

## TEBL

Sosyal Güvenlik Kurumundan:

**SOSYAL GÜVENLİK KURUMU SAĞLIK UYGULAMA TEBLİNDE  
DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR TEBLİR**

**MADDE1**– 24/03/2013 tarihli ve 28597 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan **Sosyal** Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinin 1.7.1 numaralı maddesinin birinci fıkrası aşağıdaki ekinde **değiştirilmiştir.**

“(1) Kurum bilgi sistemlerinde müstahaklık sorgulamasının yapılması sa lanıncaya kadar; yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişiler için sağlık hizmetleri, Kurumca düzenlenmiş ve onaylanmış “Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sağlık Yardım Belgesi”ne istinaden sa lanacaktır.”

**MADDE2**– Aynı Tebliğinin 1.9.1 numaralı **maddesinin** birinci fıkrası aşağıdaki **ekilde** değiştirilmiştir.

“(1) Kurumla sözleşmeli; vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşları; SUT ve eklerinde yer alan sağlık hizmetleri için bedellerinin tamamı üzerinden Kurumca belirlenen oranı geçmemek kaydıyla Kuruma fatura edilebilen tutarlar esas alınarak kişilerden ilave ücret alınabilir. SUT eki EK-2/B, EK-2/C, EK-2/Ç listelerinde yer alan hizmetlerin bedellerine ilave olarak kuruma ayrıca faturalandırılabilen tıbbi malzeme ve ilaçlar ile SUT eki EK-2/A Listesindeki tutarlara dahil olan hizmetler için ayrıca ilave ücret alınmaz.”

**MADDE 3** – Aynı Tebliğinin 2.4.4.G-2 numaralı maddesinin birinci fıkrasının ilk cümlesi aşağıdaki ekinde değiştirilmiştir.

“SUT eki EK-2/B Listesinde “9.C Moleküler tetkikler” başlığı altında yer alan moleküler tetkik bedelleri; sadece sözleşmeli/protokollü üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca Genetik Tanı Merkezinde yapılması halinde ve bünyesinde Genetik Tanı Merkezi ruhsatı/geçici çalışma izin belgesine sahip laboratuvarı bulunan ikinci basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından faturalandırılır.”

**MADDE 4** – Aynı Tebliğinin 2.5.3.C-2 numaralı maddesinin ikinci fıkrasında yer alan “(VI) numaralı” ibaresi madde metninden çıkartılmıştır.

**MADDE 5** – Aynı Tebliğinin 3.1.1 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) İkinci fıkrasında yer alan “Ancak, Sağlık Bakanlığı’nın tıbbi cihazlarla ilgili” ibaresi, “Ancak, Sağlık Bakanlığı’nın tıbbi cihazlar ile ilgili” şeklinde değiştirilmiştir.

b) Üçüncü fıkrası aşağıdaki ekinde değiştirilmiştir.

“(3) SUT eki Ek-3/C-2 listesinde yer alan İsmarlama tıbbi cihaz kapsamındaki nihai ürünlerin bedellerinin kar ılanmasında; nihai ürünler T TUBB kayıt sisteminde Sağlık Bakanlığıınca kayıt altına alınıncaya kadar T TUBB kayıt/bildirim hizmetinin tamamlanmış olması artık aranmaz. Ancak, nihai ismarlama cihazın üretiminde kullanılan Tıbbi Cihaz Yönetmelikleri kapsamında olan malzemelerin ayrı ayrı T TUBB kayıt bildirim hizmeti tamamlanmış olmaları artık aranacaktır. İsmarlama cihazın üretiminde kullanılan ve Tıbbi Cihaz Yönetmelikleri kapsamında olmayan (Örneğin, vücuda temas etmeyen kösele, perçin, yapı tırıcısı, ip vs.) malzemelerin T TUBB kayıt/bildirim hizmeti tamamlanmış olmaları artık aranmayacaktır.”

c) Yedinci fıkrası aşağıdaki ekinde değiştirilmiştir.

“(7) Kurumla sözleşmeli sağlık kurumlarında yatarak tedavilerde Kurumca bedeli karılanmayan tıbbi malzemelerin hastaya aldırılarak kullanıldığı durumlarda fatura tutarı hastaya ödenerek ilgili sağlık kurumunun alacığından mahsup edilir. Ancak, sağlık kurumlarınca hastaya aldırılan bu tıbbi malzemenin Kurumca ödenmediğine ilişkin hastanın yazılı olarak bilgilendirilmesi halinde hastaya herhangi bir ödeme yapılmaz.”

ç) On birinci fıkrası a) a) daki ekinde de iştirilmiştir.

“(11) Bedeli Kurumca karılanmayan işlemlere ait tıbbi malzeme bedelleri Kurumca karılanmaz.”

**MADDE 6** – Aynı Tebliğin 3.1.2 numaralı maddesinde a) a) daki de iştirikler yapılmıştır.

a) On ikinci fıkrasının “b” bendinde yer alan “Miatlı tıbbi malzemenin” ibaresi “SUT eki Ek-3/C-2 ve Ek-3/C-3 listelerinde yer alan miatlı tıbbi malzemelerin” ekinde de iştirilmiştir.

b) On ikinci fıkrasının “c” bendi a) a) daki ekinde de iştirilmiştir.

“c) SUT eki EK-3/C-2 Listesinde yer alan protez/ortezlerin bakım ve onarımının mümkün olmadığı durumlarda protez/ortezin süresinden önce yenilenme talepleri, protez/ortezli oluşturan ürünlerin hangilerinin bakım ve onarımının mümkün olmadığı ayrıntılı olarak belirtildiği, bünyesinde protez/ortez ünitesi bulunduran resmi kurumlar/resmi sağlık kurumları tarafından düzenlenmiş sağlık raporu ile belgelenmesi koşuluyla, ilgili parçaların bakım/onarım masraflarının toplam bedelinin protez/ortez bedelinin %75’ini aşması halinde süresinden önce SUT hükümleri doğrultusunda kurum tarafından karılanacaktır.”

c) On ikinci fıkrasına a) a) daki düzenleme “ç” bendi olarak eklenmiştir.

“ç) SUT eki EK-3/C-2 Listesinde yer alan protez/ortezlerin yenilenme süresi içerisinde, protez/ortezli oluşturan ürünlerden herhangi birisinin yenilenerek mevcut protez/ortezin kullanılabilmesine ilişkin sağlık raporu ile belgelendirilmesi halinde, bakım onarımı gereken parçaların bedelleri, SUT hükümleri doğrultusunda Kurum tarafından karılanacaktır.”

ç) On sekizinci fıkrasına son cümle olarak a) a) daki cümle eklenmiştir.

“Ancak, bu kısımlerin maluliyetleri ile ilgili durum kesinleştikten sonra, 5510 sayılı Kanuna göre hangi kapsamda sağlık yardımlarından yararlandırılmasına bakılarak ortez/protez ve diğer iyileştirici araç ve gereçlerin bedelleri karılanır.”

**MADDE 7** – Aynı Tebliğin 3.3.9 numaralı maddesinin (2) nci fıkrasının “d” bendi yürürlükten kaldırılmıştır.

**MADDE 8** – Aynı Tebliğin 3.3.12 numaralı maddesi a) a) daki ekinde yeniden düzenlenmiştir.

### **“3.3.12–Ayakta ağız ve diş tedavilerinde tıbbi malzeme temin/ödeme usul ve esasları**

(1) Lokal anestezi altında, cerrahi tedavilerde kullanılan, greft, membran, kanama durdurucu vb. iyileştirici nitelikteki tıbbi malzemeler (Kurumca bedeli karılanmayacağı ayrıca belirtilen malzemeler ve SUT’ta belirtilen diğer istisnalar hariç) sağlık hizmeti sunucusu tarafından temin edilmek zorundadır. Bu malzemelerin reçete karşılığında hastaya aldırılması durumunda, fatura tutarı hastaya ödenerek ilgili sağlık hizmeti sunucusunun alacığından mahsup edilir.

(2) Bu kapsamdaki tıbbi malzemelerin bedelleri SUT’un 3.2.1.A-1 ve 3.2.1.A-2 maddelerinde belirtilen hükümler doğrultusunda Kurumca karılanır.

(3) Greftler ve membranların bedelleri aynı merkezde çalışan, en az bir periodontoloji veya ağız diş çene cerrahisi uzman hekiminin yer aldığı 3 diş hekiminin imzası ile hazırlanan sağlık kurulu raporuna istinaden Kurumca karş ılanır. Sağlık kurulu raporuna endikasyonu destekleyen operasyon öncesine ait radyograflar eklenir.

(4) Protez yapı tırıcıları, protez temizleme tabletleri, özel içerikli diş macunları vb. malzemelerin bedeli Kurumca karş ılanmaz.

(5) Kanama durdurucu ajanların bedeli yatan hastalarda ameliyat notunda belirtilmesi artıyla, ayakta tedavi gören hastalarda ise epikriz raporunda belirtilmesi artıyla Kurumca karş ılanır. Ayakta tedavi gören hastalarda fatura ekine ilgili malzemenin kullanıldığı na dair epikriz raporu eklenir.”

**MADDE 9** – Aynı Tebliğin 4.1.1 numaralı maddesinin üçüncü fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(3) Reçetelerde hekimin adı soyadı, uzmanlık dalı veya yan uzmanlık dalı, asistanlar için ihtisas yaptığı uzmanlık dalı veya yan uzmanlık dalı, diploma numarası veya diploma tescil numarası bilgileri, ıslak imzası ile reçetenin düzenlendiği sağlık kurum veya kuruluğunun adı mutlaka yer alacaktır.”

**MADDE 10** – Aynı Tebliğin 4.1.4 numaralı maddesinin dördüncü ve beşinci fıkraları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(4) Bir ilacın ruhsatlı endikasyonları ve prospektüs dozu dışında kullanımı ancak Sağlık Bakanlığıınca verilen endikasyon dış ı ilaç kullanım onayı ile mümkündür.

a) Bu konuda Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan “Endikasyon Dışı İlaç Kullanımı Kılavuzu”nda belirtilen esaslara da uyulacak olup, kılavuzda tanımlanmamış durumlar için Sağlık Bakanlığı endikasyon dış ı ilaç kullanım onayı aranır.

b) Kurum web sayfasında yayımlanan EK-4/D Listesinde yanında (\*) yıldız iş areti bulunmayan ilaçların Kurum web sayfasında yayımlanan EK-4/D Listesinde belirtilen hastalıklarda kullanımı halinde Sağlık Bakanlığı endikasyon dış ı ilaç kullanım onayı aranmaz.

c) Sağlık Bakanlığı tarafından verilen endikasyon dış ı ilaç kullanım onaylarında, bu onay için süre belirtilmemiş ise rapor yenilenmesinde yeni onay aranmaz.

ç) Sağlık Bakanlığıınca verilen endikasyon dış ı ilaç kullanım onayına dayanılarak ödemesi yapılacak ilaçların rapor ve reçeteleme koş ulları için Bakanlıkça verilmiş onay kabul edilir.

d) Endikasyon dış ı ilaç kullanım onayı aranacak ilaçlar için reçeteler ve sağlık raporları ilgili uzman hekim/hekimlerce düzenlenir.

(5) Hastanın tedavisinde ilk defa reçete edilecek ilaçlar (raporlu olsa dahi) kullanım dozuna göre, bir ayı geçmeyecek sürelerde en fazla 1 kutu ödenir. Kür protokolü uygulanan ilaçlarda ise 1 küre yetecek miktarda ilacın bedeli ödenir. Sonraki reçetelerde yazılacak ilaç miktarı için SUT’ta yer alan genel veya özel düzenlemeler esas alınır. Bu ilaçların devam reçetelerindeki farklı farmasötik dozları da ilk tedavi olarak kabul edilir. Ancak ilaçların topikal formları, serumlar, enteral ve parenteral beslenme ürünleri, tıbbi amaçlı mamalar, diyaliz solüsyonları için bu fıkra ilk seferde en fazla bir aylık doz olarak uygulanır. Bu maddenin birinci fıkrası için bu fıkra hükümleri uygulanmaz.”

**MADDE 11** – Aynı Tebliğin 4.2.9.C-1 numaralı maddesinin birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(1) Diyalizat kalsiyumunun 1,25 mmol/l ile kullanılmasına rağmen albümin ile düzeltilmiş serum kalsiyumu 9,5 mg/dl altında ve serum fosfor 5,5 mg/dl altında ve parathormon (PTH) düzeyi 300 pg/ml’nin üzerinde olan hemodiyaliz tedavisi altındaki hastalarda uygulanır.”

**MADDE 12** – Aynı Tebliğin 4.2.14.C numaralı maddesinin üçüncü fıkrasında aşağıdaki değişiklikler yapılmıştır.

a) (f) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“f) **Ritüksimab;**

1) Tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimlerinin bulunduğu hastanelerde bu uzman hekimlerden en az birinin yer aldığı, bu uzman hekimlerden hiçbirinin bulunmadığı üçüncü basamak sağlık kurumlarında ise hastalıkla ilgili branşlardaki uzman hekimlerce düzenlenmiş, sağlık kurulu raporuna istinaden; yalnızca bu uzman hekimler tarafından reçete edildiğinde bedeli ödenir.

2) Nükseden veya kemorezistan CD20 pozitif foliküler lenfoma, diffüz büyük B hücreli lenfoma, mantle hücreli lenfoma teşhis konmuş hastaların tedavisinde, daha önce tedavi edilmemiş evre III veya evre IV CD20 pozitif foliküler lenfomalı hastalarda kombinasyon kemoterapisine ek olarak, CD20 pozitif diffüz büyük B hücreli lenfomada CHOP kemoterapisi esasına ek olarak kullanılabilir. CD20 pozitif diffüz büyük B hücreli lenfoma, foliküler lenfoma ve mantle hücreli lenfomada maksimum 8 küre kadar kullanılabilir.

3) Foliküler lenfomada; rituximab kullanımına cevap veren ancak progresif hastalık gelişen (daha önce aynı tedaviye yanıt vermiş olduğu için kombinasyon kemoterapisi olarak) vakalarda 8 küre ilave olarak en fazla 4 kür daha kullanılabilir. İndüksiyon tedavisine yanıt vermiş (en fazla 8 kür kullanılmış) hastada, hastanın yanıt süresini uzatmak için indüksiyon tedavisinden sonra hastalık progresyonunu engellemek amacıyla iki yıl süresince ek olarak en fazla 8 kür daha kullanılabilir.

4) Kronik Lenfositik Lösemi (KLL);

a. Performans durumu iyi olan (ECOG 0-1), 17 p delesyonu bulunmayan KLL hastalarının birinci basamak tedavisinde fludarabin ve siklofosfamid ile kombine olarak kullanılabilir.

b. Relaps/Refrakter (Nükseden/Dirençli) tedavide; daha önce fludarabin ve alkilleyici ajanlarla tedavi sonrası progresyon gelişmiş, 65 yaş ve altı, ECOG performans statüsü 0-1 olan, 17p delesyonu bulunmayan KLL hastalarında fludarabin ve siklofosfamid ile kombine olarak 4 kür ritüksimab kullanılması uygundur. İlk kürde en çok 375 mg/m<sup>2</sup>, diğer kürlerde 500 mg/m<sup>2</sup> kullanılabilir; 4 kür sonunda en az kısmi yanıt alınması halinde, 2 kür daha verilerek tedavi en çok 6 küre tamamlanabilir.”

b) (i) bendine aşağıdaki dördüncü madde eklenmiştir.

“4) Sunitinib ve everolimus pankreatik nöroendokrin tümör tedavisinde ardışık ya da kombine olarak kullanılamaz.”

c) (p) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“p) **Everolimus;**

1) Daha önce sunitinib veya sorafenib kullanımı ve direnç göstermiş olan metastatik renal hücreli karsinomlu hastalarda en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulunduğu tedavi protokolünü de gösterir 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

2) Cerrahi ya da diğer lokal tedavi yaklaşımlarına uygun bulunmayan, son 12 ay içinde RECIST kriterlerine göre progresyon gösteren, metastatik ya da lokal ileri evrede olan, iyi differansiye (Ki-67

de eri 2 veya altında olan) pankreatik nöroendokrin tümörü bulunan, daha önce somatostatin ve kemoterapi uygulanmış olan hastalarda en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulunduğu tedavi protokolünü gösterir 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

3) Sunitinib ve everolimus pankreatik nöroendokrin tümör tedavisinde ardışık ya da kombine olarak kullanılamaz.”

**MADDE 13** – Aynı Tebliğin 4.2.15 numaralı maddesinde aşağıdaki değişiklikler yapılmıştır.

a) Madde başlığı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“4.2.15 – Klopidogrel, silostazol, ivabradin, prasugrel ve dabigatran kullanım ilkeleri”

b) 4.2.15.A numaralı maddesinin üçüncü fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(3) Kalp kapak biyoprotezi bulunanlarda, anjiyografik olarak belgelenmiş koroner arter hastalığı, tıkaçıcı periferik arter hastalığı veya serebral iskemik olay (iskemik inme) saptanan hastalardan asetil salisilik asit kullanamayan (ASA intoleransı olduğu raporda belirtilen) hastalarda, kardiyoloji, iç hastalıkları, nöroloji, kalp damar cerrahisi veya acil tıp uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ve 12 ayı geçmemek üzere kullanım süresinin belirtildiği uzman hekim raporu ile diğer hekimler tarafından da reçete edilebilir. Raporun yenilenmesi halinde yukarıda belirtilen hususlar geçerlidir.

c) Maddeye aşağıdaki 4.2.15.Ç ve 4.2.15.D maddeleri eklenmiştir.

“4.2.15.Ç–Prasugrel;

(1) Klopidogrel tedavisi altında iken stent trombozu gelişen akut koroner sendromlu (AKS) hastalarda; bu durumun belirtildiği, en az bir kardiyoloji veya kardiyovasküler cerrahi uzman hekiminin yer aldığı, 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak yine bu hekimlerce ya da iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

(2) Stent trombozunun geliştiği tarihten itibaren en fazla 1 yıl süreyle kullanılır.

4.2.15.D–Dabigatran;

(1) Prospektüsünde belirtilen risk faktörlerinden bir ya da daha fazlasına sahip, non-valvüler atriyal fibrilasyonlu hastalarda (ekokardiyografi ile romatizmal kapak hastalığı veya ciddi mitral kapak hastalığı olmadığı gösterilen veya protez kapak hastalığı olmayan); en az 2 ay süre ile varfarin kullanılmasından sonra en az birer hafta ara ile yapılan son 5 ölçümün en az üçünde varfarin ile hedeflenen INR değerinin 2-3 arasında tutulamadığı durumlarda varfarin kesilerek dabigatran tedavisine geçilebilir.

(2) Varfarin tedavisi altında iken serebrovasküler olay geçirenlerde dozundan dabigatran tedavisine geçilebilir.

(3) Dabigatran; yukarıdaki durumlarda bu durumun belirtildiği tedavisine geçişin gerekçesinin belirtildiği ve en az bir kardiyoloji uzman hekiminin yer aldığı, 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak yine bu hekimlerce ya da iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.”

**MADDE 14** – Aynı Tebliğin 4.2.17.D numaralı maddesinin birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(1) 65 ya üstü hastalardan; T skoru -3,5 ve daha az olan (L1-L4 veya kalça total) ve 2 veya daha fazla kırık oldu u röntgenle kesin tanı konulmuş hastalarda, bunların belirtildi i 6 ay süreli endokrinoloji uzmanının bulundu u sa lık kurulu raporu ile kullanılabilir. Tedavinin devamı için; ilk 6 ayda tedaviye cevap verildi inin kanıtlandı ı endokrinoloji uzmanının bulundu u en fazla 12 ay süreli yeni bir sa lık kurulu raporu ile kullanılabilir. Toplam tedavi süresi ömür boyu 18 ayı geçmeyecektir. Sa lık kurulu raporuna dayanılarak di er uzman hekimler tarafından da reçete edilebilir. Teriparatid kullanan hastalarda KMY ölçümü yılda 2 kez yapılabilir.”

**MADDE 15** – Aynı Tebli ğin 4.2.28 numaralı maddesinde a a ıdaki de i iklikler yapılmı tır.

a) 4.2.28.A numaralı maddesinin birinci fıkrasının (ç) bendi ve dördüncü fıkrası a a ıdaki ekilde de i tirilmi tir.

“ç) LDL düzeyinin 70 mg/dL’nin üstünde oldu u durumlarda; diabetes mellitus, akut koroner sendrom, geçirilmi M , geçirilmi inme, koroner arter hastalı ı, periferik arter hastalı ı, abdominal aort anevrizması veya karotid arter hastalı ı olanlarda.

(4) Rosuvastatinin 20 mg ve üzeri etken madde içeren dozları, atorvastatin, simvastatin ve pravastatinin 40 mg ve üzeri etken madde içeren dozları, fluvastatinin 80mg ve üzeri etken madde içeren dozları (kombinasyonları dahil) kardiyojoloji, kalp ve damar cerrahisi, endokrinoloji uzman hekimlerince düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak bu hekimlerce reçete edilir.”

b) 4.2.28.B numaralı maddesinin birinci fıkrasında yer alan “iç hastalıkları” ibaresinden sonra gelmek üzere “, nöroloji” ibaresi eklenmi tir.

**MADDE 16** – Aynı Tebli ğin 4.2.32 numaralı maddesinin dördüncü fıkrası a a ıdaki ekilde de i tirilmi tir.

“(4) Gadobutrol;

a) Tüm vücut MR anjiyografi görüntülemesinde,

b) 65 ya ve üzeri tüm hastalarda tüm prospektüs endikasyonlarında,

c) Böbrek yetmezli i olan hastalarda tüm prospektüs endikasyonlarında,

ç) Di er hastalarda ise yalnızca karaci er ve böbrek manyetik rezonans görüntülemesinde, kullanılır.”

**MADDE 17** – Aynı Tebli ğin 4.2.33 numaralı maddesi a a ıdaki ekilde de i tirilmi tir.

#### **“4.2.33 – Göz hastalıklarında ilaç kullanım ilkeleri**

**4.2.33.A – Ya tıp ya a ba lı makula dejenerasyonu ve diyabetik maküler ödem (DMÖ)’den kaynaklanan görme bozuklu u tedavisinde kullanılan ilaçların kullanım ilkeleri**

(1) Pegaptanib sodyum, ranibizumab ve vertaporfin etken maddelerini içeren ilaçlar; üçüncü basamak sa lık kurumlarında en az üç göz hastalıkları uzmanının yer aldı ı sa lık kurulu raporu ile hasta anamnezi, FFA ve lezyona ait renkli resim varlı ı raporda belirtilerek, göz hastalıkları uzmanlarınca reçetelenerek uygulanır.

(2) Ranibizumab; hasta anamnezi, FFA ve lezyona ait renkli resim varlı ına ait bilgiler 3 ay süreli sa lık kurulu raporunda belirtilerek birer ay arayla 3 kez yükleme dozuyla ba lanır. Hastalar izlenerek göz dibi bulguları, görme keskinli i ve optik koherens tomografileri (OKT) de erlendirilir

ve tekrar tedavi gerekirse bu bulgular ve tedaviye devam kararı her uygulama için düzenlenecek yeni sa lık kurulu raporunda belirtilir.

(3) Bu grup ilaçlar ardı ık ya da kombine olarak kullanılamayacaktır.

(4) Bu grup ilaçlar yalnızca ayakta tedavi kapsamında ödenecektir.

#### **4.2.33.B – Retina ven tıkanıklı ında ilaç kullanım ilkeleri**

(1) Deksametazon intravitreal implant; her bir uygulama için; makula ödemi olan hastanın anamnezi, FFA ve lezyona ait renkli resim ve optik koherens tomografi (OKT) varlı ı sa lık kurulu raporunda belirtilerek tedaviye ba lanır. Görme keskinli i 0,5 ve altı ve/veya OKT’de CRT 250 mikron ve üzerinde ise tekrar tedavi verilebilir. Bu bulgular ve tedaviye devam kararı her uygulama için düzenlenecek yeni sa lık kurulu raporunda belirtilir.

(2) Ranibizumab deksametazon intravitreal implant kullanımı uygun olmayan veya yanıt alınmayan hastalarda kullanılabilir. Ranibizumab; intravitreal implant kullanılmama gerekçesi ile birlikte hasta anamnezi, FFA ve lezyona ait renkli resim varlı ına ait bilgiler 3 ay süreli sa lık kurulu raporunda belirtilerek birer ay arayla 3 kez yükleme dozuyla ba lanır. Hastalar izlenerek göz dibi bulguları, görme keskinli i ve optik koherens tomografileri(OKT) de erlendirilir ve tekrar tedavi gerekirse bu bulgular ve tedaviye devam kararı her uygulama için düzenlenecek yeni sa lık kurulu raporunda belirtilir.

(3) Deksametazon intravitreal implant; her bir göz için yılda maksimum 2, ranibizumab; her bir göz için ömür boyu maksimum 7 kutu ilaç bedeli ödenir.

(4) Üçüncü basamak sa lık kurumlarında en az üç göz hastalıkları uzmanı tarafından düzenlenen sa lık kurulu raporuna dayanılarak göz hastalıkları uzmanlarınca reçetelenir.”

**MADDE 18** – Aynı Tebli ğin 4.2.35 numaralı maddesinde a a ıdaki de i iklikler yapılmı tır.

a) Madde ba lı ı a a ıdaki ekilde de i tirilmi tir.

#### **“4.2.35 – Nöropatik a rı ve fibromiyaljide ilaç kullanım ilkeleri”**

b) 4.2.35 numaralı maddesinin birinci fıkrasında yer alan “romatoloji” ibaresinden sonra gelmek üzere “, ortopedi” ibaresi eklenmi tir.

c) 4.2.35 numaralı maddesinin ikinci fıkrasında yer alan “nefroloji” ibaresinden sonra gelmek üzere “, ortopedi” ibaresi eklenmi tir.

ç) 4.2.35 numaralı maddesinin dördüncü fıkrasında yer alan “(kombinasyonları dahil);” ibaresinden sonra gelmek üzere “diyabetik nöropatik a rı ve” ibaresi eklenmi tir.

d) Maddeye a a ıdaki be inci fıkra eklenmi tir.

“(5) Duloksetin; fibromiyalji ve kronik kas-iskelet a rısı tedavisinde romatoloji, ortopedi, fizik tedavi verehabiliteasyon ve algoloji uzmanları tarafından veya bu hekimlerden birinin düzenledi i uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.”

**MADDE 19** – Aynı Tebli ğin 5.2.3 numaralı maddesinin ikinci fıkrasının “c” bendi a a ıdaki ekilde de i tirilmi tir.

“c) kazası veya trafik kazası nedeniyle Kurumumuzca kar ılanacak görmeye yardımcı tıbbi malzemeler için di er reçetelerden ayrı, her hasta için ayrı ayrı olmak üzere fatura düzenlenecektir.”

**MADDE 20** – Aynı Tebliğin 5.3.4 numaralı maddesinde a) a) daki de i iklikler yapılmı tır.

a) Birinci fıkrasına a) a) daki düzenleme “e” bendi olarak eklenmi tır.

“e) Varsa özürülü sa lık kurulu raporu aslının veya onaylı fotokopisinin,”

b) İkinci fıkrada yer alan “Yatarak tedavilerde” ibaresi “Yatarak tedavilerde ve bu Tebliğin 3.3.12 numaralı maddesi kapsamındaki tedavilerde” ekinde de i tirilmi tır.

c) Üçüncü fıkrada yer alan “tıbbi malzeme için” ibaresi “sürekli kullanılan tıbbi malzemelere ili kin” ekinde de i tirilmi tır.

ç) A) a) daki düzenleme dördüncü fıkra olarak eklenmi tır.

“(4) Fatura arkasında reçetenin düzenlendi i bran ın uzman hekimlerinden biri tarafından reçetede yazan malzemenin (ısmarlama eksternal protez ve ortezler için) hasta üzerinde uygulandı mın görüldü ü ve uygunlu unun belirtilerek onaylanması gerekir. (tıbbi uygunluk gerektirmeyen tıbbi malzemeler ve i tme cihazları hariç)

**MADDE 21** – Aynı Tebliğin 6.5 numaralı maddesinin birinci fıkrasının (ç) bendi “3.1.3 (1) fıkrasının (i) bendinde belirtilen tıbbi malzemelere ait fiyatlar 1/7/2013 tarihinde,” ekinde de i tirilmi tır.

**MADDE 22** – Aynı Tebliğeki “Hastaya Sunulmu Olan Hizmetleri ve lave Ücreti Gösterir Belge” de (EK-1/B) bu Tebliğeki (1) numaralı listede yer aldı ı ekilde de i tirilmi tır.

**MADDE 23** – Aynı Tebliğeki “Tanıya Dayalı lem Puan Listesi”nde (EK-2/C) yapılan de i iklikler bu Tebliğeki (2) numaralı listede belirtilmi tır.

**MADDE 24** – Aynı Tebliğeki “B RDEN FAZLA BRAN TA KULLANILAN TIBB MALZEMELER” (EK-3/A) listesinde a) a) daki de i iklikler yapılmı tır.

a) Listeye eklenen tıbbi malzemeler, “303.470” SUT kodlu “ENDOSKOP K SUCTION& RR GASYON, 10 MM” adlı tıbbi malzemedan sonra gelmek üzere bu Tebliğeki (3) numaralı listede belirtilmi tır.

b) “380.010” SUT kodlu ve “HYDROCOLLOID ÇER KL YARA ÖRTÜSÜ KÜÇÜK” adlı malzemenin altındaki satırda yer alan ödeme kriterleri ve/veya kurallarına ikinci, üçüncü ve dördüncü fıkra a) a) daki ekilde eklenmi tır.

“(2) Enfekte yaraları olan ve/veya grade 4 iskemik arter hastalı ı tanısı konulan hastalarda kullanılması halinde bedeli Kurumca kar ılanmaz.

(3) Kapasite tamamlanmadan önce (hidrokolloid baloncu u kenara ula madan önce) ve 2-7 gün içinde de i tirilmelidir.

(4) 100 cm<sup>2</sup>’ ye kadar olanlar küçük yara örtüsü olarak kabul edilir.”

c) “380.011” SUT kodlu ve “HYDROCOLLOID ÇER KL YARA ÖRTÜSÜ ORTA” adlı malzemenin altındaki satırda yer alan ödeme kriterleri ve/veya kurallarına ikinci, üçüncü ve dördüncü fıkra a) a) daki ekilde eklenmi tır.

“(2) Enfekte yaraları olan ve/veya grade 4 iskemik arter hastalı ı tanısı konulan hastalarda kullanılması halinde bedeli Kurumca kar ılanmaz.



(3) Kapasite tamamlanmadan önce (hidrokolloid baloncu u kenara ula madan önce) ve/veya 2-7 gün içinde de i tirilmelidir.

(4) 100-225 cm<sup>2</sup>' ye kadar olanlar orta yara örtüsü olarak kabul edilir.”

ç) “380.012” SUT kodlu ve “HYDROKOLLOID ÇER KL YARA ÖRTÜSÜ BÜYÜK” adlı malzemenin altındaki satırda yer alan ödeme kriterleri ve/veya kurallarına ikinci, üçüncü ve dördüncü fıkra a a ıdaki ekilde eklenmi tir.

“(2) Enfekte yaraları olan ve/veya grade 4 iskemik arter hastalı ı tanısı konulan hastalarda kullanılması halinde Kurumca bedeli kar ılanmaz.

(3) Kapasite tamamlanmadan önce (hidrokolloid baloncu u kenara ula madan önce) ve/veya 2-7 gün içinde de i tirilmelidir.

(4) 225 cm<sup>2</sup>' nin üzerinde olanlar büyük yara örtüsü olarak kabul edilir.”

d) “380.020” SUT kodlu ve “KÖPÜKLÜ VEYA F BER ÇER KL YARA ÖRTÜSÜ KÜÇÜK” adlı malzemenin altındaki satırda yer alan ödeme kriterleri ve/veya kurallarına ikinci, üçüncü ve dördüncü fıkra a a ıdaki ekilde eklenmi tir.

“(2) Kuru yaralar ve/veya enfekte yaralar ve/veya grade 4 iskemik arter hastalı ı tanısı konulan hastalarda kullanılması halinde bedeli Kurumca kar ılanmaz.

(3) Kapasite tamamlanmadan önce (leke kenara ula madan önce) ve/veya 2-7 gün içinde de i tirilmelidir.

(4) 100 cm<sup>2</sup>' ye kadar olanlar küçük yara örtüsü olarak kabul edilir.”

e) “380.021” SUT kodlu ve “KÖPÜKLÜ VEYA F BER ÇER KL YARA ÖRTÜSÜ ORTA” adlı malzemenin altındaki satırda yer alan ödeme kriterleri ve/veya kurallarına ikinci, üçüncü ve dördüncü fıkra a a ıdaki ekilde eklenmi tir.

“(2) Kuru yaralar ve/veya enfekte yaralar ve/veya grade 4 iskemik arter hastalı ı tanısı konulan hastalarda kullanılması halinde Kurumca bedeli kar ılanmaz.

(3) Kapasite tamamlanmadan önce (leke kenara ula madan önce) ve/veya 2-7 gün içinde de i tirilmelidir.

(4) 100-225 cm<sup>2</sup>' ye kadar olanlar orta yara örtüsü olarak kabul edilir.”

f) “380.022” SUT kodlu ve “KÖPÜKLÜ VEYA F BER ÇER KL YARA ÖRTÜSÜ BÜYÜK” adlı malzemenin altındaki satırda yer alan ödeme kriterleri ve/veya kurallarına ikinci, üçüncü ve dördüncü fıkra a a ıdaki ekilde eklenmi tir.

“(2) Kuru yaralar ve/veya enfekte yaralar ve/veya grade 4 iskemik arter hastalı ı tanısı konulan hastalarda kullanılması halinde Kurumca bedeli kar ılanmaz.

(3) Kapasite tamamlanmadan önce (leke kenara ula madan önce) ve/veya 2-7 gün içinde de i tirilmelidir.

(4) 225 cm<sup>2</sup>' nin üzerinde olanlar büyük yara örtüsü olarak kabul edilir.”

**MADDE 25** – Aynı Tebliğ eki “TIBB UYGUNLUK ARANACAK TIBB MALZEMELER” (EK-3/C1) listesinde yer alan bazı SUT kodlarının karıştırdığı tıbbi malzeme alan tanımlarında yapılan değişiklikler (4) numaralı listede belirtilmiştir.

**MADDE 26** – Aynı Tebliğ eki “EKSTERNAL ALT VE ÜST EKSTREMİTE/GÖVDE PROTEZ ORTEZLER” (EK-3/C2) listesinde aşağıdaki değişiklikler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “ALT EKSTREMİTE ORTEZLER” başlığının karıştırdığı “H” ibaresi kaldırılmıştır.

b) Listede yer alan “DİZ EKLEMİNE KONTROLLÜ ALT EKSTREMİTE PROTEZLER” başlığının altındaki satırda yer alan ödeme kriterleri ve/veya kuralları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“1) Aşağıdaki hallerde bedeli Kurumca karıştırmaz.

a) Hastanın 65 yaşının üstünde olması,

b) Sometin uygulanmasına engel olabilecek güdük bölgesinde komplike yara, tedaviye dirençli olması gibi durumlarda,

c) Protezin ağırlığının hasta tarafından tolere edilememesi,

ç) Hastanın fonksiyonel seviyesinin K0-K1-K2-K3 olması,

d) Hastanın protez diz eklemine salınım ve duruş özelliklerini kontrol edememesi,

e) Hastanın ambulasyonunu engelleyen denge bozukluğu veya ataksisinin olması,

f) Hastanın amputé ekstremitesinde 20 derecenin üzerinde kalça fleksiyon kontraktörünün olması,

g) Hastanın diğer ekstremitesinde yürümeyi bozan veya engelleyen deformitenin bulunması,

ğ) Hastanın protezin işlevini ve kullanımını anlamadaki bilişsel yetilerinde kısıtlılık olması,

h) Hastanın 125 kg üzerinde ve 48 kg altında olması,

ı) Bilateral amputasyonlu hastalarda, karşı taraf ekstremitenin diz dezartikülasyonu ve üzeri seviyede amputasyon olması veya dizaltı amputasyonu olup da protez uygulamaya uygun olmayan güdüne sahip olması,

i) Periferik vasküler hastalık nedeni ile amputé olan hastalarda,

j) İlk kez protez alacak hastalarda,

k) Hastanın mevcut fonksiyonel düzeyini sürdürmesini engelleyecek kas iskelet sistemi hastalığı, nörolojik/nöromusküler hastalık (ALS, inme, beyin hasarı, serebral palsi, Parkinson, Alzheimer, MS, Müskülerdistrofi,vb.), kardiyovasküler/pulmoner (KAH, KOAH, vb.) hastalığı, organ yetmezliği vb. kronik hastalıklarının bulunması.

2) Birinci fıkrada sayılan kriterleri tanımladığı sağlık kurulu raporu ile belirtilmesi durumunda bedeli Kurumca karıştırmaz.

3) Hastanın günlük yaşamında ve çalışma hayatında aktif durumda (i ya antısı, mesleki gereklilik, ö rencilik, farklı zemin, rampa veya sürekli merdiven kullanma gibi) oldu unun, mevcut protezi ile yardım almaksızın (yürüme yardımcısı kullanılmaksızın) ba ımsız yürüyebildi inin ve günlük yaşam aktivitelerini ba ımsız olarak yerine getirebildi inin sa lık kurulu raporunda belirtilmesi gerekmektedir.

4) Hastanın, protezin çalışmasını ve kullanımını engelleyecek derecede a ır ı nem, toz, yüksek gerilim ve elektromanyetik alan gibi özel çevresel faktörlerin oldu u ortamlarda çalışmaya ını belgelenmesi veya taahhüt etmesi gerekmektedir.”

c) Listede yer alan “OP1334” SUT kodlu ve “ENERJİ DEPOLAYAN/ KARBON SİSTEM AYAK DE M” adlı ortez protez ile “OP1335” SUT kodlu ve “KARBON GRAFİT AFO” adlı ortez protezin kar ılarındaki “\*\*” i aretleri “A” olarak de i tirilmi tir.

ç) Listede yer alan “OP1180” SUT kodlu ve “D Z ÜSTÜ PROTEZ -ERKEN AMELİYAT MASASINDA” adlı ortez protezin kar ısına “A” ibaresi eklenmi tir.

d) Listede yer alan “OP1295” SUT kodlu ve “OP1296” SUT kodlu “STAND NG TABLE (AYAKTA D K KONUMLANDIRMA C HAZI)” adlı ortez protezlerin, “OP1297” SUT kodlu ve “AYAKTA D K POZ SYONLAMA C HAZI (PARAPODUM C HAZI/STAND UP WHEELCHAİR (MANUEL KALKI MANUEL SÜRÜ )” adlı ortez protezin kar ılarındaki “A” ibaresi kaldırılmı tir.

e) Listede yer alan “OP1253” SUT kodlu ve “TRANSKARPAL AMPUTASYONU Ç N MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZ 2 KANAL TEK ELEKTROTLU” adlı ortez protez ile “OP1266” SUT kodlu ve “D RSEK ÜSTÜ AMPUTASYONU Ç N MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZ 4 KANAL SİSTEM” adlı ortez protez de dahil olmak üzere bu SUT kodları arasındaki satırlarda yer alan ortez ve protezlerin kar ılarındaki “A” ibaresi kaldırılmı tir.

f) Listenin en altında yer alan “ÖZEL KO ULLAR” ba lı 1 altındaki yedinci fıkrada “onayının” ibaresi kaldırılmı tir.

g) Listenin en altında yer alan “ÖZEL KO ULLAR” ba lı 1 altındaki sekizinci fıkra a a ıdaki ekinde de i tirilmi tir.

“(A\*) ile i aretli olan ortez-protezler için, fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimince düzenlenen hastane baş hekiminin imzasının bulunduğu uzman hekim raporu gerekmektedir.”

) Listenin en altında yer alan “ÖZEL KO ULLAR” ba lı 1 altındaki dokuzuncu fıkrada “onayının” ibaresi kaldırılmı tir.

h) Listenin en altında yer alan “ÖZEL KO ULLAR” ba lı 1 altındaki onuncu fıkra a a ıdaki ekinde de i tirilmi tir.

“(B\*) ile i aretli olan ortez-protezler için, fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji, nöroloji veya nöro irurji uzman hekimince düzenlenen hastane baş hekiminin imzasının bulunduğu uzman hekim raporu gerekmektedir.”

ı) Listenin en altında yer alan “ÖZEL KO ULLAR” ba lı 1 altındaki on ikinci fıkra a a ıdaki ekinde de i tirilmi tir.

“(C\*) ile i aretli olan malzemeler için ilgili bran ş uzman hekimince düzenlenen hastane baş hekiminin imzasının bulunduğu uzman hekim raporu gerekmektedir.”

i) Listenin en altında yer alan “ÖZEL KO ULLAR” başlıklı altındaki on dördüncü fıkraya ekilde de i tirilmi tir.

“(14) \*\* Sağlık kurulu raporu, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji ve psikiyatri uzman hekimlerinin bulunduğu üçüncü basamak sağlık kurumları sağlık kurullarınca düzenlenecektir. Bu sağlık kurulu raporlarının protez veya ortezin yapımından önce Sağlık Bakanlığına başlı Ankara veya İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanelerince veya TSK Bilkent Rehabilitasyon merkezince onaylanması gerekmektedir. (OP1334 ve OP1335 kodlu malzemelerde onay artı aranmaz.)”

j) Listenin en altında yer alan “ÖZEL KO ULLAR” başlıklı altındaki on beinci fıkraya ekilde de i tirilmi tir.

“(15) MOBİL TE VE AKTİVİTE DESTEKLEYİCİ ORTEZ VE PROTEZLER başlıklı altında yer alan ürünlerin kullanımına ilişkin eğitim aldıkları ve kullanabildikleri, Sağlık Bakanlığına başlı Ankara veya İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanelerince, TSK Bilkent Rehabilitasyon merkezince veya ortezprotez üretim ve uygulamaları yapan Üniversitelerce onaylanması gerekmektedir. (OP1334 ve OP1335 kodlu malzemelerde onay artı aranmaz.)”

k) Listede yer alan “TEKERLEKLİ SANDALYELER” başlıklı altındaki ortez ve protezlerin karısındaki “B” ve “B\*” ibareleri kaldırılmı tir.

l) Listede yer alan “OP1291” SUT kodlu ve “ÖZELLİ OLMAYAN MOTORSUZ TEKERLEKLİ SANDALYE” adlı ortez protezin altındaki satırdaki ödeme kriterleri ve/veya kurallarında yer alan “sakatlı” ibaresi “engellilik durumu” olarak de i tirilmi tir.

m) Listede yer alan “OP1292” SUT kodlu ve “ÖZELLİ KLİ MOTORSUZ TEKERLEKLİ SANDALYE” adlı ortez protezin altındaki satırdaki ödeme kriterleri ve/veya kurallarının birinci fıkrasına ekilde de i tirilmi tir.

“(1) Ayakta durmak ve/veya yürümek için alt ekstremitelerini kullanamayacak hastaları veya engellilik durumu olduğu ortopedi ve travmatoloji, beyin cerrahisi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, erişkin veya çocuk nöroloji uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenecek sağlık kurulu raporu ile belgelenenlere bu hekimlerce reçete edilmesi halinde Kurumca bedeli karılanır.”

n) Listede yer alan “OP1292” SUT kodlu ve “ÖZELLİ KLİ MOTORSUZ TEKERLEKLİ SANDALYE” adlı ortez protezin altındaki satırdaki ödeme kriterleri ve/veya kurallarının ikinci fıkrasında yer alan “özürlülük” ibaresi “engellilik” ekinde; “özürlülü ünün” ibaresi ise “engellilik durumunun” ekinde de i tirilmi tir.

o) Listede yer alan “OP1293” SUT kodlu ve “AKÜLÜ TEKERLEKLİ SANDALYE” adlı ortez protezin altındaki satırdaki ödeme kriterleri ve/veya kurallarının birinci fıkrasında yer alan “sakatlı mın” ibaresi “engellilik durumunun” olarak de i tirilmi tir.

ö) Listede yer alan “OP1293” SUT kodlu ve “AKÜLÜ TEKERLEKLİ SANDALYE” adlı ortez protezin altındaki satırdaki ödeme kriterleri ve/veya kurallarının ikinci fıkrasına ekilde de i tirilmi tir.

“(2) Yukarıda sayılan hastalıklar gibi tekerlekli sandalyeyi hareket ettirememesi ya da hareket ettirmesi halinde kişinin sağlığının tehlikeye girece i durumlarda, bu durumlarının Ortopedi ve Travmatoloji, Beyin Cerrahisi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, erişkin veya Çocuk Nöroloji uzman hekimlerinden birinin ve kalp yetmezliği veya koroner arter hastalıkları varsa ayrıca Kardiyoloji uzmanı, adı geçen bran ta hekim yoksa Dahiliye uzmanı; kronik obstrüktif akci er hastalıkları varsa ayrıca Gö üs Hastalıkları uzmanı, adı geçen bran ta hekim yoksa Dahiliye uzmanının yer aldığı; mental fonksiyonlar yönünden akülü tekerlekli sandalye kullanıp kullanamayacağı hususunun ayrıca

belirtilmiştir; psikiyatri uzman hekiminin de yer aldığı sa lık kurullarınca düzenlenen sa lık kurulu raporuyla belgelendirilmesi artıyla akülü tekerlekli sandalye Kurumca bedelleri kar ılanır.”

p) Listede yer alan “OP1293” SUT kodlu ve “AKÜLÜ TEKERLEKL SANDALYE” adlı ortez protezin altındaki satırdaki ödeme kriterleri ve/veya kurallarının üçüncü ve dördüncü fıkraları a a ıdaki ekinde de i tirilmiştir.

“(3) Trafik tescili zorunlu olan ve kullanımı için H sınıfı sürücü belgesi gerektiren motorlu malul arabalarının Kurumca bedelleri kar ılanmaz. Ancak, SUT’un yürürlük tarihinden önce Kurumca temin edilmiş motorlu malul arabalarının bakım ve onarım i lemleri SUT hükümleri do rultusunda yürütülür.

(4) Akülü tekerlekli sandalye en az; elektronik kumandalı, kapalı devre sistemiyle yok u a a ı bile hızı ve yönü ayarlanabilir, 6-12 derece arası e imde kullanılabilme imkanı, ta ıma için katlanabilir, hız limiti ayarlanabilir, 120 kg ta ıma kapasitesinde, elektronik akü arj cihazlı, tek veya çift akü kutusu ile 24 V akülü özelliklerine haiz olmalı ve ilgili firma tarafından 2 (iki) yıl garanti, 10 (on) yıl yedek parça bulunurluk garantisi, teknik destek taahhütname si verilmiş olmalıdır.”

r) Listede yer alan “MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZLER” ba lı ı altındaki satırdaki ödemekriterleri ve/veya kuralları a a ıdaki ekinde de i tirilmiştir.

“1) Sa lık kurulu raporu ile önerilen myoelektrik kontrollü kol protezleri;

(a) Bilateral üst ekstremit e amputasyon/uzuv eksiklikleri olan hastaların her iki üst ekstremitesine,

(b) Tek taraflı non dominant üst ekstremit e amputasyon/uzuv eksiklikleri ile birlikte kar ı ekstremit e kullanamayacak hastalara,

(c) Tek taraflı dominant üst ekstremit e amputasyon/uzuv eksiklikleri olan hastalara,

reçete edilmesi durumunda Kurumca bedelleri kar ılanır.

2) Sa lık kurulu raporunda; hastanın myoelektrik kontrollü kol protezi kullanımına ili kin e itim aldığı ve kullanabilece iinin yanında ayrıntılı de erlendirmeleri içeren ilgili uzman hekimlerin görüşünün yer alması zorunlu olup söz konusu raporların Sa lık Bakanlığı na ba lı Ankara veya İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon E itim ve Ara tırma Hastanelerince veya TSK Ankara Rehabilitasyon merkezince onaylanması gerekmektedir.

3) Myoelektrik kontrollü kol protezlerine yönelik sa lık kurulu raporu, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Ortopedi ve Travmatoloji ve Psikiyatri uzman hekimlerinin birlikte bulunduğu 3.Basamak sa lık kurumları sa lık kurullarınca düzenlenecektir.

4) Myoelektrik kontrollü kol protezleri Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon veya Ortopedi ve Travmatoloji uzman hekimlerince reçete edilebilir.

5) 6 ya öncesi hastalara temin edilen çocuk/yeti kin myoelektrik kontrollü kol protezi bedelleri Kurumca kar ılanmaz.

6) 17 ya ve üzeri hastalarda çocuk myoelektrik kontrollü kol protezi bedelleri Kurumca kar ılanmaz.

7) Çocuk myoelektrik kontrollü kol protezi bedelleri 6-16 ya (6 ve 16 ya dahil) arasında Kurumca bedeli kar ılanır.

8) Sağlık Kurulu raporunu düzenleyen ilgili sağlık kurumunda reçeteyi düzenleyen hekim tarafından myoelektrik kol protezinin hastada uygulandığının, hastanın protezinin özelliklerine uygun fonksiyonları yerine getirebildiğinin (reçetede yazılan amaçlara uygun olduğunu) reçete arkasına yazılarak onaylanması gerekmektedir.

9) Myoelektrik kontrollü kol protezini yapan uygulama merkezi tarafından, hastanın protezin teknik özelliklerine uygun fonksiyonel hareketlerini yerine getirebildiğinin (fatura ekinde yer alması) belgelendirilmesi gerekmektedir.

10) Protezin kontrolünü sağlayacak kaslardan yüzey elektromiyografi (sEMG) çalışması en fazla kasılma sırasında yapılan incelemede daha önce belirlenmiş yeterli elektrik deşer (motor ünite aksiyon potansiyeli (MÜAP) amplitüt ölçümü, karesel ortalama karekök (RMS), güç spektral analizi vb) ve üzerinde aktivitenin saptanması veya bu konuda özelleşmiş myotest ölçümleri yapabilen tanı/geri bildirim cihazları yardımı ile sağlık kurulu raporunu düzenleyen sağlık kurumlarının elektrodu çalıştırabilecek yeterli aksiyon potansiyeline sahip olduğu belgelendirilmelidir.

11) Myoelektrik kontrollü kol protezlerinin yenilenme süresi 10 (on) yıldır. Bu süreden önce temin edilen myoelektrik kontrollü kol protezlerinin Kurumca bedelleri karılanmaz.

12) Myoelektrik kontrollü kol protezi temin edildikten sonra hasta tarafından, yüksek gerilim altında ve manyetik alanlarda çalışmaya başlaması belgelenmesi veya taahhüt etmesi gerekmektedir.

13) Myoelektrik kontrollü omuz dezartikülasyon kol protezlerinin Kurumca bedelleri karılanmaz.”

s) Listede yer alan “OP1334” SUT kodlu ve “ENERJİ DEPOLAYAN/KARBON SİSTEM AYAK DEŞERİM” adlı ortez protezin karısındaki “ÖZEL KULLAR” sütununda yer alan ödeme kriterleri ve/veya kuralları aşağıdaki ekinde deşitirilmştir.

“SUT eki EK-3/C2 listesinde yer alan protezler ile birlikte fatura edilemez. Ancak, MOBİL TEŞER VE AKTİVİTE DEŞTEKLEYİCİ ORTEZ VE PROTEZLER başlıklı altında yer alan protezlerin tamir bakımı işlemlerinde fatura edilmesi halinde Kurumca bedeli karılanır.”

**MADDE 27** – Aynı Tebliğin eki “DİŞER PROTEZ ORTEZLER” (EK-3/C3) listesinde aşağıdaki deşitirilikler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “DO1005” SUT kodlu ve “KULAK KALIBI” adlı ortez protezin altındaki satırdaki ödeme kriterleri ve/veya kuralı çıkarılmıştır.

b) Listede yer alan “TMEÇHAZİ VE KULAK KALIBI” başlıklı altındaki ödeme kriterleri ve/veya kuralları aşağıdaki ekinde deşitirilmştir.

“(1) Kurumca bedeli karılanacak olan dijital programlanabilir işitme cihazları; GC (Kazanç Kontrol), TC (Ses Tını Kontrol), PC (Yüksek Frekansta Maksimum Çıkış), MPO (Alçak Frekansta Maksimum Çıkış) ve AGC (Otomatik Kazanç Kontrol) özelliklerinden en az 3 (üç) fonksiyona sahip olmalıdır.

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

a) 0-4 yaş için; en az dört kanallı veya kanaldan başımsız, çift mikrofönlü, gürültü azaltıcı özellikli, feedback yönetimi özellikli olmalıdır. Bu kriterlerde kulak içi cihaz kullanıldığında takdirde bedeli Kurumca karılanmaz.

b) 5-12 ya için; en az dört kanallı veya kanaldan ba ımsız, en az sekiz bandlı, FM sistem uyumlu, çift mikrofönlü, gürültü azaltıcı özellikli, feedback yönetimi özelli i olmalıdır. Bu ki ilerde kulak içi cihaz kullanıldı ı takdirde bedeli Kurumca kar ılanmaz.

c) 13-18 ya için; en az dört kanallı veya kanaldan ba ımsız, en az sekiz bandlı, gürültü azaltıcı özellikli, FM sistem uyumlu, çift mikrofönlü (kanal içi cihazda bu art aranmaz.) ve feedback yönetimi özellikli olmalıdır.

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

a) Odyolojik test sonuçlarını gösterir belgenin, testi yapan yetkili personel tarafından imza ve ka esinin bulundu u onaylanmı aslı;

1) 0-4 ya arası çocuklar için beyin sapı odyometrisinin (ABR Testi) Kulak Burun Bo az Hastalıkları uzman hekimi, uzman odyolog veya odyolog tarafından imza ve ka esinin bulundu u onaylanmı aslı,

2) 4 ya ve üzerinde odyolojik test sonuçlarını gösterir belgenin Kulak Burun Bo az Hastalıkları uzman hekimi, uzman odyolog, odyolog veya odyometrist tarafından imza ve ka esinin bulundu u onaylanmı aslı,

3) 4 ya ve üzerinde saf ses odyometrisine cevap veremeyen hastalarda beyin sapı odyometrisinin (ABR), Kulak Burun Bo az Hastalıkları uzman hekimi, uzman odyolog veya odyolog tarafından imza ve ka esinin bulundu u onaylanmı aslı,

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

c) Sa lık Bakanlıınca düzenlenmi olan ruhsatname ve sorumlu müdür belgesinin onaylı örne i,

ç) itme cihazına ve tedarikçi firma ve/veya alt bayii bilgilerine ait T TUBB PRICAT çıktıları,

d) Hastanın i itme e iklerinin bu cihaza ait i itme kazanç e risinin içerisinde yer aldı mı gösterir i itme cihazı merkezi tarafından düzenlenmi ıslak imzalı belge (gerçek kulak ölçümü sonuçları),

e) itme cihazının hastanın i itme kaybına uygunlu unu belirten ve merkez tarafından düzenlenmi ıslak imzalı taahhütname,

f) itme cihazının teknik bilgilerinin (cihazın tipi, maksimum kazanç, maksimum çıkı gücü, kazanç e risi) yer aldı ı, i itme merkezi tarafından onaylanmı katalog,

istenecektir.

(4) itme cihazı faturası üzerinde; hasta adı, hasta T.C. kimlik numarası, i itme cihazına ait marka, model ve seri numarası bilgileri yer alacaktır. Fatura arkasında "i itme cihazının eksiksiz ve çalı ır durumda teslim alındı ı ve i itme cihazı ile ilgili e itimin tarafına verildi i" ibarelerinin hasta veya yakını tarafından yazılarak imzalanmı olması gerekmektedir.

(5) itme cihazı bedellerinin Kurumca ödenebilmesi için, Kurumla sözleşmeli resmi sa lık kurumlarınca en az 1 (bir) Kulak Burun Bo az Hastalıkları uzman hekiminin yer aldı ı sa lık kurulu raporu düzenlenecektir.

(6) Sağlık Kurulu raporunda işitme cihazının dijital programlanabilir olduğu ayrıca belirtilecektir.

(7) Odyometri testi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları uzman hekimi veya uzman odyolog veya odyolog veya odyometrist tarafından onaylanmış olması halinde kabul edilecektir. İşitme cihazı reçetesinin de sağlık kurulu raporunu düzenleyen sağlık kurumlarında/kurullarında düzenlenmiş olması gerekmektedir.

(8) Odyometri testi en az 250-500-1000-2000-4000-8000 Hz frekanslarda hava yolu ve 500-1000-2000-4000 Hz frekanslarda kemik yolu işitme eğerlerini ve konuşmayı ayırt etme skorlarını içermelidir. Kötü işiten kulakta 500-1000-2000 Hz frekanslarında saf ses ortalamasının en az 30 dB ve üzerinde olması ya da her bir kulakta 2000-4000 Hz frekanslarında 40 dB ve üzeri işitme kaybı olması durumunda işitme cihazı bedelleri Kurumca karşılanacaktır.

(9) Her iki kulak için işitme cihazı bedeli ödenebilmesi için;

a) Sağlık kurulu raporunda iki kulakta işitme kaybının bulunduğu belirtilmesi gereklidir.

b) 1000-2000 Hz frekanslarında her iki kulaktaki saf ses ortalamasının farkı 15 dB'den az ve her iki kulak arasındaki konuşmayı ayırt etme skoru farkı % 20'den az olmalıdır.

(10) İşitme durumunda de işitlik olması ve verilen cihazın yeterli gelmemesi durumunda, bu durumun Kurumla sözleşmeli resmi sağlık kurumunca düzenlenen sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi halinde süresinden önce yenilenebilir.

(11) İşitme durumunda de işitlik nedeniyle işitme cihazının yenilenmesi gerektiğinde, eski cihazın temin dönemindeki odyometrik bulgularla yeni odyometrik bulgular arasındaki farkın sağlık kurulu raporunda belirtilmelidir.

(12) İşitme cihazı sağlık kurulu raporu ve odyolojik test sonuçları 6 (altı) ay süreyle geçerlidir.

(13) İşitme cihazı kulak kalıplarının yenilenmesinin gerektiği, sağlık kurulu raporu ile ibraz edilmesi durumunda Kurumca bedelleri karşılanır. Ancak, işitme cihazlarının ilk kez alınması aşamasında, kulak kalıpları için ayrıca herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

(14) 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.”

c) Listede yer alan “NEBÜLİZATÖR CİHAZI” başlığı altındaki satırdaki ödeme kriterleri ve/veya kuralları aşağıdaki şekilde belirtilmiştir.

“(1) Nebulizatör cihazı verilmesine ilişkin sağlık kurulu raporlarının,

a) Erişkin hastalar için; Göğüs Hastalıkları veya Alerji Hastalıkları uzmanlarından en az birinin yer aldığı sağlık kurulu tarafından düzenlenmesi gerekmektedir.

b) Çocuk hastalar için; Çocuk Alerjisi uzmanı veya Çocuk Göğüs Hastalıkları uzmanı, bu uzman hekimlerin bulunmadığı sağlık kurumlarında Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlarından, en az birinin yer aldığı sağlık kurulları tarafından düzenlenmesi gerekmektedir.

(2) Sağlık kurulu raporu ekinde solunum fonksiyon testi (SFT) ve gerekiyorsa arteriyel kan gazı (AKG) sonuçlarını gösterir belge eklenecektir.

(3) Kompresör tipi nebulizatör bedelleri Kurumca karşılanacak olup ultrasonik nebulizerler bedelleri Kurumca karşılanmaz.



(4) Erikin hastalarda cihazın verilmesine ilikin olarak; inhaler preparatları ve inhaler preparatların kullanılmasına yardımcı aletleri (airchamber, spacer v.b.) kullanılmadık sa lık kurulu raporu ile belgelenen,

a) Stabil kronik akci er hastalılı olanlarda; FEV1 40 ise AKG de erlerine bakılmaksızın, FEV1>40 ise; AKG'da PaO2 55 mmhg veya SaO2 88 olması,

b) Persistan astımlı hastalarda; FEV1 veya PEFr %60 veya FEV1 veya PEFr % 60-80 arasında olup günlük PEFr veya FEV1 de ikenli i %30'un üzerinde,

c) Broniektazi tanısı ile birlikte kalıcı hava yolu obstrüksiyonu olan hastalarda; stabil dönemde FEV1 40 oldu u sa lık kurulu raporunda belirtilmesi ve dayana lı belgelerin rapor ekinde yer alması ko uluyla nebulizatör cihazı bedelleri Kurumca kar ılanır.

(5) Çocuk hastalarda cihazın verilmesine ilikin olarak;

a) Persistan astımlı hastalarda; FEV1 veya PEFr %60 olan veya FEV1 veya PEFr % 60-80 arasında olup günlük PEFr veya FEV1 de ikenli i %30'un üzerinde olması veya

b) 14 (on dört) ya ın üstündeki hastalarda; FEV1 veya PEFr 40 olması veya

c) 6 (altı) ya ın altındaki hastalar ve 6 (altı) ya ın üstünde olup ek sorunu (örne in nörolojik bir sorun) nedeniyle solunum fonksiyon testi yapılamayan hastalarda bu durumun sa lık kurulu raporunda belirtilmesi ko uluyla nebulizatör cihazı bedelleri Kurumca kar ılanır.

ç) Astımlı çocuklarda sadece a ır veya çok a ır (hayatı tehdit eden) astım krizlerinde kan gazı de iikli i olabilir. Astım krizinde olmayan persistan a ır astımı olan çocuklarda arteriyel kan gazı sonuçları, ister 6 ya ı altı isterse 6 ya ı üstü olsun nebulizer cihaz endikasyonu için aranmaz.

(6) Solunum fonksiyon testi yapamayan ve kronik akci er hastalılı tanısı almı çocuklarda, bronkopulmoner displazi, broniolitis obliterans tanılı hastalarda, interkostal adaleleri çalı mayan veya mental retarde (IQ 40) olan nörolojik sorunlu hastalarda PaO2 55 mmHg veya SaO2 88 olması halinde bu durumun sa lık kurulu raporunda belirtilmesi gerekmektedir.”

ç) Listede yer alan “DO1013” SUT kodlu ve “BPAP/BPAP S C HAZI” ba lılı ı altındaki satırdaki ödemekriterleri ve/veya kuralları a a ıdaki ekinde de i tirilmiştir.

“(1) BPAP cihazı için solunumsal uyku hastalıklarında SUT "3.3.6.A-1" maddesinde yer alan genel hükümlere ilaveten; yüksek nazal hava akımını tolere edemeyen, CPAP maskesinde önemli düzeyde hava kaçır ılan veya pozitif basınçla kar ı nefes verme güçlü ü ya ayan OUAS hastalarında veya Uyku ile ilikili hipoventilasyon/hipoksemisendromu (restriktif akci er hastalılı, kronik obstrüktif akci er hastalılı, obezite-hipoventilasyon sendromu, pulmoner parankimal veya vasküler patolojilere ba lılı hipoventilasyon/hipoksemi vb) olan hastalarda; bu durumun düzenlenecek sa lık kurulu raporunda belirtilmesi ko uluyla BPAP cihazı (auto BPAP hariç) bedelleri Kurumca kar ılanır.

(2) BPAP S cihazı için kronik solunum yetmezli inde SUT "3.3.6.A-2" maddesinde yer alan genel hükümlere ilaveten;

a) Restriktif akci er hastalıklarında;

1- PaCO2 45 mmHg veya

2- En az 2 lt /dk akım hızında nazal O2 deste i altında O2 saturasyonunun 5 dk süreyle kesintisiz %88 veya

3- ilerleyici nöromusküler hastalıklar için maksimal inspratuvar basınç (M P) 60 cm H<sub>2</sub>O veya FVC %50, olarak saptanması ve bunlara ili kin kanıtlayıcı belgelerin (solunum fonksiyon testi, arteriyel kan gazı ölçümü) sa lık kurulu raporu ekinde yer alması ko uluyla BPAP-S cihazı bedelleri Kurumca kar ılanır.

b) Obstriktif akci er hastalıkları: Uygun bronkodilatatör ve O<sub>2</sub> tedavisine ra men;

1- PaCO<sub>2</sub> 55 mmHg veya

2- PaCO<sub>2</sub> 50 ve 54 mmHg arasında ise en az 2 lt/dk akım hızında nazal O<sub>2</sub> deste i altında noktürnal O<sub>2</sub> saturasyonunun 5 dk süreyle kesintisiz %88 veya

3- PaCO<sub>2</sub> 50 ve 54 mmHg arasında olup, bir yılda ikiden fazla hiperkapnik atak nedeniyle hastaneye yatırılan, kronik obstruktif akci er hastalı ı olan hastalarda; bu durumların sa lık kurulu raporunda belirtilmesi ve bunlara ili kin kanıtlayıcı belgelerin (solunum fonksiyon testi, arteriyel kan gazı ölçümü) sa lık kurulu raporu ekinde yer alması ko uluyla BPAP-S cihazı bedelleri Kurumca kar ılanır. (hasta solunum fonksiyon testi yapamıyorsa bu durum sa lık kurulu raporunda açıkça belirtilmelidir.)”

d) Listede yer alan “DO1017” SUT kodlu ve “EV T P MEKAN K VENT LATÖR (EN AZ BASINÇ DESTEKL VENT LASYON (PSV) LE B RL KTE VOLÜM VE/VEYA BASINÇ KONTROLLÜ VENT LASYON (VCV, PCV) SA LAYAN VENT LATÖRLER)” ba lı ı altındaki satırdaki ödeme kriterleri ve/veya kuralları a a ıdaki ekilde de i tirilmi tir.

“(1) nvaziv mekanik ventilasyon cihazının uygulama endikasyonları;

a) Akut solunum yetmezli i sonrasında yo un bakımdan çıkı na engel kalmayacak ekilde di er sistem hastalıkları tedavi edildi i ve kronik tedavi uygulamaları düzenlendi i halde invaziv solunum deste inden ayrılmayan veya ayrılma olasılı ı olmayan trakeotomili hastalarda,

b) Kronik ve/veya ilerleyici solunum yetmezli i veya ba ka kronik organ disfonksiyonlarına sekonder solunum yetmezli i nedeni ile non-invaziv mekanik ventilasyon uygulamasının yetersiz kaldı ı, yapılamadı ı veya yapılmasının kontrendike oldu u ve sürekli olarak invaziv solunum deste i ihtiyacı olan hastalarda,

kullanılması halinde ev tipi mekanik ventilatör cihazı bedeli Kurumca kar ılanır.

(2) Cihazın temini için hastayı takip eden uzman hekimin ve yo un bakım sorumlusu uzman hekimin ( Ç Hastalıkları, Gö üs Hastalıkları, Anestezi ve Reanimasyon, Nöroloji, hastanın çocuk olması halinde ise Çocuk Hastalıkları, Çocuk Gö üs Hastalıkları, Çocuk Yo un Bakım uzmanları) yer aldı ı, 2 nci ve 3 üncü basamak yo un bakım ünitesi bulunan sa lık kurulu larınca ayrıntılı olarak düzenlenecek sa lık kurulu raporuna istinaden bedelleri Kurumca kar ılanır.

(3) Raporda hastanın gereksinimine göre cihazın teknik özelliklerinin belirtilmesi gerekir. Bu teknik özellikler hastanın solunumsal stabilitesini sa layan MV parametrelerini (Mod, Vt, frekans, tetikleme hassasiyeti, Pins, Psup, PEEP, FiO<sub>2</sub>, nspiratuvar akı hızı veya I: E oranı) kapsamalıdır.

(4) nvaziv mekanik ventilasyon cihazının yenilenme süresi 5 yıldır. Bu süreden önce yenilenen cihazların bedelleri Kurumca kar ılanmaz.

(5) A a ıda belirtilen invaziv mekanik ventilasyon cihazı ile birlikte kullanılması ve belli süreden önce de i mesi gereken aksesuarlar ve yardımcı sarf malzemelerinin bedelleri Kurumca kar ılanır;

a) Solunum devreleri (ayda 2 adet)

- b) Ba lantı üniteleri (ayda 1 adet)
- c) Trakeotomi kanülü (ayda 2 adet)
- ç) Isı nem tutucu filtre (haftada 2 adet)
- d) Aspirasyon sondası (günde 4 adet)

Ancak, ev tipi mekanik ventilatörler ile birlikte kullanılan aspirasyon sondasının günde 4 adedi a an kullanımları, düzenlenen sa lık kurulu raporunda belirtilmesi ve Kurumun inceleme birimleri tarafından uygun görülmesi artıyla Kurumca bedeli kar ılanır.

(6) nvaziv mekanik ventilasyon cihazı için düzenlenen sa lık kurulu raporunda belirtilmesi ko ulu ile oksijen konsantratörü, oksijen tüpü, ev tipi aspirasyon cihazı, nebulizatör, nemlendirici,ambu seti bedelleri Kurumca kar ılanır.

(7) nvaziv mekanik ventilasyon cihazlarının kullanımı ve bakımı konusunda verilecek e itim, hasta için izleme programı olu turulması, hastayı taburcu eden ve raporlarını düzenleyen hekimin ve hastanenin sorumlulu undadır.”

e) Listede yer alan “LENF ÖDEM KOMPRESYON C HAZLARI” ba lı 1 altındaki satırdaki ödeme kriterlerine/veya kuralları a a ıdaki ekilde de i tirilmi tir.

“(1) 3.Basamak Hastanelerde Genel Cerrahi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ile Kalp Damar Cerrahisi bran hekimlerinden birinin bulundu u sa lık kurulu raporlarına istinaden ilgili hekimlerce reçete edilmesi halinde Kurumca bedeli kar ılanır.

(2) Evre II-III lenf ödemi olan;

a) Evre II: Gode, elevasyon ile ödem azalmaz ve klinik olarak fibrozis belirgin.

b) Evre III: Ödem irreversible, tekrarlayan infeksiyöz ataklar, fibrozis, deri ve deri altında skleroz, flebolenf ödemi ya da ileri evre (C4-6) kronik venöz hastalık bulunan hastalarda Kurumca bedelleri kar ılanır.

(3) Heyet raporu ekinde lenf ödemli hastaların, flebolenfödem ya da ileri evre (C4-6) kronik venöz hastalık venöz yetmezli e ba lı durumlarda venöz sistem doppler ultrasonografi raporu ekte olmalıdır. Hastaların kar ıla tırmalı her iki ekstremitte foto rafları da rapora eklenmelidir.

(4) Kompresyon cihazları diz altı lenf ödemlerde veya venöz yetmezliklerde en fazla 2 (iki) kanallı, diz üstü lenf ödemlerde veya venöz yetmezliklerde en fazla 6 (altı) kanallı, üst ekstremitte lenf ödemlerde veya venöz yetmezliklerde en fazla 1 (bir) kanallı olması halinde Kurumca bedeli kar ılanır. Sadece Evre II lenf ödemlerde en fazla 2 (iki) kanallı cihaz bedeli Kurumca kar ılanır.

(5) Cihazın diz altı, diz üstü, üst ekstremitte ve kaç kanallı olaca ı ilgili hekim raporunda belirtilmelidir.”

f) Listede yer alan “YANIK BASI G YS LER ” ba lı 1 altındaki satırdaki ödeme kriterleri ve/veya kuralları a a ıdaki ekilde de i tirilmi tir.

“(1) Eri kin hastalarda Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi veya Genel Cerrahi uzmanlarının birlikte bulundu u; 18 (on sekiz) ya ının altındaki yanık hastalarında ise Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi veya Genel Cerrahi veya Çocuk Cerrahisi uzmanları tarafından düzenlenen heyet raporuna istinaden ve bu uzman hekimlerden herhangi biri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca kar ılanır.

(2) ikinci ve üçüncü derece yanık sonrası olu mu hipertrofik skar ve keloidlerin tedavisi ve azaltılması, olu abilecek hipertrofik skarı önlemek amacıyla, 0-3 ya çocuklarda 3 (üç) ayda 1 (bir), daha büyük çocuklarda 6 (altı) ayda 1 (bir), eri kinlerde ise yılda 1 (bir) kez reçete edilebilir.

(3) Rapor geçerlilik süresi 1 (bir) yıldır.

(4) Hastaya alerjik veya toksik etki göstermemelidir.

(5) Ortalama 15-40 mmHg basınç uygulamalı ve kullanım süresinin sonuna kadar bu basıncın en az yarısını sa layabilmelidir.

(6) ç yüzeyi hastada bası yaralarına yol açmayacak tarzda diki siz ve pürüzsüz olmalıdır.

(7) Fermuar vb. aksesuarlar kullanılacaksa hastaya zarar vermeyecek ekilde yerle tirilmeli ve kullanım süresi boyunca bozulmayacak yapıda olmalıdır.

(8) Giysi sık yıkanabilir kuma tan imal edilmeli yıkanma ile deforme olmamalı, boyutları de i memeli ve yıkama talimatı hastaya verilmelidir.

(9) De i ik renk ve desenlerde olabilir. (özellikle çocuklarda kullanımı özendirilemek için)

(10) Hasta ile temas eden iç kısmında hekimin uygun görmesi halinde uygun gördü ü alanlar silikon tabaka ile kaplanabilmelidir.

(11) Bası giysilerinde kullanılacak silikon tabaka miktarı sa lık kurulu raporu ile belirlenen hipertrofik skar alanının %10 fazlasından daha geni olamaz.

(12) 18 (on sekiz) ya ın altındaki yanık hastalarında SUT eki Ek-3/C3 listesindeki kriterlere uygun ısmarlama yanık bası giysileri, eri kinlerde ise ihtiyaca göre ısmarlama veya hazır bası giysileri fatura edilebilir.

(13) Bası giysilerinin yanık olayını takiben ilk 6 (altı) ay içinde kullanılmaya ba lanması halinde bedeli Kurumca kar ılanacaktır.”

g) Listede yer alan “DO1020” SUT kodlu ve “M KRO NFÜZYON POMPASI ( NSÜL N POMPASI)” adlı tıbbi malzemenin altındaki satırdaki ödeme kriterleri ve/veya kurallarının birinci fıkrasında yer alan “Mikro infüzyon pompası” ibaresi “Açık loop mikro infüzyon pompası” olarak de i tirilmi tir.

**MADDE 28** – Aynı Tebli eki “TIBB SARF MALZEMELER” (EK-3/C4) listesinde a a ıdaki de i iklikler yapılmı tir.

a) “A10041” SUT kodunun kar ısında yer alan “S L KON” adlı ortez protezinin adı “LEOSTOM TORBASI (ADAPTÖR Ç N)(F LTRE DAH L)” olarak de i tirilmi tir.

b) Bu Tebli eki (5) numaralı listede belirtilen tıbbi malzemelerin ve fiyatlarının yürürlük tarihi “01.09.2012” olarak de i tirilmi tir.

c) “A10049” SUT kodlu “HASTA ALT BEZ ” ba lı ı altındaki satırdaki ödeme kriterleri ve/veya kurallarının be inci fıkrası a a ıdaki ekilde de i tirilmi tir.

“(5) Sa lık raporunda; kolostomili hastalarda idrar inkontinansı, ürostomili hastalarda gaita inkontinansı oldu unun belirtilmesi halinde hasta alt bezinin Kurumca bedeli kar ılanır.”

ç) Listede yer alan “A10099” SUT kodlu “KÖPÜKLÜ VEYA FBER ÇER KL YARA ÖRTÜSÜ ORTA” başlıklı altındaki satırdaki ödeme kriterleri ve/veya kuralları başlıktaki ekinde de i tirilmiştir.

“(1) Bol eksudalı yaralar ve/veya masere yaralarda kullanılması halinde bedeli Kurumca kar ılanır.

(2) Kuru yaralar ve/veya enfekte yaralar ve/veya grade 4 iskemik arter hastalığı tanısı konulan hastalarda kullanılması halinde bedeli Kurumca kar ılanmaz.

(3) Kapasite tamamlanmadan önce (leke kenara ulaşmadan önce) ve/veya 2-7 gün içinde de i tirilmelidir.

(4) 100-225 cm<sup>2</sup>'ye kadar olanlar orta yara örtüsü olarak kabul edilir.”

d) “A10103” SUT kodlu “KOKLEAR İMPLANT KONU MALZEMELER” başlıklı altındaki satırdaki ödeme kriterleri ve/veya kurallarının birinci fıkrasına başlıktaki ekinde de i tirilmiştir ve ikinci fıkraya başlıktaki ekinde eklenmiştir.

“(1) Konu malzemesi, 7 (yedi) yıldan önce yenilenemez. Ancak Kurum raporuna istinaden tamiri mümkün olmayan durumlarda (kullanıcı kusuruna başlıksız) bu süre dikkate alınmadan süresinden önce yenilenebilir. 7 (yedi) yılı dolduran kişilerde Kurum kurulunun uygun görmesi halinde Kurum raporuna istinaden yenilenebilecektir.

(2) Bozuldu ğu rapor edilen konu malzemesi, Kurum tarafından te kilatına teslim edilecektir.”

e) “A10104” SUT kodlu “AKTARICI (BOBİN, TRANSMİTTER)” başlıklı altındaki satırdaki ödemekriterleri ve/veya kurallarının birinci fıkrasında yer alan “Bozuldu ğu rapor edilen konu malzemesi, Kurum tarafından te kilatına teslim edilecektir.” ibaresi metinden çıkarılmıştır.

**MADDE 29** – Aynı Tebli ğeki “ÖZEL HALLERDE KAR İLANAN TIBB MALZEMELER” (EK-3/C5) listesinde başlıktaki de ği şiklikler yapılmıştır.

a) “100006” SUT kodlu ve “ENERJİ DEPOLAYAN/KARBON SİSTEM AYAK FARKI” adlı tıbbi malzemenin “ÖZEL KOULLAR” sütununda yer alan hükümde geçen “(\*\*)” ibaresi kaldırılmıştır.

b) Listenin sonundaki birinci fıkrada yer alan “onayının” ibaresi kaldırılmıştır.

**MADDE 30** – Aynı Tebli ğeki “GÖRMEYE YARDIMCI TIBB MALZEMELER” (EK-3/D) listesinde başlıktaki de ği şiklikler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “GZ.11120” SUT kodlu tıbbi malzemenin adı “Yakın Okuma Kepi Tek\*” olarak de ği şirilmiştir.

b) Listede yer alan “GZ.11050” SUT kodlu tıbbi malzemenin adı “Yakın Okuma Kepi Çift\*” olarak de ği şirilmiştir.

**MADDE 31** – Aynı Tebli ğeki “OMURGA CERRAHLARININ GRUBUNA AİT TIBB MALZEMELER” (EK-3/E1) listesinde başlıktaki de ği şiklikler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “Ek-5/E” ibareleri “EK-3/E-1” olarak de ği şirilmiştir.

b) Listenin en altında yer alan “GENEL HÜKÜMLER” başlıklı altındaki hükümlerin yedinci fıkrasında yer alan “taniya dayalı i lemler listesi (EK-9)” ibaresi “TANIYA DAYALI LEM PUAN L STES (EK-2/C)” olarak de i tirilmi tir.

c) Listenin en altında yer alan “GENEL HÜKÜMLER” başlıklı altındaki hükümlerin sekizinci fıkrasının “a” ve “b” bentleri a a ıdaki ekilde de i tirilmi tir.

“a) 45 (kırk be ) ya ve altı, aktif hayat beklentisi olan, lomber hareketlerinin korunması amaçlanan, dejeneratif omurga sorunu bulunmayan, hareketli sistemlerin tek segmenti geçmeyecek ekilde kullanımı halinde bedelleri Kurum mevzuatı do rultusunda kar ılanacaktır. (rigid ve dinamik sistemlerin bir arada kullanıldı ı durumlarda dinamik sistem bir segmenti geçemez, hareketli ya da yarı hareketli sistemin uygulandı ı segmentte füzyon materyalleri kullanılması halinde, sistem ve füzyon materyallerinin Kurumca bedeli kar ılanmaz.)

b) Lomber hareketli ve yarı hareketli sistemlerin sadece 3. Basamak Hastanelerde (e itim verme yetkisi olan klinik) uygulanması halinde Kurumca bedeli kar ılanır.”

ç) “102.110” SUT kodlu “TORAKOLUMBAR, POSTERIOR MONOAXIAL V DA, T TANYUM, AÇIK CEMENT ENJEKTE ED LEB L R (K L TLEME APARATI VE NUT DAH L)” adlı malzemenin altındaki ödeme kriterleri ve/veya kurallarının birinci fıkrası ve son satırındaki hüküm a a ıdaki ekilde de i tirilmi tir.

“(1) “I” vida olarak tanımlanan monoaxial ve polyaxial torakolumbar posterior vidaların kullanılması halinde, vida ve konnektörünün (SUT eki Ek-3/E-1 Listesinde 102.350 veya 102.355 veya 102.360 sıra nolu ürünler) toplam fiyatı, torakolumbar posterior polyaxial vida (SUT eki Ek-5/E Listesinde 102.130 sıra nolu ürün) fiyatını geçemez.”

“olup bu endikasyonlarda uygulandı ı hallerde Kurumca bedeli kar ılanır.”

d) “102.126” SUT kodlu “TORAKOLUMBAR, POSTERIOR MONOAXIAL (I) V DA, T TANYUM, PED ATR K/YET K N (V DA-ROD BA LANTI APARATI DAH L)” adlı malzemenin altındaki ödeme kriterleri ve/veya kurallarının birinci fıkrası ve son satırındaki hüküm a a ıdaki ekilde de i tirilmi tir.

“(1) “I” vida olarak tanımlanan monoaxial ve polyaxial torakolumbar posterior vidaların kullanılması halinde, vida ve konnektörünün (SUT eki Ek-5/E Listesinde 102.350 veya 102.355 veya 102.360 sıra nolu ürünler) toplam fiyatı, torakolumbar posterior polyaxial vida (SUT eki Ek-5/E Listesinde 102.130 sıra nolu ürün) fiyatını geçemez.”

“olup, bu endikasyonlarda uygulandı ı hallerde bedeli Kurumca kar ılanır.”

e) “102.145” SUT kodlu “TORAKOLUMBAR, POSTERIOR POLYAXIAL V DA, T TANYUM, SPOND LOLISTEZ S V DASI/D STRAKS YON-KOMPRESYON V DASI/ÇEKT RME V DASI, PED ATR K/YET K N (K L TLEME APARATI VE NUT DAH L)” adlı malzemenin altındaki ödeme kriterleri ve/veya kurallarının birinci fıkrası ve son satırındaki hüküm a a ıdaki ekilde de i tirilmi tir.

“(1) “I” vida olarak tanımlanan monoaxial ve polyaxial torakolumbar posterior vidaların kullanılması halinde, vida ve konnektörünün (SUT eki Ek-5/E Listesinde 102.350 veya 102.355 veya 102.360 sıra nolu ürünler) toplam fiyatı, torakolumbar posterior polyaxial vida (SUT eki Ek-5/E Listesinde 102.130 sıra nolu ürün) fiyatını geçemez.”

“olup, bu endikasyonlarda uygulandı ı hallerde bedeli Kurumca kar ılanır.”

f) “102.266” SUT kodlu “TORAKOLUMBAR POSTER OR COCR ROD SKOLYOZ TEKL ” adlı malzemenin altındaki ödeme kriterleri ve/veya kurallarının son satırındaki hüküm a a ıdaki ekilde de i tirilmi tir.

“olup, bu endikasyonlarda uygulandı ı hallerde bedeli Kurumca kar ılanır.”

**MADDE 32** – Aynı Tebli eki “BEY N CERRAH S BRAN I KRAN AL CERRAH S ALAN GRUBUNA A T TIBB MALZEMELER” (EK-3/E2) listesinde a a ıdaki de i iklikler yapılmı tir.

a) Listede yer alan “VAGAL S N R ST MÜLATÖRÜ:” ba lı ı altındaki satırdaki ödeme kriterleri ve/veya kuralları a a ıdaki ekilde de i tirilmi tir.

“(1) 3. Basamak Hastanelerde uygulanması halinde; Psikiyatri, Nöroloji (çocuk/eri kin) ve Beyin Cerrahisi uzman hekimleri tarafından düzenlenen heyet raporuna istinaden Kurumca bedeli kar ılanır. Vagal sinir stimülatörleri a a ıdaki tüm artları ta ıması halinde uygulanır:

a) Hastanın ya am kalitesini bozacak sıklık ve ekilde nöbetlerinin olması.

b) Nöbet tipine uygun bütün antiepileptikleri kullanımı olması ve hâlihazırda en az ikili major antiepileptik ajanı 2 (iki) yıldır kullanıyor ve bunlara cevap alınmıyor olması.

c) Daha önce epileptik cerrahi uygulanıp yanıt alınmamı ya da epileptik cerrahi uygulanamaz durumda olması.

ç) Epilepsi nedeninin malign beyin tümörü, nörometabolik ya da nörodejeneratif hastalık olmaması.

d) Hastaların zekâ düzeyi a ır derecede geri olmamalı.

e) Hamile olmaması.

f) Sistemik kronik hastalık olmaması (astım, aktif peptik ulcus, kr. akci er hastalı ı, koroner kalp hastalı ı, kr. böbrek hastalı ı, kr. karaci er hastalı ı, diabetes mellitus ve benzeri hastalıklar)

g) Nöroloji ve/veya Çocuk Nörolojisi, Beyin Cerrahisi ve Psikiyatri uzman hekimleri tarafından olu an bir komisyon kurulması ve hastaların komisyonca a a ıdaki belgelerle birlikte de erlendirilmesi gerekmektedir. Komisyon de erlendirilmesinde istenecek belgeler:

1- Uzun çekimli video-EEG kayıtlar,

2- Hastanın daha önce kullandı ı antiepileptik tedavi; doz, ilaç-kan seviyesi, nöbet sayısı ve ekli ile ilgili bilgilerin dokümante edildi i ayrıntılı epikriz (epikriz hasta takibini yapan nörolog ya da çocuk nörolog tarafından hazırlanmı ve imzalanmı olmalıdır),

3- Nöroradyolojik görüntüleme tetkiklerinin aslı,

4- Psikolog tarafından düzenlenmi zeka düzeyini gösteren belge.”

b) Listede yer alan “KN1007” SUT kodlu ve “KRAN YAL M N LEVHA T TANYUM DÜZ PLAK” adlı tıbbi malzemenin altındaki satırdaki ödeme kriterleri ve/veya kurallarının sonuna gelmek üzere “kullanılması halinde Kurumca bedeli kar ılanır.” ibaresi eklenmi tir.

**MADDE 33** – Aynı Tebli eki “ORTOPED VE TRAVMATOLOJ BRAN I ARTROPLAST ALAN GRUBUNA A T TIBB MALZEMELER” (EK-3/F-1) listesinde a a ıdaki de i iklikler yapılmı tır.

a) Listenin en altında yer alan “GENEL HÜKÜMLER” ba lı ı altındaki hükümlerin yedinci fıkrasının sonuna gelmek üzere “kar ılanır.” ibaresi eklenmi tır.

**MADDE 34** – Aynı Tebli eki “KARD YOLOJ BRAN INA A T TIBB MALZEMELER” (EK-3/H) listesinde a a ıdaki de i iklikler yapılmı tır.

a) “KR1202” SUT kodlu “M TRAL HALKA (ANULUS) DARALTMA S STEMLER ” adlı malzemenin altındaki ödeme kriterleri ve/veya kurallarında yer alan “3. basamak hastanelerinde” ifadesi, “3. basamak Sa lık Bakanlığı Hastaneleri veya 3. basamak TSK Hastanelerinde” olarak de i tirilmi tır.

b) “KR1161” SUT kodlu “STENT, VASKÜLER, KAROT S, KEND L NDEN AÇILAN, ÇEL K / NT NOL / D STAL NCELEN MONORA L” adlı malzemenin altındaki ödeme kriterleri ve/veya kuralları a a ıdaki ekilde de i tirilmi tır.

“(1) 3. basamak hastanelerde Kardiyoloji Uzmanı ile KVC veya Beyin Cerrahisi Uzmanları tarafından düzenlenen sa lık kurulu raporu ile stent uygulanma endikasyonunun epikrizde ayrıntılı olarak belirtilmesi halinde Kurumca bedeli kar ılanır.”

c) “KR1152” SUT kodlu “STENT, KORONER, BALONA MONTE ED LM GRAFT STENT” adlı malzemenin altındaki ödeme kriterleri ve/veya kuralları a a ıdaki ekilde de i tirilmi tır.

“(1) Koroner perforasyon ve koroner anevrizmada kullanıldı ının belirtildi i ve epikrizde 2 (iki) Kardiyoloji uzmanının imzasının olması halinde, Kurumca bedeli kar ılanır.”

ç) “KR2021” SUT kodlu “TRANSKATETER AORT K KAPAK BALON EXPANDABLE (BALON SHEAT, TA İYICI S STEM B RL KTE) SET” adlı malzemenin altındaki ödeme kriterleri ve/veya kurallarının birinci fıkrası a a ıdaki ekilde de i tirilmi tır.

“(1) Konvansiyonel cerrahi yöntemlerle Kalp ve Damar Cerrahisi uzmanı tarafından inoperable veya yüksek riskli olarak de erlendirilen semptomatik ciddi kalsifik aort kapak darlı ı hastalarında 2 (iki) Kardiyoloji, 2 (iki) Kalp Damar Cerrahisi, 1 (bir) Anestezi Reanimasyon uzmanının onayının bulundu u konsey kararı ile bir yılda 2000 kardiyak giri imsel i lem (en az 300 tedavi amaçlı giri im) ve 250 açık kalp cerrahisi yapılan 3. basamak hastanelerde kullanılması halinde Kurumca bedeli kar ılanır.”

d) “STENTGREFT, AORT K, ABDOM NAL” ba lı ı altında yer alan ödeme kriterleri ve/veya kurallarının birinci fıkrası a a ıdaki ekilde de i tirilmi tır.

“(1) Yılda 250 adet tanısal anjiyografi veya i lem yapılan merkezlerde; 2 (iki) Kardiyoloji uzmanı ile Radyoloji veya KVC uzmanının oldu u konsey kararı ile Kurumca bedeli kar ılanır.”

**MADDE 35** – Aynı Tebli ekinde yer alan ve “KALP KAPAKLARI VE R NGLER ” ibaresi ile ba layan listede (EK-3/I) a a ıdaki de i iklikler yapılmı tır.

a) Liste adı olarak “KALP DAMAR CERRAH S BRAN INA A T TIBB MALZEMELER (EK-3/I)” ibaresi eklenmi tır.

b) “KV2000” SUT kodlu “TRANSKATETER M TRAL KAPAK MANDAL VE TA İMA S STEM ” adlı malzemenin altındaki ödeme kriterleri ve/veya kurallarında yer alan “3. basamak



hastanelerde” ifadesi, “3. basamak Sağlık Bakanlığı Hastaneleri veya 3. basamak TSK Hastanelerinde” olarak de i tirilmi tir.

c) “KV2001” SUT kodlu “M TRAL HALKA (ANULUS) DARALTMAS STEMLER ” adlı malzemenin altındaki ödeme kriterleri ve/veya kurallarında yer alan “3. basamak hastanelerinde” ifadesi, “3. basamak Sağlık Bakanlığı Hastaneleri veya 3. basamak TSK Hastanelerinde” olarak de i tirilmi tir.

ç) “KV1168” SUT kodlu “STENT, VASKÜLER, KAROT S, KEND L N DEN AÇILAN, ÇEL K/N T NOL/D STAL NCELEN MONORAL” adlı malzemenin altındaki ödeme kriterleri ve/veya kuralları a a ıdaki ekilde de i tirilmi tir.

“(1) 3.basamak hastanelerde KVC Uzmanı ile Kardiyoloji veya Nöroloji veya Radyoloji Uzmanları tarafından düzenlenen sağlık kurulu raporu ile stent uygulama endikasyonunun epikrizde ayrıntılı olarak belirtilmesi halinde Kurumca bedeli kar ılanır.”

d) “STENTGREFT, AORT K, ABDOM NAL” ba lı ı altında yer alan ödeme kriterleri ve/veya kurallarının birinci fıkrası a a ıdaki ekilde de i tirilmi tir.

“(1) Yılda 250 adet tanısal anjiyografi veya i lem yapılan merkezlerde; 2 (iki) KVC uzmanı ile birlikte Radyoloji veya Kardiyoloji uzmanının oldu u konsey kararı ile Kurumca bedeli kar ılanır.”

e) “STENTGREFT, HASTAYA ÖZEL” ba lı ı altında yer alan ödeme kriterleri ve/veya kurallarının birinci fıkrası a a ıdaki ekilde de i tirilmi tir.

“(1) Yılda 250 adet tanısal anjiyografi veya i lem yapılan 3.basamak hastanelerde; 2 (iki) KVC uzmanı ile birlikte Radyoloji veya Kardiyoloji uzmanının oldu u konsey kararı ile kompleks anatomiye sahip aortik visseral dalları içeren aort anevrizmalarının tedavisinde, klasik cerrahi ve EVAR, TEVAR uygulamalarının kontrendike ya da yüksek riskli oldu u durumlarda (organ malperfüzyonu ve buna ba lı komplikasyonları önleyebilmek için) kullanılması halinde Kurumca bedeli kar ılanır.”

**MADDE 36** – Aynı Tebli eki “KULAK BURUN BO AZ BRAN INA A T TIBB MALZEMELER” (EK-3/J) listesinde KOKLEAR MPLANT ba lı ı altındaki açıklama bölümünde yer alan “A) Koklear implant (K )” alt ba lı nda a a ıdaki de i iklikler yapılmı tir.

a) Birinci fıkrasının “e”, “f” ve “g” bentleri a a ıdaki ekilde de i tirilmi tir.

“e) itsel nöropati tanısı alan ve en az 6 (altı) ay süreyle i itme rehabilitasyonu ve e itiminden fayda görmedi i odyolojik test bataryası ile belgelendirilmesi halinde yapılır.

f) kinci kula a K uygulanması; menenjit sonrası ileri derecede sensörinöral i itme kayıplarında, ileri i itme kaybı yanında bilateral körlük oldu unda, corpus callosum agenezisine e lik eden ileri derecede i itme kayıplarında e zamanlı veya ardı ık çift taraflı K uygulanabilir.

g) K uygulaması sonrası geli en enfeksiyon nedeniyle koklear implantın i levsellini yitirmesi durumunda, bu durumun aynı resmi sağlık kurumunda çalı an 3 (üç) Kulak Burun Bo az uzman hekimi tarafından düzenlenen sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi halinde yeniden planlanan implantasyon Kurumca bedeli kar ılanır.”

b) kinci fıkrasının “a”, “b” ve “c” bentleri a a ıdaki ekilde de i tirilmi tir.

“a) 2 (iki) ya üstü çocuklarda ve eri kinlerde 500, 1000, 2000 ve 4000 Hz’lerdeki i itme e ikleri ortalamasının 80 dB’den daha kötü olması ve konu mayı ayırt etme testi yapılabilen hastalarda konu mayı ayırt etme skorunun %30’un altında olması gereklidir. En az 3 (üç) aylık süre ile binaural i itme cihazı kullanımından fayda görmedi i sağlık kurulu raporunda belirtilmelidir.

b) 2 (iki) ya altı çocuklarda, bilateral 90 dB HL'den daha fazla sensörinöral işitme kaybı olması ve en az 3 (üç) aylık süre ile binaural işitme cihazı kullanımından fayda görmediği sağlık kurulu raporunda belirtilmelidir.

c) Saf ses ortalaması (500, 1000, 2000 ve 4000 Hz) bir kulakta 70 dB ve daha kötü, karşı kulakta 90 dB ve daha kötü olan ve konuşmayı ayırtma skorunun %30'un altında kaldığı hastalarda kötü kulağa K yapılabılır."

c) Beinci fıkrası a) a)daki ekinde de işitilmiştir.

"(5) Elektroakustik uygulama: 1000 Hz ve altındaki frekanslarda işitme ekinin 50 dB ve daha iyi, 1000 Hz'den yüksek frekanslarda 80 dB ve daha kötü olması ve konuşmayı ayırtma skorunun %30'dan kötü olması durumunda uygulanır. Elektroakustik uygulamanın Kurumca bedelinin ödenmesi için son 2 (iki) yıl işitme ekinin istabil olduğu belirtilmelidir."

**MADDE 37** – Aynı Tebliğin ekinin "ÜROLOJİ BRANINA A T TIBBİ MALZEMELER" (EK-3/L) listesinde a) a)daki de işitilmiştir.

a) Listede yer alan "SAKRAL SİNİR STİMÜLATÖRLERİ VE AKSESUARLARI" başlığından sonraki satırdaki ödeme kriterleri ve/veya kurallarının üçüncü fıkrasının "b" bendinin "1" numaralı alt bendi a) a)daki ekinde de işitilmiştir.

"1) Antimuskarinik ve intradetrüsör botulinum toksin enjeksiyonu tedavisine cevap vermeyen ve en az 2 (iki) yıldır izlemde olan hastalarda uygulanabilir."

b) Listede yer alan "ENJEKSİYON ÜRÜNLERİ" başlığından sonraki satırdaki ödeme kriterleri ve/veya kurallarının "C) Prostat cerrahisi sonrası inkontinanstaki kullanılan enjeksiyon dolgu materyalleri" alt başlığının birinci fıkrası a) a)daki ekinde de işitilmiştir.

"(1) Ürodinami ve sistoskopi sonuçlarına göre başka patolojilere bağlı olmayan sadece sfinkterik yetersizlik olduğu tespit edilen hastalarda kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır."

c) Listeden çıkarılan tıbbi malzemeler bu Tebliğin ekinin (6) numaralı listesinde belirtilmiştir.

**MADDE 38** – Aynı Tebliğin ekinin "RADYOLOJİ BRANINA VE ENDOVASKÜLER/NONVASKÜLER GİRİŞİMLERİN A T TIBBİ MALZEMELER" (EK-3/M) listesinde a) a)daki de işitilmiştir.

a) "GR1136" SUT kodlu "STENT, VASKÜLER, KAROT SIKIŞTIRILAN, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, ÇELİK / NİTEL / DİSTAL NİCELİN MONORAL" adlı malzemenin altındaki ödeme kriterleri ve/veya kuralları a) a)daki ekinde de işitilmiştir.

"(1) 3. basamak hastanelerde Radyoloji Uzmanı ile Beyin Cerrahisi veya KVC Uzmanları tarafından düzenlenen sağlık kurulu raporu ile stent uygulanma endikasyonunun epikrizde ayrıntılı olarak belirtilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.

(2) 3. basamak hastanelerde Nöroloji Uzmanı ile Beyin Cerrahisi veya KVC Uzmanları tarafından düzenlenen sağlık kurulu raporu ile stent uygulanma endikasyonunun epikrizde ayrıntılı olarak belirtilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.

(3) 3. basamak hastanelerde Beyin Cerrahisi Uzmanı ile Nöroloji veya Kardiyoloji veya Radyoloji Uzmanları tarafından düzenlenen sağlık kurulu raporu ile stent uygulanma endikasyonunun epikrizde ayrıntılı olarak belirtilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır."

b) “GR2037” SUT kodlu tıbbi malzemenin adı “STENT, VASKÜLER, GREFT KAPLI, PTFEL , LAÇ BA LI VEYA KAPLAMALI KEND L İNDEN AÇILAN, N T NOL, KISA (5CM VE ALTI)” olarak de ğ i tirilmi tir.

**MADDE 39** – Aynı Tebli ğ i ki “ALLOGREFT ÜRÜN GRUBU” (EK-3/N1) listesinde a a ıdaki de ğ i ikliler yapılmı tir.

a) Listede yer alan “ÖZEL B Ç MLEND R LM İ , PERICARDLAR (DURA)” ba lı ğ ı “ÖZEL B Ç MLEND R LM İ , PERICARDLAR, DURA” olarak de ğ i tirilmi tir.

b) Listede yer alan “AG1095” SUT kodu ile “AG1112” SUT kodu arasındaki tıbbi malzemelerin tıbbi malzeme alan tanımları “ÖZEL B Ç MLEND R LM İ , PERICARDLAR, DURA” olarak de ğ i tirilmi tir.

**MADDE 40** – Aynı Tebli ğ in eki Sistemik Antimikrobik ve Di ğ er İlaçların Reçeteleme Kuralları (Ek-4/E) listesinde a a ıdaki de ğ i ikliler yapılmı tir.

a) “Betalaktam Antibiyotikler” ba lıklı (1) numaralı maddesinin B bendinin “2.Ku ak Sefalosporinler” alt maddesine 1.1 numaralı satır eklenmi tir.

b) “Betalaktam Antibiyotikler” ba lıklı (1) numaralı maddesinin B bendinin “3.Ku ak Sefalosporinler” alt maddesine 12.1 numaralı satır eklenmi tir.

c) "Antiviral İlaçlar" ba lıklı (11) numaralı maddesinin “A) HIV/AIDS Tedavisinde Kullanılan Spesifik İlaçlar” bendine 14 numaralı satır eklenmi tir.

**MADDE 41** – Aynı Tebli ğ in eki “Ayakta Tedavide Sa lık Raporu (Uzman Hekim Raporu/Sa lık Kurulu Raporu) ile Verilebilecek İlaçlar Listesi” nde (Ek-4/F) a a ıdaki de ğ i ikliler yapılmı tir.

a) (27) numaralı madde a a ıdaki ekilde de ğ i tirilmi tir.

“27. Tobramisin İnhaler ve Kolistimetat (Kistik fibrozis hastalarında pseudomonas aeruginosa’ya ba lı kronik akci ğ er enfeksiyonunda ödenir. İlk defa ilaç kullanacak hastalarda; son 6 ay içerisinde en az birer aylık aralar ile alınan en az 3 solunum yolu kültüründe (balgam veya bronkoalveolar lavaj) p.aeruginosa pozitif kültür sonuçları ve tarihleri Üniversite veya e ğ itim ve ara tırma hastanelerinde gö ğ üs hastalıkları uzmanı veya enfeksiyon hastalıkları uzmanlarınca düzenlenecek 1 yıl süreli sa lık kurulu raporunda belirtilir. Raporun yenilenmesi durumunda devam tedavisi oldu u, yeni pozitif kültürün tarihi ve sonucu belirtilir. Sa lık raporuna dayanılarak bu hekimlerce tobramisin en fazla 1 kutu, kolistimetat 1 aylık dozda (ilk reçete dahil) reçetelenir. Sonraki her reçete için yeni pozitif kültür tarihi ve sonucu reçete veya raporda belirtilir.”

b) (45) numaralı madde a a ıdaki ekilde de ğ i tirilmi tir.

“45. Solifenasin, Tolterodine-L, Trospiyum, Darifenasin, Propiverin, Fesoterodin, Duloksetin; Oksibutinine yanıt alınamayan ya da tolere edemeyen hastalarda uzman hekimlerce raporsuz, uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce”

c) (49) numaralı maddesinde ge ğ en “serum Ig E düzeyinin 30-700 IU/ml” ifadesi “serum Ig E düzeyinin 30-1500 IU/ml” ekinde de ğ i tirilmi tir.

ğ) A a ıdaki (58) numaralı madde eklenmi tir.

“58. Eplerenon (Spironolakton tedavisi altındayken jinekomasti geli en veya spironolaktonu tolere edemeyen akut MI sonrası klinik kalp yetmezli ğ i olan sol ventrikül disfonksiyonlu (Atm

volümü(LVEF) %40) hastaların tedavisinde kardiyoloji uzman hekimlerince düzenlenen rapora istinaden tüm hekimlerce reçetelenebilir. Hipertansiyon tedavisinde ödenmez.)”

**MADDE 42** – Aynı Tebliğin eki “Sadece Yatan Hastalarda Kullanımı Halinde Bedelleri Ödenecek İlaçlar Listesi”nin (Ek-4/G) (27) numaralı maddesinde yer alan “plazminojen aktivatörleri” ifadesinden sonra gelmek üzere “, absiksimab” ifadesi eklenmiştir.

**MADDE 43** – Bu Tebliğin;

a) 1 ila 3, 5 ila 8 ve 19 ila 39 uncu maddeleri 1/5/2013 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

b) 4 üncü maddesi 1/1/2013 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

c) 9, 11 ila 18, 40 ve 42 nci maddeleri ile 41 inci maddesinin (b), (c) ve (ç) bentleri yayımı tarihinden 5 i günü sonra,

ç) 41 inci maddesinin (a) bendi 6/8/2012 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

d) Diğer maddeleri yayımı tarihinde,

yürürlüğe girer.

**MADDE 44** – Bu Tebliğin hükümlerini Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı yürütür.

**HASTAYA SUNULMU OLAN HİZMETLER VE LAVELERİN ÜCRET GÖSTERİ BELGESİ**

Sağlık hizmeti sunucusunun adı :  
Belgenin düzenlendiği tarih :  
Hastanın adı soyadı :  
Hastanın TC Numarası :  
SHS ilave ücret tavan oranı :  
Branş :  
Bakım No :  
SGK'ya fatura edilen toplam tutar :

Ayakta Tedavi

Yatarak Tedavi

<b>lave ücrette ilave edilen sağlık hizmeti</b>	<b>Sosyal Güvenlik Kurumuna fatura edilen tutar</b>	<b>Genel sağlık sigortalısından (Hastadan) alınan tutar</b>
EK 2/A		
EK 2/A-2		
EK-2/B		
EK-2/C		
EK-2/Ç		
Otelcilik Hizmetleri		
stisnai Hizmetler		

**lave ücrette esas hizmetlere ait hizmet detay bilgisi**

<b>SUT kodu</b>	<b>Hizmet adı</b>	<b>Hizmet tutarı</b>

.. / .. / ....

Sağlık Hizmeti Sunucusu Yetkilisi  
Adı Soyadı  
Müze

- EK-2/A, EK-2/A-2, EK-2/B, EK-2/C ve EK-2/Ç Listelerindeki hizmetlerin fiyatlarına ilave olarak Kuruma ayrıca faturalandırılabilen ilaç ve tıbbi malzemelerden ilave ücret alınmamaktadır. Ayrıca bakınız Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği'nin (SUT) 1.9. numaralı maddesi.
- Gerektiğinde döküm için birden fazla form kullanılabilir.

Liste 2							
EK-2/C							
TANIYA DAYALI LEM PUAN L STES							
SIRA NO	PAKET KODU	LEM ADI	AÇIKLAMA	LEM GRUBU	*	LEM PUANI	LEM F YATI
2249	P621430	ntraprostatik stent yerle tirilmesi		C	*	5.800,00	3783,34
2398		<b>YATARAK TEDAVI LERDE PSIKİYATRİK HİZMETLER</b>	Psikiyatri paket fiyatlarına muayene, konsültasyon, yatak ve refakat ücretleri, gerekli durumlarda psikolojik testler, EEG, EKG, BT, MR, EKT gerekli ilaçların haftalık kan düzeyleri, aile görüşmeleri, hastanın kişisel bakımı, grafiler, laboratuvar testleri, enjeksiyon vb tıbbi işlem ve girişimlerle kullanılan tüm ilaçlar dahildir. Tedavi amaçlı yapılan işlemlere ait komplikasyonların harcamaları paket işlem puanlarına dahildir. Ayrıca ücret karlanmaz. Ancak hastaların başka bir organ veya sistemini ilgilendiren hastalık ve operasyon çıkması halinde Tebli hükümleri doğrultusunda Kuruma faturalandırılır.				
2224	P621180	Çok parçalı penil protez implantasyonu	P621190 ile birlikte faturalandırılmaz. Penil protez dahil.	A3		4.200,00	2490,60
2225	P621190	Tek parçalı penil protez implantasyonu	P621180 ile birlikte faturalandırılmaz. Penil protez dahil.	B		4.200,00	2490,60

**Liste 3****“B RDEDEN FAZLA BRAN TA KULLANILAN TIBB MALZEMELER” (EK-3/A)**

	<b>STAPLER VE KARTU LARI, D SPOSSABLE OLANLAR</b>	
303.510	L NEER KAPATICI-KES C STAPLER, (55-60 MM)	<b>352,00</b>
303.520	L NEER KAPATICI-KES C STAPLER KARTU U, (55-60 MM)	<b>258,50</b>
303.530	L NEER KAPATICI-KES C STAPLER, (75-80 MM)	<b>405,00</b>
303.540	L NEER KAPATICI-KES C STAPLER KARTU U, (75-80 MM)	<b>278,00</b>
303.550	L NEER KAPATICI STAPLER, (30 MM)	<b>235,00</b>
303.560	L NEER KAPATICI STAPLER KARTU U, (30 MM)	<b>194,00</b>
303.570	L NEER KAPATICI VASKÜLER STAPLER, 3 SIRA 30 MM	<b>102,00</b>
303.580	L NEER KAPATICI VASKÜLER STAPLER KARTU U, 3 SIRA 30 MM	<b>233,80</b>
303.590	L NEER KAPATICI STAPLER, (45-60 MM)	<b>284,00</b>
303.600	L NEER KAPATICI STAPLER KARTU U, (45-60 MM)	<b>260,00</b>
303.610	L NEER KAPATICI STAPLER, (90 MM)	<b>378,00</b>
303.620	L NEER KAPATICI STAPLER KARTU U, (90 MM)	<b>170,00</b>
303.630	OYNAR BA LIKLI L NEER STAPLER, (30-55 MM) (ROT KÜLATÖR vb)	<b>525,00</b>
303.640	S RKÜLER STAPLER, (21-34 MM)	<b>750,00</b>
303.650	L NEER STAPLER, BRON AL	<b>419,49</b>
303.660	L NEER STAPLER KARTU U, BRON AL	<b>234,00</b>
303.670	PTFE STAPLER KILIFI	<b>572,00</b>

<b>Liste 4</b>	
<b>TIBB UYGUNLUK ARANACAK TIBB MALZEMELER</b>	
<b>EK-3/C-1</b>	
<b>SUT KODU</b>	<b>TIBB MALZEME ALAN TANIMI</b>
OP1333	FONKS YONEL ELEKTR K S TMLASYONLU D K AYAK ORTEZ
OP1335	KARBON GRAF T AFO
OP1336	M KRO LEMC L , SW NG-STANCE FAZ KONTROLL MODLER D Z DEZART KLASYONU PROTEZ
OP1337	M KRO LEMC L , SW NG-STANCE FAZ KONTROLL MODLER D Z DEZART KLASYONU PROTEZ
OP1338	M KRO LEMC L , SW NG-STANCE FAZ KONTROLL MODLER D ZST PROTEZ
OP1339	M KRO LEMC L , SW NG-STANCE FAZ KONTROLL MODLER D ZST PROTEZ
OP1340	D Z EKLEM M KRO LEMC L , SW NG-STANCE FAZ KONTROLL MODLER KALA DEZART KLASYONU PROTEZ
A10041	LEOSTOM TORBASI (ADAPTR  N)(F LTRE DAH L)



## Liste 5

TIBB SARF MALZEMELER		EK-3/C-4
SUT KODU	TIBB MALZEME ALAN TANIMI	F YAT (TL)
A10013	SONDA, FOLEY K YOLLU S L KON	
A10016	SONDA, FOLEY ÜÇ YOLLU S L KOLATEX	
A10017	SONDA, FOLEY ÜÇ YOLLU S L KON	
A10018	SONDA, FOLEY ÜÇ YOLLU POL V N LKLORÜR	
A10019	SONDA, FOLEY ÜÇ YOLLU LATEX	
A10084	S L KON	159,00
A10085	Ç FT KAFLI	71,00
A10086	GÜMÜ	47,00
A10087	FOAM-KAFLI	160,00
A10088	FENESTREL	41,00

**Liste 6**

“ÜROLOJ BRAN INA A T TIBB MALZEMELER” (EK-3/L)

	<b>REHBER TELLER</b>	
UR1053	H DROF L K KLAVUZ TEL	<b>45,00</b>
UR1054	H DROF L K OLMAYAN KLAVUZ TEL	<b>19,00</b>
UR1055	D ER KLAVUZ TELLER	<b>73,00</b>
UR1056	AMPLANTZ SÜPER ST FF KILAVUZ TELLER	
UR1057	H DROF L K UÇLU KILAVUZ TELLER	
UR1058	Ç ZG L KILAVUZ TELLER	