

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU

FATURA İNCELEME USUL VE ESASLARI

BİRİNCİ BÖLÜM

Amaç, Kapsam, Dayanak

Amaç ve Kapsam

MADDE 1- Sosyal Güvenlik Kurumunca fatura incelenmesi için görevlendirilen personel ve komisyonlar tarafından yürütülen, sağlık hizmetlerine ait faturaların incelemelerine ilişkin usul ve esasları belirlemektir.

Dayanak

MADDE 2- Bu Usul ve Esaslar, 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumuna İlişkin Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanununun EK 1 inci maddesi, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 63 üncü ve 73 üncü maddesi ve Sosyal Güvenlik Kurumu Merkez Teşkilatı Çalışma Yönetmeliğinin 78 inci maddesi ile 79 uncu maddesinin ikinci fıkrası ve Sağlık Hizmeti Sunucularının Faturalarının İncelenmesine ve Bedellerinin Ödenmesine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmeliğe dayanılarak hazırlanmıştır.

İKİNCİ BÖLÜM

Fatura İnceleme Usul Ve Esasları

MADDE 3- Kurumumuz sigortalılarına verilen sağlık hizmetlerine ait fatura bedellerinin incelenmesi ile ilgili işlemler aşağıdaki usul ve esaslar çerçevesinde yapılır.

I- AÇIKLAMALAR

Sağlık hizmeti sunucuları, her ayın başı ile sonu arasında verdikleri sağlık hizmetlerine ilişkin fatura düzenlemektedir. Sağlık hizmeti sunucuları faturalar ile incelemeye esas belgeleri, Kurumca belirlenen usul ve esaslara uygun olarak manuel ve/veya MEDULA sisteminde elektronik olarak düzenleyebilmektedir.

Sağlık hizmeti sunucuları tarafından, karşılığı fatura ile Kurumdan talep edilen sağlık hizmetlerinin ayrıntıları, her başvuru için ayrı düzenlenen fatura eki belgelerde (hizmet detay belgesi, epikriz, rapor vb.) gösterilmektedir. Gerek örnekleme yöntemi ile gerekse tamamı incelenmekte olan fatura ve eki belgelerde yer alan bilgilerin şekil ve içerik yönüyle incelenmesine “fatura incelemesi” denir.

Sağlık hizmeti sunucuları tarafından üretilen sağlık hizmetleri, Kurum Sağlık Uygulama Tebliği (SUT), sözleşmeler ve diğer ilgili mevzuat ile belirlenen kurallara uygun olup olmadığı, fatura ve eki belgelerin usulüne uygun düzenlenip düzenlenmediği, bu belgelerde gösterilen tıbbi işlemlerin bilimsel gerçeklere, sağlık alanındaki ilgili mevzuata, genel tecrübelere ve hayatın olağan akışına göre beklenen durumlara uygun olup olmadığı gibi yönlerden incelenmekte ve yapılan bu inceleme sonucuna göre ödeme ilişkin karar verilmektedir.

Fatura incelemelerinin temel amacı yapılan incelemeler sonucunda uygun bulunanların ödenme, uygun bulunmayanların ise ödenmeme/kesinti kararlarının oluşturulmasıdır. Diğer yandan kaynakların etkin kullanılması, haksız çıkar temini ve haksız rekabetin önlenmesini teminen caydırıcılığın sağlanması ile sağlık suistimallerinin en alt düzeye indirilmesi de amaçlanmaktadır.

Söz konusu inceleme sırasında, inceleyiciler arasındaki farklılıkların olabildiğince ortadan kaldırılarak uygulama birliğine ulaşılması; incelemelerin etkin, verimli ve mevzuata uygun olarak sonuçlandırılması suretiyle Kurum ile sağlık hizmeti sunucuları (SHS) arasındaki uyuşmazlıkların asgariye indirilmesi ve bu sayede ödeme süreçlerinin iyileştirilerek genel sağlık sigortalıları ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşmasının sağlanması; Kurumun sağlık hizmeti aldığı SHS'leri ve bu hizmetlerden yararlandığı kişilerle olan ilişkilerini düzenleyerek sosyal güvenliğe olan güvenin pekiştirilmesi amacıyla fatura inceleme usul ve esasları (bundan sonra "Usul ve Esaslar" denilecektir) belirlenmiştir.

Daha önce bu Usul ve Esaslar ile Kurumca finansmanı sağlanacak olan sağlık hizmetlerine ilişkin olarak fatura edilen bedellerin ödenebilmesinde uyulması gereken kurallar, Genel Sağlık Sigortası (GSS) Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmeti Sözleşme ve Ödemeleri Daire Başkanlığı koordinatörlüğünde, üniversiteler, Sağlık Bakanlığı ve ilgili branş derneklerinden katılımcılar ile Kurumumuz il müdürlüklerindeki fatura inceleme birimlerinde fiilen çalışan hekimlerin/uzman hekimlerin bulunduğu "ihtisas komisyonlarınca", tüm branşların ayrı ayrı ele alınması sonucunda branş bazlı olarak hazırlanmıştır. İhtisas komisyonlarının çalışma toplantılarında, alınan karar ve getirilen kurallar, ele alınma biçimi nedeniyle bir liste şeklinde açıklanmıştır. Bu komisyonlarca karara varılamayan konular ise Kurum adına bu çalışmaları koordine eden çalışma ekiplerince sonuca bağlanmıştır.

Bu defa söz konusu Usul ve Esaslar, Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığınca gerçekleştirilen, ilgili Daire Başkanlıkları (Tıbbi Cihaz, İlaç, MEDULA Daire Başkanlıkları) ve Kurumumuzda fatura inceleyici hekimlerin de katıldığı çalışma toplantılarında değerlendirilmiş, gerek duyulan konularda Bilimsel ve Akademik Danışmanlık Komisyon toplantıları yapılmış, Sağlık Bakanlığı'ndan görüş istenilmiş ve güncel SUT metni ve eklerinde yer alan maddeleri de çıkarılarak güncellenmiştir.

Branşlara ait kriterler ilgili branş altında açıklanmış olup birden fazla branşın kullandığı kodlara ait kurallar diğer branşlar için de geçerlidir. Tüm branşlar için ortak olan hususlar "Ortak Kriterler" Bölümünde açıklanmıştır.

II-GENEL KURALLAR

1. Usul ve Esaslardaki düzenlemelere, GSS Genel Müdürlüğü ve sağlık sosyal güvenlik merkezi bulunan il müdürlükleri ile inceleyiciler ve incelemeler sonrası oluşturulan komisyonlar uymak zorundadır. Usul ve Esaslar ile SUT hükümleri arasında oluşabilecek farklılıklarda SUT hükümleri geçerli olacaktır.
2. Sağlık hizmeti sunucuları sundukları Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri ile buna ilişkin fatura ve eki belgeleri düzenlerken, SUT ve diğer ilgili mevzuat hükümlerinin yanı sıra Usul ve Esaslara da uymak zorundadır.
3. İnceleyiciler, inceledikleri işlemlere ait kararlarını bilgi ve birikimleri ile objektif kurallar çerçevesinde verecek olup, incelemeler sonrası oluşturulan komisyonlar, Usul ve Esaslarla belirlenen kurallar, ilgili diğer mevzuat ve yetkili Kurum birimlerince bildirilen görüşler dışında inceleyicinin karar vermesini etkileyecek herhangi bir müdahalede bulunamaz.

4. İnceleme yapacak personele incelemeler sırasında danışmanlık, rehberlik ve eğitim gibi yöntemlerle gerekli desteğin verilmesi ile inceleyicilerin ve komisyonların bu Usul ve Esaslarda yer alan kurallara uymalarının sağlanması konularında her türlü önlem, sosyal güvenlik il müdürlüklerince alınacaktır.
5. İncelemeler sırasında esas olan, Kurumca finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinde gerçekleştirilmiş olduğuna kanaat getirilen işlemlere ilişkin ödeme kararının alınmasıdır. Bunun yanında gerçek dışı veya belirlenen kurallara aykırı ya da açıkça gereksiz yapıldığı anlaşılan işlem bedellerinin ödenmeme kararı oluşturulurken, diğer yandan hastalığın teşhis ve tedavisine yönelik çabaların bir sonucu olan işlemlere de uygunluk kararlarının verilmesi gerekmektedir. Gerçekleştirildiğine kanaat getirilen işlemlerin, sadece ilişkili belgelerindeki biçimsel eksikliklerinden dolayı bedellerinin ödenmemesi yönünde karar oluşturulmadan önce, temin edilebilecek diğer bilgi ve belgelerin de dikkate alınarak en doğru kararların oluşturulması gerekmektedir. Diğer taraftan, tüm şekil şartlarının yerine getirilmesine rağmen bu bilgilerin gerçek dışı işlemlere ait olması halinde uygun bulunmama kararının verilmesi gerekmektedir. Tereddüt edilen işlemlerde doğru kararların oluşturulabilmesi için, eldeki tüm bilgi ve belgelerin (hasta ile ilgili MEDULA kayıtlarındaki tüm bilgiler, SHS ve/veya hekimin bildirimleri, konuya ilişkin her türlü belgeler ile yapılacak araştırma sonuçları vb.) birlikte değerlendirilmesi suretiyle sonuca gidilecektir.

III-ORTAK KRİTERLER

1. Fatura inceleme esnasında inceleyici gerekirse ek belge talep edebilir, ancak istenen ek belge temini fatura inceleme sürecini uzatmamalıdır.
2. Ayaktan muayenelerde SUT eki EK-2/A-2 Listesinde olmadığı halde, farklı bir işlemin bu liste üzerinden fatura edilmesi kesinti nedenidir.
3. Aynı işlemin birden fazla koddan faturalandırma ihtimali varsa işlem puanı yüksek olanın fatura edilmesini önlemek için, incelerken epikriz bilgileri dikkate alınmalıdır.
4. Ayaktan vakalarda SUT eki EK-2/A-2 Listesinden bir işlem yapılması durumunda hizmet detay belgelerinde muayene sonucu/açıklama kısmına veya fatura eki belgelere gerekçesi yazılmalıdır. Aksi halde SUT eki EK-2/A-2 Listesinde yer alan işlemler ödenmez. Tanı/klinik bilgi ile uyumsuz işlemin olması bu listedeki işlemin kesinti gerekçesidir.
5. Ayaktan polikliniğe başvuran hastalarda hizmet detay belgelerinde muayene sonucu açıklama kısmında veya fatura eki belgelerde belirtilen muayene bilgilerinin ön tanı ve kesin tanı ile uyumsuzluğu halinde muayene/işlem bedeli ödenmez.
6. Yapılan işlemin branş dışı olup olmadığının değerlendirilmesi, Sağlık Bakanlığı ilgili mevzuatı çerçevesinde yapılması gerekir. Branş dışı muayenenin kabul edilebilir bir gerekçesi yoksa ödenmez.
7. Kontrol muayeneleri ve raporlu ilaç yazımı acil değildir, acilde yapılması halinde ödenmez.
8. Paket işlem varsa, SUT eki EK-2/C Listesinde veya SUT metin bölümünde belirtilen istisnalar hariç ayrıca ilaç ve/veya malzeme bedeli ödenmez.
9. Sağlıklı çocuk veya gebe muayenesi ve/veya takibi amacı ile hasta muayene edildiye, vaka başı muayenesi (SUT eki EK-2/A Listesi) üzerinden ödenir. Diğer sağlıklı bireylerle ilgili hastalık dışı muayeneler ve işlemleri ödenmez.
10. ICD-10 Tanı Kodları Listesinde Z41.2 kodlu "Rutin ve dini sünnet" tanısı ile yapılan sünnet işlemi ödenir.
11. ICD-10 Tanı Kodları Listesinde Z kodlarının ödenmesi işlemi, hastanın şikâyet ve tanısının değerlendirilmesine göre yapılmalıdır.

12. Bir ameliyatın birkaç alt operasyona bölünerek fatura edilmesi durumunda ana işlem ödenir, diğerlerine ödeme yapılmaz.
13. Tüm faturalarda geçmiş muayenelerin sorgulaması yapılmalıdır.
14. Onkolojik vaka; kesin veya ön tanı konmuş vakalardır ve bu onkolojik tanı ile ilgili işlemler, SUT eki EK-2/B Listesinden ödenir. Bu durumdaki hastaların onkolojik tanısına ilişkin olmayan işlemler SUT'un ilgili hükümlerine göre ödenir.
15. Yapılan işlem ile faturada belirtilen işlem kodları ve işlem bedeli farklıysa, epikrizde göre yapılan işleme uygun kod üzerinden ödeme yapılır. Ancak yeni belirlenen bedel faturada belirtilen işlem bedelini geçemez. İşlem ile uyumlu olmayan malzeme kullanılması halinde malzeme için ödeme yapılmaz.
16. 530160 "İntravenöz ilaç infüzyonu" işlem bedelinin ödenebilmesi için prospektüs bilgisine göre İV infüzyonla verilen ilaçlar kullanılmalıdır. Bu ilaçlar kullanılmadıysa anılan işlem bedeli ödenmez.
17. SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan bir işlemin faturalandırılması halinde işlem hakkında hizmet detay belgesinde veya fatura eki belgede yeterli bilgi aranacaktır.
18. Aynı ayrı günlere ait aynı kodlu bir işlemin toplu olarak tek bir takip altında faturalandırılması, fatura eki belgelerde günlük limiti aşmaması ve işlemlerin farklı günlerde yapıldığının teyit edilmesi halinde kesinti nedeni değildir (Yatak bedeli, FTR, Psikiyatri, Radyasyon Onkolojisi vs.).
19. SUT 2.2.2.C maddesinde belirtilen %10 eksik faturalamaya uyulmaması durumunda o faturaya ait toplam tutarın %10'u kesilerek ödeme yapılır.
20. Ayaktan başvurularda SUT eki EK-2/A Listesinde yer alan tutarlar fatura edilen hastaların farklı uzmanlık dallarından yatırılarak hizmet başına ödeme yöntemi ile işlem yapılması halinde aynı gün SUT eki EK-2/A Listesine dahil tekrarı gerekmeyen işlemlerin, SUT eki EK-2/B Listesinden fatura edilmesi durumunda fatura edilen işlemlere kesinti uygulanır.
21. Cerrahi müdahalelerde biyopsi alınmış veya parça çıkarılmış ise inceleyici tarafından gerek görülmesi halinde patoloji raporu istenir.
22. SUT 2.2.2.A ve 2.2.2.B maddelerindeki seans ve kesi kurallarına uyulmaması nedeniyle talep edilen fazla miktar tenzil edilerek ödenir.
23. Konsültasyon bedelinin ödenmesi için epikrizde bilgi ve gerekçesinin yazılı olması yeterlidir. Yatış döneminde her branş için aynı gerekçeyle en fazla bir adet konsültasyon ödenir.
24. TPN tedavisi verilen günler epikrizde belirtilmek kaydıyla ödenir. Rejim orderında (talimatında) tam oral gıda alabilen hastalarda hiçbir şekilde ödenmez.
25. Tanı sonrası yatış tarihi öncesindeki ameliyata hazırlık için yapılan işlemler ödenmez. SUT'ta belirtilen istisnalar hariç olmak üzere; yatış dönemindeki işlemler pakete dahildir.
26. İlaç dozları prospektüsünde belirtilen maksimum dozları aşması halinde aşan ilaç miktarları ödenmez. Ayrıca işlem endikasyonu uygun değilse işlem ve ilaç bedeli ödenmez.
27. Günübirlik tedavi/yatan hasta tedavisi/yoğun bakım tedavilerinde; ayrıntılı epikriz, klinik seyir, ilaç tedavisi (günlük doz ve miktarı), kan ve kan bileşenleri, kan ürünleri, malzeme gibi fatura edilen işlemlerin uygulandığını açıklayan/gösteren belgelerin varlığı zorunludur. Epikrizlerde günlük olarak yapılan takiplerin detaylı yazılması, kısaltma yapılmaması, anormal laboratuvar bulgularının yazılması gereklidir. Ameliyat notları, girişimsel işlemler, anestezi bilgisi, kullanılan malzemeler, işlem basamakları ameliyat raporunda ayrıntılı bir şekilde yazılı olmalıdır. Ameliyatta kullanılan malzemelerin sayısı ve boyutları epikrizde ve/veya ameliyat notunda belirtilmeli, faturadaki malzemenin özellikleri ile tutarlılık aranarak (şekli, boyutu vs.) değerlendirilmelidir. Standart ameliyatlardan dışında kalan özellikli ameliyatlarda ya da fiyatlandırma farkı olan ameliyatlarda, ameliyat notu daha ayrıntılı olmalıdır.

28. SUT eki EK-2/B Listesinden istenilen tetkiklerin fazla veya gereksiz istenmesi, klinik bilgi ve tanıyla uyumsuz olması halinde endikasyonu olmayan tetkikler ödenmez.
29. Hastanın taburcu olduğu gün yapılan SUT eki EK-2/B Listesindeki işlem ve ilaçlar epikriz bilgileri (klinik seyir, tam, taburculuk kararını etkileyecek tetkik olup olmadığı) dikkate alınarak ödenir.
30. SUT eki EK-2/B ve EK-2/C Listelerinde branş başlıkları altında yer alan işlemler tamamen o branş uzmanlarınca yapılması gereken işlemler olmayıp bazı durumlarda bu işlemlerin ilgili diğer branş uzmanlarınca da yapılabileceği dikkate alınmalıdır.
31. Hizmet detay belgesinde hastanın sadece telefon numarasının/adres bilgilerinin bulunmaması, gerçekleştirilmiş olduğuna kanaat getirilen işlemler için kesinti nedeni değildir.

IV- BRANŞLARA AİT KRİTERLER

ANESTEZİ VE REANİMASYON

1. 550050 “Hasta kontrollü analjezi (Epidural veya intravenöz vb.)” işlemi sadece A ve B grubu ameliyatlarda veya onkolojik vakalarda ödenebilir.

BEYİN VE SİNİR CERRAHİSİ

1. Spinal cerrahide laminektomi veya laminatomi yapılmış ise, osteotomi ödenmez.
2. 614040/P614040 “Posteriyör segmental enstrümantasyon; 6 veya daha az vertebra segmenti” ve 614050/P614050 “Posteriyör segmental enstrümantasyon; 7 veya daha fazla vertebra segmenti” işlemleriyle birlikte artrodez işlemleri ödenmez.

DERMATOLOJİ

1. 700210 “İntralezyonel enjeksiyon, bir seans günlük” işlemi androjenik alopesi tanısı ile fatura edilmesi halinde ödeme yapılmaz.
2. 700280 “Kriyoterapi malign lezyonlar, her bir seans” uygulamalarında ödeme yapılabilmesi için patoloji raporu gerekir.
3. Pigmente lezyonlarda lazer uygulamaları yüzdeki vasküler lezyonlarda ödenecek olup medikal tedaviye yanıtız vakalarda uygulandığını belirtir sağlık raporu ve fatura eki belgelerde lezyona ilişkin fotoğrafın yer alması gereklidir.

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

1. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izlenen bir hasta, epikrizde belirtilen günlük klinik durumunun ağırlığı, konulan tanılar ve uygulanan tedavilerin niteliğine ek olarak doğum ağırlığı ve gestasyon haftası da temel alınarak evrendirilmelidir. Yenidoğan, doğumdan itibaren ilk 28 günü kapsar. Ancak erken doğumlarda düzeltilmiş yaşa bu süre eklenir.

ÇOCUK CERRAHİSİ

1. Aynı taraftaki;
621510/P621510 “Hidroselektomi, tek taraf”,
621520/P621520 “Hidroselektomi ve hernioplasti”,
603780/P603780 “Greftsiz inguinal herni onarımı, tek taraf” işlemlerinden biri ile birlikte aynı taraftaki 621680/P621680 “Testiküler fiksasyon, tek taraf” işlemi ödenmez.

- 621510/P621510 “Hidroelektomi, tek taraf” işlemi bilateral yapılması durumunda aynı seans aynı kesiden ödenir.
- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları servisinde yatarken, SUT eki EK-2/C Listesinde paket işlemine ait bir ameliyatın fatura edilmesi halinde ameliyat sonrası işlemler SUT 2.2.2.B-1- “Tanıya Dayalı İşlemlerin Kapsamı” ilkelerine göre değerlendirilir.
- “Hipospadias onarımı” işlemleri ayrıntılı epikrizde göre değerlendirilir. External meanın yeri açıkça epikrizde yazılmalıdır.
- Üretra darlığı nedeniyle “dilatasyon programında olan kronik hastalar” hariç, 619750/P619750 “Üretra dilatasyonu” işlemi, sünnetle birlikte fatura edildiğinde ödenmez.

İÇ HASTALIKLARI

- Birden farklı ve birden çok sistemi ilgilendiren tümör markerlarının bir arada istenmesi halinde, işlemler genel tarama amaçlı yapıldıysa ödenmez. Organa özgü marker, tanıyı desteklemek amacıyla yapıldıysa ödenir.
- SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan “İntraspinal Sinir Blokları” başlığı altındaki işlemler, kateter takılması halinde sadece bir kere ödenir. Kateterin takılı kalması halinde diğer günler için sadece enjekte edilen ilaç bedeli ödenir, ayrıca kateter bedeli ödenmez.

ENFEKSİYON HASTALIKLARI VE KLİNİK MİKROBİYOLOJİ

- 905960 “Genişletilmiş spektrumlu beta laktamaz (ESBL) ve sinerji (E test)”, çok özellikli multi rezistans Gram (negatif) suşlarda rapor eşliğinde MIC (Minimal inhibitör konsantrasyonu) değeriyle ödenir.
- Akciğer tüberküloz şüphesiyle yatan hastaların yatış döneminde, balgamda toplam 9 defaya kadar boyalı mikroskopik inceleme, 3 kez otomatik 3 kez manuel olmak üzere toplam 6 kültür ödenir.
- ANA sonucu (pozitif) olmadan anti-ENA ödenmez.
- 905675 “Balgam kültürü” nde, üreme olmamış ise kültür ve boyalı mikroskopik inceleme ödenir, H. İnfluenza ve mantar kültürleri ayrıca ödenmez. Üreme olmuş ise; kültür, boyalı mikroskopik inceleme, bakteri tanımlaması ve antibiyogram ödenir; epikrizde üreme olduğunun belirtilmesi halinde H.İnfluenza ve mantar kültürü de ödenir.
- 905670 “Boğaz kültürü” nde kültürde üreme olmamış ise sadece kültür ödenir. Üreme olmuş ise antibiyogram/bakteri tanımlanması/streptokok grup tayininden biri ödenir.
- 905860 ve 905870 “Direkt parazit incelemesi” (cihazlı/manuel) ile gaita için bakılan 905770 “Boyasız direkt mikroskopik inceleme” birlikte fatura edilemez.
- 905672 “Gaita kültürü” işleminde; üreme olmamışsa boyalı ve boyasız mikroskopik inceleme ve kültür ödenir. Eğer üreme olmuşsa bunlara ek olarak bakteri tanımlaması ve antibiyogram ödenir. Bakıldığı takdirde 905780 “Campylobacter kültürü” veya 907260 “E. coli O157 H7 (lateks aglütinasyon)” ek olarak ödenebilir. 905810 “Clostridium difficile kültürü”, 907180 “Clostridium difficile toxin-A” ve 907190 “Clostridium difficile toxin-A veya B” den yalnızca biri ödenebilir.
- 905671 “İdrar kültürü” nde üreme olmamışsa boyalı ve boyasız mikroskopik inceleme ve kültür ödenir. Üreme olmuş ise boyalı ve boyasız mikroskopik inceleme, kültür, bakteri tanımlanması ve antibiyogram ödenir.
- Kan kültüründe her alınan kültür için ayrı ödeme yapılır. Kan kültüründe, 906010 “Kan kültürü (aerob-anaerob)” ve 906020 “Kan kültürü (aerob-anaerob) otomatik sistem” birlikte faturalandırılmaz. Üreme yok ise sadece kültür ödenir. Üreme var ise boyalı mikroskopik inceleme, bakteri tanımlaması ve antibiyogram ödenir. 906010 ve 906020 kan kültürü yapılan hastalarda, boyasız inceleme kan kültüründe teknik olarak mümkün olmayacağı için birlikte 905770 “Boyasız direkt mikroskopik inceleme” fatura edilse bile sadece kan kültürü bedeli ödenir.

10. Kùltürler için, materyalin alındığı yer, tarih, üreme, antibiyogram sonucu epikrizde açıkça belirtilmelidir.
11. 906250 “Solunum sekresyonlarının kantitatif kùltürü” ile birlikte H. İnfluenza ve mantar kùltürleri ayrıca ödenmez. Epikrizde üreme olduğunun belirtilmesi halinde H. İnfluenza ve mantar kùltürü de ödenir. Ayrıca üreme olduğu takdirde kùltür, boyalı mikroskopik inceleme, bakteri tanımlaması ve antibiyogram ödenir.
12. Üreme olmayan kùltürlerde, tiplendirme, bakteri tanımlanması, antibiyogram, katalaz, ESBL ödenmez.
13. Yara kùltürü, kulak kùltürü, BOS kùltürleri, konjonktiva kùltürlerinde üreme olmamışsa boyalı ve boyasız mikroskopik inceleme ve kùltür ödenir. Üreme olmuş ise bunlara ek olarak bakteri tanımlanması ve antibiyogram da ödenir. Ayrıca yapılmışsa anerob kùltür de ödenir.
14. “Vagen cerviks kùltür” ve “Meni kùltürü” işlemlerinde, üreme olmamışsa; boyalı ve boyasız mikroskopik inceleme ve kùltür ödenir, ayrıca mantar kùltürü, 905940 “Gardnerella vaginalis kùltürü” ve 905970 “Gonokok kùltürü” ödenmez.
Üreme olmuş ise bunlara ek olarak bakteri tanımlanması ve antibiyogram ödenir. Eğer üreme olmuşsa mantar, gardnerella ve gonokok kùltürlerinden üreyen ödenir. 905676 “Vagen cerviks kùltürü” ayrıca ödenmez. Bu kùltürlere ek olarak 906190 “Mikoplasma kùltürü”, 906280 “Ureaplasma kùltürü” ve 905800 “Chlamydia kùltürü” ödenebilir. Üreme olup olmamasına bakılmaksızın 906270 “Trichomonas kùltürü” ayrıca ödenmez.

FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON

1. SUT eki EK-2/D-2 Listesinde yer alan G80 ve (*) işaretili tanıların, yeni tanı konulmadan (*) işaretili farklı bir tanı ile fizik tedavi ve rehabilitasyon raporu düzenlenerek faturalandırılması halinde tedavi bedelleri ödenmez. Örnek: “G80 Serebral palsi” tanısının “G81 Hemipleji” veya “G82 Parapleji ve tetrapleji”, “G93.1 Anoksik beyin hasarı, başka yerde sınıflanmamış” tanısının “G81 Hemipleji” veya “G82 Parapleji ve tetrapleji” olarak faturalandırılması vb.

GENEL CERRAHİ

1. 701300 “Endoskopik biliyer dilatasyon”,
701320 “Endoskopik biliyer stent yerleştirilmesi”,
701360 “Endoskopik retrograd kolanjio-pankreatografi”,
701370 “Endoskopik sfinkterotomi”,
701440 “Koledoktan balon veya basketle taş çıkarılması”
işlemleri birlikte fatura edilmesi halinde işlem puanı yüksek olanın tamamı, diğer işlem bedellerinin %30'u alınarak ödeme yapılır (SUT 2.2.2.A (5) (a) maddesi).
2. 701450 “Kolonoskopi, total”
701540 “Özefagoskopi, gastroskopi, duodenoskopi (biri veya hepsi)” gibi endoskopik işlemlerin birlikte faturalandırılması halinde SUT 2.2.2.A (5) maddesine göre ödeme yapılır.

GÖĞÜS CERRAHİSİ

1. Epikrizde ve ameliyat raporunda işlemin tedavi amaçlı yapıldığı belirtilmişse 608960/P608960 “Wedge rezeksiyon, tek veya çok sayıda” işlemi ödenir. Biyopsi amaçlı yapılması halinde 608860/P608860 “Torakotomi, sınırlı, akciğer veya plevra biyopsisi için” işlemi üzerinden ödeme yapılır.
2. İntraplevral lavaj işlemi ilk yapıldığında 608630/P608630 “İntraplöröl lavaj, her tür teknikle” işlemi olarak kateter takılma işlemi + lavaj olarak kabul edilmeli, daha sonra lavaj işlemi gerektiğinde 701180 “Plevra boşluğunun lavajı” işlemi olarak ödeme yapılmalıdır.

3. 608900/P608900 ila 608950/P608950 “Videotorakoskopik” işlemlerde ve açık cerrahide fatura edilen stapler gibi malzemelerin ameliyat notlarında boyut, numara vs. ile birlikte yer alması gerekir. Fatura edilen malzemeler epikrizde ayrıntılı olarak mevcut değilse kesinti nedenidir. Ultrasonik makaslar ödenmez.

GÖĞÜS HASTALIKLARI

1. Fırça biyopsiler invaziv işlem olmadığı için, fırça biyopsisi alınması durumunda, 608320/P608320 “Bronkoskopi, biyopsi veya yabancı cisim çıkarılması amacıyla” işlemleri fatura edilse bile, 608310/P608310 “Bronkoskopi, tanısal (fleksible/rijit), bronşial lavaj ile birlikte veya değil” işlemi üzerinden ödeme yapılır.
2. 608320/P608320 “Bronkoskopi, biyopsi veya yabancı cisim çıkarılması amacıyla” işlemi, biyopsi amacıyla yapılmışsa patoloji raporu fatura ekinde olmalıdır.
3. Akciğer tüberkülozu düşünülen hastalarda, ARB pozitif ve tedaviye dirençli tüberküloz düşünülmesi durumunda 908290 “Mikobakteri PCR” tetkiki ödenir. Plevral sıvı etiyojisi veya doku tanısı gereken istisnai durumlar epikrizde açıklanmalıdır.
4. Akciğer tüberkülozu kültüründe üreme yoksa, 906180 “Mikobakteri tiplendirmesi” ve 908301 “Mikobakteri İlaç Direnci, moleküler tanısı” tetkikleri ödenmez.
5. Hastada Solunum Fonksiyon Testi değerleri düşükse Bronş Provokasyon Testi ödenmez.
6. Serviste yatan hastalarda derin trakeal aspirasyon ödenmez (Trakeostomi vb. durumlar hariç).

GÖZ HASTALIKLARI

1. 616550/P616550 “Görüş alanına engel yaratan psödopitoz tedavisi” işlemi için kapağın pupil alanını ne kadar örttüğünün epikrizde belirtilmesi, fotoğrafları görme alanı sonucu ve levator fonksiyonu değerlendirilmesi gerekir.
2. 616640/P616640 “Kapak tümörü ameliyatı” işleminde endikasyonun değerlendirilebilmesi için epikrizde kitlenin boyutları, lokalizasyonu, hasta şikayetleri, öykü ve patoloji raporu gerekir.
3. 616800/P616800 “Göz yaşı yolları entübasyonu” ve 616810/P616810 “Göz yaşı yolları entübasyonu ve alt konka kırılması” işlemlerinde kullanılan malzemelerin seri nosu, barkodu, etiketi ve alış faturası istenmelidir.
4. 616890 “Punktum açılması, dilatasyonu, lavajı” işlemi, punktumdan başlayıp common canalicul ve keseye kadar olan dilatasyon-probing işlemini kapsadığı için ameliyat notunda buna dikkat edilerek 616800/P616800 “Göz yaşı yolları entübasyonu” ile 616810/P616810 “Göz yaşı yolları entübasyonu ve alt konka kırılması” işlemi şeklinde faturalandırılmamasına dikkat edilmelidir. Mükerrer işlemler olup olmadığı takiplerden kontrol edilmelidir.
5. 617090/P617090 “Konjonktivadan kist ve tümör çıkarılması” işleminde mutlaka patoloji raporu istenmelidir. Konjonktivadan kist eksizyonu için lezyonun lokalizasyonu ve büyüklüğünün epikrizde belirtilmesi gerekir.
6. 617110 “Konkresyon küretajı”, 617100 “Konjonktivadan yabancı cisim çıkarılması” ve 617140 “Korneadan yabancı cisim çıkarılması” işlemlerinde olayın nedeninin açıklamada yer alması, iş kazası/adli vaka yönünden değerlendirilmesi gerekir.
7. Katarakt cerrahisi yapılan hastaların epikrizlerinde; görme dereceleri, muayene bulguları, detaylı ameliyat notu istenmelidir. Görme derecesinin 0.6 ve daha az olması ve ameliyatta intraoküler lens yerleştirilip yerleştirilemediği kontrol edilmelidir. İntraoküler lens iyileştirici protez olduğundan ÜTS kaydı olmalıdır. Barkodu, son kullanım tarihini içeren etiketi, alış faturası istenmelidir. İntraoküler lens yerleştirilemeyen vakalar için sadece 617430/P617430 “Lens ekstraksiyonu, ekstraksüpler” ve 617440/P617440 “Lens ekstraksiyonu, intraksüpler” fatura edilmelidir.

8. Rektus kaslarına geriletme-rezeksiyon yapılan aşağıdaki işlemler için detaylı ameliyat notu istenmeli, hangi kaslara ve ne oranda müdahale edildiği incelenerek buna göre fatura değerlendirilmelidir:
616910/P616910 “Rektuslara geriletme veya rezeksiyon, her biri”
616920/P616920 “Rektuslara geriletme ve rezeksiyon, aynı göz”
616930/P616930 “Her iki gözde birer rektusa geriletme ve/veya rezeksiyon”
616960/P616960 “Adele transpozisyonu”
616980/P616980 “Faden ameliyatı”
616990/P616990 “Nistagmus cerrahisi, her iki gözde tüm horizontal kaslara geriletme”
9. 617630 “Fotokoagülasyon, her bir seans” işlemi için teşhisin yer aldığı fatura eki belgede, yapılan tedavinin şüt sayısı, spot çapı ve süresinin belirtildiği bilgiler yer almalıdır.
10. 617660/P617660 “Vitroretinal cerrahi, tüm işlemler” de ayrıca fotokoagülasyon ödenmemelidir. Kullanılan malzemelerin barkod, seri no, son kullanım tarihini içeren etiketleri, alış faturalarının sisteme kayıt edilmiş olduğu, fatura tarihlerinin sistemde kayıtlı bilgilerle uyumlu olduğu kontrol edilmelidir.
11. Trikiyaziste, 617630 “Fotokoagülasyon, her bir seans” işlemi ödenmez. 616500 “Distikiyaziste uygulanan elektroliz ameliyatı” işlemi üzerinden ödenir.

KARDİYOLOJİ

1. 700620 “Egzersiz (eforlu) veya farmakolojik stres ekokardiyografi” işleminin ödenebilmesi için kullanılan farmakolojik stres ajanının ve tıbbi gerekçesinin epikrizde belirtilmesi gerekir.
2. 800800 “Miyokard Perfüzyon SPECT, GATED (Tc-99m kompleksleri)” ile 800830 “Miyokard Perfüzyon SPECT (Tc-99m kompleksleri)” veya 800750 “Miyokard Perfüzyon SPECT (Tl-201)” ile 800810 “Miyokard Perfüzyon SPECT, GATED (Tl-201)” birlikte fatura edildiğinde işlem bedelleri ayrı ayrı ödenir.
3. L106220 “ProB natriüretik peptid (NT-ProBNP)” tetkiki dispnenin kardiyak veya pulmoner yönden ayırıcı tanısı için, acil serviste ve/veya bir yatış döneminde sadece bir kere ödenir. Pulmoner hipertansiyon tedavisinde sağlık kurulu raporunda “Pro BNP” düzeyi istendiği için bu grup hastaların ayaktan takiplerinde ödenebilir.
4. Angiografi/Aortografiyi takip eden ve aynı seansta yapılan periferik angiografiler için aynı seansta birden fazla yapılan işlem esasına göre ödeme yapılır (SUT 2.2.2.A-5/2.2.2.B-3 maddeleri).
5. Başarısız PTCA işleminde, PTCA fatura edildiğinde, koroner damara yerleşilmemişse hiç ödeme yapılmaz.
6. BT anjiyo veya MRG anjiyo yapılan hastalarda işlem bedellerinin ödenebilmesi için epikrizde endikasyonun açıkça belirtilmesi gerekmektedir.
7. 700811/P700811 “Basınç veya Doppler teli ile intrakoroner hemodinamik çalışma” işlemi epikrizde koroner darlığın %40-70 arasında olduğunun belirtilmesi halinde ödenir, bu değerlerin dışındaki koroner darlıklarda bu işlem bedeli ödenmez.
8. 701030/P701030 ila 701067/P701067 arası “ELEKTROFİZYOLOJİK ÇALIŞMA (EFÇ) VE ABLASYON” başlığı altındaki işlemlerde fatura eki belgelerde endikasyon aranır. 701010/P701010-701011/P701011 kodlu “EFÇ” bedeli ayrıca ödenmez. Yapılan ablasyon işlemine uygun kateter bedeli ödenir.
9. SUT eki EK-2/B ve EK-2/C Listelerindeki “Tanısal Kalp Kateterizasyonu”, “Tedavi Amaçlı Kalp Kateterizasyonu” ve “Elektrofizyolojik Çalışma (EFÇ) ve Ablasyon” başlığı altındaki işlemler sırasında hastaya cerrahi bir işlem gerekmesi halinde sadece cerrahi işlem bedeli ödenir.

KALP VE DAMAR CERRAHİSİ

1. Koroner anjiyografi (Selektif KAG) sonrası hastanın aynı merkezde kardiyolojiden Kalp ve Damar Cerrahisine “koroner arter bypass grefti (CABG)” için yatırılıp işlem yapmadan taburcu edilmesi halinde koroner anjiyo sonrasında yapılan işlemler anjiyo paketine dahildir. Kalp ve Damar Cerrahisinde yapılan işlemler kesilmelidir.
2. Koroner anjiyografinin Kalp ve Damar Cerrahisi branşına ait bir işlemle birlikte fatura edilmesi, Kardiyoloji Uzmanı tarafından yapılması koşuluyla kesinti nedeni değildir.
3. SUT “2.4.4.Ğ. Kardiyak risk skorlaması” nda puan verilen her madde için veri; epikriz veya ek belgelerde yer almalıdır. Verilerle desteklenmeyen puanlar dikkate alınmaz.
4. SUT eki EK-2/B “LAZER TEDAVİ UYGULAMALARI” başlıklı işlemlerin Kalp ve Damar Cerrahisi branşında tedavide yeri olmadığından, Kalp ve Damar Cerrahisi vakalarında ödenmez.
5. 604910/P604910 ile başlayan “Koroner arter by-pass” işlemleri koroner anjiyografi raporuna göre değerlendirilir. İşlem bedeline greft sayısı esas alınmaktadır. Ancak sequential işlemlerde, işlem bedeli distal anastomoz sayısı dikkate alınarak değerlendirilmelidir. Koroner anjiyo raporu ve konsey kararları dışında yapılan greftlerin gerekçesi epikriz ve ameliyat notlarında belirtilmelidir.

KULAK BURUN BOĞAZ

1. 601290/P601290 “Açık rinoplasti ile total septal rekonstrüksiyon”,
601310/P601310 “Burun eksternal cerrahi onarımı, greft ve /veya flep ile”,
601320/P601320 “Burun eksternal cerrahisi”,
601360/P601360 "Burun rekonstrüksiyonu, parsiyel",
601370/P601370 “Burun rekonstrüksiyonu, total”,
601430/P601430 “Kemik ve kıkırdak kaybı içeren ağır 'saddle nose' deformitesi onarımı”,
601600/P601600 “Rinoplasti komplike olmayan, greft kullanılmaksızın”,
601610/P601610 “Rinoplasti komplike, greft ile”,
601630/P601630 “Septorinoplasti” işlemlerinde, ek belgelerde pre-op iki yönlü hasta fotoğrafları bulunmalıdır.
2. Burun kırıklarında, ameliyat notu bilgileri dikkate alınmalıdır. Cerrahi bir işlem yapıldıysa 601480/P601480 “Septal fraktür onarımı” işlemi; nazal repozisyon işlemi yapıldıysa 601500/P601500 “Nazal fraktür onarımı” işlemi üzerinden ödeme yapılır.
3. 601510/P601510 “Nazal polipektomi” işleminde tomografi raporu veya patoloji raporu olmalıdır.
4. 601700/P601700 “Boyun eksplorasyonu” işleminde; lezyonun seviyesi önemlidir. Bu yüzden görüntüleme yöntemi (USG, BT veya MRG gibi) sonucu olmalıdır. Lezyonun yüzeysel veya derin olduğu anlaşılmalıdır. Çıkarılan materyal varsa patoloji sonuç raporu olmalıdır. Yapılan ameliyatın notu eksplorasyonla uyumlu olmalıdır. Explorasyon amaçlı operasyonlar, boyun yaralanmaları ve post-op kökeni belirsiz kanamalar için uygulanır.
5. 601800/P601800 “Kordektomi veya stripping” işlemi yapıldığında pre-op ve/veya post-op patoloji raporu aranmalıdır.
6. 601960/P601960 “Larinks papillomu” için patoloji raporu gereklidir.
7. 602390/P602390 “Adenoidektomi ve tüp”, 603100/P603100 “Tonsillektomi ve adenoidektomi ve tüp” 618411/P618411 “Ventilasyon tüpü uygulaması, tek taraf” işlemlerinde timpanometri veya odinoloji raporu eklenmelidir.
8. 602400/P602400 “Ağız içi ve etrafı benign tümörlerinin rezeksiyonu” işleminde patoloji raporu mutlaka olmalıdır. Lezyon tanımlanmamış ve bu işlem için uygun değilse 600150/P600150 “Yanaktan tümör eksizyonu, primer onarım” işleminden ödenmelidir.

- P602400 “Ağız içi ve etrafı benign tümörlerinin rezeksiyonu” işlemi genel anestezi altında 2 cm’den büyük benign tümörler için patoloji raporu eşliğinde fatura edilirse ödenebilir.
9. 602830/P602830 “Hipertrofik lingual frenulum düzeltilmesi” işleminde genel anestezi altında ve Z-plasti tekniği ile yapıldığına dair ameliyat notu bilgisi olması halinde ödeme yapılır.
 10. KBB vakalarında lezyonlardan bahsedilirken boyut ve şekil bilgisi epikrizde olmalıdır. (Örn: Dil lezyonu? Fibrom mu? Hemanjiom mu? 0,5 cm mi? 3 cm mi?)
 11. Tüm endoskopik sinüs cerrahilerinde, tomografi raporu ve ayrıntılı ameliyat notu bulunmalıdır.
 12. 602230/P602230 “Endoskopik konka bülloza rezeksiyonu” işleminde tomografi ve/veya patoloji raporu olmalıdır.
 13. 601420/P601420 “Burundan yabancı cisim çıkarılması, cerrahi” ve 618080/P618080 “Dış kulak yolu, yabancı cisim çıkarılması, cerrahi” işlemlerinin cerrahi olup olmadığı epikrizde göre değerlendirilmelidir. Epikrizde anamnez, anestezi, yapılan cerrahi işlemin ayrıntısı, yabancı cismin ne olduğu belirtilmelidir.”

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM

1. Bebeğin doğum sonrası yapılması gereken işlemleri ve muayeneleri doğum paketine dahildir. Bebeğin yatarak tedavisi ayrıca faturalandırılır.
2. 620020/P620020 “Bartholin kisti çıkarılması”,
620050/P620050 “Endometrial biyopsi”,
620101/P620101 “Bumm küretaj”,
620110/P620110 “Servikal biyopsi”,
620140/P620140 “Servikal polip çıkarılması”,
620150/P620150 “Servikal polipektomi ve tanısal küretaj”,
620160/P620160 “Terapötik küretaj, teşhis ve tedavi amaçlı”
620250/P620250 “Kondilom koterizasyonu” işlemlerinde patoloji raporu aranır.
3. 620370/P620370 “Tıbbi nedenle tahliye (10 hafta ve daha üstü)” işlemine 620101/P620101 “Bumm küretaj” işlemi dahildir. Ayrıca faturalandırılmaz.
4. 620520/P620520 “Endometrioma ve endometriozis operasyonu” ameliyatlarında, yapılan tüm batın içi yapışıklıkların ayrılması ve overe ait işlemler, bu işlemin içerisinde ve ayrıca faturalandırılmaz.
5. 803650 “Fötal biyometri ve biyofizik skorlama” işlemi 32. haftadan küçük gebeliklerde ödenmez. 32. haftadan büyük gebeliklerde tıbbi endikasyon varsa ve işlem sonucu epikrizde belirtilmişse ödenir.
6. 704541 “Sürekli fetal monitorizasyon” işlemi doğum travayı takibinde uygulandığında fatura edilir.
7. 620470/P620470 “Vaginal Rekonstrüksiyonu, deri greft ile” işleminde greft alınması pakete dahildir.
8. 620620/P620620 “Postpartum tüp ligasyon” işleminde belirtilen sezaryen ile yapılan tüp ligasyonudur ve sağlık kurulu raporu aranır. Normal ve müdahaleli doğum sonrası tüp ligasyonu yapıldıysa 620560/P620560 “Tüp ligasyonu” işlem bedeli ödenir ve rapor aranmaz.
9. 620701/P620701 “Debulking ameliyatı” işlemi, karın ve pelvis içinde invaze tümörlü görünen tüm dokuların çıkarılmasıdır.
10. 620950/P620950 “Wertheim ameliyatı (radikal histerektomi)” işlemi serviks kanser operasyonudur. Histerektomi ile beraber vajenin 1/3 üst kısmı çıkarılması ve üreter diseksiyonu yapılmasıdır.

NÖROLOJİ

1. 702840 “Poligrafik uyku tetkiki + Bacak EMG kaydı” ve 702880 “Poligrafik uyku tetkiki + Solunum kayıtları + Bacak EMG kaydı” işlemlerinin endikasyonlarının fatura eki belgelerde ya da epikrizde açık bir şekilde belirtilmesi halinde değerlendirilerek ödemesi yapılır.
2. 703000 “Aktivasyonlu EEG (Farmakolojik aktivasyon)” işleminin ödenebilmesi için sonuç raporu ve kullanılan farmakolojik aktive edici ajanın adı fatura eki belgelerde olmalıdır. Fotik veya hiperventilasyonla yapılan aktivasyonlar 703020 “Rutin EEG (Çocuk-büyük)” işlemine dahildir.
3. Elektromiyografik (EMG) tetkiklerinde fatura ekinde sonuç belgesi olması halinde ödeme yapılır.

ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ

1. Kırıkların kapalı redüksiyonu ve ortopedi ameliyatlarında alçı ve atel bedeli ayrıca ödenmez.
2. 610950/ P610950 “Açık kırıklarda kapalı kırık haline getirme, küçük”, 610960/P610960 “Açık kırıklarda, debritleme dahil kapatılması, büyük” ve 610970/P610970 “Açık kırıklarda, debritleme dahil kapatılması, orta” işlemleri parmak kırıklarında ve ana cerrahi işlemle birlikte ödenmez.
3. 611010/P611010 “Büyük kemik kırıkları cerrahisi+ damar sinir eksplorasyonu” işlemi ameliyat notuna göre değerlendirilir.
4. 611320/P611320 “Pin çıkarma” işlemine subkutan yerleşimli vida çıkarma işlemi de dahildir. Aynı bölge ve/veya aynı insizyondan yapılan birden fazla pin ve/veya subkutan yerleşimli vida çıkarılması halinde tek pin/subkutan yerleşimli vida çıkarma işlem bedeli ödenir.
5. Aynı anatomik bölgede yapılan ortopedik cerrahi işlemlerinde implant/pin çıkarma işlemi ana işleme dahildir ayrıca ödenmez.
6. Ortopedik cerrahi işlemlerde pre-op ve post-op grafiler fatura ekinde/tele tıpta yer almalıdır.

PATOLOJİ

1. Patoloji preparatlarında uygulanan rutin boyamalar (Örneğin; Hematoksilen-Eosin (H&E), yayma preparatlarda uygulanan May-Gruenwald-Giemsa (MGG), Giemsa, Papanicolaou (PAP), Wright, Toluidin Blue, Diff-Quick, vb.) 911160 “Histokimyasal Boyamalar” işleminden fatura edilse bile ödenmez.
2. 911160 “Histokimyasal Boyamalar” işlemi, rutin boyama ile patolojik değişiklik etkeni olarak şüphelenilen organik veya inorganik materyalin kesinleştirilmesi amacıyla yapıldığında ödenir. Patoloji raporundan işlemin rutin olarak yapıldığının anlaşılması durumunda ödenmez.

PLASTİK VE REKONSTRÜKTİF CERRAHİ

1. 600150/P600150 “Yanaktan tümör eksizyonu, primer onarım” işleminde patoloji raporu yoksa ödenmez.
2. 600200/P600200 “Hemanjiom, lenfanjiyom veya vasküler malformasyon eksizyonu” ve 600230/P600230 “Hemanjiom, lenfanjiyom eksizyonu ve rekonstrüksiyonu, deri grefti ile” işlemlerinde ayrıntılı patoloji raporu istenir.
3. Burun içindeki kartilaj parçalarının yeniden burun ameliyatında greft olarak kullanılması durumunda ameliyat notunda ayrıntılı olarak belirtilmelidir. Burun sırtına kontur düzeltme amaçlı ezilerek konmuş greftler fonksiyonel olarak kabul edilmez. Estetik amaçlı ise ödenmez.

4. Gözle ilgili 616640/P616640 “Kapak tümörü ameliyatı” işleminde endikasyonun değerlendirilebilmesi için epikrizde kitlenin boyutları, lokalizasyonu, hasta şikayetleri ve öyküsü, patoloji raporu bulunması gerekir.
5. Replantasyon işlemlerinde pre-op ve post-op fotoğraf eklenmelidir.

PSİKİYATRİ

1. 702700 “Bireysel psikoterapi, her bir seans” işleminin gerçeği değerlendirmenin ileri derecede bozulduğu, kooperasyonun kurulamadığı, eksitasyon durumunda ve EKT' nin uygulandığı dönemlerde ödenmez.
2. 702720 “Gelişim testler, her biri”,
702740 “Kişilik testleri, her biri”,
702750 “Klinik değerlendirme ölçekleri, her biri”,
702760 “Nöropsikolojik test bataryası”,
702770 “Nöropsikolojik testler, her biri”,
702780 “Projektif testler, her biri”,
702810 “Zekâ testleri, her biri” işlemlerine fatura edildiğinde, fatura eki belgelerde uygulanan testin adı ve hangi tarihte yapıldığına ilişkin bilgi aranır.
3. 702750 “Klinik değerlendirme ölçekleri, her biri” işleminin yinelenmesi durumunda epikrizde gerekçenin belirtilmesi halinde ödenir.
4. 702780 “Projektif testler, her biri” işleminin henüz tanı almamış olgularda veya maluliyet tespiti (tanı almış bile olsa) için endikedir ve yılda en fazla bir kez ödenir.
5. SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan “YATARAK TEDAVİLERDE PSİKİYATRİ HİZMETLERİ” başlığı altındaki;
P702674 “5.Grup psikiyatrik hasta günlük tedavisi”
P702675 “1.Grup psikiyatrik hasta günlük tedavisi”
P702676 “2.Grup psikiyatrik hasta günlük tedavisi”
P702677 “3.Grup psikiyatrik hasta günlük tedavisi”
P702678 “4.Grup psikiyatrik hasta günlük tedavisi” işlemlerinin ödenebilmesi için epikriz ekinde hasta tabelası istenir ve hastanın izni olduğu sürelerde o günler için o gruba ait günlük tedavi bedeli ödenmez.

RADYASYON ONKOLOJİSİ

1. Epikrizde tedavinin küratif olduğunun belirtilmesi halinde 800310 “Film” ve 800320 “Digital” işlemleri alan başına haftada bir kez, IMRT veya volumetrik ark tedavisi/helikol ark terapi uygulamalarında fraksiyon sayısı kadar, tedavinin palyatif olduğunun belirtilmesi halinde tedavi dönemi içinde bir kez ödenir.
2. Fatura eki belgelerde tedavi kartının fotokopisi ve hastanın tedavi aldığı günlere ilişkin hasta veya yakınının imzasını gösterir belge olmalıdır. Ödeme hastanın tedaviye girdiği gün sayısı esas alınarak SUT eki EK-2/B Listesindeki uygun işlem kodundan yapılır.
3. Multi-leaf collimator ile yapılan uygulamalarda 800290 “Orta tedavi aletleri tasarım ve yapımı” bedeli ayrıca ödenmez.
4. SUT eki EK-2/B Listesinde “8.1. RADYASYON ONKOLOJİSİ” başlığının açıklama bölümünde yer alan “Hastanın Radyasyon Onkoloğu tarafından ilk konsültasyonu, hastanın tedavi öncesi değerlendirilmesi, tedavi kararının verilmesi ve tedavi bitimine kadar olan bakım ve kontroller...” ifadesindeki “... tedavi bitimine kadar olan bakım ve kontrolleri...” ibaresi, o radyoterapi tedavi süresi içindeki tetkik ve tahlilleri de kapsar.

ÜROLOJİ

1. 621071/P621071 "Sünnet" işlemi yerine 621110/P621110 "Parafimozis redüksiyonu" işlemi sıklıkla fatura edildiğinden, epikriz incelenerek ödeme buna göre yapılmalıdır. Sünnet ile "Parafimozis ve/veya Fimozis" aynı anda faturalandırıldığında sünnet ödenir.
2. Sistoskopi/Sistoüretroskopi ile beraber dilatasyon/internal üretrotomi işlemleri rutin yapılan işlemler değildir. Beraber faturalandırıldığında üretra darlığı tanısı yoksa dilatasyon/internal üretrotomi işlemi ödenmez.
3. Mesaneye BCG ve diğer kemoterapotiklerin uygulamaları, SUT eki EK-2/C Listesindeki P619800 "Üretral instilasyon" işleminden ödenmeyip, SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan 704370 "İntrakaviter kemo veya immünoterapi" işlemi üzerinden ödenir.

RADYOLOJİ

1. 802520/P802520 "Arkus aortografi" işlemini takiben yapılan supraaortik anjiyografi tetkiklerinin birlikte faturalandırılması halinde bedeli en yüksek olan işlemin tamamı, diğer işlemlerin %25-%30'u alınarak ödeme yapılır (SUT 2.2.2.A-5(a)/2.2.2.B-3(a) maddeleri).
2. 802740 "Beyin AVM embolizasyonu/AV Fistül Tedavileri",
802760 "Endovasküler Serebral Anevrizma Tedavisi",
802780 "Perkütan Translüminal Anjiyoplasti (PTA)",
802830 "Supraaortik/Visseral İntravasküler Stent Yerleştirilmesi",
606490/P606490 "Arteriyovenöz fistüllerde endovasküler greft implantasyonu" işlemlerine ait epikrizlerde lezyonun anatomik yapısı, boyutu, rüptüre olup olmadığı, işlemin yapılaş şekli, işlem öncesi ve sonrası işlemin yapıldığını gösterir görüntü, kullanılan malzeme ile ilişkilendirilerek detaylı olarak belirtilecektir. Epikrizlerde bu bilgilerin bulunmaması kesinti gerekçesi sayılacaktır. İşlem sonrası gelişmiş olan komplikasyonların benzer şekilde işlem raporu fatura eki belgelerde bulunmalıdır.
3. 802830 "Supraaortik/Visseral İntravasküler Stent Yerleştirilmesi" işlemi ile 802780 "Perkütan Translüminal Anjiyoplasti (PTA)" işlemi birlikte fatura edildiğinde 802830 kodlu işlemin tamamı, diğer işlemin %30'u alınarak ödeme yapılır (SUT 2.2.2.A-5 (a) maddesi).
4. 803150 "Perkütan nefrostomi", 803240 "Perkütan stenoz dilatasyonu" ve 803270 "Stent yerleştirilmesi" işlemleri birlikte fatura edilirse fiyatı yüksek olan işlemin tamamı, diğerlerinin %30'u alınarak ödeme yapılır (SUT 2.2.2.A-5 (a) maddesi).
5. 803250 "Perkütan transhepatik kolanjiyografi (PTK)", 803120 "Perkütan koledok dilatasyonu" ve 803050 "Perkütan bilier stent konması" işlemleri birlikte uygulandığı zaman fiyatı en yüksek olanın tamamı, diğerlerinin %30'u alınarak ödeme yapılır (SUT 2.2.2.A- (5) (a) maddesi).
6. MRG, BT, Anjiyografi tetkiklerinin ödenmesi için epikrizde veya fatura eki belgelerde gerekçe ve tetkik sonucu bilgileri bulunmalıdır.
7. 700590 "Kontrast ekokardiyografi" faturalandırıldığında fatura eki belgelerde istem gerekçesi belirtilmemişse ödeme yapılmaz.
8. Abdominal aortografi işlemini takip eden aynı anatomik bölgede yapılan diğer anjiyografi işlemlerinin (renal anjiyografi gibi) birlikte fatura edilmesi halinde abdominal aortografinin tümü, endikasyonu olması halinde takip eden anjiyografi işlemlerinin %25-%30'u alınarak ödeme yapılır (SUT 2.2.2.A-5(a)/2.2.2.B-3(a) maddeleri).
9. Diyaliz şantları tıkanığında; 802800 "Selektif Trombolitik Tedavi İşlemleri" işleminin fatura edilmesi halinde, 607700 "Transkateter tedavi, koroner dışında tromboliz için infüzyon" işlemi bedelinden ödeme yapılır.

10. Kalıcı tünelli kateter yerleştirilmesi işleminin kontrolü için 801570 “Floroskopi” işlemi bedeli ödenmelidir. Bu nedenle 802640/P802640 “İnferior veya süperior vena kavagrafi” işlemi fatura edilse bile ödenmez.
11. Radyolojik tetkiklerde raporda kontrast madde miktarına dair bilgi yoksa kontrast madde bedelleri ödenmez.

NÜKLEER TIP

1. Tedavi amaçlı radyofarmasötik kullanılması halinde, yatan hastaların epikrizinde, ayaktan hastaların ise raporunda (Doz, endikasyon, radyofarmasötik ismi ve tarih içeren) bilgi bulunmalıdır.
2. Miyokard perfüzyon sintigrafisi (MPS) sonrası yapılan GATED raporunda, LV duvar hareketleri ve EF hakkında bilgi bulunmalıdır. İşlem gerekçesi belirtilmelidir.

DİYALİZ

1. Periton diyaliz programındaki hastalara, raporu bu şekilde düzenlenmiş olsa bile, aynı anda uygulanan hemodiyaliz bedelleri ödenmez. Ancak periton diyaliz programında olup sıvı yükü nedeniyle ultrafiltrasyon uygulanması halinde, hemodiyaliz fatura edilmiş olsa bile 704250 “İzole ultrafiltrasyon” işlemi üzerinden ödeme yapılır. Ancak çocuk hastalarda gerekçesi raporda belirtilmesi halinde bu madde uygulanmaz.
2. Kısmi zamanlı çalışan hekimlerin kuruma bildirdikleri çalışma saatleri dışında yaptıkları diyaliz tedavi bedelleri ödenmez.
3. Diyaliz takip kartındaki seans tarihleriyle, MEDULA’ya girilen seans tarihleri aynı olmalıdır.

ACİL TIP HEKİMLİĞİ

1. 530500-530520 “Yanık debridmanı” ile 530530-530532 “Yanık pansumanı” işlemi yapılan hastalarda, lezyon yüzdesi fatura eki belgelerde belirtilmemişse 530510 “Yanık debridman küçük” ile 530530 “Yanık pansumanı, küçük” işlemleri üzerinden ödeme yapılır.
2. Acilde ilk muayeneyi yapan hekimin branşında konsültasyon bedeli ödenmez. Acilde konsültasyon istenen her branş için bir kez konsültasyon bedeli ödenir.
3. Acilde MRG, özellikle durumlarda (Gebe travması, medulla spinalis ve beyin sapı lezyonları, iskemik CVO’da erken tanı için ve tanı konulmakta zorlanılan kafa içi durum değişiklikleri vb.) ödenir.
4. Acil hastalarda tedaviyi etkilemeyen ve sonucu geç çıkan tetkikler ödenmez.
5. Aynı gün acilde ve poliklinikte vaka başına dahil tetkiklerin mükerrer yapılması durumunda, acilde yapılan aciliyeti olmayan tetkikler için ödeme yapılmaz.
6. Aynı gün acilde ve poliklinikte muayene/işlem varsa şikâyet ve tanılar dikkate alınarak ödenir.
7. Acil serviste rutin çocuk sağlığı muayenesi, genel tıbbi muayene, normal gebelik gözlemi gibi genel tanımlara ilişkin işlem bedelleri ödenmez.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Çeşitli ve Son Hükümler

Yürürlükten kaldırılan Usul ve Esaslar

MADDE 4- (1) 19/04/2010 tarihinde Kurum intranet sitesinde yayımlanan ve 01/04/2010 tarihinden itibaren sunulmaya başlayan sağlık hizmetleri ve bunlara ilişkin belgelere uygulanan Sosyal Güvenlik Kurumu Fatura İnceleme Usul ve Esasları ile 31/03/2011 tarihli ve 6199705 sayılı Başkanlık Makam Olur'u ile Fatura İnceleme Usul ve Esaslarında yapılan düzenlemeler yürürlükten kaldırılmıştır.

Geçici Hükümler

GEÇİCİ MADDE 1- (1) Bu Usul ve Esasların yürürlüğe gireceği tarihe kadar, 4 üncü madde ile yürürlükten kaldırılan Sosyal Güvenlik Kurumu Fatura İnceleme Usul ve Esaslarının uygulanmasına devam edilir.

Yürürlük

MADDE 5- (1) Bu Usul ve Esaslar Kurum internet ve/veya intranet sitesinde yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 6- (1) Bu Usul ve Esas hükümlerini Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı yürütür.