

T.C.
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI
Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü

Sayı: B.13.2.SGK.0.11.04.01/1059
Konu: Mülga 3816 sayılı Kanun

30./12/2011

GENELGE
2011/69

(1) 31/5/2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun geçici 12 nci maddesinin ikinci fıkrasında "Kamu idarelerinin sağlık hizmetlerinin sağlanmasına ilişkin görevleri, yürürlükten kaldırılan kanunlardaki hak ve yükümlülükler çerçevesinde ilgili kayıt ve işlemler Kurum tarafından devralınan tarihe kadar devam eder. Devir süreci 1/1/2012 tarihine kadar tamamlanır." hükmü yer almaktadır.

(2) Bu itibarla, 01/1/2012 tarihinden önce 3816 sayılı Kanun kapsamında Yeşil Kart verilmek suretiyle sağlık yardımları Sağlık Bakanlığınca karşılanan kişiler dahil olmak üzere 5510 sayılı Kanunun 60 nci maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1), (3) ve (9) numaralı alt bentleri gereği genel sağlık sigortası kapsamına alınan kişilerin sağlık yardımları ile yol, gündelik ve refakatçi giderleri Kurumumuzca sağlanacaktır.

(3) Sağlık hizmetlerinin karşılanmasında bu Genelgeye, Genelgede yer almayan hususlarda ise diğer Kurum mevzuatına uyulacaktır.

A. Müracaat ve sevk işlemleri;

(1) Sağlık Bakanlığı tarafından bu Genelgeye konu kişilere ilişkin verilerin Kurum bilgi işlem sistemine entegrasyonu sağlanıncaya kadar geçecek sürede hastaların mağduriyetine ve hak kaybına mahal verilmemesi için Kurumla sözleşmeli/protokollü sağlık hizmeti sunucularına müracaat işlemleri, Sağlık Bakanlığı uygulamalarında olduğu şekilde devam ettirilecektir.

(2) Kurumla sözleşmeli/protokollü sağlık hizmeti sunucuları, müracaat eden kişinin sağlık yardımlarından yararlanma hakkının olup olmadığını tespiti için, Kurum bilgi işlem sistemi (MEDULA, MEDULA-optik, eczane provizyon sistemi) üzerinden T.C. kimlik numarası ile hasta takip numarası/ provizyon alacaklardır.

(3) Provizyon işlemleri Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) doğrultusunda yürütülecektir.

a) Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti sunucularına müracaat ve sevk işlemleri;

(1) Kişiler, aile hekimliklerine, Sağlık Bakanlığına bağlı birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularına doğrudan müracaat edebileceklerdir.

(2) Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından hastanın Kurumla sözleşmeli/ protokollü diğer sağlık hizmeti sunucularına sevkini gerektiren halinde, Kurum bilgi işlem sistemi üzerinden elektronik sevk belgesi düzenlenmesi uygulamasına geçilinceye kadar bu Genelge eki "Sevk Belgesi" eksiksiz olarak tanzim edilecek ve bir nüshası hastaya verilecektir.

b) Avakta ve yatarak teşhis ve tedavi hizmeti veren sözleşmeli/ protokollü diğer sağlık hizmeti sunucularına müracaat işlemleri;

(1) Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti sunucuları dışındaki sağlık hizmeti sunucularına müracaatlar, aşağıda belirtilen istisnai haller dışında, Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca düzenlenmiş sevk belgesi ile yapılacaktır. Sevk belgeleri, Kurumca belirlenen istisnalar hariç olmak üzere 5 (beş) işgünü geçerlidir. Geçerlilik süresi biten sevk belgelerinin yenilenmesi gereklidir.

T.C.
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI
Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü

(2) Sağlık hizmeti sunucularınca, kapsam türü 60/c-1, 60/c-3 veya 60/c-9 olan kişiler için hasta takip numarası alındıktan sonra müracaatın sevk ile yapıldığına dair beyanın Kurum bilgi işlem sistemine girilmesi zorunludur.

(3) Sevk edilen branş dışındaki branşlarda sunulan sağlık hizmeti bedellerinin ödenebilmesi için ilgili branşa ait sevk belgesinin de düzenlenmiş olması gerekmektedir.

(4) İstisnai haller;

a) Acil hal kapsamına giren durumlarda sevk edilme şartı aranmayacaktır. Ancak, sunulan sağlık hizmeti bedellerinin ödenebilmesi için acil tıbbi müdahale yapılmasını zorunlu kılan durumun müdahaleyi yapan hekim tarafından imzalanmış bir belge ile belgelendirilmesi ve Kurumca kabul edilmesi gerekmektedir.

b) İlk sevk belgesinde tedavi protokolünün, seans ve tedavi süresinin belirtilmesi koşuluyla; fizik tedavi ve rehabilitasyon tedavisi, hiperbarik oksijen tedavisi, ESWL tedavisi, kemoterapi, radyoterapi gibi belirli bir program dahilinde tedavi gören hastaların, tedavi süresince aynı sağlık hizmeti sunucusuna müteakip müracaatlarında sevk belgesi aranmayacaktır. Ancak ilk sevk belgesi örneği, fatura eki belge olarak Kuruma gönderilecektir.

c) Hemodiyaliz tedavileri için yapılan sevkler 3 (üç) ay süreyle geçerli olup bu sürede verilecek hemodiyaliz tedavilerine ilişkin müracaatlarda yeniden sevk belgesine gerek bulunmayıp mevcut sevk belgesinin bir örneği, fatura eki belge olarak Kuruma gönderilecektir.

ç) Organ, doku ve kök hücre nakli uygulanan hastalar ile kanser tedavisi gören hastaların kontrol amaçlı muayeneleri ve tedavileri, kontrole çağrıldığı gösteren belgenin fatura ekinde gönderilmesi koşuluyla sevk belgesi aranmaksızın sağlanabilecektir.

c) Kurumla sözleşmeli eczane ve optisyenlik müesseselerine müracaat işlemleri;

(1) Bu Genelgeye konu kişiler ilaç ve görmeye yardımcı tıbbi malzeme temini için Kurumla sözleşmeli eczanelere/optisyenlik müesseselerine müracaat edeceklerdir.

(2) İlaç ve görmeye yardımcı tıbbi malzemelere ilişkin reçetelerin, bu Genelge gereği sevk ile müracaat edilen sağlık hizmeti sunucularınca düzenlenmesi halinde sevk belgesinin bir örneği eczaneye/optisyenlik müessesine verilecektir.

ç) Şahıs tarafından temin edilen tıbbi malzemelerin ödenmesine ilişkin müracaat işlemleri;

(1) Kurum mevzuatı doğrultusunda şahıslar tarafından temin edilen ve Kurum ilgili birimince ödemesi yapılacak olan tıbbi malzemelere ilişkin reçetenin, bu Genelge gereği sevk ile müracaat edilen sağlık hizmeti sunucularınca düzenlenmesi halinde sevk belgesinin bir örneği Kurum birimine verilecektir.

B. Katılım Payı Uygulamaları;

a) Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı tahsili;

(1) Kurum mevzuatı gereği ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi için alınması gereken katılım payının tahsili, SUT'ta Kurumdan gelir ve aylık alanlar dışındaki kişiler için uygulanan tahsil yöntemine ilişkin usul ve esaslar doğrultusunda yapılacaktır.

b) Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için katılım payı ve tahsili;

(1) Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için Kurumdan gelir veya aylık alanlar kişiler dışındaki kişiler için uygulanan katılım payı oranı uygulanacak olup katılım payları Kurumla sözleşmeli eczaneler tarafından tahsil edilecektir.

c) Tıbbi malzeme katılım payı tahsili;

(1) Kurumdan gelir veya aylık alanlar kişiler dışındaki kişiler için uygulanan tıbbi malzeme katılım payı oranı, bu Genelgeye konu kişiler için de uygulanacaktır.

T.C.
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI
Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü

(2) Kurum mevzuatı gereği katılım payı alınması gereken tıbbi malzemelerin katılım payı tahsil işlemleri, SUT'ta Kurumdan gelir ve aylık alanlar dışındaki kişiler için uygulanan tahsil yöntemine ilişkin usul ve esaslar doğrultusunda yapılacaktır.

c) Yardımcı üreme yöntemi katılım payları tahsili;

(1) Kurum mevzuatı gereği tahsil edilmesi gereken yardımcı üreme yöntemi katılım payları, tedavinin sağlandığı sağlık hizmeti sunucusunca kişilerden tahsil edilecektir.

d) Katılım payı iadesi;

(1) 5510 sayılı Kanununun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) ve (3) numaralı alt bentleri gereği genel sağlık sigortalısı sayılanlar ile bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerin ödemiş oldukları katılım payları, talepleri halinde, 29/5/1986 tarihli ve 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu hükümlerine göre kendilerine geri ödenmeye devam edilecektir.

C. Geçiş dönemine ilişkin faturalandırma işlemleri;

(1) 01/1/2012 tarihinden önce verilen sağlık hizmeti bedelleri, 01/1/2012 tarihi veya sonrasında fatura edilmiş olsa dahi Kurumca karşılanmaz. Bu tarihten itibaren verilen sağlık hizmetlerinin faturalandırma işlemleri aşağıda belirtildiği şekilde yürütülecektir.

(2) Bu Genelgeye konu kişilere verilen sağlık hizmetine ilişkin faturalandırma ve inceleme işlemleri Kurum mevzuatı doğrultusunda yürütülecektir. Ancak sevk belgesi şartı aranmayan istisnai hallere ilişkin faturalar ile 01/1/2012 tarihinden önceki bir tarihte başlayıp, 01/1/2012 tarihinde veya bu tarihi takip eden günlerde devam eden sağlık hizmetlerine ilişkin faturaların tamamı incelenecek olup faturalar her hasta için ayrı ayrı düzenlenecektir.

a) Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti sunucuları faturaları;

(1) 01/1/2012 tarihinde veya takip eden günlerde verilen sağlık hizmetlerine ilişkin bilgiler, "Sosyal Güvenlik Kurumu İle Sağlık Bakanlığı Arasında Götürü Bedel Üzerinden Sağlık Hizmeti Alımı Sözleşmesi" hükümleri doğrultusunda Kuruma gönderilecektir.

b) Ayakta veya yatarak teşhis ve tedavi hizmeti veren sözleşmeli/ protokollü diğer sağlık hizmeti sunucuları faturaları;

(1) 01/1/2012 tarihinden önceki bir tarihte başlayıp, bu tarih veya bu tarihi takip eden günlerde devam eden sağlık hizmetlerinden, 31/12/2011 tarihine kadar (bu tarih dahil) sağlanmış olanlar sevki yapan Sağlık Bakanlığı sağlık hizmeti sunucusuna, 01/1/2012 tarihi ve takip eden günlerde verilen sağlık hizmetleri ise Kuruma fatura edilecektir.

(2) 01/1/2012 tarihinden önceki bir tarihte başlayıp, 01/1/2012 tarihinde veya bu tarihi takip eden günlerde devam eden hizmetlere ilişkin bedellerin Kuruma fatura edilebilmesi için sağlık hizmeti sunucularınca 01/1/2012 tarihi itibarıyla, müracaat işlemleri bölümünde belirtildiği üzere provizyon alınması gereklidir.

(3) Taniya dayalı işlem kapsamında bulunan ve 01/1/2012 tarihinden önce cerrahi müdahalesi yapılmış olan işlemlere ait faturalar, tanıya dayalı işlem olarak sevki yapan Sağlık Bakanlığı sağlık hizmeti sunucusuna fatura edilecek, Kurumumuza ayrıca fatura edilmeyecektir.

(4) Bu Genelge gereği sevk ile gelen kişilerin müracaatlarını kabul eden sağlık hizmeti sunucularınca, kişilere ait sevk belgeleri, düzenlenen fatura ekinde Kuruma gönderilecektir.

c) Kurumla sözleşmeli eczane ve optisyenlik müesseseleri faturaları;

(1) İlaç ve görmeye yardımcı tıbbi malzemelerin bedellerinin ödenmesinde, alış tarihi esas alınacak olup 01/1/2012 tarihinde veya takip eden günlerde Kurumla sözleşmeli eczanelerden/optisyenlik müesseselerinden temin edilen ilaç/görmeye yardımcı tıbbi malzeme bedelleri Kuruma fatura edilir.

T.C.
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI
Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü

(2) Reçete bazında yurt dışından temin edilen ilaçlar için reçete tarihi esas alınacak olup yurtdışından getirilen ilaçlara ilişkin reçete 01/1/2012 tarihinde veya sonrasında düzenlenmiş ise Kurumumuza fatura edilecektir.

(3) Bu Genelge gereği sevk ile gelen kişilerin müracaatlarını kabul eden sağlık hizmeti sunucularınca, kişilere ait sevk belgeleri, düzenlenen fatura ekinde Kuruma gönderilecektir.

(4) Yurt dışından getirilen ilaçlara ilişkin reçetenin, (A) bölümünün (b) bendi gereği usulüne uygun olarak düzenlenmiş sevk belgesi ile sevk geçerlilik süresi içinde müracaat edilen sağlık hizmeti sunucularınca düzenlenmiş olması halinde sevk belgesinin bir örneği faturaya eklenecektir.

ç) Şahıs tarafından temin edilen tıbbi malzeme faturaları;

(1) Tıbbi malzeme bedellerinin ödenmesinde, malzemelere ilişkin fatura tarihi esas alınacak olup 01/1/2012 tarihinde veya takip eden günlerde fatura edilen tıbbi malzeme bedelleri Kurumumuzca karşılanacaktır.

D. Kayıtlara ilişkin işlemler

(1) Kurum mevzuatı doğrultusunda MEDULA sistemi üzerinden kontrolü yapılmakta olan miatlı işlemlere ilişkin veriler (diş tedavileri ve diş protezi, hasta alt bezi v.b. miatlı tıbbi malzemeler, iade cihazlar, gözlük cam, çerçeve, lens v.b görmeye yardımcı tıbbi malzemeler, tüp bebek tedavisi, FTR v.b. miatlı tedaviler) Sağlık Bakanlığı tarafından Kuruma veri tabanı olarak verilememektedir. Bu nedenle, 01/1/2012 tarihinden itibaren söz konusu işlemlere ilişkin müracaatlarda, müstahaklık kontrolü yapıldıktan sonra taahhütname alınması zorunludur.

(2) 01/1/2012 tarihinden itibaren, Kurum mevzuatına göre iade cihaz kapsamında olan tıbbi malzemelerin bakım, onarım veya sarf malzemesi temini talepleri Kuruma yapılacak olup Kurumca bakım, onarım veya sarf malzemesi temini yapılan tıbbi malzemeler kayıt altına alınacaktır.

Bilgi edinilmesini ve gereğini rica ederim.



Fatih ACAR
Kurum Başkanı

Dağıtım:

Gereği:

Merkez ve Taşra Teşkilatına

Bilgi:

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığına
Sağlık Bakanlığına

Sevk Belgesi

FORMU DÜZENLEYEN SAĞLIK HİZMETİ SUNUCUSU:	
Sevk Tarihi:...../...../20....	
Sevki yapan birim:	
Genel sağlık sigortalısının Adı Soyadı :	T.C.Kimlik No.....
Hastanın Adı Soyadı :	T.C.Kimlik No.....
Hastanın Doğum Yeri / Tarihi :
Dosya No :	Protokol No:.....
Tanı :	
Önerilen tedavi protokolü (*):	
Sevk gerekçesi (**):	
Sevk Edildiği Branş :	
Gideceği Şehir :	
Refakatçi gerekçesi (***):	
Sevk Eden Hekim : Kaşe (****) İmza	
MÜRACAAT EDİLEN SAĞLIK HİZMETİ SUNUCUSU:	
Sevk nedeniyle müracaat edilen sağlık kurum/kuruluşuna başvuru tarihi :...../...../20...	
Müracaat edilen sağlık kurum/kuruluşundan ayrılış tarihi :...../...../20...	
...../...../20....-...../...../20.... tarihleri arasında ayaktan tedavi görmüştür.	
...../...../20....-...../...../20.... tarihleri arasında yatarak tedavi görmüştür.	
Refakatçi durumu (****):	
Düzenleyen hekim : Kaşe (****) İmza	

(*) Belirli bir program dahilinde tedavi için sevk edilmesi halinde doldurulacaktır.

(**) Gerekli teşhis ve tedavi cihazlarının veya ilgili branş uzman hekiminin bulunmaması vb. tıbbi nedenlerin belirtilmesi gerekmektedir.

(***) Refakatlin tıbben gerekli olduğunun gerekçesi ile birlikte belirtilmesi gerekmektedir.

(****) Kaşede yer alması gereken diğer bilgiler yanında hekimin çalıştığı sağlık hizmeti sunucusunun adının da yer alması (yoksa hekim tarafından elle yazılmış olması) gerekir.

(*****) Refakatli olarak gelindiğinin/kalındığının hekim tarafından belirtilmesi gerekmektedir.

SEVK FORMUNUN ASLI MÜRACAAT EDİLEN SAĞLIK KURUM/KURULUŞUNDAN AYRILIŞ AŞAMASINDA HASTAYA VERİLECEKTİR.