapılan işlemlerin sonuçları hakkında SUT EK-1/A’da yer alan “Yurt dışı Tedavi/Tetkik İçin Hasta İzleme Çizelgesi” ile birlikte Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğüne bilgi verilmesi.

8. Yapılan İşlemlerin Sonucunun Bildirilmesi

Hastanın yurt dışında tedavisinin tamamlanması ve gerekli hesaplaşma işlemlerinin sonuçlanması sonrasında “Yurt Dışı Tedavisi İçin Hasta İzleme Çizelgesi” ile birlikte konu Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğüne bildirilir.

Raporlarla İlgili Dikkat Edilecek Hususlar

Yurt dışı tedavilerine ilişkin raporların Sağlık Bakanlığınca onaylanmasından itibaren 3 ay içinde yurt dışına çıkmak üzere işlem yapılmayan raporların yenilenmesi gerekir.

Yurt dışı tedavi süresi raporda belirtilen süreyi geçemez. Tıbbi nedenlerle yurt dışında tedavinin uzaması halinde, tıbbi gerekçeler misyon şeflikleri vasıtasıyla Kuruma gönderilir. Tedavi süresinin uzatılmasının uygun olup olmadığı konusunda Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinin yazılı görüşü alınarak altı ayı geçmeyen dönemler halinde en çok iki yıla kadar tedavi süresi uzatılabilir. Belirlenen ya da uzatılan sürenin aşılması halinde aşılan süreye ait tedavi giderleri ile gündelik ve refakatçi giderleri ödenmez.

Yurt içinde sağlanamayan organ nakli işlemleri yurt dışında uzun bekleme sürelerini gerektirdiğinden, hastaların yurt dışındaki ilk tetkiklerinin tamamlanmasını müteakip uygun organ teminine kadar geçecek süredeki tetkik ve tedavileri yurt içinde yapılır. Uygun organ temini üzerine hasta, yeni bir sağlık kurulu raporuna ihtiyaç duyulmadan nakil işlemi için yurt dışına gönderilir. Ancak hastanın organ nakli sırasına alındığı tarihten itibaren bekleme

süresinin beş yılı geçmesi halinde, yurt dışına gönderilmeye ilişkin sağlık kurulu raporunun SUT'un **4.4.3.A-1** numaralı maddesi doğrultusunda yenilenmesi ve ilgili onayların yapılması gerekir.

Organ nakli tedavisi için yurt dışına gönderilen kişilerin, organ teminine kadar geçecek sürenin naklin gerçekleştirileceği ülkede geçirilmesinin zorunlu olduğunun Yurt dışı sağlık hizmeti sunucusunca gerekçeleriyle belgelendirilmesi halinde Genel Müdürlük, Sağlık Bakanlığının yazılı görüşünü almak suretiyle bekleme süresinin yurt dışında geçirilmesine karar vermeye ve yurt dışında geçirilecek süreyi belirlemeye yetkilidir. Bu süre altı ayı geçmeyen dönemler halinde uzatılabilir. yurt dışında toplam bekleme süresi iki yılı geçemez. Belirlenen ya da uzatılan sürenin aşılması halinde aşılın süreye ait tedavi giderleri ile gündelik ve refakatçi giderleri ödenmez.

Acil müdahaleyi gerektiren durumlar ve sevke konu hastalığın komplikasyonuna bağlı olarak gelişen durumlar hariç olmak üzere yurt dışına sevke konu hastalık dışındaki tedavi giderleri Kurumca ödenmez.

Hastaya Yapılan Yol, Gündelik ve Refakatçi Ödemeleri

- Harcırah avansı; hastanın ve refakatçinin yol, gündelik ve yemek giderlerini karşılamak ve sonradan mahsuplaşmak üzere verilir
- Ayaktan tedavinin sağlandığı her gün için hasta ve refakatçinin her birine “gündelik” ödenir
- Yatarak tedavide, sağlık hizmeti sunucusunda kalınmayan her gün için yatarak tedavi süresi ile sınırlı olmak üzere refakatçisine “yemek ve yatak gideri” ödenir.
- Yatarak tedavilerde, refakatçisi hastanın yanında sağlık hizmeti sunucusunda kalıyor ise ayrıca gündelik ödenmez.
- Ödemelerde, 6245 sayılı Harcırah Kanunu gereği Bakanlar Kurulunca belirlenen ilgili yıl “Yurt dışı Gündeliklerinin Hesaplanmasında Esas Alınacak Cetvel” in (VI) numaralı (Aylık/ kadro derecesi 5-15 olanlar) sütununda gönderilen ülke için belirlenen bedel esas alınır.
- Yurt dışı tetkik/ tedavi için düzenlenen sağlık kurulu raporunda hastanın yurt dışına tarifeli hava taşıtı dışındaki hava taşıtı ile (ambulans uçak, özel uçak vb.) naklinin gerektiğinin belirtilmesi halinde gidiş için söz konusu taşıt bedelleri fatura/ belge karşılığı ödenir.
- yurt dışına gönderilen hastanın dönüşü için; tedavinin yapıldığı sağlık hizmeti sunucusunca tarifeli hava taşıtı dışında bir hava taşıtı ile dönmesi gerektiğinin belgelendirilmesi halinde de taşıt bedelleri ulaşım aracına ilişkin fatura/ belge tutarı üzerinden ödenir.
- Tedavi/ tetkik için yurt dışına gönderilen kişinin tedavi/ tetkik sırasında ölümü hâlinde, cenazesinin nakil gideri ile varsa refakatçisinin yurda dönüş yol giderleri de Kurumca karşılanır.

Örnek: Almanya'ya 1 aylık (30 gün) refakatçi ile tedaviye giden sigortalımızı ele alalım:

6245 sayılı Harcırah Kanunu gereği Yurt Dışı Gündeliklerinin Hesaplanmasında Esas Alınacak Cetvel" in (her yıl Bakanlar Kurulu kararıyla yenisi yayınlanmaktadır) (VI) numaralı (Aylık/ kadro derecesi 5-15 olanlar) sütununa bakılarak,

Hasta için 83 EURO (yolda geçen ve ayakta tedavi görülen süre için)

$$30 \times 83 = 2490 \text{ EURO (hasta için) gündelik verilir.}$$

Refakatçi için 83 EURO (yolda geçen ve ayakta tedavi görülen süre için)

$$30 \times 83 = 2490 \text{ EURO (refakatçi için) gündelik verilir.}$$

Uçakla gitmeleri durumunda, (uçak bileti 1000 EURO)

Refakatçi ile birlikte gidiş-dönüş,

$$1000 \times 2 = 2000, 2000 \times 2 = 4000 \text{ EURO}$$

Toplam harcırah avansı,

$$4000 + 2490 + 2490 = 8980 \text{ EURO olarak hesaplanır.}$$

Tedavi İçin Yurt Dışına Gönderilme İşlemlerinde Gerekli Prosedürlerin Sonradan Tamamlanması

Tedavi için yurt dışına gönderilme işlemlerine ilişkin gerekli prosedürlerin yurt dışına çıkmadan önce tamamlanması esastır. Ancak, gerekli prosedürlerin sonradan tamamlanması şartı ile hastanın yurt dışına çıkmış olması halinde yapılacak ödemelere ilişkin usul ve esaslar aşağıda belirtilmiştir;

1. Tedavi sonrası kontrol muayenesi amacıyla yurt dışına yapılan çıkışlarda ilgili mevzuatta belirtilen giderlerin (tedavi, yol, gündelik, refakatçi) tamamı Kurum tarafından karşılanır.

2. Hastaların tedavi nedeniyle yurt dışına,

- Aciliyet belirtmeden gitmeleri halinde, ilgili mevzuatta belirtilen giderlerden sağlık kurulu raporunun Sağlık Bakanlığınca onaylandıktan sonraki süreye ait kısmı,
- Üniversite veya eğitim-araştırma hastanesinden almış oldukları SUT eki EK-1/B' de yer alan ilk sağlık kurulu raporunda (Yurt Dışına Tedaviye Gönderileceklerle İlişkin Sağlık Kurulu Raporu) acil olarak yurt dışına çıkması gerektiğine dair ibarenin olması halinde ise giderlerin tamamı Kurumca karşılanır.

3. İkili sosyal güvenlik sözleşmesi kapsamındaki sigortalılarımızın tedavi amacıyla yurt dışına sağlık hizmetlerini kapsayan ikili sosyal güvenlik sözleşmesi olan ülkeye,

- Aciliyet belirtmeden gitmeleri halinde, ilgili formüler kapsamında tedavinin tamamı; ancak Yurt dışı yol, gündelik ve refakatçi giderlerinden ise sadece ilk almış olduğu sağlık kurulu raporunun Sağlık Bakanlığınca onaylandığı tarihten sonraki süreye ait olan kısmı,
- Üniversite veya eğitim-araştırma hastanesinden almış oldukları SUT eki EK-1/B' de yer alan ilk sağlık kurulu raporunda (Yurt Dışına Tedaviye Gönderileceklerle İlişkin Sağlık Kurulu Raporu) acil olarak yurt dışına çıkması gerektiğine dair ibarenin olması halinde ise giderlerin tamamı, Kurum tarafından karşılanır.

4. Tetkik veya tahlilin yurt içinde yapılamadığı gerekçesiyle yurt dışında yapılmasını isteyen sağlık hizmeti sunucusunca tanzim olunan raporun SUT'ta belirtilen makamlarca teyit edilmesi/onaylanması durumunda tetkik bedeli, Yurt dışı sağlık hizmeti sunucusu tarafından düzenlenen faturada yer alan tutarın tamamı kurum tarafından karşılanır.

Belirli Tedavi Programları Uygulaması ve Rutin Kontrol Tedavileri

Yurt dışı tedavi süreleri altışar aylık dönemleri aşmayacak şekilde belirlenmektedir. Ancak, bazı hallerde yurt dışına Tedaviye Gönderileceklere İlişkin Sağlık Kurulu Raporunda belirtilen tedavi süresi içerisinde kalmak şartıyla yurt dışı tedavileri aralıklarla devam edebilmektedir. Bu durumda yurt dışındaki ilgili sağlık merkezince hazırlanan ve bu tedavinin aralıklarla devam edeceğini ve tedavi şemasının tarihlerini gösteren gerekçeli raporu veya randevu çağrı belgeleri, tedaviden önce resmi kanal veya şahıs aracılığı ile Kuruma ibraz edilmelidir. Bu belgelerin Kurumca kabul edilmesi halinde, hastanın yurt dışına her giriş-çıkışı için yeni bir yurt dışına Tedaviye Gönderileceklere ilişkin Sağlık Kurulu Raporu istenmeyecek olup, gerekli işlemler anılan belgelere göre yürütülür.

Ancak, Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi tarafından verilen ilk raporda belirtilen sürenin bitmesi durumunda yeniden ilgili mevzuatta belirtilen prosedürlerin yerine getirilmesi zorunludur.

Yurt dışı tedavileri sonrasında rutin kontrol tedavileri devam eden bazı hastaların (akciğer nakilli hastalar, kanser hastaları, ince bağırsak nakilli hastalar vb.),

- Yurt dışı ilgili sağlık Merkezinin kontrol sayısı,
- Kontrol tarihi,
- Kontrol sürelerini,

gerekçeleriyle raporla bildirmesi ve bu raporun Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi tarafından onaylanması halinde, hastanın yurt dışına bu takvime göre gerçekleştireceği gidiş-gelişleri için yeni bir yurt dışına Tedaviye Gönderileceklere İlişkin Sağlık Kurulu Raporu istenmez, gerekli işlemler anılan belgelere göre yürütülür.

Ancak, bu kontrol programını bildiren rapor, bu rapor tarihinden itibaren en fazla 1 yıl için geçerli olacaktır. Bir yılı aşması halinde kontrol programını içeren yeni bir rapor alınması ile bunun Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinden onaylanması suretiyle işlemler yürütülür.

Yurt Dışı Tedavi Ve Bekleme Sürelerinin Takibi

Yurt dışı tedavileri en fazla 2 yıla kadar uzatılmaktadır. 2 yıllık sürenin bitiminden sonra yapılan herhangi bir sağlık gideri Kurumumuzca karşılanmamaktadır. Bu 2 yıllık süreye hastaların tedaviden sonra devam eden rutin kontrol tedavi süreleri de olup, yurt dışına çıkış ve dönüş tarihleri gün bazında hesaplanarak 2 yıllık sürenin tamamlanıp tamamlanmadığının kontrolleri ve takibi ilgili sosyal güvenlik il müdürlükleri tarafından yapılır.

Yurt dışı organ nakli tedavilerinde, yurt dışına çıkış tarihinden tedavi başlangıç tarihine kadar geçen süreler bekleme süresi olarak kabul edilir, bekleme süreleri de 2 yılı geçemez. Bekleme süresi içerisinde tedaviye başlanması halinde bekleme süresi kesilerek tedavi süresi başlatılır. Yurt dışı organ nakli tedavilerinde 2 yıl bekleme süresine ilave olarak 2 yıl da tedavi süresi öngörülmüş olup toplamda bu süreler aşıldığında Kurumca ödeme yapılmaz.

Sağlık Hizmeti Bedellerinin Ödenmesi

- Yurt dışında tedavi edilecek kişi, var ise yurt dışındaki sevke konu tedaviye ilişkin sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilir ve sağlık hizmeti giderlerinin tümü karşılanır. yurt dışında sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusunun olmaması hâlinde de sevk edilen sağlık hizmeti sunucusunda yapılan tedavilere ait giderlerin tamamı Kurumca ödenir. Ancak, kişinin tercihi doğrultusunda Kurumun yurt dışında sözleşmeli olduğu sağlık hizmeti sunucusuna gitmemesi hâlinde, sözleşmeli yere ödenebilecek tutarı geçmemek üzere Kurumca ödeme yapılır, arada fark oluşması hâlinde fark kişi tarafından karşılanır.

- Kişilerin Ülkemizle sosyal güvenlik sözleşmesi olan bir ülkeye gönderilmesi halinde; o ülke ile yapılan sosyal güvenlik sözleşmesinde tedavi uygulaması öngörülmüş ve tedavi amacıyla gönderilen kişi sosyal güvenlik sözleşmesinin kapsamında bulunuyorsa, bunlar hakkında sosyal güvenlik sözleşmesi hükümleri uygulanır.

- Yurt dışında yapılan tedavi bedelleri, Kurum tarafından Yurt dışı sağlık hizmeti sunucusu banka hesabına havale edilmesi veya kişilerce ödenen tutarın belge karşılığı kendilerine ödenmesi suretiyle karşılanır.

- Kurumca, yurt dışında yapılacak tedaviler için oluşacak giderlere mahsuben talep edilmesi halinde, kişilere veya sağlık hizmeti sunucusuna avans ödenebilir. Avans ödemesi misyon şefliği aracılığıyla da yapılabilir.

- Kurum, avans ödemeleri için, yurt dışındaki sağlık hizmeti sunucuları tarafından düzenlenen belgelerin ve raporların misyon şeflikleri tarafından onaylanmasını isteyebilir.

- Acil müdahaleyi gerektiren durumlar ile sevke konu hastalığın komplikasyonuna bağlı olarak gelişen durumlar hariç olmak üzere yurt dışına sevke konu hastalık dışındaki tedavi giderleri Kurumca ödenmez.

- Sosyal güvenlik il müdürlükleri tarafından, SUT eki **“Yurt Dışı Tedavi/ Tetkik İçin Hasta İzleme Çizelgesi” (EK-1/A)** ile birlikte yapılan işlemlerin sonucundan Genel Müdürlüğe bilgi verilecektir.

B) GEÇİCİ VEYA SÜRELİ GÖREVLE YURT DIŞINDA BULUNANLARIN TEDAVİ İŞLEMLERİ

SUT'un 1.2(1)a bendinde sayılan sigortalılardan işverenleri tarafından, SUT'un 1.2(1)c bendinde sayılan sigortalılardan özel mevzuatlarında belirtilen usule uygun olarak;

- 1- Geçici görevle yurt dışına gönderilenin sadece acil hallerdeki,
- 2- Sürekli görevle gönderilenler ile bunların yurt dışında birlikte yaşadıkları bakmakla yükümlü olduğu kişilerin acil hal olup, olmadığına bakılmaksızın, tedavileri Kurum tarafından karşılanmaktadır.

Sağlık hizmeti giderleri, öncelikle işverenler tarafından ödenir ve kişinin yurt dışında görevli olduğuna dair belge ile birlikte mahalli konsolosluktan tasdikli rapor ve sair belgelere dayanılarak Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü veya yetkilendirilen Merkez Müdürlüğünden talep edilir. Sağlık hizmeti giderleri ödeme tarihindeki T.C Merkez Bankası döviz satış kuru esas alınarak TL olarak ödenir.

Tedavi giderinin Kurumun ödediği tutarları aşması halinde, aşan kısım işverenler tarafından karşılanır. yurt dışında sağlanan tedaviye ilişkin sağlık hizmeti bedellerinin SUT ve eki listelerde yer almaması halinde ise Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen tutar üzerinden ödeme yapılır.

Geçici ya da sürekli görevle gönderilen ülke ile Türkiye arasında sağlık yardımlarını kapsayan sosyal güvenlik sözleşmesi olması halinde, işlemler sözleşme hükümlerine göre yürütülür.

Yurt dışına geçici veya sürekli görevle gönderilen kişilerin sağlık hizmetlerinin, Kurumca ilgili ülkede sağlık sigortası yaptırmak suretiyle sağlanması halinde sağlık hizmeti giderleri ödenmez.

Yurt dışına geçici veya sürekli görevle gönderilen kişiler ile bakmakla yükümlü olduğu kişiler için yol gideri, gündelik, refakatçi ve cenaze giderleri ödenmez.

C) GEÇİCİ YADA SÜRELİ GÖREVLE GÖNDERİLME DIŞINDA YURT DIŞINDA BULUNMA HALİNDE SAĞLANACAK SAĞLIK HİZMETLERİ

Genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişilerin yurt dışında bulundukları sırada sağlanan sağlık hizmetlerine ilişkin bedellerin ödenmesinde, bulundukları ülke ile Türkiye arasında sağlık yardımlarını kapsayan sosyal güvenlik sözleşmesi olması halinde sözleşme hükümleri uygulanır.

Sağlık yardımlarını kapsayan sosyal güvenlik sözleşmesinin olmaması halinde, sağlık hizmetleri giderleri ile yol gideri, gündelik ve refakatçi vb. giderler ödenmez.

TÜRKİYEDE YAPILMAYAN TETKİKİN/TAHLİLİN YURT DIŞINDA YAPTIRILMASI

Türkiye'de yapılamayan tetkik/tahlil için,

- Tetkike ait sağlık kurulu raporunun temin edilmesi,
- Sağlık kurulu raporunun Sağlık Bakanlığınca onaylanması,
- Genel Müdürlük makamından olur alınması ile hastanın tetkiki yurt dışına gönderilir.

Yurt Dışı Tetkik Sağlık Kurulu Raporu

Numunenin gönderilmesi veya hastanın gönderilmesi suretiyle tetkiklerin ve/ veya tahlillerin yurt dışında yaptırılabilmesi için gerekli sağlık kurulu raporları, üniversite veya eğitim araştırma hastaneleri sağlık kurullarınca, SUT eki “Yurt Dışı Tetkike İlişkin Sağlık Kurulu Raporu” (EK-1/C) formatına uygun olarak düzenlenecektir. Raporlarda tetkikin/ tahlilin yurt içinde yapılamadığı ayrıntılı gerekçeleri ile belirtilecektir.

Sağlık kurulu, en az biri ilgili dal uzman hekimi olmak kaydıyla; üniversite hastanelerinde en az bir öğretim üyesi, eğitim ve araştırma hastanelerinde en az bir klinik şefi veya şef yardımcısı katılımıyla oluşturulacaktır.

Numunenin gönderilmesi suretiyle yurt dışında yapılacak tetkikler ve/ veya tahliller için düzenlenen sağlık kurulu raporları, Sağlık Bakanlığınca onaylanacaktır.

Tetkikin yurt dışında yaptırılmasına ilişkin işlemlerdeki teyit, onay ve Genel Müdürlük oluru alınması gibi işlemler için, tedavinin Türkiye’de yapılamaması nedeniyle yurt dışında yaptırılmasına ilişkin uygulanan aynı prosedürler izlenmektedir.

Ancak, tetkik ve/veya tahlillerin kişilerin yurt dışına gönderilmesi suretiyle yaptırılması işlemleri SUT’un 4.4.3.A numaralı maddesi (hastanın tedavi amacıyla yurt dışına gönderilmesinde izlenen prosedürler) esas alınarak işlemlerin yürütülmesi gerekir.

Yurt Dışı Tetkik/Tahlilin Ödeme Usul ve Esasları

Yurt dışında yapılan tetkik ve/ veya tahlil bedeli tetkik ve/ veya tahlili yapan sağlık hizmeti sunucusunca düzenlenen faturada/ fatura yerine geçen belgede belirtilen tutar üzerinden, Yurt dışı sağlık hizmeti sunucusu banka hesabına havale edilmek veya kişilerce ödenen tutarın belge karşılığı kendilerine ödenmesi suretiyle karşılanır.

Talep edilmesi halinde Kurumca, yurt dışında yapılacak tetkik ve/ veya tahlil işlemleri için kişilere veya Yurt dışı sağlık hizmeti sunucusuna avans ödenir.

Kurumca, avans ödemesi yapılabilmesi için, yurt dışındaki sağlık hizmeti sunucusu tarafından düzenlenen belgelerin ve raporların misyon şeflikleri tarafından onaylanması gereklidir.

Sosyal güvenlik il müdürlüklerince yurt dışında tetkik yaptırılması ile ilgili olarak yapılan işlemler sonrasında, SUT eki EK-1/A ile birlikte Genel Müdürlüğe bilgi verilir.

5510 SAYILI SOSYAL SİGORTALAR VE GENEL SAĞLIK SİGORTASI KANUNUNUN GENEL SAĞLIK SİGORTASINA İLİŞKİN HÜKÜMLERİ

1. BÖLÜM KAPSAMDAKİ KİŞİLER VE TESCİLİ

1) Genel Sağlık Sigortalısı Sayılanlar

- ✓ İkametgahı Türkiye’de olan kişilerden;
- ✓ 5510 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının;
 - (a) *Hizmet akdi ile bir veya birden fazla işveren tarafından çalıştırılanlar,*
 - (b) *Köy ve mahalle muhtarları ile hizmet akdine bağlı olmaksızın kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan;*

gelir vergisi mükellefi olanlar, gelir vergisinden muaflık olup, esnaf ve sanatkâr siciline kayıtlı olanlar, Anonim şirketlerin yönetim kurulu üyesi olan ortakları, sermayesi paylara bölünmüş komandit şirketlerin komandite ortakları, diğer şirket ve donatma iştiraklerinin ise tüm ortakları, tarımsal faaliyette bulunanlar,

(c) Kamu idarelerinde çalışanlar,

bentlerine tabi olanlar,

✓ İsteğe bağlı sigortalı olan kişiler,

✓ Bu durumlar nedeniyle sigortalı olmayan kişilerden;

1. Harcamaları, taşınır ve taşınmazları ile bunlardan doğan hakları da dikkate alınarak, Kurumca belirlenecek test yöntemleri ve veriler kullanılarak tespit edilecek aile içindeki geliri kişi başına düşen aylık tutarı asgari ücretin üçte birinden az olan vatandaşlar,

2. Vatansız ve sığınmacılar,

3. 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,

4. 1005 sayılı İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre şeref aylığı alan kişiler,

5. 3292 sayılı Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,

6. 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,

7. 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişiler,

8. Harp malûllüğü aylığı alanlar ile Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlar,

9. 442 sayılı Köy Kanununun 74 üncü maddesinin ikinci fıkrasına göre görevlendirilen kişiler ile aynı Kanunun ek 16 ncı maddesine göre aylık alan kişiler,

10. 2913 sayılı Dünya Olimpiyat ve Avrupa Şampiyonluğu Kazanmış Sporculara ve Bunların Ailelerine Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,

11. Mütakabiliyet esası da dikkate alınmak şartıyla, oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan kişiler,

12. 4447 sayılı Kanun gereğince işsizlik ödeneği ve ilgili kanunları gereğince kısa çalışma ödeneğinden yararlandırılan kişiler,

13. Sosyal güvenlik kanunlarına göre gelir veya aylık alan kişiler,

14. Başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan vatandaşlar,

15. Yüksek öğrenimlerinin devam ettiği sürelerle sınırlı olmak üzere 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununa göre üniversitelerde yükseköğrenim gören yabancı uyruklu öğrenciler,

16. 1136 sayılı Avukatlık Kanunu uyarınca avukatlık stajı yapmakta olanlardan bu Kanuna göre genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olunan kişi durumunda olmayanlar staj süresi ile sınırlı olmak üzere,

• Bakılmakla yükümlü olunan kişi durumunda olmayan;

17. 3308 sayılı Meslekî Eğitim Kanununda belirtilen aday çırak, çırak ve işletmelerde meslekî eğitim gören öğrenciler,

18. Meslek liselerinde okumakta iken veya yüksek öğrenimleri sırasında staja tabi tutulan öğrenciler ile 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununun 46 ncı maddesine tabi olarak kısmi zamanlı çalıştırılan öğrenciler,

19. Türkiye İş Kurumu tarafından düzenlenen meslek edindirme, geliştirme ve değiştirme eğitimine katılan kursiyerler,

genel sağlık sigortalısı sayılır.

2) Genel Sağlık Sigortalısının Bakmakla Yükümlü Olduğu Kişiler

5510 sayılı Kanunun 5 inci maddesinin birinci fıkrasının (b) bendi ile 60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (c) bendinin (1), (2) ve (7) numaralı alt bentleri ile yedinci ve sekizinci fıkralarının dışında kalan genel sağlık sigortalısının, sigortalı sayılmayan veya isteğe bağlı sigortalı olmayan, kendi sigortalılığı nedeniyle gelir veya aylık bağlanmamış olan;

✓ Eşi,

✓ 18 yaşını, lise ve dengi öğrenim veya 3308 sayılı Meslekî Eğitim Kanununda belirtilen aday çıraklık ve çıraklık eğitimi ile işletmelerde meslekî eğitim görmesi hâlinde 20 yaşını, yüksek öğrenim görmesi hâlinde 25 yaşını doldurmamış ve evli olmayan çocukları ile yaşına bakılmaksızın bu Kanuna göre malul olduğu tespit edilen evli olmayan çocukları,

✓ Her türlü kazanç ve irattan elde ettiği gelirinin asgari ücretin net tutarından daha az olan ve diğer çocuklarından sağlık yardımı almayan ana ve babası,

genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişilerdir.

3) Genel Sağlık Sigortalısı ve Bakmakla Yükümlü Olduğu Kişi Sayılmayanlar

✓ Askerlik hizmetlerini er ve erbaş olarak yapmakta olanlar ile yedek subay okulu öğrencileri,

✓ Yabancı bir ülkede kurulu herhangi bir kuruluş tarafından ve o kuruluş adına ve hesabına Türkiye'ye bir iş için gönderilen ve yabancı ülkede sosyal sigortaya tâbi olduğunu belgeleyen kişiler ile Türkiye'de kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan, yurt dışında ikamet eden ve o ülke sosyal güvenlik mevzuatına tâbi olanlar,

✓ Ceza infaz kurumları ile tutukevleri bünyesinde bulunan hükümlü ve tutuklular,

✓ Türkiye'de bir yıldan kısa süreyle yerleşik olan yabancılar,

✓ 3201 sayılı Yurt Dışında Bulunan Türk Vatandaşlarının Yurt Dışında Geçen Sürelerinin Sosyal Güvenlikleri Bakımından Değerlendirilmesi Hakkında Kanun hükümlerine göre borçlanıp ülke dışında ikamet edenler,

genel sağlık sigortalısı sayılmaz.

4) Sağlık Giderleri Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Karşılanmayan Kişiler

✓ 3671 sayılı Kanunun 4 üncü maddesi gereğince; milletvekillerinin, Yasama Organı Üyeliği ile açıktan atandığı Bakanlık görevi sona erenlerin ve bunların bakmakla yükümlü oldukları aile fertlerinin; ölenlerin dul ve yetimlerinin tedavileri Türkiye Büyük Millet Meclisince sağlanmakta olup, bu kişiler genel sağlık sigortası kapsamı dışında tutulmuşlardır.

- ✓ Ayrıca; tedavi yardımları **yeşil kart verilmek suretiyle karşılanan;**
 - Aile içindeki geliri kişi başına düşen aylık tutarı asgari ücretin üçte birinden az olan vatandaşlar,
 - 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Gücsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,
 - Hiçbir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında bulunmayan geçici köy korucuları ve bakmakla yükümlü oldukları kişiler

5510 sayılı Kanunun Geçici 12. maddesinden dayanakla, **1/1/2012 tarihine kadar** genel sağlık sigortası kapsamına dâhil edilmemişlerdir.

5) Bakmakla Yükümlü Olduğu Kimse Bulunmayan Genel Sağlık Sigortalıları

Meslekî Eğitim Kanununda belirtilen aday çırak, çırak ve işletmelerde meslekî eğitim gören öğrenciler, meslek liselerinde okumakta iken veya yüksek öğrenimleri sırasında staja tabi tutulan öğrenciler, yükseköğretim Kanununun 46 ncı maddesine tabi olarak kısmi zamanlı çalıştırılan öğrencilerin,

Harcamaları, taşınır ve taşınmazları ile bunlardan doğan hakları da dikkate alınarak, Kurumca belirlenecek test yöntemleri ve veriler kullanılarak tespit edilecek aile içindeki geliri kişi başına düşen aylık tutarı asgari ücretin üçte birinden az olan vatandaşların,

Vatansızlar ve sığınmacıların,

Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişilerin,

Yükseköğretim Kanununa göre üniversitelerde yükseköğrenim gören yabancı uyruklu öğrencilerin,

Avukatlık Kanunu uyarınca avukatlık stajı yapmakta olanların,

bakmakla yükümlü olacağı kimse bulunmaz.

6) Sağlık Hizmetleri ve Diğer Haklar ile Bunlardan Yararlanma

✓ 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 sigortalısı ile bakmakla yükümlü olduğu kişiler yararlandırılır.

✓ 5510 sayılı Kanun kapsamındaki kişilere sağlanacak sağlık hizmetleri ve diğer haklar ile kişilerden alınan primlerin tutarı arasında ilişki kurulamaz.

2. BÖLÜM

SAĞLANAN SAĞLIK HİZMETLERİ VE DİĞER HAKLAR

1) Finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri ve süresi

a. Sağlık hizmetlerinin finansmanının amacı

Kişilerin sağlıklı kalmalarını, hastalanmaları halinde sağlıklarını kazanmalarını, iş kazası ile meslek hastalığı, hastalık ve analık sonucu tıbben gerekli görülen sağlık

hizmetlerinin karşılanması, iş göremezlik hallerinin ortadan kaldırılmasını veya azaltılmasını temin etmektedir.

b. Finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin belirlenmesi

Finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin teşhis ve tedavi yöntemleri ile kan ve kan ürünleri, kemik iliği, aşı, ilaç, ortez, protez, tıbbî araç ve gereç, kişi kullanımına mahsus tıbbî cihaz, tıbbî sarf, iyileştirici nitelikteki tıbbî sarf malzemelerinin türleri, miktarları ve kullanım süreleri, ödeme usûl ve esasları Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak Kurumca belirlenir.

c. Finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri

- Koruyucu sağlık hizmetleri ve insan sağlığına zararlı madde bağımlılığını önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri,
- Kişilerin hastalanmaları halinde yapılan ayakta ve yatarak tedaviler
- Analık sebebiyle tıbbî bakım ve tedaviler
- Ağız ve diş sağlığı hizmetleri ile 18 yaşından küçük kişilerin ortodontik diş tedavileri
- İlaç, kan ve kan ürünleri, kemik iliği, aşı, ortez, protez, tıbbî araç ve gereçler
- Yardımcı üreme yöntemi tedavileri:

1. Evli olmakla birlikte çocuk sahibi olmayan genel sağlık sigortalısı kadın ise kendisinin, erkek ise karısının:

- ❖ Yapılan tıbbî tedavileri sonrasında normal tıbbî yöntemlerle çocuk sahibi olamadığının ve ancak yardımcı üreme yöntemi ile çocuk sahibi olabileceğinin Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları sağlık kurulları tarafından tıbben mümkün görülmesi,
- ❖ 23 yaşından büyük, 39 yaşından küçük olması,
- ❖ Son üç yıl içinde diğer tedavi yöntemlerinden sonuç alınamamış olduğunun Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları sağlık kurulları tarafından belgelenmesi,
- ❖ Uygulamanın yapıldığı tıbbî merkezin Kurum ile sözleşme yapmış olması,
- ❖ En az beş yıldır genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olunan kişi olup, 900 gün genel sağlık sigortası prim gün sayısının olması,
- *şartlarının birlikte gerçekleşmesi* halinde
- *en fazla iki deneme ile sınırlı* olmak üzere.

2. Bir hastalığın tedavisinin, başka tıbbî bir yöntemle mümkün olmaması ve bu durumun Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları sağlık kurulları tarafından tıbben zorunlu görülmesi şartlarıyla sağlanmaktadır.

➤ Koruyucu Sağlık Hizmetleri:

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunun 63 üncü maddesinde yapılan düzenleme ile; genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin sağlıklı kalmalarını temin etmek amacıyla “*kişilerin hastalanmalarına bakılmaksızın kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile insan sağlığına zararlı madde bağımlılığını önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri*” Kurumumuzca finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri arasında sayılmış,

Kanunun 69 uncu maddesinde yapılan düzenleme ile de kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinden katılım payı alınmayacağı hüküm altına alınmıştır.

5510 sayılı Kanunun söz konusu madde hükümlerinden dayanakla Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde yapılan düzenleme gereği;

- Sağlık Bakanlığı Genişletilmiş Bağışıklama Programı kapsamına dahil olmayan aşı bedelleri,
- Grip aşısı bedeli,
- Pnömonokok aşısı bedeli (polisakkarit),
- Hepatit A aşısı bedeli,
- Genetik hastalıkların prenatal tanısı için yapılan tetkikler,
- Sünnet,

finansmanı sağlanan kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olarak belirlenmiş olup söz konusu sağlık hizmetleri için muayene, ilaç ve tıbbi malzeme katılım payı tahsil edilmemektedir.

d. GSS kapsamından çıkan kişilerin durumları

Genel sağlık sigortalılığının sona erdiği tarihte devam etmekte olan tedavileri nedeniyle, *kişinin iyileşmesine kadar Kurumca sağlanmaktadır.*

2) Kurumca finansmanı sağlanmayacak sağlık hizmetleri

- Estetik amaçlı yapılan her türlü sağlık hizmeti ile estetik amaçlı ortodontik diş tedavileri,
- Sağlık Bakanlığınca;
 - a- insan sağlığı bakımından uygulanmasına izin verilmeyen tedaviler
 - b- sağlık hizmeti olduğu kabul edilmeyen sağlık hizmetleri
 - Yabancı ülke vatandaşlarının; genel sağlık sigortalısı veya genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi sayıldığı tarihten önce mevcut olan kronik hastalıkları.

3) Yol gideri, gündelik ve refakatçi giderleri

a. Yararlanma şartları

Yol gideri, gündelik ve refakatçi giderleri;

- ✓ Hekim veya diş hekimi tarafından tıbben gerekli görülmesi,
- ✓ Sevkin yerleşim yeri dışındaki sağlık hizmeti sunucusuna yapılmış olması

halinde

- Ayakta tedavilerde:

Kendisinin ve bir kişi ile sınırlı olmak üzere refakatçisinin gidiş ve dönüş yol gideri ve gündelikleri;

- Yatarak tedavilerde:

Kendisinin ve bir kişi ile sınırlı olmak üzere refakatçisinin

- ✓ Gidiş ve dönüş tarihleri için gündelikleri ile yol gideri,
 - ✓ Hastanın yatarak tedavi gördüğü sürelerde ise hekim veya diş hekimi tarafından refakatçinin tıbben lüzum görülmesi halinde bir kişi ile sınırlı olmak üzere *yanında kalan refakatçinin yatak ve yemek giderleri,*
- Kurumca karşılanır.

b. Giderlerin tutarlarının belirlenmesi

Yurt içinde veya yurt dışına yapılan sevkler nedeniyle ödenecek gündelik, yol, yatak ve yemek giderlerinin tutarı daha sonraki bölümlerde yapısı anlatılacak olan **Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu** tarafından belirlenir.

4) Yurt dışında tedavi

Finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin yurt içindeki sağlık hizmet sunucularından sağlanması esastır.

a. Yurt dışında geçici veya sürekli olarak görevlendirilen sigortalıların yurtdışı tedavi koşulları

	Geçici görev	Sürekli Görev
Hangi sürede?	✓ 6 aya kadar olan görevlendirmeler,	✓ 6 aydan uzun görevlendirilmeler,
Kimler için?	✓ 4/a ve 4/c sigortalılarının kendisi için geçerli,	✓ 4/a ve 4/c sigortalılarının kendileri ve yurt dışında birlikte yaşadıkları bakmakla yükümlü olduğu kişiler için geçerli,
Hangi durumlarda?	✓ acil hallerde,	✓ Tüm durumlarda (acil haller ve yurt dışında bulunduğu tüm durumlar)

Bu durumlarda sağlık hizmetleri yurt dışında sağlanır ve sağlık hizmetlerinin bedelleri Kurumca karşılanır. Bu kişiler için yurtdışında sağlanan sağlık hizmetlerinin Kurumca karşılanacak bedelleri, yurt içinde sözleşmeli sağlık hizmet sunucularına ödenen tutarı (Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenerek Sağlık Uygulama Tebliği ile yayımlanan tutarı) geçemez. Bu tutarı aşan kısım işverenler tarafından ödenir.

Kamu idarelerinde çalışanların kurumları tarafından sürekli görevle gönderilmeleri halinde yurtdışında birlikte yaşadıkları;

✓ Eşlerinin, aylıksız izinli olması veya aylıksız izin süresini borçlanması, 5510 sayılı Kanununun geçici 4.maddesinde belirtilen 5434 sayılı Kanuna göre aylık, tazminat, harp malûllüğü zammı, diğer ödemeler ve yardımlar ile 5454 sayılı Kanunun 1 inci maddesine göre ek ödeme verilmekte olanlar açısından isteğe bağlı iştirakçiliğin devam etmesi, sosyal güvenlik mevzuatı kapsamında kendi adına aylık veya gelir bağlanmış olması,

✓ Çocuklarının, yetim aylığı bağlanmış olması
bakmakla yükümlü olunan aile ferdi sıfatını ortadan kaldırmaz.

Geçici ya da sürekli görevle gönderilen ülke ile Türkiye arasında sağlık yardımlarını kapsayan sosyal güvenlik sözleşmesi olması hâlinde, sözleşme kapsamındaki kişilerin sağlık hizmet giderleri bu sözleşme hükümlerine göre ödenir.

b. Geçici ya da sürekli görevle gönderilme dışında yurt dışında bulunma hâlinde sağlanacak sağlık hizmetleri

Genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişilerin görevlendirme haricinde yurt dışında bulundukları sırada sağlanan sağlık hizmetlerine ilişkin bedellerin ödenmesinde, bulundukları ülke ile Türkiye arasında sağlık yardımlarını kapsayan sosyal güvenlik sözleşmesi olması hâlinde sözleşme hükümleri uygulanır. Sağlık yardımlarını kapsayan sosyal güvenlik sözleşmesinin olmaması hâlinde, sağlık hizmet giderleri ile yol gideri, gündelik ve refakatçi giderleri Kurumca ödenmez.

c. Yurt içinde yapılması mümkün olmayan tedavi nedeniyle yurt dışına sevk edilen kişilerin tedavi koşulları

Sağlık Bakanlığının uygun görüşü üzerine yurt içinde tedavisinin yapılamadığı tespit edilen kişilerin tedavisi yurt dışına sevk edilmek suretiyle sağlanır. Yurt içinde yapılamayan tetkikler yurt dışında yaptırılır. Tedavi ve tetkik bedellerinin tümü fatura üzerinden Kurumca karşılanır. Ancak bu tutar varsa Kurumun yurt dışında sevke konu tedaviye ilişkin sözleşmeli olduğu sağlık hizmet sunucularına ödenen tutarı geçemez.

Kişilerin ülkemizle sosyal güvenlik sözleşmesi olan bir ülkeye gönderilmesi hâlinde;

✓ ülke ile yapılan sosyal güvenlik sözleşmesinde tedavi uygulaması öngörülmüş ise,

✓ tedavi amacıyla gönderilen sigortalının da sosyal güvenlik sözleşmesinin kapsamında bulunması halinde

bu kişiler hakkında sosyal güvenlik sözleşmesi hükümleri uygulanır.

3. BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDEN YARARLANMA ŞARTLARI VE KATILIM PAYI

1) Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Şartları

✓ Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetlerinden ve yol gideri, gündelik ve refakatçi haklarından yararlanabilmeleri için;

- Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (c) ve (f) bentleri (prim ödeme yükümlüsü devlet olanlar ile gelir ve aylık alanlar) hariç diğer bentleri gereği genel sağlık sigortalısı olan kişilerin, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihten önceki son bir yıl içinde toplam 30 gün genel sağlık sigortası prim gün sayısının olması,

- Köy ve mahalle muhtarları ile hizmet akdine bağlı olmaksızın kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlar ile Kanunun 60/g bendine tabi olan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin 30 günlük prim ödeme günü olması ile birlikte sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte prim

borçlarını *tecil ve taksitlendirenler ile tecil ve taksitlendirmeleri devam edenler hariç atmış günden fazla prim ve prime ilişkin her türlü borcunun bulunmaması*,

- İsteğe bağlı sigortalı olan kişiler ile mütekabiliyet esası da dikkate alınmak şartıyla, oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan kişilerin 30 günlük prim ödeme günü olması ile birlikte, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte prim ve prime ilişkin her türlü borcunun bulunmaması,

- Yükseköğretim Kanununa göre üniversitelerde yükseköğrenim gören yabancı uyruklu öğrencilerin 30 günlük prim ödeme günü olması ile birlikte, bir öğretim dönemine ilişkin genel sağlık sigortası primlerinin tamamını öğrenim gördükleri üniversitenin öğrenim dönemi başından itibaren bir ay içinde ödemeleri,

şarttır.

Ancak, genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi kapsamından çıkanların genel sağlık sigortalısı olduğu tarihten itibaren 30 gün içinde sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için 30 günlük prim ödeme günü olması şartı aranmaz.

Prim ödeme gün sayısı ve prim borcu bulunmaması şartı aranmayacak haller:

- ✓ 18 yaşını doldurmamış kişilere sunulan sağlık hizmetleri,
 - ✓ Tıbben başkasının bakımına muhtaç kişilere sunulan sağlık hizmetleri,
 - ✓ Trafik kazası halleri,
 - ✓ Acil hal nedeniyle sunulan sağlık hizmetleri,
 - ✓ İş kazası ve meslek hastalıkları,
 - ✓ Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıkların tedavisi,
 - ✓ Koruyucu sağlık hizmetleri,
 - ✓ Analık halleri,
 - ✓ Afet ve savaş hali ile grev ve lokavt halleri,
- olarak sıralanmaktadır.

2) Katılım Payı Alınması

Katılım payı: Sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için, genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ödenecek tutardır.

5510 Sayılı Kanun gereğince katılım payı alınacak sağlık hizmetleri;

- ✓ Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi (2 TL ila 10 katı arası),
 - ✓ Vücut dışı protez ve ortezler (%10-20 oranında alınan katılım payı tutarı, tıbbi malzemenin alındığı tarihteki brüt asgarî ücretin yüzde yetmiş beşini geçemez. (Asgari Ücret 2011 Temmuz-Aralık için 837 TL=%75'i 627,75 TL) %75'lik üst sınırın hesaplanmasında her bir tıbbi malzeme bağımsız olarak değerlendirilir.)
- ✓ Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar (%10-20),
 - ✓ Kurumca belirlenecek hastalık gruplarına göre yatarak tedavide finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri (sağlık hizmetinin %1'ine kadar alınan katılım payı tutarı, bir takvim yılında asgari ücret tutarını geçmemek kaydıyla her bir yatarak tedavi için asgari ücretin dörtte birini geçemez. (Asgari Ücret 2011 Temmuz-Aralık için 837 TL=%25'i 209,25 TL)),
- ✓ Yardımcı üreme yöntemi tedavileri (ilk deneme %30, 2. deneme %25)

3) Katılım Payı Tahsili

Katılım paylarını,

- ✓ gelir veya aylık alan kişilerin gelir veya aylıklarından,
 - ✓ çalışanların ücret veya maaşlarından
- mahsup edilmek suretiyle**

veya

eczaneler ile diğer kurum ve kuruluşlar aracılığı ile tahsile ve katılım paylarının ödenme usulünü belirlemeye Kurum yetkilidir.

Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularına, tahsil ettikleri katılım payı düşüldükten sonra kalan tutar ödenir.

4) Katılım Payı Alınmayacak Haller, Sağlık Hizmetleri ve Kişiler

Sağlık Hizmetleri, Kişiler ve Haller	Katılım payı gerektiren sağlık hizmeti			
	Ayakta Tedavide Hekim/ Diş Hekimi Muayenesi	Ayakta Tedavide Sağlanan İlaçlar	Vücut dışı ortez ve protez	Yardımcı Üreme Yöntemi
İş kazasına uğrayan veya meslek hastalığına tutulan sigortalının, bu durumları nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri	Katılım payı alınmaz	Katılım payı alınmaz	Katılım payı alınmaz	
Askerî tatbikat ve manevralarda sağlanan sağlık hizmetleri	Katılım payı alınmaz	Katılım payı alınmaz	Katılım payı alınmaz	
Afet ve savaş hali nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri	Katılım payı alınmaz	Katılım payı alınmaz	Katılım payı alınmaz	
Aile hekimi muayeneleri	Katılım payı alınmaz			
Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri	Katılım payı alınmaz	Katılım payı alınmaz	Katılım payı alınmaz	
Sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla; Kurumca belirlenen kronik hastalıklar	Katılım payı alınmaz	Katılım payı alınmaz		
Sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla; hayati öneme haiz vücut dışı ortez ve protezler			Katılım payı alınmaz	
Sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla; organ, doku ve kök hücre nakline ilişkin sağlık hizmetleri	Katılım payı alınmaz	Katılım payı alınmaz	Katılım payı alınmaz	

İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre şeref aylığı alan kişiler ile bunların eşleri	Katılım payı alınmaz	Katılım payı alınmaz	Katılım payı alınmaz	Katılım payı alınmaz
Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler	Katılım payı alınmaz	Katılım payı alınmaz	Katılım payı alınmaz	Katılım payı alınmaz
Harp malûllüğü aylığı alanlar ile Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlar	Katılım payı alınmaz	Katılım payı alınmaz	Katılım payı alınmaz	Katılım payı alınmaz
Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler	Katılım payı alınmaz	Katılım payı alınmaz	Katılım payı alınmaz	
Vazife malûlleri	Katılım payı alınmaz	Katılım payı alınmaz	Katılım payı alınmaz	Katılım payı alınmaz
Polis Akademisi ile fakülte ve yüksek okullarda, Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okuyan veya kendi hesabına okumakta iken Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okumaya devam eden öğrenciler	Katılım payı alınmaz	Katılım payı alınmaz	Katılım payı alınmaz	
Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişiler	Katılım payı alınmaz	Katılım payı alınmaz	Katılım payı alınmaz	
Kontrol muayeneleri	Katılım payı alınmaz			
Acil sağlık hizmetleri	Katılım payı alınmaz			

5) Hizmet Basamakları ve Sevk Zinciri

Sağlık hizmeti sunucuları birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak Sağlık Bakanlığı tarafından basamaklandırılır. Bu basamaklar ve sağlık hizmet sunucuları arasında sevk zinciri; tanı, ön tanı, hekimlerin ve diğ hekimlerinin uzmanlıkları dikkate alınmak suretiyle tüm yurttan veya il ya da ilçe bazında Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak Kurum tarafından belirlenir. Aile hekimleri birinci basamak hizmet sunucuları içinde yer alır.

Kurumca sağlık hizmetlerinin sağlanabilmesi için, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yukml olduğu kişiiler sevk zinciri kurallarına uygun hareket etmek zorundadır.

Mevcut durumda Kurumumuzca sağlık hizmeti sunucularına müracaatına yönelik sevk zinciri uygulamasına ilişiin düzenleme yapılmadığından genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yukml oldukları kişiiler sağlık kurum ve kuruluşlarına doğrudan müracaat edebilmektedir.

TSK'nın da talebi zerine SUT'ta yapılan düzenleme ile 15.10.2010 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere;

211 sayılı Türk Silahlı Kuvvetleri İ Hizmet Kanununa tabi olarak Türk Silahlı Kuvvetlerinde görev yapan **askeri ve sivil personelin kendilerinin**, mesai saatleri içerisindeki müracaatlarının var ise öncelikle Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağlık ünitelerine yapılması zorunludur.

6) Kimlik Tespiti Ve Acil Haller

Kanunun 67 inci maddesi ile sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanabilmek için sağlık hizmet sunucularına başvurduklarında acil haller hariç olmak üzere (acil hallerde ise acil halin sona ermesinden sonra);

- nüfus cüzdanı,
- sürücü belgesi,
- evlenme cüzdanı,
- pasaport veya
- Kurum tarafından verilen resimli sağlık kartı belgelerinden birinin gösterilmesi zorunluluğu getirilmiştir.

5510 sayılı Kanunun söz konusu madde hükümlerinden dayanakla Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde yapılan düzenlemeler doğrultusunda;

Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişiiler, SUT'ta belirtilen özel hükümler saklı kalmak kaydıyla Kurum ile sözleşmesi bulunan ayakta ve yatarak tedavi hizmeti sağlayan sağlık hizmeti sunucularına doğrudan veya sevk edilmek suretiyle, nüfus cüzdanı, sürücü belgesi, evlenme cüzdanı, pasaport veya verilmiş ise Kurum sağlık kartı belgelerinden biri ile müracaat (acil hallerde kimliklerini gösterir belgenin acil halin sona ermesinden sonra ibrazı gerekmektedir) edebilmektedirler.

Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularınca, müracaat eden kişinin sağlık yardımlarından yararlanma hakkının olup olmadığının tespiti için, Kurum bilgi işlem sistemi (MEDULA, MEDULA-optik, eczane provizyon sistemi) zerinden T.C. kimlik numarası ile hasta takip numarası/ provizyon almak suretiyle sağlık hizmeti verilmektedir.

Kurum bilgi işlem sistemi tarafından hasta takip numarası/ provizyon verilmemesi halinde ise sağlık hizmeti sunucularınca kişinin müracaatının,

1. Acil hal (*),
2. İş kazası ile meslek hastalığı hali,
3. Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalık,
4. Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmeti,
5. Analık hali (**),
6. Afet ve savaş ile grev ve lokavt hali,

7. 18 yaş altı çocuklar,
8. Tıbben başkasının bakımına muhtaç kişiler (***)

haller nedeniyle yapılıp yapılmadığı değerlendirilerek, müracaat söz konusu istisnai nedenlerle yapılmış ise;

Bu kişiler için sağlık hizmeti sunucularınca SUT eki “Genel Sağlık Sigortası Talep Formu” (EK-4/B) tanzim edilerek Kurum bilgi işlem sistemi üzerinde ilgili istisnai durum seçilip hasta takip numarası/ provizyon numarası alınarak sadece söz konusu müracaat nedeni ile ilgili sağlık hizmeti sunulabilmektedir.

Sağlık hizmeti sunucularınca düzenlenen formlar en geç, kişilerin başvurusunu takip eden 2 (iki) iş günü içerisinde Kurumun ilgili il müdürlüğü veya merkez müdürlüğüne gönderilmesi gerekmektedir.

(*) **Acil hal;** 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 nedenle sağlanan sağlık hizmetleri acil sağlık hizmeti olarak kabul edilir.

(**) **Analık hali;** Gebeliğin başladığı tarihten itibaren doğumdan sonraki ilk sekiz haftalık, çoğul gebelik halinde ise ilk on haftalık süre 5510 sayılı Kanun bakımından analık hali olarak kabul edilir.

(***) **Tıbben başkasının bakımına muhtaç kişi;** Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırılması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik kapsamında, yetkilendirilmiş özürlü sağlık kurulu raporu vermeye yetkili sağlık kuruluşlarınca, ağır özürlü olduğu “Özürlü Sağlık Kurulu Raporu” ile belgelendirilen kişiler, tıbben başkasının bakımına muhtaç kişiler olarak kabul edilir. Bu kişiler için düzenlenen faturaya Özürlü Sağlık Kurulu Raporu eklenecektir.

Sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan yurtdışı sigortalılarının sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularına müracaatlarında Sosyal Güvenlik İl Müdürlüklerince düzenlenmiş ve onaylanmış “Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sağlık Yardım Belgesi”nin (Kurum bilgi işlem sisteminde müstahaklık sorgulamasının yapılması sağlanıncaya kadar) ibrazı gerekmektedir.

Genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olmayan kişilere sunulan sağlık hizmetleri bedelleri Kurumca ödenmesi mümkün değildir.

4. BÖLÜM

MALÎ VE ÇEŞİTLİ HÜKÜMLER

1) Sağlık hizmetlerinin ödenecek bedellerinin belirlenmesi

Genel sağlık sigortası kapsamındaki kişilere ödenecek gündelik, yol, yatak ve yemek giderlerinin bedelleri ile finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin bedellerini belirlemeye;

- Çalışma ve Sosyal Güvelik Bakanlığını,
- Maliye Bakanlığını,
- Sağlık Bakanlığını,

- Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığını,
- Hazine Müsteşarlığını,
temsilen birer üye ve
- Sosyal Güvenlik Kurumunu,
temsilen iki üye
olmak üzere toplam yedi üyeden oluşan “Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu” yetkili kılınmıştır.

2) Sağlık hizmetlerinin sağlanma yöntemi ve sağlık giderlerinin ödenmesi

a. Sağlık hizmetlerinin sağlanması:

Sağlık hizmetleri,

- Kurum ile yurt içindeki veya yurt dışındaki sağlık hizmeti sunucuları arasında yapılan sözleşmeler yoluyla
ve/veya

- 5510 sayılı Kanun hükümlerine uygun olarak genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından satın aldıkları sağlık hizmeti giderlerinin ödenmesi suretiyle sağlanır. Sözleşmesiz sağlık hizmet sunucularında, sadece acil hallerde sağlanan sağlık hizmetlerinin bedelleri Kurumca karşılanır.

b. Sağlık hizmetlerinin satın alınması:

Genel sağlık sigortasından yararlandırılan kişilerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetleri sağlık hizmeti sunucuları ile sözleşmeler/ protokol yapılmak suretiyle sağlanmaktadır.

Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerden alınan sağlık hizmetlerinin bedelleri, 01.01.2009 tarihinden itibaren her yıl Sağlık Bakanlığı ile yapılan global bütçeleme protokolü ile belirlenen rakamların götürü bedel şeklinde aylık olarak Sağlık Bakanlığına aktarılması suretiyle ödenmektedir. 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. Sözleşmede belirtilen götürü bedel dışında Kurumdan veya genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden Kanunda belirtilen ilave ücretler 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. Uygulamaya ilişkin usul ve esaslar Sağlık Bakanlığı ile müştereken belirlenir.

Üniversite hastaneleri ve Türkiye Eczacılar Birliği (ilaç temini için) ile protokol imzalanmıştır.

Özel sağlık hizmeti sunucuları, eczaneler (ilaç temini için) ve optisyenlik müesseseleri (lens, gözlük cam ve çerçeveleri için) ile sözleşme yapılmaktadır.

Yaklaşık **30 bin** sağlık hizmeti sunucusundan sağlık hizmeti alınmaktadır.

Genel sağlık sigortası kapsamındaki kişilerin ortez ve protezlerinin temini için henüz tedarikçilerle sözleşme yapılmadığından söz konusu malzemeler kişiler tarafından temin edilmekte, bedelleri ise Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından kendilerine ödenmek suretiyle karşılanmaktadır.

c. Sözleşmeli sağlık hizmet sunucularının alabilecekleri ilave ücretler

- 1) Standartların dışında kalan otelcilik hizmeti
- 2) İstisnai sağlık hizmeti
- 3) Sağlık hizmetlerinden alınan ilave ücret

d. İlave ücret bedelinin belirlenmesi

5510 sayılı Kanun gereği;

Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularınca verilen sağlık hizmetleri bedellerine ilave olarak; Kurumca belirlenmiş standartların üstündeki hasta odalarının talep edilmesi halinde standart yatak ücretinin **üç katına kadar**,

Hayati öneme sahip olmama ve alternatif tedavilerin bulunması gibi hususlar göz önüne alınarak Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenen istisnai sağlık hizmetleri için, belirlenen hizmet fiyatlarının **üç katına kadar**,

otelcilik hizmet bedeli ve istisnai sağlık hizmet bedeli talep edilebilmektedir.

✓ **Kamu idaresi sağlık hizmeti sunucuları**, otelcilik hizmeti ile istisnai sağlık hizmetleri dışında genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden ilave ücret talep edememektedir.

5510 sayılı Kanun gereği; Kamu idaresi sağlık hizmeti sunucuları dışındaki vakıf üniversiteleri ve sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, sağlık hizmeti bedelinin bir katını geçmemek kaydı ile tavanı Bakanlar Kurulu tarafından belirlenen ve bu tavan dâhilinde Kurumca belirlenen oranda **ilave ücret** talep edebilmektedir. Sözleşmeli vakıf üniversiteleri ve özel sağlık tesislerinin alabilecekleri ilave ücret tavan oranı Bakanlar Kurulu tarafından %70 olarak belirlenmiştir.

Bu tavan dâhilinde alınabilecek **ilave ücret oranları ve ilave ücret alınmayacak sağlık hizmetleri** ise Kurum tarafından belirlenmektedir. Özel sağlık tesislerinin sunmuş oldukları sağlık hizmetleri için alabilecekleri ilave ücret oranları, ‘Özel Hastanelerin Puanlandırılması ve İlave ücret Alınması Hakkında Yönerge’ doğrultusunda belirlenerek Kurumumuz web sitesinde yayımlanmaktadır.

- Sınıflandırmaya girmeyen özel hastaneler en fazla %30 oranında,
- Yönerge kapsamında puanlandırılmayan sağlık hizmet sunucularından; vakıf üniversite hastaneleri en fazla % 70, diğer özel sağlık hizmeti sunucuları (tıp/dal merkezleri) ise en fazla % 30 oranında ilave ücret alabilirler.

Hastaneler tarafından yukarıda belirtilen oranlardan daha fazla oranda ilave ücret alındığının tespit edilmesi halinde, protokol ve sözleşme hükümleri gereğince işlem yapılır.

e. İlave ücret olarak değerlendirilmeyen ücretler

Eczanelerden ilaç temini esnasında talep edilen eşdeğer ilaç farkı, optikçilerden gözlük cam ve çerçeve temini esnasında talep edilen fark ücreti ve Kurumca bedeli ödenmeyen sağlık hizmetleri için sağlık hizmet sunucuları tarafından kişilerden talep edilen ücretler ilave ücret olarak değerlendirilemez.

f. İlave ücret alınmayacak kişiler

Kurumla sözleşmeli resmi sağlık kurum ve kuruluşları tarafından sevk edilmeleri koşuluyla;

1. 1005 sayılı İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre şeref aylığı alan kişiler,

2. 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,

3. Harp malûllüğü aylığı alanlar ile Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlar ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden

otercilik hizmetleri hariç olmak üzere ilave ücret alınamamaktadır.

g. İlave ücret alınmayacak sağlık hizmetleri

5510 sayılı Kanun gereğince acil haller nedeniyle sunulan sağlık hizmetleri ve yönetmelik kapsamında belirlenen;

1. yoğun bakım hizmetleri,
2. yanık tedavisi hizmetleri,
3. kanser tedavisi (radyoterapi, kemoterapi, radyo izotop tedavileri),
4. yeni doğana verilen sağlık hizmetleri,
5. organ, doku ve kök hücre nakilleri,
6. doğumsal anomaliler için yapılan cerrahi işlemlere yönelik sağlık hizmetleri,
7. diyaliz tedavileri,
8. kardiyovasküler cerrahi işlemleri

için otercilik hizmetleri de dahil olmak üzere herhangi bir ilave ücret alınamamaktadır.

h. Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından alınan sağlık hizmeti giderlerinin ödenmesi

Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından acil hallerde alınan sağlık hizmeti bedeli, Kanunun 72.maddesi gereği, sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları için belirlenen bedeller esas alınarak genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere fatura karşılığı ödenir.

Acil hâller hariç genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından aldığı sağlık hizmeti giderleri ise Kurum tarafından ödenmemektedir.

3) Genel sağlık sigortası gelirlerinin kullanım amacı, kısa ve uzun vadeli sigorta kolları için yapılan sağlık harcamaları

✓ Genel sağlık sigortası prim gelirleri, yönetim giderleri, genel sağlık sigortasından sağlanan sağlık hizmetleri ve diğer haklar dışında başka bir amaçla kullanılamamaktadır.

- Sürekli iş göremezlik, malûllük, çalışma gücü kaybı hallerinin tespiti veya bu amaçla yapılan kontroller nedeniyle oluşan sağlık hizmeti giderleri, ve
- Kurumca belirlenecek gündelik ve yol giderleri ile refakatçi giderleri *kısa ve uzun vadeli sigorta kolları prim gelirlerinden* karşılanır.

4) Doğal afetler veya savaş hali

15/5/1959 tarihli ve **7269 sayılı Kanun** kapsamındaki afetler ile 4/11/1983 tarihli ve **2941 sayılı Seferberlik ve Savaş Hali Kanunu** gereğince ilân edilen savaş halinde genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetleri Kurum tarafından

sağlanmaya devam edilir. Ancak, afet veya savaş hallerine bağlı nedenlerden dolayı Kurumca yapılan sağlık hizmeti giderleri, giderlerin ödendiği takvim yılı sonu esas alınarak genel bütçeden Kuruma bir yıl içinde transfer edilir.

5) İşverenin, genel sağlık sigortalısının ve üçüncü kişilerin sorumluluğu

İşveren, iş kazasına uğrayan veya meslek hastalığına tutulan genel sağlık sigortalısına sağlık durumunun gerektirdiği sağlık hizmetlerini **derhal sağlamakla yükümlüdür**. Bu amaçla işveren tarafından yapılan ve belgelere dayanan sağlık hizmeti giderleri ve 5510 sayılı Kanun hükümlerine uygun olarak ortaya çıkan yol, gündelik ile refakatçi giderleri **Kurum tarafından** karşılanır.

- Bu yükümlülüklerin yerine getirilmesindeki ihmalinden veya gecikmesinden dolayı, genel sağlık sigortalısının tedavi süresinin uzamasına veya malûl kalmasına veya malûllük derecesinin artmasına **sebep olan işveren**, Kurumun bu nedenle yaptığı **her türlü sağlık hizmeti giderini ödemekle yükümlüdür**.

- Ayrıca kanunları gereğince sağlık raporu alınması gerektiği halde sağlık raporuna dayanmaksızın veya alınan raporlarda söz konusu işte çalışması tıbbî yönden elverişli olmadığı belirtildiği halde genel sağlık sigortalısını çalıştıran işverenlere, bu nedenle Kurumca yapılan sağlık hizmeti giderleri de tazmin ettirilir.

- Sağlık kurulu raporu ile belli bir işte çalışamayacağı belgelenen ‘hizmet akdi ile bir veya birden fazla işveren tarafından çalıştırılanlar’ kapsamındaki kişiler **bu işte** çalıştırılmaz. **Bu kişileri çalıştıran işverenler**, genel sağlık sigortalısının aynı hastalık sebebiyle Kurumca yapılan masraflarını ödemekle yükümlüdür.

- Tedavinin sona erdiğine ve çalışılabilir durumda olduğuna dair Kurumca yetkilendirilen hekim veya sağlık kurullarından **belge almaksızın başka işte çalışan** genel sağlık sigortalısının **aynı hastalığı sebebiyle yapılan tedavi masrafları ise kendisinden** alınır.

- Genel sağlık sigortalısına ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilere kastı veya suç sayılır bir hareketi veya ilgili kanunlarla verilmiş bir görevi yapmaması ya da ihmalî nedeniyle Kurumun sağlık hizmeti sağlamasına veya bu kişilerin tedavi süresinin uzamasına sebep olduğu **mahkeme kararıyla tespit edilen üçüncü kişilere, Kurumun yaptığı sağlık hizmeti giderleri tazmin ettirilir**.

6) Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularının duyurulması ve sağlık hizmet sunucusunu seçme serbestisi

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler, sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları arasından, genel sağlık sigortasıyla ilgili diğer madde hükümlerine uymak şartıyla istediğini seçme hakkına sahiptir. Sözleşmeli sağlık hizmet sunucuları, Kurumca elektronik ortamda veya diğer yöntemlerle duyurulur.

7) Sağlık hizmeti sunucularının kayıt ve bildirim zorunluluğu ve kontrol yetkisi

Kurum ile sözleşmesi olan, *tüm sağlık hizmeti sunucuları*, sağlık hizmeti sunduğu tüm kişilere ait sözleşme hükümlerinde yer verilen *bilgileri*, belirlenen yöntemlere ve süreye uygun biçimde *elektronik ortamda veya yazılı olarak Kuruma göndermek zorundadır*.

Kurum, bu Kanunda belirtilen görevleriyle ilgili olarak sağlık hizmeti sunucularının yürüttüğü hizmet ve işlemleri *kontrol yetkisine sahiptir*. Kurum, bu yetkisini görevlendirdiği *personeli vasıtasıyla* veya kamu kurumları ve özel kurumlardan *hizmet satın almak suretiyle kullanabilir*.

❖ GEÇİCİ 12. MADDE

İlgili kanunları gereği tedavi yardımları karşılanan kişiler, bu kanunun yürürlüğe girdiği tarihte herhangi bir işleme gerek kalmaksızın, bu kanun açısından da genel sağlık sigortalısı veya genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi sayılır.

Bu kanunun yürürlüğe girdiği tarihte, ilgili kanunları gereği bakmakla yükümlü olunan kız çocukları, bu kanun gereğince de bakmakla yükümlü olunan kişi sayılır.

Ancak, durumlarında değişiklik olduğunda, sağlık hizmetlerinden yararlanma koşulları bu kanun hükümlerine göre yeniden belirlenir.

Kız çocuklarının durum değişikliklerinin ortadan kalkması halinde, bu kişiler tekrar ilgili kanunlarına göre bakmakla yükümlü olunan kişi sayılır. (Değişik onuncu fıkra 13.02.2011 – 6111/49 md.)

2925 sayılı Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanunu'na tabi sigortalılar ile bunların bu kanuna göre bakmakla yükümlü oldukları kimseler, genel sağlık sigortası hükümlerine göre sağlanan sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanma hakkına sahiptir.

MEDULA NEDİR ?

MED(ikal) ULA(k) sözcüklerinden oluşmaktadır. Medikal haberci anlamına gelmekte olup web servisleri aracılığı ile genel ve basit iletişim protokolünü desteklemektedir. Medula, geçilmesi planlanan elektronik reçete ve elektronik faturanın da alt yapısını oluşturmaktadır.

SGK ile sağlık tesisleri arasında, sağlık tesislerinin iç süreçlerine müdahale etmeksizin,

- Sağlık hizmetinin alındığı kuruluşlardan gelen ve yapılan hizmetlere ait bilgi ile faturaların elektronik ortamda kaydının yapılabildiği fatura bilgisinin elektronik olarak toplandığı,
- Bu kayıtlar üzerinden gerekli inceleme ve kontrollerin yapılabildiği,
- Bu elektronik bilgiye dayalı hizmetlerin ödemesinin gerçekleştirildiği,

bütünleşik bir sistemdir.

Genel Sağlık Sigortasının bilişim altyapısını çok uzun yıllar taşıyabilecek bir yaklaşımı benimsemiştir. Sistem, sağlıkla ilgili hizmet üreten her türlü kurumu, sağlık hizmet sunucusu olarak tanımlamaktadır.

Sistem, Kamu hastaneleri, Üniversite hastaneleri için 01.09.2007, Özel hastaneler, Özel tedavi merkezleri için 15.06.2007, Optik firmaları için 01.04.2008 ve Eczaneler tarafından 01.03.2010 tarihinde kullanılacak şekilde geliştirilmiştir.

Sosyal Güvenlik Kurumunca Planlanan Geri Ödeme Sistemi

MEDULA sisteminin bileşenlerini; Hastane Uygulaması Sistemi, Optik Sistemi, Eczane Sistemi, Malzeme Sistemi oluşturmaktadır.

MEDULA Hastane Uygulaması Sistemi Kullanıcıları

MEDULA Hastane Uygulaması Sistemi Kullanıcıları arasında

1. Sağlık Hizmet Sunucuları: Hizmetlerin Faturalandırılması amacıyla,
2. Sağlık Sosyal Güvenlik Merkez Müdürlükleri: Faturaların incelenmesi ve ödeme işlemleri ve Sözleşme Yönetimi amacıyla,
3. Sosyal Güvenlik Kurumu Merkez Birimleri ise: Sistem Güncellemeleri ve Denetleme amacıyla bulunmaktadırlar.

MEDULA SİSTEMİNİN AMACI

MEDULA sisteminin amacı harcamaları takip etmek, sağlık politikalarının gelişmesi amacıyla veri toplamak ve geri ödemeleri yapmaktır.

MEDULA SİSTEMİNİN HEDEFLERİ

MEDULA sisteminin hedeflerini;

- Hizmet sunucuların iç iş süreçlerine en az müdahalenin yapılması,
- Tüm hizmet sunucularını kapsayan bütünleşik bir sistem kurulması,
- Entegrasyonunun her tür hizmet sunucu açısından kolay ve düşük maliyetli olması,
- Hem hizmet sunucuları hem de SGK açısından sürdürülebilir olması, şeklinde sıralayabiliriz.

KARŞILANACAK İHTİYAÇLAR

Sosyal Güvenlik Kurumunun oluşumuyla, sağlık hizmetleri satın alımının tüm sigortalı ve hak sahiplerini kapsayacak şekilde düzenlenmesi, bu kesime yapılacak işlemlerin de elektronik olarak yürütüleceği yeni bir ortamın kurulmasını gerektirmiştir.

Özellikle yapılan muayene, tetkik ve tedavilerin, Sağlık Uygulama Talimatı esaslarında ve tüm yapı için standart şekilde düzenlenmesi elektronik işleme gereksinim göstermektedir.

Kişilerin sağlık hizmetinden en iyi şekilde yararlanması sağlanacak, sağlık hizmet sunucularının bütün süreçlerde kaliteli veri üretebilmesi sağlanmış olacak, sağlık kuruluşlarına yapılacak ödeme işlemlerine de hız ve doğruluk gelmiş olacaktır.

Ayrıca geleceğe yönelik sağlık harcaması tahminleri yapılabilmesi, risk analizlerinin yapılabilmesi, harcama kalemlerinde değişikliklerin takip edilebilmesi, kapsamlı istatistiki bilginin alınabilmesi, ödemelerin hızlı ve doğru olarak yapılabilmesi, mümkün olacaktır.

MEDULANIN ALT YAPISI

MEDULA sisteminin alt yapısı;

I. MEVZUAT ALT YAPISI,

Ödeme kural parametreler

II. TEKNOLOJİ ALT YAPISI,

Yazılım ve donanım

başlıklarından oluşmaktadır.

MEVZUAT ALT YAPISI

Mevzuat alt yapısı 8 bileşenden oluşmaktadır.

- 1) 5510 Sayılı Kanun
- 2) Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği
- 3) Sosyal Sigorta İşlemleri Yönetmeliği
- 4) SUT (Sağlık Uygulama Tebliği)
- 5) 2009/44 Sayılı Ödeme Genelgesi
- 6) Özel Hastane Sözleşmesi
- 7) Eczane protokolü
- 8) Optik Sözleşmesi

Bunlara ilave olarak Kurum tarafından yapılan duyuru ve genelgelere istinaden MEDULA üzerinde değişiklikler yapılmaktadır.

SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ ve MEDULA

Sağlık Uygulama Tebliği (SUT), MEDULA yazılımının çatısını ve kural parametrelerinin oluşturulmasına dair esas metni oluşturmaktadır. Ayrıca ödeme fiyatlarını ve listelerini içermektedir.

Ayaktan hastalar için kullanılan SUT listeleri; EK-10/A (SAĞLIK KURUMLARININ SINIF VE KODLARI LİSTESİ), EK-10/B (UZMANLIK DALLARINA GÖRE FİYAT LİSTESİ) ve EK-10/C (BAŞVURU BAŞINA ÖDEMEDE İLAVE OLARAK FATURALANDIRILABİLECEK İŞLEMLER LİSTESİ) şeklinde kullanılmaktadır.

Malzemeler ile ilgili listeler ise EK-5/A1-A2 (Fatura edilebilir sarf malzemeleri grubunu oluşturmakta), EK-5/B (Fatura edilemeyecek malzeme grubu), EK-5/C (Protez ve

Ortez listeleri), Ek 5E\F (Omurga Cerrahisi ile Ortopedi ve Travmatoloji branşı Artroplasti Malz. Grubu) şeklindedir.

Son olarak Hizmetlerin fiyatlandırıldığı bölüm; EK-7 (Ağız Diş tedavilerini protezlerini içeren liste), EK-8 (Hizmet Başı ödeme fiyat ve kriter listesi) ve EK-9 (Paket İşlem Fiyat ve Kriterleri) şeklindedir.

2009/44 SAYILI ÖDEME GENELGESİ ve MEDULA

MEDULA üzerinden oluşturulmuş üst yazı branş icmal listeleri ve hizmet detay belgelerinin teslim alınma ve tasnif kontrol işlemleri, evrak servisine kayıt işlemleri, MEDULA tarafından yapılacak Örneklemenin usul ve esaslarının belirlenmesi, Sağlık Hizmeti sunucularının, Eczane ve optikçilerin fatura tasniflerinin belirlenmesi, faturalara inceleme birimlerinin belirlenmesi, yapılan kesintilerin hata oranlarının tama yansıtılması ile ilgili işlemler ve itiraz inceleme ve değerlendirme komisyonlarının (alt ve üst komisyonların) oluşum, görev ve işleyişinin tanımlanması işlemleri 2009/44 sayılı genelgeye göre yerine getirilmektedir.

ÖZEL SAĞLIK KURUM/KURULUŞU SÖZLEŞMELERİ ve MEDULA

Özel sağlık kurum ve kuruluşları ile yapılan sözleşmelerde, MEDULA üzerinden fatura gönderilecek branşların belirlenmesi(sözleşme konuları) ve genel, tıbbi ve cezai hükümlerin belirlenmesi ile ilgili hususlar MEDULA sistemi çerçevesinde düzenlenmektedir.

TEKNOLOJİ ALT YAPISI

GSS MEDULA Sistemi, Java Teknolojileri ile hazırlanmış olup, IBM WebSphere Application Server üzerinde sunulmaktadır.

SİSTEMİN DEVREYE ALINIŞI

25.05.2007 tarihinde yürürlüğe giren Sağlık Uygulama Tebliğinde yer aldığı gibi, MEDULA Sisteminin kullanımı, özel sağlık tesisleri için 15.06.2007 tarihi itibari ile devlet ve üniversite hastaneleri için 01.09.2007 tarihi itibari ile zorunlu hale gelmiştir.

TEKİL TANIMLAYICI

Tüm tesisler için tesis ve yönetici şifresi, ilgili SGK Sağlık İşleri İl Müdürlüklerinden verilmektedir.

MEDULA da sağlık tesisi tanımı Sağlık İşleri İl Müdürlükleri tarafından yapılmaktaydı. 21.03.2008 tarihinden itibaren bu işlem Tekil Tanımlayıcı Sistemi üzerinden gerçekleştirilmeye başlanmıştır.

İlk defa sözleşme yapacak tesisler kendilerini www.huap.org adresinden Tekil Tanımlayıcıya tanımlamak zorundadır.

Tekil Tanımlayıcı tarafına Medula tesis kodu üreten algoritma verilmiştir ve senkronizasyon tamamlanarak MEDULA tesis kodu tanımlama bilgisini Tekil Tanımlayıcı sisteminden almaya başlamıştır. Tesisler buradan aldıkları tesis kodu ile beraber bağlı bulundukları Sağlık Soysal Güvenlik Merkez Müdürlüklerine başvurarak sözleşme yapmalıdır.

SİSTEME GENEL BAKIŞ

Sistem, 3 ana 2 yan sürecin işletildiği web servisleri ile, dönem sonlandırma, dönem örnekleme ve evrak üst yazısının alındığı web uygulamasından oluşmaktadır.

SÜREÇLER VE METOTLARI

Süreçlerin işletilmesinde yapılan hataların sağlık tesisleri tarafından düzeltilebilmesi amacıyla ana metotlarımızın yanı sıra okuma ve silme metotlarımızda yer almaktadır.

1-) Hasta Kabul Süreci Metotları

- Hasta Kabul
- Hasta Kabul Oku
- Hasta Kabul İptal
- Hasta Çıkış Kayıt
- Hasta Çıkış İptal
- Hasta Yatış Oku
- Başvuru Altındaki Takipleri Oku
- Sevk Bildir

2-) Hizmet Kayıt Süreci Metotları

- Hizmet Kayıt
- Hizmet Kaydı Oku
- Hizmet Kaydı İptal

3-) Fatura Kayıt Süreci Metotları

- Fatura Kayıt
- Fatura Oku
- Fatura İptal

HASTA KABUL SÜRECİ

Sağlık hizmeti alan kişinin sağlık hizmet sunucusuna başvurması ile başlayan süreçtir.

Bu süreçte sağlık hizmeti alacak kişinin bilgileri ile tesisin bilgileri alınarak kişiye sağlık hizmetinin verilip verilmeyeceğinin kontrolü yani müstehaklık sorgulaması ve tesisin SGK kurumu ile anlaşmalı olup olmadığının kontrolleri yapılarak Hasta için bir HastaBaşvuruNo ve bu numara ile ilişkili bir takip numarası üretilir.

Sağlık hizmet sunucusunda verilen hizmetler bu takip numarası ile takip edilir.

Sağlık hizmet sunucusunda hastanın tedavisi boyunca aynı Hasta Başvuru No'suna bağlı aynı veya farklı branşlarda birden fazla takip verilebilir bu takipler birbiri ile ilişkilidirler, verilen hizmetler bu takip numaraları aracılığıyla takip edilir.

Hasta kabul metodunda yenilik olarak ilişkili takip alma mantığı getirilmiştir.

İlk takip alışlarda bu alan boş gönderilecektir. Daha sonra bağlı takip alma isteklerinde bu alana üzerinden yeni bir takip alınmak istenen ilk takibin numarası gönderilecektir.

Örneğin hastaya ilk takip olarak ayaktan bir takip alınmış olsun hasta yatışa geçirildiğinde yatan takibi alınırken takip no alanına ayaktan takibin numarası gönderilmelidir.

Sistem hangi durumda ilk hangi durumda bağlı takip alınması gerektiğini ve bağlı takibin ne olması gerektiğini uyarı mesajları ile yönlendirecektir.

HASTA KABULDE ALINAN BİLGİLER

Tesis Kodu : Sağlık hizmet sunucusunu tanımlayan koddur.

Provizyon Tarihi : Hastanın sağlık hizmet sunucusuna başvuru tarihi

Provizyon Tipi : Normal , İş kazası, Acil, Trafik Kazası, Adli Vaka, Meslek Hastalığı

Hasta TC Kimlik No : Sağlık hizmeti alan kişinin TC Kimlik numarası

Sigortalı Türü : Çalışan, Emekli , Kurum Personeli, Diğer

Devredilen Kurum : SSK, Bağkur, Emekli Sandığı, Yeşil Kart, ve Diğer Kapsamlar

Takip No : Başka bir takipten ilişkilendirilerek alınacak takip no için ilişkili takibin numarasıdır.

Tedavi Türü : Ayaktan, Yatan, Günübirlik

Branş : Hizmeti sunacak sağlık hizmet sunucusu biriminin branşıdır.

Tedavi Tipi : Özellikle tedaviler için alınacak takibi belirlemek için kullanılacaktır.

Takip Tipi : Normal, Eşlik Eden Hastalık, Uzayan Yatış, Komplikasyon,

Tanı Amaçlı Günübirlik, Yoğun Bakım, Hizmetin Yarım

Kalması veya İptal Olması

Yeni Doğan Bilgisi : Yeni doğan için anne üzerinden alınacak takibi belirtmek için kullanılacaktır.

Donör TC Kimlik No : Alıcı üzerinden alınan takibin hangi donör için alındığını belirtecektir.

Yatış Bitiş Tarihi : Geriye dönük yatan takiplerde kapalı yatış isteği için bu alanda yatış bitiş tarihinin gönderilmesi gerekmektedir.

TEDAVİ TÜRLERİ

A : Ayakta Tedavi

Tüm Poliklinik ve Acil girişlerinde Ayaktan takip alınmalıdır.

Ayaktan Gelebilecek Paketler : FTR paketleri, HOT Paketleri, Ek10/C

Paket olan işlemleri

Y : Yatarak Tedavi

Yatan takipleri mutlaka Ayaktan yada Günübirlik takip üzerinden bağlı alınmalıdır.

G: Günübirlik Tedavi

SUT 4.1.2 maddesinde yer alan Hasta yatış ve taburcu işlemi yapılmadan, 24 saatlik zaman dilimi içinde yapılan tedaviler Günübirlik takip altında gönderilebilir.

N : Normal

E : Eşlik Eden Hastalık

İçerisinde paket işlem olan Yatan takibinden alınabilir.

Ek8 üzerinden faturalanır.

U : Uzayan Yatış

İçerisinde paket işlem olan Yatan takibinden alınabilir. Ayrıca yapılan paket ameliyatın gurubuna göre (15,10,8,5,3) gün sonra alınabilir.

Ek8 üzerinden faturalanır.

K : Komplikasyon

İçerisinde paket işlem olan Yatan takibinden alınabilir.

Ek-8 den %10 ekşiğiyle faturalanır.

T : Tanı Amaçlı Günübirlik

Tanı amaçlı günübirlik paketlerde takip tipi T olmalıdır. Bu durumda aynı gün Vaka başı muayene var ise muayeneye fiyat dönmez.

Y : Yoğun Bakım

Yoğun Bakım paketlerini girileceği takip tipi

P : Hizmetin İptal olması veya Yarım Kalması

Hizmetin iptal olması veya yarım kalması durumunda Ek8 işlemleri %10 indirimli olarak buradan faturalanacaktır.

HİZMET KAYIT SÜRECİ

Bu süreç sağlık hizmet sunucusu tarafından sağlık yardımından yararlanan kişiye verilen hizmetlerin MEDULA sistemine kaydedildiği süreçtir. İlk hasta kabul sürecinde hasta için alınan Hasta Başvuru No ve Takip numarası üzerinden işlemler kaydedilecektir.

Hazırlanacak yapı ile işlemlerin hastaya yapılıp yapılamayacağına dair tüm kontroller yapılarak işlem kaydı alınacaktır bu aşamada bir hata var ise cevap on-line olarak karşı tarafa bildirilecektir. Yeni yapı ile EK-8 ve EK-9 yer alan güne, tedaviye veya hastaya bağlı maksimum adet sınırlamaları olan işlemler için tesisin kendisi tarafından yapılıp yapılamayacağını öğrenebileceği bir yapı bu sürecin metotları kullanılarak gerçekleştirilmiş olacaktır.

FATURA KAYIT SÜRECİ

Bu süreç iki numaralı Hizmet Kayıt Sürecinde tedavi boyunca yapılmış ve kaydedilmiş işlemlerin faturalanmasının gerçekleştirileceği süreçtir.

Hasta Başvuru numarasına bağlı olan o tedavi boyunca alınmış faturalanmamış tüm ilişkili takipler faturalamaya birlikte gönderilecektir.

Böylelikle tedavi boyunca yapılmış tüm işlemler aynı döneme faturalanması sağlanacak, değerlendirilmesi birlikte yapılacak ve o tedavinin tüm aşamaları gösterilebilecektir.

Bu süreçte ilişkili tüm takipler değerlendirilerek gönderilmiş olan tüm işlemlerin ve takiplerin fiyatlanması on-line gerçekleştirilecektir ve hastanın o tedavisi için bir fatura kaydı oluşturularak toplam fatura fiyatı tesislere dönülecektir.

Eğer hastanın yatışı varsa hasta yatışı kapatılmadan o tedaviyle ilişkili hiçbir takip faturalanamayacaktır.

Faturalanmış bir yatış aralığına geriye dönük aynı veya farklı tesis de hiçbir takip verilmeyecektir.

DÖNEM SONLANDIRMA

Dönem sonlandırma,

“Bu döneme ait fatura işlemlerimi ve diğer yükümlülüklerimi tamamladım. Artık bu dönemi kapatıyor ve dönem içinde kaydetmiş olduğum faturaların bedelini talep ediyorum.”

anlamına gelmektedir. Dönem sonlandırma, muhasebe dilindeki dönem kapatmaya benzetilebilir.

Örnek olarak:

- Başhekim veya yönetici 1-31 Ocak dönemini sonlandırarak, bu dönem için SGK sistemine kaydettiği
- • 897665 numaralı 25.01.2007 tarihli 1.000 TL’lik
- • 897666 numaralı 26.01.2007 tarihli 10.000 TL’lik icmal
- • 897667 numaralı 31.01.2007 tarihli 9.000 TL’lik icmal
- • 897668 numaralı 31.01.2007 tarihli 1.000 TL’lik
- faturaların bedeli olarak Kurum’ dan 21.000 TL’lik geri ödeme talep

edecektir.

Dönem sonlandırma, hastane HBYS'sinde değil SGK sisteminde yapılacak bir işlemdir. Sadece yetkilendirilmiş başhekim veya yönetici tarafından yapılabilir. İçinde bulunan dönem sonlandırılmaz. Örneğin 1-31 Ocak dönemi en erken 1 Şubat'ta sonlandırılabilir. Geri ödeme aşamasında bilgi tutarsızlığına sebep olunmaması için, sonlandırılmış döneme ait fatura bilgisi, ödeme bilgisi, takip bilgisi silinemez, güncellenemez. Silme veya güncelleme gerekiyorsa dönem sonlandırma iptal edilmeli, düzeltme yapıldıktan sonra dönem tekrar sonlandırılmalıdır. Faturanın sonlandırılmış döneme girmesi için dikkate alınan, faturanın SGK sistemine kayıt tarihi değil, faturanın tarihidir. Örneğin: Ocak ayına ait 31 Ocak tarihli bir fatura 3 Şubat'ta E00 süreci ile SGK sistemine kaydedilir ve daha sonra Ocak dönemi sonlandırılırsa, bu fatura Ocak dönemine girer.

Sonlandırılan dönem içerisine yeni bir fatura eklenemez. Fatura bir sonraki döneme dahil edilebilir.

Örneğin: Ocak dönemi 1 Şubat tarihinde sonlandırılmış olsun. Fatura tarihi 31 Ocak olan bir kayıt 2 Şubat'ta Ocak dönemine kaydedilemez. Bu fatura bir sonraki döneme kaydedilebilir.

Tesisler yönetici şifreleri ile <http://medula.sgk.gov.tr/medula> adresinden Dönem Sonlandırma işlemlerini yapabilmektedir. Hatasız ödeme sorguları için ayaktan ve yatarak olmak üzere iki adet muhasebe değeri olan resmi fatura oluşturmaktadır.

Ayrıca; SUT' un 9.2 (Fatura Düzenlenmesi) maddesinde belirtilen; Trafik Kazası, İş Kazası, Meslek Hastalıkları ve Adli Vaka durumlarında ve kemik iliği, kök hücre nakilleri, ekstrakorporeal fotoferez tedavisi, hiperbarik oksijen tedavileri için ayrı ayrı fatura oluşturulacaktır.

ÖRNEKLEME

Dönem sonlandırıldıktan sonra örnekleme işlemi tesisler tarafından yapılarak ve faturayla beraber sadece örneklenen fatura eki belgeler Sağlık Sosyal Güvenlik Merkez Müdürlüklerine teslim edilir.

Örneklemeyi kabul eden tesisler için ayaktan ve yatan branşlar için %5 oranında örnekleme gerçekleştirilir. Ayrıca SUT un 4.2 maddesinde belirtilen ve ayrı ayrı faturalandırılan takipler için örnekleme %100 dür. (Örneklemeyi kabul etmeyen tesisler de örnekleme işlemini %100 olarak yapmak durumundadırlar, %100 ü incelenir.)

Örnekleme yapıldıktan sonra, dönemi iptal etme ve kayıtlarda değişiklik yapma imkanı olmadığından, dönem sonlandırma işlemi yapıldıktan sonra, örneklemeye geçmeden önce sağlık tesislerinin döneme ait bütün işlemlerini kontrol etmesi ve sonra örneklemeyi yapması uygun olmaktadır. Bu çalışma inceleme ve ödemelerde yaşanabilecek sorunları engellemektedir.

ÜST YAZI OLUŞTURMA

Sonlandırılmış döneme ait faturaların GSS Ödeme Birimlerine gönderilmesinde tesislere yardımcı olacak bir adet evrak üst yazısı sistem tarafından üretilmektedir. Başhekim veya yönetici tarafından alınacak olan evrak üst yazısında aşağıdaki bilgiler olacaktır:

- Hangi tesise ait olduğu ,
- Hangi döneme ait olduğu ,
- Hangi GSS Ödeme Birimine gönderilecek olduğu ,
- Ayaktan/Yatarak ayrımına göre branş bazlı fatura tutarları ,
- Evrak referans numarası.
- Sağlık tesisleri, döneme ait üst yazıyı sistemden alarak, diğer gerekli

belgelerle birlikte ilgili GSS Ödeme Birimine başvuracaktır.

Üst yazıda bulunan evrak referans numarası ödeme birimlerinde, evrak kaydı için kullanılacak bir anahtar koddur. Bu numara ile, sağlık tesisinin fatura evrakı sisteme kaydedilmekte ve geri ödeme süreci başlamaktadır.

Medula sisteminden alınacak çıktılar şunlardır:

- 1- Fatura üst yazısı (3 nüsha olacak),
- 2- Branş bazında icmal listeleri,
- 3- Örneklenen takip numaralarına ait hizmet detay belgeleri.

Yukarıda sayılanlar dışında SUT ve diğer mevzuatta belirtilen fatura eki belgeler sağlık tesislerinin kendi otomasyon sistemlerinden alınacak çıktılar ve diğer belgelerden oluşacaktır.

Genel sağlık sigortalısı ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerin 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 63 üncü maddesi gereğince finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri yine anılan Kanunun 73 üncü maddesi gereğince;

- 1-Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti sunucularından,
- 2-Üniversitelere bağlı sağlık hizmeti sunucularından,
- 3-Belediyelere bağlı sağlık hizmeti sunucularından,
- 4-Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı sağlık hizmeti sunucularından,
- 5-Özel sağlık hizmeti sunucularından,

Sözleşme / protokol yapmak suretiyle, ayrıca genel sağlık sigortalısı ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından satın aldıkları sağlık hizmeti giderlerinin kendilerine ödenmesi suretiyle karşılanmaktadır.

SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ

Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) Nedir?

Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin neler olduğu, sağlık hizmetlerinin bedelleri, bu hizmetlerden nasıl yararlanılacağı, başvuru yöntemleri, başvuruda gerekli olan belgeleri, sağlık hizmeti sunucularının basamaklandırılması, ilave ücretin ne olduğu, üst sınırı, ilave ücret alınmayacak kişiler ve haller, katılım payı miktarı, katılım payı alınmayacak kişiler ve haller, tahsil yerleri ve yöntemleri, yol ve gündelikler ile bunlara ilişkin başvuru yöntemleri, kapsamdaki kişiler gibi hem genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler hem de sağlık hizmeti sunucusunu ilgilendiren ve uyması gerekli kurallar ve bilgileri içeren Resmi Gazetede yayımlanan Kurumun genel sağlık sigortası uygulamalarını bildirir.

SUT Nasıl Hazırlanır?

Yürürlükteki SUT hükümleri ve/veya SUT ekleri ile ilgili olarak Kurum üniteleri, meslek kurum/kuruluşları ve sigortalılardan gelen talep veya şikayetlerin branş bazında yapılan toplantılarda görüşülmesi ile alınan kararlar doğrultusunda yapılacak değişiklikler SUT hükümlerine ilave edilir. Finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri kapsamına alınan veya fiyatı değişen işlemlerin işlenmiş olduğu Sağlık Uygulama Tebliği, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunda görüşülmesi ve uygun görülmesi sonucunda Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girer.

Finansmanı Sağlanan Sağlık Hizmetleri Nelerdir?

- Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri,
- Hekim tarafından yapılacak muayene,
- Laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri,
- Tıbbî müdahale ve tedaviler,
- Hasta takibi ve rehabilitasyon hizmetleri,
 - Organ, doku ve kök hücre nakline ve hücre tedavileri,
 - Acil sağlık hizmetleri,
 - Analık nedeniyle yapılan sağlık hizmetleri,
 - Ağız ve diş tedavisi
 - Tüp bebek tedavisi,
- Tanı ve tedaviler için gerekli olabilecek
- Kan ve kan ürünleri,
- Kemik iliği nakilleri,
- Aşı, ilaç,
- Ortez, protez, tıbbî araç ve gereç, tıbbî cihaz, tıbbî sarf, iyileştirici nitelikteki tıbbî sarf malzemeleri, sağlanması, takılması, garanti süresi sonrası bakımı, onarılması ve yenilenmesi hizmetleri.

Katılım Payı Nedir?

Katılım payı, sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için, genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ödenecek tutarı ifade eder.

Katılım Payı Ne Kadardır?

Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenelerinde;

- | | |
|--|-------|
| - Sağlık Bakanlığı birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları | 2 TL |
| - Resmi ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları | 8 TL |
| - Özel sağlık hizmeti sunucuları | 15 TL |

Genel sağlık sigortalısı veya bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerin tedavisini sağlayan sağlık hizmeti sunucularınca kişilere reçete düzenlenmez veya kişilerce eczaneden reçete karşılığı ilaç alınmaz ise Sağlık Bakanlığına bağlı birinci basamak sağlık hizmeti

sunucuları için öngörülen katılım payı tutarı tahsil edilmez, diğerler sağlık hizmeti sunucularınca öngörülen tutardan ise 3 TL indirim uygulanır.

Birinci basamak sağlık kuruluşları muayeneleri, Kurumca belirlenen kronik hastalıklar ve acil haller hariç olmak üzere 10 gün içerisinde aynı branşta farklı sağlık hizmet sunucusuna yapılan başvurularda, bu madde de belirtilen ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı tutarları 5 (Beş) TL artırılarak tahsil edilir. Artırılan bu tutar; Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için gelir ve aylıklarından, diğer kişiler için ise, eczanelere müracaat aşamasında eczanelerce kişilerden tahsil edilir.

- Vücut dışı protez ve ortez temininde emeklilerden %10, çalışanlardan %20,
- Ayakta yapılan tedavide sağlanan ilaçlardan emeklilerden %10, çalışanlardan %20,
- Tüp bebek tedavilerinde birinci denemede %30, ikinci denemede %25 Oranında katılım payı alınmaktadır.

Diğer taraflardan 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununda yatarak tedavilerde %1'e kadar katılım payı alınabileceğine dair hüküm olmakla birlikte halen yatarak tedavilerde katılım payı alınmamaktadır.

Katılım Payında Üst Sınır Var Mıdır?

Genel sağlık sigortalısı veya bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerden;

Vücut dışı protez ve ortezlerin her birinden sağlık hizmetinin alındığı tarihte yürürlükte olan asgarî ücretin % 75'ini geçemeyecek şekilde,

Yatarak tedavilerde ise her bir yatış için sağlık hizmetinin alındığı tarihte yürürlükte olan asgarî ücretin % 25'ini geçemeyecek şekilde,

katılım payı alınır.

Ancak yatarak tedavilerde yıllık olarak alınacak katılım payları asgari ücretin %100'ü geçemez.

Katılım Payı Alınmayacak Haller Nelerdir?

- İş kazası ile meslek hastalığı hallerinde sağlanan sağlık hizmetlerinden,
 - Afet ve savaş hali nedeniyle sağlanan sağlık hizmetlerinden,
 - Aile hekimi muayeneleri ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinden,
 - Kurumca belirlenen kronik hastalıklar ve hayati önemi haiz ortez protezler, organ, doku ve kök hücre nakillerinden,
 - Kontrol muayenelerinden,
- katılım payı alınmamaktadır.

Katılım Payı Alınmayacak Kişiler Kimlerdir?

- İstiklal Madalyası ve şeref aylığı alan kişiler ile bunların eşleri,
- Vatani Hizmet Tertibi Aylığı alan kişiler,
- Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,

- Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişiler,
 - Harp malûllüğü aylığı alanlar ile Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlar,
- Katılım payından muaf tutulmuştur.

İlave Ücret Nedir?

Sözleşmeli özel sağlık kurumları ile sözleşmeli vakıf üniversitesi sağlık kurumlarının genel sağlık sigortalısı ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerden, sağlık hizmeti sunucusunca kullanılan ve Sağlık Uygulama Tebliğinde yer alan, ilaç ve tıbbi malzeme haricinde, vermiş olduğu sağlık hizmetlerinden Kurum mevzuatına göre tavanı belirlenen oranda aldığı tutara ilave ücret denir.

Bu sınır Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen sağlık hizmet bedellerinin bir katına kadar olmak üzere Bakanlar Kurulunca tespit edilmektedir.

İlave Ücrette Sınır Var mıdır? Kimlerden Alınır?

Bakanlar Kurulunca belirlenen ve halen uygulanmakta olan oran % 70'dir.

Kurum, Bakanlar Kurulunca belirlenen tavan içinde ilave ücreti oranı ile hiçbir şekilde ilave ücret alınmayacak hallerin neler olduğunu belirlemektedir.

Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularınca hastane puanlarına göre % 30 ila %70 oranları arasında ilave ücret alınmaktadır.

Kamu idaresi sağlık hizmeti sunucularının ilave ücret alma hakkı bulunmamaktadır.

Ancak, Otelcilik hizmetleri ve istisnai sağlık hizmetleri için ilave ücret talep edebilmektedirler.

Otelcilik hizmetleri ve istisnai sağlık hizmetleri için sadece kamu idaresi sağlık hizmeti sunucuları değil Kurumla sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları ilave ücret talep edebilmekte ve üst sınır da Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen sağlık hizmet bedellerinin üç katına kadardır.

Otelcilik Hizmetlerinde İlave Ücret

Sözleşmeli sağlık kurumları, tek yataklı, banyolu, tv ve telefonu bulunan odalarda sundukları otelcilik hizmetleri için SUT eki EK-8'de (Sağlık Kurumları Puan Listesi) yer alan "Standart yatak tarifesı" işlem bedelinin üç katını geçmemek üzere kişilerden ilave ücret alabilir.

Günübirlik tedavi kapsamındaki işlemler sırasında verilen otelcilik hizmeti için ise en fazla SUT eki EK-8'de (Sağlık Kurumları Puan Listesi) yer alan "Gündüz yatak tarifesı" işlem bedelinin 3 katına kadar ilave ücret alınabilir.

İlave Ücret Alınmayacak Kişiler ve Sağlık Hizmetleri

İlave ücret alınmayacak kişiler

Resmi sağlık kurum ve kuruluşları tarafından sevk edilmeleri koşuluyla,

- 24/2/1968 tarihli ve 1005 sayılı İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre şeref aylığı alan kişilerden,
 - 3/11/1980 tarihli ve 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişilerden,
 - Harp malûllüğü aylığı alanlar ile Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlardan
- ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerden, otelcilik hizmetleri hariç olmak üzere ilave ücret alınamaz.

İlave ücret alınmayacak sağlık hizmetleri

- Acil haller nedeniyle sunulan sağlık hizmetleri,
 - Yoğun bakım hizmetleri,
 - Yanık tedavisi hizmetleri,
 - Kanseri tedavisi (radyoterapi, kemoterapi, radyo izotop tedavileri),
 - Yenidoğana verilen sağlık hizmetleri,
 - Organ, doku ve kök hücre nakilleri,
 - Doğumsal anomaliler için yapılan cerrahi işlemlere yönelik sağlık hizmetleri,
 - Diyaliz tedavileri,
 - Kardiyovasküler cerrahi işlemleri,
- için hiçbir şekilde ilave ücret alınamaz.

Sağlık Hizmeti Sunucularının Basamaklandırılması Nasıldır?

A-Sağlık Kuruluşları:

1- Birinci basamak resmi sağlık kuruluşu:

- Kamu idareleri bünyesindeki kurum hekimlikleri,
- Sağlık ocağı,
- Verem savaş dispanseri,
- Ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi,
- Sağlık merkezi ve toplum sağlığı merkezi,
- Sağlık Bakanlığınca aile hekimi olarak yetkilendirilen aile hekimleri,
- 112 acil sağlık hizmeti birimi,
- Üniversitelerin medikososyal birimleri,
- Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağlık üniteleri,
- Belediyelere ait poliklinikler.

2- Birinci basamak özel sağlık kuruluşu:

- İşyeri hekimleri
- Özel poliklinikler,
- Ağız ve diş sağlığı hizmeti veren özel sağlık kuruluşları.

3- Serbest eczaneler

B-Sağlık kurumları:

1- İkinci basamak resmi sağlık kurumu:

- Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri,
- Entegre ilçe hastaneleri,
- Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri,
- Tıp fakültelerinin bulunduğu ilin dışında yer alan uygulama ve araştırma merkezleri (üniversite hastaneleri)
- Türk Silahlı Kuvvetlerinin eğitim ve araştırma hastanesi olmayan hastaneleri,
- Belediyelere ait hastaneler,
- Kamu kurumlarına ait tıp merkezi ve dal merkezleri,
- Darülaceze Müdürlüğü Hastanesi

2- İkinci Basamak Özel Sağlık Kurumu:

- Özel Hastaneler
- Tıp merkezleri
- Dal merkezleri.

3- Üçüncü Basamak Resmi Sağlık Kurumu:

- Eğitim ve araştırma hastaneleri,
- Özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri,
- Üniversite hastaneleri ile bağlı sağlık uygulama araştırma merkezleri, enstitüler ve semt poliklinikleri,
- Üniversitelerin dış hekimliği fakülteleri,
- Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı tıp fakültesi hastanesi ile eğitim ve araştırma hastaneleri,
- Bezm-i Alem Valide Sultan Vakıf Gureba,

C-Basamaklandırılmayan Sağlık Hizmet Sunucuları:

- Diyaliz merkezleri ve Sağlık Bakanlığından ruhsatlı diğer özelleşmiş tedavi merkezleri,
- Refik Saydam Hıfzısıhha Laboratuvarları,
- Tanı, tetkik ve görüntüleme merkezleri ile laboratuvarlar,

D-Basamaklandırılmayan Diğer Sağlık Hizmet Sunucuları:

- Optisyonluk müesseseleri,
- Tıbbi cihaz ve malzeme tedarikçileri,
- Kaplıcalar.

Analık Hali Nedir?

Gebeliğin başladığı tarihten itibaren doğumdan sonraki ilk sekiz haftalık, çoğul gebelik halinde ise ilk on haftalık süre.

Acil Hal Nedir?

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 nedenle sağlanan sağlık hizmetleri acil sağlık hizmeti olarak kabul edilir.

Acil Hal Nedeniyle Sağlık Hizmet Bedellerinin Ödenmesi Nasıldır?

Genel sağlık sigortalısı ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, Kurumla sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularınca acil hal nedeniyle sağlanan sağlık hizmeti tutarları “Sözleşmeli Sağlık Hizmet Sunucularından Alınan Sağlık Hizmetlerinin Ödenmesi” başlıklı eğitim notunda izah edilmiştir. Bu kişilerin, Kurumla sözleşmesiz sağlık kurum veya kuruluşuna acil haller nedeniyle müracaatı sonucu oluşan sağlık giderleri; acil tıbbi müdahale yapılmasını zorunlu kılan durumun müdahaleyi yapan hekim tarafından imzalanmış bir belge ile belgelendirilmesi ve Kurumca kabul edilmesi şartıyla karşılanır. Kurumca yapılacak inceleme sonrasında belirlenen tutarlar, fatura karşılığı kişilere ödenir. Sözleşmesiz sağlık kurum ve kuruluşlarınca, acil tedavilere ilişkin bilgilerin tıbbi açıdan kaydedilmesi ve Kurumca gerek görüldüğünde ibraz edilmesi zorunludur.

Tedavi Kategorileri Nelerdir?

A.Yatarak Tedaviler;

1- Yatan hasta tedavisi

Sağlık kurumlarında yatış tarihinden taburcu işlemi yapılincaya kadar uygulanan tedavidir.

2- Günübirlik tedavi

Günübirlik tedavi kapsamındaki işlemler; sağlık kurumlarında yatış ve taburcu işlemi yapılmadan 24 saatlik zaman dilimi içinde yapılan aşağıda belirtilen işlemlerdir. Kemoterapi, radyoterapi, anestezi / sedasyon ile gerçekleştirilen tanısal veya cerrahi tüm işlemler, diyaliz tedavileri, kan transfüzyonu gibi işlemler bu kapsamda değerlendirilir. Dış hekimliği uygulamaları günübirlik tedavi kapsamında değerlendirilmez.

B.Ayaktan Tedavi;

Yatarak tedavi dışında kalan ve hastaların sağlık kurum ve kuruluşlarında veya bulunduğu yerde yatırılmaksızın sağlık hizmetlerinin sağlanması, ayaktan tedavi olarak kabul edilir.

Sağlık Raporları Nelerdir ve Nasıl Düzenlenir?

1. Uzman Hekim Raporlarının Düzenlenmesi

İlgili tek uzman hekim tarafından düzenlenerek başhekimlik mührü (özel sağlık kurum ve kuruluşlarında mesul müdür kaşesi) ve ıslak imza onayı bulunan raporlardır.

2. Sağlık Kurulu Raporlarının Düzenlenmesi

İlgili daldan üç uzman hekimin katılımıyla, aynı daldan üç uzman hekim bulunmaması halinde ise ilgili dal uzmanı ile birlikte öncelikle bu uzmanlık dalına en yakın uzmanlık dalından olmak üzere başhekimin seçeceği diğer dallardan uzman hekimlerin katılımı ile en az üç uzman hekimden oluşan sağlık kurullarınca düzenlenen ve başhekimlik mührü (özel sağlık kurum ve kuruluşlarında mesul müdür kaşesi) ve ıslak imza onayı bulunan raporlardır.

Tüp Bebek Tedavisi Nedir ve Şartları Nelerdir?

Evli olmakla birlikte eşlerden her ikisinin evlat edinilmiş çocukları hariç soybağı kurulmuş sağ çocuğunun olmaması (birden fazla yapılan evliliklerde de çiftlerden her ikisinin sağ çocuk sahibi olmaması) koşuluyla; genel sağlık sigortalısı kadın ise kendisine, erkek ise bakmakla yükümlü olduğu karısına, en fazla iki deneme (siklus) ile sınırlı olmak üzere Kurumca karşılanır.

Bunun için;

- Yapılan tıbbî tedavileri sonrasında normal tıbbî yöntemlerle çocuk sahibi olamadığının ve ancak yardımcı üreme yöntemi ile çocuk sahibi olabileceğine dair sağlık kurulu raporu düzenlenmiş olması, (Sağlık kurulu raporunda yer alması gereken hususlar ve raporun özellikleri SUT 'un 4.5.4.K.1.1 numaralı maddesinde belirtilmiştir.)
- 23 yaşını doldurmuş, 40 yaşından gün almamış olması,
- Uygulamanın yapıldığı merkezin Kurum ile sözleşmeli olması,
- En az beş yıldır genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olunan kişi olup, 900 gün genel sağlık sigortası prim gün sayısının olması veya genel sağlık sigortalısı olan kadının bu koşulları taşımaması halinde eşinin gerekli koşulları sağlaması.

SAĞLIK BAKANLIĞINA BAĞLI SAĞLIK HİZMETİ SUNUCULARINDAN SAĞLANAN SAĞLIK HİZMETLERİ

Sağlık Hizmetlerinin Karşılanması

Genel sağlık sigortalısı ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilere Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti sunucularınca sağlanan sağlık hizmeti bedelleri 01.01.2009 tarihi öncesinde Kurumumuza hasta bazında fatura edilmekte ve fatura ile eki belgelerin Kurum mevzuatına göre incelenmesi sonucu ödenmekte idi;

01.01.2009 tarihinden itibaren ise 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 73 üncü maddesi dayanak alınarak sağlık hizmetlerinin Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti sunucularından götürü bedel üzerinden alınması amacıyla Sağlık Bakanlığı ile Bakanlığımız arasında protokol yine Sağlık Bakanlığı ile Kurumumuz arasında da Götürü Bedel Üzerinden Sağlık Hizmeti Alım Sözleşmesi ve Usul Esasları imzalanmıştır.

Sözleşme Öncesi ve Sonrasındaki Farklılıklar

Götürü Bedel Üzerinden Sağlık Hizmeti Alım Sözleşmesi ve Usul Esasları öncesi ile sonrası arasında sağlık hizmetlerinin sağlanmasına yönelik herhangi bir farklılık bulunmamaktadır. Sadece verilen sağlık hizmetleri karşılığında faturaların düzenlenmesi, incelenmesi ve tedavi bedelinin ödenmesi ile sağlık hizmeti sunucusunca temin edilmesi gerekmesine rağmen hastalarca temin edilen sağlık hizmeti bedellerinin ödenmesi içeren bazı konularda farklılıklar oluşmuştur.

Sağlık Hizmetlerinin Faturalandırılması

Götürü Bedel Üzerinden Sağlık Hizmeti Alım Sözleşmesi ve Usul Esasları öncesinde tedavisi sağlanan her hasta adına fatura düzenlenmekte idi. Sözleşme sonrasında ise sağlık hizmeti sunucusu sadece Kurumca ihtiyaç duyulması halinde SUT'un fatura eki belgelere ilişkin hükümleri çerçevesinde istenen bilgi ve belgeleri en geç bir ay içerisinde Kuruma göndermektedir. Bunların dışında Kuruma ayrıca fatura ve dayanağı belge gönderilmez. Ancak Kurumun üçüncü kişilere rücu işlemine konu olan iş kazası, meslek hastalığı, trafik kazası ve diğer tüm adli vakalar ile ikili sosyal güvenlik sözleşmelerine göre sağlık yardım belgesi verilen yurt dışı sigortalılarına verdiği sağlık hizmetlerine ilişkin olarak her kişi için ayrı ayrı düzenlenmiş hizmet detay belgesiyle birlikte diğer bilgi ve belgeleri ilişkilendirildiği Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğüne iletmektedir.

Sağlık Hizmetlerine İlişkin Belgelerin İncelenmesi

Götürü Bedel Üzerinden Sağlık Hizmeti Alım Sözleşmesi ve Usul Esasları öncesinde sağlık hizmeti sunucularınca tedavisi sağlanan kişiler adına düzenlenen ve Kurumun ilgili birimine teslim edilen fatura ve eki belgeler Kurum mevzuatına göre incelenmekte idi. Sözleşme ile birlikte fatura düzenleme mecburiyeti kaldırıldığından herhangi bir fatura incelemesi yapılmamaktadır.

Sağlık Hizmetlerine İlişkin Bedellerin Ödenmesi

Götürü Bedel Üzerinden Sağlık Hizmeti Alım Sözleşmesi ve Usul Esasları öncesinde Kurumun ilgili birimine teslim edilen fatura ve eki belgelerin incelemesi tamamlandıktan sonra alacağına karşılık sağlık hizmeti sunucularına yapılmakta idi. Sözleşme ile birlikte Sağlık Bakanlığına bağlı tüm sağlık hizmeti sunucularının vereceği hizmetler için götürü bir bedel ile bu bedelin ödeme takvimi belirlenmiş olup, ödemeler bu takvime göre doğrudan Sağlık Bakanlığına yapılmaktadır.

Hatalı Düzenlenen Faturalar

Götürü Bedel Üzerinden Sağlık Hizmeti Alım Sözleşmesi ve Usul Esasları öncesinde sağlık hizmeti sunucusunun sehven yaptığı işlemlere ait veriler ile Kurum veya Sağlık Bakanlığın denetim ve kontrol ile görevli personeline yapılan denetimler sonucu tespit edilen asılsız işlemlere ait verilere ilişkin bedeller sağlık hizmeti sunucusunun alacağından düşülmekte idi. Sözleşme ile birlikte Sağlık Bakanlığına bağlı tüm sağlık hizmeti sunucularının vereceği hizmetler için götürü bir bedel belirlendiğinden sağlık hizmeti

sunucusunca sehven yapılan veya denetim ve kontrol ile görevli personelce tespit edilen asılsız işlemler sadece sağlık hizmeti sunucusunun MEDULA sistemi üzerinden ilettiği verilerden düşülmektedir. MEDULA sistemi üzerinden düşülen bu verilere ilişkin tutarlar, Bakanlığa yapılan ödemeden düşülmez.

Sağlık Hizmetlerinin Temini ve Mahsubu

Götürü Bedel Üzerinden Sağlık Hizmeti Alım Sözleşmesi ve Usul Esasları öncesinde sağlık hizmeti sunucusu temin etmek zorunda olduğu hizmetleri Sağlık Uygulama Tebliğinde belirtilen gerekçelere göre temin edemediğini belgelemesi durumunda herhangi bir kesinti veya mahsuplaşma yapılmamakta idi. Sözleşme ile birlikte sağlık hizmet sunucularına ayaktan tedavilerde verilmesi gereken tüm sağlık hizmetleri ile yatarak tedavisi sağlanan hastaların ilaç ve tıbbi malzemeleri ile diş protezi yapımı ile ilgili her türlü malzeme ve işçiliğin mutlak suretle temin etme mecburiyeti getirilmiştir. Söz konusu hizmetlerin sağlık hizmeti sunucusunca temin edilmemesi nedeniyle şahıslarca bedeli ödenerek temin edilen ve Kurumumuz tarafından daha sonra şahıs ödemesi olarak yine kendilerine ödenen tutarlar Sağlık Bakanlığına yapılan aylık global ödemeden kesilmektedir.

Bu amaçla tüm Sosyal Güvenlik İl Müdürlüklerimize yazılan muhtelif yazılarla yapılan ödemelere ilişkin bilgilerin Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğüne gönderilme usul ve esasları bildirilmiştir.

ÜNİVERSİTELERE BAĞLI SAĞLIK HİZMETİ SUNUCULARINDAN SAĞLANAN SAĞLIK HİZMETLERİ

Sağlık Hizmetlerinin Karşlanması

Genel sağlık sigortalısı ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetleri 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 73 üncü maddesi dayanak alınarak her biriyle ayrı ayrı olmak üzere Üniversitelerle protokol yapılarak karşılanmaktadır.

Protokol Yapma Talebi

Kurumumuzla protokol imzalamak isteyen Üniversite buna ilişkin talebini yazılı olarak bağlı bulunduğu Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğüne veya doğrudan Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğüne verebilir.

Üniversitece tanzim olunan talep yazısının ekinde, Üniversite senatosunda onaylanmış ve Resmi Gazetede yayımlanmış olan **Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezleri Yönetmeliği**, Üniversite adına protokolü imzalamaya yetkili kılınan kişinin isminin bildirildiği yazı (Yetki Belgesi) ile Üniversite Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinin/Hastanesinin hizmet vermeye başladığı tarihi gösteren ve Rektörlükçe imzalanmış yazı/belgenin bulunması gerekmektedir.

Sağlık Hizmeti Sunucusunun Denetlenmesi

Üniversitenin protokol yapma talebi ve eklerinin doğrudan veya Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü tarafından Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğüne gönderilmesi üzerine;

Genel Müdürlükçe ilgili Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğüne, Üniversite Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinin/Hastanesinin faaliyete geçip, geçmediği konusunda bilgi istenir.

Protokolün İmzalanması

Üniversite Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinin/Hastanesinin faal olduğuna ilişkin bilginin ilgili Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğünden gelmesini müteakip Rektörlükçe yetki verilen kişi ile Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürü tarafından “Sosyal Güvenlik Kurumu/Üniversiteler Sağlık Hizmetleri Protokolü” imzalanır.

Protokolün Yürütümü

Taraflarca imzalanan Protokolün bir nüshası sağlık hizmet sunucusuna iletilmek, bir nüshası da iş ve işlemlerin yürütülmesi amacıyla ilgili Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğüne gönderilir. Ancak protokolün fesih işlemleri Genel Müdürlükçe yürütülür.

BELEDİYELERE BAĞLI SAĞLIK HİZMETİ SUNUCULARINDAN SAĞLANAN SAĞLIK HİZMETLERİ

Sağlık Hizmetlerinin Karşlanması

Genel sağlık sigortalısı ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetleri 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 73 üncü maddesi dayanak alınarak her biriyle ayrı ayrı olmak üzere Belediyelere bağlı tıp merkezi ve/veya hastanelerle de protokol yapılarak karşılanmaktadır.

Protokol Yapma Talebi

Kurumumuzla protokol imzalamak isteyen Belediye buna ilişkin talebini yazılı olarak bağlı bulunduğu Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğüne veya doğrudan Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğüne verebilir.

Belediyece tanzim olunan talep yazısının ekinde, oluşturulan sağlık hizmeti sunucusunun tıp merkezi/hastane şeklinde hizmet vermesine ilişkin Belediye Meclisinden alınmış karar, Belediye adına protokolü imzalamaya yetkili kılınan kişinin isminin bildirildiği yazı (Yetki Belgesi) ile sağlık hizmeti sunucusunun hizmet vermeye başladığı tarihi gösteren ve Belediye Başkanlığınca imzalanmış yazı/belgenin bulunması gerekmektedir.

Sağlık Hizmeti Sunucusunun Denetlenmesi

Belediyenin protokol yapma talebi ile eklerinin doğrudan veya Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü tarafından Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğüne gönderilmesi üzerine; Genel Müdürlükçe ilgili Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğüne, Belediye sağlık hizmeti sunucusunun faaliyete geçip, geçmediği konusunda bilgi istenir.

Diğer taraftan; Sağlık Bakanlığından, Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkındaki Yönetmeliğin (ATT) “Kamu kurumlarına ait sağlık kuruluşları” başlığı altındaki 35 nci maddesinin (1) numaralı bendinde yer alan “Özel kanunlarına göre bu yönetmelik kapsamındaki sağlık kuruluşlarını açmaya yetkili Kamu kurumlarınca açılacak tıp merkezleri, ilgili mevzuattan kaynaklanan muafiyetleri saklı kalmak kaydıyla bu yönetmelikte

öngörülen planlamaya, sağlık insan gücü kriterlerine, bina, fizik yapı, tesis ile tıbbi donanım ve hizmet standartlarına uyar.” (2) “Birinci fıkrada belirtilen tıp merkezleri, bu yönetmeliğe uygunluk bakımından Müdürlükçe incelenir. Ancak, bunlar için ön izin, ruhsatname, mesul müdürlük belgesi ve sağlık çalışanlarına çalışma belgesi düzenlenmez.” hükmüne istinaden gerekli düzenlemelerin yerine getirilip getirilmediği konusu ile birlikte söz konusu sağlık biriminin kaçınıcı basamak ve hangi statüde sağlık kurum/kuruluşu sınıfında yer aldığı hususlarında görüş alınır.

Protokolün İmzalanması

Belediye sağlık hizmeti sunucusunun faal olduğuna ilişkin bilginin ilgili Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğünden, yine Belediye sağlık hizmeti sunucusunun Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkındaki Yönetmelik hükümlerine uygunluğu ile diğer bilgilerin Sağlık Bakanlığından gelmesini müteakip Belediyece yetki verilen kişi ile Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürü tarafından “Sosyal Güvenlik Kurumu/Belediyeler Sağlık Hizmetleri Protokolü” imzalanır.

Protokolün Yürütümü

Taraflarca imzalanan Protokolün bir nüshası sağlık hizmet sunucusuna iletilmek, bir nüshası da iş ve işlemlerin yürütülmesi amacıyla ilgili Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğüne gönderilir. Ancak protokolün fesih işlemleri Genel Müdürlükçe yürütülür.

TÜRK SİLAHLI KUVETLERİNE BAĞLI SAĞLIK HİZMETİ SUNUCULARINDAN SAĞLANAN SAĞLIK HİZMETLERİ

Sağlık Hizmetlerinin Karşılanması

Genel sağlık sigortalısı ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerin ihtiyacı olan sağlık hizmetlerinin Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı sağlık hizmeti sunucularından da sağlanması amacıyla ilk protokol 15.06.2007 tarihinde imzalanmıştır.

Türk Silahlı Kuvvetlerinde Görev Yapan Askeri ve Sivil Personelin genel sağlık sigortası kapsamına alınmasını müteakip söz konusu protokol yeniden hazırlanarak 15.10.2010 tarihinden geçerli yürürlüğe girmek üzere imzalanmıştır. Yine anılan protokol dayanak alınarak sağlık hizmetlerinin **Kurumumuz ile Türk Silahlı Kuvvetleri arasında Sağlık Hizmeti Alım Sözleşmesi ve Usul Esasları** imzalanmıştır.

Sözleşme Öncesi ve Sonrasındaki Farklılıklar

15.10.2010 tarihinden önce yürürlükte olan protokol ile anılan tarihten sonra yürürlükte olan protokol ile buna paralel imzalanan Sağlık Hizmeti Alım Sözleşmesi ve Usul Esasları öncesi ile sonrası arasında sağlık hizmetlerinin sağlanmasına yönelik herhangi bir farklılık bulunmamaktadır. Sadece verilen sağlık hizmetleri karşılığında faturaların düzenlenmesi, incelenmesi ve tedavi bedelinin ödenmesi ile sağlık hizmeti sunucusunca temin edilmesi gerekmesine rağmen hastalarca temin edilen sağlık hizmeti bedellerinin ödenmesini içeren bazı konularda farklılıklar oluşmuştur.

Sağlık Hizmetlerinin Faturalandırılması

15.10.2010 tarihinden sonra yürürlüğe giren Sağlık Hizmeti Alım Sözleşmesi ve Usul Esasları ile Türk Silahlı Kuvvetleri sağlık hizmeti sunucularından sağlık hizmeti alan genel sağlık sigortalıları ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler ile ikili sosyal güvenlik sözleşmeleri çerçevesinde sağlık yardımları Kurum tarafından karşılanan kişilerden;

a) 211 sayılı TSK İç Hizmet Kanunu (69 uncu maddesi b fıkrası 4 üncü bendi ve 70 inci maddesinde sayılanlar hariç olmak üzere) çerçevesinde tedavileri sağlananlar için; Kurum tarafından, Türk Silahlı Kuvvetlerine herhangi bir ücret ödenmeyeceği, sağlık hizmeti giderleri Maliye Bakanlığınca, Millî Savunma Bakanlığı ve İçişleri Bakanlığına (Jandarma Genel Komutanlığı ve Sahil Güvenlik Komutanlığı) aktarılacak genel bütçeden karşılanacağına,

b) 211 sayılı TSK İç Hizmet Kanununun 70 inci maddesinde sayılanlar ve 211 sayılı TSK İç Hizmet Kanununda sayılmayan ancak ilgili mevzuatta belirlenen kontenjan dahilinde Türk Silahlı Kuvvetleri sağlık hizmeti sunucularından sağlık hizmeti alan diğer genel sağlık sigortalıları ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler ile ikili sosyal güvenlik sözleşmeleri çerçevesinde sağlık yardımları Kurum tarafından karşılananlar için; Kurum, Türk Silahlı Kuvvetlerine 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 78 inci maddesi esaslarına göre ödeme yapılacağına,

c) (a) fıkrasında tanımlanan kişilerin, sağlık hizmeti sunucuları dışında kalan Kurumla sözleşmeli diğer sağlık hizmeti sunucularından aldığı sağlık hizmeti giderlerinin SUT hükümleri ve ilgili mevzuat çerçevesinde Kurumca karşılanacağına,

ç) Sağlık hizmeti sunucusunda ayaktan sağlık hizmeti alanlara ilaç verilmesi/temin edilmesi hallerinde ilaç bedelinin Komutanlıkça karşılanacağı, söz konusu reçetelerin Kurumla sözleşmeli eczanelerden temin edilmesi halinde ise ilaç bedelinin SUT hükümleri ve ilgili mevzuat çerçevesinde Kurumca karşılanacağına,

ilişkin hüküm getirilmiştir olup, sağlık hizmeti sunucusu, sözleşmenin 6.a maddesinde sayılan kişilerin tedavisi ile ilgili olarak Kuruma herhangi bir belge göndermeyecek olup, sözleşmenin 6.b maddesinde sayılan kişilerin tedavisi ile ilgili olarak ise SUT hükümlerinde belirtilen belgeleri (MEDULA sistemine yönelik belgeler hariç) fatura ile birlikte Kuruma gönderecektir. Kurumca teftiş ve soruşturma gibi haller nedeniyle ihtiyaç duyulması halinde; sağlık hizmeti sunucusu istenen bilgi ve belgeleri Komutanlığın uygun görüşünü de alarak en geç bir ay içerisinde Kuruma gönderir. Sağlık hizmeti sunucusu; Kurumun üçüncü kişilere rücu işlemine neden olan iş kazası, meslek hastalığı, trafik kazası ve diğer tüm adli vakalar ile ikili sosyal güvenlik sözleşmelerine göre sağlık yardım belgesi verilen yurt dışı sigortalılarına verdiği sağlık hizmetlerine ilişkin her kişi için ayrı ayrı düzenlenmiş fatura/hizmet detay belgesini diğer bilgi ve belgeler ile birlikte, ilişkilendirildiği Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğüne göndermektedir.

Sağlık Hizmetlerine İlişkin Belgelerin İncelenmesi

15.10.2010 tarihinden sonra yürürlüğe giren Sağlık Hizmeti Alım Sözleşmesi ve Usul Esasları ile sözleşmenin 6.b fıkrası kapsamındaki kişilerin tedavilerine ilişkin faturalar sağlık hizmeti sunucusu tarafından SUT ve Kurumun ilgili mevzuatı çerçevesinde manüel olarak

düzenlenerek ekli tüm belgelerle birlikte ilgili Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğüne teslim etmektedir. Teslim edilen fatura ve eki belgeler Kurum mevzuatına göre incelenmektedir.

Sağlık Hizmetlerine İlişkin Bedellerin Ödenmesi

Fatura ve eki belgelerin Kurum mevzuatına göre incelemesi tamamlandıktan sonra sağlık hizmeti sunucusuna ödemesi yapılmaktadır.

Sağlık Hizmetlerinin Temini ve Mahsubu

15.10.2010 tarihinden sonra yürürlüğe giren Sağlık Hizmeti Alım Sözleşmesi ve Usul Esasları ile sağlık hizmeti sunucusu, ayaktan ve yatarak tedaviler ile ilgili olarak yapılması gerekli görülen tetkik ve/veya tahlilleri bünyelerinde veya başka bir sağlık hizmeti sunucusundan hizmet alımı ile sağlama zorunluluğu getirilmiştir.

Ancak, sözleşmenin 6.a maddesinde sayılan kişiler için; sağlık hizmeti sunucusu tarafından ayaktan ve yatarak tedaviler ile ilgili olarak yapılması gerekli görülen tetkik ve/veya tahlilleri sağlık hizmeti sunucusu bünyesinde yapamaması veya hizmet alımı yoluyla temin edilemediği durumlarda; sağlık hizmet sunucusu bu kişileri sevk/istem belgesi düzenleyerek, Kurum ile sözleşmeli diğer resmi sağlık hizmeti sunucusuna gönderebilmesine imkan verilmiştir.

Sözleşmeli diğer resmi sağlık hizmeti sunucularınca Kuruma ibraz edilen bu tetkik ve/veya tahlillere ilişkin fatura bedelleri sevk/istem belgesine dayanılarak hizmeti veren resmi sağlık hizmet sunucusuna SUT hükümleri çerçevesinde Kurumca ödenmektedir.

Yine sağlık hizmeti sunucusu yatarak tedavileri sağlanan kişilerin tıbbi malzeme ve ilaçlarını temin/tedarik etme zorunluluğu getirilmiştir. Sağlık hizmeti sunucusu tarafından temin edilmesi gereken tıbbi malzeme ve ilaçların kişiye temin ettirilmesi halinde, söz konusu tutarlar SUT hükümlerine göre ilgili kişiye ödenmekte olup, sözleşmenin 6.a kapsamında sayılan kişilere ödenen bu tutarlar, sözleşme dönemi sonunda Bakanlığa sağlık hizmetleri için aktarılan genel bütçeden Kurumca tahsil edilmesine, sözleşmenin 6.b kapsamında sayılan kişilere ödenen bu tutarlar ise sağlık hizmeti sunucusunun Kurumdan doğan alacağından mahsup edilmesine yönelik düzenleme yapılmıştır.

ÖZEL SAĞLIK HİZMETİ SUNUCULARINDAN SAĞLIK HİZMETİ SATIN ALMA SÖZLEŞMESİ

Genel sağlık sigortalısı veya bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerin finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri resmi sağlık hizmeti sunucuları ile birlikte sözleşme yapmak kaydıyla özel sağlık hizmeti sunucularından da alınmaktadır.

SÖZLEŞMENİN ÇEŞİTLERİ

Özel sağlık hizmeti sunucuları ile ya Sözleşme eki EK-1 listesinde yer alan tüm branşlarla ya da Sözleşme eki EK-5 listesinde yer alan kısmi branşlarla sözleşme yapılmaktadır.

SÖZLEŞME BAŞVURUSUNDA İSTENİLEN BELGELER

1. Sözleşme Talep Formu,
 2. Şirketin kuruluşuna ilişkin Ticaret Sicili Gazetesi,
 3. Ticaret Sicili Memurluğunca şirketin kurucu ve güncel ortaklarını belirtir şekilde düzenlenecek belgenin aslı,
 4. Tüzel kişi adına imza vermeye yetkili kişi/kişileri gösteren belge,
 5. Tüzel kişilik adına imza vermeye yetkili kişi/kişilerin imza sirküleri,
 6. Vergi levhası,
 7. T.C.Sağlık Bakanlığı Ruhsat Belgesi,
 8. Ruhsat tarihi 6 aydan eski ise, halen geçerli olduğuna dair Sağlık Bakanlığı il sağlık müdürlüğünden alınacak belgenin aslı,
 9. Faaliyet gösterdiği branşlara ait valilik onaylı faaliyet izin belgesinin örneği,
 10. Hizmet alımı yaptığı sağlık kurumları/kuruluşları ile ilgili belgeler,
 11. Sağlık kurumunda/kuruluşunda çalışan hekimlere ilişkin belgeler,
 12. Fizyoterapistlere ait belgeler,
 13. Sağlık Kurumunda/Kuruluşunda görevli tüm personelin sosyal güvenlik durumlarını gösteren belge (Sosyal Güvenlik Kurumu Özel Sağlık Hizmeti Sunucularından Sağlık Hizmeti Satın Alma Sözleşmesi'nin yayımlandığı 07.01.2009 tarihinden itibaren, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon alanında sözleşme yapmak isteyen merkezlerden, hekim dışı uygulayıcı sağlık personeline ait belgeler)
- istenilmektedir.

SÖZLEŞMENİN İMZALANMASI

Sağlık Sosyal Güvenlik Merkez Müdürlükleri tarafından iki nüsha halinde düzenlenen sözleşmenin sağlık hizmeti sunucusu yetkilisi ile Merkez Müdürlüğü yetkilisince imzalanmasını müteakip sözleşme metninin bir nüshası özel sağlık hizmeti sunucusunda diğer nüshası ise Kurumda saklanmaktadır.

SÖZLEŞMENİN YÜRÜTÜMÜ

Özel sağlık hizmet sunucuları ile yapılan sözleşme 29 bölgede oluşturulan Kurum Taşra Teşkilatı tarafından (Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezleri) yürütülmektedir. Ancak sözleşmenin fesihle ilgili hükümleri Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü tarafından yürütülmektedir.

SÖZLEŞME YOLUYLA SAĞLIK HİZMETİ ALINAN SAĞLIK HİZMETİ SUNUCULARI

- 1- Özel Hastaneler (Dal hastaneleri dahil)
- 2- Tıp/dal merkezleri
- 3- Fizik tedavi merkezleri
- 4- Diyaliz merkezleri
- 5- Eswl merkezleri

- 6- Üremeye yardımcı tedavi merkezleri (ÜYTE)
- 7- Hiperbarik Oksijen Tedavi Merkezleri ile sözleşmeler yapılmaktadır.

SAĞLIK HİZMETİ SATIN ALINMAYAN SAĞLIK HİZMET SUNUCULARI

- 1- Özel poliklinikler.
- 2- Diş tedavi merkezleri ve özel diş hekimleri
- 3- Görüntüleme merkezleri (BT,NMR, Radyoloji vs.)
- 4- Tıbbi tahlil ve tetkik Laboratuvarları

KAPSAMINDA YER ALAN BRANŞLAR AÇISINDAN SÖZLEŞME

1-Özel sağlık hizmeti sunucularının ruhsatında/faaliyet izin belgesinde yer alan tüm branşlardan sözleşme eki Ek-1 listede yer alanları kapsayan sözleşme, (Ağız ve Diş Sağlığı Hariç)

2-KVC, Kardiyoloji, Tıbbi Onkoloji, Radyasyon Onkolojisi, Doku ve Organ Nakli, Özellikli İşlemler (Gamma Knife/Cyber Knife) branşlarını kapsayan sözleşmedir.

SÖZLEŞMENİN İÇERİĞİ

- 1-Taraflar, konu ve tanımlar
- 2-Sözleşmeye göre hizmet alacak kişiler
- 3-Uygulanacak usul ve esaslar
- 4-Ödeme şartları ve zamanı
- 5-Cezai Şartlar
- 6-Sözleşmenin feshi
- 7-Sözleşmeye ilişkin usul ve esaslar
- 8-Yetkili Mahkeme
- 9-Sözleşme kapsamı
- 10-Yürürlülük
- 11-Yürütme, başlıklarından oluşmaktadır.

HEKİMLERİN ÇALIŞMA ŞEKİLLERİ

01.04.2011 tarihinde yayımlanan Zeyilname-3 ile sözleşmede geçen kadrolu ve kısmi zamanlı çalışma tanımları ile bu tanımlara yapılan atıflar sözleşme kapsamından çıkarılmış olup, yapılan bu değişiklikten sonra hekimlerin çalışma şekillerinin kuruluş ve faaliyetiyle ilgili tabi olduğu mevzuata göre belirleneceği belirtilmiştir.

RANDEVU VERME SÜRESİ

1-Sağlık hizmeti sunucusu, müracaatlarını kabul ederek muayenesini yaptıkları hastaların gerekli tetkik ve/veya tedavilerinin müracaat tarihleri itibariyle yapılmasını ve ileri tarihler için randevu verilmemesini, zorunlu durumlarda randevu süresinin tanı amaçlı tahlil ve tetkikler için 10 (on) günü, tedavi işlemleri için ise 30 (Otuz) günü geçmemesini kabul eder.

2-Yatarak tedavide kullanılan ilaçların sağlık hizmeti sunucusu tarafından temin edilmesi zorunludur.

3-Sağlık hizmeti sunucusu ruhsatında yer alan ve kurumla sözleşme yaptığı tüm branşlarda en az bir hekim bulundurmak zorundadır.

HASTA KABUL ETME ZORUNLULUĞU

Sözleşmeli özel sağlık hizmeti sunucusu, doğrudan veya sevk/rapor ile gelen hastaları kabul etmek zorundadır. Kabul edilmeyen hastaya kabul edilmeme gerekçesi yazılı olarak bildirilmek zorundadır.

SAĞLIK RAPORLARI

Sağlık hizmeti sunucusu, gerekli hallerde istirahat, ilaç kullanımı, vb. raporları düzenlemekle yükümlüdür. Raporlarda mesul müdür veya mesul müdür yardımcısı ıslak imzası ve sağlık hizmeti sunucusunun kaşesi bulunacaktır.

REKLAM VE KAMPANYA YASAĞI:

SHS kendilerine hasta gönderilmesine yönelik işbirliği ve mevzuata aykırı tanıtım ve reklam, sağlık taramaları ve check-up kampanyaları yapamaz.

SHS'ların günlük ayaktan bakabileceği hasta sayısı sözleşme kapsamında görev yapan kadrolu ve kısmi zamanlı hekim sayısına göre hesaplanmakta olup; sağlık hizmeti sunucusu bu kotayı istediği şekilde kullanabilmektedir.

MUAYENE TETKİK VE TEDAVİLERDEN İLAVE ÜCRET ALINMASI

Sağlık hizmeti sunucuları Kurumca belirlenen miktarı geçmemek kaydıyla kişilerden ilave ücret alabilir.

Kurumca belirlenen oranı geçmemek kaydıyla ilave ücret talep edilmesi ve hastanın veya hasta yakınının bu talebi kabul etmemesi nedeniyle sağlık hizmeti sunucusu tarafından müracaatın kabul edilmemesi cezai şart uygulamasını gerektirmez.

Hastalardan alınana ilave ücret için sözleşmeden doğan cezai şart uygulanmakta ancak, bu tutar ilgili sağlık hizmeti sunucusunun alacağından kesilerek hastaya ödenmemektedir.

İLAVE ÜCRET BİLDİRİM ZORUNLULUĞU

Sözleşmeli özel sağlık hizmeti sunucusu ilave ücret alınacak ve alınmayacak sağlık hizmetlerini, sağlık hizmeti sunucusuna girildiğinde görülebilecek bir yere her biri 50*50 cm'den küçük olmamak üzere asacağı tabela/çerçeve ile bildirmek zorundadır.

İLAVE ÜCRETİ GÖSTERİR BELGE VERME ZORUNLULUĞU

Sağlık hizmeti sunucusu, yatırarak uygulanmış sağlık hizmetlerini ve bu hizmetler üzerinden alınan ilave ücreti gösterir belgeyi hastanın taburcu edildiği tarihte hasta veya birinci derece akrabasına vermekle yükümlüdür

HEKİM BİLDİMİ

Sağlık hizmeti sunucusu, bünyesinde görevli sözleşmeye esas hekim/hekimleri sözleşme öncesi Kuruma bildirmek zorundadır. Kayıtlı olmayan hekimlerin yaptığı işlemlerin kayıtlı hekimler üzerinden fatura edilmesi halinde bu işlem bedelleri ödenmez

ÇALIŞMA YASAĞI:

Sağlık hizmeti sunucusunda çalışan, mesul müdür, sahip, anonim şirketlerde yönetim kurulu üyesi ve/veya kurucu ortak, diğer şirket türlerinde de ortak olan hekimler herhangi bir resmi sağlık hizmeti sunucusunda başhekim ve başhekim yardımcısı olamaz.

Kurumda çalışan personel Kurumun sözleşme yaptığı sağlık hizmeti sunucusunda çalışamaz, mesul müdür, sahip, anonim şirketlerde yönetim kurulu üyesi ve/veya kurucu ortak, diğer şirket türlerinde ise ortak olamaz. Bu durumda bir Kurum personelinin bulunduğu sağlık hizmeti sunucusu ile Kurum sözleşme yapmaz, yapılmış ise sözleşme kapsamında yapılan ödemeler yasal faizi ile geri alınır ve bu sözleşmenin (6.3.4) numaralı maddesine göre işlem yapılır.

SİGORTALI PERSONEL ÇALIŞTIRMA ZORUNLULUĞU:

Sağlık hizmeti sunucusunda, sosyal güvenlik kanunlarına göre sigortalı olmadığı halde çalıştırılan personel tarafından verilen sağlık hizmeti bedelleri ödenmez; ödenmiş ise geri alınır.

SÖZLEŞMESİ FESHEDİLEN SHS'DE TEDAVİSİ DEVAM EDEN HASTALAR

Sözleşmesi feshedilen özel sağlık hizmeti sunucusu, sözleşmenin sona erdiği tarihten önce yatırılarak paket işlem kapsamında tedavilerine başlanan ve işlemi devam eden hastaların tedavilerini tamamlamakla yükümlüdür.

BELGELERİN HASTAYA VERİLMESİ

Sağlık hizmeti sunucusu, Kurum mevzuatında belirlenmiş belgeleri usulüne uygun olarak hastaya vermek zorundadır. Aksi takdirde hastaya ödenmemesi gereken tutar sağlık hizmeti sunucusunun alacağından mahsup edilerek hastaya ödenir.

CEZAI ŞARTLAR

Sağlık hizmeti sunucusu hakkında; cezai şartın uygulanmasını gerektiren herhangi bir fiilin tespiti halinde ilgili sağlık hizmeti sunucusundan 5 (beş) işgünü içinde yazılı savunması istenir. Kurumca alınan savunma değerlendirilerek, sözleşmeye aykırılık tespit edilmesi durumunda cezai şart uygulanarak sağlık hizmeti sunucusuna tebliğ edilir. Cezai şart tutarı sağlık hizmeti sunucusunun Kurumdan tahakkuk etmiş alacağından mahsup edilir, ancak Kurumdan yeterli alacağı bulunmayan sağlık hizmeti sunucularından Kurum alacağı genel hükümlere göre tahsil edilir.

Sözleşmede yer alan hükümlere uyulmadığının Kurumca tespit edilmesi,

Sağlık hizmeti sunulmadığı halde sağlık hizmetini fatura ettiğinin Kurumca tespit edilmesi,

Faturaya dayanak oluşturan belgeleri gerçeğe aykırı olarak düzenlediğinin Kurumca tespit edilmesi,

SUT 'ta yer almayan ve/veya bu sözleşme ile kabul ve taahhüt etmediği sağlık hizmetini, SUT'ta yer alan ve/veya kabul ve taahhüt ettiği sağlık hizmet gibi göstererek Kuruma fatura ettiğinin tespit edilmesi,

Kurum tarafından sağlık yardımları karşılanmayan kişilere sundukları sağlık hizmetini Kurum tarafından sağlık yardımları karşılanan kişiler üzerinden Kuruma fatura ettiğinin Kurumca tespit edilmesi,

Sağlık hizmeti sunucularınca temini zorunlu ilaç, tıbbi malzemeleri temin etmeyerek hastalara aldırıldığının Kurumca tespit edilmesi,

Kurum zararına sebebiyet verilecek şekilde fatura ve/veya eki belgeler üzerinde tahrifat yaptığının Kurumca tespit edilmesi,

Adli mercilere bildirmekle yükümlü oldukları faturaları, Kuruma ayrı fatura etmediğinin tespit edilmesi,

Sağlık Bakanlığınca yasaklanan ilaç ve tıbbi malzemelerin verildiği ve/veya kullanıldığının Kurumca tespit edilmesi,

Bozuk, zamanı geçmiş ilaç, kan ve kan bileşenleri ve/veya tıbbi malzemelerin verildiği ve/veya kullanıldığının Kurumca tespit edilmesi,

Sağlık hizmeti sunucusunun, kuruluş ve faaliyetiyle ilgili tabi oldukları mevzuat hükümlerine uymadığının tespit edilmesi

CEZAI ŞARTA İTİRAZ

Sağlık hizmeti sunucusu cezai şartın taraflarına tebliğ edilmesinden itibaren 15 gün içinde Kurum taşra teşkilatına itiraz edebilir. İtirazlar cezai şartın uygulanmasını durdurur. Bu süre içerisinde itiraz edilmediği takdirde cezai şart kabul edilmiş sayılır.

YERSİZ ÖDEMELER

Sözleşmenin uygulanmasından kaynaklanan ve sağlık hizmeti sunucusuna yapılan yersiz ödemeler, ödeme tarihinden itibaren hesaplanacak yasal faizi ile birlikte sağlık hizmeti sunucusunun Kurumda tahakkuk etmiş alacağından mahsup edilir. Kurumda tahakkuk etmiş alacağı veya yeterli alacağı bulunmayan sağlık hizmeti sunucuları için Kurum alacağı genel hükümlere göre tahsil edilir.

SÖZLEŞMEDEN DOĞAN VERGİLER

Sözleşmeden doğacak her türlü vergi, resim, harç ve masraflar sözleşmeli özel sağlık hizmeti sunucusu tarafından karşılanmaktadır.

FATURALANDIRMA

Özel sağlık hizmeti sunucuları hastalara verdikleri hizmetlere ilişkin faturaları hem kendi sistemleri üzerinden basılı olarak hem de MEDULA sistemi üzerinden elektronik olarak SUT, Ödeme Genelgesi ve Kurumca belirlenecek diğer usul ve esaslar doğrultusunda Kurum taşra teşkilatına teslim etmekle yükümlüdürler.

SAĞLIK HİZMETİ SUNUCULARININ HİZMET ALIMI

Sağlık hizmeti sunucusu, sözleşme kapsamında vermeyi taahhüt ettiği tedavi hizmetlerinin tamamını veya bir kısmını bir başka sağlık hizmeti sunucusundan karşılayamaz ancak SUT'ta yer alan tetkik ve tahlillerden bir veya daha fazlasını gerçekleştiremediği hallerde, Kuruma bildirmek şartı ile hizmet alacağı sağlık hizmeti sunucusu ile hizmet alım sözleşmesi yaparak bir başka sağlık hizmeti sunucusundan karşılayabilir.

DENETİM

Kurum; sağlık hizmeti sunucusunca verilen hizmetlere ilişkin bilgi ve belgeleri, verilen hizmetin sözleşme kapsamına uygunluğunu, hizmetin niceliğini ve niteliğini kontrol eder. Kurum bu yetkisini uygun gördüğü zamanda ve yerde görevlendireceği kişiler aracılığıyla veya ihtiyaç duyulması halinde Kurum dışı kişi veya kuruluşlara yaptırmak suretiyle kullanır.

FESİH HÜKÜMLERİ

Sözleşme, sağlık hizmeti sunucusunun kapanması halinde, kapanma tarihinde sözleşme kendiliğinden sona erdiği gibi tarafların önceden yazılı bildirimde bulunması şartıyla da sözleşme her zaman feshedilebilmektedir.

Ayrıca aşağıda belirtilen durumlarda özel sağlık hizmeti sunucusunun sözleşmesi Kurum tarafından tek taraflı olarak da feshedilmektedir.

1- Feshe neden olan fiillerden aynı fiilin veya farklı fiillerin, cezaların sağlık hizmeti sunucusuna tebliğ ve tespit tarihleri dikkate alınarak son bir yıl içinde üçüncü kez tekrarlanması,

2- Sağlık hizmeti sunucusuna ait ruhsatın Sağlık Bakanlığınca iptal edilmesi

3-Kurumda çalışan personelin Kurumun sözleşme yaptığı sağlık hizmeti sunucusunda mesul müdür, sahip, anonim şirketlerde yönetim kurulu üyesi ve/veya kurucu ortak, diğer şirket türlerinde ise ortak olması,

4-Kurumun sözleşme yaptığı sağlık hizmeti sunucusunda; çalışan, mesul müdür, sahip, anonim şirketlerde yönetim kurulu üyesi ve/veya kurucu ortak, diğer şirket türlerinde de ortak olan hekimlerin, herhangi bir resmi sağlık hizmeti sunucusunda görev yapan başhekim veya başhekim yardımcısı olması ve Kurumla sözleşme yaptığının tespit edilmesi,

5-Sağlık hizmeti sunucusu sözleşmenin yürütümü sırasında, Kurum tarafından Sözleşme Yapmak İçin Aranılan Belgeler ve aranan koşullarda yapılan değişikliklerin gereğini Kurumca belirlenen süre içerisinde yerine getirilmemesi ve sözleşmede zeyilname ile yapılan değişikliklere uyulmaması,

6-Haksız kazanç sağlamak amacıyla sağlık hizmeti sunucusu tarafından Sağlık Bakanlığınca yasaklanan ilaç ve tıbbi malzemelerin verildiği ve/veya kullanıldığının Kurumca tespit edilmesi,

7-Bozuk, zamanı geçmiş ilaç, kan ve kan bileşenleri ve/veya tıbbi malzemelerin verildiği ve /veya kullanıldığının Kurumca tespit edilmesi,

FESİH SÜRELERİ

Yukarıda belirtilen 1,2,3,4,5 maddelerde belirtilen fiiller nedeniyle sözleşmesi feshedilen sağlık hizmeti sunucuları ile fesih tarihinden itibaren 1 yıl süreyle, 6 ve 7 numaralı maddelerde belirtilen fiiller nedeniyle sözleşmesi feshedilen sağlık hizmeti sunucuları ile de 5 yıl süreyle yeni sözleşme yapılmamaktadır.

FESİHLİ SHS İLE YENİ SÖZLEŞME YAPILMASI

Ancak, sözleşmesi fesih edilen sağlık hizmeti sunucularından bu süre sona ermeden yeniden sözleşme yapmak isteyenlerin talepleri (6.11) numaralı madde gereğince değerlendirilmekte ve bu değerlendirme sonucunda sözleşmenin feshine neden olan fiil feshe neden olan fiil kapsamından çıkarılmış ise sağlık hizmeti sunucusunun yeniden sözleşme yapma talebi kabul edilmektedir.

SÖZLEŞMENİN SÜRESİ

Sözleşme, bir (1) yıl süreyle geçerli olup; her takvim yılının 15 Aralık günü mesai saati bitimine kadar taraflardan biri iadeli taahhütlü bir yazı ile feshi ihbar etmediği takdirde aynı şartlarla bir takvim yılı daha uzamış sayılır.

SAĞLIK HİZMETİ SUNUCULARINA SAĞLIK GİDERLERİNİN ÖDENMESİ

Sağlık Hizmeti Sunucusuna Müracaat

Genel sağlık sigortalısı ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişiler, sağlık hizmeti sunucularına (acil hallerde ise acil halin sona ermesinden sonra) nüfus cüzdanı, sürücü belgesi, evlenme cüzdanı, pasaport veya verilmiş ise Kurum sağlık kartı belgelerinden biri ile birlikte müracaat etmeleri ve sağlık hizmeti sunucuları ile de bu belgeler üzerinden kişilerin kimliğini doğrulaması gerekmektedir.

Provizyon Alınması

Kurumla sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, kendisine müracaat eden kişinin sağlık yardımlarından yararlanma hakkının olup, olmadığının tespiti için, Kurum bilgi işlem sistemi (MEDULA) üzerinden T.C. kimlik numarası ile sorgulaması ve tedavi olmaya hakkı olanlar için hasta takip numarası/ provizyon alması gerekmektedir.

Sağlık Uygulama Tebliğinde de belirtildiği üzere istisnai durumlarda provizyon alınmadan da sağlık hizmeti verilebilmektedir.

İstisnai durumlar şunlardır.

- 1- Acil hal (*),
- 2- İş kazası ile meslek hastalığı hali,
- 3- Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalık,
- 4- Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmeti,
- 5- Analık hali (**),
- 6- Afet ve savaş ile grev ve lokavt hali,
- 7- 18 yaş altı çocuklar,
- 8- Tıbben başkasının bakımına muhtaç kişiler (***).

Sağlık Hizmetlerinin Faturalandırması

MEDULA sistemini kullanan sağlık kurum ve kuruluşları, Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan tüm kişiler için, her ayın başı ile sonu arasında verdikleri sağlık hizmetlerine ilişkin hem kendi sistemleri üzerinden Kurum adına basılı olarak hem de MEDULA sisteminden elektronik olarak; tek bir fatura düzenleyeceklerdir.

Ancak Sağlık Hizmeti Sunucularınca, Kurumdan kaynaklanan sebeplerden dolayı elektronik ortamda kuruma fatura edilemeyen sağlık hizmet bedelleri ile takip numarası alınmamış vefat eden hastalara adına manuel olarak fatura düzenlenebilecektir.

Herhangi bir nedenle döneminde faturalandırılmayan bir sağlık hizmeti olması halinde bu sağlık hizmetinin işleminin bittiği tarih itibarıyla faturalandırılması gereken dönemi takip eden en geç 4 ay içerisindeki dönem sonlandırılmasına dahil edilecektir.

Fatura Dönemi: Her ayın birinci gününden başlamak üzere son gününü de kapsayan dönemdir,

Fatura Teslim Süresi: Fatura dönemini takip eden ayın birinci gününden onbeşinci gününe (onbeşinci gün dâhil) onbeşinci gün resmî tatil ise takip eden ilk iş gününe kadar ki süredir,

Fatura Teslim Tarihi: Fatura teslim süresi içinde teslim edilen faturalar için teslim edildiği ayın onbeşinci gününü, fatura teslim süresi içinde teslim edilmeyen faturalar için teslim edildiği ayı takip eden ayın onbeşinci günüdür, süresi içinde teslim edilmeyen faturalar için teslim tarihi teslim edildiği ayı takip eden ayın onbeşinci günü olarak kabul edilir

Sağlık hizmeti sunucuları, fatura ve eki belgeleri Kurumun www.sgk.gov.tr adresinde duyurulan ilgili birimine teslim edeceklerdir. Kargo veya iadeli taahhütlü veya normal posta ile gönderilen belgeler, Kurum kayıtlarına intikal ettiği tarih esas alınarak işlem görecektir. Ancak Kurum tarafından fatura teslim tarihi mücbir sebeplerle ertelenebilir. Bu durumda faturaların teslimi için verilen ek süre içerisinde teslim edilen faturalar zamanında teslim edilmeyen fatura olarak değerlendirilmez.

Fatura Eki Belgeler

Aşağıdaki maddelerde sayılan fatura eki belgeler, incelenme ve ödeme yapılmak üzere Kuruma gönderilecektir.

Ancak örnekleme yöntemi ile incelenen işlemlere ait fatura eki belgelerden, örnekleme düşmüş olanlar Kuruma gönderilecek; örnekleme dışında kalan işlemlere ait olanlar ise ihtiyaç duyulması halinde Kuruma ibraz edilmek üzere sağlık hizmeti sunucularında muhafaza edilecektir. Kuruma gönderilmesi gereken belgelerden elektronik ortamda gönderilmesine başlanılan belgelerin ayrıca basılı olarak gönderilip gönderilmeyeceği Kurumca belirlenecektir

Sağlık Kuruluşları İçin Fatura Eki Belgeler;

Fatura üst yazısı

İcmal listesi

Hizmet detay belgesi

Diğer belgeler

1- Adli vaka, iş kazası ve meslek hastalığı geçiren kişilere ait faturaların ekinde; hastane polisi veya ilgili kolluk kuvvetinden konuyla ilgili sağlanacak belge, tutanak, ifade tutanağı, adli rapor gibi bulunabilen her türlü belge ile iş kazalarında iş kazası bölümü doldurulmuş vizite kağıdı yer alacaktır.

2- Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında kurum tarafından sağlık hizmeti verilen kişiler için Sosyal Güvenlik İl Müdürlüklerince düzenlenmiş ve onaylanmış Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sağlık Yardım Belgesinin fotokopisi (MEDULA sisteminde müstahaklık sorgulaması yapılmıyaya kadar),

3- Diş tedavilerinde, SUT'un 9.3.1.A, 9.3.1.B ve 9.3.1.C maddelerinde sayılan belgelere ilave olarak;

- Diş hastalarına yapılan işlemleri gösteren diş şeması. (Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde, tüm işlemler, hizmet detay belgesindeki diş şeması üzerinde işaretlenecektir.)

- Diş protezi işlemlerinde (sabit ve hareketli protezlerde) fatura tarihinden önce Kuruma onaylatılan "Diş Müstahaklık Belgeleri", ağız ve diş cerrahisi işlemlerinden büyük-küçük kist operasyonları, büyük-küçük odontojenik tümör operasyonları, büyük-orta-küçük operasyonları vb.de açıklayıcı operasyon bilgileri,

- Gömülü diş çekimi (mukoza-kemik retansiyonlu), gömülü kanin-premolar çekimi, kök ucu rezeksiyonu işlemlerinde, radyolojik teşhis filmi,

- Kanal tedavisi, gangren ve periapikal lezyonlu dişlere uygulanan kanal tedavilerinde, radyolojik teşhis ve sonuç kontrol filmi (dijital, periapikal, panoramik vb. hangisi kullanıldı ise).

4- Takip numarası alınmamış vefat eden hastalar için kurumdan alınan tedavi tarihlerinde müstehak olduklarını belirten belge ve ölüm belgesi.

5- SUT ve eki listelerde ve Kurumun yapacağı sözleşmelerde, ayrıca ekleneceği belirtilen belgeler.

Sağlık Kurumları İçin Fatura Eki Belgeler

Fatura üst yazısı

İcmal listesi

Hizmet detay belgesi

MEDULA sistemini kullanan sağlık kurum/kuruluşları, MEDULA sistemine kaydettikleri tedaviye ait hizmet detay belgesini MEDULA hastane sistemi aracılığı ile elektronik olarak kaydedilecektir. Hizmet detay belgesi fatura tesliminde ünitelere teslim edilmeyecek olup ancak Kurum tarafından talep edilmesi halinde, hizmet detay belgesinin çıktısı ilgili hekimler ve başhekimlikçe onaylı olarak teslim edilecektir. Hizmet detay belgesindeki epikriz bölümü, yatarak tedavilerde ve cerrahi işlemlerin yapıldığı tüm sağlık hizmetleri için elektronik ortamda düzenlenecektir.

Diğer belgeler

1- MEDULA sisteminden kaynaklanan ve Kurumca kabul edilen nedenlerle müstahaklık sorgulaması yapılmadan işlemleri yürütülen ve daha sonrasında sağlık kurumunca yapılan sorgulama sonucu müstahak olmadığı tespit edilen kişiler için işlemleri yürütmeye esas belge,

2- Sevkle başvuran hastalar için tedavi sevk belgesi,

3- Özel sağlık kurumlarınca temin edilen tıbbi malzemeler için malzemeye ait alış faturasının bir örneği,

4- Adli vaka, iş kazası ve meslek hastalığı geçiren kişilere ait faturaların ekinde; hastane polisi veya ilgili kolluk kuvvetinden konuyla ilgili sağlanacak belge, tutanak, ifade tutanağı, adli rapor gibi bulunabilen her türlü belgeler ile iş kazalarında iş kazası bölümü doldurulmuş vizite kağıdı yer alacaktır.

5- Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında kurum tarafından sağlık hizmeti verilen kişiler için sosyal güvenlik il müdürlüklerince düzenlenmiş ve onaylanmış Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sağlık Yardım Belgesi,

6- Mor ve turuncu reçete kapsamında kan ürünleri kupürleri.

7- Diş tedavilerinde ilave olarak;

- Diş hastalarına yapılan işlemleri gösteren diş şeması. (Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde, tüm işlemler, hizmet detay belgesindeki diş şeması üzerinde işaretlenecektir.)

- Diş protezi işlemlerinde (sabit ve hareketli protezlerde) fatura tarihinden önce Kuruma onaylatılan “Diş Müstahaklık Belgeleri”,

- Ağız ve diş cerrahisi işlemlerinden büyük-küçük kist operasyonları, büyük-küçük odontojenik tümör operasyonları, büyük-orta-küçük operasyonları vb.de, bilgisayar çıktısı ya da daktilo ile yazılmış açıklayıcı operasyon bilgileri,

- Gömülü diş çekimi (mukoza-kemik retansiyonlu), gömülü kanin-premolar çekimi, kök ucu rezeksiyonu işlemlerinde, radyolojik teşhis filmi,

- Kanal tedavisi, gangren ve periapikal lezyonlu dişlere uygulanan kanal tedavilerinde, radyolojik teşhis ve sonuç kontrol filmi (dijital, periapikal, panoramik vb. hangisi kullanıldı ise).

8- Yatan hastalar için kullanılan ve Kuruma faturalandırılabilir toplam ilaç ve tıbbi malzeme tutarının belirtildiği, hastane yetkilisi tarafından imzalanmış ve kaşesi basılmış talep yazısı,

9- SUT ve eki listelerde, Kurumun yapacağı sözleşmelerde ve yayımladığı genelgelerde, ayrıca ekleneceği belirtilen belgeler,

10- Takip numarası alınmamış vefat eden hastalar için kurumdan alınan tedavi tarihlerinde müstahak olduklarını belirten belge ve ölüm belgesi

Ayrı Faturalandırılacak Tedaviler

Kurumca örneklemeye dâhil edilmeksizin tamamı inceleneceğinden;

a) Trafik kazası, iş kazası, meslek hastalıkları ve adli vaka durumlarında her hasta için ayrı ayrı,

b) (a) bendinde sayılan haller hariç olmak üzere SUT'un 3.1.3(2)b bendinde sayılan hallerdeki işlemler, kemik iliği, kök hücre nakilleri, ekstrakorporeal fotoferez tedavisi, hiperbarik oksijen tedavileri, tüp bebek tedavileri, plazmaferez tedavileri, ağız ve diş tedavileri ile ilgili olarak damak yarığı protezi, yeni doğanda preoperatif aparey, velum uzantılı konuşma apareyi, geçici opturatörler, basit çene defektlerinin protetik tedavileri, komplike çene defektlerinin protetik tedavileri, yüz protezlerine ait işlemlerin faturaları ayrı ve tek bir grup halinde,

c) Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan ve Sosyal Güvenlik İl Müdürlüklerince düzenlenmiş ve onaylanmış Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sağlık Yardım Belgesi (aslı veya fotokopisi) ile müracaat eden kişilere ait faturalar ülke ve bağlı olunan sosyal güvenlik il müdürlüğü bazında ayrı ayrı (MEDULA sisteminde gerekli düzenlemeler yapıncaya kadar manuel),

ç) Kurum Hizmet Sunumu Genel Müdürlüğü yetkililerince imzalanacak bir tutanak ile tevsik edilmesi kaydıyla MEDULA sisteminden kaynaklanan arıza nedeniyle hasta takip numarasının alınamadığı süre zarfında Kurum sağlık yardımlarından yararlanma hakkının olduğunu yazılı olarak beyan etmek veya belgelemek suretiyle müracaat eden kişilerden daha sonra yapılan sorgulama sonucu müstahak olmadığı tespit edilenlere ait faturaların ayrı tek grup halinde manuel,

d) Mücavir alan dışı ambulans ücretleri her hasta için ayrı ayrı (MEDULA sisteminde gerekli düzenlemeler yapıncaya kadar manuel),

düzenlenmesi gerekmektedir.

(3) Sağlık Bakanlığı ile yapılan protokol hükümlerinde faturalama ile ilgili hükümler saklıdır.

FATURALARIN İNCELENMESİ

5502 sayılı Kanunun “**Fatura ve benzeri belgelerin incelenmesi**” başlıklı ek birinci maddesi gereği ;

Sözleşmeli Sağlık Hizmeti Sunucuları tarafından Kuruma gönderilen fatura ve eki belgeler, genel sonuçlar verecek şekilde %5 ile %10 oranında örnekleme metodu ile incelenir. Bu inceleme sonucunda tespit edilen hata oranı Sağlık Hizmeti Sunucularının incelenen döneme ait bütün faturalarına uygulanmak suretiyle ödenecek tutar tespit edilir ve buna göre ödeme yapılır. Kurum ihtiyaç duyduğu hâllerde fatura ve eki belgelerinin tamamını incelemeye yetkilidir. Örnekleme yapılarak fatura incelemesi yöntemini kabul etmeyen Sağlık Hizmeti Sunucuları, bu tercihlerini hizmet vermeye başlamadan önce Kuruma yazılı olarak bildirir. Bildirimde bulunulmaması hâlinde örnekleme yöntemi kabul edilmiş sayılır.

Örnekleme yapılarak fatura incelemesi yöntemini kabul etmeyen Sağlık Hizmeti Sunucularının, fatura ve eki belgelerinin tamamı incelemeye tabi tutulur.

Fatura İnceleme Birimleri

Ayaktan Hasta Faturalarını İnceleyen Birimler;

Yatan Hasta Faturalarını İnceleyen Birimler;

Diyaliz, ESWL, Vb. Tedavi Merkezlerinin Faturalarını İnceleyen Birimler;

Diş Tedavi Faturalarını İnceleyen Birimler;

Eczane Faturalarını İnceleyen Birimler;

Optik Faturalarını İnceleyen Birimler;

Şahıs Faturalarını İnceleyen Birimler;

FATURA KESİNTİ İTİRAZ İŞLEMLERİ

Sağlık hizmet sunucusu, Kurum tarafından bildirilen hata tutarını, hata oranını ve hatalara ilişkin hususları kabul yada itiraz yönündeki kararını MEDULA ekranında incelendi ibaresinin belirttiği veya elektronik iletinin gönderildiği tarihi takip eden 5 (beş) iş günü içerisinde, ilgili üniteye; MEDULA, e-posta ,diğer elektronik sistemlerle veya faks ile bildirecek bildirimin yazılı aslını da aynı gün iadeli taahhütlü posta veya elden gönderecektir.

Belirtilen 5 (beş) iş günlük süre özel sağlık kurumları için birinci itiraz süresi olup, bu süre içerisinde müracaat etmeyenler, sürenin bitiminden itibaren 10 (on) iş günü içerisindeki ikinci itiraz süresinde itirazda bulunabileceklerdir. Özel sağlık kurumları için tanınan ikinci itiraz süresi içinde başvurulması halinde, itiraz edilen tutarın % 2'si, özel sağlık hizmeti Kuruma irad kaydedilerek değerlendirmeye alınmaktadır.

İtiraz Komisyonu

2 nci ve 3 üncü Basamak Sağlık Kurumları/Kuruluşları Fatura İtiraz İnceleme Komisyonu:

Bu komisyon Sosyal Güvenlik İl Müdürü veya görevlendireceği personel başkanlığında, Kurumdan 1 (bir) tabip/diş hekimi, incelemeyi yapan personel ve sağlık kurum/kuruluşunca da görevlendirilen bir hekimin (MEDULA sisteminde tanımlı olan) katılımı ile kurulur.

İncelemeyi yapan personelin senelik izin, hastalık izni ve benzeri nedenlerle bulunmaması halinde yerine üniteye çalışan 1 (bir) sağlık hizmetleri sınıfı personel görevlendirilir. Komisyonca, ünite amirlerinin yeniden incelenmesini talep ettiği veya sağlık Kurum/kuruluşunca itiraz edilen fatura eki belgelerdeki tüm işlemler yeniden değerlendirilerek oy çokluğu ile karara bağlanır. Bu komisyonda oyların dağılımında eşitlik olması halinde komisyon başkanının oy kullandığı taraf lehine karar verilir

ÖDEME İŞLEMLERİ

Tüm resmi ve özel sağlık kurumlarına ait fatura teslim tarihinden itibaren 60(altmış) gün içerisinde incelemesi tamamlanmış ancak, henüz mutabakatı sağlanmamış olan faturaların, kesinti tutarları hariç olmak üzere ödenmesine karar verilen miktarları 60 (altmış)'ıncı gün avans olarak ödenir. Kesinti uygulanan miktarlar ise mutabakata varılan tarihten sonraki ilk ödeme tarihinde ödenir.

Ayrıca sağlık hizmet sunucularının Tedavi faturaları içerisinde yer alan ilaç ve malzeme bedelleri 15 gün içerisinde avans olarak ödenir.

AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI TEDAVİLERİ

Ağız ve Diş Sağlığı Tedavilerin Temin Şekli

Genel sağlık sigortalısı ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerin ağız ve diş sağlığı hizmetleri;

a) Kurumumuzla sözleşmeli resmi sağlık kurum ve kuruluşları olan Sağlık Bakanlığı, Üniversite, Askeriye ve Belediyelere bağlı sağlık hizmeti sunucularınca,

b) %40 ve üzerinde özürlü kişilerin özürlülük durumunu belgelendirmek suretiyle müracaat ettikleri Kurumumuzla sözleşmeli olan ve ağız ve diş sağlığı hizmeti verilen sağlık kurum veya kuruluşunda tedavilerinin sağlanamaması nedeniyle 29.03.2010 tarih ve **2010/41** sayılı Genelge hükümlerine uygun yapılan sevkler istinaden ise Kurumumuzla sözleşmesi olmayan kurum veya kuruluşları ile serbest diş hekimliklerinde,

c) Diğer kişilerin ise Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezlerince Kurumumuzca yayımlanan 29.03.2010 tarih ve **2010/41** sayılı Genelge hükümlerine uygun yapılan sevkler istinaden, Kurumumuzla sözleşmesi olmayan kurum veya kuruluşları ile serbest diş hekimliklerinde, sağlanmaktadır.

Ağız ve Diş Sağlığı Tedavilerinin Kapsamı Kurumca Finansmanı Sağlanan Tedaviler

a) Kurumumuzca Sağlık Uygulama Tebliği eki EK-7 listesinde yer alan ağız ve diş sağlığı hizmetleri karşılanmaktadır.

b) Maksillofasiyal travma, kist ve tümörlere bağlı olarak gelişen, maksiler ve mandibuler kemikte aşırı doku kaybının olduğu vakalarda, alt ve üst çenede tek taraflı serbest sonlu dişsizlik vakalarında, konjenital diş eksikliği vakalarında, dudak damak yarığı vb. gibi doğumsal anomalilere bağlı, diş ve ilgili kemik doku defektlerinin olduğu vakalarda hastaların bilinen rutin protetik diş tedavi yöntemleri ile tedavi edilemeyeceğinin, implant uygulamasının zorunlu olduğunun, üniversite diş hekimliği fakültelerinden cerrahi, protez ve periodontoloji anabilim dallarından en az birer öğretim üyesinin katılımlarıyla oluşacak sağlık kurulu ile karara bağlanması, kararı destekleyen radyografik tetkiklerin sağlık kurulu raporu ekinde yer alması ve kaç adet implant uygulanacağını belirtmesi şartıyla; her bir çene için en fazla 4 adet SUT eki EK-7 Listesinde yer alan “kemik içi implant uygulaması” işlem bedeli ile her implant için yürürlükte olan SUT’ta yayınlanan bedel kadarı ödenir.

c) 18 yaşını doldurmuş kişilerin, 5510 sayılı Kanunun genel sağlık sigortasına ilişkin hükümlerinin yürürlük tarihi öncesinde başlamış ve devam eden ortodontik diş tedavileri,

Örnek 1: 05.05.1990 doğumlu olan ve aldığı sevke istinaden 16.10.2007 tarihinde ortodontik tedavisine başlanılan XX isimli kişinin tedavisi 25.07.2011 tarihinde sona ermiştir. Bu kişinin ortodontik diş tedavisine 5510 sayılı Kanunun genel sağlık sigortasına ilişkin hükümlerinin yürürlük tarihinden önce başlanılmış olması ve tedavisinin de devam etmesi anılan hükümlerin yürürlük tarihinden sonrada ortodontik diş tedavisinin devam etmesi nedeniyle tedavi bedeli ödenir.

Örnek 2: 15.08.1992 doğumlu olan ve aldığı sevke istinaden 02.02.2010 tarihinde ortodontik tedavisine başlanılan XY isimli kişinin tedavisi 25.07.2011 tarihinde sona ermiştir. Bu kişinin ortodontik diş tedavisine 5510 sayılı Kanunun genel sağlık sigortasına ilişkin hükümlerinin yürürlük tarihinden sonra başlanılmış olması nedeniyle kişinin 18 yaşını doldurduğu 15.08.2010 tarihinden sonraki ortodontik diş tedavi bedeli ödenmez.

d) Ortodontik tedavi ile tedavisi mümkün olmayan iskeletsel anomalili ve/veya doğumsal anomalili (dudak damak yarığı, crouzon sendromu, apert sendromu vb.) hastalarda fonksiyon kaybı, fonasyon bozukluğu durumlarında cerrahi tedavi ile birlikte yapılması gereken ve cerrahi tedavinin tamamlayıcısı olan ortodontik tedaviler,

Kurumca karşılanır.

Kurumca Finansmanı Sağlanmayan Tedaviler

a) Diş tedavileri sırasında; altın, platin, paladyum+platin, iridyum+platin, iropal gibi kıymetli madenler ile argenco 23, bego gold EWL ve polliag-M gibi bileşiminde kıymetli maden bulunan maddelerin bedelleri,

b) Kemik içi implantların bedeli,

c) Hareketli ve sabit protezlerin yenilenme süresi 4 (dört) yıl olduğundan bu süreden önce yenilenen protez bedelleri,

d) 18 yaşını doldurmuş kişilerin ortodontik diş tedavilerine ilişkin giderleri,

Kurumca ödenmemektedir.

Ağız ve Diş Sağlığı Tedavi Bedellerinin Ödenme Şekli

a) Kurumumuzla anlaşmalı sağlık hizmeti sunucularında yapılan ağız ve diş tedavileri SUT eki “Diş Tedavileri Puan Listesi” (EK-7)’de yer alan ücretler üzerinden,

b) Kurumumuzca yayımlanan 29.03.2010 tarih ve **2010/41** sayılı Genelge hükümlerine uygun yapılan sevklerle istinaden Kurumumuzla anlaşması olmayan sağlık hizmeti sunucularında yapılan ağız ve diş tedavileri,

1)02.11.2011 tarihi öncesine ilişkin tedaviler “Türk Diş Hekimleri Birliği Asgari Muayene ve Tedavi Ücreti Tarifesi”nde yer alan fiyatlar tavan olmak üzere,

2)02.1.2011 tarihinden sonrasına ilişkin tedaviler ise Türk Diş Hekimleri Odasıncı yayımlanan Referans Tarifedeki fiyatlar tavan olmak üzere,

Kurumca ödenmektedir.