

## TEBLİĞ

Sosyal Güvenlik Kurumundan:

**SOSYAL GÜVENLİK KURUMU SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİNDE  
DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR TEBLİĞ**

**MADDE 1** – 24/3/2013 tarihli ve 28597 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinin 1.8.3 numaralı maddesinin birinci fıkrasının (b) bendinde yer alan “404.390,” ibaresinden sonra gelmek üzere “404.395,” ibaresi eklenmiştir.

**MADDE 2** – Aynı Tebliğin 2.1.2.B numaralı maddesinin birinci fıkrasının (d) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“d) Kan, kan bileşenleri, kan ürünleri, SUT eki “Sadece Yatarak Tedavilerde Kullanımı Halinde Bedelleri Ödenecek İlaçlar Listesi” nde (EK-4/G) yer alan ilaçların intravenöz infüzyonu ile “Hastanelerce Temini Zorunlu Kemoterapi İlaçları Listesi” nde (Ek-4/H) tanımlı ilaçlar,”

**MADDE 3** – Aynı Tebliğin 2.4.1.B-1 numaralı maddesinin üçüncü fıkrasında yer alan “sağlık hizmeti sunucularında” ibaresi “ADSM, tıp merkezleri ve hastanelerin ameliyathane ve genel anestezi ünitelerinde” şeklinde değiştirilmiştir.

**MADDE 4** – Aynı Tebliğin 2.5.3.A.-2 maddesine aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

“(5) Yurt dışına tedavi amacıyla gönderilen hastaların kontrol tedavilerinin yurt içindeki sağlık hizmeti sunucularında yapılması esastır. Ancak, hastaların kontrol tedavisi amacıyla yurt dışına gönderilebilmesi için;

a) Yurt dışına tedavi amacıyla gönderilen hastaların ilk muayene ve/veya tedavi işleminin başlangıç tarihinden itibaren, organ, doku ve kök hücre nakli gibi tedaviler için gönderilen hastaların ise nakil tarihinden itibaren; dört yıllık sürenin tamamlandığı tarihten sonraki her kontrol tedavileri için SUT’un 2.5.3.A-1 maddesinde yer alan şekil ve şartları içeren yeni bir sağlık kurulu raporu düzenlenmiş olması,

b) Hastaların bu dört yıllık süreden önceki kontrol tedavileri için yurt içindeki SUT’un 2.5.3.A-1 maddesinde belirtilen ilgili sağlık hizmeti sunucularınca ya da yurt dışında tedavi gördüğü sağlık hizmeti sunucusu tarafından kontrol tarihini de içeren gerekçeli kontrol tedavi raporunun düzenlenmiş olması,

c) Düzenlenmiş olan bu raporların SUT’un 2.5.3.A-1(3) maddesinde yer alan sağlık hizmeti sunucularından biri tarafından uygun görülerek teyit edilmiş olması,

gerekir.”

**MADDE 5** – Aynı Tebliğin 3.1.2 numaralı maddesinin beşinci fıkrasının (a) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“a) Hasta alt bezi/külotlu hasta alt bezi ve çocuk alt bezi,”

**MADDE 6** – Aynı Tebliğin 3.3.3 numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

**“3.3.3 - Görmeye yardımcı tıbbi malzemeler**

(1) Gözlük cam ve çerçeve bedelleri ile göz sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından düzenlenen sağlık kurulu raporunda/e-raporda belirtilen nitelikli görmeye yardımcı tıbbi malzeme bedelleri SUT eki “Görmeye Yardımcı Tıbbi Malzemeler” (EK-3/D) Listesinde yer alan fiyatları aşmamak üzere Kurumca karşılanır.

(2) Reçetenin/e-reçetenin/sağlık kurulu raporunun/e-raporun düzenlenme tarihinden itibaren 10 işgünü içerisinde yapılan hasta müracaatları optisyenlik müesseseleri tarafından kabul edilecektir. Süresi içerisinde kabul edilen sağlık kurulu raporu/e-raporun ve/veya reçetelerin/e-reçetelerin sisteme kaydı nitelikli malzemelerde 30 iş günü, diğer reçeteli malzemelerde ise 20 iş günü içerisinde tamamlanır. Süresi içinde yapılmayan hasta müracaatları ve/veya sistem

kayıtlarına ilişkin reçete/e-reçete/sağlık kurulu raporu/e-rapor ile kullanılması gerekli görülen görmeye yardımcı tıbbi malzemelerin bedelleri Kurumca karşılanmaz.

### **3.3.3.A - Gözlük cam ve çerçevesi**

(1) Gözlük cam ve çerçevenin temininde göz sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri ile bu dalda ihtisas yapan asistan hekimler tarafından düzenlenen reçeteye/e-reçeteye dayanılarak işlem yapılacaktır. Ancak acil polikliniklerinde yazılan gözlük cam ve çerçeve reçete/e-reçete bedelleri karşılanmayacaktır.

(2) Gözlük cam ve çerçeveleri, 5193 sayılı Optisyenlik Hakkında Kanun hükümlerine uygun olarak faaliyetlerini sürdüren ve Kurumla görmeye yardımcı tıbbi malzeme sözleşmesi imzalayan optisyenlik müesseselerinden temin edilecektir.

(3) Cam bedelleri, çerçeve bedeli ile birlikte sözleşmeli optisyenlik müesseseleri tarafından Kuruma fatura edilir.

(4) SUT eki EK-3/D Listesinde yer alan camlar ile hasta tarafından talep edilen farklı özelliklere sahip camlar arasında oluşacak fark ücreti Kurum tarafından karşılanmaz.

(5) Gözlük camı ve çerçevelerinin yenilenme süresi 3 yıldır. Ancak, görme bozukluğunda 0,5 diyoptrilik değişiklik olması halinde gözlük camı süresinden önce yenilenebilir.

(6) Büyüme ve gelişme çağındaki çocukların kullanması gereken gözlük cam ve çerçeveleri çocuğun büyüme ve gelişmesi nedeni ile kullanılmadığının ve yenilenmesi gerektiğinin sağlık kurulu raporu/e-rapor ile belgelenmesi koşuluyla süresinden önce yenilenebilir.

### **3.3.3.B - Teleskopik gözlük**

(1) Konjenital nedenlere, kalıtsal hastalıklara, yaralanmalara, şeker hastalığına, glokoma, katarakta ve yaşlanmaya bağlı göz bozukluğu olan ve iyi gören gözde düzeltilmiş uzak görme keskinliği 3/10 ve altında olan hastalarda üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca düzenlenen ve en az bir göz sağlığı ve hastalıkları uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporuna/e-rapora dayanılarak bedelleri Kurumca karşılanır.

(2) Sağlık kurulu raporunda/e-raporda zeminde yatan göz hastalığı ve bu hastalığa bağlı olarak “görme işlevlerindeki bozulma”, “uzak”, “yakın”, “uzak-yakın” ifadesi olması, büyütme gücü (x, diyoptri olarak), fiks fokus veya fokusable (foküslenebilir) olma durumu ve niteliği (prizmatik, galileon veya keplerin) belirtilmelidir.

(3) Teleskopik gözlükler sağlık kurulu raporuyla/e-raporla 3 yılda bir yenilenir. Ancak, gerekliliğinin sağlık kurulu raporuyla/e-raporla belirtilmesi şartıyla, çocuklarda bu süre 1 yıl olarak uygulanır.

(4) Sağlık kurulu raporu/e-rapor ile gerekli görülen hallerde, yakın görme bozukluğu olan hastalara tek veya iki göz için kapak kep reçete edilebilir. Bu kişiler için ayrıca yakın teleskopik gözlük bedeli Kurumca karşılanmaz.

### **3.3.3.C - Kontakt lensler**

(1) Kontakt lens bedelleri;

a) Konjenital katarakt nedeniyle opere olmuş afak olgularda,

b) Travma ve iatrojenik nedenlerle tek gözde veya iki gözde göz lens bağlarının kopması ve akabinde göz içine tekrar lens konulamaması sonucu gelişen afaki olgularda,

c) Keratokonusu olan göze gözlük uygulanmış ve gözlükle görme keskinlikleri 10/10 a kadar (tama) artmayan olgularda,

ve bu durumlarının üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca düzenlenen en az bir göz sağlığı ve hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporunda/e-raporda, teşhis, hastaya uygun görülen lensin çapı (BC), derinliği (DIA),

diyoptri değeri (POW) ile lensin niteliğinin (sert, yumuşak, gaz geçirgenliği v.b.) belirtilmesi ve Kurumla sözleşmeli optisyenlik müesseselerinden temin edilmesi şartıyla SUT eki EK-3/D Listesinde yer alan bedeller üzerinden Kurumca karşılanır.

(2) Kontakt lenslerin yenilenme süresi 2 yıldır.

(3) Konjenital katarakt nedeniyle opere olmuş 6 yaşından küçük çocuklarda 6 ayda bir yenilenmesi halinde sağlık kurulu raporuna/e-rapora istinaden bedelleri Kurumca karşılanır.

(4) Konjenital katarakt nedeniyle opere olmuş ve afakı 6 yaşından sonra da devam eden olgularda kontakt lensin sağlık kurulu raporu/e-rapor ile “aylık sık replasmanlı” olarak kullanılacağı belirtilmesi halinde 6 ayda bir, “yıllık” olarak kullanılacağı belirtilmesi halinde ise yılda bir yenilenebilir.

(5) Konjenital katarakt nedeniyle opere olmuş afak olgular hariç kontakt lens kullanan hastaların ayrıca gözlük cam ve çerçeve bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(6) Kontakt lens solüsyonlarının bedelleri Kurumca karşılanmaz.

### **3.3.3.Ç - Görmeye Yardımcı Tıbbi Malzemelerde Elektronik Reçete Uygulaması**

(1) E-reçete uygulamasında, e-reçetelerin Kurum tarafından belirlenen yöntem ve standartlarla (elektronik imza, şifre) imzalanması şarttır.

(2) Sağlık kurum/kuruluşları tarafından düzenlenecek reçeteler Kurum Medula Sisteminde SGK Hekim Şifresi ile düzenlenecektir. Kurumca belirlenecek istisnalar haricinde manuel reçetelerin bedelleri karşılanmayacaktır. Kurum tarafından gerekli düzenlemelerin yapılması sonrasında ise reçeteler Kurum tarafından belirlenerek Kurum web sayfasından ilan edilecek tarihten itibaren elektronik imza ile imzalanacaktır.

(3) Kurum tarafından gerekli düzenlenmeler tamamlanmaya kadar manuel olarak düzenlenmeye devam edilecek olan reçeteler;

a) Yabancı ülkelerle yapılan “Sosyal Güvenlik Sözleşmeleri” kapsamında Kurum tarafından sağlık hizmeti verilen kişiler (YUPASS kapsamındaki hariç) için düzenlenen reçeteler,

b) Sağlık hizmet sunucularına müracaatlar sırasında Kurum bilgi işlem sistemi tarafından sigortalının prim ödeme gün sayısı veya prim borcu bulunması nedeniyle hasta takip numarası/provizyon verilmemesi halinde; sağlık hizmeti sunucularınca kişinin müracaatının SUT’un 1.7 Provizyon İşlemleri başlıklı maddesinin ikinci fıkrasının (b) bendinde tanımlanan 18 yaş altı çocuklar, iş kazası ile meslek hastalığı, afet ve savaş ile grev ve lokavt halleri kapsamında veya SUT’un 1.7 Provizyon İşlemleri başlıklı maddesinin ikinci fıkrasının (c) bendinde tanımlanan durumlarda olduğunun belirtildiği hallerde düzenlenen reçeteler,

c) Resmi sağlık kuruluşlarından; kamu idareleri bünyesindeki kurum hekimliklerinde, belediyelere ait polikliniklerde, aile hekimlikleri dışındaki birinci basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında, üniversitelerin mediko-sosyal birimlerinde düzenlenen reçeteler (resmi sağlık kuruluşlarının MEDULA hastane sistemini kullanmaya başlamaları veya teknik alt yapılarını oluşturmaları halinde e-reçete uygulamasına geçmeleri zorunludur.).

(4) MEDULA sisteminin ve/veya sağlık hizmet sunucusuna ait sistemin çalışmaması nedeniyle e-reçetenin düzenlenememesi halinde manuel olarak düzenlenen reçete üzerinde e-reçete olarak düzenlenememesine ilişkin “Sistemlerin çalışmaması nedeniyle e-reçete düzenlenememiştir” ibaresi kaşe ya da el yazısı şeklinde belirtilmeli ve bu ibare reçeteyi düzenleyen hekim tarafından onaylanmalıdır. (Yukarıda tanımlanmış olan istisnai hallerde düzenlenen manuel reçetelerde bu ibare aranmayacaktır.)”

**MADDE 7** – Aynı Tebliğin 3.3.9 numaralı maddesinin birinci fıkrasının (ö) bendi yürürlükten kaldırılmıştır.

**MADDE 8** – Aynı Tebliğin 3.3.30 numaralı maddesinin birinci fıkrasının birinci cümlesinden sonra gelmek üzere

aşağıdaki cümle eklenmiştir.

“Ayrıca aynı seansta, “Omurga Cerrahisi Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/E-1) Listesi”nde yer alan “103096”, “103097”, “103101”, “103102” SUT kodları ve “Beyin Cerrahisi Branşı Kranial Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/E-2) Listesi” “İNTRAOPERATİF NÖROMONİTÖRİZASYON” başlığı altında yer alan SUT kodlarından en fazla bir tanesinin bedeli Kurumca karşılanır.”

**MADDE 9** – Aynı Tebliğin 3.3.35 numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

### **“3.3.35-İşitme Cihazı ve Kulak Kalıbı**

(1) Dijital programlanabilir işitme cihazlarının bedeli Kurumca karşılanır. Kurumca bedeli karşılanacak olan dijital programlanabilir işitme cihazları; otomatik veya manuel ses kontrol sistemi, maksimum çıkış kontrol sistemi ve kazanç kontrol sistemi özelliklerine sahip olmalıdır.

(2) 0-18 yaş çocuklar için eğitimleri de göz önünde bulundurularak, dijital programlanabilir işitme cihazları;

a) 0-4 yaş çocuklar için;

1. En az dört kanallı (Kanaldan bağımsız-channel free sinyal işleme özellikli cihazlarda bu özellik aranmaz),
2. En az dört bantlı,
3. Gürültü azaltıcı ve feedback yönetimi özellikli,
4. FM sistem uyumlu özellikli olmalıdır.

Bu kişilerde kulak içi/kanal içi cihaz kullanıldığı takdirde bedeli Kurumca karşılanmaz.

b) 5-12 yaş çocuklar için;

1. En az dört kanallı (Kanaldan bağımsız-channel free sinyal işleme özellikli cihazlarda bu özellik aranmaz),
2. En az sekiz bantlı,
3. FM sistem uyumlu,
4. Gürültü azaltıcı ve feedback yönetimi özellikli,
5. Çift mikrofonlu olmalıdır.

Bu kişilerde kulak içi/kanal içi cihaz kullanıldığı takdirde bedeli Kurumca karşılanmaz.

c) 13-18 yaş çocuklar için;

1. En az dört kanallı (Kanaldan bağımsız-channel free sinyal işleme özellikli cihazlarda bu özellik aranmaz),
2. En az sekiz bantlı,
3. FM sistem uyumlu (kulak içi/kanal içi cihazda bu şart aranmaz),
4. Gürültü azaltıcı ve feedback yönetimi özellikli,
5. Çift mikrofonlu (kulak içi/kanal içi cihazda bu şart aranmaz) kulak arkası veya kulak içi/kanal içi cihaz olmalıdır.

(3) 18 yaş üzeri erişkinler için işitme cihazı;

1. En az dört kanallı (Kanalardan bağımsız-channel free sinyal işleme özellikli cihazlarda bu özellik aranmaz),
2. En az dört bantlı,
3. Gürültü azaltıcı ve feedback yönetimi özellikli,
4. Çift mikrofonlu (kulak içi/kanal içi cihazda bu şart aranmaz) kulak arkası veya kulak içi/kanal içi cihaz olmalıdır.

(4) İşitme cihazı bedellerinin ödenebilmesi için SUT'un 5.3.4 numaralı maddesinde tanımlanan belgelere ilave olarak;

a) Odyolojik test sonuçlarını gösterir belgenin, aşağıda tanımlanan yetkili personel tarafından imza ve kaşesinin bulunduğu onaylanmış aslı;

1) 0-4 yaş arası çocuklar ve saf ses odyometri testi yapılamayan 4 yaş ve üzeri tüm hastalar için beyin sapı odyometrisinin (ABR Testi) Kulak Burun Boğaz Hastalıkları uzman hekimi veya odyolog tarafından onaylanmış aslı,

2) Saf ses odyometri testinin, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları uzman hekimi veya odyolog veya odyometrist tarafından onaylanmış aslı,

3) Davranım odyometri testi yapılmış ise sonucunun Kulak Burun Boğaz Hastalıkları uzman hekimi veya odyolog tarafından onaylanmış aslı.

b) İşitme cihazına ait barkod ile birlikte cihazın marka, model ve seri numarasını gösterir etiketin aslı,

c) Sağlık Bakanlığınca düzenlenmiş olan ruhsatname ve sorumlu müdür belgesinin onaylı örneği,

ç) İşitme cihazına ve tedarikçi firma ve/veya alt bayii bilgilerine ait TİTUBB PRICAT çıktıları,

d) Hastanın işitme eşiklerinin bu cihaza ait işitme kazanç eğrisinin ve cihaz uyarılama metodunun içerisinde yer aldığı gösterir işitme cihazı merkezi tarafından düzenlenmiş ıslak imzalı belge (gerçek kulak ölçümü sonuçları),

e) İşitme cihazının hastanın işitme kaybına uygunluğunu belirten ve merkez tarafından düzenlenmiş ıslak imzalı taahhütname,

f) İşitme cihazının teknik bilgilerinin yer aldığı, işitme merkezi tarafından onaylanmış katalog istenecektir.

(5) İşitme cihazı faturası üzerinde; hasta adı, hasta T.C. kimlik numarası, işitme cihazına ait marka, model ve seri numarası bilgileri yer alacaktır. Fatura arkasında "işitme cihazının eksiksiz ve çalışır durumda teslim alındığı ve işitme cihazı ile ilgili eğitimin tarafına verildiği" ibarelerinin hasta veya yakını tarafından yazılarak imzalanmış olması gerekmektedir.

(6) İşitme cihazı bedellerinin Kurumca ödenebilmesi için, Kurumla sözleşmeli resmi sağlık kurumlarınca en az 1 (bir) Kulak Burun Boğaz Hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenecektir.

(7) İşitme eşiği tayini ABR testi ile yapılması gerekenlerde, test Tonal ABR ile yapılarak alçak frekans (500 veya 1000 Hz) ve yüksek frekans (2000 veya 4000 Hz) gruplarından birer frekans olmak üzere en az iki frekansa ait eşikler test rapor kısmında dB nHL olarak belirtilmelidir.

(8) İşitme eşiği tayini saf ses odyometri testi ile yapılmışsa; test en az 500-1000-2000-4000 Hz frekanslarında hava yolu ve 500-1000-2000-4000 Hz frekanslarında kemik yolu işitme eşiklerini ve konuşmayı ayırt etme skorlarını içermelidir. 8 yaş altı çocuklarda, konuşmayı ayırt etme skoru şartı aranmaz. 8 yaş ve üzerinde konuşmayı ayırt etme skoru yapılamaması durumunda tıbbi gerekçesi sağlık kurulu raporunda belirtilmelidir.

(9) İşitme cihazı bedeli ödenebilmesi için;

a) 0-18 yaş çocuklarda; işitme kaybının kalıcı işitme kaybı olduğu 3. basamak resmi sağlık kurumlarınca düzenlenen sağlık kurulu raporunda belirtilmeli ve aşağıdaki yöntemlerden biri ile test edilmiş olmalıdır;

1) İşitme eşikleri saf ses odyometri testi ile belirlenmiş ise iyi işiten kulakta 500-1000-2000-4000 Hz frekanslarında saf ses ortalaması en az 26 dB ve üzerinde olmalıdır.

2) Davranım odyometri testi ile belirlenmiş ise 500-1000-2000 Hz frekanslarının eşik ortalaması 26 dB ve üzerinde olmalıdır.

3) Tonal ABR ile belirlenmesi durumunda iyi işiten kulakta frekansların eşik ortalaması 30 dB nHL ve üzerinde olmalıdır.

b) 18 yaş üzeri erişkinlerde; işitme kaybının kalıcı işitme kaybı olduğu resmi sağlık kurumlarınca düzenlenen sağlık kurulu raporunda belirtilmeli ve aşağıdaki yöntemlerden biri ile test edilmiş olmalıdır;

1) Saf ses odyometri testi yapılan hastalarda iyi işiten kulakta 500-1000-2000-4000 Hz frekanslarında saf ses ortalaması en az 30 dB ve üzerinde olmalıdır.

2) Saf ses odyometri testi yapılamayan hastalarda işitme eşiğinin tonal ABR ile belirlenmesi durumunda iyi işiten kulakta frekansların eşik ortalaması 30 dB nHL ve üzerinde olmalıdır.

c) 0-18 yaş çocuklarda bilateral işitme cihazı bedeli; bilateral kalıcı işitme kaybı bulunduğu 3. Basamak resmi sağlık kurumlarınca düzenlenen sağlık kurulu raporunda belirtilmesi halinde Kurumca karşılanır.

d) 18 yaş üzeri erişkinlerde bilateral işitme cihazı bedeli; bilateral kalıcı işitme kaybı bulunduğu, daha önce tek kulakta en az 6 ay süre ile işitme cihazı kullanıldığının ve işitme cihazı kullanımı sonucunda elde edilen eşikler sonucunda hastanın işitme cihazından yarar gördüğünün (konuşmayı ayırt etme skorunda cihazlı ve cihazsız ölçümlerde artış sağlanması) 3. basamak resmi sağlık kurumlarınca düzenlenen sağlık kurulu raporunda belirtilmesi halinde Kurumca karşılanır.

(10) 0-18 yaş çocuklarda 5 yıldan önce cihaz yenilenmesi için progresif işitme kaybı olduğu ve mevcut cihazın bu kaybı karşılamada yetersiz kaldığı sağlık kurulu raporunda belirtilmelidir.

(11) İşitme cihazı sağlık kurulu raporu ve odyolojik test sonuçları 4 (dört) ay süreyle geçerlidir.

(12) İşitme cihazı kulak kalıplarının yenilenmesinin gerektiğinin tek KBB uzman hekimi raporu ile ibraz edilmesi durumunda Kurumca bedelleri karşılanır. Ancak, işitme cihazlarının ilk kez alınması aşamasında, kulak kalıpları için ayrıca herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

(13) 18 yaş altı çocuklar için belirlenmiş olan tutar; 0-4 yaş için % 80, 5-12 yaş için % 60 ve 13-18 yaş için % 50 oranında artırılarak Kurumca bedeli karşılanır.”

**MADDE 10** – Aynı Tebliğin 4.1.2 numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(1) Yatarak tedavilerde (yatan hasta ve günübirlik tedavi) kullanılacak ilaçların Kurumla sözleşmeli/protokollü sağlık kurum ve kuruluşları tarafından temini zorunludur. (Sağlık Bakanlığı tarafından hastanede kullanılmasına izin verilen yurtdışı ilaçların dışında kalan yurtdışı ilaçlar hariç)

(2) Yatarak tedavilerde Kurumla sözleşmeli/protokollü sağlık kurum ve kuruluşları tarafından temin edilemeyen ilaçlar için düzenlenecek reçetelerde “Eczanemizde Yoktur, Yatan/ Günübirlik Hasta” ibaresi ve başhekimlik onayının bulunması zorunludur. Ancak yurtdışı ilaçlar için düzenlenecek reçetelerde söz konusu ibarenin ve başhekimlik onayının bulunması zorunlu değildir.

(3) Kurumla sözleşmeli/protokollü sağlık kurum ve kuruluşları tarafından temin edilemeyen sözleşmeli eczaneler tarafından karşılanan reçetelerde yer alan ilaç bedelleri, SUT hükümleri doğrultusunda 5 günlük dozu (ancak, sağlık kurum ve kuruluşlarında uzun süre yatarak tedavi gören tüberküloz hastalarına, kullanım dozu belgelenmek kaydıyla 1 aylık miktarda tüberküloz ilaçları reçete edilebilir) (Yurtdışı İlaçlar ve ara ödemede olan ilaçlar hariç) aşmamak kaydıyla sözleşmeli eczaneye ödenir, ilgili sağlık kurum ve kuruluşlarının alacağından mahsup edilir ve mahsup edilen tutarlar iade edilmez. Tedavinin devam ettiği durumlarda “doz” bitiminde yeniden reçete yazılması mümkündür.

(4) Taburcu olan hastalara reçetelendirilecek ilaçlar, ayakta tedavi kapsamında değerlendirilir.

(5) Kemoterapi ünitesi olan sağlık tesislerinde kemoterapi ilaçlarının hastaya kullanılan miktar kadarı fatura edilecektir.”

**MADDE 11** – Aynı Tebliğin 4.1.7 numaralı maddesinin başlığı “**4.1.7 - Sadece yatarak tedavilerde kullanımı halinde bedelleri ödenecek ilaçlar (EK-4/G)**” şeklinde ve birinci fıkrası da aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(1) SUT eki “Sadece Yatarak Tedavilerde Kullanımı Halinde Bedelleri Ödenecek İlaçlar Listesi” nde (EK-4/G) yer alan ilaçlar (anestezikler dâhil), sadece sağlık kurum ve kuruluşlarında yatarak tedavilerde kullanılır.”

**MADDE 12** – Aynı Tebliğin 4.2.1.C-1 numaralı alt maddesinin altıncı fıkrasının sonuna aşağıdaki cümle eklenmiştir.

“Tedaviye uzun süre ara veren (3 ay ve daha uzun süre) hastalarda yeniden başlangıç kriterleri aranır.”

**MADDE 13** – Aynı Tebliğin 4.2.1.C-5 numaralı alt maddesinin ikinci fıkrasının (a) ve (b) bentleri aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“a) NSAİ ve/veya methotrexat veya anti-TNF ile 3 aylık tedavi sonunda ACR pediatrik 30 yanıtı alınmamış ise bu durumun belirtildiği 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak ilaca başlanabilir. İlaça başlandıktan 3 ay sonra yapılan değerlendirmede ACR pediatrik 30 yanıtının alınması halinde, bu durumun yeni düzenlenecek 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile tedaviye devam edilir. Bu raporun süresi sonunda hastanın ACR pediatrik cevap kriteri 50 ve üzerinde olması halinde bu durumun yeni düzenlenecek 6 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile hastaların tedavisine devam edilebilir. Tedavinin devamında ACR pediatrik cevap kriterine 6 ayda bir bakılır, başlangıç ve ACR pediatrik cevap kriteri her sağlık kurulu raporunda belirtilir. Tedaviye rağmen ACR pediatrik cevap kriteri 50’ye ulaşmayan hastalarda anti-TNF tedavisine devam edilmez.

b) Sağlık kurulu raporları; yalnızca üniversite veya eğitim ve araştırma hastanelerinde en az bir çocuk romatoloji uzmanı yer alacak şekilde düzenlenir ve bu rapora dayanılarak çocuk romatoloji veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilir.”

**MADDE 14** – Aynı Tebliğin 4.2.3 numaralı maddesine aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

“(10) Enjektabl alerji aşıları reçete tanzim tarihinden itibaren 90 gün içinde temin edilebilir.”

**MADDE 15** – Aynı Tebliğin 4.2.14.C numaralı alt maddesinin üçüncü fıkrasında aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Fıkranın (h) bendinin “1) Azasitidin;” maddesine aşağıdaki bent eklenmiştir.

“c) Azasitidin ve decitabin birlikte kullanılamaz.”

b) Fıkranın (h) bendinin “2) Decitabin;” maddesinin (b) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiş ve aynı maddeye aşağıdaki (c) bendi eklenmiştir.

“b) Decitabin, kemik iliğinde blast oranı %30’dan fazla olan, orta/kötü sitogenetik riski bulunan ve standart indük siyon kemoterapisi için aday olmayan 70 yaş ve üstü yeni tanı konmuş akut miyeloid lösemi (AML) tedavisinde;

1) İçinde en az bir hematoloji uzmanının bulunduğu 6 ay süre ile geçerli sağlık kurulu raporuna dayanılarak hematoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilebilir.

2) Söz konusu teşhiste en fazla 6 siklus kullanılabilir.

c) Azasitidin ve decitabin birlikte kullanılamaz.”

c) Fıkranın (ı) bendinin (a) alt bendinin ikinci maddesinde yer alan “dasatinibe dirençli” ibaresi “imatiniib dahil önceki tedavilere dirençli” şeklinde değiştirilmiş ve üçüncü maddesi yürürlükten kaldırılmıştır.

ç) Fıkranın “l) Sorafenib” adlı bendine aşağıdaki madde eklenmiştir.

“3) Tiroid kanseri endikasyonunda; daha önce VEGF-TKİ gibi hedefe yönelik bir tedavi almamış cerrahi ve radyoterapi gibi lokal tedavilere uygun olmayan veya bu tedaviler sonrası progresyon gösteren, son 14 ay içerisinde RECIST kriterlerine göre progresyon göstermiş radyoaktif iyot tedavisine dirençli lokal relaps veya metastatik diferansiye tiroid kanserlerinde monoterapi olarak progresyona kadar kullanılabilir. Progresyon sonrası kombinasyon veya monoterapi olarak kullanılamaz. Sorafenib bu durumların belirtildiği en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulunduğu, 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimleri tarafından reçetelenir.”

**MADDE 16** – Aynı Tebliğin 4.2.15. numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) 4.2.15.Ç alt maddesinin birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(1) 75 yaşın altında 60 kg’ın üstündeki serebrovasküler olay öyküsü olmayan akut koroner sendromlu olup;

a) Hastaneye yatırılan ve acilen koroner anjiyografisi yapıp perkütan koroner girişim kararı alınan diyabetli ST yükselmez miyokard enfarktüsü [NSTEMI] hastalarda;

b) Hastaneye yatırılan ve perkütan koroner girişim kararı alınan ST yükselmeli miyokard enfarktüsü [STEMI] hastalarında,”

b) 4.2.15.E alt maddesinin beşinci fıkrasında yer alan “bu hekimlerce” ibaresi “kardiyoloji, kalp damar cerrahisi veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından” şeklinde değiştirilmiştir.

**MADDE 17** – Aynı Tebliğin 4.2.17-A numaralı alt maddesinin altıncı fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(6) Stronsiyum ranelat (kombinasyonları dahil), raloksifen ve denosumab;

a) Stronsiyum ranelat (kombinasyonları dahil), raloksifen ve denosumab; yalnızca bifosfonatları tolere edemeyen veya yeterli yanıt alınamayan osteoporozlu hastalarda bu durumun, iç hastalıkları, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, romatoloji, ortopedi ve travmatoloji, kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarından en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporunda belirtilmesi halinde, bu rapora dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilebilir.

b) Denosumab; Hormon ablasyonu uygulanmış olan nonmetastatik prostat kanserli veya meme kanseri nedeniyle adjuvan aromataz inhibitörü tedavisi gören yüksek kırık riskine sahip hastalardaki osteoporoz tedavisinde; bu durumun belirtildiği, en az bir onkoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilebilir.”

**MADDE 18** – Aynı Tebliğin 4.2.26 numaralı maddesinin üçüncü fıkrasında yer alan “iç hastalıkları” ibaresinden sonra gelmek üzere “,yoğun bakım” ibaresi eklenmiştir.

**MADDE 19** – Aynı Tebliğin 4.2.27.A numaralı alt maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(1) Hastanın tanısı, faktör düzeyi, varsa inhibitör düzeyini belirten hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak, hematoloji uzman hekiminin olmadığı hastanelerde ise üç iç hastalıkları ya da üç çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından düzenlenecek 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak, hematoloji veya iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından reçetelenir. Sağlık Bakanlığı mevzuatı kapsamında hastaya özel hemofili takip karnesine de yazılır.



a) Faktör düzeyi % l'in altında ve/veya ayda üçten fazla kanaması olan proflaksi hastalarında haftalık faktör kullanım miktarı 4500 üniteyi geçemez. Haftalık faktör kullanımının 4500 üniteyi geçmesi gerektiği durumlarda, bu duruma sebep olan gerekçelerin belirtileceği 6 ay süreli yeni rapor düzenlenir.

b) Hemofili hastalarında; akut kanama yaşanması ya da cerrahi girişim gerekmesi halinde, bu amaçla yapılacak ilaç temini için, bu durumun belirtileceği 3 gün süreli yeni bir hematoloji uzman hekim raporu düzenlenir.

(2) Acil müracaatlarda, hastanın tam teşekküllü sağlık kurumlarına başvurması halinde hemofili takip karnesinin mevcut olmaması veya bu belge mevcut olmasına rağmen ilaçta doz artırılmasını gerektirecek yeni bir endikasyonun gelişmesi halinde ilk mesai gününde raporun çıkarılması, reçete veya tabela üzerinde bu durumun hekimin el yazısı ile belirtilmesi koşuluyla hastanın tedavisi sağlanacaktır. Acil durumlarda hastaya en fazla bir günlük dozda ilaç reçete edilerek hematoloji uzman hekiminin bulunduğu hastaneye sevk edilecektir.

(3) Faktör VIIa, hastanın tanısını, faktör düzeyini ve varsa inhibitör düzeyini (glanzmantrombastenisinde bu iki düzey de aranmaz) gösterir hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak; prospektüs onaylı endikasyonlarında hafif-orta şiddetteki kanamalarda 4 doza kadar, merkezi sinir sistemi kanamalarında veya hayatı tehdit eden (hemodinamiği bozan) şiddetli kanamalarda veya cerrahi operasyonlarda 12 doza kadar hematoloji uzman hekimlerince, bu hekimlerin bulunmadığı hastanelerde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve/veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilir. Kullanılan ünitenin kaç dozluk olduğu hekim tarafından reçete/tabla üzerinde belirtilir.

(4) Kombine koagülasyon faktörü/protrombinkompleksi konsantreleri;

a) Konjenital ve kazanılmış (edinsel) koagülasyon bozukluğu olan hastalarda; hafif-orta şiddetteki kanamalarda, merkezi sinir sistemi kanamalarında, hayatı tehdit eden (hemodinamiği bozan) şiddetli kanamalarda veya cerrahi operasyonlarda, bu durumun ve hastanın tanısı ile faktör düzeyini de gösterir hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak hematoloji uzman hekimlerince, bu hekimlerin bulunmadığı hastanelerde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve/veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından bir günlük dozda reçete edilir. Kullanılan ünitenin bir günlük doz olduğu hekim tarafından reçete/tabla üzerinde belirtilir.

b) Acil müracaatlarda;

1) Kumarin türevlerinin uygulanmasından kaynaklanan, aktif kanaması olan hastalarda INR ve PT değerleri aranmaksızın kanama yeri belirtmek koşulu ile uzman hekimlerce hastaya en fazla bir günlük dozda ilaç reçete edilerek hematoloji uzman hekiminin bulunduğu hastaneye sevk edilecektir. Kullanılan ünitenin bir günlük doz olduğu hekim tarafından reçete/tabla üzerinde belirtilir.

2) Kazanılmış (edinsel) koagülasyon bozukluklarında (K vitamini yetersizliği, karaciğer yetmezliği gibi) oluşan kanamalarda ilgili kanama yeri belirtmek koşulu ile uzman hekimlerce hastaya en fazla bir günlük dozda ilaç reçete edilerek hematoloji uzman hekiminin bulunduğu hastaneye sevk edilecektir. Kullanılan ünitenin bir günlük doz olduğu hekim tarafından reçete/tabla üzerinde belirtilir.

(5) Aktifleşmiş protrombin kompleksi konsantresi (aPCC);

a) Hafif orta şiddetteki kanamalarda, merkezi sinir sistemi kanamalarında, hayatı tehdit eden (hemodinamiği bozan) şiddetli kanamalarda veya cerrahi operasyonlarda, bu durumu ve hastanın tanısı ile faktör ve inhibitör düzeyini belirten hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak hematoloji uzman hekimlerince, bu hekimlerin bulunmadığı hastanelerde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve/veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından en fazla bir günlük dozda reçete edilebilir. Kullanılan ünitenin bir günlük doz olduğu hekim tarafından reçete/tabla üzerinde belirtilir.

b) Proflaksi tedavisinde; Faktör VIII inhibitör titresi <5 BU (Bethesda Ünitesi) oluncaya kadar haftalık faktör kullanım miktarı 4500 üniteyi geçmemek kaydıyla hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak hematoloji uzman hekimlerince, bu hekimlerin bulunmadığı hastanelerde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve/veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilebilir. Faktör inhibitör titresi 5 BU'nun altında ise proflaksi tedavisi sonlandırılır. Haftalık faktör kullanımının 4500 üniteyi geçmesi gerektiği

durumlarda, bu duruma sebep olan gerekçelerin belirtileceği 6 ay süreli yeni rapor düzenlenir.”

**MADDE 20** – Aynı Tebliğin 4.2.27.D numaralı alt maddesinin birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(1) Splenektomi kontrendikasyonu olan ve kortikosteroid ve en az bir immunsupresif tedavi almış olup, yanıtız olan veya splenektomi sonrası nüks eden olgularda; trombosit sayısı 30.000’in altında olan kanamalı hastalarda tedaviye başlanır. Hematoloji uzman hekimi tarafından düzenlenen 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce reçete edilir. Raporda kullanılacak ilaç/ilaçların kullanım dozu, uygulama planı ve süresi yer alır. Yenilenen her raporda hastanın bir önceki raporunda yer alan trombosit değerleri de belirtilir.”

**MADDE 21** – Aynı Tebliğin 4.2.30. A numaralı alt maddesinin birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(1) Pulmoner hipertansiyonda;

a) Fonksiyonel kapasitelerinin NHYA sınıf II, III veya IV olması ve vazoreaktivite testinin negatif olması durumunda hastalarda tedaviye başlanır.

b) Bu hastaların üç aylık tedavi sonrası kontrolünde klinik efor kapasitesi (6 dakika yürüme testi veya treadmill efor testi), hemodinami veya ekokardiyografik verilerinde düzelme olması veya stabil kalması durumunda tedaviye devam edilir.”

**MADDE 22** – Aynı Tebliğin 4.2.33.A numaralı alt maddesinin ikinci ve üçüncü fıkraları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(2) Ranibizumab ve aflibersept; hasta anamnezi, FFA ve lezyona ait renkli resim varlığına ait bilgiler 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilerek birer ay arayla 3 kez yükleme dozuyla başlanır. Bu süre sonunda hastalar izlenerek göz dibi bulguları, görme keskinliği ve optik koherens tomografileri (OKT) değerlendirilir. Tedavinin devamında bu bulgular ve tedaviye devam kararı her uygulama için düzenlenecek yeni sağlık kurulu raporunda belirtilir. Tedavide ilaç değişimi bir defaya mahsus olmak üzere, ilk tedaviye başlanan ilaç ile yükleme dozu tamamlandıktan sonra yapılacak değerlendirme sonucuna göre, başlangıç kriterlerine uygun olarak düzenlenmiş, değişimin gerekçesinin belirtildiği sağlık kurulu raporu ile mümkündür.

(3) Bu grup ilaçlar kombine olarak kullanılamayacaktır.”

**MADDE 23** – Aynı Tebliğin 4.2.34.numaralı maddesinin başlığı “**Multipl Skleroz Hastalığında beta interferon, glatiramer asetat, teriflunomid ve fingolimod kullanım ilkeleri**” şeklinde değiştirilmiş ve birinci fıkrasında yer alan “Beta interferon”ibaresinden sonra gelmek üzere “,teriflunomid” ibaresi eklenmiştir.

**MADDE 24** – Aynı Tebliğin 4.4.1 numaralı alt maddesinin birinci, ikinci, dördüncü, beşinci, altıncı ve sekizinci fıkraları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(1) Depocuya satış fiyatı 3,62 (üç virgöl altmışiki) TL ve altında olan ilaçlar için kamu kurum iskontosu uygulanmaz. (Özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla)

(2) Depocuya satış fiyatı 3,63 (üç virgöl altmışüç) TL'nin (dahil) üzerinde olan ilaçlara kamu kurum iskontosu olarak %7 veya %11 baz iskonto uygulanır.”

“(4) 20 yıllık ilaçlardan;

a) Depocuya satış fiyatı 3,63 (üç virgöl altmışüç) TL (dahil) ile 6,92 (altı virgöl doksaniki) TL (dahil) arasında olan ilaçlara %7 baz iskonto uygulanır.

b) Depocuya satış fiyatı 6,93 (altı virgöl doksanüç) TL (dahil) ile 10,42 (on virgöl kırkiki) TL (dahil) arasında olan ilaçlara %20 iskonto (baz iskonto %11 + %9 ilave iskonto) uygulanır.

c) Depocuya satış fiyatı 10,43 (on virgöl kırk üç) TL ve üzerinde, referansı olan ve referansı olmayıp imalat kartına göre fiyat alan ilaçlara %28 iskonto (baz iskonto %11 + %17 ilave iskonto) uygulanır.

ç) Depocuya satış fiyatı 10,43 (on virgöl kırk üç) TL ve üzerinde olan, referansı olmayan ilaçlara referans fiyatına kadar %40 iskonto (baz iskonto %11 + %29 ilave iskonto) uygulanır.

(5) Jeneriği olmayan orijinal ilaçlardan;

a) Depocuya satış fiyatı 3,63 (üç virgöl altmış üç) TL (dahil) ile 6,92 (altı virgöl doksan iki) TL (dahil) arasında olan ilaçlara %20 iskonto (baz iskonto %11 + %9 ilave iskonto) uygulanır.

b) Depocuya satış fiyatı 6,93 (altı virgöl doksan üç) TL ve üzerinde olan ilaçlara %41 iskonto (baz iskonto %11 + %30 ilave iskonto) uygulanır.

(6) Jeneriği olan orijinal ilaçlar ile jenerik ilaçlardan;

a) Depocuya satış fiyatı 3,63 (üç virgöl altmış üç) TL (dahil) ile 6,92 (altı virgöl doksan iki) TL (dahil) arasında olan ilaçlara %20 iskonto (baz iskonto %11 + %9 ilave iskonto) uygulanır.

b) Depocuya satış fiyatı 6,93 (altı virgöl doksan üç) TL ve üzerinde olan ilaçlara %28 iskonto (baz iskonto %11 + %17 ilave iskonto) uygulanır.”

“(8) Depocuya satış fiyatı 3,63 (üç virgöl altmış üç) TL ve üzerinde olan kan ürünleri, tıbbi mamalar, radyofarmasötik ürünler ile enteral beslenme ürünlerine %11 baz iskonto uygulanır.”

**MADDE 25** – Aynı Tebliğin 5.1 numaralı maddesinin birinci fıkrasının sonuna aşağıdaki cümle eklenmiştir.

“Ayrıca Kurumla sözleşmeli/protokollü sağlık hizmeti sunucularının, sundukları sağlık hizmetlerine ilişkin bedellerin ödenebilmesi için, Kurumca belirlenecek sağlık hizmetlerine ait oluşturulan Ulusal Kayıt Formlarını ve MEDULA sistemine girilmesi gerekli görülen geri ödemeye esas teşkil edecek diğer bilgi/belgelerini MEDULA sistemine girmesi zorunludur. Sağlık hizmeti Ulusal Kayıt Formları ve MEDULA sistemine girilmesi gerekli görülen geri ödemeye esas teşkil edecek diğer bilgi/belgeler ile ilgili uyulması gereken kurallar Kurumca ayrıca duyurulacaktır.”

**MADDE 26** – Aynı Tebliğin 5.3.4 numaralı maddesine aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

“(5) Genel sağlık sigortalıları ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin ayakta tedavileri sırasında kullanmaları sağlık raporu ile uygun görülen SUT eki listelerde yer alan malzemelerden Kurumca duyurulacak olanların ödemesi; SUT hükümleri ve ilgili mevzuat doğrultusunda düzenlenecek sağlık raporu ve bir defaya mahsus olmak üzere sağlık raporuna göre düzenlenen reçeteye istinaden reçete tarihi esas alınmak kaydıyla aylık nakdi ödeme şeklinde yapılabilir. Bu fıkra kapsamında yapılacak ödemelerde bu maddenin diğer fıkralarında yer alan hususlar aranmaz.”

**MADDE 27** – Aynı Tebliğ eki “Ayakta Tedavide Hekim ve Diş Hekimi Muayenesi Katılım Payı Alınmayacak Kronik Hastalıklar” (EK-1/A) Listesine eklenen tanı kodları aşağıda belirtilmiştir.

TANI KODU	HASTALIK ADI
N04	Nefrotik Sendrom
Q05	Spina Bifida
Q78	Osteogenezis Imperfekta

**MADDE 28** – Aynı Tebliğ eki “Hizmet Başı İşlem Puan Listesi” nde (EK-2/B) aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

- a) Listede yer alan “700145” SUT kodlu “Radyofrekans/plazma uygulaması ile konka küçültülmesi” işleminin kodu “601331” olarak değiştirilmiştir.
- b) Listede yer alan “704371” SUT kodlu “İntrakaviter kemo veya immünoterapi ile birlikte intrakaviter hipertermi” işlemi yürürlükten kaldırılmıştır.
- c) Listede yer alan “804320” SUT kodlu “MR, vertebra, lomber” işleminin adı “MR, vertebra, lomber (baskılı, baskısız)” olarak değiştirilmiştir.
- ç) Listede açıklama değişikliği yapılan işlemler bu Tebliğ eki (1) numaralı listede belirtilmiştir.

**MADDE 29** – Aynı Tebliğ eki “Tanıya Dayalı İşlem Puan Listesi”nde (EK-2/C) aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

- a) Listede yer alan “P700145” SUT kodlu “Radyofrekans/plazma uygulaması ile konka küçültülmesi” işleminin kodu “P601331” olarak değiştirilmiştir.
- b) Listede açıklama değişikliği yapılan işlemler bu Tebliğ eki (2) numaralı listede belirtilmiştir.
- c) Listede fiyatı değişen işlemler bu Tebliğ eki (3) numaralı listede belirtilmiştir.

**MADDE 30** – Aynı Tebliğ eki “Diş Tedavileri Puan Listesi”nde (EK-2/Ç) yer alan “405130” SUT kodlu “Osteomiyelit operasyonu, tek çene” işleminin açıklamalar kısmına “Biyopsi sonucu ve radyoloji raporu istenir.” ibaresi eklenmiştir.

**MADDE 31** – Aynı Tebliğ eki “Birden Fazla Branşta Kullanılan Tıbbi Malzemeler Listesi”nde (EK-3/A) aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

- a) “OR4500” SUT kodlu tıbbi malzemeden sonra gelmek üzere ödeme kriteri ve/veya kuralı ile beraber aşağıdaki tıbbi malzeme fiyatı ile birlikte eklenmiştir.

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	AÇIKLAMA	FİYAT
OR4505	HEMOSTATİK ÜRÜN, TOZ, ANTİADEZİV (TÜM APARATLAR DAHİL)		650,00
	(1) Transplantasyon cerrahisi, malign tümör cerrahisi, intrakranial cerrahi, açık kalp cerrahisi, açık toraks cerrahisi ve açık karaciğer cerrahilerinde uygulanmak üzere sadece üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularında kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.		

- b) “OR6070” SUT kodlu tıbbi malzemenin altında yer alan ödeme kural ve/veya kriterlerine aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

“(3) İşlem başına en fazla bir adetinin bedeli Kurumca karşılanır.”

**MADDE 32** – Aynı Tebliğ eki “Eksternal Alt ve Üst Ekstremit/Gövde Protez Ortezler Listesi”nde (Ek-3/C-2) aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

- a) Listede yer alan “Özel Koşullar” bölümünün (3) numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiş ve aynı bölüme aşağıdaki maddeler eklenmiştir.

3	Güdükte hacim değişikliğinin sağlık raporu ile belgelenmesi halinde soket değişimi bedeli, güdükte
---	--

	hacim ve boy değişikliğinin sağlık raporu ile belgelendirilmesi halinde ise soket ve tp değişimi bedeli Kurumca karşılanır.
--	--

21	Bu listede yer alan tıbbi malzeme bedelleri; 2918 sayılı Karayolları Trafik Kanununun 98 inci maddesi kapsamında tedavi giderleri karşılanan kişiler için % 1 oranında artırımlı olarak ödenecektir.
22	(E) ile işaretli protez-ortezler için fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, geriatrid, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerden birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.
23	Aktif-pasif-düşük distal vakum soket sistemli protezler ile birlikte bir çift poliüretan, jel veya membranlı liner verilmesi gerekmektedir.

b) Listede yer alan ‘‘OP1105’’, ‘‘OP1106’’, ‘‘OP1107’’, ‘‘OP1108’’ ve ‘‘OP1300’’ SUT kodlu tıbbi malzemeler aşağıdaki Şekilde değiştirilmiştir.

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI			YENİLENME SÜRESİ	ÖZEL KOŞULLAR	AKTİVİTE SKORU	FİYAT (TL)
OP1105	WALKER (ALÜMİNYUM)(HAREKETLİ-SABİT-TERS)	E	I	1 yıl			50,00
OP1106	WALKER (ALÜMİNYUM)(HAREKETLİ-SABİT-TERS)	E	H	1 yıl			39,00
OP1107	WALKER (MODİFİYE; AKSİLLA DESTEKLİ, ÖNKOL DESTEKLİ, VS)	E	I	1 yıl			179,00
OP1108	WALKER (MODİFİYE; AKSİLLA DESTEKLİ, ÖNKOL DESTEKLİ, VS)	E	H	1 yıl			138,00
OP1300	HAVALI YATAK	E	H				52,00

c) Listede yer alan ‘‘OP1343’’ ve ‘‘OP1344’’ SUT kodlu tıbbi malzemeler ödeme kural ve/veya kriterleri ile beraber aşağıdaki Şekilde değiştirilmiştir.

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI			YENİLENME SÜRESİ	ÖZEL KOŞULLAR	AKTİVİTE SKORU	FİYAT (TL)
OP1343	HAFİF MANUEL TEKERLEKLİ SANDALYE		H	5 yıl			1200,00
Ayakta durmak ve/veya yürümek için alt ekstremitelerini kullanamayacak hastalığı veya engellilik durumu olduğunun, ayrıca engellilik durumu nedeniyle hafif manuel tekerlekli sandalyeye gereksiniminin bulunduğu ve engellilik durumunun sürekli olduğunun, tekerlekli sandalyeyi hastanın kendisinin kullanabileceğinin, ortopedi ve travmatoloji veya beyin cerrahisi veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya nöroloji uzman hekimlerinden herhangi üç uzman hekimin (Aynı branştan üçünün veya farklı branştan birer kişinin veya bir branştan iki, diğer branştan bir olmak üzere toplam üç uzman hekimin) yer aldığı üçüncü basamak sağlık kurumlarınca düzenlenecek sağlık kurulu raporunda belgelendirilmesi ve bu hekimlerce reçete edilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.							
OP1344	PEDİATRİK TEKERLEKLİ SANDALYE		H	5 yıl			1200,00

Ayakta durmak ve/veya yürümek için alt ekstremitelerini kullanamayacak hastalığı veya engellilik durumu olduğunun, ayrıca engellilik durumu nedeniyle pediatrik tekerlekli sandalyeye gereksiniminin bulunduğu ve engellilik durumunun sürekli olduğunun, tekerlekli sandalyeyi hastanın kendisinin kullanabileceğinin, ortopedi ve travmatoloji veya beyin cerrahisi veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya nöroloji uzman hekimlerinden herhangi üç uzman hekimin (Aynı branştan üçünün veya farklı branştan birer kişinin veya bir branştan iki, diğer branştan bir olmak üzere toplam üç uzman hekimin) yer aldığı üçüncü basamak sağlık kurumlarınca düzenlenecek sağlık kurulu raporunda belgelendirilmesi ve bu hekimlerce reçete edilmesi halinde 5-15 yaş arası hastalarda Kurumca bedeli karşılanır. Ancak gelişim geriliği olan hastalarda, sağlık kurulu raporunda gelişim geriliğinin belirtilmesi halinde yaş sınırı dikkate alınmaz.

**MADDE 33** – Aynı Tebliğ eki “Tıbbi Sarf Malzemeler Listesi”nde (Ek-3/C-4) aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “A10013”, “A10016”, “A10017”, “A10018”, “A10019” SUT kodlu tıbbi malzemelerin belirlenen fiyatları aşağıdaki tabloda belirtilmiştir.

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYATI (TL)
A10013	SONDA, FOLEY İKİ YOLLU SİLİKON	3,00
A10016	SONDA, FOLEY ÜÇ YOLLU SİLİKOLATEX	4,50
A10017	SONDA, FOLEY ÜÇ YOLLU SİLİKON	5,00
A10018	SONDA, FOLEY ÜÇ YOLLU POLİVİNİLKLORÜR	20,00
A10019	SONDA, FOLEY ÜÇ YOLLU LATEX	2,50

b) Listede yer alan “A10049” SUT kodlu tıbbi malzemenin alan tanımı ve ödeme kural ve/veya kriterleri aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYATI (TL)
A10049	HASTA ALT BEZİ/KÜLOTLU HASTA ALT BEZİ	0,60
<p>(1) Uzman hekim raporu ile mesane veya rektum kontrolü olmaması (raporda idrar veya gaita inkontinansına neden olan primer tanının belirtilmesi kaydı ile) nedeni ile (çocuklar için en az 2 (iki) yaşını tamamlamış olmak kaydı ile) hasta alt bezi/ külotlu hasta alt bezi veya çocuk alt bezi kullanması gerekli görülen hastalar için günde 4 (dört) adedi geçmemek üzere en fazla 2 (iki) aylık miktarlarda, rapora istinaden tüm hekimlerce reçetelendirilmesi durumunda Kurumca bedelleri karşılanır.</p> <p>(2) Hasta alt bezi/külotlu hasta alt bezi ve çocuk alt bezi bedellerinin karşılanmasında, Kurum TİTUBB kayıt/bildirim işlemi tamamlanmış olma şartı aranmaz. Çocuk alt bezi bedelleri “hasta alt bezi/ külotlu hasta alt bezi” için belirtilen fiyat üzerinden Kurumca bedeli karşılanır.</p> <p>(3) İdrar inkontinansı ve gaita inkontinansı olan hastalara hasta alt bezi/ külotlu hasta alt bezi ve hidrofilik kendinden kayganlaştırıcı sonda fatura edilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.</p> <p>(4) Sadece idrar inkontinansı olan hasta alt bezi/ külotlu hasta alt bezi kullanan hastalara hidrofilik kendinden kayganlaştırıcı sonda fatura edilmesi halinde, hidrofilik kendinden kayganlaştırıcı sonda Kurumca bedeli karşılanmaz.</p> <p>(5) Sağlık raporunda; kolostomili hastalarda idrar inkontinansı, ürostomili hastalarda gaita inkontinansı olduğunun belirtilmesi halinde hasta alt bezinin/ külotlu hasta alt bezinin Kurumca bedeli karşılanır.</p>		

**MADDE 34** – Aynı Tebliğ eki “Omurga Cerrahisi Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler Listesi”nde (EK-3/E-1) aşağıda belirtilen tıbbi malzemelerin fiyatları yeniden belirlenmiştir.

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYATI (TL)
103096	İNTRAOPERATİF NÖROMONİTÖRİZASYON MEP (EMG DAHİL) SETİ, KONVANSİYONEL	1.000,00
103097	İNTRAOPERATİF NÖROMONİTÖRİZASYON MEP (EMG DAHİL) SETİ, CERRAH GÜDÜMLÜ	1.000,00
103101	İNTRAOPERATİF NÖROMONİTÖRİZASYON MEP VE SEP (EMG DAHİL) SETİ, KONVANSİYONEL	1.500,00
103102	İNTRAOPERATİF NÖROMONİTÖRİZASYON MEP VE SEP (EMG DAHİL) SETİ, CERRAH GÜDÜMLÜ	1.500,00

**MADDE 35** – Aynı Tebliğ eki “Beyin Cerrahisi Branşı Kranial Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler Listesi”nde (EK-3/E-2) aşağıda belirtilen tıbbi malzemelerin fiyatları yeniden belirlenmiştir.

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYATI (TL)
KN1200	İNTRAOPERATİF NÖROMONİTÖRİZASYON MEP (EMG DAHİL) SETİ, KONVANSİYONEL	1.000,00
KN1210	İNTRAOPERATİF NÖROMONİTÖRİZASYON MEP (EMG DAHİL) SETİ, CERRAH GÜDÜMLÜ	1.000,00
KN1220	İNTRAOPERATİF NÖROMONİTÖRİZASYON MEP VE SEP (EMG DAHİL) SETİ, KONVANSİYONEL	1.500,00
KN1230	İNTRAOPERATİF NÖROMONİTÖRİZASYON MEP VE SEP (EMG DAHİL) SETİ, CERRAH GÜDÜMLÜ	1.500,00
KN1240	İNTRAOPERATİF NÖROMONİTÖRİZASYON AEP (EMG DAHİL) SETİ, KONVANSİYONEL	1.000,00
KN1250	İNTRAOPERATİF NÖROMONİTÖRİZASYON AEP (EMG DAHİL) SETİ, CERRAH GÜDÜMLÜ	1.000,00
KN1260	İNTRAOPERATİF NÖROMONİTÖRİZASYON AEP VE MEP VE/VEYA SEP (EMG DAHİL) SETİ, KONVANSİYONEL	1.500,00
KN1270	İNTRAOPERATİF NÖROMONİTÖRİZASYON AEP VE MEP VE/VEYA SEP (EMG DAHİL) SETİ, CERRAH GÜDÜMLÜ	1.500,00

**MADDE 36** – Aynı Tebliğ eki “Ortopedi ve Travmatoloji Branşı Artroplasti Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler Listesi”nde (EK-3/F-1) aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Aşağıdaki tabloda yer alan tıbbi malzemelerin fiyatları yeniden belirlenmiştir.

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYATI (TL)
AP1350	PARMAK, PRİMER, MTP – BAŐ, TİM BOYLAR	872,10

AP1360	PARMAK, PRİMER, MTP - FALANGEAL KOMPONENT, TÜM BOYLAR	577,15
AP1370	PARMAK, PRİMER, MTP – İNSERT, TÜM BOYLAR	633,25
AP1380	PARMAK, PRİMER, MTP - METATARSAL KOMPONENT, TÜM BOYLAR	648,55

b) Listeye ‘‘AP1530’’ SUT kodlu tıbbi malzemedenden sonra gelmek üzere aşağıdaki tıbbi malzeme fiyatı ile birlikte eklenmiştir.

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI						FİYATI(TL)
AP1535	KALÇA	PRİMER	ASETABULAR CUP	MONOBLOK ASETABULAR KOMPONENT (ÇİMENTOSUZ)	E VİTAMİNİ İLE GÜÇLENDİRİLMİŐ YÜKSEK ÇAPRAZ BAĞLI POLİETİLEN	KAPLAMALI	1.800,00

c) Listenin ‘‘Genel Hükümler’’ baŐlıĐına aşağıdaki fıkralar eklenmiştir.

‘‘(19) Bu listede yer alan AP1535 SUT kodlu ‘‘MONOBLOK ASETABULAR KOMPONENT (ÇİMENTOSUZ)’’ isimli malzeme ile birlikte ‘‘ASETABULAR LİNER’’ ve ‘‘ASETABULAR CUP’’ fatura edilmesi halinde liner ve cup’ların bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(20) Bu listede yer alan AP2170 SUT kodlu ‘‘Femoral Stem/Modüler Proksimal Parça’’ isimli malzeme ile diğer femoral stemler birlikte fatura edilemez, fatura edilmesi halinde diğer femoral stemlerin bedelleri Kurumca karşılanmaz.’’

**MADDE 37** – Aynı Tebliğ eki ‘‘roloji BranŐına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi’’nde (EK-3/L) yer alan ‘‘İNTRAKAVİTER HİPERTERMİ CİHAZLARI’’ ve ‘‘RADYOFREKANS YÖNTEMİ’’ baŐlıkları ile ‘‘UR2007’’ SUT kodlu tıbbi malzeme ödeme kriterleri ve/veya kuralları ile birlikte listeden çıkarılmıŐtır.

**MADDE 38** – Aynı Tebliğ eki ‘‘Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi BranŐlarına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi’’nde (EK-3/S) aşağıda belirtilen tıbbi malzemenin fiyatı yeniden belirlenmiŐtir.

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYAT (TL)
GHC1110	STERNAL KABLO İMPLANTI (TİTANYUM)	150,00

**MADDE 39** – Aynı Tebliğ eki ‘‘Sistemik Antimikrobik ve Diğer İlaçların Reçeteleme Kuralları Listesi’’nde (Ek-4/E) listesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) ‘‘11-ANTİVİRAL İLAÇLAR’’ başlıklı kısmının ‘‘A) HIV/AIDS Tedavisinde Kullanılan Spesifik İlaçlar’’ adlı bölümün 14 numaralı maddesi aşağıdaki Şekilde değiştirilmiştir.



14	Raltegravir	Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.
----	-------------	--

b) “13-DİĞERLERİ” başlıklı kısmın 13 numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

13	Modafinil	Ayaktan tedavide psikiyatri, nöroloji ve göğüs hastalıkları uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimler tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporuna istinaden tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.
----	-----------	---

**MADDE 40** – Aynı Tebliğ eki “Ayakta Tedavide Sağlık Raporu (Uzman Hekim Raporu/Sağlık Kurulu Raporu) ile Verilebilecek İlaçlar Listesi”nde (Ek-4/F) aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) 16 numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“16. Atomoksetine: (6-25 yaş hastalarda psikiyatri uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak psikiyatri uzman hekimi veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir. 16-18 ergen yaş grubunda ayrıca erişkin psikiyatri uzmanlarınca da aynı koşullarda rapor ve reçete düzenlenebilir.)”

b) 44 numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“44. Potasyum sitrat (5 mEq-10 mEq) (Nefroloji veya üroloji uzman hekimlerince raporsuz, bu hekimlerce düzenlenecek 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçetelenir.)”

c) Listeye aşağıdaki maddeler eklenmiştir.

“62. Montelukast; antihistaminiklere dirençli kronik idiyopatik ürtikerin kombine tedavisinde, alerji ve/veya immunoloji, çocuk sağlığı ve hastalıkları, göğüs hastalıkları, iç hastalıkları veya dermatoloji uzman hekimlerince raporsuz, bu hekimlerce düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçetelenir.

63. Sodyum Oksibat; Polisomnografi ve MSLT (çoklu uyku latens testi) testlerinin her ikisi ile de tanı alan 18 yaş üzerindeki obstruktif uyku apnesi olmadığı polisomnografi ile gösterilmiş katapleksili ve katapleksisiz narkolepsi hastalarının tedavisinde; modafinil veya metil fenidat kullanılan ve yanıt alınmayan hastalarda kullanılır. Bu durumların belirtildiği üniversite ve eğitim-araştırma hastanelerinde, en az bir nöroloji uzman hekiminin yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporu ile yine bu hastanelerde nöroloji uzman hekimlerince reçetelenebilir.

64. Pasireotid; Cerrahi müdahalenin bir tedavi seçeneği olmadığı ya da başarısız olduğu Cushing hastalığı olan erişkin hastalarda tedaviye 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak başlanır. Bu raporun süresi sonunda yapılan değerlendirmede üriner serbest kortizol [UFC] düzeylerinde klinik açıdan anlamlı azalma olması halinde bu durumun yeni düzenlenecek 6 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile hastaların tedavisine devam edilebilir. Sağlık kurulu raporları bu durumların belirtildiği, en az bir endokrinoloji ve metabolizma uzman hekiminin yer alacağı şekilde düzenlenir ve bu rapora dayanılarak endokrinoloji ve metabolizma uzman hekimlerince reçetelenir.”

**MADDE 41** – Aynı Tebliğ eki “Sadece Yatan Hastalarda Kullanımı Halinde Bedelleri Ödenecek İlaçlar Listesi”ne (Ek-4/G) aşağıdaki madde eklenmiştir.

“57. “Hastanelerce Temini Zorunlu Kemoterapi İlaçları Listesi” nde (Ek-4/H) tanımlı ilaçlar”

**MADDE 42 – Bu Tebliğin;**

a) 28 inci maddenin (a) bendi ile 29 uncu maddenin (a) bendi 1/5/2015 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

b) 41 inci maddesi 1/7/2015 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

c) 10 uncu maddesi Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmet sunucuları için 1/7/2015 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde, diğer sağlık kurum ve kuruluşları için 1/12/2015 tarihinde,

ç) 6 ncı maddesi 6/7/2015 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

d) 4 üncü maddesi 15/9/2015 tarihinde,

e) 2, 11 ila 24, 39 ve 40 ncı maddeleri yayımı tarihinden 5 iş günü sonra,

f) 5, 8, 9, 26, 31 inci maddenin (a) bendi , 32 ila 35, 36 ncı maddenin (b) ve (c) bentleri ile 38 inci maddesi yayımı takip eden ayın ilk günü,

g) 1, 3, 7, 25, 27, 28 inci maddenin (b),(c) ve (ç) bentleri, 29 uncu maddenin (b) ve (c) bentleri, 30, 31 inci maddenin (b) bendi, 36 ncı maddenin (a) bendi, 37 ncı maddesi yayımı tarihinde,

yürürlüğe girer.

**MADDE 43 – Bu Tebliğ hükümlerini Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı yürütür.**

LİSTE 1			
EK-2/B			
HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ			
KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
603.630	Jinekomasti düzeltilmesi, tek taraf	603.620 ile birlikte faturalandırılmaz. Sağlık kurulu raporu ile tıbbi gerekçe belirtilmelidir.Aynı faturada ikiden fazla yer almaz.	300,17
609.871	Obezite, by-pass	BMI ≥ 40 kg/m2 olan kişilerde. Tıbbi endikasyonun endokrinoloji uzman hekiminin de yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi halinde faturalandırılır. Sağlık kurulu raporu düzenlendiği sağlık hizmeti sunucusunda geçerlidir. Sağlık kurulu, hizmeti veren sağlık hizmeti sunucusunda görevli hekimlerden oluşur.	2.529,51
609.872	Obezite, sleeve	BMI ≥ 40 kg/m2 olan kişilerde. Tıbbi endikasyonun endokrinoloji uzman hekiminin de yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi halinde faturalandırılır. Sağlık kurulu raporu düzenlendiği sağlık hizmeti sunucusunda geçerlidir. Sağlık kurulu, hizmeti veren sağlık hizmeti sunucusunda görevli hekimlerden oluşur.	1.736,93
609.873	Obezite, banding	BMI ≥ 40 kg/m2 olan kişilerde. Tıbbi endikasyonun endokrinoloji uzman hekiminin de yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi halinde faturalandırılır.Sağlık kurulu raporu düzenlendiği sağlık hizmeti sunucusunda geçerlidir. Sağlık kurulu, hizmeti veren sağlık hizmeti sunucusunda görevli hekimlerden oluşur.	1.264,76

609.877	Duedenal switch-biliopankreatik diversiyon	BMI $\geq$ 40 kg/m2 olan kişilerde. Tıbbi endikasyonun endokrinoloji uzman hekiminin de yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi halinde faturalandırılır. Sağlık kurulu raporu düzenlendiği sağlık hizmeti sunucusunda geçerlidir. Sağlık kurulu, hizmeti veren sağlık hizmeti sunucusunda görevli hekimlerden oluşur.	1.000,00
618.100	Endolenfatik sak operasyonu, şant ile	618.190, 618.250, 618.340 ile birlikte faturalandırılmaz.	750,42
704.680	İmmünoadsorbsiyon, her bir seans	704.870 ile birlikte faturalandırılmaz.	120,07
704.870	Aferez, IgG ( 1 seans)	704.680 ile birlikte faturalandırılmaz.Kolon veya kaskad filtrasyon yöntemi ile	150,08

LİSTE 2					
EK-2/C					
TANIYA DAYALI İŞLEM PUAN LİSTESİ					
PAKET KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM GRUBU	*	İŞLEM PUANI
P603630	Jinekomasti düzeltilmesi, tek taraf	P603620 ile birlikte faturalandırılmaz. Sağlık kurulu raporu ile tıbbi gerekçe belirtilmelidir. Aynı faturada ikiden fazla yer almaz.	C		921,25
P609871	Obezite, by-pass	BMI $\geq$ 40 kg/m2 olan kişilerde. (Tıbbi endikasyonun endokrinoloji uzman hekiminin de yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi halinde faturalandırılır.) Tüm malzemeler dahil. Sağlık kurulu raporu düzenlendiği sağlık hizmeti sunucusunda geçerlidir. Sağlık kurulu, hizmeti veren sağlık hizmeti sunucusunda görevli hekimlerden oluşur.	A3	*	7.588,53
P609872	Obezite, sleeve	BMI $\geq$ 40 kg/m2 olan kişilerde. (Tıbbi endikasyonun endokrinoloji uzman hekiminin de yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi halinde faturalandırılır.) Tüm malzemeler dahil. Sağlık kurulu raporu düzenlendiği sağlık hizmeti sunucusunda geçerlidir. Sağlık kurulu, hizmeti veren sağlık hizmeti sunucusunda görevli hekimlerden oluşur.	A3	*	5.227,66
P609873	Obezite, banding	BMI $\geq$ 40 kg/m2 olan kişilerde. (Tıbbi endikasyonun endokrinoloji uzman hekiminin de yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi halinde faturalandırılır.) Tüm malzemeler dahil. Sağlık kurulu raporu düzenlendiği sağlık hizmeti sunucusunda geçerlidir. Sağlık kurulu, hizmeti veren sağlık hizmeti sunucusunda görevli hekimlerden oluşur.	A3	*	3.794,27
P609877	Duedenal switch-biliopankreatik diversiyon	BMI $\geq$ 40 kg/m2 olan kişilerde. (Tıbbi endikasyonun endokrinoloji uzman hekiminin de yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi halinde faturalandırılır.) Tüm malzemeler dahil. Sağlık kurulu raporu düzenlendiği sağlık hizmeti sunucusunda geçerlidir. Sağlık kurulu, hizmeti veren sağlık hizmeti sunucusunda görevli hekimlerden oluşur.	A3	*	1.800,00
P618100	Endolenfatik sak operasyonu, şant ile	P618190, P618250, P618340 ile birlikte faturalandırılmaz.	B		3.157,84

LİSTE 3
---------

EK-2/C					
TANIYA DAYALI İŞLEM PUAN LİSTESİ					
PAKET KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM GRUBU	*	İŞLEM PUANI
P702674	5. Grup psikiyatrik hasta günlük tedavisi	(F10-19) Psikoaktif madde kullanımına bağlı zihin ve davranış bozuklukları, (F15, F17 kod grupları hariç)		*	247,72
P702675	1. Grup psikiyatrik hasta günlük tedavisi	(F00-09) Semptomatik ve organik mental bozukluklar, (F20-29) Şizofreni, şizotipal ve deluzyonel bozukluklar (F30-39) Duygu durum [duygulanım] bozuklukları, (F32.1, F32.0, F33.0, F33.1 kodları hariç)		*	190,73
P702676	2. Grup psikiyatrik hasta günlük tedavisi	F32.1 Orta depresif nöbet F33.1 Yineleyen depresif bozukluk, şimdiki nöbet orta şiddetli F34.0 Siklotimi (F40-48) Nörotik, stresle ilgili ve somatoform bozukluklar, (F40, F45, F48 kod grupları hariç) F50 Yeme bozuklukları (F60-69) Erişkin kişilik ve davranış bozuklukları (F70-79) Zeka geriliği F80 Konuşma ve dil özel gelişimsel bozuklukları F84 Yaygın gelişimsel bozukluklar F90 Hiperkinetik bozukluklar F91 Davranış bozuklukları F92 Davranışsal ve duygusal karma tip bozuklukları		*	168,80
P702677	3. Grup psikiyatrik hasta günlük tedavisi	F15 Zihin ve davranış bozuklukları, kafein ve diğer stimülanların kullanımına bağlı F17 Zihin ve davranış bozuklukları, tütün kullanımına bağlı F32.0 Hafif depresif nöbet F33.0 Yineleyen depresif bozukluk, şimdiki nöbet hafif şiddetli F40 Fobik anksiyete bozuklukları F45 Somatoform bozukluklar F48 Nörotik bozukluklar, diğer (F50-59) Fizyolojik bozukluklar ve fiziki faktörlerle birlikte seyreden davranış bozukluğu sendromları, (F50 kod grubu hariç) (F80-89) Psikolojik gelişme bozuklukları, (F80, F84 kod grupları hariç) (F90-98) Genellikle çocukluk ve adolesan döneminde başlayan davranışsal ve emosyonel bozukluklar, (F90, F91, F92 kod grupları hariç)		*	146,88
P702678	4. Grup psikiyatrik hasta günlük tedavisi	Tanısına bakılmaksızın 45 günden daha uzun yatan hastalar(45. güne kadar ilgili grup psikiyatrik hasta günlük tedavi işlem puanı üzerinden karşılanır.)		*	124,96

