

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	KONU ADI	SORU KODU	SAĞLIK TESİSLERİ TEDAVİ FATURALANDIRMA İŞ VE İŞLEMLERİ YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ	EVET	HAYIR
1	HASTA KABUL	KİMLİK TESPİTİ	1.H.1.0	Hasta kabul aşamasında kimlik tespiti yapılıyor mu?		
			1.H.1.1	Sağlık kurum ve kuruluşlarında, 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.		
			1.H.1.2	Kimliksiz olarak acil haller hariç, sağlık tesisine hasta kabulü yapılmamalıdır. Acil hallerde ise acil halin sona ermesinden sonra kimlik tespiti yapılamayan kişilerin kimliksiz olduğuna dair tutanak tutulmalı ve kolluk kuvvetlerine resmi yazı ile bildirilmelidir.		
2	HASTA KABUL	İLETİŞİM BİLGİLERİ	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 no için 05051111111 gibi yazılmamalıdır. Bunun için HBYS'de düzenleme yapılmalıdır.)		
3	HASTA KABUL	SOSYAL GÜVENCE	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 ve geçerlilik süresini doldurmamış olan belgeyle (V-174 tahdit kodu ile giriş yapanlarda giriş ili dışındaki sağlık tesislerinde sevk belgesi) kontrol 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 doğrultusunda ücretsiz hizmet sunumu kapsamında olup olmadığı prim borçluları için MEDULA üzerinden provizyon sorgusuyla, Irak uyruklu kişiler için ikamet türü insani ikamet izni ve izin bitiş tarihini geçmemiş olan oturma izin belgesiyle, tutuklu hükümlüler için sevk belgesiyle kontrol edilmelidir.		
			1.H.3.7	Trafik kazasının oluş tarihine ve kazazedenin genel sağlık sigortalısı olup olmadığına ve uyruğuna 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	HASTA SINIFLANDIRMASI	1.H.4.0	Yabancı uyruklu hasta kabulünde hasta sınıflandırması doğru seçiliyor mu?		
			1.H.4.1	Yabancı uyruklu hastalar için Sağlık Kodlama Referans Sunucusunda (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.4.2	Herhangi bir sağlık sigortası bulunmayan ve MEDULA provizyonu alınmayan Yabancı Uyruklu kişilerin kimlik tespiti ilgili mevzuat hükümlerince yapılmalıdır.		

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	KONU ADI	SORU KODU	SAĞLIK TESİSLERİ TEDAVİ FATURALANDIRMA İŞ VE İŞLEMLERİ YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ	EVET	HAYIR
5	HASTA KABUL	PROVİZYON	1.H.5.0	MEDULA'dan hak sahipliği sorgusu ile provizyon süreci doğru işletiliyor mu?		
			1.H.5.1	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.5.2	Randevulu hastalarda, hasta sağlık tesisine gelmeden mevcut kimlik bilgileri ile HBYS üzerinden otomatik MEDULA sorgusu yapılarak provizyon alınmamalıdır.		
			1.H.5.3	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.5.4	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. formüller adları ile ifade edilmektedir. Bu nedenle YUPASS numarası ile yapılan başvurularda kişinin hak sahibi olduğu formüllerden (özellikle Almanya sigortalıları) başvuru nedenine uygun formüller seçilerek MEDULA'dan provizyon alınmalıdır.		
			1.H.5.5	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.5.6	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.		
6	HASTA KABUL	PROVİZYON	1.H.6.0	Sistem hatası nedeniyle MEDULA'dan provizyon alınmadığı durumlarda kabul işlemi yapılıyor mu?		
			1.H.6.1	SGK Hizmet Sunumu Genel Müdürlüğü yetkililerince imzalanacak bir tutanak ile tevsik edilmesi kaydıyla MEDULA sisteminden kaynaklanan arıza nedeniyle hasta takip numarasının alınmadığı durumlarda, MEDULA arızasının yaşandığı süre içerisinde SGK sağlık yardımlarından yararlanma hakkının olduğunu yazılı olarak beyan eden veya belgeleyen kişilere sunulan sağlık hizmeti bedelleri SGK'ca karşılanır. Kabul işlemi tutanak ile yapılmalıdır.		
			1.H.6.2	Acil hal nedeniyle yapılan başvuruların kabulü Başbakanlık Genelgeleri doğrultusunda yapılmalıdır.		
7	HASTA KABUL	ÜCRET BİLGİLENDİRME	1.H.7.0	Ücretli hasta kabulünde taahhütname/avans alınıyor mu?		
			1.H.7.1	Sağlık hizmeti bedelinin kişiler tarafından karşılandığı (herhangi bir sosyal güvencesi bulunmayanlar) durumlarda (SGK'ca ödemesi yapılmayan işlemler dahil) ve 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.		

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	KONU ADI	SORU KODU	SAĞLIK TESİSLERİ TEDAVİ FATURALANDIRMA İŞ VE İŞLEMLERİ YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ	EVET	HAYIR
8	GENEL İŞLEMLER	SUT KAPSAMINDA OLMAYAN İŞLEMLER	1.G.1.0	Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanmayan hizmetler mevzuata uygun ücretlendiriliyor mu?		
			1.G.1.1	Tedavi amacıyla düzenlenen sağlık raporları dışında kalan; engellilik raporu, ehliyet raporu, vasi tayini raporu, portör muayeneleri ve işlemleri, tarama amaçlı muayene ve işlemler vb. özel amaçla kullanılacak durum belirtir rapor bedelleri ile bu durumların tespitine yönelik yapılan işlem bedelleri SGK'ca karşılanmaz. Bu işlemler için başvuru yapan kişilere MEDULA'dan provizyon alınmamalı ve Kamu Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesi hükümleri doğrultusunda ücretlendirilmelidir.		
			1.G.1.2	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 hükümleri doğrultusunda ücretlendirilmelidir.		
			1.G.1.3	Check-up, kampanya ya da tarama kapsamında yapılan işlemler SGK'ca karşılanmaz. Bu işlemler için yapılan başvurulara MEDULA'dan provizyon alınmamalı ve Kamu Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesi hükümleri doğrultusunda ücretlendirilmelidir.		
			1.G.1.4	Genel sağlık sigortası kapsamında olan fakat sigorta tescil tarihinden önce mevcut kronik hastalığı bulunan yabancı uyruklu kişilerin kronik hastalıklarına ilişkin hizmet bedelleri SGK'ca karşılanmaz. Bu kişiler için HBYS'de uyarı sistemi oluşturulmalı ve Kamu Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesi hükümleri doğrultusunda ücretlendirilmelidir.		
9	KATILIM PAYI	KATILIM PAYI	1.K.1.0	Genel sağlık sigortalısı 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 hizmetlerin neler olduğu ve güncel katılım payı tutarı HBYS'de tanımlanmış olmalıdır.		
			1.K.1.3	YUPASS ile provizyon alınan kişilerden ve Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti vatandaşlarından müracaat tarihindeki güncel SUT'ta yer alan muayene katılım payı alınmalıdır.		
			1.K.1.5	Bir hastalığın tedavisinin başka tıbbi bir yöntemle mümkün olmaması nedeniyle yapılacak yardımcı üreme yöntemi tedavisi hariç yardımcı üreme yöntemi tedavilerinde (tüp bebek) birinci denemede işlem puanının %30'u , ikinci denemede %25'i, üçüncü denemede %20'si oranında olmak üzere bu tedaviler için belirlenen bedeller üzerinden katılım payı alınmalıdır.		
			1.K.1.6	1005 sayılı İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden 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 sonuçlanıncaya veya maluliyetleri kesinleşinceye kadar sağlanacak sağlık hizmetlerinden ve 5510 sayılı Kanunun 60 ıncı maddesinin On üçüncü ve on dördüncü fıkraları kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılanlar ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerden katılım payı alınmamalıdır.		
			1.K.1.7	Bakanlar Kurulu/Cumhurbaşkanı Kararı kapsamında prim borçlularına sunulan sağlık hizmetlerine ilişkin Bakanlıkça belirlenen tutarlar kişilerden tahsil edilmelidir. Tahsil edilen tutar sağlık tesisine gelir kaydedilmelidir.		

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	KONU ADI	SORU KODU	SAĞLIK TESİSLERİ TEDAVİ FATURALANDIRMA İŞ VE İŞLEMLERİ YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ	EVET	HAYIR
10	AYAKTA TEDAVİ	FİYAT TARİFESİ	1.A.1.0	Ayakta tedavi için başvuru yapan kişilerde faturalandırma fiyat tarifelerine uygun yapılıyor mu?		
			1.A.1.1	Yatırılsız sunulan sağlık hizmetleri ayakta tedavi olarak kabul edilir. Ayakta tedavi için başvuran kişilerden genel sağlık sigortası kapsamındaki SUT, diğer kişilere Kamu Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesi hükümleri doğrultusunda fiyatlandırma yapılmalıdır.		
			1.A.1.2	Genel sağlık sigortalı kişilerin ayaktan her bir başvurusu için, SUT eki "Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Ayakta Tedavilerde Sınıflandırılması Listesi (EK-2/A-1)" nde sağlık tesisinin bulunduğu sınıfa göre SUT eki EK-2/A Listesinde yer alan tutarlar üzerinden faturalandırma yapılmalıdır. Bu tutar vaka başı (paket) tutardır.		
			1.A.1.3	Genel sağlık sigortalı kişi başvurularında SUT eki "Ayaktan Başvurularda İlave Olarak Faturalandırılacak İşlemler Listesi (EK-2/A-2)" nde yer alan bir işlemin yapılması halinde, söz konusu işlem vaka başı tutarına ilave edilerek SGK'ya fatura edilmelidir. (MR, BT, SPECT, PET vb.)		
			1.A.1.4	SUT eki EK-2/A-2 Listesinde yer alan işlemlerin muayeneden sonra aynı sağlık kurumunda ileri bir tarihte randevu verilerek yapılması durumunda, SUT eki EK-2/A Listesinde yer alan vaka başı tutarları ikinci bir defa girilmeksizin sadece yapılan işlem faturalandırılmalıdır.		
			1.A.1.5	Genel sağlık sigortalı kişilerin aynı gün birden fazla branşta muayene olması halinde ilk başvuru SUT eki EK-2/A Listesindeki tutar üzerinden diğer branş muayenesi ise SUT eki EK-2/B Listesindeki "normal poliklinik muayenesi" tutarı ilave edilerek ve yapılması halinde SUT eki EK-2/A-2 Listesinde yer alan işlem tutarları faturalandırılmalıdır.		
			1.A.1.6	Eğitim ve araştırma hastaneleri, SUT eki EK-2/A-2 Listesinde yer alan işlemleri, işlem puanlarına %10 oranında ilave ederek faturalandırılmalıdır.		
			1.A.1.7	Hastanın acil servise başvuruları hariç olmak üzere ayaktan başvurduğu gün dâhil, 10 (on) gün içindeki aynı uzmanlık dalına diğer ayaktan başvurularında; sadece SUT eki EK-2/A-2 Listesinde yer alan işlemlerin bedelleri faturalandırılmalıdır. Bu süre dolmadan başvurunun SGK'ya faturalandırılmaması için HBYS'de gerekli düzenleme yapılmış olmalıdır.		
11	AYAKTA TEDAVİ	ACİL SERVİS	1.A.2.0	Acile yapılan başvurularda mevzuat ile belirlenen acil hal tanımına uygun olarak hasta kabulü yapılıyor mu?		
			1.A.2.1	Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulanması Usul ve Esaslarına Dair Tebliğ de belirtilen renk kodlamasına göre hasta kategorisi belirlenmelidir.		
			1.A.2.2	Sağlık tesisleri kendilerine başvuran veya ambulansla getirilen tüm acil vakaları sağlık güvencesi ve ödeme gücü olup olmadığına bakmaksızın kabul etmek, ilk değerlendirme ve gerekli tıbbi müdahaleyi yapmakla yükümlüdür.		
			1.A.2.3	Acil servislere müracaat eden ancak herhangi bir nedenle geçerli kimlik belgesi veya talep edilen diğer evrakları ibraz edemeyen hastalar için acil durumda olduklarının kabulü halinde müdahalede bulunulması zorunludur. Müdahale sonrasında bu hastalar için ilgili mevzuata göre işlem tesis edilmelidir.		
12	AYAKTA TEDAVİ	ACİL SERVİS	1.A.3.0	Acil servis müracaatlarından, acil hal olarak değerlendirilmeyen kişilerin tedavi giderleri doğru fatura ediliyor mu?		
			1.A.3.1	Ayaktan başvuran genel durumu itibarıyla stabil olan akut semptomları sebebiyle beklemesi hayati tehdit, morbidite veya komplikasyon oluşturmayacak basit sağlık sorunları bulunan hastalar; yeşil alan hastalarıdır.		
			1.A.3.2	Yeşil alan olan ve MEDULA'dan provizyon alınan kişilere sunulan hizmetler SUT eki EK-2/B Listesindeki 520.021 kodlu "Yeşil alan muayenesi" işlemi üzerinden fatura edilmelidir. Bu işlem; SUT ve eklerinde yer alan diğer işlemlere ile birlikte SGK'ya faturalandırılmaz.		
			1.A.3.3	Yeşil alan olarak değerlendirilen ve MEDULA'dan provizyon alınamayan kişilere sunulan sağlık hizmetlerinin bedelleri ise Kamu Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesi hükümlerine göre kişiden tahsil edilmelidir.		
			1.A.3.4	Herhangi bir sağlık sigortası bulunmayan (MEDULA provizyonu alınamayan) ve etkin bir triyajla yeşil alan hastası olduğuna karar verilen Yabancı Uyruklu kişilere (Geçici Koruma Altındaki kişiler hariç) sunulacak sağlık hizmetleri Kamu Sağlık Hizmetleri Tarifesi hükümleri doğrultusunda değerlendirilmelidir. Bu kişilere sunulacak işlem bedelleri Bakanlığımızca belirlenen katsayıların Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Kapsamında Sunulan Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesi- EK2/A listesi fiyatlarına uygulanarak belirlenmeli ve hizmet bedeli ilgili kişiden tahsil edilmelidir.		

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	KONU ADI	SORU KODU	SAĞLIK TESİSLERİ TEDAVİ FATURALANDIRMA İŞ VE İŞLEMLERİ YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ	EVET	HAYIR
13	AYAKTA TEDAVİ	ACİL SERVİS	1.A.4.0	Acil hal kapsamında başvuran kişilere sunulan sağlık hizmetleri doğru fatura ediliyor mu?		
			1.A.4.1	TC vatandaşlarından herhangi bir sağlık güvencesi olmayan kişiler dahil olmak üzere tüm işlemler Hizmet Başı İşlem Puan Listesi (Ek-2/B) üzerinden hizmet başı ödeme yöntemi ile SGK'ya faturalandırılmadığıdır.		
			1.A.4.2	MEDULA takip sistemine girmeyen kurum (vakıf protokolü bulunan banka sandığı/TBMM/Yargıtay/Danıştay vb.) mensupları Kamu Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesi Usul ve Esaslarındaki ilgili hükümler doğrultusunda faturalandırılmadığıdır.		
			1.A.4.3	Yabancı uyruklu kişilere (MEDULA'dan provizyon alınamayanlar) acil hal (pandemi hastaları dahil) nedeniyle ücretsiz hizmet sunulmamalıdır. Sunulan hizmet bedelleri acil halin sona ermesinden sonra ilgisinden tahsil edilmelidir. Kamu Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesinin ilgili hükmü doğrultusunda faturalandırılmadığıdır.		
14	AYAKTA TEDAVİ	ACİL SERVİS	1.A.5.0	Acil serviste sunulan hizmetlerin (kullanılan malzeme, ilaç, işlem, tetkik vb.) kaydı HBYS'e eksiksiz ve zamanında yapılıyor mu?		
			1.A.5.1	Genel sağlık sigortalısı kişilere sunulan acil sağlık hizmetleri SUT hükümleri gereği hizmet başına ödeme yöntemi ile faturalandırılmadığıdır. Bu nedenle sunulan hizmetlerde; işlem-ilaç-malzeme uyumu gözetilerek eksiksiz olarak ve zamanında hasta adına girilmesi sağlanmalı, hastanenin olası gelir kaybı yaşanması engellenmelidir. (atel+alçı, intraket+damar yolu açılması, mesaneyeye sonda uygulanması+foley sonda vb.)		
			1.A.5.2	Acil servise sadece enjeksiyon/pansuman amacıyla gelen hastalar için sadece enjeksiyon/pansuman bedeli girilmelidir. Bu tür hastalara muayene bedeli fatura edilmemelidir.		
15	AYAKTA TEDAVİ	ACİL SERVİS	1.A.6.0	Acil serviste sunulan sağlık hizmetleri faturalandırılırken endik asyön, işlem/ilaç, işlem/malzeme uyumu kontrol ediliyor mu?		
			1.A.6.1	Rutin çocuk sağlığı muayenesi, genel tıbbi muayene, normal gebelik gözlemi gibi hizmetler acil hal kapsamında bulunmadığından acil sağlık hizmeti olarak değerlendirilmez. Bu tip genel tanıların girildiği genel sağlık sigortalısı kişilere sunulan sağlık hizmetleri acil sağlık hizmeti olarak SGK'ca karşılanmamaktadır.		
			1.A.6.2	Acil sağlık hizmetlerinde; ilaç, laboratuvar ve görüntüleme tetkikleri hizmet başı ödeme kapsamında faturalandırılmadığıdır.		
			1.A.6.3	Sunulan acil sağlık hizmetlerinde; işlem/ ilaç /malzeme uyumu olmalıdır (Örneğin; ventolin nebulizatör ile işlem yapıldığı durumlarda İlaç(ventolin gibi) + Nebulizatör ile ilaç uygulaması+Set, Nebulizer, Erişkin birlikte girilmelidir.). Eksik gönderilen her işlem/malzeme/ilaç kurum adına gelir kaybına neden olmaktadır.		
16	AYAKTA TEDAVİ	ACİL SERVİS	1.A.5.0	Acil Servise trafik kazası/iş kazası/ adli vaka ile yapılan başvurularda kabul/kayıt ve faturalandırma süreçleri doğru yapılıyor mu?		
			1.A.5.1	Trafik kazası/iş kazası/ adli vaka kapsamında yapılan ve SGK'ya faturalandırılan tüm başvurularda kanıtlayıcı belgelerin (adli raporların) fatura eki belgesi olarak kayıt kabul sırasında HBYS üzerinden taranarak/sistem belgesi olarak hasta dosyasına eklenmesi sağlanmalıdır.		
			1.A.5.2	İş Kazası ile başvuran/ şüphelenen hasta Acil doktoru tarafından Genel Adli Muayene Formu doldurulmalıdır. HBYS'de kayıt yapılırken 'Vaka Tarihi' doğru kayıt edilmelidir. Kimlik fotokopisi, Adli Muayene Raporu, İş Kazası tutanağı HBYS üzerinden yüklenerek online evrak gönderimi yapılmalıdır. Tüm iş kazası başvurularının 10 gün içerisinde SGK'ya bildirim zorunludur.		
			1.A.5.3	Trafik kazası başvurularında kazazedenin genel sağlık sigortalısı olup olmadığına ve uyruğuna bakılmaksızın tüm sağlık hizmet bedelleri SGK tarafından karşılanmaktadır. GSS'li kazazedeler için trafik kazası geçirilen il/ilçe, araç/araçlardan bir tanesinin plaka bilgisi yeterli olup, trafik kaza tespit tutanağı veya trafik kazası geçirdiğine dair kanıtlayıcı belge istenmemektedir. GSS'li olmayanlar içinse kaza tespit tutanağı veya trafik kazası geçirdiğine dair kanıtlayıcı belgeler gerekli olup, sunulan hizmetler SGK'ya manuel olarak fatura edilmelidir. Manuel düzenlenen faturalar bağlı olunan SGK İl Müdürlüğüne resmi yazı ile gönderilmelidir (bu başvurular rücuva konu hizmet olduğu için söz konusu fatura ve eki belgeler gönderilmesi gerekli olup, trafik kazaları global bütçe protokolü kapsamında olduğu için ayrıca bir ödeme yapılamayacaktır.).		

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	KONU ADI	SORU KODU	SAĞLIK TESİSLERİ TEDAVİ FATURALANDIRMA İŞ VE İŞLEMLERİ YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ	EVET	HAYIR
17	AYAKTA TEDAVİ	HİZMET BAŞI ÖDEME	1.A.6.0	Ayakta tedavide hizmet başına ödeme yöntemi kapsamında bulunan işlemler doğru faturalandırılıyor mu?		
			1.A.6.1	Ayakta tedavi için yapılan başvurularda hizmet başı ödeme yöntemi uygulanan işlemler (acil sağlık hizmetleri, doku ve organ nakline ilişkin donöre yapılan işlemler vb.) hastaya uygulanan fiyat tarifesinde (SUT veya Kamu Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesi) yer alan hükümler doğrultusunda faturalandırılmalıdır.		
			1.A.6.2	Hizmet başına ödeme yöntemi kapsamında yapılan ayaktan muayene sonrası, söz konusu muayene ile ilgili olarak yapılması gerekli görülen tanı ve/veya tedaviye yönelik işlemler için muayene faturalandırılmamalıdır.		
18	AYAKTA TEDAVİ	EVDE SAĞLIK	1.A.7.0	Evde sağlık hizmetleri, SUT usul ve esaslarına uygun faturalandırılıyor mu?		
			1.A.7.1	Genel sağlık sigortalısı kişilerin evde sağlık hizmeti bedelleri hizmet başına ödeme yöntemi ile SUT eki EK-2/B ve EK-2/Ç listeleri esas alınarak faturalandırılmalıdır.		
				Hasta ziyareti fiilen gerçekleşmesi halinde MEDULA'dan tedavi tipi " evde bakım " provizyonu alınmalıdır.		
			1.A.7.2	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 faturalandırılmalıdır.		
			1.A.7.3	Epidermolizis büllöza hastalarının ayakta tedavisi Evde Sağlık Hizmeti Birimlerince SUT EK-2/B Listesinde yer alan "530533" kodlu "Epidermolizis büllöza hastalığında yara bakım hizmetleri" işlemi üzerinden yapılan ziyaret üzerinden günde bir kez olmak kaydıyla faturalandırılmalıdır. Ancak işlem tutarına kullanılan malzeme bedelleri dahil olup ayrıca faturalandırılmamalıdır. Bu kapsamda tedavi gören hastalara kullanılan malzemelerin sağlık tesisince temini zorunludur. Temin edilmeyip, reçete edilmesi halinde reçete bedeli global bütçe tutarından kesilir.		
19	GENEL İŞLEMLER	LABORATUVAR VE GÖRÜNTÜLÜME	1.L.1.0	Laboratuvar ve Görüntüleme işlemleri doğru faturalandırılıyor mu?		
			1.L.1.1	Mükerrerlik sorgusu yapılması gereken tahlil tetkikler için HBYS'de uyarı/kısıtlama gibi düzenleme yapılmalıdır.		
			1.L.1.2	Farklı branşlara aynı gün yapılan ayaktan başvurularda aynı tahlil tetkiklerin istenmemesi için HBYS'de uyarı/kısıtlama gibi düzenleme yapılmalıdır.		
			1.L.1.3	Hekimler tarafından HBYS'de tetkik paneli oluşturulmamalıdır.		
			1.L.1.4	SUT Eki Ek 2/B listesinde yer alan MR/BT tetkikleri, acil haller hariç olmak üzere aynı hasta için aynı hizmet kodlu işlem ayda en fazla bir defa faturalandırılması için HBYS'de düzenleme yapılmalıdır.		
			1.L.1.5	İstem yapılan tahlil tetkik tutarlarının poliklinik paket tutarlarını aşan hasta başvurular için HBYS'de raporlanabilmesine yönelik modül oluşturulmalı ve kontrollerinin yapılması sağlanmalıdır.		
			1.L.1.6	MEDULA üzerinden alınan takiplerin, işlemin bittiği tarih itibarıyla faturalandırılması gereken dönemi takip eden en geç 2 ay (60 gün) içerisinde SGK'ya faturalandırılması zorunludur. (trafik kazası başvuruları hariç) Randevu süresi, başvuruya ait faturalandırma süresini (60 günü) aşan işlemlerde, randevu tarihinde girilen muayene işlemi için hizmet bedeli talep edilmemelidir.		
			1.L.1.7	Görüntüleme hizmetlerinde raporlama işlemi faturalandırma süresi içerisinde tamamlanmalıdır. 60 günden uzun süreli yapılan raporlama işlemlerinde istem yapılan başvuru faturalandırılmaz.		

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	KONU ADI	SORU KODU	SAĞLIK TESİSLERİ TEDAVİ FATURALANDIRMA İŞ VE İŞLEMLERİ YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ	EVET	HAYIR
20	YATARAK TEDAVİ	FİYAT TARİFESİ	1.F.2.0	Yatarak tedavi gören hastalarda faturalandırma fiyat tarifelerine uygun yapılıyor mu?		
			1.F.2.1	Yatış tarihinden taburcu işlemi yapılncaya kadar uygulanan tedavi (yatan hasta tedavileri) ile yatış ve taburcu işlemi yapılmadan 24 saatlik zaman dilimi içinde yapılan ve ilgili mevzuatında belirtilen tedaviler (günübirlik tedaviler) yatarak tedavidir.		
			1.F.2.2	Yatarak tedavi gören kişilerden genel sağlık sigortası kapsamındakilere SUT, diğer kişilere Kamu Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesi hükümleri doğrultusunda fatura düzenlenmelidir.		
			1.F.2.3	Genel sağlık sigortası kapsamındaki kişilere yatarak verilen sağlık hizmetleri, SUT eki EK-2/C Listesinde yer alıyorsa “taniya dayalı işlem üzerinden ödeme” yöntemi ile SUT eki EK-2/C Listesinde yer almıyorsa, “hizmet başına ödeme” yöntemi ile faturalandırılmalıdır.		
			1.F.2.4	Eğitim ve araştırma hastanelerinde genel sağlık sigortası kapsamındaki kişilere sunulan SUT eki EK-2/C Listesinde yanında (*) işareti bulunmayan işlemlere ait gerekli maliyet etkinlik analizlerini yapılmalı ve söz konusu işlemlerin SUT eki EK-2/B veya EK-2/C Listesinden faturalandırmasına karar verilmelidir. Bu karar doğrultusunda yanında (*) işareti olmayan işlemlerinden hangilerini SUT eki EK-2/B veya SUT eki EK-2/C listelerinin hangisini esas alacaklarına ilişkin tercihler Ocak ve Temmuz aylarında MEDULA sisteminde belirtilmelidir. Ancak, SUT metninde SUT eki EK-2/C Listesi üzerinden faturalandırılacağı belirtilen işlemler; (*) işareti olup olmadığına bakılmaksızın SUT eki EK-2/C Listesindeki işlemler esas alınarak faturalandırılmalıdır.		
			1.F.2.5	SUT eki EK-2/C-1 Listesinde yer alan işlemler, SUT eki EK-2/A-1 Listesinde Sınıf-3 grubundaki (A1, A1 Dal, A2 ve A2 Dal rol grubunda olanlar) sağlık tesislerince yapılması halinde işlem puanlarına Listede belirtilen oranlar ilave edilerek faturalandırılmalıdır.		
21	YATARAK TEDAVİ	GÜNÜBİRLİK TEDAVİ	1.G.1.0	Günübirlik tedavi takipleri doğru faturalandırılıyor mu?		
			1.G.1.1	Genel sağlık sigortası kapsamındaki kişilerin 24 saatten kısa süren yatarak tedavileri, MEDULA'dan Günübirlik tedavi provizyonu üzerinden verilen hizmetlerdir.		
			1.G.1.2	Günübirlik tedavi kapsamında yapılan hasta kabullerinde 510120 SUT kodlu Gündüz yatak tarifesi işlemi kayıtlı olmalıdır. Gündüz yatak tarifesi bedeline yemek hizmeti bedeli dahildir.		
			1.G.1.3	Günübirlik tedaviler a) Kemoterapi tedavisi, b) Radyoterapi tedavisi, c) Genel anestezi, bölgesel/lokal anestezi, intravenöz veya inhalasyon ile sedasyon gerçekleştirilen tanısal veya cerrahi tüm işlemler, ç) Hemodiyaliz tedavileri, d) Kan, kan bileşenleri, kan ürünleri, SUT eki “Sadece Yatarak Tedavilerde Kullanımı Halinde Bedelleri Ödenecek İlaçlar Listesi” nde (EK-4/G) yer alan ilaçların intravenöz infüzyonu ile “Hastanelerce Temini Zorunlu Kemoterapi İlaçları Listesi” nde (Ek-4/H) tanımlı ilaçlar, Sağlık Bakanlığı tarafından pandemi süresince hastanelerce temin edileceği bildirilen pandemi tedavisine yönelik ilaçlar, e) Sağlık Bakanlığınca yayımlanan “Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” eki “Tıp Merkezlerinde Gerçekleştirilebilecek Cerrahi Müdahaleler Listesi” nde yer alan işlemler, f) Genel anestezi ve sedasyon ile gerçekleştirilen diş hekimliği uygulamaları günübirlik tedavi takibi ile faturalandırılmalıdır.		
22	YATARAK TEDAVİ	GÜNÜBİRLİK TEDAVİ	1.G.2.0	Günübirlik yatış kapsamı dışında kalan işlemler günübirlik tedavi türünde faturalandırılıyor mu?		
			1.G.2.1	İstem yapılan tahlil tetkik tutarlarının poliklinik paket tutarlarını aşması gibi günübirlik tanımlı dışında kalan durumlarda Günübirlik takip alınarak faturalandırma yapılmamalıdır.		
23	YATARAK TEDAVİ	HİZMET BAŞI ÖDEME	1.H.2.0	Yatarak tedavi gören genel sağlık sigortalısı hastalarda hizmet başına göre ödeme yöntemine ait kurallar uygulanıyor mu?		
			1.H.2.1	Hizmet başına ödeme yönteminde sağlık hizmeti bedelleri, SUT eki EK-2/B ve EK-2/Ç Listesi esas alınarak faturalandırılır. SGK'ca bedeli karşılanmayan ilaç ve tıbbi malzemeler hariç üzere sağlık hizmeti sunucusu tarafından temin edilen faturalandırılabilir ilaç ve tıbbi malzeme bedelleri ayrıca faturalandırılmalıdır.		

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	KONU ADI	SORU KODU	SAĞLIK TESİSLERİ TEDAVİ FATURALANDIRMA İŞ VE İŞLEMLERİ YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ	EVET	HAYIR
24	YATARAK TEDAVİ	HİZMET BAŞI ÖDEME	1.H.3.0	Hizmet başına ödeme yönteminde Aynı seansta birden fazla işlem yapıldığı durumlarda (Ek-2/Ç listesindeki işlemler hariç); seans ve kesi bilgileri doğru uygulanıyor mu?		
			1.H.3.1	Aynı hastaya aynı gün birden fazla işlemin uygulanması halinde işlemin uygulandığı sıraya bakılmaksızın işlem bedeli/puanı yüksek olan işlem tam diğer işlem/işlemler faturalandırmanın yapıldığı fiyat tarifesinde belirtilen oranlar uygulanarak faturalandırılmalıdır. Örneğin SUT kapsamında aynı kesi aynı seansta yapılan ve ikisinde hizmet başı listesinde bulunan işlemlerin faturalandırması SUT işlem puanı yüksek olan işlem puanı tam, diğer işlem puanının %30'u alınarak, eğer farklı iki branş tarafından yapılmışsa işlem puanı yüksek olan tam, diğer işlem puanının %55'i alınarak yapılmalıdır.		
25	YATARAK TEDAVİ	TANIYA DAYALI ÖDEME	1.T.1.0	Yatarak tedavi gören genel sağlık sigortalısı hastalarda tanıya dayalı ödeme yöntemine ait kurallar uygulanıyor mu?		
			1.T.1.1	Genel sağlık sigortası kapsamında bulunan kişilere sunulan ve ödeme yöntemi tanıya dayalı ödeme olan sağlık hizmeti bedelleri SUT eki EK-2/C Listesi esas alınarak faturalandırılmalıdır.		
			1.T.1.2	Taniya dayalı işlem üzerinden ödeme yöntemine dâhil olmayan faturalandırılabilir sağlık hizmeti bedelleri, hizmet başına ödeme yöntemi ile faturalandırılmalıdır.		
			1.T.1.3	SUT eki EK-2/B ve EK-2/C listelerinde yer alan işlemlerin laparoskopik, perkütan, endoskopik, endosonografik, mikro cerrahi, robotik cerrahi gibi yöntemlerle yapılması halinde ayrı kodu varsa kendi puanı yoksa normal işlem kodu ile faturalandırılmalıdır.		
			1.T.1.4	Kamu Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesi hükümlerinde paket fiyat listesinde yer alan işlemler, laparoskopik, perkütan, endoskopik, endosonografik, mikro cerrahi, robotik cerrahi yöntemi ile yapılması halinde ayrı işlem kodu varsa kendi kodu ile yoksa paket fiyat listesindeki fiyatlara %50 ilave edilerek faturalandırılmalıdır.		
26	YATARAK TEDAVİ	TANIYA DAYALI ÖDEME	1.T.2.0	SUT'ta tanıya dayalı ödeme yöntemi ile faturalandırılan işlemlere eğitim ve araştırma hastanelerine sağlanan ilave oran uygulanıyor mu?		
			1.T.2.1	Eğitim ve araştırma hastaneleri SUT eki EK-2/C Listesinde yanında (*) işareti olan işlemleri, listede belirtilen puanlarına %30 ilave ederek faturalandırılmalıdır. Ancak işlem SUT eki İlave Oran Uygulanacak İşlemler Listesinde (EK-2/C-1) yer alıyorsa, %30 oranı ilave edilmeden EK-2/C-1 listesindeki oran kullanılarak faturalandırılmalıdır.		
27	YATARAK TEDAVİ	TANIYA DAYALI ÖDEME	1.T.3.0	Taniya dayalı ödeme yönteminde aynı seansta birden fazla işlem yapıldığı durumlarda seans ve kesi bilgileri doğru uygulanıyor mu?		
			1.T.3.1	Aynı hastaya aynı gün birden fazla işlemin uygulanması halinde işlemin uygulandığı sıraya bakılmaksızın işlem bedeli/puanı yüksek olan işlem tam diğer işlem/işlemler faturalandırmanın yapıldığı fiyat tarifesinde belirtilen oranlar uygulanarak faturalandırılmalıdır. Örneğin SUT kapsamında aynı seans aynı keside uygulanan ve ikisinde paket olan işlemin faturalandırması; işlem puanı yüksek olan işlem puanı tam, diğer işlem puanının %25'i alınarak, eğer farklı iki branş tarafından yapılmışsa işlem puanı yüksek olan tam, diğer işlem puanının %50'si alınarak yapılmalıdır.		
28	YATARAK TEDAVİ	TANIYA DAYALI ÖDEME	1.T.4.0	SUT'ta tanıya dayalı ödeme yöntemine dahil olan işlemler doğru faturalandırılıyor mu?		
			1.T.4.1	Taniya dayalı ödeme listesi işlem puanlarına yatarak tedaviler kapsamında takip alındıktan sonraki, özel hükümler saklı kalmak kaydıyla; a) Yatak bedeli, b) Muayeneler ve konsültasyonlar, c) Operasyon ve girişimler, ç) Anestezi ilaçları, d)Yatış dönemindeki ilaçlar (kan ürünleri ayrıca faturalandırılır, kanama durdurma, sızdırmazlık sağlama doku yapıştırırmada kullanılan ilaçlar bu kapsamda değerlendirilmez), f) Sarf malzemesi, g) Anestezi bedeli, ğ) Laboratuvar, patoloji ve radyoloji tetkikleri, h) Refakatçi bedeli (tıbbi zorunluluk halinde), gibi tanı ve tedavi kapsamında yapılan tüm işlemler dahil olup ayrıca faturalandırılmamalıdır.		

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	KONU ADI	SORU KODU	SAĞLIK TESİSLERİ TEDAVİ FATURALANDIRMA İŞ VE İŞLEMLERİ YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ	EVET	HAYIR
29	YATARAK TEDAVİ	TANIYA DAYALI ÖDEME	1.T.5.0	Taniya dayalı ödeme yöntemine (Paket işlem fiyatlarına) dahi olmayan ve paket hariç olan malzemelerin faturalandırması doğru yapıyor mu?		
			1.T.5.01	Taniya dayalı ödeme işlem puanına aşağıdaki tıbbi malzeme bedelleri paket tutarına ilave olarak faturalandırılmalıdır. a) Plak, çivi, vida, ankor. b) Kemik çimentosu. c) Eksternal fiksator setleri. ç) Her türlü eklem implantı. d) Omurga implantı. e) Kalp pili. f) Pace elektrodu. g) Koroner stentler. ğ) Kalp kapakları. h) İntraaortik balon, ventrikül destek cihazı. ı) Kapaklı kapaksız kondüit. i) Valf ringi. j) Her türlü greft, shunt ve suni damar. k) Protezler. l) Aterektomi cihazı. m) Çift yüzlü yamalar (meshler). n) SUT eki EK-2/C Listesi açıklama bölümünde taniya dayalı ödeme işlem puanına dâhil olmadığı belirtilen tıbbi malzemeler. o) SUT eki EK-3/F-2 listesinde yer alan "Artroskopi ve Eklem Cerrahisi Malzeme Seti".		
			1.T.5.2	Taniya dayalı işlem bedeline dahil olmayan tıbbi malzemeler/ilaçlar için HBYS'de paket hariç faturalandırmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.		
30	YATARAK TEDAVİ	TANIYA DAYALI ÖDEME	1.T.6.0	Taniya dayalı ödeme yönteminin uygulandığı işlemlerde paket işlem süreleri takip ediliyor mu?		
			1.T.6.1	Taniya dayalı işlemin uygulandığı tarih birinci gün kabul edilmek kaydıyla aşağıda belirtilen süreler içerisinde aynı sağlık hizmeti sunucusunda bu işlemlerle ilgili olarak verilen sağlık hizmetleri taniya dayalı işlem kapsamında değerlendirilmelidir. a) A Grubu taniya dayalı işlemlerde; 15 gün b) B Grubu taniya dayalı işlemlerde; 10 gün c) C Grubu taniya dayalı işlemlerde; 8 gün ç) D Grubu taniya dayalı işlemlerde; 5 gün d) E Grubu taniya dayalı işlemlerde; 3 gün Bu sürelerin aşılması halinde verilen sağlık hizmeti bedelleri, ayrıca faturalandırılmalıdır.		
31	YATARAK TEDAVİ	TANIYA DAYALI ÖDEME	1.T.7.0	Taniya dayalı işlem sonrası taburcu edilen hastalara yapılan kontroller ve testler faturalandırılırken paket işlem gün sürelerine dikkat ediliyor mu?		
			1.T.7.0	Hastanın taburcu (taburcu işleminin A, B, C, D, E grubunda belirtilen sürelerden önce gerçekleşmesi halinde belirtilen sürelerin bitimi taburcu tarihi olarak kabul edilir) olduktan sonraki, aynı uzmanlık dalında; 10 gün içerisinde yapılan muayeneler ve bu muayene sonucunda gerekli görülen rutin biyokimyasal, bakteriyolojik, hematolojik, kardiyolojik (EKG, EKO, efor) ve radyolojik tetkikleri taniya dayalı ödeme işlem puanına dahil olup ayrıca faturalandırılmamalıdır.		

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	KONU ADI	SORU KODU	SAĞLIK TESİSLERİ TEDAVİ FATURALANDIRMA İŞ VE İŞLEMLERİ YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ	EVET	HAYIR
32	YATARAK TEDAVİ	YOĞUN BAKIM	1.Y.1.0	Genel sağlık sigortalısına sunulan yoğun bakım hizmetleri SUT'ta belirtilen hükümler doğrultusunda fatura ediliyor mu?		
			1.Y.1.1	Yoğun bakım hizmetleri hastanın kabul edildiği ilk ve son gün sunulan hizmetler ile kullanılan ilaç ve sarf malzemeler hizmet başı olarak fatura edilmelidir.		
			1.Y.1.2	Yoğun bakım ara günü/günlerinde (Yoğun bakım ilk günü ile yoğun bakım son günü arasında bulunan gün/günleri) Hastanın endikasyonuna göre uygun seviye yoğun bakıma yatırıldı ise ilgili basamak bilgisine göre SUT eki EK 2/C Listesinde yer alan puanlar üzerinden faturalandırılmalıdır.		
			1.Y.1.3	Sınıf 3 grubunda yer alan sağlık tesisleri, yoğun bakım paket işlem puanlarına SUT eki İlave Oran Uygulanacak İşlemler Listesinde (Ek-2/C-1) yer alan ilave oranı uygulayarak faturalandırma yapmalıdır.		
33	YATARAK TEDAVİ	YOĞUN BAKIM	1.Y.2.0	Genel sağlık sigortalısı hastalara sunulan ve yoğun bakım paketi dışında ayrıca faturalandırılacak işlemler/malzemeler biliniyor mu?		
			1.Y.2.1	Yoğun bakım tedavisi sürmekte iken; EK-2/C Listesinde yer alan A, B, C grubu işlemin uygulanması durumunda işlemin yapıldığı gün, tanıya dayalı yoğun bakım puanı ve yapılan işlemin SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan işlem puanı ile tanıya dayalı işlemlerde ayrıca faturalandırılacak olan tıbbi malzeme bedelleri faturalandırılmalıdır. D ve E grubu işlemler yoğun bakım bedellerine dâhil olup ayrıca faturalandırılmamalıdır.		
			1.Y.2.2	Sürekli hemodiyalizasyon/hemofiltrasyon, Plazmaferez tedavileri (aferez tescili bulunan sağlık tesislerince aynı ya da bağlı takip ile tedavi tipi plazmaferez olarak gönderilecektir), İmmün plazma tedarik ve uygulama, Viral inaktivasyon işlemi, Prematüre retinopatisinde lazer tedavisi, Terapötik hipotermi tedavisi işlemleri SUT eki EK 2/B Listesi esas alınarak ve ilgili işleme ilişkin tıbbi malzeme bedelleri yoğun bakım paketine ek olarak faturalandırılmalıdır.		
			1.Y.2.3	Hemodiyaliz tedavisi (akut böbrek yetmezliği N17 tanısında aynı takip içerisinde, diğer tanılarda (Kronik böbrek yetmezliği) tedavi tipi diyaliz olarak bağlı takipte) SUT eki EK 2/C Listesinde yer alan işlem puanı üzerinden ayrıca faturalandırılmalıdır.		
			1.Y.2.4	"Trombosit süspansiyonu süspansiyonu" ve "aferez trombosit trombosit" işlem bedelleri ile aferez trombosit işlemine ilişkin SUT'ta belirtilen faturalandırılacak tıbbi malzeme bedelleri de ayrıca faturalandırılmalıdır.(aynı takipte ya da tedavi tipi plazmaferez ya da normal olan bağlı takipte)		
34	YATARAK TEDAVİ	YOĞUN BAKIM	1.Y.3.0	Genel sağlık sigortalısı hastalara sunulan ve yoğun bakım paketi dışında ayrıca faturalandırılacak ilaçlar biliniyor mu?		
			1.Y.3.1	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı) tarafından temin edilen, Botulismus Polivalan Antiserumu (Tip A, B ve E), ATC kodu "B01AC-Platelet Agregasyon İnhibitörleri, B01AD-Enzimler, R07AA-Akciğer Sürfaktan" olan ilaçların parenteral formları ile İmmüsuprese veya immün yetmezliği olan hastalarda ATC kodu "J02AA(Amfoterisin B), J02AC-Triazol Türevleri, J02AX-Diğer Sistemik Antimikotikler" olan ilaçların parenteral formları, V03AB34 kodlu ilaçların parenteral formları, ATC kodu "L04AC07-Tocilizumab" olan ilaçların intravenöz formları ATC kodu "J01DD52" olan ilaç (ZAVICEFTA) ayrıca faturalandırılmalıdır.		

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	KONU ADI	SORU KODU	SAĞLIK TESİSLERİ TEDAVİ FATURALANDIRMA İŞ VE İŞLEMLERİ YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ	EVET	HAYIR
35	GENEL UYGULAMALAR	KAN VE KAN BİLEŞENLERİ	1.K.3.0	Kan ve kan bileşenlerinin SGK'ya faturalandırması doğru yapılıyor mu?		
			1.K.3.1	Kan ve kan bileşenlerinin faturalandırılması için kan bileşeninin adı, sayısı, ISBT (International Society of Blood Transfusion) 128 kan barkod numaralarının epikrizde belirtilmelidir.		
			1.K.3.2	Tüm kan bileşenlerinin ISBT (International Society of Blood Transfusion) 128 kan barkod numaraları ile birlikte MEDULA sistemine kaydedilmesi zorunludur.)		
			1.K.3.2	705371-Eritrosit Süspansiyonu, Kızılay'dan temin edilen, 705430-Taze donmuş plazma ve 705440- Trombosit süspansiyonu (1 ünite random donör trombosit kodlu kan bileşenlerinin tanıya dayalı işlemler kapsamında kullanılması halinde bu kan bileşenlerinin puanının %36'sı, 705372-Pediyatrik eritrosit süspansiyonu, üçlü transfer torba ile hazırlanan, tek ünite ve 705373-Pediyatrik eritrosit süspansiyonu, dördümlü transfer torba ile hazırlanan, tek ünite kodlu kan bileşenlerinin kullanılması halinde %24'ü, 705441- Random trombosit süspansiyonu filtrelenmiş (pediyatrik) kodlu kan bileşeninin kullanılması halinde %20'si, 705442-Havuzlanmış trombosit süspansiyonu, dördümlü ve 705443-Havuzlanmış trombosit süspansiyonu, altılı kodlu kan bileşenlerinin kullanılması halinde %28'i SUT eki EK-2/C Listesi kapsamında yer alan işlemlere ilave olarak ayrıca faturalandırılmalıdır.		
36	YATARAK TEDAVİ	ORGAN, DOKU KÖK HÜCRE NAKLİ	1.O.2.0	Organ, doku ve kök hücre nakli tedavileri doğru fatura ediliyor mu?		
			1.O.2.1	Genel Sağlık Sigortası kapsamındaki kişilere organ veya doku nakline gerek görülmesi halinde, 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun hükümleri dikkate alınmak şartıyla, organ veya doku nakli tedavilerine ilişkin giderler ile verici durumundaki kişinin bu tedaviye ilişkin giderleri SGK'ya fatura edilmelidir.		
			1.O.2.2	Organ nakli tedavileri, bünyesinde "organ nakli merkezi" bulunan sağlık hizmeti sunucularında gerçekleştirilmelidir.		
			1.O.2.3	Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Merkezince bildirilen her bir kadavra donör için donörü temin eden sağlık hizmeti sunucusu SUT eki EK-2/C Listesinde "P911146" kodu ile yer alan "Kadavra donör temini" bedeli karşılanmaktadır. Söz konusu bedele kadavra organ alım işlemleri dâhildir. Bu işlem için koordinasyon merkezi tarafından verilen alıcı listesinde yer alan hasta/hastalardan birinin TC numarası üzerinden MEDULA'da "Hasta Kabul" sürecinde "donorTCKimlikNo" alanı dolu gönderildiği durumda alıcının üzerinden donör takibi alınarak 1 (bir) adet faturalandırılmamıştır.		
37	YATARAK TEDAVİ	KEMİK İLİĞİ NAKLİ	1.K.2.0	Kemik iliği Nakillerinin faturalandırması doğru yapılıyor mu?		
			1.K.2.1	Genel Sağlık Sigortası kapsamındaki kişilere kemik iliği nakli için MEDULA'dan kemik iliği nakli provizyon tipi seçilerek provizyon alınmalıdır.		
			1.K.2.2	SUT'ta kemik iliği paket fiyatlarına aynı sağlık tesisinde yapılan her türlü tetkik, tahlil, işlem, kan ve kan bileşenleri, tıbbi malzeme, ilaç (şahsi tedavi için yurtdışından getirilen ilaçlar hariç) ve komplikasyon tedavisine ilişkin ücretler dahildir. Paket süresi, allojenik nakil öncesi 15 günü ve nakil sonrası 90 günü (toplam 105 gün), diğer nakillerde nakil öncesi 15 günü ve nakil sonrası 60 günü (toplam 75 gün) kapsar. Paket süreleri HBYS'ye tanımlanmalıdır.		
			1.K.2.3	Kemik iliği bankalarından temin edilen kemik iliği/ kordon kanı bedelleri ayrıca faturalandırılmamıştır.		
38	YATARAK TEDAVİ	ESWL	1.E.2.0	ESWL metodu ile yapılan tedaviler doğru faturalandırılıyor mu?		
			1.E.2.1	Genel Sağlık Sigortası kapsamındaki kişilere ESWL işlemi için MEDULA'dan ESWL provizyon tipi seçilerek provizyon alınmalıdır. SUT eki EK-2/C Listesi puanlar esas alınarak faturalandırılmalıdır.		
			1.E.2.2	Üroloji veya çocuk cerrahisi uzman hekimlerince uzman hekim raporu düzenlenmelidir. (Düzenlenen rapor 6 ay süreyle geçerli olup en fazla 3 seans için kabul edilir.) Düzenlenecek raporlarda kırılacak taşın sayısı ve "mm" cinsinden boyutları mutlaka gösterilmelidir.		
			1.E.2.3	Altı aylık zaman dilimi içerisinde aynı taraf böbrek ve/veya üreterdeki taş için toplam üç seanstan fazlası SGK'ca karşılanmaz. İkinci ve üçüncü seanslar için radyolojik veya sonografik bulgulara ait belgeler fatura ekinde yer almalıdır.		

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	KONU ADI	SORU KODU	SAĞLIK TESİSLERİ TEDAVİ FATURALANDIRMA İŞ VE İŞLEMLERİ YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ	EVET	HAYIR
39	YATARAK TEDAVİ	HİPERBARİK	1.HBO.1.0	Hiperbarik oksijen tedavisi doğru faturalandırma yapılıyor mu?		
			1.HBO.1.1	Genel Sağlık Sigortası kapsamındaki kişilere Hiperbarik oksijen tedavisi için MEDULA'dan hiperbarik oksijen tedavisi provizyon tipi seçilerek provizyon alınmalıdır. SUT eki EK-2/C Listesi puanlar esas alınarak faturalandırılmalıdır.		
			1.HBO.1.2	Acil durumlar hariç sağlık kurulu raporu düzenlenmelidir. Sağlık kurulu raporunda; tanı ile uygulanması istenilen seans sayısı yer almalıdır. Raporun düzenlenme tarihinden itibaren en geç 10 gün içerisinde başlanmalıdır.		
			1.HBO.1.3	Raporda belirtilen seans sayısı, SUT eki "Hiperbarik Oksijen Tedavisi Uygulama Listesi" nde (EK-2/D-3) belirtilen "İlk sekte seans sayısı" sütununda yer alan seans sayısını geçemez. Ancak, bu seans sayılarını aşan seanslarda tedavinin devamının gerekmesi halinde, SUT eki EK-2/D-3 Listesinde belirtilen "Maksimum toplam seans sayısı" sütunundaki seans sayıları aşılmamak kaydıyla, ikinci bir sağlık kurulu raporu düzenlenmelidir.		
40	YATARAK TEDAVİ	HEMODİYALİZ	1.HD.2.0	Hemodiyaliz tedavileri doğru faturalandırılıyor mu?		
			1.HD.2.1	Genel Sağlık Sigortası kapsamındaki kişilere diyaliz tedavileri için MEDULA'dan diyaliz tedavisi provizyon tipi seçilerek provizyon alınmalıdır. SUT eki EK-2/C Listesi puanlar esas alınarak faturalandırılmalıdır.		
			1.HD.2.2	Kronik böbrek yetmezliği tanısı konulan ve diyaliz tedavisi için erişkin/çocuk nefroloji uzman hekimi tarafından haftalık seans sayısının belirtildiği uzman hekim raporu düzenlenmelidir.		
			1.HD.2.3	Acil hemodiyaliz tedavisi rapor düzenlenmeksizin SUT eki EK-2/C Listesi "P704210" işlem kodundan faturalandırılır. Kronik diyaliz tedavisi P704230- Hemodiyaliz işleminden faturalandırılmalıdır.		
			1.HD.2.4	Hemodiyaliz uygulamasına yönelik raporlar süre belirtilmeden ayrı düzenlenmelidir. Ancak öngörülen seans sayısının değişmesi durumunda yeniden rapor düzenlenmelidir.		
41	YATARAK TEDAVİ	PALYATİF BAKIM	1.P.1.0	Palyatif bakım tedavi hizmetleri doğru faturalandırılıyor mu?		
			1.P.1.1	Palyatif bakım tedavi paket işlemidir. Palyatif bakım tedavisine tanı ve tedavi kapsamında yapılan tüm işlemler dahildir.		
			1.P.1.2	Palyatif bakım tedavisi altında tedavi gören hastaya EK-2/C Listesindeki işlemlerden herhangi birinin yapılması durumunda, EK-2/C Listesindeki işlem bedeli faturalandırılır ve yapılan işlemin paket süresince palyatif bakım tedavisi faturalandırılmamalıdır.		
			1.P.1.3	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı) tarafından temin edilen, Botulismus Polivalan Antiserumu (Tip A, B ve E), ATC kodu "B01AC-Platelet Agregasyon İnhibitörleri, B01AD-Enzimler, R07AA-Akciğer Sürfaktan" olan ilaçların parenteral formları ile İmmüsuprese veya immün yetmezliği olan hastalarda ATC kodu "J02AA(Amfoterisin B), J02AC-Triazol Türevleri, J02AX-Diğer Sistemik Antimikotikler" olan ilaçların parenteral formları, V03AB34 " olan ilaçların parenteral formları, ATC kodu "L04AC07-Tocilizumab" olan ilaçların intravenöz formları ATC kodu "J01DD52" olan ilaç (ZAVICEFTA) ayrıca faturalandırılmalıdır.		
			1.P.1.4	705371-Eritrosit Süspansiyonu, Kızılay'dan temin edilen, 705430-Taze donmuş plazma ve 705440- Trombosit süspansiyonu (1 ünite random donör trombosit kodlu kan bileşenlerinin tanıya dayalı işlemler kapsamında kullanılması halinde bu kan bileşenlerinin puanının %36'sı, 705372-Pediyatrik eritrosit süspansiyonu, üçlü transfer torba ile hazırlanan, tek ünite ve 705373-Pediyatrik eritrosit süspansiyonu, dörtlü transfer torba ile hazırlanan, tek ünite kodlu kan bileşenlerinin kullanılması halinde %24'ü, 705441- Random trombosit süspansiyonu filtrelenmiş (pediyatrik) kodlu kan bileşenin kullanılması halinde %20'si, 705442-Havuzlanmış trombosit süspansiyonu, dörtlü ve 705443-Havuzlanmış trombosit süspansiyonu, altılı kodlu kan bileşenlerinin kullanılması halinde %28'i SUT eki EK-2/C Listesi kapsamında yer alan işlemlere ilave olarak ayrıca faturalandırılmalıdır.		

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	KONU ADI	SORU KODU	SAĞLIK TESİSLERİ TEDAVİ FATURALANDIRMA İŞ VE İŞLEMLERİ YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ	EVET	HAYIR
42	GENEL UYGULAMALAR	FİZİK TEDAVİ	1.FTR.1.0	Fizik tedavi hizmetleri doğru faturalandırılıyor mu?		
			1.FTR.1.1	Fizik tedavi hizmetlerin faturalandırılabilmesi için mevzuatında belirtilen seans gün sayılarını belirten ve ilgili hekimler tarafından tedavi raporu düzenlenmelidir.		
			1.FTR.1.2	Fizik tedavi hizmetine dair düzenlenen tedavi raporlarında belirtilen seans ve gün sayısına dikkat edilmelidir.		
			1.FTR.1.3	Ayaktan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarında bir hastaya günde en fazla bir seans, yatarak fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarında ise SUT eki EK-2/D-2 Listesinde G80 ve (*) işaretli tanılarda bir hastaya günde en fazla bir seans, diğer tanılarda aynı bölge için bir seans olmak üzere en fazla iki bölge fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemi bedeli Kurumca karşılanır. Bir hastaya aynı gün yatarak tedavilerde, G80 ve (*) işaretli tanılar ve diğer tanılarda fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemi birlikte faturalandırılmaz.		
			1.FTR.1.4	Yatarak fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarında; fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulaması dışındaki sağlık hizmetleri (yatak bedeli, tetkik, ilaç, tıbbi malzeme gibi), SUT hükümlerine uyulmak koşuluyla "hizmet başına ödeme yöntemi" ile faturalandırılmalıdır.		
			1.FTR.1.5	Robotik rehabilitasyon sistemi uygulaması SUT eki EK-2/D-2 Listesinde yer alan (**) işaretli ICD-10 kodlarındaki tanılarda uygulanması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.		
			1.FTR.1.6	Kamu Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesi kapsamında sunulan fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemleri, robotik rehabilitasyon sistemi ile yapılması durumunda paket fiyat listesindeki işlem bedeline %50 ilave edilerek faturalandırılmalıdır.		
43	YATARAK TEDAVİ	PATOLOJİ	1.P.1.0	SGK'ca hizmet bedelinin karşılanabilmesi için patoloji işlemi zorunlu olan işlemlere yönelik HBYS'de düzenleme yapılmış mı?		
			1.P.1.1	Hastaya uygulanan ve devamında patoloji incelemesi gereken cerrahi ve girişimsel işlemler listesinde yer alan işlemlerin SGK'ca karşılanabilmesi için patoloji işleminin yapılması zorunludur. Söz konusu işlemler için HBYS'de düzenleme yapılmalıdır.		
			1.P.1.2	Patoloji zorunluluğu bulunan işlemler patoloji istemi ve raporu olmadan SGK'ya faturalandırılmaz.		
44	YATARAK TEDAVİ	TIBBİ MALZEME	1.TM.1.0	Yatarak tedavide kullanılması gereken tıbbi malzemeler sağlık tesisi tarafından temin ediliyor mu?		
			1.TM.1.1	Ayakta veya yatarak tedavi kapsamında kullanılan tüm ilaç ve malzemeler sağlık hizmet sunucusu tarafından temin edilmelidir. Hastalara hiçbir şekilde dışardan ilaç, tıbbi cihaz veya malzeme alınmamalıdır. Konuya ilişkin gerekli takip için HBYS'de düzenleme yapılmalıdır.		
45	YATARAK TEDAVİ	TIBBİ MALZEME	1.TM.2.0	Tıbbi malzemelerin temininde TITUBB/ÜTS, SUT kodu, SUT kodu-Barkod eşleştirmesi kontrol ediliyor mu?		
			1.TM.2.1	Hasta güvenliği açısından tıbbi malzemelerin TITUBB/ÜTS veya eşdeğer kayıt/bildiriminde tanımlı barkod numara bilgisi bulunmalıdır.		
			1.TM.2.2	Genel sağlık sigortası kapsamında bulunan kişilere kullanılan tıbbi malzeme bedellerinin SGK tarafından karşılanabilmesi için, kullanılan malzemenin SUT eki EK-3 listelerinde SUT kodunun bulunması gereklidir. SUT kodsuz malzeme bedelleri SGK tarafından karşılanmamaktadır.		
			1.TM.2.3	Genel sağlık sigortası kapsamında bulunan kişilere kullanılan tıbbi malzeme bedellerinin SGK tarafından karşılanabilmesi için, SUT eki EK-3 listelerindeki SUT kodlarına barkod bazında tanımlı olması gereklidir. SUT kodu-Barkod eşleştirmesi olmayan tıbbi malzeme bedelleri SGK'a tarafından karşılanmamaktadır.		
			1.TM.2.4	Komponentlerin oluşturduğu malzeme setlerinin barkodu olmadığından SUT kodu-Barkod eşleştirmesi seti oluşturan komponentler üzerinden kontrol edilmelidir.		
			1.TM.2.5	Tekil takipli malzemelerden tıbbi malzeme kesinleştirme işlemleri yapılmış olması gereklidir. Kesinleştirme yapılmamış tıbbi malzemelerin SGK'ya faturalandırılması mümkün değildir.		

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	KONU ADI	SORU KODU	SAĞLIK TESİSLERİ TEDAVİ FATURALANDIRMA İŞ VE İŞLEMLERİ YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ	EVET	HAYIR
46	YATARAK TEDAVİ	TIBBİ MALZEME	1.TM.3.0	Tıbbi malzemelerle ilgili fiyat tarifesi çerçevesinde doğru fatura ediliyor mu?		
			1.TM.3.1	SUT kuralları doğrultusunda yapılan faturalandırma SUT eki listelerindeki birim fiyatlar, malzemenin hangi fiyattan temin edildiğine bakılmaksızın geri ödemede esas alınacak olan fiyatlardır. Bu fiyatlara MEDULA'dan % 12 işletme gideri ilave edilir. MEDULA'dan yapılan faturalandırmada tutar oku aşamasında tıbbi malzeme fiyatlarının kontrol edilmesi gereklidir.		
			1.TM.3.2	Kamu Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesi doğrultusunda yapılan faturalandırmada ise tıbbi malzemenin alış fiyatı üzerine; %15 işletme gideri (merkez payı dâhildir), hazine kesintisi, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu kesintisi ve KDV tutarı kadar bedel (her bir hesaplama tıbbi malzemenin alış fiyatı üzerinden hesaplanarak eklenecektir) ilave edilerek fatura edilmelidir.		
47	YATARAK TEDAVİ	TIBBİ MALZEME	1.TM.4.0	Tıbbi malzemelerin temininde ve faturalandırılmasında SUT'ta belirtilen malzemeye ait geri ödeme kriterlerine dikkat ediliyor mu?		
			1.TM.4.1	Kullanılan tıbbi malzemelere ilişkin SUT ve eklerinde belirtilen sağlık tesisi basamağı, hekim branşı veya malzemenin kullanılacağı işlem/adet kısıtlamalarına dikkat edilmelidir. Sağlık tesisi basamağı, hekim branşı veya malzemenin kullanılacağı işlem; kriterlere uygun olmayan tıbbi malzeme ve tıbbi malzemenin kullanıldığı işlem SGK tarafından karşılanmadığından fatura edilemediği bilinmelidir. Ayrıca alınan malzeme, SUT eki malzeme listelerindeki birim parametresine uygun fatura edilmelidir (örn: kr/cm2 ödenen malzeme adet olarak faturalandırılmamalıdır.).		
			1.TM.4.2	Tıbbi malzeme bedelinin karşılanabilmesi için sağlık raporu zorunluluğu bulunan tıbbi malzeme raporları, işlem tarihinden önce düzenlenmelidir.		
48	YATARAK TEDAVİ	TIBBİ MALZEME	1.TM.5.0	Malzeme set kodu bulunan malzemeler SGK'ya doğru fatura ediliyor mu?		
			1.TM.5.1	Malzeme seti SGK'ya faturalandırılırken malzemeye ait SUT kodu ile birlikte seti oluşturan komponentlerin de SUT kodlarının MEDULA'ya dahil olarak gönderilmesi gereklidir. Komponent kodları girilmeden fatura düzenlenmemelidir.		
49	YATARAK TEDAVİ	İLAC	1.İ.1.0	İlaçların temininde ve faturalandırılmasında SUT'ta belirtilen kriterlere dikkat ediliyor mu?		
			1.İ.1.1	İlaç Takip Sistemi'ne kayıt edilmiş karekodlu ilaç bedelleri SGK'ca karşılanmaktadır.		
			1.İ.1.2	Yatarak tedavilerde (yatan hasta ve gününbirlik tedavi) kullanılacak ilaçların temini zorunludur (Sağlık Bakanlığı tarafından hastanede kullanılmasına izin verilen yurtdışı ilaçların dışında kalan yurtdışı ilaçlar hariç). Dış reçete ile temin edilen ilaçlara ait reçete bedelleri global bütçeden kesilmektedir.		
			1.İ.1.3	Onaylanmış endikasyonu ve Kısa Ürün Bilgisinde tanımlanan dozu dışındaki her türlü kullanım, endikasyon dışı ilaç kullanım onayı ile mümkündür. Endikasyon dışı ilaç kullanım onayı aranacak ilaçlar için reçeteler ve sağlık raporları izin talebinde bulunan ilgili uzmanlık branşında uzman hekim/hekimlerce düzenlenmeli ve Başhekimlik onayı yapılmalıdır.		
			1.İ.1.4	Kullanılan ilaçlara ilişkin yapılan faturalandırmada sağlık tesisi basamağı, hekim branşı, sağlık raporu veya ilacın kullanılacağı teşhis kısıtlamalarına dikkat edilmelidir. Sağlık tesisi basamağı, hekim branşı, sağlık raporu, max doz veya ilacın kullanılacağı tanı kısıtlamalarına uyulmadığı durumlarda ilacın fatura edilemediği bilinmelidir. Ayrıca kullanılan ilaçların faturalandırılması, MEDULA'daki birim parametresine uygun yapılmalıdır. (örn: MEDULA birim parametresi mg olan bir ilaç adet olarak faturalandırılmamalıdır.).		
			1.İ.1.5	SGK'ya faturalandırılabilmesi için rapor zorunluluğu bulunan ilaçlarda düzenlenen raporlarda; takip içindeki tanı ile rapor tanısının eşleşmesi zorunludur.		

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	KONU ADI	SORU KODU	SAĞLIK TESİSLERİ TEDAVİ FATURALANDIRMA İŞ VE İŞLEMLERİ YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ	EVET	HAYIR
50	GENEL UYGULAMALAR	SAĞLIK TURİZMİ/TURİSTİN SAĞLIĞI	1.ST.1.0	Sağlık Turizmi / Turistin Sağlığı kapsamındaki hizmetlerdeki katsayılar güncel mi?		
			1.ST.1.1	Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmelik kapsamındaki kişilere KSHFT hükümleri doğrultusunda Genel Müdürlüğümüzce belirlenen katsayıların KSHFT eki "Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Kapsamında Sunulan Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesine (Ek-2A)" uygulanması sonucu bulunan tutarlar üzerinden işlem yapılmalıdır.		
51	GENEL UYGULAMALAR	FATURA	1.F.1.0	Faturalandırma işlemleri zamanında yapılıyor mu?		
			1.F.1.1	Her ayın ilk ve son günü arasında sunulan sağlık hizmetlerinin SGK'ya faturalandırılmasında paket gün ve kontrol süreleri dikkate alınarak faturalandırılmadığı.		
			1.F.1.2	Herhangi bir nedenle döneminde faturalandırılmayan sağlık hizmeti, işlemin bittiği tarih itibarıyla faturalandırılması gereken dönemi takip eden en geç 2 ay içerisinde SGK'ya faturalandırılmalıdır. Bu süreyi geçmesi halinde faturalandırma yapılamaz.		
			1.F.1.3	Sağlık tesislerince her ayın 1-7'si arasında TDMS üzerinden ilgili dönem tahakkukları sonlandırılacak ve onaylanacaktır.		
52	GENEL UYGULAMALAR	FATURA	1.F.2.0	Uzun süre yatan hastalara ara fatura düzenleniyor mu?		
			1.F.2.1	MEDULA, E-nabız gibi bilgi sistemlerine ait veri gönderim kotası bulunması sebebiyle uzun süre yatan hastalara ait işlemler ara faturalandırma yapılmalıdır.		
			1.F.2.2	Uzun süreli yatışlarda periyodik kontroller yapılmalı ve hastane yöneticileri tarafından belirlenen aralıklarla, "Yatış Devam Ediyor" taburcu kodu seçeneği ile "Uzayan Yatış" takibi alınarak yatış bölme işlemi gerçekleştirilmelidir.		
			1.F.2.3	Faturalanmış Uzayan Yatış ve Yoğun Bakım takibi alınabilmesi bağlı takip no alanında gönderilen takibin faturalanmış olması ve Periyodik aralıklarla uzun süreli yatışı bulunan hastalara ait işlemlere ara taburculuk yapılarak fatura düzenlenmelidir. Bunun için MEDULA kodu Uzayan yatış olması gerekmektedir.		
			1.F.2.4	Uzun süreli yatışlarda periyodik kontroller yapılmalı ve hastane yöneticileri tarafından belirlenen aralıklarla, "Yatış Devam Ediyor" taburcu kodu seçeneği ile "Uzayan Yatış" takibi alınarak yatış bölme işlemini gerçekleştirebilirler.		
53	GENEL UYGULAMALAR	FATURA	1.F.3.0	SUT kuralları gereği eklenmesi gereken fatura eki belgeler ekleniyor mu?		
			1.F.3.1	Rücuca konu olan başvuruların (adli vaka/iş kazası/ trafik kazası) tümünde epikriz, adli rapor, görüntüleme, vb. tüm hizmetlerin fatura ekinde gönderilmesi gereklidir.		
			1.F.3.2	Branş bazlı MEDULA'da örnekleme alınan takiplere ait başvurulara ait epikriz, rapor (ilaç, malzeme, tedavi), görüntüleme, vb. tüm hizmetlerin fatura ekinde gönderilmesi gereklidir.		
54	GENEL UYGULAMALAR	FATURA	1.F.4.0	Takip alınmamış/alınmamış hasta başvuruları için takip yapılıyor mu?		
			1.F.4.1	Herhangi bir nedenle MEDULA'dan takip alınmamış/alınmamış kişilere geriye dönük ayaktan takip (bağlı olup olmamasına bakılmaksızın) ve yatan ilk takip alınması ilgili olarak; geriye dönük sadece 10 gün için MEDULA'dan takip alınmasına izin verilmektedir. Bu nedenle provizyon kontrolleri gerek kişi gerekse kurum mağduriyeti oluşturmaması adına düzenli olarak belirtilen süre dolmadan yapılmalıdır.		
			1.F.4.2	Provizyon alınan kişilerin Aynı branş ve aynı tedavi türünde olmak koşuluyla 10 ila 105 gün arasındaki başvurularında takip alınabilir. 10 ila 105 gün arasında hastaya ait silinmiş bir takip yoksa ilgili SSGM'ye başvuru yapılması ve ilgili SSGM'nin geriye dönük takip alma tanımlaması durumunda takip alınmasına izin verilecektir.		
55	GENEL UYGULAMALAR	FATURA	1.F.5.0	Sağlık tesisinde faturaların ve gelirlerin takibi analiz ediliyor mu?		

SORU SIRA NO	BÖLÜM ADI	KONU ADI	SORU KODU	SAĞLIK TESİSLERİ TEDAVİ FATURALANDIRMA İŞ VE İŞLEMLERİ YERİNDE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ	EVET	HAYIR
			1.F.5.1	SBYS sistemi üzerinden kesilmeyen/kesilemeyen fatura tutarları branş bazında aylık olarak takip edilmelidir.		
			1.F.5.2	SBYS sistemi üzerinden kesilen fatura tutarları branş bazında aylık olarak takip edilmelidir.		
			1.F.5.3	Tahsil edilemeyen fatura tutarlarının hangi kurumlara ait olduğu aylık olarak takip edilmelidir.		
			1.F.5.4	Sağlık tesisinde yerleşim mekanına (merkez bina, ek bina, semt poliklinikleri, TRSM vb.) göre kesilen faturaların aylık takibi yapılmalıdır.(Ek yerleşim mekanı olan sağlık tesislerinde değerlendirilecektir)		
			1.F.5.5	Sağlık tesisinde ayakta ve yatan hasta gelirlerinin takibi (klinik, yoğun bakım, acil servis vb.) aylık olarak yapılmalıdır.		
56	GENEL UYGULAMALAR	FATURA	1.F.6.0	HBYS fatura ekranında dönem içerisinde kesilen faturalar branş bazlı olarak ilgili klinik hekimi tarafından örnekleme yöntemi ile kontrol ediliyor mu?		
			1.F.6.1	Dönem sonlandırma yapıldıktan sonra tespit edilen hataların düzeltme işlemi MEDULA'dan yapılamamaktadır. Bu nedenle dönem içerisinde kesilen faturalardan örneklem yapılarak incelenmesi olası hatalı faturalandırmanın azaltılmasında önemlidir.		
			1.F.6.2	Klinik bazında fatura incelemesi yapılmalı ve birim performans ile entegre çalışması sağlanmalıdır.		
			1.F.6.3	Klinik geliri ve yapılan ek ödeme karşılaştırılmalıdır.		
57	GENEL UYGULAMALAR	FATURALANDIRILMA YAN HİZMETLER	1.FH.1.0	Faturalandırılmayan (bedeli olmayan) hizmetler nazım hesaplarda takip ediliyor mu?		
			1.FH.1.1	Bakanlar Kurulu/Cumhurbaşkanı Kararları gereği ücretsiz sunulan sağlık hizmetlerine ait bedeller SUT puanları üzerinden hizmet başı olarak ücretlendirilerek, TDMS'de ilgili nazım hesaba kaydedilmelidir (994-995). Mevzuatta düzenleme bulunmayan kişiler/hizmetler bu TDMS kodlarına kaydedilmemelidir.		
58	GENEL UYGULAMALAR	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 protokolda 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 alınmayan hasta kabullerinde ödemenin yapılıp 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.		