SAĞLIK HİZMETİ SUNUCULARININ FATURALARININ İNCELENMESİNE VE BEDELLERİNİN ÖDENMESİNE İLİŞKİN USUL VE ESASLAR HAKKINDA YÖNETMELİK

BİRİNCİ BÖLÜM
Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç

MADDE 1 – (1) Bu Yönetmeliğin amacı; sağlık hizmeti sunucularının sundukları sağlık hizmeti bedeline karşılık olarak Kuruma gönderdikleri veya kişi adına düzenledikleri fatura bedellerinin ödenebilmesi amacıyla; fatura eki belgelerin teslimi, örneklenmesi, incelenmesi, ödenecek tutarın tespiti ve sağlık hizmeti sunucularının değerlendirilmesine ilişkin usul ve esasları düzenlemektir.

Kapsam

MADDE 2 – (1) Bu Yönetmelik; Kurum mevzuatı ve tıbbi inceleme iş ve işlemler ile bunları yürüten kişiler, komisyonlar ve sağlık hizmeti sunucularını kapsar.

Dayanak

MADDE 3 – (1) Bu Yönetmelik, 31/5/2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 63 üncü, 73 üncü, 97 nci, 103 üncü ve 107 nci maddeleri ile 16/5/2006 tarihli ve 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanununun Ek 1 inci maddesine ve 10/12/2003 tarihli ve 5018 sayılı Kamu Malî Yönetimi ve Kontrol Kanununun 35 inci maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 4 – (1) Bu Yönetmelikte geçen;

a) Eczane: 18/12/1953 tarihli ve 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun kapsamında serbest faaliyet gösteren ve birinci basamak sağlık kuruluşu olan serbest eczaneleri,

b) Fatura: İş, mal veya hizmet alımlarında; işin, malın veya hizmetin özelliğine veya alımın yapıldığı yere göre düzenlenmesi gereken belgelerden;

1) Faturayı,

2) Fatura yerine geçen belgelerden; serbest meslek makbuzunu, gider pusulasını, müstahsil makbuzunu, giriş ve yolcu taşıma biletleri ile Uluslararası Hava Taşıyıcıları Birliği üyesi şirketlerce düzenlenen elektronik yolcu biletlerini ve akaryakıt pompalarına bağlı ödeme kaydedici cihazlara ait satış fişini,

3) Kanunen fatura veya fatura yerine geçen belgeleri düzenlemek zorunda olmayanlardan alınan Harcama Pusulasını,

4) 31/12/2005 tarihli ve 26040 üçüncü mükerrer sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Muhasebe Yetkilisi Mutemetlerinin Görevlendirilmeleri, Yetkileri, Denetimi ve Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelikte belirlenen asgari bilgileri taşıyan alındıyı,

5) Yurt dışında yapılan iş ve hizmet alımları ile mal alım bedellerinin ödenmesinde ise, yerel teamüle uygun olarak düzenlenen ve birim amiri veya ilgili mevzuatında belirtilen yetkililerce onaylı tercümeleri ekli fatura veya benzeri belgeleri,

c) Fatura eki belge: İlgili mevzuatlarda tanımlanan ödemeye esas olan kanıtlayıcı belgeleri,

ç) Fatura dönemi: Her ayın birinci ve son gününü kapsayan dönemi,

d) Fatura inceleme birimi: Kurum merkez ve taşra teşkilatı sağlık hizmet sunucuları ödeme servisini,

e) Götürü bedel: Sağlık Hizmet Sunucusu tarafından sözleşmenin geçerli olduğu dönemde verilecek sağlık hizmetlerine karşılık Kurumca ödenecek sabit bütçe rakamını,

f) Kanun: 5510 sayılı Kanunu,

g) Kesinti tutarı: Örnekleme yöntemi ile yapılan incelemelerdeki kesinti oranının, örnekleme oranı dikkate alınarak faturanın tamamına yansıtılması ile bulunan tutarı,

ğ) Kurum: Sosyal Güvenlik Kurumunu,

h) MEDULA: Sağlık hizmeti kullanım verisi toplamak ve bu verilere dayanarak faturalama işlemini gerçekleştirmek amacıyla Kurum tarafından uygulanan ve işletilen elektronik bilgi sistemini,

ı) Optisyenlik müessesesi: 22/6/2004 tarihli ve 5193 sayılı Optisyenlik Hakkında Kanun uyarınca optisyenlik ruhsatnamesi ile açılmış müesseseleri,

i) Örnekleme yöntemi: Ödemeye esas teşkil eden kanıtlayıcı belgelerden belirlenen oranda belgenin incelemeye alınmasını ve tespit edilen kesinti oranının tüm belgelere teşmil edilmesini,

j) Sağlık hizmeti: Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere Kanunun 63 üncü maddesi gereği finansmanı sağlanacak tıbbî ürün ve hizmetleri ile 73 üncü madde kapsamında belirtilen istisnai sağlık hizmetlerini,

k) Sağlık hizmeti sunucusu: Sağlık hizmetini sunan ve/veya üreten; gerçek kişiler ile kamu ve özel hukuk tüzel kişilerini ve bunların tüzel kişiliği olmayan şubelerini,

l) Sağlık kurum/kuruluşu: Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılan gerçek kişi, kamu ve özel hukuk tüzel kişilerine ait tüm sağlık kurum ve kuruluşunu,

m) Satış merkezi/merkez: Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılan; tıbbi cihaz ve malzemelerin dağıtımının, satışının veya kişiye özel üretilip uygulamasının yapıldığı yerleri,

n) Reçete Grubu:

1) A grubu reçete: Günübirlik tedavi reçeteleri de dâhil olmak üzere yatan hasta reçetelerini ve sağlık raporu ile temin edilen ilaç/ilaçları içeren reçeteleri,

2) B grubu reçete: Kurum mevzuatına göre ayrı fatura edilmesine ilişkin düzenleme olmayan veya içeriğinde herhangi bir raporlu ilaç bulundurmayan ayaktan hasta reçetelerini,

3) C grubu reçete: Kurum mevzuatına göre ayrı fatura edilmesine ilişkin düzenleme olan reçeteler ile sıralı dağıtım sistemine tabi reçeteleri,

ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM
Fatura Eki Belgelerin Teslimi

Fatura eki belgelerin teslimi

MADDE 5 – (1) Fatura dönemi içinde, sağlık hizmeti sunucusu tarafından sunulan sağlık hizmetlerine ilişkin düzenlenen fatura eki belgeler, takip eden ayın 1 inci gününden 15 inci gününe (15 inci gün dâhil), 15 inci günün hafta sonu veya resmî tatile rastlaması halinde ise takip eden ilk iş gününe kadarki süre içinde Kurumun ilgili birimine teslim edilmesi halinde teslim edildiği ayın 15 inci günü, bu süre içinde teslim edilmeyen faturalar ise, Kurumun ilgili birimine teslim edildiği ayı takip eden ayın 15 inci günü teslim edilmiş olarak kabul edilir. Kurum gerekli gördüğü durumlarda bu süreleri uzatabilir. Teslim süreleri içinde kalmak şartıyla, fatura eki belgelerin kabulünü yapan fatura inceleme birimleri tarafından iş planına göre sağlık hizmeti sunucularına fatura teslimi için randevu tarihi verilebilir.

(2) Sağlık hizmeti sunucusu tarafından, fatura eki belgeler Kurumun resmi internet sitesinde duyurulan ilgili birime teslim edilir. Kargo veya iadeli taahhütlü posta ile gönderilen belgeler için kargoya veya postaya verildiği tarih, normal posta ile gönderilen belgeler için Kurum kayıtlarına giriş tarihi esas alınarak işlem görür. Ancak Kurum tarafından fatura teslim tarihi mücbir sebeplerle ertelenebilir. Bu durumda faturaların teslimi için verilen ek süre içerisinde teslim edilen faturalar zamanında teslim edilmiş sayılır.

(3) Eczaneler tarafından her ayın 1’i ile 15'i arasında karşılanan kan ürünü ve hemofili reçeteleri takip eden 3 iş günü içinde, her ayın 16’sı ila ay sonu arasında karşılanan reçeteler ise takip eden 3 iş günü içinde olmak üzere ayda iki kere faturalandırılarak Kurumun ilgili taşra teşkilatına teslim edilir.

(4) Götürü bedel sözleşmesi yapılan sağlık hizmet sunucusu vereceği sağlık hizmetlerine ait bilgileri Kurumun ilgili mevzuatı çerçevesinde MEDULA sistemine kaydederek, yine anılan mevzuatta yer alan süre ve kurallar çerçevesinde dönem sonlandırması yapar.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Sağlık Kurum/Kuruluşu Fatura Eki Belgelerin Örneklenmesi ve İncelenmesi

Fatura eki belgelerin örneklenmesi

MADDE 6 – (1) Genel sağlık sigortası kapsamında yer alan kişilere, finansmanı karşılanan sağlık hizmetlerine ilişkin olarak sağlık kurum/kuruluşu tarafından verilen hizmetlere ait başvuru numaraları; 5502 sayılı Kanunun Ek 1 inci maddesine göre %5 ila %10 oranında genel sonuçlar verecek şekilde basit rastgele yöntem ile örneklenerek incelenir.

(2) Örnekleme iptali ancak Kurum bilgi işlem sisteminden kaynaklanan teknik sorun nedeniyle yapılabilir.

(3) Örnekleme yöntemini kabul etmeyen sağlık kurum/kuruluşuna ait fatura eki belgelerin tamamı incelenir.

(4) Kurum ihtiyaç duyduğu hallerde fatura eki belgelerin tamamını incelemeye yetkilidir.

Fatura eki belgelerin incelenmesi

MADDE 7 – (1) Sağlık kurum/kuruluşu tarafından sunulan sağlık hizmetlerine ait fatura eki belgeler, Kurumca görevlendirilen personel ve komisyonlar tarafından ilgili mevzuat ve tıbbi uygunluk yönünden incelenir.

İtirazlar

MADDE 8 – (1) Sağlık kurum/kuruluşu, incelenen fatura dönemine ait oluşan kesinti tutarı ve gerekçelerine ilişkin kabul ya da itiraz yönündeki kararını, Kurum bilgi işlem sisteminde "incelendi" ibaresinin belirdiği veya tebliğ edildiği tarihi takip eden 5 iş günü içinde Kurum bilgi işlem sistemi üzerinden bildirir. Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında bu süre 10 iş günüdür.

(2) İtiraz dilekçesinde gerekçesi belirtilmemiş olan itirazlar değerlendirmeye alınmaz.

(3) Sağlık kurum/kuruluşu, incelenen manuel faturalara ait oluşan kesinti tutarı ve gerekçelerine ilişkin kabul ya da itiraz yolundaki kararını, Kurumca incelemenin bittiğine dair yazının sağlık kurum/kuruluşuna tebliğ edildiği tarihi takip eden 5 iş günü içinde Kuruma elden veya faks yoluyla itiraz gerekçeleri ile birlikte bildirir. İtirazların faks ile bildirilmesi halinde, bildirimin aslının elden, iadeli taahhütlü posta ya da kargoya 3 iş günü içerisinde verilerek Kuruma gönderilmesi gerekir. Belirtilen süre içinde itiraz etmeyen sağlık kurum/kuruluşu tarafından kesinti tutarı kabul edilmiş sayılır.

(4) İncelenen fatura dönemi ile ilgili olarak Kuruma yapılan itirazlar nihaidir. Sağlık kurum/kuruluşu tarafından, aynı fatura dönemiyle ilgili olarak Kuruma yeniden herhangi bir itirazda bulunulamaz.

(5) Örnekleme yöntemini kabul etmeyen sağlık kurum/kuruluşu tarafından yapılan itirazlar ile sağlık kurum/kuruluşu tarafından Kurum bilgi işlem sistemi kullanılmadan Kuruma manuel fatura edilen sağlık hizmetlerine ait faturalara yapılan itirazlar 5 inci maddenin ikinci fıkrası kapsamında Kurum resmi internet sitesinde duyurulan ilgili birim tarafından değerlendirilerek karara bağlanır.

Sağlık kurum/kuruluşu itiraz değerlendirme komisyonu

MADDE 9 – (1) Komisyon, sağlık sosyal güvenlik merkez müdürünün görevlendireceği uzman tabip, tabip, diş tabibi veya eczacılar arasından iki personel ile sağlık kurum/kuruluşunun hak ve alacaklarından vazgeçme konusunda yetkilendirilmiş sağlık kurum/kuruluşunda çalışma izin belgesi ile görev yapan bir hekimin katılımı ile üç üyeden oluşur. Sağlık kurum/kuruluşu bünyesinde çalışma izin belgesi ile görev yapan hekimin olmaması halinde sağlık kurum/kuruluşu kanuni temsilcisi Komisyona üye olarak katılır. Sağlık kurum/kuruluşu adına toplantıya katılacak kişinin yetki/görevlendirme belgesi toplantıdan önce

Kuruma ibraz edilir. **(Değişik cümle:RG-26/10/2021-31640)**[2] Komisyon, salt çoğunlukla toplanır, toplantıya katılanların çoğunluğu ile karar alır.

(2) Komisyon, inceleme birimleri tarafından yapılan inceleme sonucu oluşan kesinti tutarlarına sağlık kurum/kuruluşu tarafından yapılan itirazları değerlendirmek üzere itirazın Kurum kayıtlarına girdiği tarihi takip eden 5 iş günü içerisinde toplanır.

(3) Komisyon tarafından kararlar en fazla 30 iş günü içerisinde ve oy birliği ile alınır. Komisyon tarafından alınan kararlar nihai olup Komisyona veya Kuruma yapılacak itirazlar değerlendirmeye alınmaz.

(4) Komisyon tarafından karara bağlanamayan itirazlar ise, gerekçeleri ile birlikte Sağlık Kurum/Kuruluşu İtiraz Değerlendirme Üst Komisyonuna intikal ettirilir.

(5) Komisyon, itiraza konu başvuru/takip numaralarına ait fatura eki belgelerle ilgili bilgi ve belgeyi sağlık kurum/kuruluşundan talep etme yetkisine sahiptir.

(6) Komisyon, ilgili mevzuata aykırı olarak fatura edildiğini tespit ettiği örneklenmiş diğer takipleri de inceleyebilir, incelenmesini isteyebilir.

(7) Komisyon toplantılarına sağlık kurum/kuruluşu yetkilisinin mücbir sebepler hariç olmak üzere katılmaması halinde, diğer üyeler tarafından bu durum tutanak altına alınır, yapılan kesintilere ait itirazlar katılımcılar tarafından değerlendirilerek karara bağlanır. Alınan karar nihai olup karar ile ilgili Kuruma itirazda bulunulamaz.

(8) Sağlık sosyal güvenlik merkezlerinde gerektiğinde birden fazla Sağlık Kurum/Kuruluşu İtiraz Değerlendirme Komisyonu kurulabilir. Aynı sağlık kurum/kuruluşuna ait aynı fatura dönemi için birden fazla Sağlık Kurum/Kuruluşu İtiraz Değerlendirme Komisyonu kurulamaz.

Sağlık kurumu/kuruluşu itiraz değerlendirme üst komisyonu

MADDE 10 – (1) Komisyon, Kurumun merkez ve taşra teşkilatı kadrolarında bulunan, 14/7/1965 tarihli ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununda belirtilen sağlık hizmetleri sınıfı personelinden görevlendirilen en az beş üyeden oluşur. Kurum, üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında görevli uzman tabiplerden de üye belirleyebilir. Komisyonun kurulması ve karar alması için üyelerin tamamının bulunması esastır.

(2) Komisyon, Kurum bilgi işlem sistemi üzerinden gelen itirazları değerlendirmek üzere ileti tarihini izleyen 10 iş günü içinde toplanır. Komisyon, itiraza ait Kurum bilgi işlem sistemi üzerinden gönderilen fatura eki belgeleri ilgili mevzuat ve tıbbi uygunluk yönünden incelenir.

(3) Komisyon tarafından kararlar en çok 10 iş günü içinde ve salt çoğunluk ile alınır.

(4) Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürü, Komisyon üyelerini belirleme ve değiştirme yetkisine sahip olup gerektiğinde birden fazla Komisyon kurabilir.

(5) Komisyon tarafından alınan kararlar nihai olup Komisyona veya Kuruma yapılacak itirazlar değerlendirmeye alınmaz.

(6) Alınan kararlar MEDULA sistemi üzerinden ilgililere bildirilir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
Eczane Fatura Eki Belgelerinin Örneklenmesi ve İncelenmesi

Fatura eki belgelerin örneklenmesi

MADDE 11 – (1) Eczaneler tarafından karşılanan reçetelerden;

a) A grubu reçeteler %10,

b) B grubu reçeteler %5,

c) C grubu reçeteler;

1) Sıralı dağıtım kapsamı dışında kalan ve ayrı faturalandırılan reçetelerin tamamı,

2) Sıralı dağıtım kapsamında olmasına rağmen ayrı faturalandırılan reçetelerin tamamı,

3) Sıralı dağıtım kapsamında olan diğer reçeteler %10 oranında,

genel sonuçlar verecek şekilde basit rastgele yöntem ile örneklenerek incelenir.

(2) Fatura gruplarındaki reçete sayısının 10'dan az olması durumunda tamamı incelenir. Örneklemin 10 adetten az olması durumunda reçete sayısı 10'a tamamlanır.

(3) Kurum bilgi işlem sisteminden kaynaklanan nedenler veya faturanın eczaneye iade edilmesini gerektiren nedenler haricinde örnekleme iptali yapılmaz.

(4) Kurum ihtiyaç duyduğu hallerde fatura eki belgelerin tamamını incelemeye yetkilidir.

Fatura eki belgelerin incelenmesi

MADDE 12 – (1) Örnekleme yöntemini kabul eden eczanelerin reçete ve eklerinden sadece örnekleme sonucu tespit edilen reçete ve ekleri, örnekleme yöntemini kabul etmeyen eczanelerin ise tüm reçete ve ekleri Kurumca yayımlanan mevzuat ve sözleşme/protokol hükümlerine uygunluğu yönünden Kurumca görevlendirilen personel tarafından fatura teslim tarihleri dikkate alınarak incelenir.

İtirazlar

MADDE 13 – (1) Eczane, incelenen fatura dönemine ait oluşan kesinti tutarı ve gerekçelerine ilişkin kabul ya da itiraz yönündeki kararını, Kurum bilgi işlem sisteminde "incelendi" ibaresinin belirdiği veya tebliğ edildiği tarihi takip eden 5 iş günü içinde Kurum bilgi işlem sistemi üzerinden bildirir. İtiraza konu her bir reçeteye ilişkin gerekçelerin yer aldığı itiraz dilekçesi Kurumun resmi internet sitesinde duyurulan ilgili birimine verilir. İtirazların faks ile bildirilmesi halinde, bildirimin aslının elden, iadeli taahhütlü posta ya da kargoya 3 iş günü içerisinde verilerek Kuruma gönderilmesi gerekir. Belirtilen süre içinde itiraz etmeyen eczanelerin kesinti tutarı eczane tarafından kabul edilmiş sayılır.

(2) İtiraz dilekçesinde gerekçesi belirtilmemiş olan itirazlar değerlendirmeye alınmaz.

(3) İtiraz sürelerinin tespitinde itiraza ilişkin evrakın elden verilmesi ya da itirazın normal posta ile yapılması halinde Kurum kayıtlarına girdiği tarih, iadeli taahhütlü posta ya da kargo yoluyla gönderilmesi halinde ise posta ya da kargoya veriliş tarihi elektronik ortamda yapılması durumunda da sisteme kayıt tarihi esas alınır.

(4) Kurumca örnekleme yöntemi ile yapılan inceleme sonucunda tespit edilen kesinti oranının;

a) A ve C grubu reçeteler için %3'ün, B grubu reçeteler için %5'in altında olması halinde yalnızca kesinti yapılan reçetelerin Eczane İtiraz Değerlendirme Komisyonunca incelenmesi için,

b) A ve C grubu reçeteler için %3'ün, B grubu reçeteler için %5'in üzerinde olması halinde,

kesinti yapılan reçetelerin Eczane İtiraz Değerlendirme Komisyonunca incelenmesi ya da Eczane İtiraz Değerlendirme Komisyonuna iletilmeksizin reçete inceleyen birimler tarafından reçetelerin tamamının incelenmesi için itirazda bulunulabilir.

c) Tamamı incelenen reçetelerde kesinti oranının artması durumunda örneklem dışındaki reçeteler için ayrıca itirazda bulunulabilir.

(5) Reçetelerin Eczane İtiraz Değerlendirme Komisyonunca değerlendirilmesinin ardından ilgili faturanın tamamının incelenmesi talep edilemez.

(6) Örnekleme yöntemini kabul etmeyen eczanelerin kesintilerle ilgili itirazları ise sağlık sosyal güvenlik merkezi tarafından değerlendirilerek karara bağlanır.

Eczane itiraz değerlendirme komisyonu

MADDE 14 – (1) Komisyon, sağlık sosyal güvenlik merkezi müdürü veya görevlendireceği personel başkanlığında, sağlık sosyal güvenlik merkezinde görev yapan bir sağlık hizmetleri sınıfı personeli ile reçetesi incelenen eczacı ve bölge eczacı odasından bir eczacı olmak üzere toplam dört üyeden oluşur. Reçetesi incelenen eczacının Komisyona katılamaması halinde hak ve alacaklarından vazgeçme konusunda yetkilendirilmiş başka bir eczacı Komisyona katılabilir. **(Değişik cümle:RG-26/10/2021-31640)[(2)]** Komisyon, salt çoğunlukla toplanır, toplantıya katılanların çoğunluğu ile karar alır.

(2) Komisyon, inceleme birimleri tarafından yapılan inceleme sonucu oluşan kesinti tutarlarına eczane tarafından yapılan itirazları değerlendirmek üzere itirazın Kurum kayıtlarına girdiği tarihi takip eden 5 iş günü içinde toplanır.

(3) **(Değişik cümle:RG-26/10/2021-31640)[2]** Komisyon tarafından kararlar en fazla 30 iş günü içerisinde ve oy çokluğu ile alınır. Eşitlik olması halinde konu Eczane İtiraz Değerlendirme Üst Komisyonuna intikal ettirilir.

(4) Komisyonda, eczane tarafından itiraz edilen reçete ve eki belgelerin incelemesi yapılır. Komisyon, itiraza konu reçetelere ait her türlü bilgi ve belgeyi eczaneden talep etme yetkisine sahiptir.

(5) **(Değişik:RG-26/10/2021-31640)[2]** Komisyon toplantılarına reçetesi incelenen eczacı veya yerine yetkilendirilen kişinin mücbir sebepler hariç olmak üzere katılmaması halinde, diğer üç üye tarafından bu durum tutanak altına alınır ve yapılan kesintilere ait itirazlar toplantıya katılanların çoğunluğu ile karara bağlanır. Reçetesi incelenen eczacı veya yerine yetkilendirilen kişi, mücbir sebepler haricinde komisyon toplantısına katılmadığı durumlarda, alınan karara karşı Eczane İtiraz Değerlendirme Üst Komisyonuna itiraza gidemez.

(6) Komisyonda alınan kararlar tutanak altına alınarak Komisyon kararının sonucu hakkında itiraz eden eczaneye yazılı olarak bilgi verilir.

(7) Etik kurallar çerçevesinde Komisyona katılan üyelere yetki ve sorumluklarına ilişkin taahhüt imzalatılır.

Eczane itiraz değerlendirme üst komisyonu

MADDE 15 – (1) Komisyon, Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürünün görevlendirdiği iki uzman tabip, tabip, diş tabibi veya eczacı ile Türk Eczacılar Birliğini temsilen **(Değişik ibare:RG-15/4/2017-30039)[1]** bir eczacı olmak üzere toplam üç üyeden oluşur.

(2) Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürü gerektiğinde birden fazla Komisyon kurabilir.

(3) Komisyonda; Eczane İtiraz Değerlendirme Komisyonunda **(Mülga ibare:RG-26/10/2021-31640)[2]** karar alınamamış olan reçete ve eki belgelerin incelemesi yapılır.

(4) Komisyon, itiraza konu reçetelere ait her türlü bilgi ve belgeyi inceleme ve talep etme yetkisine sahiptir.

(5) Komisyon 15 günde bir toplanır. İtirazlar Komisyona geliş sırasına göre en geç 90 gün içerisinde incelenerek oy çokluğu ile karara bağlanır.

(6) Etik kurallar çerçevesinde, Komisyona katılan üyelere yetki ve sorumluklarına ilişkin taahhüt imzalatılır.

BEŞİNCİ BÖLÜM
Görmeye Yardımcı Tıbbi Malzeme Fatura Eki Belgelerin Örneklenmesi ve İncelenmesi

Fatura eki belgelerin örneklenmesi

MADDE 16 – (1) İlgili mevzuatta tanımlanmış olan raporla temin edilen; gözlük, cam ve çerçeve bedellerine ait fatura eki belgelerin tamamı incelenir, diğer fatura eki belgeler ise 5502 sayılı Kanunun Ek 1 inci maddesine göre %5 ila %10 oranında genel sonuçlar verecek şekilde basit rastgele yöntem ile örneklenerek incelenir.

(2) Örneklenen fatura eki belgelerin sayısının 10'dan az olması durumunda tamamı incelenir.

(3) Kurum ihtiyaç duyduğu hallerde fatura eki belgelerin tamamını incelemeye yetkilidir.

Fatura eki belgelerin incelenmesi

MADDE 17 – (1) Örnekleme yöntemini kabul eden optisyenlik müesseselerinin sadece örnekleme sonucu tespit edilen fatura eki belgeleri; örnekleme yöntemini kabul etmeyen optisyenlik müesseselerinin ise, tüm fatura eki belgeleri Kurumca yayımlanan mevzuat ile sözleşme hükümlerine uygunluğu yönünden fatura inceleme birimleri tarafından incelenir.

(2) Yurt dışı sigortalılara ait reçetelerde provizyon sorgulaması yapılabilen ülke sigortalıları hariç, sosyal güvenlik il müdürlüklerince düzenlenmiş ve onaylanmış Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sağlık Yardım Belgesinin aslı veya fotokopisi ile müracaat eden kişilere ait faturalar ülke bazında ayrı ayrı olmak üzere manuel olarak düzenlenir ve tamamı incelenir.

İtirazlar

MADDE 18 – (1) Optisyenlik müessesesi, incelenen fatura dönemine ait oluşan kesinti tutarı ve gerekçelerine ilişkin kabul ya da itiraz yönündeki kararını, Kurum bilgi işlem sisteminde "incelendi" ibaresinin belirdiği veya tebliğ edildiği tarihi takip eden 5 iş günü içinde Kurum bilgi işlem sistemi üzerinden bildirir. İtiraza konu her bir reçeteye ilişkin gerekçelerin yer aldığı itiraz dilekçesi Kurumun resmi internet sitesinde duyurulan ilgili birimine verilir. İtirazların faks ile bildirilmesi halinde, bildirimin aslının elden, iadeli taahhütlü posta ya da kargoya 3 iş günü içerisinde verilerek Kuruma gönderilmesi gerekir. Belirtilen süre içinde itiraz etmeyen optisyenlik müessesesi tarafından, kesinti tutarı kabul edilmiş sayılır.

(2) İtiraz sürelerinin tespitinde, itiraz belgesinin elden verilmesi veya itirazların normal posta ile yapılması halinde belgenin Kurum kayıtlarına girdiği tarih, iadeli taahhütlü posta aracılığıyla yapılması halinde ise postaya veriliş tarihi esas alınır.

(3) İtiraz dilekçesinde gerekçesi belirtilmemiş olan itirazlar değerlendirmeye alınmaz.

(4) Örnekleme yöntemini kabul etmeyen optisyenlik müessesesi tarafından yapılan itiraz, Kurumun resmi internet sitesinde duyurulan ilgili birim tarafından değerlendirilerek karara bağlanır.

(5) Kurumca örnekleme yöntemi ile yapılan inceleme sonucunda tespit edilen kesinti oranının %5'in üzerinde olması halinde;

a) Kesinti yapılan reçetelerin Görmeye Yardımcı Tıbbi Malzeme İtiraz Değerlendirme Komisyonunca incelenmesi ya da Görmeye Yardımcı Tıbbi Malzeme İtiraz Değerlendirme Komisyonuna iletilmeksizin reçete inceleyen birimler tarafından reçetelerin tamamının incelenmesi için itirazda bulunulabilir.

b) Tamamı incelenen reçetelerde kesinti oranının artması durumunda örneklem dışındaki reçeteler için itirazda bulunulabilir.

(6) Reçetelerin Görmeye Yardımcı Tıbbi Malzeme İtiraz Değerlendirme Komisyonunca değerlendirilmesinin ardından ilgili faturanın tamamının incelenmesi talep edilemez.

(7) Örnekleme yöntemini kabul etmeyen optisyenlik müessesesinin kesintilerle ilgili itirazları ise sağlık sosyal güvenlik merkezi tarafından değerlendirilerek karara bağlanır.

Görmeye yardımcı tıbbi malzeme itiraz değerlendirme komisyonu

MADDE 19 – (1) Komisyon, sosyal güvenlik il müdürü, sağlık sosyal güvenlik merkez müdürü veya görevlendireceği personel başkanlığında, sosyal güvenlik il müdürlüğünde veya sağlık sosyal güvenlik merkez müdürlüğünde görev yapan bir personel ile fatura eki belgeleri incelenen optisyenlik müessesesinin hak ve alacaklarından vazgeçme konusunda yetkilendirilmiş olan bir temsilcisi olmak üzere üç üyeden oluşur. **(Ek cümle:RG-26/10/2021-31640)[(2)]** Komisyon, salt çoğunlukla toplanır, toplantıya katılanların çoğunluğu ile karar alır.

(2) Komisyon, inceleme birimleri tarafından yapılan inceleme sonucu oluşan kesinti tutarlarına optisyenlik müessesesi tarafından yapılan itirazları değerlendirmek üzere itirazın Kurum kayıtlarına girdiği tarihi takip eden 5 iş günü içinde toplanır.

(3) Komisyon kararları 10 iş günü içerisinde oyçokluğu ile alınır.

(4) Komisyonda, optisyenlik müessesesi tarafından itiraz edilen reçete ve eki belgelerin incelemesi yapılır.

(5) Komisyon, itiraza konu reçetelere ait her türlü bilgi ve belgeyi optisyenlik müessesesinden talep etme yetkisine sahiptir.

(6) Komisyon toplantılarına reçetesi incelenen optisyenlik müessesesinin yetkilendirilmiş temsilcisinin mücbir sebepler hariç olmak üzere katılmaması halinde, diğer üyeler tarafından bu durum tutanak altına alınır ve yapılan kesintilere ait itirazlar katılımcılar tarafından değerlendirilerek karara bağlanır. Alınan kararlar nihai olup karar ile ilgili Kuruma itirazda bulunulamaz.

(7) Komisyonda alınan kararlar tutanak altına alınarak komisyon kararının sonucu hakkında itiraz eden optisyenlik müessesesine yazılı olarak bilgi verilir.

(8) Komisyon tarafından alınan kararlar nihai olup Komisyona veya Kuruma yapılacak itirazlar değerlendirmeye alınmaz.

ALTINCI BÖLÜM
Sözleşmeli Satış Merkezi/Merkez Tarafından Ayakta Tedavide Kullanılan Tıbbi Malzemelere Ait Fatura Eki Belgelerin Örneklenmesi ve İncelenmesi

Fatura eki belgelerin örneklenmesi

MADDE 20 – (1) İlgili mevzuatta tanımlanmış olan tıbbi malzeme fatura eki belgeleri 5502 sayılı Kanunun Ek 1 inci maddesine göre %5 ila %10 oranında genel sonuçlar verecek şekilde basit rastgele yöntem ile örneklenerek incelenir. Reçete sayısının 10'dan az olması durumunda tamamı incelenir.

(2) Kurum ihtiyaç duyduğu hallerde fatura eki belgelerin tamamını incelemeye yetkilidir.

Fatura eki belgelerin incelenmesi

MADDE 21 – (1) Kurumla sözleşmeli satış merkezi/merkez tarafından düzenlenen fatura eki belgelerin incelenmesinde;

a) Kurumca yayımlanan mevzuat ve sözleşme hükümlerinde yapılan düzenlemelere göre reçetelerinin tamamının incelenmesi hüküm altına alınmış olan satış merkezi/merkez haricinde,

b) %5 ila %10 oranında örnekleme yöntemini kabul eden satış merkezi/merkez reçete ve eklerinden sadece örnekleme sonucu tespit edilen reçete ve ekleri,

c) Örnekleme yöntemini kabul etmeyen satış merkezinin/merkezin tüm reçete ve ekleri,

Kurumca görevlendirilen personel tarafından ilgili mevzuat, sözleşme hükümleri ve tıbbi uygunluk yönünden incelenir.

(2) Yurt dışı sigortalılara ait reçetelerde, sosyal güvenlik il müdürlüklerince düzenlenmiş ve onaylanmış Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sağlık Yardım Belgesi aslı veya fotokopisi ile müracaat eden kişilere ait faturalar ülke bazında ayrı ayrı olmak üzere manuel olarak düzenlenir ve tamamı incelenir.

İtirazlar

MADDE 22 – (1) Tıbbi malzeme satış merkezi/merkez, incelenen fatura dönemine ait oluşan kesinti tutarı ve gerekçelerine ilişkin kabul ya da itiraz yönündeki kararını, Kurum bilgi işlem sisteminde ''incelendi'' ibaresinin belirdiği veya tebliğ edildiği tarihi takip eden 5 iş günü içinde Kurum bilgi işlem sistemi üzerinden bildirir. İtiraza konu her bir reçeteye ilişkin gerekçelerin yer aldığı itiraz dilekçesi Kurumun resmi internet sitesinde duyurulan ilgili birimine verilir. İtirazların faks ile bildirilmesi halinde, bildirimin aslının elden, iadeli taahhütlü posta ya da kargoya 3 iş günü içerisinde verilerek Kuruma gönderilmesi gerekir. Belirtilen süre içinde itiraz etmeyen tıbbi malzeme satış merkezleri tarafından kesinti tutarı kabul edilmiş sayılır.

(2) İtiraz dilekçesinde gerekçesi belirtilmemiş olan itirazlar değerlendirmeye alınmaz.

(3) İtiraz sürelerinin tespitinde itiraza ilişkin evrakın elden verilmesi ya da itirazın normal posta ile yapılması halinde Kurum kayıtlarına girdiği tarih, iadeli taahhütlü posta ya da kargo yoluyla gönderilmesi halinde ise posta ya da kargoya veriliş tarihi elektronik ortamda yapılması durumunda da sisteme kayıt tarihi esas alınır.

(4) Kurumca yayımlanan mevzuat ve sözleşme hükümlerinde yapılan düzenlemelere göre reçetelerinin tamamının incelenmesi hüküm altına alınmış satış merkezi/merkez ve örnekleme yöntemini kabul etmeyen satış merkezi/merkez tarafından yapılan itiraz Tıbbi Malzeme İtiraz Değerlendirme Komisyonu tarafından değerlendirilerek karara bağlanır.

(5) Kurumca örnekleme yöntemi ile yapılan inceleme sonucunda tespit edilen kesinti oranının %10'un üzerinde olması halinde;

a) Kesinti yapılan reçetelerin Tıbbi Malzeme İtiraz Değerlendirme Komisyonunca incelenmesi ya da Tıbbi Malzeme İtiraz Değerlendirme Komisyonuna iletilmeksizin reçete inceleyen birimler tarafından, reçetelerin tamamının incelenmesi için itirazda bulunulabilir.

b) Tamamı incelenen reçetelerde kesinti oranının artması durumunda örneklem dışındaki reçeteler için itirazda bulunulabilir.

(6) İncelenen fatura dönemi ile ilgili olarak Komisyona yapılan itirazlarla ilgili alınan kararlar nihaidir. Satış merkezi/merkez tarafından, aynı fatura dönemiyle ilgili olarak Kuruma yeniden herhangi bir itirazda bulunulamaz.

Ayakta tedavide kullanılan tıbbi malzeme itiraz değerlendirme komisyonu

MADDE 23 – (1) Komisyon, Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezi Müdürü veya görevlendireceği personel başkanlığında, Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezinde görev yapan bir sağlık hizmetleri sınıfı personeli ile fatura eki belgeleri incelenen satış merkezinin/merkezin hak ve alacaklarından vazgeçme konusunda yetkilendirilmiş olan bir temsilcisi olmak üzere üç üyeden oluşur. **(Ek cümle:RG-26/10/2021-31640)[2]** Komisyon, salt çoğunlukla toplanır, toplantıya katılanların çoğunluğu ile karar alır.

(2) Komisyon, inceleme birimleri tarafından yapılan inceleme sonucu oluşan kesinti tutarlarına satış merkezi/merkez tarafından yapılan itirazları değerlendirmek üzere itirazın Kurum kayıtlarına girdiği tarihi takip eden 5 iş günü içinde toplanır.

(3) Komisyon kararları 10 iş günü içerisinde oy çokluğu ile alınır.

(4) Komisyon toplantılarına reçetesi incelenen satış merkezinin/merkezin yetkilendirilmiş temsilcisinin mücbir sebepler hariç olmak üzere katılmaması halinde, diğer üyeler tarafından bu durum tutanak altına alınır ve yapılan kesintilere ait itirazlar katılımcılar tarafından değerlendirilerek karara bağlanır.

(5) Alınan kararlar nihai olup karar ile ilgili Kuruma itirazda bulunulamaz.

(6) Komisyon, itiraza konu fatura eki belgelere ait her türlü bilgi ve belgeyi satış merkezinden/merkezden talep etme yetkisine sahiptir.

(7) Komisyon tarafından alınan kararlar ile ilgili MEDULA-Tıbbi Malzeme Provizyon Sistemi üzerinde yapılması gereken değişiklikler, Komisyon ya da ilgili merkez müdürü tarafından görevlendirilen personel tarafından yapılır.

(8) Komisyonda alınan kararlar tutanak altına alınarak Komisyon kararının sonucu itiraz eden satış merkezine/merkeze yazılı olarak bildirir.

YEDİNCİ BÖLÜM
Ödeme İşlemleri

Ödeme işlemleri

MADDE 24 – (1) Ödemeler her ayın 15 inci gününde yapılır. 15 inci günün hafta sonu veya resmi tatil olması halinde, ödeme takip eden ilk iş gününde yapılır.

(2) Sağlık hizmeti sunucusuna, fatura eki belgelerin teslim tarihinden itibaren 60 gün içerisinde incelemesi tamamlanmış olan fatura eki belgelerin, kesinti tutarları hariç olmak üzere geri kalan tutarı 60 ıncı güne kadar ödenir. Sağlık hizmeti sunucusu serbest eczanelerce temin edilen kan ürünleri ve hemofili fatura eki belgelerinin teslim tarihinden itibaren 15 gün içerisinde incelemesi tamamlanmış olan fatura eki belgelerinin, kesinti tutarları hariç olmak üzere geri kalan tutarı 15 inci güne kadar ödenir. **(Ek cümle:RG-15/4/2017-30039)[1]** Sağlık kurum/kuruluşları tarafından temin edilen faturalandırılabilir tıbbi malzeme ile yatarak tedavilerde kullanılan faturalandırılabilir ilaç tutarları, fatura eki belgelerin teslim tarihinden itibaren 15 gün içerisinde incelemesi tamamlanmış olan fatura eki belgelerinin, kesinti tutarları hariç olmak üzere geri kalan tutarı 15 inci güne kadar ödenir.

(3) Teslim tarihinden itibaren 60 gün içerisinde incelenmesi tamamlanamayan sağlık hizmetlerine ait fatura döneminde tahakkuk eden tutarın tamamı 60 ıncı gün avans olarak ödenir ve inceleme işlemlerine devam edilir. Sağlık hizmeti sunucusu serbest eczanelerce temin edilen kan ürünleri ve hemofili fatura eki belgelerinin teslim tarihinden itibaren 15 gün içerisinde incelenmesi tamamlanamayan sağlık hizmetlerine ait fatura döneminde tahakkuk eden tutarın tamamı 15 inci gün avans olarak ödenir ve inceleme işlemlerine devam edilir. **(Ek cümle:RG-15/4/2017-30039)[1]** Sağlık kurum/kuruluşları tarafından temin edilen faturalandırılabilir tıbbi

malzeme ile yatarak tedavilerde kullanılan faturalandırılabilir ilaç tutarları, fatura eki belgelerin teslim tarihinden itibaren 15 gün içerisinde incelemesi tamamlanamayan sağlık hizmetine ait fatura döneminde tahakkuk eden tutarın tamamı 15 inci gün avans olarak ödenir ve inceleme işlemlerine devam edilir. Fatura ve eki belgeler, fatura teslim tarihinden itibaren üç ay içinde incelenerek avans hesabı kapatılır. İnceleme süresinin takip eden mali yıla sirayet etmesi durumunda, avans artıkları hakkında 5018 sayılı Kanunun 35 inci maddesindeki akreditiflere ilişkin hükümler uygulanır.

(4) Süresi içinde itirazların yapılmaması durumunda kesinti tutarı sağlık hizmeti sunucusu tarafından kabul edilmiş sayılır ve inceleme sonucu belirlenen tutarda ödeme yapılır.

(5) İnceleme sonucu fazla ödeme yapıldığının tespiti hâlinde; söz konusu fazla ödeme sağlık hizmeti sunucusunun varsa Kurumdaki alacağından kanuni faizi ile birlikte mahsup edilir. Alacağının bu miktarı karşılamaması veya alacağının bulunmaması durumunda ise genel hükümlere göre tahsil edilir.

(6) Sağlık hizmeti sunucusuna ödenecek olan fatura tutarından Kurum alacakları mahsup edilerek geriye kalan tutar ilgili ödeme döneminde sağlık hizmeti sunucusuna bildirilir ve süresinde ödenir.

(7) Götürü bedel sözleşmesi imzalayan Sağlık Hizmet Sunucularının ödemeleri taraflarca sözleşmede belirlenen sürelerde yapılır.

(8) **(Mülga:RG-26/10/2021-31640)[(2)]**

(9) **(Mülga:RG-26/10/2021-31640)[(2)]**

SEKİZİNCİ BÖLÜM
Sağlık Hizmeti Sunucuları Değerlendirme İşlemleri

Sağlık hizmeti sunucuları değerlendirme

MADDE 25 – (1) Kuruma iletilen şikâyet ve ihbar sonucu yapılan denetimler ile Kurum tarafından yapılan planlı denetim, inceleme ve soruşturmalar doğrultusunda;

a) Tespit edilen veya öngörülen Kurum zararının; sağlık hizmet sunucusunun ödemesinin durdurulmasının talep edildiği tarihten önceki altı aylık muaccel veya müeccel alacaklarına ait fatura ortalamasının % 5'inden fazla olması,

b) İnceleme veya soruşturma esnasında Kurum zararına sebep olan fiillerin incelenebilen dönemlerin dışındaki dönemlerde de gerçekleştiğine dair emarelerin bulunması,

c) Sağlık hizmeti sunucusunun sağlık hizmeti vermemesi, inceleme veya soruşturma sürerken sağlık hizmeti vermekten vazgeçmesi,

ç) Kayıt ve belgelerini ibrazdan kaçınması,

d) Sağlık hizmeti sunucusunun muvazaalı olarak işletildiğine dair delil veya emarelerin bulunması,

e) Sağlık hizmeti sunucusunun diğer işletmelerinde de Kurum zararına yol açan fiil ve eylemlerin varlığı,

gibi hallerin gerçekleşmesi durumlarında sağlık hizmeti sunucusu hakkında karar alınmak üzere Sağlık Hizmeti Sunucuları Değerlendirme Komisyonuna iletilir.

Sağlık hizmeti sunucuları değerlendirme komisyonu

MADDE 26 – (1) Komisyon, Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürü veya Genel Müdürünün görevlendireceği bir Genel Müdür Yardımcısı başkanlığında Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü bünyesinde görev alan iki Daire Başkanı, Strateji Geliştirme Başkanlığında görevli bir daire başkanı, Rehberlik ve Teftiş Başkanlığında görevli bir refakat müfettişi, Hukuk Müşavirliğinde görevli bir hukuk müşaviri ile komisyona iletilen dosyanın ön incelemesini yapan birimden yetkili bir personel olmak üzere yedi üyeden oluşur.

(2) Sağlık Hizmeti Sunucuları Değerlendirme Komisyonu ve Sağlık Hizmeti Sunucuları Değerlendirme Üst Komisyonu sekretarya işlemleri sağlık hizmeti sunucuları sözleşmelerini yürüten Daire Başkanlığınca yürütülür.

(3) Komisyon, ön incelemesi yapılan sağlık hizmeti sunucusunu değerlendirmek üzere dosyanın Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü kayıtlarına girdiği tarihi takip eden 5 iş günü içinde toplanır.

(4) Komisyonun kurulması ve karar alması için üyelerin tamamının bulunması esastır, kararlar oy çokluğu ile alınır. Alınan karar ilgili sağlık hizmeti sunucusuna ve Kurumun ilgili birimlerine uygulanmak üzere ivedilikle tebliğ edilir.

(5) Alınan kararlara yapılacak itirazların, sağlık hizmeti sunucusuna tebliğ edildiği tarihi takip eden beş iş günü içinde Kuruma elden yapılması gerekir. İtiraz kararın uygulanmasını durdurmaz. Komisyon kararına yapılan itirazlar Sağlık Hizmeti Sunucuları Değerlendirme Üst Komisyonunca değerlendirilir.

(6) Komisyon ödemesi durdurulacak tutarın üst sınırını, her bir ay için aylık fatura tutarının % 80'ini geçmeyecek şekilde belirler.

Sağlık hizmeti sunucuları değerlendirme üst komisyonu

MADDE 27 – (1) Komisyon, Kurum Başkanı veya Kurum Başkanının görevlendireceği Başkan Yardımcısı başkanlığında Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürü, Rehberlik ve Teftiş Başkanı, Birinci Hukuk Müşaviri ve Strateji Geliştirme Başkanı olmak üzere beş üyeden oluşur.

(2) Komisyon, Sağlık Hizmeti Sunucuları Değerlendirme Komisyonunun aldığı karara itirazı değerlendirmek üzere itirazın Kurum kayıtlarına girdiği tarihi takip eden beş iş günü içinde toplanır.

(3) Komisyonun kurulması ve karar alması için üyelerin tamamının bulunması esastır, kararlar oy çokluğu ile alınır.

(4) Alınan kararlar nihai olup ilgili sağlık hizmeti sunucusuna ve Kurumun ilgili birimlerine uygulanmak üzere ivedilikle tebliğ edilir.

DOKUZUNCU BÖLÜM
Son Hükümler

Yürürlük

MADDE 28 – (1) Bu Yönetmelik yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 29 – (1) Bu Yönetmelik hükümlerini Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı yürütür.

---

(1) Bu değişiklik 8/3/2017 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

(2) Bu değişiklik yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

	Yönetmeliğin Yayımlandığı Resmî Gazete'nin	
	Tarihi	**Sayısı**
	8/3/2017	30001
	Yönetmelikte Değişiklik Yapan Yönetmeliklerin Yayımlandığı Resmî Gazetelerin	
	Tarihi	**Sayısı**
1	15/4/2017	30039
2	26/10/2021	31640