

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	SORU KODU	ADSM/ADSH FATURALANDIRMA İŞ VE İŞLEMLERİ YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ	EVET	HAYIR
1	HASTA KABUL	1.H.1.0	Hasta kabul aşamasında kimlik tespiti yapılıyor mu?		
		1.H.1.1	Sağlık kurum ve kuruluşlarına, kişilerin müracaatı aşamasında, acil hallerde ise acil halin sona ermesinden sonra, kimlik tespitinin ve kimlik doğrulamasının; Türk vatandaşları için nüfus cüzdanı, sürücü belgesi, evlenme cüzdanı, pasaport veya yetkili kurumlarca verilmiş belgelerden, Yabancı uyruklu kişiler için pasaport, oturma izni belgesi, geçici koruma kimlik kartı veya yetkili kurumlarca verilmiş belgelerden biri ile yapılması zorunludur. Bu belgelerle kimlik tespiti yapılmalıdır.		
		1.H.1.2	Kimliksiz olarak acil haller hariç, sağlık tesisine hasta kabulü yapılmamalıdır. Acil hallerde ise acil halin sona ermesinden sonra kimlik tespiti yapılmayan kişilerin kimliksiz olduğu dair tutanak tutulmalı ve kolluk kuvvetlerine resmi yazı ile bildirilmelidir.		
2	HASTA KABUL	1.H.2.0	Hasta iletişim bilgileri güncelleniyor mu?		
		1.H.2.1	Başvuruda, bilgi sistemlerinde (HBYS, MEDULA) mevcut olan adres, telefon gibi iletişim bilgilerinin kontrol edilmesi ve güncellenmesi gereklidir. İletişim bilgilerine gerçek dışı kayıt yapılmamalıdır. (örneğin tel numarası 05051111111 şeklinde yazılmamalıdır. Bunun için HBYS'de düzenleme yapılmalıdır.)		
3	HASTA KABUL	1.H.3.0	Hastanın sosyal güvencesinin tespiti yapılıyor mu?		
		1.H.3.1	Acil hallerde hasta kabulünden sonra sosyal güvence sorgulanmalıdır.		
		1.H.3.2	Genel sağlık sigortası kapsamında olup olmadığı MEDULA üzerinden T.C. Kimlik Numarası veya Yurtdışı Provizyon Aktivasyon ve Sağlık Sistemi (YUPASS) numarası ile müstehaklık sorgusuyla kontrol edilmelidir.		
		1.H.3.3	Geçici Koruma Protokolü kapsamında olup olmadığı MEDULA üzerinden geçici T.C. Kimlik Numarası ile müstehaklık sorgusuyla veya Göç İdaresi Müdürlüklerince düzenlenmiş olan belgeyle (V-174 tahdit kodu ile giriş yapanlarda giriş ili dışındaki sağlık tesislerinde sevk belgesi) kontrol edilmelidir. Bu belgelerin geçerlilik sürelerine dikkat edilmelidir.		
		1.H.3.4	Bakanlığımız ile protokolü bulunan 506 sayılı kanunun geçici 20. maddesi kapsamında banka sandığı mensubu olup olmadığı kurum kimlik belgesi/sevk belgesi/varsı ilgili banka sandığı bilgi sistemi üzerinden yapılan sorguyla kontrol edilmelidir.		
		1.H.3.5	Diğer kapsamda (sağlık giderleri TBMM, Sayıştay, Danıştay, Genel Kurmay gibi kurumlarca karşılanan) olup olmadığı kimlik belgesi/sevk belgesi/ilgili kurumun bilgi sistemi üzerinden yapılan sorguyla kontrol edilmelidir.		
		1.H.3.6	Cumhurbaşkanı Kararı/Bakanlar Kurulu Kararları kapsamında hizmet sunulan prim borçluları MEDULA üzerinden provizyon sorgusuyla (istisnai hal kısmından BKK prim borçlular seçilerek), Irak uyruklu kişiler oturma izin belgesindeki ikamet türü insani ikamet izni olması koşuluyla ve tutuklu hükümlüler sevk belgesiyle sağlık tesisine kabulü yapılmalıdır.		
		1.H.3.7	Trafik kazasının oluş tarihine ve kazazedenin genel sağlık sigortalısı olup olmadığına ve uyuşuna bakılmaksızın genel sağlık sigortası kapsamında değerlendirilmelidir.		
		1.H.3.8	Adli vaka kapsamında sağlık tesisine başvuran kişilerde adli vaka tutanağı belgesi sorgulanmalı ve sisteme taranarak kaydedilmelidir.		
4	HASTA KABUL	1.H.4.0	MEDULA'dan hak sahipliği sorgusu ile provizyon süreci doğru işletiliyor mu?		
		1.H.4.1	Genel sağlık sigortası kapsamında bulunan kişilere sunulan sağlık hizmetlerinin SGK'ca karşılanabilmesi için TC kimlik numarası/Yurtdışı Provizyon Aktivasyon ve Sağlık Sistemi (YUPASS) numarası ile MEDULA üzerinden provizyon alınmalıdır. Her başvuruda yeni provizyon sorgusu yapılmalıdır.		
		1.H.4.2	Randevulu hastalarda, hasta sağlık tesisine gelmeden mevcut kimlik bilgileri ile HBYS üzerinden otomatik MEDULA sorgusu yapılarak provizyon alınmamalıdır.		
		1.H.4.3	MEDULA'dan provizyon alınan ancak muayene olmadan sağlık tesisinden ayrılan kişiler gün sonunda tespit edilmeli ve bu kişilere ait MEDULA kayıtları silinmelidir. Konuyla ilgili HBYS'de düzenleme yapılmalıdır.		
		1.H.4.4	İkili sosyal güvenlik anlaşmaları kapsamında SGK sağlık yardımından faydalanan yurtdışı sigortalıların birbirinden farklı sağlık yardımı alma hakkı bulunmakta olup, bu yardım TA11, atr3, bt8, n111, d111, TA12 vb. formüler adları ile ifade edilmektedir. Bu nedenle YUPASS numarası ile yapılan başvurularda kişinin hak sahibi olduğu formülerden (özellikle Almanya sigortalıları) başvuru nedenine uygun formüler seçilerek MEDULA'dan provizyon alınmalıdır.		
		1.H.4.5	Vatandaşlarımızın istisnai hal (Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) istisnai hal maddesi) nedeni ile yaptıkları başvurularda MEDULA'dan normal provizyon alınmıyorsa istisnai hal provizyon sorgusu yapılarak provizyon alınmalıdır.		
		1.H.4.6	Geçici koruma kimlik belgesi olan kişilerin geçici kimlik numarası ile MEDULA'dan provizyon alınmalıdır. Provizyon alınmaması halinde sadece acil hal kapsamında yapılan başvurular kabul edilmelidir. Geçici koruma kapsamındaki kişilerin sağlık hizmetlerini ikamet izni verilen ilde almaları esastır. Geçici koruma kapsamındaki kişiler, ikamet ilinden Göç İdaresi İl Müdürlüklerinden izinli olarak veya sağlık nedeniyle sevk edilmesi halinde ayrılabilirler. Acil hal hariç provizyon alınmayan geçici koruma kapsamındaki kişilere ücretli dahil sağlık hizmeti sunulmamalıdır. İkamet iline yönlendirilmelidir.		
5	HASTA KABUL	1.H.5.0	Sistem hatası nedeniyle MEDULA'dan provizyon alınmadığı durumlarda kabul işlemi yapılıyor mu?		
		1.H.5.1	SGK Hizmet Sunumu Genel Müdürlüğü yetkililerince imzalanacak bir tutanak ile tespit edilmesi kaydıyla MEDULA sisteminden kaynaklanan arıza nedeniyle hasta takip numarasının alınmadığı süre zarfında SGK sağlık yardımlarından yararlanma hakkının olduğunu yazılı olarak beyan etmek veya belgelemek suretiyle müracaat eden kişilerin sağlık hizmetleri SGK'ca karşılanır. Tutanak ile kabul işleminin yapılması gereklidir.		
6	HASTA KABUL	1.H.6.0	Yabancı uyruklu hasta kabulünde hasta sınıflandırması doğru seçiliyor mu?		
		1.H.6.1	Yabancı uyruklu hastalar için Sağlık Kodlama Referans Sınıcusunda (SKRS) belirlenmiş yabancı uyruklu hasta sınıfları bulunmaktadır. Sağlık tesislerinde yabancı uyruklu hastaların kabulünün ibraz edilen ve geçerliliği bulunan kimlik doğrultusunda SKRS'deki en uygun sınıf seçilerek hasta kabulü yapılmalıdır.		
		1.H.6.2	Herhangi bir sağlık sigortası bulunmayan ve MEDULA provizyonu alınmayan Yabancı Uyruklu kişilerin kimlik tespiti ilgili mevzuat hükümlerince yapılmalıdır.		
7	HASTA KABUL	1.H.7.0	Ücretli hasta kabulünde taahhütname/avans alınıyor mu?		
		1.H.7.1	Sağlık hizmeti bedelinin kişiler tarafından karşılandığı durumlarda (SGK'ca ödemesi yapılmayan işlemler dahil) başvuru sahibine bilgilendirme yapılmalıdır.		
		1.H.7.2	Acil hal hariç avans alınmalı/bilgilendirme/onam formu imzalatılmalıdır.		
		1.H.7.3	Acil müracaatlarda acil halin sona ermesini takiben bilgilendirme/onam formu imzalatılmalıdır.		
		1.H.7.4	Ücretlendirme Kamu Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesi doğrultusunda yapılmalıdır.		

8	HASTA KABUL	1.H.8.0	Geçici koruma kapsamındaki kişilerin ikamet ili dışında başvuru kabulü doğru yapılıyor mu?		
		1.H.8.1	Geçici koruma kapsamındaki kişilerin sağlık hizmetlerini ikamet izni verilen ilde almaları esastır.		
		1.H.8.2	İkamet ilinden Göç İdaresi İl Müdürlüklerinden izinli veya sağlık nedeniyle sevk edilmesi halinde ayrılabilirler.		
		1.H.8.3	Bu kapsamdaki kişilere ücretli dahil sağlık hizmeti sunulmamalıdır.		
9	KATILIM PAYI	1.K.1.0	Kişilerden alınması gereken katılım payı alınıyor mu?		
		1.K.1.1	SUT'ta sağlık tesisince alınacağı belirtilen katılım payları MEDULA'dan tespit edilerek, götürü bedel tutarından düşülmektedir. Kurum zararı oluşmaması için sağlık tesisince alınacak olan katılım payları ilgili kişiden tahsil edilmelidir. MEDULA dönem sonlandırma ekranından alınması gereken katılım payı tutarları ile alınan katılım payı tutarları kontrol edilmelidir.		
		1.K.1.2	Katılım payı uygulanacak hizmetler ve güncel tutarı HBYS'de tanımlı olmalıdır.		
		1.K.1.3	YUPASS ile provizyon alınan kişilerden ve Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti vatandaşlarından müraaat tarihindeki güncel SUT'ta yer alan muayene katılım payı alınmalıdır.		
		1.K.1.4	Ağuz protezlerinden (SUT eki "Diş Tedavileri Puan Listesi" nde (EK-2/Ç) yer alan 404.010, 404.020, 404.030, 404.040, 404.050, 404.170, 404.180, 404.181, 404.190, 404.200, 404.201, 404.210, 404.220, 404.230, 404.360, 404.370, 404.380, 404.390, 404.395, 404.400, 404.410, 404.420 kod numarasında sayılanlar) Kurumdan gelir ve aylık alanlar hariç %20 oranında katılım payı alınmalıdır.		
		1.K.1.5	1005 sayılı İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunana Vatani Hizmet Teribinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre şeref aylığı alan kişiler ile bunların eşlerinden, 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler ile bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerden, Harp malullüğü aylığı alanlar ile 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlardan ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerden, Vazife malüllerinden, 3713 sayılı Kanunun 21 inci maddesinde sayılan olaylara maruz kalmaları nedeniyle yaralananların tedavileri sonuçlanmaya veya malijetleri kesinleşinceye kadar sağlanacak sağlık hizmetlerinden ve 5510 sayılı Kanunun 60 nci maddesinin On üçüncü ve on dördüncü fıkraları kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılanlar ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerden katılım payı alınmaz.		
		1.K.1.6	Bakanlar Kurulu/Cumhurbaşkanı Kararı kapsamında prim borçlularına sunulan sağlık hizmetlerine ilişkin Bakanlıkça belirlenen tutarlar kişilerden tahsil edilmelidir. Tahsil edilen tutar sağlık tesisine gelir kaydedilmelidir.		
10	KARŞILANMAYAN HİZMETLER	1.KH.1.0	Sosyal Güvenlik Kurumu ödemesi bulunmayan hizmetlerin takibi yapılıyor mu?		
		1.KH.1.2	Ağuz ve diş sağlığına yönelik vücut bütünlüğünü sağlamak amacıyla yapılan ve iş kazası ile meslek hastalığına, kazaya, hastalıklara veya konjenital nedenlere bağlı olarak yapılanlar hariç estetik amaçlı yapılan sağlık hizmetleri SGK'ca karşılanmaz. Bu işlemler için başvuru yapan kişilere MEDULA'dan provizyon alınmamalı ve Kamu Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesi doğrultusunda işlem tesis edilmelidir.		
11	TEŞHİS VE TEDAVİ	1.T.1.0	Ağuz ve diş sağlığına yönelik başvuru yapan kişilere sunulan sağlık hizmetlerinin faturalandırılmaları fiyat tarifelerine uygun yapılıyor mu?		
		1.T.1.1	Yatırımsızın sunulan sağlık hizmetleri ayakta tedavi olarak kabul edilir. Ayakta tedavi için başvuran kişilerden genel sağlık sigortası kapsamındakilere SUT, diğer kişilere Kamu Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesi hükümleri doğrultusunda fatura düzenlenmelidir.		
		1.T.1.2	Genel sağlık sigortalısı kişilerin ayakta her bir başvurusu için, SUT eki Diş Tedavileri Puan Listesi' nde (EK-2/Ç) bulunduğu alana göre belirlenmiş olan SUT eki EK-2/Ç Listesinde yer alan tutarlar üzerinden faturalandırılma yapılmalıdır. SUT eki EK-2/Ç Listesinde herhangi bir bölümde yer verilmeyen tedaviler için bu listenin diğer bölümlerindeki fiyatlar uygulanmalıdır. SUT eki EK-2/Ç Listesinde bulunmayan işlemler için SUT eki EK-2/B Listesi veya EK-2/C Listesindeki işlem kodları kullanılmalıdır.		
		1.T.1.3	Diş şeması üzerinde işaretlenmeyen işlem bedelleri SGK'ca ödenmez. Odontoma, rezidüel kök/kökler ve sümürer dişler için bu şart aranmaz. Bunlar için kanıtlayıcı film ve MEDULA'daki açıklama bölümüne detaylı operasyon notu yazılması gereklidir.		
12	PEDODONTİ	1.PD.1.0	16 yaş altı çocuklar ve yetişkin bireylerde diş tedavilerinde genel SUT hükümlerine dikkat ediliyor mu?		
		1.PD.1.1	Aynı merkezde yapılan her türlü kuafaj işlemi dolgu işlemlerine dâhildir. Ayrıca faturalandırılmamalıdır.		
		1.PD.1.2	Cam iyonomer dolgu sadece süt dişlerinde faturalandırılmamalıdır.		
		1.PD.1.3	Yerel flor uygulamalarında ve "Fissür örtülmesi (Sealant), her bir diş" işlemleri 2-15 yaş arası çocuklarda süt ve daimi dişlerde 6 (altı) ayda bir faturalandırılabilir. Engelli bireyler ile ağız ve diş sağlığını olumsuz yönde etkileyen sistemik rahatsızlığı olan hastalar için yaş sınırlaması aranmaz.		
		1.PD.1.4	Yerel flor uygulaması diş çekimi ile birlikte aynı gün faturalandırılmamalıdır.		
13	PROTEZ	1.P.1.0	Protetik diş tedavilerinde SUT hükümlerine ve fatura inceleme usul ve esaslarına dikkat ediliyor mu?		
		1.P.1.1	Yapılan protezlerle birlikte, o proteze ait oklüzal aşındırma bedelleri SGK'ca ödenmez. Oklüzal aşındırma, yapılan proteze ait bir işlemdir. Ayrıca faturalandırılmamalıdır.		
		1.P.1.2	Yeni yapılan kron-köprülerde simantasyon bedeli ayrıca faturalandırılmamalıdır.		
		1.P.1.3	Kron sökümlü veya simantasyonu ayak diş başına faturalandırılmamalıdır.		
		1.P.1.4	Protez yenilenmesinde SUT kısıt ve sürelerine (REPETE kuralları) dikkat edilmelidir.		
		1.P.1.5	Geçici kron, her ayak üye diş için faturalandırılmamalıdır.		
		1.P.1.6	Sabit ve hareketli protezlerin yenilenme süresi 4 yıldır. Trafik kazası sonucu oluşan ağız ve çene travmalarında bu süre dikkate alınmaz. Ayrıca malign ve benign neoplazik değişiklikler nedeniyle çenesinin bir bölümünü veya tamamını kaybetmiş hastalarda veya kanser nedeniyle aşırı kilo kaybının olduğu vakalarda diş diş hekiminin oluşturduğu sağlık kurulu raporuna istinaden 4 yıllık süre aranmaz.		

14	ORTODONTİ	1.O.1.0	Ortodontik tedavilerde SUT hükümleri çerçevesinde işlem tesis ediliyor mu? Tedaviler arası endikasyon sürelerine dikkat ediliyor mu?		
		1.O.1.1	18 yaş üzerindeki kişilerin ortodontik tedavi bedelleri SGK tarafından (18 yaş öncesi tedavi başlamışsa tedaviye devam edilir) karşılanmaz. Bu kişilere sunulan ortodonti tedavileri Kamu Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesi hükümlerine göre sunulmalıdır.		
		1.O.1.2	Genel sağlık sigortası kapsamındaki kişilerin ortodontik tedavilerinde kullanılan braket ve ortodontik materyal hasta tarafından karşılanmalıdır.		
		1.O.1.3	Ortodontik tedavi uygulanan kişilere ait faturaların ödemeleri SUT eki EK-2/Ç-3 Listesinde yer alan formlar üzerinden her bir aşama tamamlandığında bedelleri SGK'ca ödenir.		
		1.O.1.4	Ortodontik tedavi gereksinimi olan hastalar için düzenlenen sağlık kurulu raporu fatura eki belge olarak veya e-rapor olarak yer almalıdır.		
		1.O.1.5	Class 1 tedavilerde tedavinin estetik olup olmadığına, ICON indeksi ile karar verilmelidir.Ortodontik tedavilerde başlangıç ve bitiş tedavi arasındaki süreye dikkat edilmelidir.		
15	AĞIZ, DIŞ ve ÇENE CERRAHİSİ	1.C.1.0	Kemik içi implantların bedeli hangi tarife üzerinden ücretlendiriliyor?		
		1.C.1.1	Kemik içi implantların bedelleri sadece maksillofasiyal travma, kist ve tümörlere bağlı olarak gelişen, maksiler ve mandibuler kemikte aşırı doku kaybının olduğu vakalarda, Alt ve üst çenede tek tarafı serbest sonlu dişsizlik vakalarında,Konjenital diş eksikliği vakalarında, Dudak damak yarığı vb. 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, karar destekleyen radyografik tetkiklerin sağlık kurulu raporu ekinde yer alması ve kaç adet implant uygulanacağı belirtilmesi şartıyla SUT'un 2.4.1 - Diş tedavileri başlıklı hükmü doğrultusunda SGK'ca karşılanır.		
		1.C.1.2	Kemik içi implantların SUT hükümlerinde yer alan geri ödeme endikasyonları dışında yapılması halinde Kamu Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesi hükümleri doğrultusunda işlem tesis edilmelidir. Kamu Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesi hükümlerine göre sunulan kemik içi implant tedavisi alan kişiler GSS'li ise üst yapı işlemleri olan kron köprü tedavisi, implant üstü tam protez, bölümlü protez gibi işlemler SUT kapsamında SGK'ya faturalandırılabilir.		
16	AĞIZ, DIŞ ve ÇENE CERRAHİSİ	1.C.2.0	Cerrahi operasyonlarda fatura belge eki olarak istenen belgeler doğru düzenleniyor mu?		
		1.C.2.1	Ağız ve diş cerrahisi işlemlerinde, (her türlü tümör operasyonlarında, kist operasyonlarında vb.) açıklayıcı operasyon bilgileri ve radyolojik tetkik sonuçları fatura eki belge olarak hazırlanmalıdır. Patoloji tetkiki yapılmış vakalarda sonuç raporu, gömülü diş çekiminde radyolojik teşhis filmi, kök ucu rezeksiyonu işlemlerinde radyolojik teşhis filmi faturalandırmaya için gereklidir.		
		1.C.2.2	Teşhis ya da sonuç röntgenleri, çıktıları ya da fotokopileri anlaşılır olmalıdır. Fotokopi ve çıktıların üzerinde ilgili hekimin onayı, hasta adı-soyadı ve tarih yer almalıdır		
		1.C.2.3	Cerrahi müdahalelerde birlikte fatura edilemeyen hizmetler biliniyor mu? Fatura aşamalarında SUT hükümlerine dikkat ediliyor mu?		
		1.C.2.4	Diş çekimi ile birlikte aynı gün kanama müdahalesi ve/veya alveolit tedavisi fatura edilmemelidir. Aynı dişe kist operasyonu ve apikal rezeksiyon işlemlerinden sadece biri SGK'ca ödenir. (Kist çapının 1cm'den küçük olması durumunda) Alveol düzeltilmesi, illeli bölgedeki diş çekiminden 45 günden sonra yapılması durumunda SGK'ca ödenir		
17	PERİODONTOLOJİ	1.PO.1.0	Peridontoloji alanında bir arada faturalandırılmayacak işlemler biliniyor mu?		
		1.PO.1.1	Detertaj ile subgingival küretaj aynı seansta faturalandırılmamalıdır. Gingivektomi ve Gingivoplasti ile aynı seansta diş çekimi, detertaj ve subgingival küretaj SGK'ca ödenmez. Detertaj ve subgingival küretaj ile birlikte aynı gün yapılan diğer işlemler faturalandırılmamalıdır. (SUT eki EK-2/Ç listesi 1.Teşhis ve Tedavi Planlaması başlığı altındaki kodlar hariç)		
18	ENDODONTİ	1.E.1.0	Kanal tedavisine yönelik fatura aşamaları ve işleme dahil fatura edilemeyecek ara basamaklar biliniyor mu?		
		1.E.1.1	Kanal tedavisi bedeline, üst dolgu hariç; extirpasyon, kanal dolgusu sökülümü, pansuman, kanal dolgusu, periapikal röntgen ara işlemleri dahil olup, ayrıca faturalandırılmamalıdır.		
		1.E.1.2	Kanal tedavisi yapılan tüm dişlerde o dişe ait başlangıç (tam) ve bitiş (kontrol) röntgeni olmalıdır. Kanal tedavisi işlemleri öncesinde tanı amaçlı yapılan radyolojik tetkikler ayrıca faturalandırılmamalıdır.		
		1.E.1.3	Gangren veya periapikal lezyonlu diş tedavisi bedeline; üst dolgu hariç; extirpasyon,kanal dolgusu sökülümü, pansuman, kanal dolgusu, periapikal röntgen ara işlemleri dahil olup, ayrıca faturalandırılmamalıdır.		
19	EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ	1.ES.1.0	Evde sağlık hizmetleri, hizmet başına ödeme yöntemi ile mi faturalandırılıyor?		
		1.ES.1.1	GSS'li kişilerin evde sağlık hizmetleri bedelleri hizmet başına ödeme yöntemi ile SUT eki EK-2/Ç listesi esas alınarak faturalandırılmamalıdır.		
		1.ES.1.2	Hastaya kullanılan her türlü tıbbi malzemenin sağlık tesisi tarafından temini zorunludur. SGK'ca bedeli karşılanmayan ilaç ve tıbbi malzemeler hariç olmak üzere temin edilen faturalandırılabilir ilaç ve tıbbi malzeme bedelleri ilaveten faturalandırılmamalıdır.		
20	RADYOLOJİ İŞLEMLERİ	1.R.1.0	Görüntüleme işlemleri doğru faturalandırılıyor mu?		
		1.R.1.1	Mükerrerlik sorgusu yapılması gereken tahlil tetkikler için HBYS'de uyarı/kısıtlama gibi düzenleme yapılmalıdır.		
		1.R.1.2	Tüm ağız periapikal röntgen çekim sayısı 14 adetten fazlası faturalandırılmamalıdır.		

21	GENEL ANESTEZİ	1.G.1.0	Genel anestezi altında yapılan işlemler doğru faturalandırılıyor mu?		
		1.G.1.1	Genel anestezi ve sedasyon ile gerçekleştirilen dış hekimliği uygulamaları gibi günlük tedaviler, SUT hükümlerine göre 24 saatten kısa süren yatarak tedavilerdir. Günlük yatış yapılan kabullerde 510120 SUT kodlu Gündüz yatak tarifesi işlemi kayıtlı olmalıdır. Yemek hizmetleri dahildir.		
		1.G.1.2	Genel anestezi ve sedo-analjezi altında yapılan müdahalelerde, sayı ve işlem kısıtlaması yoktur. EK-2/Ç Listesinde yer alan işlemlerin genel anestezi ile yapılması durumunda işlem ücretinin % 30'u anestezi ücreti olarak alınır.		
		1.G.1.3	Başta zihinsel engelli olmak üzere iletişim kurulamayan veya algılama güclüğü yaşanan engelli kişilerin dış tedavileri, sınırlı uyuşturma altında gerçekleştirilemiyorsa ve genel anestezi veya sedo-analjezi altında müdahale gerekmesi durumunda genel anestezi veya sedo-analjezi bedelinin ödenebilmesi için; tedavinin anesteziyoloji ve reanimasyon uzman hekiminin sorumluluğunda genel anestezi altında cerrahi müdahale uygulanabilen, asgari tıbbi malzeme ve ilaçların bulunduğu genel anestezi ile müdahale birimi olan ADMS, tıp merkezleri ve hastanelerin ameliyathane ve genel anestezi ünitelerinde yapıldığının belgelendirilmesi gerekmektedir.		
		1.G.1.4	Ağız ve diş sağlığı hizmeti veren sözleşmeli resmi sağlık hizmeti sunucuları, genel anestezi altında yapılması gerekli görülen tetkik, tahlil ve tedavileri bünyelerinde veya başka bir resmi sağlık hizmeti sunucusundan hizmet alımı ile sağlayabilirler. Bu hizmetleri sözleşmeli resmi sağlık hizmeti sunucuları bünyesinde üretilen hizmetlerden ayrıntı yapılmaksızın, hizmet alımı yapan sağlık hizmeti sunucusu tarafından SGK'ya faturalandırılmaktadır.		
		1.G.1.5	Engelli hastaların muayene, tedavi ve genel anestezi gerektiren durumlarda tedavi sonrası yatış işlemlerine yönelik iş ve işlemler "Engelli Hastalara Yönelik Ağız ve Diş Sağlığı Hizmet Birimleri" konulu 2022/3 sayılı Bakanlığımız Genelgesi doğrultusunda yürütülmelidir.		
22	FİYAT TARİFELERİ	1.F.1.0	Başvuru yapan kişinin statüsüne uygun fiyat tarifesi uygulanıyor mu?		
		1.F.1.1	Genel sağlık sigortası (GSS) kapsamındaki kişilere Sağlık Uygulama Tebliği hükümleri doğrultusunda işlem yapılmalıdır.		
		1.F.1.2	GSS kapsamında olmayan veya GSS kapsamında olduğu halde sağlık hizmet bedelini kendisinin ödeyeceğini beyan eden kişilere Kamu Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesi (KSHFT) doğrultusunda işlem yapılmalıdır.		
		1.F.1.3	Geçici koruma kapsamındaki kişilere SUT ve Bakanlığımız ile Göç İdaresi Başkanlığına imzalanan protokol kapsamında işlem yapılmalıdır.		
		1.F.1.4	Diğer yabancı uyruklu kişilere KSHFT hükümlerinde belirtilen fiyatlandırma doğrultusunda işlem yapılmalıdır.		
23	SAĞLIK TURİZMİ/TURİSTİN SAĞLIĞI	1.F.2.0	Sağlık Turizmi / Turistin Sağlığı kapsamındaki hizmetlerdeki katsayılar güncel mi?		
		1.F.2.1	Uluslararası Sağlık Turizmi ve Tırstın Sağlığı Hakkında Yönetmelik kapsamındaki kişilere KSHFT hükümleri doğrultusunda Genel Müdürlüğümüzce belirlenen katsayılar uygulanması sonucu bulunan tutarlar üzerinden işlem yapılmalıdır.		
24	FATURA	1.F.1.0	Dış tedavileri doğru faturalandırılıyor mu?		
		1.F.1.1	SUT eki EK-2/Ç Listesinde yer alan işlemlerin muayeneden sonra aynı sağlık kurumunda ileri bir tarihte randevu verilerek yapılması durumunda, SUT eki EK-2/Ç Listesinde yer alan tutarlar ikinci bir defa girilmeksizin sadece yapılan işlem faturalandırılmaktadır.		
		1.F.1.2	Kamu Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesi kapsamında hizmet sunulan kişilere muayene sonrası randevu verilmek suretiyle ileri bir tarihte işlemlerin yapılması durumunda, ikinci defa muayene bedeli alınmamalıdır.		
		1.F.1.3	Hizmet başına ödeme yöntemi kapsamında ayaktan muayene sonrasında, söz konusu muayene ile ilgili olarak yapılması gerekli görülen tanı ve/veya tedaviye yönelik işlemler için (on gün) muayene faturalandırılmamalıdır.		
25	FATURA	1.F.2.0	Faturalandırma işlemleri zamanında yapılıyor mu?		
		1.F.2.1	Her ayın ilk ve son günü arasında sunulan sağlık hizmetlerinin SGK'ya faturalandırılmasında paket gün ve kontrol süreleri dikkate alınarak faturalandırılmadığı.		
		1.F.2.2	Herhangi bir nedenle döneminde faturalandırılmayan sağlık hizmeti, işlemin bittiği tarih itibarıyla faturalandırılması gereken dönemi takip eden en geç 2 ay içerisinde SGK'ya faturalandırılmadığı. Bu süreyi geçmesi halinde faturalandırma yapılamaz.		
		1.F.2.3	Sağlık tesislerinde her ayın 1-7'si arasında TDMS üzerinden ilgili dönem tahakkukları sonlandırılacak ve onaylanacaktır.		
26	FATURA	1.F.3.0	Sağlık tesisinde faturaların ve gelirlerin takibi ve analizi uygun olarak yapılıyor mu?		
		1.F.3.1	SBYS sistemi üzerinden kesilmeyen/kesilemeyen fatura tutarları aylık olarak takip edilmelidir.		
		1.F.3.2	SBYS sistemi üzerinden kesilen fatura tutarları aylık olarak takip edilmelidir.		
		1.F.3.3	Tahsil edilemeyen fatura tutarlarının hangi kurumlara ait olduğu aylık olarak takip edilmelidir.		
		1.F.3.4	Sağlık tesisinde yerleşim mekanına (merkez bina, ek bina, semt poliklinikleri vb.) göre kesilen faturaların aylık takibi yapılmalıdır.(Ek yerleşim mekanı olan sağlık tesislerinde değerlendirilecektir)		
		1.F.3.5	Sağlık tesisinde ayaktan ve yatan hasta gelirlerinin takibi aylık olarak yapılmalıdır.		
27	ALACAK TAKİBİ	1.AT.1.0	Alacak takipleri ile ilgili mevzuat çerçevesinde gerekli iş ve işlemler yürütülüyor mu?		
		1.AT.1.1	Protokol yapılmış Kurum/Kuruluşlara düzenlenen faturaların protokolde yer alan geri ödeme süresi içerisinde ödenip ödenmediği takip edilmelidir. Geri ödeme süresi içerisinde ödenmeyen faturalara yasal faiz işletilmelidir.		
		1.AT.1.2	MEDULA'dan provizyon almamayan hasta kabullerinde ödemenin yapıp yapılmadığı takip edilmelidir.		
		1.AT.1.3	Alacak takipleri ile ilgili iş ve işlemler mevzuat çerçevesinde yürütülmeli ve tahsil edilemeyen alacaklar ile ilgili yasal süreç işletilmelidir.		