

FATURA İNCELEME USUL VE ESASLARI

İÇİNDEKİLER

I- AÇIKLAMALAR.....
II-GENEL KURALLAR
III-BRANŞ KRİTERLERİ
1-ORTAK KRİTERLER
2-DAHİLİ VE CERRAHİ BRANŞLAR
ANESTEZİ VE REANİMASYON-YOĞUN BAKIM HİZMETLERİ
BEYİN VE SİNİR CERRAHİSİ.....
CİLDİYE
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI.....
ÇOCUK CERRAHİSİ
DAHİLİYE (İÇ HASTALIKLARI).....
ENFEKSİYON HASTALIKLARI.....
FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON.....
GENEL CERRAHİ.....
GÖĞÜS CERRAHİSİ
GÖĞÜS HASTALIKLARI.....
GÖZ HASTALIKLARI
KARDİYOLOJİ.....
KALP VE DAMAR CERRAHİSİ
KULAK BURUN BOĞAZ
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM
NÖROLOJİ.....
ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ.....
PATOLOJİ
PLASTİK VE REKONSTRÜKTİF CERRAHİ.....
PSİKİYATRİ.....
RADYASYON ONKOLOJİSİ
ÜROLOJİ
3-GÖRÜNTELEME VE LABORATUVAR BRANŞLARI
RADYOLOJİ.....
BİYOKİMYA VE KLİNİK MİKROBİYOLOJİ.....
TIBBİ GENETİK
NÜKLEER TIP.....
4-DİĞER
DİYALİZ
HİPERBARİK OKSİJEN TEDAVİSİ
DOKU VE ORGAN NAKLİ
ACİL TIP HEKİMLİĞİ

I- AÇIKLAMALAR

Sağlık hizmeti sunucularının ürettikleri sağlık hizmetlerinin, önemli bir kısmı %5 oranı üzerinden örnekleme yöntemi ile incelenmekte ve bunlar için sağlık hizmeti sunucuları, her ayın başı ile sonu arasında verdikleri sağlık hizmetlerine ilişkin tek bir fatura düzenlemektedirler. MEDULA sistemini kullanan sağlık kurum ve kuruluşları, faturalar ile işlemlerin ayrıntısını gösteren eki hizmet detay belgelerini, hem kendi sistemleri üzerinden basılı olarak hem de MEDULA sisteminde elektronik olarak düzenlemektedirler. Yine yapılan tıbbi işlemlerin ayrıntılarını gösteren epikriz ve rapor gibi istenen diğer belgeler ise basılı olarak Kuruma intikal ettirilmektedir.

Sağlık kurum ve kuruluşları tarafından, karşılığı tutarları tek bir fatura ile Kurumdan talep edilen sağlık hizmetlerinin ayrıntıları, her başvuru için ayrı ayrı düzenlenen fatura eki belgelerde (hizmet detay belgesi, epikriz, rapor vb.) gösterilmektedir. Bazı sağlık hizmetlerinin ise örnekleme dahil edilmeksizin tamamının incelenecek olması nedeniyle, bu grupta yer alan başvuruların bir kısmı her hasta için ayrı ayrı, bir kısmı ise tek bir grup halinde eki belgeleri ile birlikte fatura edilmektedir. 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, 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 tecrübeler ve hayatın olağan akışına göre beklenen durumlara uygun olup olmadığı gibi yönlerden incelenmekte ve yapılan bu inceleme sonucuna göre ödemeye ilişkin karar verilmektedir.

Fatura inceleme ve kontrollerinin 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 suiistimallerinin en alt düzeye indirilmesi de amaçlanmaktadır.

Söz konusu inceleme ve kontroller sırasında, inceleyiciler arasındaki farklılıkların olabildiğince ortadan kaldırılarak uygulama birliğine ulaşılması; incelemelerin etkin, verimli ve hukuka 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’ları 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.

Usul ve Esasların kapsamına, eczaneler, optisyenlik müesseseleri ve kaplıcaların ürettiği sağlık hizmetleri ile fatura bedellerinin incelenmeksizin tamamı ödenecek olan sağlık hizmetlerine (örneğin bazı yurtdışı sağlık hizmetleri gibi) ait faturalar dahil değildir.

Bu Usul ve Esaslar ile Kurumca finansmanı sağlanacak olan sağlık hizmetlerine ilişkin olarak fatura edilen bedellerin ödenebilmesinde uyulması gereken kuralların belirlenmesi amacıyla, 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 çalışmalar sonucunda ortaya çıkan, 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 müdürlüklerimiz ile buradaki inceleyciler ve incelemeler sonrası oluşturulan komisyonlar uymak zorundadır. Usul ve Esaslar ile Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) hükümleri arasında oluşabilecek farklılıklarda SUT hükümleri geçerli olacaktır.
2. Sağlık kurum ve kuruluşları; 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 inceleycinin karar vermesini etkileyecek her hangi bir müdahalede bulunulamaz.
4. İncelemeler için yeterli sağlık personelinin (uzman hekim, hekim, diş hekimi) bulunmaması hallerinde, ilgili mevzuat gereğince incelemelerin diğer personel eliyle yapılması durumunda; bu personele, incelemeler sırasında mevcut sağlık personelinin danışmanlık, rehberlik ve eğitim gibi yöntemlerle gerekli desteğin verilmesi ile inceleycilerin 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..
6. Usul ve Esaslarda yer alan düzenlemeler 01/04/2010 tarihinden itibaren sunulmaya başlayan sağlık hizmetleri ve bunlara ilişkin belgelere uygulanır.
7. Usul ve Esaslarda belirlenmiş olan branş kararlarında yapılacak her türlü değişiklik, Kurumca çıkarılacak ayrı bir yönerge ile belirlenip duyurulacaktır.

III- BRANŞ KRİTERLERİ

1- ORTAK KRİTERLER

1. Fatura inceleme esnasında inceleyici gerekirse **ek belge talep** edebilir, ancak istenen ek belge temini fatura inceleme sürecini uzatmamalıdır.
2. Ayaktan muayenelerde **Ek-10C listesinde olmadığı halde**, farklı bir işlemin **Ek-10C** listesi üzerinden fatura edilmesi kesinti nedenidir. (700530 "Kardiyovasküler stress test" Ek-10C'de yoktur, yerine Ek-10C'deki 700620 "Ekzersiz (eforlu) veya farmakolojik stres ekokardiyografi" işleminden fatura edilmesi gibi)
3. Aynı işlemin **birden fazla koddan** faturalandırma ihtimali varsa pahalı olanın yazılmasını önlemek için, incelerken epikriz bilgileri dikkate alınmalıdır.
4. Ayaktan vakalarda **Ek-10C listesinden bir işlem yapılması** durumunda *hizmet detay belgelerinde muayene sonucu/açıklama kısmına veya fatura eki belgelere gerekçesi* yazılmalıdır. Aksi halde Ek-10C tetkikleri ödenmez. Tanıyla uyumsuz işlemin olması Ek-10C listesindeki tahlil ve tetkiklerin kesinti gerekçesidir.
5. Ayaktan polikliniğe başvuran hastalarda *hizmet detay belgelerinde muayene sonucu/açıklama kısmında veya fatura eki belgelere belirtilen muayene bilgilerinin* ön tanı ve kesin tanı ile **uyumsuzluğu** halinde Ek-10B işlemi 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, Ek-9'da belirtilen istisnalar hariç ayrıca **ilaç ve/veya malzeme ücreti** ödenmez.
9. SUT 4.2.2.B-4 maddesine göre Ek-9'a ait paket işlemde " *Hastanın taburcu olduktan sonraki, aynı sağlık kurumundaki aynı branşta; 15 gün içerisinde yapılan ilk kontrol amaçlı muayenesi ve bu muayene sonucunda gerekli görülen rutin biyokimyasal, bakteriyolojik, hematolojik, kardiyolojik (EKG, EKO, efor) ve radyolojik tetkikler tanıya dayalı ödeme işlem puanına dahil olup ayrıca faturalandırılmaz. Söz konusu kontrol muayeneleri için yeni takip numarası alınmayacak olup muayene ve işlemler medula sisteminde bağlı takip numarası alınarak yapılacaktır.*" denmektedir. Hastanın geçmiş sorgulamasında taburcu tarihinden sonraki 15 gün içinde kontrol muayenesinin yapılmamış olması halinde kontrol muayenesi olarak kesinti yapılabilir.
10. Sadece **sağlıklı çocuk veya gebe** muayenesi ve/veya takibi amacı ile hasta muayene edildiyse, vakabaşı muayenesi (Ek-10B üzerinden) ödenir. Diğer **sağlıklı bireylerle** ilgili hastalık dışı muayeneler ve işlemleri ödenmez.
11. ICD-10 kodu Z41.2 olan "Rutin ve dini sünnet" tanısı ile yapılan **sünnet** işlemi ödenir.
12. **ICD-10** tablosundaki **Z kodların** ödenmesi işlemi, hastanın şikayet ve tanısının değerlendirilmesine göre yapılmalıdır.
13. Sağlık Bakanlığı 2008/73 genelgesinde Yoğun Bakım "Bir ya da daha fazla organ veya organ sistemlerinde oluşan, ciddi işlev bozuklukları veya yetmezliklerinin ve altta yatan nedenlerin izlem, tanı ve tedavisi ile bu işlevlerin sürdürülmesi için uygulanan yöntemlerin tümüdür." şeklinde tanımlandığından, **gözetim amacıyla yatırılan hastalar** yoğun bakım hastası sayılamaz, yapılan işlemler Ek-8'den ödenir.
14. Bir ameliyatın **birkaç alt operasyona bölünerek fatura** edilmesi durumunda ana işlem ödenir, diğerlerine ödeme yapılmaz.

15. Karotis, vertebral ve renal arter renkli doppler USG kod karşılıkları **bilateral**dir. Bu nedenle sağ ve sol ayrı ayrı fatura edilemez.
16. Tüm faturalarda **geçmiş muayenelerin** sorgulaması yapılmalıdır.
17. **Onkolojik vaka**; kesin veya ön tanı konmuş vakalardır ve Ek-8 listesinden ödenir. Kesin veya ön tanı konmamış vakalar “onkolojik vaka” olarak kabul edilmez. Bu durumdaki hastaların fatura ödemeleri Ek-10B listesi üzerinden yapılır
18. Yapılan işlem ile faturada belirtilen işlem kodları ve ücreti farklıysa, epikrizde göre yapılan işleme uygun kod üzerinden **düzeltilerek ödeme** yapılır. Ancak yeni belirlenen ücret faturada belirtilen işlem bedelini geçemez.
19. 530160 kodlu "İV infüzyon" işlem ücreti **ödenebilmesi için**, İ.V. infüzyonla verilebilen ilaçlar (Cipro infüzyon, Perlinganit, Dopamin, Agrastat, Calcium vb) kullanılmalıdır. Bu ilaçlar kullanılmadıysa anılan kodlu işlem ücreti ödenmez.
20. Ek-9 listesinde yer alan bir işlemin faturalandırılması halinde, işlem hakkında hizmet detay belgesinde veya fatura eki belgede yeterli bilgi aranacaktır.
21. Günübirlik cerrahi işlemlerde epikriz olmalıdır. Sözleşmeye tabi sağlık kurumlarında (6.11.09 Zeyilname-2 5.1.7.1. maddesi) belge eksikliği ceza nedenidir. "Özel Sağlık Kurumları Satın Alma Sözleşmesi" hükümleri SUT'a göre "**İkinci Basamak Özel Sağlık Kurumlarını**" (*Özel Hastaneler Yönetmeliğine göre ruhsat almış hastaneler ile Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik kapsamında açılan tıp merkezleri ile Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmeliğin geçici ikinci maddesine göre faaliyetlerine devam eden tıp merkezleri ve dal merkezleri*) ilgilendirir.
22. SUT 9.3.2.C maddesi “*Yatarak tedavilerde ve cerrahi işlemlerin yapıldığı tüm sağlık hizmetleri için epikriz düzenlenecek olup...*” denmektedir. Bu durumdaki işlemler ile SUT 4.1.2.A ve 4.1.2.B (1) c maddesinde yer alan genel anestezi, bölgesel/ lokal anestezi, intravenöz veya inhalasyon ile sedasyon gerçekleştirilen tanısal veya cerrahi tüm işlemler için epikriz olmalıdır. Bu işlemler haricindeki **günübirlik** tedavi kapsamında yer alan işlemler için epikriz istenmeyecek olup SUT'ta istenen diğer eki belgeler yeterli sayılacaktır.
23. Günübirlik tedavilere ilişkin belgelerde hastalığın adı, verilen ilacın günlük dozu ve miktarına ilişkin (intravenöz ilaç, kan, kan bileşenleri, kan ürünleri, kemoterapötikler gibi uygulamalarda) bilgilerin eksikliği kesinti nedenidir.
24. Ayrı ayrı günlere ait **aynı kodlu bir işlemin toplu olarak tek bir kaleme faturalanması**, fatura eki belgelerde günlük limiti aşmaması ve işlemlerin farklı günlerde yapıldığının teyit edilmesi halinde kesinti nedeni değildir. (Yatak ücretleri, FTR, Psikiyatri, Rad. Onk vs.)
25. SUT 4.2.2.C maddesinde belirtilen %10 eksik **faturalamaya "uyulmaması"** durumunda o faturaya ait toplam tutarın %10'u kesilerek işlem yapılır.
26. Ayaktan Ek-10B'den fatura edilen hastaların yatırılmaları halinde, aynı gün Ek-10B'ye dahil tekrarı gerekmeyen rutin tetkiklerin fatura edilmesi halinde tekrar fatura edilen işlemlere kesinti uygulanır.
27. Ayaktan başvuru sonrasında SUT Ek-9'dan tedavi amaçlı işlem (acil hal nedeniyle yapılanlar ve E grubu işlemler hariç) yapılması halinde hasta geçmişinde o işlemle ilgili aynı tesiste tanı konulmuşsa aynı gün içerisinde Ek-10/B faturalandırılmış olması durumunda Ek-10/B işlem bedeli ödenmez. Tanı amaçlı Ek-9 listesinden işlem yapılması halinde aynı gün Ek-10/B işlem bedeli ödenmez.

28. Muayenesi yapıp tetkik için randevu verilen hastaya **tetkik günü faturalanan Ek-10B** vakabaşı muayene ücreti ödenmez.
29. Vakalarda kültürde üreme olmamasına rağmen bakteri tanımlanması ve antibiyotik duyarlılık (Antibiyogram) testlerinin faturalandırılması halinde bakteri tanımlanması ve antibiyotik duyarlılık (Antibiyogram) test ücreti ödenmez.
30. SUT Ek-8/B "POZİTRON EMİSYON TOMOGRAFİ (PET) GÖRÜNTÜLEME KLİNİK UYGULAMALARI"nda yer alan **PET işlemlerinin ödeme kriterlerine** uyumsuz işlem fatura edilmesi halinde ödemesi yapılmaz.
31. Sintigrafi ile beraber SPECT yapılmışsa buna ilişkin faturanın ödenebilmesi için raporda SPECT'e geçiş endikasyonu belirtilmelidir.
32. Cerrahi müdahalelerde **biyopsi alınmış veya parça çıkarılmışsa**, epikriz veya eki belgelerde yeterli bilgi yoksa ve inceleyici tarafından gerek görülürse patoloji raporu istenir.
33. SUT 4.2.2.B maddesindeki seans ve kesi kurallarına uyulmaması nedeniyle talep edilen fazla miktar tenzil edilerek ödenir.
34. **Ek-5B "BEDELİ ÖDENMEYECEK BASİT SIHHİ SARF MALZEMESİ LİSTESİ" malzemelerinin** fatura edilmesi halinde ödemesi yapılmaz.
35. SUT 7.2.1 maddesinde "*Yatarak tedavilerde temini zorunlu tıbbi malzemelerin, hastaya aldırılması durumunda; fatura tutarı hastaya ödenerek ilgili sağlık kurumunun alacağından mahsup edilir.*" denmektedir. Bu nedenle günübürlük ve yatarak tedavilerde kullanılan malzemeler için bu kural dikkate alınmalıdır.
36. SUT 7.1 (16) madde gereği hastanelerce **demirbaş** olarak kullanılan malzemelerin ve bunlara ait sarf malzemelerinin bedelleri Kurumca karşılanmaz.
37. **Konsültasyon** bedelinin ödenmesi için epikrizde bilgi ve gerekçesinin yazılı olması yeterlidir. Yatış döneminde her branş için **aynı gerekçeyle** en fazla bir adet konsültasyon ödenir.
38. USG işlemlerinde fatura eki belgelerde radyoloji uzman raporu veya hizmet detay belgesinde radyoloji uzmanına ait "doktor tescil numarası" yoksa 803602 kodlu "**Ultrason, genel**" işlem ücreti ödenir. Ancak radyoloji uzman raporu veya hizmet detay belgesinde radyoloji uzmanına ait "doktor tescil numarası" varsa işleme ait kesinti yapılmaz.
39. Radyoloji, Patoloji, Nükleer Tıp vb tetkiklerinin incelenmesinde, fatura eki belgelerde ilgili uzmanın raporu varsa, hizmet detay belgesindeki ilgili uzmana ait "doktor tescil numarası" olmaması kesinti gerekçesi değildir.
40. Faturadaki yatış çıkış tarihinin epikrizdeki yatış çıkış tarihiyle uyumsuz olması halinde sağlık hizmeti sunucusundan ek belge istenir. Bu uyumsuzlukla ilgili yeterli bilgi alınamazsa kesinti yapılır.
41. TPN tedavisi aşağıdaki endikasyonlardan birinin epikrizde belirtilmesi halinde ödenir:
 - Son 3 ayda ağırlığında %10 ve daha fazla kilo kaybı olanlar,
 - "Subjektif global değerlendirme kategorisi" C veya D olanlar,
 - Çocukluk yaş grubunda, yaşına göre boy ve/veya kilo gelişimi 2 standart sapmanın altında (< -2SD) olanlar,TPN aldığı günler epikrizde belirtmek kaydıyla ödenir.
Rejim orderında (talimatında) tam oral gıda alabilen hastalarda hiçbir şekilde ödenmez.

42. SUT 6.1.1.B.(4) maddesi "*Ancak, günübirlik tedavilerde kullanılan ilaçların hastanelerce temini zorunlu olmayıp; hekim tarafından reçetede günübirlik tedavi kapsamında olduğunun belirtilmesi kaydıyla ilaçlar sözleşmeli eczanelerden temin edilebilecektir..*" denilmekte olup bu hüküm gereği **günübirlik hasta ilaçlarının** gerek sağlık hizmet sunucuları gerekse de serbest eczanelerden temini mümkün görülmektedir.
43. SUT 4.2.2.B.1 Tanıya Dayalı İşlemlerin Kapsamı ve SUT 4.2.2.B.2. Ameliyat Öncesi Hazırlık İşlemleri maddesine göre; yatıştan önceki tanı amaçlı işlemler ödenir, tanı sonrası yatış tarihi öncesindeki **ameliyata hazırlık için yapılan işlemler** denmez. Yatış dönemindeki SUT'ta belirtilen istisnalar hariç işlemler pakete dahildir.
44. 551340 kodlu "*SEDO-analjezi*" işleminin fatura edildiği zaman "*Genel anestezi ile birlikte faturalanamaz. Lokal ya da rejjyonel anestezi altında cerrahi girişim uygulanan hastalara, ayrıca tanısız veya tedavisel bir girişim uygulanacak hastaların sedatize edilmesi amacıyla uygulanır.*" açıklama kısmı dikkate alınarak ödeme yapılır.
45. Hastane Acil **Ayaktan grubunda fatura edilen** endikasyonu uygun **ilaç, mayiler ve işlemler** hastane acil tedavi hizmetlerinde ödenir.
46. Ek-8 üzerinden yapılan faturalarda ve yoğun bakım tedavi paketinde ödenebilen kan ve bileşenlerinin miktarı ve ünite numaralarının yatan hastalar için epikrizde veya günübirlik tedavi kapsamındaki işlemlerde fatura eki belgelerde yer almaması kesinti nedenidir. (SUT 6.6.(3) , 9.3.2.C ve 4.5.4.H maddesi).
47. Kan ve kan bileşenleri kullanılması halinde; yatan hastalar için epikrizde kan bileşenlerinin kaç adet kullanıldığının belirtilmesi durumunda, hasta adına **nite numaralarını gösteren** kayıt çıktısı geçerli belge kabul edilir.
48. Miyokard infarktüsünde 900880 "**CK-MB**" ilk günde en fazla 3 işleme kadar ödenebilir.
49. 801010 kodlu "*Gastrozafagial reflü çalışması*" işleminin çok faturalandırılmaktadır. İnceleme sırasında endikasyona dikkat edilmelidir.
50. 530080 kodlu damar yolu açılması işleminin olduğunda, 530150 kodlu **İV enjeksiyon** işleminin ödenmez.
51. Üniversitelerin **aile hekimliği poliklinikleri**, 1.basamak sağlık kuruluşu değildir. Bu nedenle endikasyonu olan işlemler ödenir.
52. **Nebulizatör** uygulanmasında ilaç dozları prospektüsünde belirtilen maksimum dozları aşması halinde aşan ilaç miktarları ödenmez. Ayrıca işlem endikasyonu uygun değilse işlem ve ilaç bedeli ödenmez.
53. 530350 kodlu "Nebülizatör ile ilaç uygulaması" 530360 kodlu "**oksijen inhalasyon tedavisi seansı**" birlikte faturalandırılması halinde "SUT Ek-8 Açıklama" gereği ödenmez.
54. 530360 kodlu "Oksijen inhalasyon tedavisi seansı"endikasyona göre değerlendirilmelidir.
55. SUT 4.5.4.H- Yoğun bakım tedavisi maddesinde belirtilen istisnalar haricindeki işlem ve malzemeler pakete dahildir, bu nedenle yoğun bakım hastalarında, ayrıca derin trakeal aspirasyon, nebulizasyon, oksijen, monitörizasyon ve mekanik ventilasyon ayrıca ödenmez.
56. 530625 kodlu "İntraarteriyel kanülasyon + basınca ölçümü" işleminin ile birlikte 901920 kodlu "**Kan gazları**" işleminin faturalandırılabilir. Ancak bu işlemlerle birlikte 530170 kodlu "Kan gazları takibi" işleminin faturalandırıldıysa 530170 kodlu işlem bedeli ödenmez.

57. SUT 4.1.2 B.(C) maddesi gereği lokal /bölgesel anestezi ile yapılan küçük girişimsel işlemler **günübirlik tedavi kapsamındadır**, endikasyonu varsa ödenir.
58. Sağlık Uygulama Tebliğinde 4734 sayılı Kamu İhale Kanununa tabi olmayan resmi sağlık kurum ve kuruluşları ve **Özel Sağlık** Kurum ve Kuruluşlarında SUT ve eki Listelerde yer alan malzemeler, SUT ve eki listelerde belirlenen birim fiyatlar üzerinden ödenir. SUT eki listelerde kod ve ad olarak karşılığı olan malzeme hizmet detay belgesinde adı farklı ve **kodsuz malzeme** olarak fatura edildiyse ödeme yapılmaz. Diğer yandan faturalanan kodsuz malzemelerde alış faturasının fotokopisi aranır. Faturanın onayı gerekmez.
59. **Epikrizlerde**, ameliyat notları ayrıntılı bir şekilde yazılı olmalıdır. Ayrıca özellikli durumlar ve malzemeler yazılmalıdır.
60. Ek-8 listesinden yapılan bir ameliyat öncesi hazırlıklarda **rutin tetkiklerin** fazla ve gereksiz istenmesi halinde endikasyonu olmayanlar ödenmez.
61. Hastanın taburcu olduğu gün yapılan Ek-8 listesindeki işlem ve ilaçlar epikriz bilgileri (klinik seyir, tanı, taburculuk kararı etkileyecek tetkik olup olmadığı) dikkate alınarak ödenir.
62. 704660, 704670 ve 704690 "*İnfüzyon kemoterapi*" içeren kodlardan günlük sadece bir işlem faturalandırılır ve bunlarla 530150 "IV enjeksiyon", 530160 kodlu "*İntravenöz ilaç infüzyonu*" işlemleri birlikte faturalandırılmaz.
63. Tüm **malzemeler** için SUT'un 7. TIBBİ MALZEME TEMİNİ VE ÖDEME ESASLARI başlıklı maddesine göre işlem yapılır.
64. SUT eki EK-8 ve EK-9 listelerinde branş başlıkları altında yer alan işlemler tamamen o branş uzmanlarınca yapılması gereken işlemler olmayıp, bazı durumlarda ilgili diğer uzmanlarca da yapılabileceği dikkate alınmalıdır. (Örnekler: Vaginal Operasyonlar başlığı altındaki 620250 kodlu "kondilom koterizasyonun" sadece kadın doğum uzmanınca yapılan bir işlem olmayıp, erkeklerde üroloji uzmanlarınca da yapabileceği, Erkek Genital Sistem Cerrahisi başlığı altında yer alan 621071 kodlu "sünnet" işleminin genel cerrahi, çocuk cerrahisi veya plastik cerrahisi uzmanlarınca da yapılabileceğinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir.)

2- DAHİLİ VE CERRAHİ BRANŞLAR

ANESTEZİ VE REANİMASYON (YOĞUN BAKIM)

- 550050 kodlu "**Hasta kontrollü analjezi**, epidural/intravenöz vb." işlemi sadece A ve B grubu ameliyatlarda veya onkolojik vakalarda ödenebilir.
- Yoğun bakım hasta epikrizlerinde **günlük olarak yapılan takiplerin detaylı yazılması**, kısaltma yapılmaması, anormal laboratuvar bulgularının yazılması gereklidir.
- Yoğun bakım hastalarına **diyaliz tedavisi** gerekmesi halinde işlem 704210 kodlu "Acil hemodiyaliz/yoğun bakım ve hasta başında hemodiyaliz" işleminden faturalandırılır.
- Yoğun bakım paket hizmetlerine "Trombosit süspansiyonu", "aferez trombosit" ve "hemodiyaliz" işlem ücretleri dahil değildir. SUT'un 4.5.4-H maddesinin (6.) fıkrası dışında yer alan ilaçlar pakete dahildir. Uygulanması halinde, Hemofiltrasyon, hemodiyaliz, plazmaferez tedavileri, SUT eki Ek-8 Listesi üzerinden ayrıca faturalandırılacaktır.

5. 1. Basamak Yoğun Bakım Ünitesi (SUT 4.5.4.H.(1) maddesi ve SB 2008/53 Genelgesi'nden)

Tanım:

Temel monitörizasyon (EKG, ritm, oksijen saturasyonu, kan basıncı, nabız, ateş) yöntemlerine sahip, sıvı ve kan ürünleri replasmanı, entübasyon, Kardiyopulmoner Resusitasyon ve hastanın ilk stabilizasyonu yapılabilen:

- -2. veya 3. basamak yoğun bakımlara transfer yapabilen yoğun bakım üniteleri
- -Koroner yoğun bakımlar
- -2. ve 3. basamak yoğun bakımların diğer özelliklerini karşılayamayan yoğun bakım üniteleridir.

Hasta Özellikleri:

Takip ve tedavileri için rutin yöntemler yeterli olmayan, ancak, henüz organ yetmezliği başlamamış, solunum desteğine ihtiyaç duymayan, yakın takibi gereken hastalar (hafif ketoasidoz, hafif pankreatit, sık nazotrakel aspirasyon gereksinimi v.b);

- -2. veya 3. basamak yoğun bakım ünitelerinden çıkarılan henüz taburcu edilemeyecek hastalar
- -Komplike olmayan miyokard iskemili ve aritmileri mevcut hastalar
- -Cerrahi sonrası yakın takibi gereken hastalar
- -Organ yetmezliği olmayan ancak yaşamsal fonksiyonların aniden bozulması olasılığı olan hastalar (örn. zehirlenmeler, şok gelişmemiş kanamalar, komplike olmayan ancak riskli travmalar, yanıklar, pnömotoraks v.b.)
- -Komplike olmayan ve solunum desteği gerekmeyen psikiyatrik, nörolojik aciller ve ensefalopatiler
- -Solunum yetmezliği dışındaki komplike olmayan, akut gelişen, tek organ yetmezlikleri (diyaliz gerektirmeyen akut böbrek yetmezliği, stabil kronik böbrek yetmezliği, kalp yetmezliği, hafif seyreden karaciğer yetmezliği v.b.)

6. 2. Basamak Yoğun Bakım Ünitesi (SUT 4.5.4.H.(1) maddesi ve SB 2008/53 Genelgesi'nden)

Tanım:

1. basamak yoğun bakım ünitelerine göre daha detaylı gözlem ve girişim gereksinimi olan, tek organ yetmezliği nedeniyle destek tedavilerinin yapıldığı (diyaliz, hemofiltrasyon, plazmaferez, mekanik ventilasyon gibi):

- -Kliniklerin içinde yer alan yoğun bakımlar (kardiyovasküler cerrahi ve koroner hariç)
- -3. basamak yoğun bakımlara transfer yapabilen yoğun bakım üniteleri
- -3. basamak yoğun bakımların diğer özelliklerini karşılayamayan yoğun bakım

üniteleridir.

Hasta Özellikleri:

1. basamak yoğun bakım hastası özelliklerine ilave olarak kısa süreli, detaylı ve nitelikli gözlem, girişim (invaziv monitörizasyon) ve **yaşamsal destek gereksinimi** bulunan;
 - -3. basamak yoğun bakım ünitelerinden çıkarılan henüz taburcu edilemeyecek hastalar
 - -Tek organ monitörizasyonu ve desteği gereken (diyaliz, mekanik ventilasyon v.b.) hastalar
 - -Cerrahi öncesi yoğun hazırlık ve destek ihtiyacı olan riskli hastalar
 - -Düzeltilemeyen fizyolojik veya metabolik bozukluklar
 - -Akut koroner sendromlar, akut dekompanse kalp yetmezlikleri, akciğer ödemi
 - -Cerrahi sonrası yakın takip ve hemodinamik destek gereken veya uzun süre mekanik ventilasyondan ayrılamayan hastalar
 - -Hayatı tehdit eden zehirlenmeler, kanamalar
 - -Ağır enfeksiyonlar (sepsis, peritonit v.b.)
 - -Solunum desteği gereken nöromusküler hastalıklar, non invaziv mekanik ventilasyon gereken hastalar
 - -Gebeliğin hayatı tehdit eden komplikasyonları (preeklampsi v.b.)
 - -Hemotoraks, ampiyem, ağır pankreatit, ağır malnütrisyon, akut karaciğer yetmezliği
 - -Santral sinir sistemi patolojisi ve cerrahisi (minimal epidural, subdural hematom, posterior fossa patolojileri, kranial kırıklar, spinal lomber drenaj gibi)
7. 3. Basamak Yoğun Bakım Ünitesi (SUT 4.5.4.H.(1) maddesi ve SB 2008/53 Genelgesi'nden)

Tanım:

Altta yatan özellikli (ağır, yüksek riskli) hastalığı nedeniyle takibi gereken hastaların yattığı özel (Beyin cerrahisi, Kardiyovasküler cerrahi, ciddi travmaların takip edildiği yoğun bakımlar gibi) yoğun bakımlar, solunum yetmezliği ve/veya çoklu organ işlev bozukluğu gibi tüm komplike hastaların kabul edildiği, solunum desteği, renal replasman tedavisi, plazmaferez gibi destek tedavilerinin hepsinin yapılabildiği, en üst düzeyde tıbbi bakım ve tedavi yapılabilen yoğun bakım üniteleridir.

Hasta Özellikleri:

1. ve 2. basamak hastalarının özelliklerine ilave olarak uzun süreli nitelikli gözlem ve girişim, uzun süreli yaşamsal destek gereksinimi bulunan veya çoklu organ yetmezliği gelişmiş;
 - İnvaziv veya noninvaziv mekanik ventilasyon ve ileri solunum monitörizasyonu

gereken hastalar

- Kronik organ bozukluğunun günlük aktiviteyi bozacak şekilde ilerlediği hastalar
- HELLP sendromu, ağır sepsis, septik şok, ARDS, ağır preeklampsi ve eklampsi gibi yakın takip ve tedavi gerektiren akut sorunlar
- Kontrol edilemeyen veya fazla miktarda transfüzyon gereken kanamalar
- Organ bozukluğu yapan zehirlenmeler
- Cerrahi sonrası gelişen dahili komplikasyonlar (koroner sendromlar, sepsis, böbrek veya karaciğer yetmezliği gibi)
- Birden fazla organı ilgilendiren sistemik hastalıkların akut sorunları
- İzolasyon önlemi gereken hastalar (dirençli enfeksiyonlar, immünsuprese hastalar)
- Ciddi santral sinir sistemi patolojisi ve cerrahisi (sinüs üzerinde kanama, çökme fraktürü, ciddi serebral ödem, subaraknoid kanama, diffüz aksonal yaranma, spinal şok, kord ödemi gibi), Glaskow skoru 7 ve altında olan hastalar
- Kalp cerrahisi geçiren hastalar
- Çoklu travma hastaları

BEYİN VE SİNİR CERRAHİSİ

1. Tek kullanımlık **pedikül vida yerleştirici** malzemesi Ek-9 listesi işlem fiyatlarına dahil olup ayrıca ödenmez.
2. Disk Cerrahisi 615880-615990 aralığındaki işlemler sırasında yapılan P614900 kodlu "**Faset denervasyonu**" işlemi asıl cerrahi işlemin bir parçası olup birlikte faturalandırılması halinde ödemesi yapılmaz.
3. **Özellikli malzemelerin** ameliyatlarda kullanılması halinde, bu malzemenin epikrizde ve/veya ameliyat notunda belirtilmemesi kesinti nedenidir.
4. Spinal cerrahide **laminektomi** veya laminatomi yapılmış ise, **osteotomi** ödenmez.
5. P614040 ve P614050 kodlu 614040 ve 614050 kodlu "Posterior segmental enstrümantasyon" işlemleriyle birlikte **artrodez** işlemleri ödenmez.
6. Karpal tünel sendromu cerrahisi ile birlikte işlemin bir parçası olan **nöroliz** ödenmez.
7. Beyin ve Vagal Sinir Stimülatörleri, İntratekal Baklofen Pompası ve Spinal ve sakral Kord Stimülatörleri işlemlerinde SUT 7.3.20-21-22-23 maddeleri dikkate alınarak faturalandırılmalıdır.

CİLDİYE

1. Elektrokoterizasyon işleminin SUT'un açıklama bölümünde belirtilen seans başı her bir anatomik bölge için ayrı kabul edilir. (Bir günde en fazla 3 farklı anatomik bölge için ödeme yapılabilir)
2. 700210 kodlu "intralezyonel enjeksiyon" işleminin ödenebilmesi için epikrizde lezyonun büyüklüğünün belirtilmesi gerekir. (cm2 başına 1 enj.) (androjenik alopesi tanısı ile fatura edilmesi halinde ise ödeme yapılmaz)
3. 700.280 kodlu 'Kriyoterapi malign lezyonlar' uygulamalarında ödeme yapılabilmesi için patoloji raporu gerekir.
4. Pigmente lezyonlarda lazer uygulamaları yalnızca yüzdeki vasküler lezyonlarda ödenecek olup, işlemin ödenebilmesi için sağlık kurulu raporu ve fatura eki belgelerde lezyona ilişkin fotoğrafın yer alması gerekmektedir.

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

1. 510080 kodlu "Prematüre veya yeni doğan devamlı bakım" ve 510070 kodlu "Kuvöz (günlük)" işlemleri birlikte fatura edilemez.
2. 530110 kodlu "Enteral hiperalimentasyon takibi" ve 530430 kodlu "Total parenteral nütrisyon (TPN) takibi" için epikrizde uygulama gerekçeleri açık olarak belirtilmelidir. (çocukluk yaş grubunda, yaşına göre boy ve/veya kilo gelişimi 2 standart sapmanın altında (< -2SD) olanlar.) SUT'ta belirtildiği üzere bu iki işlem birlikte faturalandırılmaz.
3. 530300 kodlu "Lomber ponksiyon", EEG, EMG vs gibi işlemlerin faturalandırılması, fatura eki belgelerde belirtilen endikasyona ait bilgiye göre değerlendirilerek ödenir.
4. 703960 kodlu BERA ve 703440 kodlu Vizüel UP tarama amaçlı yapılması halinde ödenmez.(tarama amaçlı testler olmadığından)
5. 704660, 704670 ve 704690 "İnfüzyon kemoterapi" içeren kodlarla birlikte 530150 "IV enjeksiyon" ve 530160 kodlu "İntravenöz ilaç infüzyonu" işlemleri aynı anda faturalandırılmaz.
6. 804220 kodlu "MR, difüzyon", 804440 kodlu "MR, Perfüzyon", 804140 "BT, dinamik, trifazik, bifazik inceleme", 700590 "Kontrast ekokardiyografi" faturalandırıldığında fatura eki belgelerde istem gerekçesi belirtilmemişse ödeme yapılmaz.
7. 906010 kodlu "Kan kültürü (aerob-anaerob)" ve 906020 kodlu "Kan kültürü (aerob-anaerob) otomatik sistem" işlemlerinin ikisi bir arada faturalandırılabilir tek ödeme yapılır.
8. SUT Ek-8 de yer alan 909191,909192, 909193 kodlu "Triple mutasyon analizi" işlemlerinde, fatura eki belgelerde çalışılan stripin kaç mutasyon parametresini içerdiği belirtilecektir, bir strip ile bakılan tüm mutasyonlar tek strip ücretine dahildir.
9. SUT Ek-8 de yer alan 904450 kodlu "Eosinofil katyonik protein" işlem çocuk hastalarda araştırma amaçlı kullanılan bir test olup fatura edilmesi halinde ödenmez.
10. **Fototerapi** tedavisi gören yenidoğanlarda 700190 kodlu "Fototerapi (dbUVB)" fatura edilirse 530120 kodlu "Fototerapi (4 saatlik seansı)" işlemi ödenir.
11. Sadece **fototerapi** tedavisi gören yenidoğan bebeklere yatak ücreti olarak 510070 kodlu "Kuvöz (günlük)" işleminden ödeme yapılır. Prematüre olup, fototerapi alan hastalar ise 510080 kodlu "Prematüre veya yenidoğan devamlı bakım" işleminden faturalandırılabilir.
12. Doğum sırasındaki **sağlıklı yenidoğanın ilk muayenesi**, sezeryan veya normal doğum paketine dahildir.

13. 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 evrelendirilmelidir. Yenidoğan, doğumdan itibaren ilk 28 günü kapsar. Ancak erken doğumlarda **düzeltilmiş yaşa** bu süre eklenir.
14. Yenidoğan yoğun bakım basamaklandırılmasında Sağlık Bakanlığının **2007/73** sayılı genelgesi esas alınarak;

Birinci seviye;

1. Doğum sonrası yenidoğan **resusitasyonunun** (*Doğum sonrası bir dakika süreyle, solunumuna pozitif basınçla yardım edilen veya kalp masajı ile birlikte yaşamsal destek için ilaç kullanılan, sorunsuz yenidoğanların 24 saatlik takibinin*) yapıldığı,
2. 35–37. haftalarda doğan **stabil pretermelerin bakıldığı,**
3. Hasta yenidoğanların ve 35 hafta altı pretermelerin uygun merkeze **transfer edilene kadar izlendiği,**

İkinci seviye;

1. 1000 gramın üstü prematürelilik apnesi olan, sıcaklığını koruyamayan, oral beslenemeyen, hasta yenidoğanların, detaylı ve nitelikli gözlem ve girişimlerinin yapılabildiği veya
2. 32 haftadan büyük yenidoğanlar ile prematürelilik apnesi olan, sıcaklığını koruyamayan, oral beslenemeyen, hasta yenidoğanların, detaylı ve nitelikli gözlem ve girişimlerinin yapılabildiği ve
3. **Yaşamsal destek** gereksinimi (solunum veya dolaşımın aletli desteği) bulunan yeni doğanların takip ve tedavisinin yapıldığı. Ünitelerdir.

Üçüncü seviye;

1. Altta yatan **özelliikli hastalığı** (sepsis, yaşamı tehdit eden Kompleks konjenital kalp hastalığı, konjenital diyafragma hernisi ...) veya
2. Birden çok uzmanlık dalını ilgilendiren **çoklu organ** işlev bozukluğu veya yetmezliğinin de dahil olduğu (sepsis, Hipoksik iskemik ensofalopati evre 2-3, dissemine intravasküler koagülopati ...) ya da
3. Çok düşük doğum tartılı yenidoğanların (**1000g altı veya 32 haftadan küçük**) kabul edildiği, en üst düzeyde tıbbi bakım ve tedavi yapılabildiği. Ünitelerdir.

COCUK CERRAHİSİ

1. Aynı taraftaki;
621510 kodlu "*Hidroselektomi (tek taraflı)*"

621520 kodlu "*Hidroselektomi ve hernioplasti*",
603780 kodlu "*İnguinal herni onarımı (tek taraflı)*" işlemlerinden biri ile birlikte aynı taraftaki 621680 kodlu "*Testiküler fiksasyon (tek)*." İşlemi ödenmez.

2. Çocuk servisinde yatarken, Ek-9 paket işlemine ait bir ameliyatın fatura edilmesi halinde; çocuk servisindeki ameliyat sonrası işlemler SUT 4.2.2.B-1-"Tanıya Dayalı İşlemlerin Kapsamı" ilkelerine göre değerlendirilir.
3. 619680 – 619670 Proksimal ve distal hipospadias onarımı, ayrıntılı epikrizde göre değerlendirilir. External meatus'un yeri açıkça epikrizde yazılmalıdır.
4. SUT'ta "YENİ DOĞAN UYGULAMALARI" bölümünde tanımlanan ve yenidoğan döneminde yapılan 530800 - 530980 kodlu işlemler, sadece yenidoğan döneminde faturalandırılabilir.
5. P621071 ve 621071 kodlu Sünnet ile P621070 ve 621070 kodlu "Fimozis açılması" işlemi birlikte faturalandırıldığında P621070 veya 621070 kodlu "Fimozis açılması" işlem ücreti ödenmez.
6. Üretra darlığı nedeniyle "dilatasyon programında olan kronik hastalar" hariç, 619750 kodlu "Üretra dilatasyonu" işlemi, sünnetle birlikte fatura edildiğinde ödenmez.

DAHİLİYE (İÇ HASTALIKLARI)

1. 905080 kodlu "*Monoklonal antikor (her biri)*" işlemini incelerken (akım sitometresi) ayrıntılı sonuç ile faturalandırılır. 904.920 kodlu "Lenfosit alt grupları" ile faturalandırılmaz. Açıklaması dikkate alınmalıdır.
2. 907200 kodlu "*CMV antijenemia viral yük (IFA)*" işlemi uzun süreli immüno-supresif tedavi alan hastalarda haftada bir kez Sonuç belgesi ile faturalandırılabilir.
3. Belirli bir tedavi protokolü kapsamında, sağlık kurulu raporunda belirtilmek şartıyla, günlük 250 mg ve üzeri steroid kullanılan **pulse-steroid tedavileri** (örn. SLE, vaskülitlerde olduğu gibi) gününbirlik tedavi kapsamında kemoterapi tedavisi olarak değerlendirilebilir.
4. **Folinik asit**in olduğu kemoterapi tedavi protokolleri **çoklu kemoterapi** olarak kabul edilir.
5. **Kemoterapi** tedavi protokolünde kaç tane kemoterapötik ajan var ise, o kadar infüzyon seti ücreti ödenir.
6. Tek **kemoterapi ilacı + steroid** uygulaması çoklu infüzyon kemoterapisi olarak kabul edilir. Kemoterapi protokolünde, steroid, antiemetik olarak veya yan etkileri önlemek amacıyla kullanılmamış ise, steroid de kemoterapötik ajan olarak kabul edilebilir.
7. 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.
8. Cushing sendromu tanısı alan hastalarda 802560 kodlu "*Petrozal sinüs kan örnekleme*" anjiyografi işlemini takiben istenen **ACTH, kortizol testleri** çoklu çalışılabilir.
9. Aldosteronizm tanısı alan hastalarda 802620 kodlu "*İki taraflı surrenal venografi*" işlem sonucu istenen, venöz örnekleme yoluyla çalışılan, **kortizol ve aldosteron** tetkiki dilüsyon yoluyla çoklu çalışılabilir.

10. Demir eksikliği anemisinde tedavinin izlemi 901220 kodlu "**Ferritin**" düzeyiyle yapılır, tedavinin 1. 3. ve 6. aylarda bakılabilir. B12 vitamini eksikliği tedavisi sırasında ise sadece tanı aşamasında bir kez 904150 kodlu "**Vitamin B12**" işlemi ödenmesi, tedavi sonrasında 1 sene sonra bakılması tıbben uygundur.
11. 901450- 901460 "Glikozile hemoglobin (**Hb A1C**)", 3 aydan daha sık sürelerle aynı merkezde bakılmışsa ödenmesi uygun değildir. Gebelerde gerekçe gösterilmek koşuluyla bu şart aranmaz.
12. Sadece **oral antidiyabetik** kullanan hastalarda günde en fazla iki kere kan şekeri tetkiki ödenir.
13. **Siklosporin düzeyi** otolog nakillerde bakılmaz.
14. 550750- 550830 kodlu "İntraspinal Sinir Blokları" başlığı altındaki işlemler, kateter takılması halinde sadece bir kere ödenir. Kateterin takılı kalması halinde diğer günler için sadece enjekte edilen ilacın ücreti ödenir, ayrıca kateter ücreti ödenmez.
15. Tiroid patolojisi düşünülen hastalarda 904030 "**TSH**", 903470 "**Serbest T3**" ve 903480 "**Serbest T4**" bakılabilir. 903910 "**Total T3 (TT3)**", 903920 "**Total T4 (TT4)**" ödenmez.
16. "Total IgE" normal değerlerde çıkması halinde de "Spesifik IgE" istenebilir ve ödenebilir.

ENFEKSİYON HASTALIKLARI

1. 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.
2. 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.
3. ANA sonucu (pozitif) olmadan **anti-ENA** ödenmez.
4. 905675 kodlu "**Balgam kültürü**"nde, üreme olmamışsa kültür ve boyalı mikroskopik inceleme ödenir, Hemofilis influenza ve mantar kültürleri ayrıca ödenmez. Üreme olduğu takdirde; kültür, boyalı mikroskopik inceleme, bakteri tanımlaması ve antibiyogram ödenir; epikrizde üreme olduğunun belirtilmesi halinde H. İnfluenza ve mantar kültürü de ödenir.
5. 905670 kodlu "**Boğaz kültürü**"nde kültürde üreme olmamışsa sadece kültür ödenir. Üreme olmuş ise antibiyogram veya bakteri tanımlanması ya da streptokok grup tayininden biri ödenir.
6. 905860- 905870 kodlu "**Direkt parazit incelemesi**" (cihazlı, manuel), gaitada amip giardia incelemesi ile birlikte fatura edilemez.
7. 905672 kodlu "**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 taktirde 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.

8. 905671 kodlu "**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.
9. **Kan kültürü**'nde her alınan kültür için ayrı ödeme yapılır.
10. **Kan kültüründe**, 906010 "Kan kültürü (aerob-anaerob)" ve 906020 "Kan kültürü (aerob-anaerob) otomatik" birlikte faturalandırılmaz. Üreme yok ise sadece kültür ödenir. Üreme var ise boyalı mikroskopik inceleme, bakteri tanımlaması ve antibiyogram ödenir.
11. 906040 kodlu "**Katalaz testi**" işlemi, 905680-905690 kodlu "Bakteri tanımlanması" işlemleri içindedir, ayrıca ödenmez.
12. Kültürler için, materyalin alındığı yer, tarih, üreme, antibiyogram sonucu epikrizde açıkça belirtilmelidir.
13. Kültürlere ilişkin FİK deki kısıtlamalar **immün yetmezliği olan, malignite hastalarında** geçerli değildir.
14. **Mantar kültürlerinde**, 906110 kodlu "Mantar aranması ve kültür" ile 906120 kodlu "Mantar kültürü" birlikte ödenmez. 906110 kodlu "Mantar aranması ve kültür" istenmişse boyalı ve boyasız mikroskopik inceleme ödenmez.
15. 906250 kodlu "**Solunum sekresyonlarının kantitatif kültürü**" ile birlikte Hemofilis influenza ve mantar kültürleri ayrıca ödenmez. Epikrizde üreme olduğunun belirtilmesi halinde H. İnfluenza ve mantar kültürü de ödenir. Ayrıca, Üreme olduğu takdirde kültür, boyalı mikroskopik inceleme, bakteri tanımlaması ve antibiyogram ödenir.
16. Üreme olmayan kültürlerde, tiplendirme, bakteri tanımlanması, antibiyogram, katalaz, ESBL ödenmez.
17. Yara kültürü, kulak kültürü, bos kültürleri, konjonktiva kültürlerinde üreme olmamışsa boyalı ve boyasız mikroskopik inceleme ve kültür ödenir. Üreme olmuş ise bunlara ek olarak bakteri tanımlanması ve antibiyogram da ödenir. Ayrıca yapılmışsa anerob kültür de ödenir.
18. 905676 kodlu "Vagen cerviks" kültür ve 905678 "Meni kültürü" işlemlerinde, Üreme olmamışsa; boyalı ve boyasız mikroskopik inceleme ve kültür ödenir, ayrıca mantar kültürü, 905940 "Gardnerella vaginalis kültürü" ve 905970 "Gonokok kültürü" ödenmez.
Üreme olmuş ise bunlara ek olarak bakteri tanımlanması ve antibiyogram ödenir. Eğer üreme olmuşsa mantar, gardnerella ve gonokok kültürlerinden üreyen ödenir. 905676 kodlu "Vagen cerviks" kültürü ayrıca ödenmez.

Bu kültürlere ek olarak 906190 "Mikoplasma kültürü", 906280 "Ureaplasma kültürü" ve 905800 "Chlamydia kültürü" ödenebilir. Üreme olup olmamasına bakılmaksızın 906270 "Trichomonas kültürü" ayrıca ödenmez.

FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON

1. SUT Ek-8'deki 7.5. FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON açıklamaları kısmında "701.580-701.730 arasındaki işlemler bir taneden fazla faturalanamaz (aksi belirtilmedikçe bu **değerlendirmeler** yalnızca Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon uzman hekimi tarafından uygulandığında faturalandırılabilir) dendiğinden fatura incelemelerinde bu husus dikkate alınmalıdır.

2. SUT Ek-8'deki 702090 – 702510 "Rehabilitasyon Uygulamaları" başlığı altındaki işlemler (*aksi belirtilmedikçe bu **değerlendirmeler** yalnızca Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon uzmanı tarafından uygulandığında faturalandırılabilir*), 702.130, 702.140, 702.170, 702.210, 702.230, 702.270, 702.310, 702.400, 702.410, 702.490 kodlu işlemler, *spor hekimleri tarafından yapılması halinde de faturalandırılabilir.*"denildiğinden fatura incelemelerinde bu hususlar dikkate alınmalıdır.
3. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon hastalıklarında değerlendirme tanıya göre yapılır. Hasta epikrizi (Çıkış Özeti) ve geçmiş operasyonlar v.b durumlar dikkate alınır.
4. FTR uygulamalarında (ayaktan veya yatan hastalarda) **tedavi kartlarında** yer alması gereken bilgiler , SUT 4.5.4.F-2 (3) maddesinde belirtilen şekilde değerlendirilmelidir.
5. SUT 4.5.4.F.2-1(4) maddesi gereği fizik tedavide seanslar başladıktan sonra zorunlu nedenlerle iki seans arasında en fazla 5 gün ara verilebilir.
6. Aynı gün içinde hastaya **hem fizik tedavi hem de rehabilitasyon** (iyileştirme) işlemi birlikte uygulandığında, sadece bir seans rehabilitasyon işlem ücreti ödenir.
7. Ayaktan FTR uygulamaları, SUT eki EK-9 Listesinde yer alan fiyatlar esas alınarak ödenir
8. FTR uygulamaları FTR bölümünce faturalandırılabilir. Ayrıca diğer bölümlerde yatan Ek-8'den fatura edilen hastalarda FTR uzman hekiminin konsültasyon sonucu imzaladığı **fizik tedavi kartı** görülerek SUT 4.5.4.F.2.2.(2) maddesi dikkate alınarak ödeme yapılır.
9. FTR'de bir seans bir gün içerisinde yapılabilecek **en az 60 dakikalık** işlemi ifade etmektedir.
10. Hastanın FTR tedavisine alındığı merkezde tedavisinin tamamlanması esas olup, ancak zorunlu hallerde tedavinin eksik kalan seansları bir başka merkezde tamamlanabilir.

GENEL CERRAHİ

1. Ameliyatta kullanılan **stapler** sayısı ve boyutları epikrizde ve/veya ameliyat notunda belirtilmeli, faturadaki malzemenin özellikleri ile tutarlılık aranarak (şekli, boyutu vs) ödemesi yapılır.
2. Cilt altından çıkarılan benign tümörler (lipom, sebace kist, pigmente lezyon vs.), Ek-8'deki 530230 kodlu "Kist/benign tümör çıkarılması" işlemi üzerinden fatura edilmesi halinde ödenir.
3. P618510 ve 618510 kodlu "Tiroidektomi (tamamlayıcı, total)" işlemi **nüks guatrlarda** ödenmez.
4. P603490 ve 603490 kodlu "Tümör eksizyonu, intratorasik, ekstrapulmoner" işleminde patoloji raporu, ameliyat raporu ve epikrizde göre karar verilerek ödeme yapılır.
5. P608120 ve P608130 kodlu "**Kistik higroma** eksizyonu..." işlemlerinde fatura eki belgelerde patoloji tanısı , **patoloji raporu** yer almalıdır.
6. P607920 ve 607920 kodlu "**Varislerde** sklerozan madde enjeksiyonu (seansı)" işlemi en fazla 4 seans ödenir.
7. 701300 "Endoskopik biliyer dilatasyon",
701320 "Endoskopik biliyer stend yerleştirilmesi",
701360 "Endoskopik retrograd kolanjio-pankreatografi",

701370 "Endoskopik sfinkterotomi",

701440 "Koledokdan balon veya basketle taş çıkarılması" işlemleri birlikte fatura edilmesi halinde 1. işlemin fiyatı yüksek olanın %100'ü, diğer işlemlerin %30'u üzerinden ödeme yapılır. (SUT 4.2.2.A-(5).maddesi)

8. P610490 kodlu "Fissürektomi" ile birlikte P610610 kodlu "Sfinkterotomi" işlemleri ayrıca faturalandırılmaz ve ödenmez.
9. Anal bölge ameliyatları aynı seansta yapıldığında SUT 4.2.2.-A-(5) ve 4.2.2-B-(3) maddelerine göre ödeme yapılır.
10. Aynı faturada 701450 kodlu "Kolonoskopi, total" ve 701460 kodlu "Kolonoskopik polipektomi" işlemleri birlikte fatura edilemez, edilmesi halinde bir tanesi ödenir.
11. SUT4.2.(1) gereği SUT ve eki listelerde yer almayan teşhis ve tedavi yöntemlerinin ücreti ödenmez. SUT'ta **laparoskopik ameliyat** olarak belirtilenlerin **dışındaki ameliyatların** laparoskopik yöntemle yapılması ve faturalandırılması halinde ödeme yapılmaz.
12. Rutin ameliyat yaralarında **yara bakım ürünlerinin** fatura edilmesi, bu ürünlerin kesinti nedenidir. SUT "7.3.4. Yara Bakım Ürünleri" maddesine göre düzenlenen sağlık kurulu raporuyla ödeme yapılır.
13. 803190 kodlu "Perkütan radyofrekans ablasyon tedavisi (RF)" işleminde (KC metastatik tümörü) epikrizde aşağıdaki bilgilerle birlikte değerlendirilmesi gerekir.
 - lezyon sayısı 3 veya daha az olmalı
 - her lezyon çapı 3 cm'den küçük olmalı
 - ekstrahepatik metastaz olmamalı
 - cerrahi müdahale yapılamayan hasta olmalı
 - hepatik hilusa ve safra kesesine yakın lezyon olmamalıdır.
14. Hemodiyaliz için yapılan **A-V fistüller** sadece P607600 kodlu "Hemodiyaliz amacıyla A-V fistül/şant yapılması veya kapatılması" işleminden ödenir.

GÖĞÜS CERRAHİSİ

1. Epikrizde ve ameliyat raporunda işlemin **tedavi amaçlı** yapıldığı belirtilmişse P608960 kodlu "Wedge rezeksiyon (tek veya çok sayıda)" işlemi ödenir. **Biyopsi amaçlı** yapılması halinde P608860 kodlu "Torakotomi, sınırlı, akciğer veya plevra biyopsisi için" işlemi üzerinden ödeme yapılır. P608960 ve P608860 kodlu işlemler birlikte fatura edilemez.
2. **İntraplevral lavaj işlemi** ilk yapıldığında 608630 kodlu "İntraplöröl lavaj (her tür teknikle)" işlemi olarak kateter takılma işlemi + lavaj olarak kabul edilmeli, daha sonra lavaj işlemi gerektiğinde 701180 kodlu "Plevra boşluğunun lavajı" işlemi olarak ödeme yapılmalıdır.
3. Aynı gün yapılan intraplevral lavaj ve **kimyasal plörodez** varsa, sadece 608650 kodlu (*Kimyasal plörodez, ayrıca tüp torakostomi/kateter torakostomi eklenecek*) işlemi ödenir.
4. **Kalıcı tünelli kateter takılması** işlemi P603260 kodlu "Fasiotomi" işlemi üzerinden fatura edilmesi halinde, sadece 530670 kodlu "Kalıcı tünelli kateter yerleştirilmesi" işlemi ücreti ödenir.
5. P603490 kodlu "**Tümör veya kist eksizyonu**" işlemi sadece derin, subfasiyal veya intramuskuler olması durumunda ödenir.

6. Fırça biopsiler invaziv işlem olmadığı için, fırça biopsisi alınması durumunda, P608320 kodlu "Bronkoskopi, biyopsi veya yabancı cisim çıkarılması amacıyla" işlemi fatura edilse bile, P608310 kodlu "Bronkoskopi, tanısal (fleksble/rijit), bronşial lavaj ile birlikte veya değil" işlemi üzerinden ödeme yapılır.
7. P608900-P608950 Videotorakoskopik işlemlerde ve açık cerrahide fatura edilen **stapler**ler v.b. malzemelerin ameliyat notlarında boyut-numara v.s. ile birlikte yer alması gerekir. Fatura edilen malzemeler epikrizde ayrıntılı olarak mevcut değilse kesinti nedenidir. Ultrasonik makaslar ödenmez.
8. Ek-8 ameliyatlarında, 702480 kodlu solunum egzersizleri, 702430 kodlu pulmoner rehabilitasyon, 702210 kodlu ev programı/aile eğitimi ve 702390 kodlu postural drenaj gibi **FTR uygulamaları**, FTR uzmanı konsültasyonunda belirtilmiş olması halinde ödenir.
9. 702430 kodlu "Pulmoner rehabilitasyon" işleminin yanında SUT'da "Bununla diğer rehabilitasyonlar faturalanamaz" uyarısı olduğuna dikkat edilmelidir.
10. Hiperhidroz tanısı ile P608940 kodlu "Videotorakoskopi, torakal sempatektomi" işlemi yapılması durumunda sağlık kurulu raporu istenir.
11. P603320 kodlu "Mediasten kist/tümör eksizyonu" ve P603330 kodlu "Mediastinal tümör eksizyonu, malign" işlemler ile birlikte P603350 kodlu "Mediastinotomi ile eksplorasyon" işlemi fatura edilemez.

GÖĞÜS HASTALIKLARI

1. Fırça biopsiler invaziv işlem olmadığı için, fırça biopsisi alınması durumunda, P608320 kodlu "Bronkoskopi, biyopsi veya yabancı cisim çıkarılması amacıyla" işlemi fatura edilse bile, P608310 kodlu "Bronkoskopi, tanısal (fleksble/rijit), bronşial lavaj ile birlikte veya değil" işlemi üzerinden ödeme yapılır.
2. 608310 "Bronkoskopi, tanısal (fleksble/rijit), bronşial lavaj ile birlikte veya değil", 608320 "Bronkoskopi, biyopsi veya yabancı cisim çıkarılması amacıyla", 608330 "Bronkoskopik laser/koter/diatermi,", 608340 "Bronkoskopi, eksizyon dışı bir metodla tm destrüksiyonu/stenozun açılması", 608350 "Bronkoskopi, trakeal dilatasyon ve trakeal stent yerleştirilmesi ile birlikte" işlemleri gibi bronkoskopik işlemler, Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi uzmanları dışında yapıldığı takdirde ödenmez.
3. 608320 ve P608320 kodlu "*Bronkoskopi, biyopsi veya yabancı cisim çıkarılması amacıyla*" kodlu işlemler, biyopsi amacıyla yapılmışsa **biyopsi raporu** fatura ekinde olmalıdır.
4. 700050 kodlu "Deri prick testi (herbiri)" "*Ayrıntılı sonuç belgesi istenir. Maksimum 10 adet faturalandırılabilir. Sadece dermatoloji, göğüs hastalıkları, erişkin/ çocuk allerji veya immünoloji uzman hekimlerince istenilmesi halinde faturalandırılabilir.*"
5. 701120 "Eforlu solunum testi" veya 701130 "Egzersiz Testi (6 dakika)" bir yatış döneminde en fazla 2 kez ödenir.
6. 701190 "Plevral drenaj, pleurocan ile" birlikte ayrıca 530420 "Torasentez" fatura edilemez.

7. 903710 "Spesifik IgE (5'li mikS)", 903720 "Spesifik IgE'ler", için çalışılan yöntem sonuç belgesinde belirtilmelidir. **Strip testler ve kalitatif testler ödenmez.** Kantitatif testler (ELISA, RAST metodu ile) denir. SUT Ek – 8 ‘deki metni dikkate alınır.
8. Akciğer tüberkülozu düşünülen hastalarda, ARB (pozitif) ve tedaviye dirençli Tbc düşünülmesi durumunda PCR tetkikleri ödenir. Plevral sıvı etiyolojisi ya da doku tanısı gereken durumlar gibi istisnai durumlar epikrizde açıklanmalıdır.
9. Akciğer tüberkülozu kültüründe üreme yoksa, tiplendirme ve rezistans ödenmez.
10. Akut dönemdeki hastalarda Solunum Fonksiyon Testi değerleri de düşükse Bronş Provokasyon Testi denmez.
11. Deri prick testi pozitif olan hastalarda, aynı allerjenlerle ilişkili spesifik IgE testleri ödenmez. (İlaç, latex, arı allerjileri hariç...)
12. Servislerde uygulanan monitörizasyon için epikrizde gerekçe yazılmalıdır. Aksi taktirde ödenmez.
13. Serviste yatan hastalarda derin trakeal aspirasyon ödenmez. (Trakeostomi vb. durumlar hariç)
14. Spirometre ile Solunum Fonksiyon Testi ve reversibilite testi aynı seansta yapıldıysa **basit spirometri** ayrıca ödenmez.
15. SUT Ek-8'deki "*Laboratuvarda Yapılan Uyku Araştırmaları*" (poligrafik uyku tetkiki) işlemlerinde, işlemin yapıldığı güne ait yatak creti ödenmez. zet raporu fatura ekinde gönderilmelidir.
16. 804070 "*BT, toraks*", 804150 "*BT, yüksek rezolusyonlu akciğer*" ve 804160 "*BT, yüksek rezolusyonlu akciğer, ekspratuvar*" işlemi aynı günde fatura edilmesi halinde belirtilen endikasyona göre işlemlerden yalnız biri ödenir. Raporun faturaya eklenmesi gereklidir.

GÖZ HASTALIKLARI

1. Görüş alanına engel yaratan **pseudopitozis** tedavisi P616550 kodlu "*Görüş alanına engel yaratan pseudopitoz tedavisi*" işlemi için kapağın **pupil alanını ne kadar rttğnn** epikrizde belirtilmesi, hasta yaşı ve fotoğrafları ile değerlendirilmesi gerekir.
2. P616640 kodlu "*Kapak tümörü ameliyatı*" işleminde endikasyonun değerlendirilebilmesi için epikrizde kitlenin boyutları, lokalizasyonu, hasta şikayetleri, öykü ve patoloji raporu gerekir.
3. P616800 kodlu "*Göz yaşı yolları entübasyonu*" ve P616810 kodlu "*Göz yaşı yolları entübasyonu ve alt konka kırılması*" işlemlerinde **silikon tüp** malzemesinin barkodu istenmelidir.
4. P616880 kodlu "*Nazolakrimal kanal oklüzyonuna girişim-probing*" işlemi punktumdan itibaren alt meatusa kadar olan bölümü içerdiğinden, **ocuk yaş grubu dışında** denmesi uygun değildir.
5. 616890 kodlu "*Punktum dilatasyonu, lavaj*" işlemi, punktumdan başlayıp common canalicul ve keseye kadar olan dilatasyon-probing işlemini kapsadığı için ameliyat notunda buna dikkat edilerek 616800-616810 kodlu "**Göz yaşı yolları entübasyonu**" işlemi şeklinde faturalandırılmamasına dikkat edilmelidir. Mükerrer işlemler olup olmadığı takiplerden kontrol edilmelidir.

6. P617090 kodlu "Konjonktivadan kist ve tümör çıkarılması" işleminde mutlaka patoloji raporu istenmelidir. Konjonktivadan kist eksizyonu için lezyonun lokalizasyonu ve büyüklüğünün epikrizde belirtilmesi gerekir.
7. 617110 kodlu "Konkresyon küretajı, 617100 kodlu "Konjonktivadan yabancı cisim çıkarılması" ve 617140 kodlu "Korneadan yabancı cisim çıkarılması" işlemlerini sıkça faturalayan merkezler incelemeye alınmalıdır.
8. Katarakt cerrahisi yapılan hastaların epikrizlerinde; görme dereceleri, muayene bulguları, detaylı ameliyat notu istenmeli ve **görme derecesinin 0.4-0.6 altında** olup olmadığı, ameliyatta intraoküler lens yerleştirilip yerleştirilemediği kontrol edilmelidir. **İntraoküler lens** iyileştirici protez olduğundan barkodu ve UBB kayıtları istenmelidir. Paket ameliyat kurallarına göre hasta takipleri yapılarak 15 gün içindeki kontrol muayeneleri, 15. günü geçmiş ise bile ilk kontrol amaçlı olduğu düşünülen muayeneler ve komplikasyonlar faturalandırılmaz. İntraoküler lens yerleştirilemeyen vakalar için sadece 617430 - 617440 kodlu lens ekstraksiyonu fatura edilmesi gereklidir.
9. **Rektus kaslarına geriletme-rezeksiyon** yapılan aşağıdaki işlemler için detaylı ameliyat notu istenmeli, hangi kaslara ve ne oranda müdahale edildiği incelenerek buna göre fatura değerlendirilmelidir:
P616910 "Rektuslara geriletme veya rezeksiyon, her biri"
P616920 "Rektuslara geriletme ve rezeksiyon"
P616930 "Her iki gözde birer rektusa geriletme ve/veya rezeksiyon"
P616960 "Adele transpozisyonu"
P616980 "Faden ameliyatı"
P616990 "Nystagmus cerrahisi, her iki gözde tüm horizontal kaslara geriletme"
10. 617630 kodlu "**Fotokoagülasyon** (seansı)" işlemi için teşhisin yer aldığı, yapılan tedavinin şut sayısı, spot çapı ve süresinin belirtildiği bilgiler fatura eki belgede yer almalıdır. Hasta takiplerinden seans sayısı kontrol edilmeli, panretinal fotokoagülasyon işleminin her bir göz için 5 seans ve üzerinde tamamlandığı ya da ek lazer tedavisi gereken durumlarda bunu açıklayan sağlık raporu istenmelidir.
11. Tüm **vitroretinal cerrahi** işlemlerde ayrıca fotokoagülasyon ödenmemelidir. Vitroretinal cerrahide kullanılan malzemeler, alış faturaları ve UBB kodları ve operasyonda kullanılıp kullanılmadığı ve uygun sayıda fatura edilip edilmediği kontrol edilerek ödenmelidir.
12. **Trikiyaziste** 617630 kodlu "Fotokoagülasyon (seansı)" işlemi ödenmez. 616500 kodlu "Distikiyaziste uygulanan elektroliz ameliyatı" işlemi üzerinden ödenir.
13. P617170 kodlu "**Limbal Kök Hücre Transplantasyonu**" işlemi 3. basamak dışında bir merkezde yapılması halinde, sağlık hizmet sunucusundan **yapılabildiğini** gösterir gerekli bilgi ve belgeler istenmelidir.

KARDİYOLOJİ

1. 700510 kodlu "Telemetrik kardiyak monitorizasyon (24 saat)" işlemi 530330 kodlu "Monitorizasyon, günlük" işlemi ile birlikte faturalandırılması halinde, epikrizde yapılaş gerekçesi yazılmak kaydıyla sadece 530330 kodlu "Monitorizasyon, günlük" işlem bedeli ödenir.
2. 700620 kodlu "Ekzersiz (eforlu) veya **farmakolojik stres** ekokardiyografi" işleminin ödenebilmesi için kullanılan farmakolojik stres ajanının ve tıbbi gerekçesinin epikrizde belirtilmesi gerekir.

3. 800800 kodlu "Miyokard perfüzyon GATED SPECT Tc-99m kompleksleri ile" ile 800830 kodlu "Miyokard perfüzyon sintigrafisi (SPECT) Tc-99m kompleksleri ile" veya 800750 kodlu "Miyokard perfüzyon sintigrafisi (SPECT) Tl-201 ile" ile 800810 kodlu "Miyokard perfüzyon GATED SPECT Tl-201 ile" birlikte fatura edildiğinde; işlem bedelleri ayrı ayrı, ödenir.
4. Miyokard perfüzyon sintigrafisi (MPS) sonrası yapılan GATED raporunda, LV duvar hareketleri ve EF hakkında bilgi bulunmalıdır.
5. 802350-802890 kodlar arası "Periferik anjiyografi" işlemleri Kalp ve Damar cerrahisinin bulunduğu merkezlerde Girişimsel Radyoloji uzmanı tarafından yapılması halinde ödenir.
6. 903160 kodlu "**Pro BNP**" 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.
7. Anjiyografi/aortografi'yi takip eden ve aynı seansta kardiyologlar tarafından yapılan periferik anjiyografiler (örneğin renal angio vb..) ödenmez. Aynı seansta radyologlar tarafından yapılan aort sonrasını içeren bölge periferik anjiyografileri (**802350-802890 arası işlemler**) aynı seansta birden fazla yapılan işlem esasına göre ücretlendirilir.
8. **Başarısız PTCA** işleminde, PTCA fatura edildiğinde, koroner damara yerleşilmemişse hiç ödeme yapılmaz
9. **BT anjio** veya **MR anjio** yapılan hastalarda işlem bedellerinin ödenebilmesi için epikrizde endikasyonun açıkça belirtilmesi gerekmektedir.
10. 901680 kodlu "**Homosistein**" işleminin tanı ve/veya tedavi takibinde tıbbi etkinliği açık olmadığı için fatura edilmesi durumunda ödenmez.
11. Koronerler için, 803870 kodlu "BT, 3 boyutlu görüntüleme" işlemi ile birlikte; 803880 kodlu "**BT, anjiyografi**, tek anatomik bölge için" ve/veya 803970 kodlu "BT, kantitatif tomografi (kals. skor., BTBMD gibi)" işlemleri fatura edilmesi halinde, sadece 803880 kodlu tek işlem bedeli ödenir.
12. 902530 kodlu "**Mikro CRP**" işlemi kardiyolojide fatura edilmesi halinde, tıbbi endikasyonun uygun olması durumunda Sensitif CRP veya CRP kodu üzerinden ödeme yapılır.
13. P700811 kodlu "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.
14. P701030- P701061 arası kodlu "**Ablasyon**" işlemlerinde fatura eki belgelerde endikasyon aranır. P701010-P701011 kodlu "EFÇ" ücreti ayrıca ödenmez. Yapılan ablasyon işlemine uygun kateter ücreti ödenir.
15. Yoğun bakım şartlarında uygulanabilecek işlemlerden NİKAH (Noninvaziv Kardiyak Hemodinami) içeren kodlar yoğun bakım paketine dahildir.
16. SUT Ek-8 de 700470 "Ambulatuvar kan basıncı ölçümü (24 saat)", 700510 "Telemetrik kardiyak monitorizasyon (24 saat)" ve 700540 kodlu "24 saat EKG kaydı (Holter)" işlemlerin **22** saat altında uygulanması durumunda ödenmez.
17. **İlaçlı stent** bedelleri Kurumca ödenmez. (SUT 7.1.(18) maddesi ve Fiyatlandırma Daire Başkanlığı 24.12.2008 tarihli dağıtımly yazısı)

18. Ek-8 ve Ek-9'daki "Tanısal Kalp Kateterizasyonu" , "Tedavi Amaçlı Kalp Kateterizasyonu" ve "Elektrofizyolojik Çalışma (EFÇ) ve Ablasyon" başlığı altındaki işlemler sırasında hastaya cerrahi bir işlem gerekmesi halinde cerrahi işlem ücreti ödenir.

KALP DAMAR CERRAHİSİ

1. Koroner anjiyografi (selektif KAG) sonrası hastanın kardiyolojiden Kardiyovasküler Cerrahi'ye "koroner arter bypass grefti (CABG)" için yatırılıp işlem yapmadan taburcu edilmesi, gerekçesi epikrizde detaylı şekilde açıklanmadıysa Kardiyovasküler Cerrahi'de yapılan işlemler kesilmelidir.
2. Koroner anjiyografi'nin Kardiyovasküler Cerrahi branşına ait bir işlemle birlikte fatura edilmesi , Kardiyoloji Uzmanı tarafından yapılması koşuluyla kesinti nedeni değildir.
3. SUT "19.9. Kardiyak risk skorlaması"nda puan verilen her madde için veri, epikriz veya ek belgelerde yer almalıdır. Verilerle desteklenmeyen puanlar dikkate alınmaz.
4. Ek-8'deki "LAZER TEDAVİ UYGULAMALARI" başlıklı işlemlerin Kardiyovasküler Cerrahi branşında tedavide yeri olmadığından, Kardiyovasküler Cerrahi vakalarında ödemesi yapılmaz.
5. 802890 kodlu "Periferik aterektomi, trombektomi veya lazer, tek lezyon" işlemi Kardiyovasküler Cerrahi branşında fatura edildiyse, fatura ekinde radyoloji uzmanının işlem raporu aranır.
6. P604910 ile başlayan "Koroner arter by-pass" işlemlerinde greft sayısı ücrete esas alınmaktadır. Ancak sequential işlemlerde, distal anastomoz sayısı kaç damarı ilgilendiriyorsa "koroner grefti" sayısı olarak değerlendirilmelidir.

KULAK BURUN BOĞAZ

1. P601290 kodlu "Açık rinoplasti ile total septal rekonstrüksiyon" ve P601320 kodlu "Burun eksternal cerrahisi" işleminde, preoperatif **iki yönlü hasta resimleri** sağlık kurulu raporunun ekinde bulunmalıdır.
2. P601310 ve 601310 kodlu "Burun eksternal cerrahi onarımı, greft-flepli" işleminde ameliyat notunda detaylı bilgi olmalıdır.
3. P601360 ve 601360 kodlu "Burun rekonstrüksiyonu, parsiyel", P601370 ve 601370 kodlu "Burun rekonstrüksiyonu, total", P601430 ve 601430 kodlu "Kemik ve kıkırdak kaybı içeren ağır 'saddle nose' deformitesi onarımı" işlemlerinde preop **iki yönlü hasta resimleri** olmalı ve ayrıntılı rapor yazılmalıdır.
4. P601420 ve 601420 kodlu "Burundan yabancı cisim çıkarılması, cerrahi" işleminde anestezi uygulandığını gösterir ayrıntılı ameliyat notu olmalıdır.
5. **Burun kırıklarında**, ameliyat notu bilgileri dikkate alınmalıdır. Cerrahi bir işlem yapıldıysa P601480 ve 601480 kodlu "Septal fraktür onarımı" işlemi, **nasal repozisyon** işlemi yapıldıysa P601500 ve 601500 kodlu "Nazal fraktür onarımı" işlemi üzerinden ödeme yapılır.

6. P601510 ve 601510 kodlu "Nazal polipektomi" işleminde koronal planda tomografi raporu veya patoloji raporu olmalıdır.
7. Cerrahi işlemlerin kısıtlamaları ve açıklamaları, işlemlerin endoskopik yapılması halinde de geçerlidir. (Örneğin P601620 ve 601620 kodlu "Septoplasti veya SMR" işleminin yanındaki açıklamalar, P602290 ve 602290 kodlu "Endoskopik septoplasti" işlemlerin açıklamaları için de geçerlidir.)
8. P601700 ve 601700 kodlu "**Boyun eksplorasyonu**" işleminde;
Lezyonun seviyesi önemlidir.
Bu yüzden görüntüleme yöntemi (USG, BT veya MR gibi) sonucu olmalıdır.
Lezyonun yüzeysel veya derin olduğu anlaşılmalıdır.
Çıkarılan materyal varsa patoloji sonuç raporu olmalıdır.
Yapılan ameliyatın notu eksplorasyonla uyumlu olmalıdır.
Eksplorasyon amaçlı operasyonlar, boyun yaralanmaları ve postop kökeni belirsiz kanamalar için uygulanır.
9. P601800 ve 601800 kodlu "**Kordektomi veya stripping**" işlemi tümör amacıyla yapıldığında preop ve/veya postop patoloji raporu aranmalıdır.
10. P601960 ve 601960 kodlu "Larinks papillomu" için patoloji raporu gerekli ve geçmiş tanıları sorgulanmalıdır.
11. P602320 ve 602320 kodlu "**Fonksiyonel endoskopik sinüs cerrahisi, çift taraf**", P602330 ve 602330 kodlu "Fonksiyonel endoskopik sinüs cerrahisi, tek taraf" işlemleriyle birlikte P602070 ve P602080 kodlu "**Caldwell-Luc ameliyatı**" fatura edilemez.
12. P602390 ve 602390 kodlu "**Adenoidektomi ve tüp**", P603100 ve 603100 kodlu "Tonsillektomi ve adenoidektomi ve tüp" işlemlerinde timpanometri veya odinoloji raporu eklenmelidir.
13. P602400 ve 602400 kodlu "**Ağız içi ve etrafı benign tümörlerinin rezeksiyonu**" işleminde patoloji raporu mutlaka olmalıdır. Lezyon tanımlanmamış ve bu işlem için uygun değilse P600150 ve 600150 kodlu "Yanaktan tümör rezeksiyonu, primer onarım" işleminden ödenmelidir. P602400 kodlu "Ağız içi ve etrafı benign tümörlerinin rezeksiyonu" işlemi genel anestezi altında 3-4 cm den büyük benign tümörler için patoloji raporu eşliğinde fatura edilirse ödenebilir.
14. P602830 ve 602830 kodlu "Hipertrofik lingual frenulum düzeltilmesi" işleminde genel anestezi altında ve z-plasti tekniği ile yapıldığına dair ameliyat notu bilgisi olması halinde ödeme yapılır.
15. KBB vakalarında lezyonlardan bahsedilirken boyut ve şekil bilgisi epikrizde olmalıdır. (Örn: Dil lezyonu ? Fibrom mu? Hemanjiom mu? 0,5 cm mi? 3 cm mi?)
16. Tüm **endoskopik sinüs cerrahilerinde**, tomografi raporu ve ayrıntılı ameliyat notu bulunmalıdır.
17. P602230 ve 602230 kodlu "**Endoskopik konka bülloza rezeksiyonu**" işleminde tomografi ve/veya patoloji raporu olmalıdır.

18. Standart ameliyatlardan dışında kalan özellikli ameliyatlarda ya da fiyatlandırma farkı olan ameliyatlarda, ameliyat notu daha ayrıntılı olmalıdır.
19. P618080 ve 618080 kodlu "Dış kulak yolu, yabancı cisim çıkarılması, cerrahi" işleminde epikrizdeki nota göre, cerrahi mi? yoksa değil mi? değerlendirilmelidir. Epikrizde anamnez, anestezi, yapılan cerrahi işlemin ayrıntısı, yabancı cismin ne olduğu belirtilmelidir.

KADIN HASTALIKLARI VE DOğUM

1. P619920 kodlu "Normal doğum" veya P619910 kodlu "Müdahaleli doğum", sezaryana dönüştüğünde sadece P619930 kodlu "Sezaryan" creti ödenir. Sezaryanda **prostaglandinlerin** kullanımı paket işleme dahildir, ayrıca ödenmez.
2. Doğum ücretlerine bebeğin **rutin yenidoğanın muayenesi** dahildir.
3. P620020 kodlu "Bartholin kisti çıkarılması",
P620050 kodlu "Endometrial biyopsi",
P620101 kodlu "Bumm küretaj",
P620110 kodlu "Servikal biyopsi",
P620140 kodlu "Servikal polip çıkarılması",
P620150 kodlu "Servikal polipektomi ve tanısal küretaj" ve
P620160 kodlu "Terapötik küretaj" işlemlerinde **patoloji raporu** aranır.
4. P620130 kodlu "**Servikal koterizasyon**" işleminde fatura eki belgelerde smear sonucu olmalıdır.
5. 12 hafta üzerindeki **tbbi tahliyelerde** P620101 kodlu "Bumm küretaj" pakete dahil kabul edilerek ayrıca faturalanamaz.
6. P620520 kodlu "Endometrioma + endometriozis operasyonu" ameliyatlarında, yapılan tüm batın içi yapışıklıkların ayrılması ve overe ait işlemler, bu işlemin içerisindedir ve ayrıca faturalandırılmaz.
7. 803650 kodlu "**Ftal biyometri ve biyofizik skrolama**" işlemi, 32. haftadan kk gebelerde denmemelidir. 32. haftadan büyük gebelerde tbbi endikasyon varsa ve işlem sonucu epikrizde belirtilmişse ödenmelidir.
8. 704530 kodlu "**NST**" işlemi günlük en fazla bir kez faturalandırılabilir.
9. 704541 kodlu "**Sürekli fetal monitorizasyon**" işlemi **doğum travayı** takibinde uygulanır.
10. P620470 kodlu "Vaginal Rekonstriksiyon, deri greft ile" işleminde greft alınması pakete dahildir.
11. P620620 kodlu "Postpartum tpligasyon" işleminde belirtilen sezeryan ile yapılan tp ligasyonudur ve sağlık kurulu raporu aranır. Normal ve müdahaleli doğum sonrası tp ligasyonu yapıldıysa P620560 kodlu "Mini laparotomi ile tpligasyon" veya P620550 kodlu "laparoskopi tpligasyon" işlem creti ödenir ve rapor aranmaz.
12. P620701 kodlu "**Debulking operasyonu**" işlemi, karın ve pelvis içinde invaze tmrl görünen **tüm dokuların** ıkarılmasıdır.

13. P620950 kodlu "**Wertheim** ameliyatı (radikal histerektomi)" işlemi serviks kanser operasyonudur. Histerektomi ile beraber vajenin 1/3 üst kısmı çıkarılması ve üreter diseksiyonu yapılmasıdır.
14. SUT "4.5.4.K.1 IVF " maddesine göre **2 (iki) siklustan sonrakilerinin** fatura edilmesi halinde ödeme yapılmaz.

NÖROLOJİ

1. 701690 kodlu "**Nörofizyolojik değerlendirme**" işlemi (Spor Hekimi tarafından yapılabildiğinden) nöroloji branşında fatura edilmesi halinde ödenmez.
2. 702840 kodlu "Poligrafik uyku tetkiki + Bacak EMG kaydı" ve 702880 kodlu "Poligrafik uyku tetkiki + Solunum kayıtları + Bacak EMG kaydı" işlemlerinin fatura eki belgelerde ya da epikrizde endikasyonlarının açık bir şekilde belirtilmesi halinde, değerlendirilerek ödemesi yapılır.
3. 703000 kodlu "Aktivasyonlu EEG" işleminin ödenebilmesi için sonuç raporu ve kullanılan farmakolojik aktive edici ajanın adı fatura ekli belgelerde olmalıdır. Fotik veya hiperventilasyonla yapılan aktivasyonlar 703020 kodlu "Rutin EEG (çocuk-büyük)" işleme dahildir.
4. 703130 "EMG genel tarama (üç ekstremitte)" işlemi fatura edilirse ödenmez. Hastanın epikrizinde ya da muayene sonuç kısmında belirtilen tanıya ilişkin SUT'ta yer alan EMG kodları üzerinden, fatura eklerinde sonuç belgesi olması halinde ödeme yapılır.
5. 703240 kodlu "Refleks çalışmaları (her bir refleks)" işlemi birden fazla fatura edilse bile tek işlem ücreti ödenir. Diğer EMG lerle birlikte fatura edilirse EMG ücreti ödenir, 703240 ücreti ödenmez.
6. 703390 kodlu "Motor uyarılmış potansiyeller, üst **ve** alt ekstremiteler" ve 703400 kodlu "Motor uyarılmış potansiyeller, üst **veya** alt ekstremiteler" işlemleri üst ve alt ekstremiteler için olan kod üzerinden **tek** ödenir.
7. 703420 kodlu "Somatosensoryel UP (SEP), üst **ve** alt ekstremiteler" ve 703430 kodlu "Somatosensoryel UP (SEP), üst **veya** alt ekstremiteler" işlemleri üst ve alt ekstremiteler için olan kod üzerinden **tek** ödenir.
8. 703440 kodlu "Vizüel UP (VEP)" işlemi, iki göz için ayrı ayrı faturalandırılmaz, tek ödeme yapılır.
9. 703460 kodlu "Botulinium toksini enjeksiyonu, bölgesel (ilaç hariç)" işlemi, birden fazla fatura edilse bile **tek** ödeme yapılır.
10. 804220 kodlu "MR, diffuzyon" ve 804340 kodlu "MR Anjiyografi" tetkiklerinin ödenebilmesi için epikrizde veya muayene sonuç belgelerinde gerekçeleri belirtilmediği ve sonuç raporu olmadığı durumlarda ödeme yapılmaz.

ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ

1. Tıbbi olarak kalkaneus ve fibula, **orta kemik** olarak değerlendirilir.
2. İnterfalangeal eklem, **küçük eklem** olarak değerlendirilir.
3. Malleol kırıkları ve epikondil kırıkları **orta kemik** kodlarından ödenir.

4. Kırıkların kapalı redüksiyonu ve ortopedi ameliyatlarında **alçı ve atel** ücreti ayrıca ödenmez.
5. Ek-8'deki 610950, 610960 ve 610970 kodlu Ek-9'daki P610950, P610960 ve P610970 işlemler **parmak kırıklarında** ve ana cerrahi işlemle birlikte ödenmez.
6. P611010 kodlu "Büyük kemik kırıkları cerrahisi+ damar sinir eksplorasyonu" işlemi ameliyat notuna göre değerlendirilir.
7. 530560 kodlu "Yara **debridmanı**" işlemi çıkıkların cerrahi tedavisine dahildir, ayrıca ödenmez.
8. P611320 kodlu "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 ücreti ödenir.
9. P612390 kodlu "Dirsek artroplastisi revizyonu, total", P612471 kodlu "Kalça asetebular revizyonu (parsiyel)", P612472 kodlu "Kalça femoral sistem revizyonu (parsiyel)", P612480 kodlu "Kalça revizyon artroplastisi, total", P612490 kodlu "Kalça revizyon artroplastisi, total", P612540 kodlu "Omuz artroplastisi revizyonu" ve P612440 kodlu "Diz artroplastisi, total revizyonu" işlemlerinde **implant çıkarma** işlemi ayrıca ödenmez.
10. **Ortopedik onkoloji** başlığı altındaki (P614350- P614550) işlemleri patoloji raporu ile değerlendirilir.
11. **Ampute parmak tedavisinde** cilt grefti yapıldığında, ayrıca P611700 kodlu "Güçük kapatılması" ücreti ödenmez.
12. Ayaktan vakabaşı muayenelerde 550360 kodlu "**Eklem içi enjeksiyon, ağrı tedavisi**" vaka başı ücretine dahildir.
13. Küçük kemik kırıkları cerrahisinde (falanks, metakarp, metatars kırıklarında) plak-vida uygulaması hariç, yapılan **K-W uygulamalarında** P611660 kodlu "*El kemikleri kırıkları için K-W uygulaması*" işleminden ödeme yapılır.
14. P614610 kodlu "Masif allogreft ile rekonstrüksiyon" ve P614580 kodlu "Kemik defektlerinin yonga greft ile doldurulması" işlemleri ödenmez. (Allogreft ve otogreft alma işlemlerinin ücreti ödendiğinden)

PATOLOJİ

1. 911160 kodlu *Histokimyasal Boyamalar*, 911170 kodlu *İmmünfloresan Mikroskopisi* ve 911180 kodlu *İmmünhistokimyasal İnceleme* işlemlerinin ödenebilmesi için her bir test ve boyama için değerlendirme sonuçlarının ayrı ayrı raporda belirtilmiş olması gerekmektedir.
2. Epikriz veya diğer fatura eki belgelerde patoloji sonucunu gösteren yeterli bilgi eklenmemişse ödeme yapılmaz.
3. Konsültasyon amaçlı 2. basamak sağlık tesislerinden 3. basamağa gönderilen blok ve preparatların patoloji bölümlerince MEDULA'dan kabul edilme şansı olmadığı için, sağlık hizmet sunucuları bu durumda gerçeğe aykırı olarak herhangi bir poliklinikten vakabaşı

muayene ücreti ile birlikte patolojik tetkik bedellerini fatura etmektedirler. Bu şekildeki faturalarda ödeme yapılmaz.

4. 909210 – 911260 kodlar SUT 9.7 açıklama kısmı;
 - “Patoloji raporu ile birlikte faturalandırılır.
 - Aynı organın çoklu biyopsilerinde her bir lezyon için ya da her bir anatomik bölgeden olduğuna ilişkin patoloji raporunda ayrıntılı bilgi olması halinde birer adet faturalandırılabilir. (Prostat, iğne biyopsileri hariç)
 - Sitolojik incelemeler de bu kapsamda değerlendirilir.” denmektedir.
 - (909950-910491-910851kodlu Prostat, iğne biyopsileri kadran sayısına göre sadece bir işlem ücreti faturalandırılır.)

PLASTİK VE REKONSTRÜKTİF CERRAHİ

1. P600150 kodlu "**Yanaktan tümör eksizyonu**, primer onarım, (Alın dahil)" işleminde patoloji raporu yoksa ödeme yapılmaz.
2. P600200 kodlu "Hemanjiom veya vasküler malformasyon eksizyonu" ve P600230 kodlu "Hemanjiom eksizyonu ve rekonstrüksiyonu, deri grefti ile" işlemlerinde ayrıntılı patoloji raporu istenir.
3. Burun içindeki **kartilaje 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 düşünüldüğünden ödenmez.
4. P602400 ve 602400 kodlu "**Ağız içi ve etrafı benign tümörlerinin rezeksiyonu**" işleminde patoloji raporu mutlaka olmalıdır. 2 cm'den büyük benign tümörler için patoloji raporu eşliğinde fatura edilirse uygundur. Lezyon tanımlanmamış veya tanım bu işlem için uygun değilse P600150 ve 600150 kodlu "Yanaktan tümör eksizyonu, primer onarım" işleminden ödenmelidir.
5. P602660 kodlu "**Dudak malign tümör** wedge rezeksiyonu/biyopsi" işleminde rezeksiyon yapılmadığı anlaşıldığında, biyopsi ücreti olan 530070 kodlu "Biyopsi, deri veya derialtı, yüzeyel" işlemi üzerinden ödeme yapılır.
6. Gözle ilgili P616640 kodlu "**Kapak tümörü ameliyatı**" işleminde endikasyonun değerlendirilebilmesi için epikrizde kitlenin boyutları, lokalizasyonu, hasta şikayetleri ve öyküsü, patoloji raporu gerekir.
7. Cilt-cilt altından çıkarılan benign tümör (lipom, sebace kist, pigmente lezyon vs.) 530230 kodlu "Kist/benign tümör çıkarılması" işlemi üzerinden ödenir.
8. Toraks duvarını ilgilendiren cilt-cilt altı (lipom, benign lezyon vb) lezyonlar P603490 kodlu "Tümör veya kist eksizyonu" işleminden ödenmez.
9. Ek-9'daki "Vasküler lezyonlar için eksizyonal olmayan lazer uygulamaları" başlığındaki P600740 kodlu "Vasküler lezyon" işlemi **basit telenjektazi, grade 1-2 variköz lezyonlarda** ödenmez, Epikriz bu bilgiler açısından değerlendirilmelidir.
10. SUT Ek-9'daki "Benign veya malign deri tümörleri için eksizyonal lazer" başlığındaki P600800 kodlu "tümör, eksizyonel lazer" işleminde **lazer**, insizyon amacıyla kullanıldıysa ödeme yapılır. Epikriz bu bilgiler açısından değerlendirilmelidir.

PSİKİYATRİ

1. 702660 kodlu "**Aile görüşme- değerlendirme**" işlemi psikoz tanısı alan veya epikrizde psikotik belirtiler olduğu ifade edilen hastalarda yatış süresince haftada en fazla bir kez olmak üzere ödenir. Diğer tanılarda ise yılda en fazla 3 kere ödenir.
2. 702700 kodlu "**Bireysel psikoterapi** (her saati)" işlemi gerçeği değerlendirmenin ileri derecede bozulduğu, kooperasyonun kurulamadığı, eksitasyon durumunda ve EKT'nin uygulandığı dönemlerde ödenmez. Diğer olgularda ise haftada iki kez, günde 1 saatten fazla ödenmez.
3. 702710 kodlu "**Elektrokonvülsiv tedavi, EKT**" işlemi ile birlikte ayrıca anestezi ve EEG ücreti faturalandırıldığında, bu işlemlerin tümünün yerine 702690 "**Anestezili EKT protokolü, EKT+EEG**" kodlu işlem üzerinden ödeme yapılır.
4. 702720 kodlu "Gelişim testler (her biri)",
702740 kodlu "Kişilik testleri (her biri)",
702750 kodlu "Klinik değerlendirme ölçekleri (her biri)",
702760 kodlu "Nöropsikolojik test bataryası",
702770 kodlu "Nöropsikolojik testler (her biri)",
702780 kodlu "Projektif testler (her biri)",
702810 kodlu "Zeka testleri (her biri)" işlemler fatura edildiğinde, fatura eki belgelerde uygulanan testin adı ve hangi tarihte yapıldığına ilişkin bilgi aranır.
5. 702730 kodlu "**Grup Psikoterapisi** (kişi başına herbiri)" işlemi haftada en fazla 3 kez ödenir.
6. 702760 "Nöropsikolojik test bataryası" ve 702770 "Nöropsikolojik testler (her biri)" işlemleri birlikte fatura edilemez.
7. 702750 kodlu "**Klinik değerlendirme ölçekleri** (her biri)" işlemin yinelenmesi durumunda epikrizde gerekçenin belirtilmesi halinde ödenir.
8. 702780 kodlu "**Projektif testler** (her biri)" işlemi henüz tanı almamış olgularda veya maluliyet tespiti (tanı almış bile olsa) için endikedir ve yılda en fazla bir kez ödenir.
9. 702790 kodlu "**Psikiyatrik değerlendirme**" işlemi haftada en fazla bir kere ödenir.
10. 702800 kodlu "**Psikiyatrik tanı koydurucu ölçekler**" işlemi bir yatış dönemi boyunca bir kez faturalandırılabilir.
11. Ek-9'da yer alan "PSİKİYATRİ HİZMETLERİ" başlığı altındaki P702675, P702676, P702677 ve P702678 kodlu "*Grup psikiyatrik hasta günlük tedavisi*" işlemlerin ödenebilmesi için, epikriz ekinde hasta tabelası istenir ve **hastanın izinli olduğu sürelerde** o günler için o gruba ait günlük tedavi ücreti ödenmez.

RADYASYON ONKOLOJİSİ

1. "D. PORTABL GÖRÜNTÜLEME" başlığı altındaki 800310 kodlu "Film" işlemi ile 800320 kodlu "Digital" işlemi birlikte fatura edilmesi halinde tek işlem ücreti ödenir.
2. "*Radyoterapi planlama (simulasyon)*" işlemlerine ilişkin açıklama bölümünde belirtilen "*Tedavi süresince (a),(b),(c), (d) den bir tanesi bir kez ücretlendirilebilir. Konvansiyonel röntgen cihazları ile yapılan stimülasyonlar ancak basit kategoride ücretlendirilebilir.*" ifadesi "800160 e) Radyoterapi planlama, IMRT uygulamaları"nı da kapsar.

3. 800170 kodlu "*Temel radyasyon doz hesapları*" sadece 800180, 800190, 800200 kodlu işlemlerle birlikte bir kez ödenir, "4-MEDİKAL RADYASYON FİZİĞİ, DOZİMETRE, TEDAVİ ALETLERİ VE ÖZEL HİZMETLER" başlığı altındaki "A. EKSTERNAL"de yer alan diğer (800210, 800220, 800230) işlemlerle birlikte ödenmez.
4. 800280 kodlu "*Tedavi Aletleri Tasarım ve Yapımı Basit*" (*Bolus ve/veya Termoplastik Fiksasyon Maskeleri*) radyoterapi süresince, epikrizde belirtilmek suretiyle en fazla birer kez ödenir.
5. Aynı gün içinde iki farklı radyoterapi cihazı ile "*RADYOTERAPİNİN UYGULANMASI*"nın faturalandırılması halinde, tek radyoterapi uygulaması ücreti ödenir.
6. Ek-8 "Radyoterapi" başlığı açıklama bölümünde belirtilen "*Tüm tedavi süresince (a), (b), (c), (d) kalemlerinden yalnızca bir tanesi bir kez ücretlendirilebilir*" ifadesi 800110 "*e*) *Radyoterapi tasarımı, IMRT uygulamaları*"nı da kapsar.
7. Epikrizde tedavinin **küratif** olduğunun belirtilmesi halinde 800310 "*Film*" ve 800320 "*Digital*" kodlu işlemler **alan başına haftada bir** kez, tedavinin **palıatif** olduğunun belirtilmesi halinde **tedavi dönemi içinde bir** kez ödenir.
8. Klinik onkolojik değerlendirmedeki gün sayısı için günlük fraksiyon sayısına bakılmaksızın, hastanın tedaviye girdiği gün sayısı esas alınır (her gün için bir ödeme yapılır). Fatura eki belgelerde **tedavi kartının** fotokopisi ve hastanın tedavi aldığı günlere ilişkin hasta veya yakınının imzasını gösterir belge olmalıdır.
9. Multi-leaf collimator ile yapılan uygulamalarda 800290 "Tedavi Aletleri Tasarım ve Yapımı Orta" ücreti ayrıca ödenmez.
10. Radyasyon onkolojisi açıklama bölümündeki (Hastanın Radyasyon Onkologu tarafından ilk konsültasyonu, hastanın tedavi öncesi değerlendirilmesi, tedavi kararının verilmesi ve **tedavi bitimine kadar olan bakım ve kontrolleri kapsar**, tüm tedavi boyunca bir kez ücretlendirilir.) açıklamasındaki "... tedavi bitimine kadar olan bakım ve kontrolleri kapsar..." ibaresi, o radyoterapi tedavi süresi içindeki **tetkik ve tahlilleri** de kapsar.

ÜROLOJİ

1. ESWL işlemlerinde SUT 4.5.4.A maddesi gereği istenen belgeler tamamlanabilir belgeler olup, eksikliği halinde kesinti yapılır. (Rapor, tedavi sonuç belgesi, Radyolojik tetkik veya USG)
2. ESWL faturalarında seans sayısının belirlenmesi için geçmiş kontrolü yapılması gerekmektedir. Altı aylık zaman dilimi içerisinde aynı taraf böbrek ve/veya üreterdeki taş için toplam üç seansı aşması durumunda kesinti yapılır. **Seanslar arası süre sıkça 5 günden az olarak yapılıyorsa merkez incelemeye alınmalıdır.**
3. Ek-8'de yer alan 909950,910491 ve 910851 kodlu "Prostat, iğne biyopsisi" işleminde; ödeme kadran sayısına göre ilgili kod'dan ödenir.
4. P621071 kodlu "**Sünnet**" işlemi yerine (621110 ve P621110) kodlu " Parafimozis redüksiyonu" işlemi sıklıkla fatura edildiğinden, epikriz incelenerek ödeme buna göre yapılmalıdır. Sünnet ile "parafimozis ve/veya fimozis" aynı anda faturalandırıldığında sünnet ödenir.
5. **Sistoskopi**/sistoüretroskopi ile beraber dilatasyon/internal üretrotomi işlemleri rutin yapılan işlemler değildir. Beraber faturalandırıldığında üretra darlığı tanısı yoksa dilatasyon/internal üretrotomi işlemi ödenmez.

6. P619350 kodlu "Mesane boyuna inkontinansta madde enjeksiyonu" ve P619640-P619650 kodlu "Veziköüretal reflüde subüreterik enjeksiyon" paket işlemlerinin açıklamasında ilaç veya malzeme istisnası olmadığından (Uradex/Defluk vb) ödenmez. 619640 kodlu işlemde enjeksiyon materyali en fazla 4ml, 619650 kodlu işlemde enjeksiyon materyali en fazla 2 ml olarak ödenir.(SUT 7.3.24)
7. P621390 kodlu "Prostatektomi, TUR" işleminin mükerrer yapıldığı sık rastlanan durumlarda merkez incelemeye alınmalıdır.
8. 801170 kodlu "Renal kortikal sintigrafi" yerine sıkça 801110 kodlu "Renal Kortikal SPECT (DMSA)" işlemi fatura edilmektedir. SPECT işleminin ödenmesi için, 801170 kodlu "Renal kortikal sintigrafi"deki patolojik bulguların ve açıklayıcı klinik bilgilerin fatura eki belgelerde yer alması gereklidir.
9. P621700 kodlu "Testis biyopsileri (açık)" işlem bilateraldir, aynı hastaya tek işlem olarak faturalandırılmalıdır.
10. P619440 kodlu "Mesanenin prekanseröz lezyonlarında fulgurasyon" işleminde prekanseröz lezyonu gösteren patoloji raporu görülmeden ödenmez.
11. Mesaneye BCG ve diğer kemoterapotiklerin uygulamaları, Ek-9 listesindeki P619800 kodlu "Üretral instilasyon" işleminden ödenmeyip, Ek-8'de listesinde yer alan 704370 kodlu "İntrakaviter kemo veya immünoterapi" işlem üzerinden ödenmelidir

3- GÖRÜNTELEME VE LABORATUVAR BRANŞLARI

RADYOLOJİ

1. 04.06.2009 tarih 5082146 sayılı yazıya göre "I87.2 ICD kodlu "Kronik venöz yetmezlik, periferik" tanılı hastalarda Endovenöz **lazer ablasyon** tedavisi yapılan hastalarda 802890 kodlu "**Periferik atarektomi, trombektomi veya lazer, tek lezyon**" işlemi üzerinden ödeme yapılır.
2. 802350 kodlu "Aorto-femoro-popliteal arteriografi (stepping.)" işlemi ile 802470 kodlu "Aorto-femoro-popliteal arteriografi" işlemi birlikte fatura edilmesi halinde tek ödeme yapılır.
3. 802350 kodlu "Aorto-femoro-popliteal arteriografi" işlemi, 802370 kodlu "Aortografi, abdominal" ve 802470 kodlu "Tek taraflı femoro-popliteal arteriografi" işlemlerini kapsar.
4. 802520 "Arkus aortografi" işlemini takiben yapılan supraaortik anjiografi tetkiklerinin birlikte faturalandırılması halinde bedeli en yüksek olan işlemin tamamı, diğer işlemlerin %25-%30'u (Ek-9, Ek-8) ödenir.
5. 802740 kodlu *Beyin "AVM embolizasyonu / AV Fistül Tedavileri"*, 802760 kodlu *"Endovasküler Serebral Anevrizma Tedavisi"*,

802780 kodlu "*Perkütan Translüminal Anjiyoplasti (PTA)*" işlemleri
802830 kodlu "*Supraaortik / Visseral İntravasküler Stent Yerleştirilmesi*",
P606490 kodlu "*arteriovenöz fistüllerde endovasküler greft implantasyonu*" işlemlerine
ait epikrizlerde lezyonun anatomik yapısı, boyutu, rüptüre veya unrüptüre olup olmadığı,
ayrıca işlemin yapılış şekli, 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.

6. 802830 kodlu "*Supraaortik / Visseral İntravasküler Stent Yerleştirilmesi*" işlem ile
802780 kodlu "*Perkütan Translüminal Anjiyoplasti (PTA)*" işlem birlikte fatura
edildiğinde 802830 kodlu işlemin tamamı, diğer işlemin % 30 u ödenir.
7. 803150 kodlu "*Perkütan nefrostomi*", 803240 kodlu "*Perkütan stenoz dilatasyonu*" ve
803270 kodlu "*Stent yerleştirilmesi*" işlemleri birlikte fatura edilirse, fiyatı yüksek olan
işlemin tamamı, diğerlerinin %30'u ödenir.
8. 803250 kodlu "*Perkütan transhepatik kolanjiografi*", 803120 kodlu "*Perkütan koledok
dilatasyonu*" ve 803050 kodlu "*Perkütan bilier stent konması*" işlemleri birlikte
uygulandığı zaman, fiyatı en yüksek olanın tamamı, diğerlerinin %30'u ödenir.
9. 803380 kodlu "*Kontrastlı Doppler harmonik ultrasonografi (her bir bölge için)*" işlemi
için gerekli olan kontrast madde henüz ülkemizde bulunmadığı için, fatura edilse bile
ödenmez.
10. 804130 kodlu "*BT sanal endoskopi*" işlemi ile 803870 kodlu "*BT, 3 boyutlu görüntüleme*"
işlemi birlikte fatura edilmesi halinde, sadece 804130 "*BT sanal endoskopi*" bedeli ödenir.
11. 804220 "MR, diffüzyon",
804350 "MR Anjiyografi",
803880 "BT, angiografi, tek anatomik bölge için" ve
804370 - 804370 (MR Spektroskopi) tetkiklerinin ödenebilmesi için epikrizde veya fatura
eki belgelerde gerekçe ve tetkik sonucu bilgileri bulunmalıdır.
12. Abdominal aortografi işlemi 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 (Ek-9
veya Ek-8) ödenir.
13. Diyaliz şantları tıkanıldığında; 802800 kodlu "Selektif Trombolitik Tedavi İşlemleri" işlemi
fatura edilmesi halinde, 607700 kodlu "Transkateter tedavi, koroner dışında tromboliz için
infüzyon" işlemi ücretinden ödeme yapılır.
14. Ek-8'den fatura edilen girişimsel işlemlerde kullanılan malzemeler ayrıntılı olarak
ameliyat raporunda işlemin basamakları içinde anlatılmalıdır.
15. Hastaya kontrastlı BT ve kontrastlı MR yapıldığında, Pompa BT ve Pompa MR ödenmez.
Bu malzemeler sadece anjiyo ve dinamik çalışmalarda ödenir.
16. Herhangi bir tomografik tetkik fatura edildiği zaman, beraberinde fatura edilen 803870
kodlu "BT, 3 boyutlu görüntüleme" işlemi epikrizde **endikasyonun belirtilmesi halinde**
ödenebilir.
17. Kalıcı tünelli kateter yerleştirilmesi işleminin kontrolü için 801570 kodlu "*Floroskopi*"
işlemi ücreti ödenmelidir. Bu nedenle 802640 kodlu "*İnferior süperior venakavagrafi*"
işlemi fatura edilse bile ödenmez.

18. Radyolojik tetkiklerde raporda kontrast madde miktarına dair bilgi yoksa ilaç bedelleri ödenmez.

BİYOKİMYA VE KLİNİK MİKROBİYOLOJİ

1. 530170 kodlu "*Kan gazları takibi (Günlük takip)*" işlemi, **kan gazlarının** alım işlemi ve değerlendirilmesini kapsar, günlük olup günde bir kez ödenir. 901920 kodlu "*Kan gazları*" işlemi sayısı epikrizdeki endikasyona göre değerlendirilerek ödenir.
2. 705210, 705220 ve 705230 kodlu **direkt coombs testleri** aynı anda fatura edilse bile sadece bir tanesi ödenir.
3. Bir yatış döneminde ACTH stimülasyon testleri rutinde bir kere yapılır. 900140 kodlu "*ACTH stimülasyon test'i*" işlemi, test esnasında bakılan **kortizol, 17-OH progesteron ve DHEA-S** parametrelerinin ücretlerini de içermektedir. Stimülatör ilaç ayrıca faturalandırılabilir.
4. 906010 ve 906020 kodlu **kan kültürü** yapılan hastalarda, boyasız inceleme kan kültüründe teknik olarak mümkün olamayacağı için, birlikte 905770 kodlu "*Boyasız direkt mikroskopik inceleme*" fatura edilse bile sadece kan kültürü bedeli ödenir.
5. 906110 kodlu "**Mantar aranması ve kültür**" fatura edildiğinde, birlikte fatura edilen 906120 kodlu "*Mantar kültürü*" ödenmez. 906110 kodu "*Mantar aranması ve kültür*" işlemi ile birlikte *boyalı ve boyasız direk mikroskopi* endikasyonu uygunsuzsa ödenir.
6. 907390 kodlu "**Galaktomannan antijeni**" epikrizde uygun endikasyonu belirtilmek şartıyla haftada en fazla iki kere fatura edilebilir, iki tetkik arasında en az bir gün süre olmalıdır (aspergillus şüphesi durumlarında bakılır)
7. Ayaktan başvuran hastalarda **Ek-10C kapsamında** yer alan ve uygun endikasyonda istenen tüm metabolik tetkiklere ilişkin sonuç raporunun fatura eki belgelerde olması durumunda, tetkik bedelleri ödenir.
8. **İdrar kültüründe**, üreme olmamışsa boyalı ve boyasız mikroskopik inceleme ve kültür ödenir. Üreme olmuş ise boyalı ve boyasız mikroskopik inceleme, kültür, bakteri tanımlanması ve antibiyogram ödenir.
9. **SUT'ta yer almayan patojenlere** ilişkin (H1N1, H5N1, Kuş gribi, Kene ...) PCR çalışması 908991 kodlu "Real time PCR" üzerinden fatura edildiğinde ödenmez.

TIBBİ GENETİK

1. Resmi kurumlarda Genetik Hastalıkları branşında sadece takipli hastalarda Ek-10B ücreti ödenebilir. Diğer merkezlerde ödenmez.
2. SUT eki EK-8 Listesi "9.6 Tıbbi Genetik" başlığı altında yer alan işlemler SUT 4.5.4.G-Genetik tetkikler maddesine yer alan açıklamalara göre yürütülür

NÜKLEER TIP

1. RF kullanılan tüm tetkik ve tedavilerde, **nükleer tıp uzmanlarınca** raporlanan işlem **sonuç belgesi** ile ödeme yapılır.
2. **Tedavi amaçlı RF** kullanılması halinde, yatan hastaların epikrizinde, ayaktan hastaların ise raporunda (doz, endikasyon, RF ismi ve tarih içeren) bilgi notu bulunmalıdır. Raporda Nükleer Tıp uzmanı kaşe ve imzası aranmalıdır.
3. Kemikteki benign ya da malign kitleler dışındaki **kemik sintigrafilerinde** endikasyonlar arasında *protez luksasyonları, sakroileit, aseptik nekroz, osteomyelit, patolojik kırık, sudek atrofi (RSDS), fibröz displazi vb* vardır. Bu endikasyonlar kesinti nedeni değildir.
4. **Üç fazlı kemik sintigrafisi** çekilmiş ise, beraberinde kemik sintigrafisi ödenmez.
5. **Gastroözefageal reflü çalışması**, sebebi bulunamayan, tedaviye cevap vermeyen, tekrarlayan alt ve üst solunum yolu enfeksiyonu, dirençli bulantı-kusma vb. sınırlı durumlarda kullanılmalıdır. **Akut** enfeksiyon safhasında ödenmez.
6. Nükleer Tıp branşında sadece resmi kurumlarda takipli hastalarda Ek-10B ücreti ödenebilir. Özel merkezlerde ödenmez.
7. Miyokard perfüzyon sintigrafisi (MPS) sonrası yapılan GATED raporunda, LV duvar hareketleri ve EF hakkında bilgi bulunmalıdır.

8. 907490 kodlu "Helicobacter pylori direk antijen" işlemi en az **C-14 üre nefes testi** kadar duyarlı bir testtir. 801080 kodlu **C-14 üre nefes testi** sınırlı endikasyonlarda ödenir. Test öncesinde 904110 "Üreaz testi-helicobakter pylori" ve 907490 "Helicobakter pylori direk antijen" bakılmış olmalıdır (904110 ve 907490 vakabaşına dahildir.). Endoskopi ile beraber ödenmez. Ancak **Helicobakter pozitif** vakalarda (endoskopi veya antigen testi vs ile daha önceden belirlenmiş) tedavi kesildikten sonra tedaviye cevabın değerlendirilmesi aşamasında non-invaziv ve güvenilir olması açısından tercih edilmelidir.

4- DİĞER

DIYALİZ

1. "Özel Sağlık Hizmeti Sunucularından Sağlık Hizmeti Satın Alma Sözleşmesi" hükümleri SUT'a göre "**İkinci Basamak Özel Sağlık Kurumlarını**" (Özel Hastaneler Yönetmeliğine göre ruhsat almış hastaneler ile Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik kapsamında açılan tıp merkezleri ile Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmeliğin geçici ikinci maddesine göre faaliyetlerine devam eden tıp merkezleri ve dal merkezleri) ilgilendirir.
2. Yoğun bakımda yatan hastalarda 704210 kodlu "**Acil hemodiyaliz**/yoğun bakım ve hasta başında hemodiyaliz" girilip, malzeme olarak 704290 kodlu "Sürekli hemodiafiltrasyon / hemofiltrasyon tedavisi" malzemesi fatura ediliyor ise; malzemeye ödeme yapılmaz, 704210 kodlu işlem ödenir.
3. Hastalara yapılan **periyodik tetkiklerin** uygulama takvimi aşağıdaki gibidir:
Aylık tetkikler: HER AY
3 Aylık Tetkikler: OCAK-NİSAN-TEMMUZ-EKİM
6 Aylık Tetkikler: OCAK-TEMMUZ
1 Yıllık Tetkikler: OCAK
4. Özel diyaliz merkezlerinde sağlık raporunda belirtilen haftalık seans sayısının üzerinde uygulanan ek diyaliz tedavi bedelleri Kurumca karşılanmaz. Diğer yandan haftalık ideal seans sayısı 3 kabul edilmekte olup , gebelik dışında haftalık 3 üzerindeki diyaliz seans ücretleri ödenmesinde bu husus dikkate alınmalıdır.
5. 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" kodu üzerinden ödeme yapılır. Ancak çocuk hastalarda gerekçesi raporda belirtilmesi halinde bu madde uygulanmaz.
6. Yatarak tedavilerde, aynı sağlık tesisinde yapılan tüm hemodiyaliz tedavileri Ek-8 listesindeki işlemler üzerinden ödenir.

7. **Kısmi zamanlı** çalışan hekimlerin kuruma bildirdikleri çalışma saatleri dışında yaptıkları diyaliz tedavi bedelleri ödenmez.
8. "Özel Sağlık Hizmeti Sunucularından Sağlık Hizmeti Satın Alma Sözleşmesi"nin Hemodiyaliz başlığı altındaki **3.2.4.3** maddesine göre; "...*tetkiklerin tümü fiyata dahil olup ayrıca faturalandırılmayacaktır. Hastanın kendi isteğiyle bu tetkikleri yaptırmadığı belgelendiğinde, bu tetkik ücretleri için sözleşme eki ücret tarifesinde belirlenen fiyatlar sağlık hizmeti sunucusunun faturasından düşülerek ödeme yapılır. Tetkiklerin hastaya bilgi verilmeden yaptırılmadığının tespit edilmesi halinde ise sağlık hizmeti sunucusuna tetkikleri yaptırılmayan hastaların diyaliz tedavilerine ait ücretleri ödenmez...*" denmektedir. Bu çerçevede diyaliz merkezleri, kurumca kabul edilen sağlık hizmet sunucularından, sözleşme yapmak kaydıyla tetkik ve tahlil hizmeti satın alabilirler.
9. Sözleşmeli diyaliz merkezleri, 3.2.4. Hemodiyaliz tedavileri başlığı altındaki hükümlere uygun olarak takip kartında diyaliz seans saatlerini belirtmiş olmalıdır. Diyaliz seans süresi gerekçesiz 4 saatten az olmamalıdır.
10. Diyaliz takip kartındaki seans tarihleriyle, MEDULA'ya girilen seans tarihleri aynı olmalıdır.

HİPERBARİK OKSİJEN TEDAVİSİ

SUT 4.5.4.B maddesi .

1. "*Hipoksik /Anoksik ensefalopati*" tanı konulmasını takiben 48 saat içinde tedaviye başlanmış olmalıdır. "*Hipoksik /Anoksik ensefalopati*" tanısı ile akut durumlar kastedilmektedir. (cerebral palsy, doğumsal hipoksik iskemik ensefalopati, otizm gibi tanılarda HBO tedavisi ödenmez.)
2. Acil haller dışında, HBO tedavisi önerilen hastaların Sağlık kurulu raporlarının SUT 4.5.4.B (2) maddesine göre düzenlenmiş olmasına dikkat edilecektir.
3. Ani gelişen görme kayıplarında(Santral retinal arter tıkanıklığı) ilk 5 gün içinde tedaviye başlanmış olması şartı aranır. Bu süreyi aşan vakalarda HBO tedavisi ödenmez.
4. Ani gelişen işitme kaybı nedeniyle HBO tedavisi alan hastalarda, SUT 4.5.4.B.(9) maddesine göre işlem yapılır. ("*Ani işitme kaybında HBO tedavi bedelinin ödenebilmesi için, tanı konulmasını takiben **bir ay içinde HBO** tedavisine başlanmış olması gerekmektedir. Bu hastalarda **haftada bir odyolojik test** yapılır. Tedaviye başlandıktan **iki hafta sonunda 10 dB'lik bir düzelme yoksa tedavi bedelleri daha sonraki seanslar için ödenmez. Her "ani işitme kaybı atağı" ayrı olarak değerlendirilir.***")
5. Bir hasta için günde en fazla bir seans HBO faturalandırılabilir. Acil hastalarda, tedavinin başladığı gün dahil en fazla yedi gün boyunca, günde birden fazla seans HBO tedavisi faturalandırılabilir.
6. Sağlık kurulu raporlarında belirtilen bilgilerin olduğu durumlarda kesinti yapıldığından, raporda, öncesinde uygulanan tıbbi ve/veya cerrahi tedavilerin detaylı olarak belirtilmesi gerekir.

DOKU VE ORGAN NAKLİ

1. 900930 "*Cyclosporin A*", 903805 "*Sirolimus kan düzeyi tayini*" ve 903810 "*Takrolimus (FK 506)*" düzeyi hizmet başı faturalandırmalarda transplantasyon sonrası yatışı süresinde günde 1 kez bakılır. Paket faturalandırmalarda pakete dahildir.
2. P609080 "*Karaciğer Transplantasyonu (tüm cerrahi işlemler dahil)*" işleminde yapılan tüm ameliyatlar işleme dahildir, (AGT, ALG, OKT3 ve GAMMA GLOBULİNLER) hariçtir.
3. **Simulect** immünoşüpressif ilacı, renal transplantasyon yapılan hastalarda bir yatışı döneminde 2 kez kullanılır. Ayaktan hastalarda faturalandırılmaz.

ACİL TIP HEKİMLİĞİ

1. 530190 kodlu "*Kesi sütürasyonu*," işlemine "lokal anestezi, anestezi ilaç ve pansuman" dahil değildir.
2. 530500-530520 kodlu "*Yanık debridmanı ve pansumanı*" yapılan hastalarda ödeme yapılabilmesi için **lezyon yüzdesi** fatura eki belgelerde belirtilmemişse en düşük ücret olan 530510 kodlu "*Yanık debridman ve pansumanı, küçük*" işlemi üzerinden ödeme yapılır.
3. Acilde yapılan **fizik tedavi** ve rehabilitasyon işlemleri ödenmez.
4. Acilde endikasyonu uygun olmayan **antibiyotikler** ödenmez.
5. Acilde ilk muayeneyi yapan hekimin branşında konsültasyon ücreti ödenmez. Acilde **konsültasyon** istenen her branş için bir kez konsültasyon ücreti ödenir.
6. **Acilde MR**, özellikli durumlarda (gebe travması, medulla spinalis ve beyin sapı lezyonları, iskemik CVO'da erken tanı için ve tanı konulmakta zorlanılan kafa içi durum değişiklikleri gibi) ödenir.
7. Acilde **özellikli bir müdahale** veya özellikli bir ileri tetkik yapıldığı durumda, hizmet detay belgesi veya fatura eki belgeden gerekçesi anlaşılabilir (endoskopik işlemler, BT, MR vs).
8. Gastroenteritli hastalarda **acil tedaviyi etkilemeyen ve sonucu geç çıkan** aşağıdaki tetkikler ödenmez.
906330 "Adenovirus antijeni (DFA)",
907350 "Entamoeba histolytica adezin antijeni (dışkı)",
907360 "Entamoeba histolytica antikor (İHA)",
907400 "Giardia antijeni"
9. **Aynı gün acilde ve poliklinikte** vaka başına dahil tetkiklerin mükerrer yapılması durumunda, acilde yapılan **aciliyeti olmayan** tetkikler için ödeme yapılmaz.
10. Tıp merkezlerinde **aynı gün acilde ve poliklinikte** SUT Eki 10/B listesinde işlem varsa şikayet ve tanıları dikkate alınarak ödenir.
11. Acile başvurduğu anlaşılan her hastanın, **acilde muayene edilmesi zorunlu** olduğundan, acil muayene ücreti (tıp merkezlerinde acil paket ücreti) ödenir. Acil endikasyonu olmayan muayene dışı işlemler ödenmez.

12. Acil serviste **rutin çocuk sağlığı muayenesi**, genel tıbbi muayene, normal gebelik gözlemi gibi genel tanılara ilişkin hizmet bedelleri ödenmez.
13. Göğüs ağrısı nedeniyle acile başvuran hastalarda CK, CK-MB, Troponin tetkikleri **miyokard infarktüsü ayırıcı tanısı** için yapılması halinde ödenir.
14. **Göğüs ağrısı** nedeniyle acile başvuran hastalarda "Miyoglobulin" ve "Pro BNP" tetkikleri ödenmez.
15. SUT ek-8 1. YATAK ÜCRETLERİ başlığındaki işlemler refakat hariç aynı gün birlikte ve Yoğun bakım paket işlemleri ile fatura edilemezler.