

## 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 1.4.4 numaralı maddesine aşağıdaki bent eklenmiştir.

“4) Beşeri tıbbi ürün/ürün sunan ve/veya üreten özel hukuk tüzel kişileri ve bunların tüzel kişiliği olmayan şubeleri.”

**MADDE 2** – Aynı Tebliğin 2.2 numaralı maddesinin ikinci fıkrasının sonuna aşağıdaki cümle eklenmiştir.

“Ayrıca Kurum, finansmanı sağlanan/sağlanacak sağlık hizmetleri için ihtiyaç duyulan alanlarda mevcut ödeme usul, esas ve ilke dışında finansal veya tıbbi olarak getireceği kazançta göre alternatif ödeme modelleri kullanılarak sağlık hizmetlerini ödeme kağıdıyla alabilir, ödeme usul ve esaslarını belirleyebilir, yurtdışından temin edilen, ülkemizde imal edilemeyen veya bulunmayan ürün grubunu üretimi, ithal ürünlerin yerli üretime geçmesi, piyasada bulunurluğunun sağlanması hususlarının teşvik edilmesi amacıyla alternatif ödeme modelleri oluşturabilir.”

**MADDE 3** – Aynı Tebliğin 2.2.2.B-1 numaralı alt maddesinin birinci fıkrasının (d) bendinde yer alan “faturala ibaresinden sonra gelmek üzere “,kanama durdurma, sızdırmazlık sağlama doku yapıştırıcıda kullanılan ilaçlar bu kapsamda değerlendirilmez” ibaresi eklenmiştir.

**MADDE 4** – Aynı Tebliğin 2.4.1 numaralı maddesinin üçüncü fıkrasının sonuna aşağıdaki cümle eklenmiştir.

“Ayrıca malign ve benign neoplazik değişiklikler nedeniyle çenesinin bir bölümünü veya tamamını kaybetmiş hastalarda veya ağız kenarlarında aşırı kilo kaybının olduğu vakalarda üç diş hekiminin oluşturduğu sağlık kurulu raporuna istinaden 4 yıllık süre aranmaz.”

**MADDE 5** – Aynı Tebliğin 2.4.4.H numaralı maddesinin ikinci fıkrasında yer alan “Yoğun bakım tedavisi uygulanırken verilen sağlık hizmetleri, hizmet başına ödeme yöntemiyle faturalandırılabilir.” cümlesi yürürlükten kaldırılmıştır.

**MADDE 6** – Aynı Tebliğin 2.4.4.H numaralı maddesinin dördüncü fıkrasında yer alan “prematüre retinopatisinde lazer tedavisi ibaresinden sonra gelmek üzere “,terapötik hipotermi tedavisi” ibaresi eklenmiştir.

**MADDE 7** – Aynı Tebliğin 3.3.6.B numaralı maddesinin altıncı fıkrasının (b) bendi yürürlükten kaldırılmıştır.

**MADDE 8** – Aynı Tebliğe 3.3.34 numaralı maddesinden sonra gelmek üzere aşağıdaki madde eklenmiştir.

**“3.3.35.İşitme Cihazı ve Kulak Kalıbı**

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

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

a) 0-4 yaş çocuklar için; en az dört kanallı veya kanaldan bağımsız, gürültü azaltıcı özellikli, feedback yönetimi ve FM uyumlu özellikli olmalıdır. Bu kişilerde kulak içi cihaz kullanıldığı takdirde bedeli Kurumca karşılanmaz.

b) 5-12 yaş çocuklar için; en az dört kanallı veya kanaldan bağımsız, en az sekiz bantlı, FM sistem uyumlu, gürültü azaltıcı feedback yönetimi özellikli, çift mikrofonlu (kanal içi cihazda bu şart aranmaz) olmalıdır. Bu kişilerde 8 yaş ve altında kulak içi cihaz kullanıldığı takdirde bedeli Kurumca karşılanmaz.

c) 13-18 yaş çocuklar için; en az dört kanallı veya kanaldan bağımsız, en az sekiz bantlı, gürültü azaltıcı ve feedback yönetimi özellikli, FM sistem uyumlu, çift mikrofonlu (kanal içi cihazda bu şart aranmaz) kulak arkası veya kanal içi cihaz olmalıdır.

(3) 18 yaş üzeri erişkinler için işitme cihazı; en az dört kanallı veya kanaldan bağımsız, en az sekiz bantlı, gürültü azaltıcı feedback yönetimi özellikli, çift mikrofonlu (kanal içi cihazda bu şart aranmaz) kulak arkası veya 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 bu onaylanmış aslı;

1) 0-4 yaş arası çocuklar ve saf ses odyometri testi yapılamayan 4 yaş ve üzeri tüm hastalar için beyin sapı odyometrisini 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 TITUBB PRICAT çıktıları,

d) Hastanın işitme eşiklerinin bu cihaza ait işitme kazanç eğrisinin ve cihaz uyarılama metodunun içerisinde yer aldığı işitme cihazı merkez 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 (cihazın tipi, maksimum kazanç, maksimum çıkış gücü, kazanç eğrisi) yer aldığı merkez tarafından onaylanmış katalog, istenecektir.

(5) İşitme cihazı faturası üzerinde; hasta adı, hasta T.C. kimlik numarası, işitme cihazına ait marka, model ve seri bilgileri yer alacaktır. Fatura arkasında "işitme cihazının eksiksiz ve çalışır durumda teslim alındığı ve işitme cihazı ile ilgili 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) 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 (500-1000 Hz) ve frekans (2000-4000 Hz) gruplarından birer frekans olmak üzere en az iki frekansa ait eşikler belirtilmelidir.

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

(9) İşitme cihazı verilebilmesi için;

a) 0-18 yaş çocuklarda; işitme kaybının kalıcı işitme kaybı olduğu 3. basamak resmi sağlık kurumlarında düzenlenen 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 ortalamasının en az 26 dB ve üzerinde olması,

2) Davranım odyometri testi ile belirlenmiş ise 500-1000-2000 Hz frekanslarının eşik ortalamasının 35 dB ve üzerinde ol

3) Tonal ABR ile belirlenmesi durumunda frekansların eşik ortalamasının 30 dB ve üzerinde olması halinde,

4) Bilateral işitme kaybında her iki kulak için işitme cihazı bedeli Kurumca karşılanır.

b) 18 yaş üzeri erişkinlerde; işitme kaybının kalıcı işitme kaybı olduğu belirtilmeli ve aşağıdaki yöntemlerden biri ile test olmalıdır;

1) Saf ses odyometri testi yapılan hastalarda iyi işiten kulakta 500-1000-2000-4000 Hz frekanslarından kötü olan 3 fi ortalamasının en az 40 dB ve üzerinde olması halinde,

2) Saf ses odyometri testi yapılamayan hastalarda işitme eşiğinin tonal ABR ile belirlenmesi durumunda frekansla ortalamasının 40 dB ve üzerinde olması halinde,

3) Her iki kulak için işitme cihazı bedeli 3. basamak resmi sağlık kurumlarında düzenlenen sağlık kurulu raporunda kulakta işitme kaybının bulunduğu belirtilmesi halinde, tek kulakta en az 6 ay süre ile işitme cihazı kullanımı sonucunda elde eşikler ile işitme cihazından yarar gördüğünün (konuşmayı ayırt etme skorunda % 20 artış sağlaması) sağlık kurulu raporunda belirtilmesi halinde,

Kurumca bedeli karşılanır.

(10) 0-18 yaş çocuklarda 5 yıldan önce cihaz yenilenmesi için progresif işitme kaybı olduğu ve mevcut cihazın 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 Kurumca bedelleri karşılanır. Ancak, işitme cihazlarının ilk kez alınması aşamasında, kulak kalıpları için ayrıca herhangi bir 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 olarak Kurumca bedeli karşılanır."

**MADDE 9 – Aynı Tebliğin 4.1 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.**

a) 4.1.2 numaralı maddesinin üçüncü fıkrasının üçüncü cümlesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"Ancak tanıya dayalı işlem kapsamında olan ilaçlar ile 1/7/2015 tarihinden itibaren Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti sunan kuruluşlarınca reçete edilerek sözleşmeli eczanelerden temin edilen "Hastanelerce Temini Zorunlu Kemoterapi İlaçları Listesi" nde (Tanımlı ilaçlar için mahsup edilen tutarlar iade edilmez."

b) 4.1.2 numaralı maddesinin dördüncü fıkrasının sonuna aşağıdaki cümle eklenmiştir.

"1/7/2015 tarihinden itibaren Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti sunucuları tarafından SUT eki (Ek-4/H) listesinde tanımlı temin edilmesi esas olup, reçetede gününbirlik tedavi kapsamında olduğunun belirtilmesi kaydıyla sözleşmeli eczaneden temin SUT eki (Ek-4/H) listesindeki ilaçlar için ödenen tutarlar Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti sunucuları için Bakanlığa global bütçe ödemesinden mahsup edilir ve bu tutarlar iade edilmez."

c) Maddeye aşağıdaki alt madde eklenmiştir.

**"4.1.11- Hastanelerce Temini Zorunlu Kemoterapi İlaçları Listesi (EK-4/H)**

(1) "Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi" nde (EK-4/A) yer alan ilaçlardan hastanelerce temini zorunlu kemoterapi ilaçları ticari isimleri ve barkod/karekod numaralarının yer aldığı (EK-4/H) Listesi, "Hastanelerce Temini Zorunlu Kemoterapi Listesi" (EK-4/H) olarak Kurumun resmi internet sitesinde yayımlanır."

**MADDE 10 – Aynı Tebliğin 4.2.16 maddesinin ikinci ve üçüncü fıkraları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.**

"(2) Protein metabolizması bozukluklarında (aminoasit metabolizması bozuklukları, üre siklus bozuklukları, organik asit çocuk metabolizma hastalıkları veya erişkin endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları ya da gastroenteroloji uzman hekimi tarafından bu uzman hekimlerin bulunmaması halinde çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından süreli rapor düzenlenir. Bu rapora dayanılarak hastaların kısıtlı diyetleri sebebi ile hayati öneme haiz özel formüllü un ve öze içeren mamul ürünler (makarna, şehriye, bisküvi, çikolata, gofret vb.) için bir aylık;

a) 0-12 ay için 46,50 (kırkaltı virgül elli) TL,

b) 1-5 yaş için 90 (doksan) TL,

- c) 5-15 yaş için 116,25 (yüzonaltı virgül yirmibeş) TL,  
 ç) 15 yaş üstü için 120 (yüz yirmi) TL,  
 tutar ödenir.

(3) Çölyak hastalığında; gastroenteroloji uzman hekimi tarafından 1 yıl süreli rapor düzenlenir. Bu hastaların kısıtlı sebebi ile hayati öneme haiz özel formüllü un ve özel formüllü un içeren mamul ürünler (makarna, şehriye, bisküvi, çikolata, gof gastroenteroloji uzman hekimi tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak bir aylık;

- a) 0-5 yaş için 78,75 (yetmişsekiz virgül yetmişbeş) TL,  
 b) 5-15 yaş için 120 (yüzyirmi) TL,  
 c) 15 yaş üstü için 108,75 (yüzsekiz virgül yetmişbeş) TL,  
 tutar ödenir.”

**MADDE 11** – Aynı Tebliğin 4.2.17.A numaralı alt maddesinin birinci ve altıncı fıkraları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir  
 “(1) Osteoporoz tedavisinde bifosfonatlar (kombinasyonları dahil) ve diğer osteoporoz ilaçları (raloksifen, calcitonin, str ranelat (kombinasyonları dahil), denosumab) aşağıda belirtilen koşullar çerçevesinde ödenir. Bu ilaçlar tedavi süresinin belirtildiği raporuna dayanılarak reçete edilirler. Rapor süresi 1 yıldır. Bu grup ilaçların birlikte kombine kullanımı halinde sadece birini ödenir.”

“ (6) Stronsiyum ranelat (kombinasyonları dahil), raloksifen ve denosumab; yalnızca bifosfonatları tolere edemeyen vey yanıt alınamayan hastalarda bu durumun, iç hastalıkları, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, romatoloji, ortopedi ve travmatoloji hastalıkları ve doğum uzmanlarından en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporunda belirtilmesi halinde, bu rapora dayanılı uzman hekimlerce reçete edilebilir.”

**MADDE 12** – Aynı Tebliğin 4.2.34 maddesinin üçüncü fıkrası yürürlükten kaldırılmıştır.

**MADDE 13** – Aynı Tebliğin 4.2.38 maddesinin ikinci fıkrasında yer alan “Repaglinid” ibaresinden sonra gelme “(kombinasyonları dahil)” ibaresi eklenmiştir.

**MADDE 14** – Aynı Tebliğin 5.2 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) 5.2.1 numaralı maddesinin birinci fıkrasının birinci cümlesinden sonra gelmek üzere aşağıdaki cümle eklenmiştir.  
 “Kurumun “e-fatura alıcısı” uygulamasına başlaması halinde faturalar elektronik olarak düzenlenerek ve/veya elektronik aktarılacak Kurum bilgi işlem sistemine intikal ettirilir.”

b) 5.2.1 numaralı maddesinin ikinci fıkrasının (c) bendinde yer alan “(MEDULA sisteminden provizyon alınabilen k dahil)” ibaresi yürürlükten kaldırılmıştır.

**MADDE 15** – Aynı Tebliğin 5.3 numaralı maddesinin birinci fıkrasının ikinci cümlesinden sonra gelmek üzere aşağıda eklenmiştir.

“Kurumun resmi internet sitesinde duyurulacak “İncelemeye Esas Fatura Eki Belgeler Listesi” nde yer alan belgeler, elektroni düzenlenerek ve/veya elektronik ortama aktarılacak Kurum bilgi işlem sistemine intikal ettirilecektir.”

**MADDE 16** – Aynı Tebliğin 5.4 numaralı maddesine aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

“(5) Bu maddede tanımlı fatura ve eki belgeler elektronik olarak düzenlenerek ve/veya elektronik ortama aktarılacak Kurum bilgi işlem sistemine intikal ettiği tarih esas alınarak; süresi içinde teslim edilen fatura ve eki belgeler için teslim edildiği ayın on günü, süresi içinde teslim edilmeyen fatura ve eki belgeler için ise teslim edildiği ayı takip eden ayın on beşinci günü teslim sayılır.”

**MADDE 17** – Aynı Tebliğ eki “İstisnai Sağlık Hizmetleri” (EK-1/C) Listesine “701281” SUT kodlu işlemden önce üzere “404395” SUT kodlu “Zirkonyum kron (her bir üye)” işlemi eklenmiştir.

**MADDE 18** – Aynı Tebliğ eki “Hizmet Baş İşlem Puan Listesi” nde (EK-2/B) aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “600740” ve “530890” SUT kodlu işlemler yürürlükten kaldırılmıştır.  
 b) Listede yer alan “615961” SUT kodlu “Anteriyor yaklaşım ile servikal diskektomi, nüks” işleminin kodu “615951” değiştirilmiştir.

c) Listede işlem puanı artan işlemler bu Tebliğ eki (1) numaralı listede belirtilmiştir.

ç) Listede işlem puanı azalan işlemler bu Tebliğ eki (2) numaralı listede belirtilmiştir.

d) Listede işlem adı değişikliği yapılan işlemler bu Tebliğ eki (3) numaralı listede belirtilmiştir.

e) Listede açıklama değişikliği yapılan işlemler bu Tebliğ eki (4) numaralı listede belirtilmiştir.

f) Listeye yeni eklenen işlemler bu Tebliğ eki (5) numaralı listede belirtilmiştir.

g) Listede işlem adı, açıklama ve işlem puanı değişikliği yapılan işlemler bu Tebliğ eki (6) numaralı listede belirtilmiştir.

**MADDE 19** – Aynı Tebliğ eki “Taniya Dayalı İşlem Puan Listesi” nde (EK-2/C) aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “P600740” SUT kodlu işlem yürürlükten kaldırılmıştır.  
 b) Listede yer alan “P604040” SUT kodlu “Laparostomi, fermuar-mesh yöntemi” işleminin adı “Laparostomi, 1 mesh/negatif basınç yöntemi” olarak değiştirilmiştir.

c) Listede işlem puanı artan işlemler bu Tebliğ eki (7) numaralı listede belirtilmiştir.

ç) Listede işlem puanı azalan işlemler bu Tebliğ eki (8) numaralı listede belirtilmiştir.

d) Listede açıklama değişikliği yapılan işlemler bu Tebliğ eki (9) numaralı listede belirtilmiştir.

e) Listeye yeni eklenen işlemler bu Tebliğ eki (10) numaralı listede belirtilmiştir.

**MADDE 20** – Aynı Tebliğ eki “Diş Tedavileri Puan Listesi” nde (EK-2/Ç) aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “405240” , “405250” , “406180” SUT kodlu işlemler yürürlükten kaldırılmıştır.  
 b) Listede yer alan “407090” SUT kodlu işleminin açıklama kısmında yer alan “En fazla üç defa faturalandırılır.” ibarı sonra gelmek üzere “Analog/dijital her tip model yapımı dahildir.” ibaresi eklenmiştir.

c) Listeye yeni eklenen işlemler bu Tebliğ eki (11) numaralı listede belirtilmiştir.

ç) Listede işlem puanı artan işlemler bu Tebliğ eki (12) numaralı listede belirtilmiştir.

d) Listede işlem adı, açıklama ve işlem puanı değişikliği yapılan işlemler bu Tebliğ eki (13) numaralı listede belirtilmiştir.

**MADDE 21** – Aynı Tebliğ eki “Diş Tedavileri Puan Listesine İlişkin Açıklamalar” (EK-2/Ç-1) metninin birinci maddesinin ikinci ve üçüncü fıkraları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“**Kanal tedavisi;** Üst dolgusu hariç; extirpasyon, kanal dolgusu sökümü, pansuman, kanal dolgusu, periapikal röntgen işlemlerini içerecek şekilde ücretlendirilmiştir.

Gangren veya periapikal lezyonlu diş tedavisi; Üst dolgusu hariç; extirpasyon, kanal dolgusu sökümü, pansuman, kanal dolgusu, periapikal röntgen ara işlemlerini içerecek şekilde ücretlendirilmiştir.”

**MADDE 22** – Aynı Tebliğ eki “Hasta Sevk Formu” nda (EK-2/F) yer alan “sevk formunun aslı müracaat edilecek kurum/kuruluşundan ayrılış aşamasında hastaya verilecektir.” ibaresinden sonra gelmek üzere aşağıdaki ibare eklenmiştir.

“NOT: Uçak ile yapılan sevklerde, faturanın/biletin yanında o seferle seyahat ettiğine ilişkin olarak uçak biniş kartının da ibraz edilmesi gerekmektedir.”

**MADDE 23** – Aynı Tebliğ eki “Birden Fazla Branşta Kullanılan Tıbbi Malzemeler Listesi” nde (EK 3/A) aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) “OR1140” SUT kodlu tıbbi malzemeden sonra gelmek üzere ödeme kriteri ve/veya kuralı ile beraber aşağıdaki tıbbi malzeme eklenmiştir.

SUTKODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	AÇIKLAMA	FİYATI
OR1145	OTOTRANSFÜZYON SETİ (Tüm aparatlar dahil)		
	(1) Sadece üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında ve aort diseksiyon vakalarında, intraoperatif olarak kullanılması halinde en fazla bir adet set bedeli Kurumca karşılanır.		

b) “OR1840” SUT kodlu tıbbi malzemeden sonra gelmek üzere aşağıdaki tıbbi malzeme eklenmiştir.

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	AÇIKLAMA	FİYATI
OR1845	SET, PERFÜZÖR		3,00

c) “OR1995” ve “OR1996” SUT kodlu tıbbi malzemeler yürürlükten kaldırılmıştır ve “KEMOTERAPOTİK HAZIRLAMA SETLERİ” başlığından sonra gelmek üzere aşağıdaki SUT kodlu tıbbi malzemeler eklenmiştir.

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	AÇIKLAMA	FİYATI
OR1993	KEMOTERAPOTİK İLAÇ HAZIRLAMA SETİ, ROBOTİK/OTOMATİK SİSTEM (TÜM BOY/ŞEKİL/ÖZELLİK DAHİL TÜM APARATLAR)		İşlem Puanına dahildir.
OR1994	KEMOTERAPOTİK İLAÇ HAZIRLAMA SETİ, MANUEL/YARI OTOMATİK (TÜM BOY/ŞEKİL/ÖZELLİK DAHİL TÜMAPARATLAR)		İşlem Puanına dahildir.

ç) “TOPIKAL NEGATİF BASINÇ” başlığı altında yer alan ödeme kriterleri ve/veya kurallarına aşağıdaki fıkra eklenmiş “(2) Vakum Yardımlı Toplama Setinin; Negatif Basıncı Açık Abdomen Yönetim Sistemi ile kullanılması halinde ilgisiz gününde en fazla 2 adet, sonraki günlerde günde en fazla bir adet set bedeli Kurumca karşılanır.”

d) “OR2200” SUT kodlu tıbbi malzemeden sonra gelmek üzere başlığı ve ödeme kriterleri ve/veya kuralları ile beraber aşağıdaki tıbbi malzeme fiyatı ile birlikte eklenmiştir.

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	AÇIKLAMA	FİYATI
	<b>NEGATİF BASINÇLI AÇIK ABDOMEN YÖNETİM SİSTEMİ</b>		
	(1) Aşağıdaki kriterlerin birlikte bulunması halinde ve aynı yatış döneminde en fazla beş adet set bedeli Kurumca karşılanır. a) Üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında, b) Primer kapamanın mümkün olmadığı ve/veya tekrarlı abdominal girişimin gerekli olduğu abdominal duvar açıklıklarının yönetiminde, abdominal kompartman sendromunda, visserası görünür durumdaki açık abdominal yaralarda, c) Hastanın durumunu belgeleyen, açık karın halini ve ürünün hasta üzerinde uygulanmış halini gösteren en az birer basılı fotoğrafının veya dijital kopyasının dosyada bulundurulması. (2) Değişim aralığı;		

	Negatif Basıncılı Açık Abdomen Yönetim Sistemi Seti için; a) İlk üç gün için günde en fazla bir adet, b) İlk üç uygulamadan sonra en fazla üç günde bir adettir.		
OR2205	NEGATİF BASINÇLI AÇIK ABDOMEN YÖNETİM SİSTEMİ SETİ (Tübaj Seti, Ped, Örtü, Köpük, Visseral Koruyucu Katman dahil)		500

e) "OR2530" SUT kodlu tıbbi malzemeden sonra gelmek üzere başlığı ve ödeme kriteri ve/veya kuralları ile beraber a tıbbi malzeme eklenmiştir.

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	AÇIKLAMA	FİYATI
	<b>İNTRAOSSEÖZ İĞNE (İNFÜZYON İÇİN)</b>		
	(1) Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Acil Tıp, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ve Çocuk Cerrahisi uzman hekimlerinden biri tarafından kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır.		
OR2535	İĞNE SETİ, İNTRAOSSEÖZ, ERİŞKİN/PEDİATRİK		270

f) "OR2600" SUT kodlu tıbbi malzemeden sonra gelmek üzere aşağıdaki tıbbi malzeme eklenmiştir.

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	AÇIKLAMA	FİYATI
OR2605	TRAKEOSTOMİ KANÜLÜ, GÜMÜŞ		31,00

g) "OR2620" SUT kodlu tıbbi malzemeden sonra gelmek üzere aşağıdaki tıbbi malzeme eklenmiştir.

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	AÇIKLAMA	FİYATI
OR2625	TRAKEOSTOMİ SETİ, PERKÜTAN, TEK KULLANIMLIK		215,00

ğ) "OR2640" SUT kodlu tıbbi malzemenin açıklamalar bölümündeki kurallara aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

"(3) A grubu ameliyatlarda ve büyük kemik kırıklarının cerrahi tedavilerinde kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.

h) "OR2740" SUT kodlu tıbbi malzemeden sonra gelmek üzere başlığı ve ödeme kriteri ve/veya kuralı ile beraber aşağıdaki malzeme eklenmiştir.

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	AÇIKLAMA	FİYATI
	<b>VENTİLASYON CİHAZI</b>		
	(1) Acil Tıp ve Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzman hekimlerinden biri tarafından kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır.		
OR2745	VENTİLATÖR, TEK KULLANIMLIK		170,00

ı) "OR2830" SUT kodlu tıbbi malzemeden sonra gelmek üzere başlığı ile beraber aşağıdaki tıbbi malzeme eklenmiştir.

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	AÇIKLAMA	FİYATI
	<b>LARİNGEAL MASKELER</b>		
OR2835	MASKE, LARİNGEAL, TEK KULLANIMLIK (Tüm boylar)		11,00

i) Listedeki çıkarılan tıbbi malzemeler ile başlıklar bu Tebliğ eki (14) numaralı listede belirtilmiştir.

j) "OR6060" SUT kodlu tıbbi malzemeden sonra gelmek üzere başlığı ve ödeme kriterleri ve/veya kuralları ile beraber a tıbbi malzeme eklenmiştir.

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	AÇIKLAMA	FİYATI
	<b>DİĞER</b>		
OR6070	TRANSODERMAL DİFÜZYONEL (DİSK HERNİSİ İÇİN) YAMA		350,00
	(1) MR görüntüleme yöntemi ile median ve/veya paramedian yerleşimli lomber ve/veya servikal disk hernilerinde, aşağıdaki endikasyonlardan en az birinin varlığında Beyin ve Sinir Cerrahisi, Ortopedi ve Travmatoloji, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon uzman hekimlerinden biri tarafından uygulanması halinde bedeli Kurumca karşılanır.		

a) Protrüze disk hernisi, b) Ekstrüde disk hernisi, c) Serbest sekestre disk hernisi, (2) Sadece 530586 işlem kodu ile kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır.		
---	--	--

**MADDE 24** – Aynı Tebliğ eki “İşlem Puanına Dahil Basit Sıhhi Sarf Malzemeler Listesi”nde (EK-3/B-1) yer alan 51 s tıbbi malzemeden sonra gelmek üzere aşağıdaki tıbbi malzeme eklenmiştir.

52	Cerrahi iplikler ve çelik teller	Cerrahi malzemeler
----	----------------------------------	--------------------

**MADDE 25** – Aynı Tebliğ eki “Eksternal Alt ve Üst Ekstremitte/Gövde Protez Ortezler Listesi”nde (Ek-3C-2) y “OP1051”, “OP1052” ve “OP1053” SUT kodlu tıbbi malzemelerin fiyatları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

OP1051	ORTOPEDİK BOT (ÇİFTİ)	A*	I	6 ay	Birlikte tabanlık fatura edilemez.	100,00
OP1052	ORTOPEDİK BOT (ÇİFTİ)	A*	H	6 ay	Birlikte tabanlık fatura edilemez.	100,00
OP1053	KENDİNDEN AFO'LU BOT	A*	H	1 yıl		120,00

**MADDE 26** – Aynı Tebliğ eki “Diğer Protez Ortezler Listesi”nde (Ek-3C-3) aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “DO1017A” SUT kodlu tıbbi malzemenin altına aşağıdaki satır eklenmiştir.

Ev Tipi Ventilator İçin Kesintisiz Güç Kaynağı ödemelerinde TITUBB kayıt/bildirim işleminin tamamlanmış olması şartı aranmaz.
---

b) Listesinde yer alan “İŞİTME CİHAZI VE KULAK KALIBI” başlığının altında yer alan ödeme kriterleri ve/veya l “SUT’un 3.3.35 numaralı maddesine bakınız.” şeklinde değiştirilmiştir.

**MADDE 27** – Aynı Tebliğ eki “Omurga Cerrahisi Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler Listesi” nde (EK-3/E-1) a düzenlemeler yapılmıştır.

a) “PERKÜTAN POSTERİOR KİFOPLASTİ” başlığı altında yer alan ödeme kriterleri ve/veya kurallarının birinci fi ikinci maddesindeki “Eğitim verme yetkisi bulunan” ibaresi yürürlükten kaldırılmıştır.

b) “102296” SUT kodlu tıbbi malzemenin fiyatı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYAT (TL)
102296	YÜKSEK VİSKOZİTELİ ÇİMENTO SİSTEMİ	300,00

c) “TORAKOLOMBER POSTERİOR PLAKLAR” başlığından sonra gelmek üzere aşağıdaki ödeme kriterleri ve/veya l eklenmiştir.

“(1) Üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.

(2) Aynı yatış döneminde bu gruptaki malzemelerden en fazla iki adetinin bedeli Kurumca karşılanır.”

ç) “103051” SUT kodlu tıbbi malzemeye aşağıdaki ödeme kriteri ve/veya kuralı eklenmiş ve fiyatı yeniden belirlenmiştir

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYAT (TL)
103051	TORAKOLOMBER POSTERİOR KLEMP SİSTEMİ (KLEMP + POLYESTER BAND + KİLİTLEME VİDASI) TİTANYUM	500,00
	(1) Üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.	

d) “103081” SUT kodlu tıbbi malzemenin altında yer alan ödeme kriterleri ve/veya kuralları aşağıdaki şekilde değiştirilm “(1) Sadece perkütan girişimlerde aşağıdaki olgulardan en az birinin varlığında;

a) Servikal instabilitede,

b) Faset eklem dejenerasyonuna veya disfonksiyonuna bağlı dirençli ağrılarda,

c) Servikal faset luksasyonunda,

ç) İki seviye ve üstü anterior servikal füzyonun desteklenmesi amacıyla kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır.”

e) “103082” SUT kodlu tıbbi malzemenin altında yer alan ödeme kriterleri ve/veya kuralları aşağıdaki şekilde değiştirilm “(1) Sadece perkütan girişimlerde aşağıdaki olgulardan en az birinin varlığında;

- a) Lomber instabilitede,  
b) Faset eklem dejenerasyonuna veya disfonksiyonuna bağlı dirençli ağrılarda,  
c) Anterior füzyonun desteklenmesi amacıyla  
kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır.”  
f) “103083” ve “103084” SUT kodlu tıbbi malzemelerin alan tanımları ve ödeme kriterleri ve/veya kuralları aşağıdaki  
değiştirilmiştir.

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYAT (TL)
103083	PERKÜTAN FASET DİSTRAKSİYON İMPLANTI, SERVİKAL	4.140,00
	(1) Sadece perkütan girişimlerde; servikal faset eklem dejenerasyonuna veya servikal foraminal stenoza bağlı dirençli ağrılarda kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır.	
103084	PERKÜTAN FASET DİSTRAKSİYON İMPLANTI, LOMBER	3.750,00
	(1) Sadece perkütan girişimlerde; lomber faset eklem dejenerasyonuna veya lomber foraminal stenoza bağlı dirençli ağrılarda kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır.	

**MADDE 28** – Aynı Tebliğ eki “Beyin Cerrahisi Branşı Kranial Cerrahisi Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler Listesi” (EK-3/E-2) aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

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

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYAT (TL)
	<b>ANEVRİZMA VE ARTERİYOVENÖZ MALFORMASYON KLİPLERİ</b>	
KN1000	TİTANYUM YADA KOBALT-KROM ANEVRİZMA KLİPLERİ, MİKROKLİPLER	600
KN1001	TİTANYUM YADA KOBALT-KROM ANEVRİZMA KLİPLERİ, STANDART KLİPLER	600
KN1002	TİTANYUM YADA KOBALT-KROM ANEVRİZMA KLİPLERİ, FENESTERE KLİPLER	600
KN1003	TİTANYUM YADA KOBALT-KROM AVM (ARTERİYOVENÖZ MALFORMASYON) KLİPLERİ	600
KN1004	TİTANYUM (YADA KOBALT-KROM) ANEVRİZMA KLİPLERİ, GEÇİCİ KLİPLER	600

- b) “KN1006” SUT kodlu tıbbi malzemeye ait ödeme kriterleri ve/veya kurallarına aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

“(2) En fazla bir adet kit bedeli Kurumca karşılanır.”

**MADDE 29** – Aynı Tebliğ eki “Ortopedi ve Travmatoloji Branşı Artroplastisi Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler Listesi” (EK-3/F-1) bu Tebliğ eki (15) numaralı listede yer aldığı şekilde yeniden düzenlenmiştir.

**MADDE 30** – Aynı Tebliğ eki “Ortopedi ve Travmatoloji Branşı Artroskopi ve Eklem Cerrahisi Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler Listesi”nde (EK-3/F-2) aşağıdaki tabloda yer alan tıbbi malzemelerin fiyatları yeniden belirlenmiştir.

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI					FİYAT (TL)
AE1961	HÜCRESİZ KIKIRDAK MATRİKSLERİ	KEMİK VE KIKIRDAK BÜYÜMESİ İÇİN AYRI ÖZELLİKTE ÜÇ KATLI MATRİKSLER			TÜM BOYLAR	3.080,00
AE1971	HÜCRESİZ KIKIRDAK MATRİKSLERİ	KIKIRDAK BÜYÜMESİ İÇİN AYRI ÖZELLİKTE MATRİKSLER		KOLLAJEN BAZLI	TÜM BOYLAR	2.420,00
AE1981	HÜCRESİZ KIKIRDAK MATRİKSLERİ	KIKIRDAK BÜYÜMESİ İÇİN AYRI ÖZELLİKTE MATRİKSLER		HYALÜRONİK ASİT BAZLI	TÜM BOYLAR	3.300,00
AE1982	HÜCRESİZ KIKIRDAK MATRİKSLERİ	KIKIRDAK BÜYÜMESİ İÇİN AYRI ÖZELLİKTE MATRİKSLER		CHİTOSAN BAZLI	TÜM BOYLAR	3.410,00

**MADDE 31** – Aynı Tebliğ eki “Ortopedi ve Travmatoloji Branşı Travma ve Rekonstrüksiyon Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler Listesi”nde (EK-3/F-4) aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) "TV5520" SUT kodlu tıbbi malzemedan sonra gelmek üzere ödeme kriteri ve/veya kuralı ile beraber aşağıdaki tıbbi malzemeler eklenmiştir.

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI								FİYAT (TL)
	OPERASYON BÖLGESİ	CERRAHİ YAKLAŞIM	BİÇİM	ÜRÜN ÖZELLİĞİ	BOYUTSAL ÖZELLİK	ŞEKİLSSEL ÖZELLİK	MATERYAL	BOY	
TV5525	İNTRAMEDÜLER ÇİVİLEME	INTERNAL FİKSASYON	İNTRAMEDÜLER ÇİVİ	ŞEKİLLENEBİLİR RÜJİD OLABİLEN ÇİVİ	ÜST EKSTREMİTE	ŞİŞİRİLEBİLİR -INVASİF OLMAYAN	KATILAŞAN JEL	TÜM BOYLAR	3.100,00
(1) Sadece üst ekstremitede yer alan kırık ve/veya patolojik kırıklarda, üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.									

b) "TV5790" SUT kodlu tıbbi malzemedan sonra gelmek üzere ödeme kriterleri ve/veya kuralları ile beraber aşağıdaki malzemeler eklenmiştir.

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI								FİYAT (TL)
	OPERASYON BÖLGESİ	CERRAHİ YAKLAŞIM	BİÇİM	ÜRÜN ÖZELLİĞİ	BOYUTSAL ÖZELLİK	ŞEKİLSSEL ÖZELLİK	MATERYAL	BOY	
TV5795	ORTAK KULLANIM	TÜM KEMİKLER	ÖRTÜ	BİYOLOJİK ÖRTÜ	YARDIMCI ÜRÜNLER	BİYOLOJİK ÖRTÜ	HYALÜRONİK ASİT BAZLI	0-25 cm <sup>2</sup> arası (25 cm <sup>2</sup> dahil)	1.880,00
(1) Psödoartroz tedavisinde, üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.									
TV5796	ORTAK KULLANIM	TÜM KEMİKLER	ÖRTÜ	BİYOLOJİK ÖRTÜ	YARDIMCI ÜRÜNLER	BİYOLOJİK ÖRTÜ	HYALÜRONİK ASİT BAZLI	25 cm <sup>2</sup> 'nin üzeri	2.450,00
(1) Psödoartroz tedavisinde, üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.									

**MADDE 32** – Aynı Tebliğ eki "Göz Sağlığı ve Hastalıkları Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi" nde (EK-3/G) a tabloda yer alan tıbbi malzemelerin fiyatları yeniden belirlenmiştir.

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYAT (TL)
GZ1082	DRENAJ SİSTEMİ ÖN KAMERADAN OLAN VALFLİ İMPLANTLAR	1.550,00
GZ1083	DRENAJ SİSTEMİ ÖN KAMERADAN OLAN VALFSİZ İMPLANTLAR	1.350,00

**MADDE 33** – Aynı Tebliğ eki "Kardiyoloji Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi"nde (EK-3/H) aşağıdaki tabloda tıbbi malzemelerin fiyatları yeniden belirlenmiştir.

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYAT (TL)
KR2009	KATETER, İNTRAVASKÜLER ULTRASON (IVUS) KORONER	690,00
KR1129	BASINÇ ÖLÇER KILAVUZ TEL, KORONER HEMODİNAMİ ÇALIŞMA	690,00

**MADDE 34** – Aynı Tebliğ eki "Kalp Damar Cerrahisi Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi"nde (EK-3/I) a düzenlemeler yapılmıştır.

a) "KV1105" SUT kodlu tıbbi malzeme yürürlükten kaldırılmıştır.

b) Listede yer alan "HİBRİT DAMAR GREFTLERİ" başlığı "PERİFERİK HİBRİT DAMAR GREFTLERİ" ile değiştirilmiştir.

c) "KV1123" SUT kodlu tıbbi malzemedan sonra gelmek üzere başlığı ve ödeme kriteri ve/veya kuralı ile beraber aşağıdaki malzemeler eklenmiştir.

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYAT (TL)



<b>AORTİK HİBRİT DAMAR GREFTLERİ</b>		
(1) Epikrizde 2 (iki) KVC uzmanının imzasının olması halinde Kurumca bedeli karşılanır.		
KV4003	ÇOK DALLI AORTİK HİBRİT DAMAR GREFTİ	25.000
KV4004	DALSIZ AORTİK HİBRİT DAMAR GREFTİ	18.000

ç) “KV1324” SUT kodlu tıbbi malzemeden sonra gelmek üzere ödeme kriterleri ve/veya kuralları ile beraber aşağıdaki malzeme eklenmiştir.

<b>SUT KODU</b>	<b>TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI</b>	<b>FİYAT (TL)</b>
KV4005	EMBOLİZAN, SIVI, YÜKSEK YOĞUNLUKLU SEALİNG (KAPATMA), BİOEMİLEBİLİR AJAN (1cc)	1.800
(1) Aynı yatış döneminde en fazla iki adetinin bedeli Kurumca karşılanır.		

d) “TROMBOEMBOLEKTOMİ-TROMBOLİZ KATETERLERİ” başlığı altında yer alan “KV2022”, “KV2023”, “KV2025” SUT kodlu tıbbi malzemelerin her birinin altına aşağıdaki ödeme kriterleri ve/veya kuralları eklenmiştir.

“(1) Bir (1) yıldan fazla yaşam beklentisi olan hastalarda, aşağıdaki endikasyonlardan en az birinin sağlandığı duru epikrizde 2 (iki) Kalp ve Damar Cerrahisi uzmanı ile birlikte 1 (bir) Radyoloji veya 1 (bir) Kardiyoloji uzmanı kararına istinaden

a) Tanısal görüntüleme yöntemleri ile objektif olarak tanımlanmış vena cava inferior veya ilio-femoral ven segmentleri ve rekanalizasyon gelişmemiş akut derin venöz tromboz varlığında, (Semptomların başlangıcı itibariyle ilk 14 günde olmak kayd

b) Bilgisayarlı tomografi ya da manyetik rezonans görüntüleme yöntemleri ile tanısı doğrulanmış akut massif pulmonei varlığında (hemodinamik instabilite varlığında, ekokardiyografi ile sağ ventrikül disfonksiyonunun gösterilmiş olması (sağ v ejeksiyon fraksiyonunun %45 ve altında olması) veya sağ-sol ventrikül çap oranının 0,9'dan büyük olması)

durumlarında bedeli Kurumca karşılanır.”

e) “KV1233” SUT kodlu tıbbi malzemeden sonra gelmek üzere aşağıdaki tıbbi malzeme eklenmiştir.

<b>SUT KODU</b>	<b>TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI</b>	<b>FİYAT (TL)</b>
KV4006	KATETER, İNFÜZYON, SANTRAL VENÖZ, ANTİMİKROBİYAL (Tüm Boy/Şekil/Ebat dahil)	50

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

<b>SUT KODU</b>	<b>TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI</b>	<b>FİYAT (TL)</b>
KV3022	RİGİD RİNGLER	890
KV3023	FLEKSİBL/SEMİFLEKSİBL RİNGLER	660
KV3024	EMİLEBİLİR /AYARLANABİLİR RİNGLER	980
KV1025	3 BOYUTLU RİNGLER	1.080

**MADDE 35** – Aynı Tebliğ eki “Radyoloji Branşı ve Endovasküler/Nonvasküler Girişimsel İşlemlere Ait Tıbbi Mal Listesi”nde (EK-3/M) aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) “TROMBEKTOMİ-TROMBOASPIRASYON KATETERLERİ, PERİFERİK” başlığı altında yer alan “GR1042”, “GR1044” ve “GR1045” SUT kodlu tıbbi malzemelerin her birinin altına aşağıdaki ödeme kriterleri ve/veya kuralları eklenmiştir

“(1) Bir (1) yıldan fazla yaşam beklentisi olan hastalarda, aşağıdaki endikasyonlardan en az birinin sağlandığı duru epikrizde 2 (iki) Radyoloji uzmanı ile birlikte 1 (bir) KVC veya 1 (bir) Kardiyoloji uzmanı kararına istinaden,

a) Tanısal görüntüleme yöntemleri ile objektif olarak tanımlanmış vena cava inferior veya ilio-femoral ven segmentleri ve rekanalizasyon gelişmemiş akut derin venöz tromboz varlığında, (Semptomların başlangıcı itibariyle ilk 14 günde olmak kayd

b) Bilgisayarlı tomografi ya da manyetik rezonans görüntüleme yöntemleri ile tanısı doğrulanmış akut massif pulmonei varlığında (hemodinamik instabilite varlığında, ekokardiyografi ile sağ ventrikül disfonksiyonunun gösterilmiş olması (sağ v ejeksiyon fraksiyonunun %45 ve altında olması) veya sağ-sol ventrikül çap oranının 0,9'dan büyük olması)

durumlarında bedeli Kurumca karşılanır.”

b) “GR1281” SUT kodlu tıbbi malzemeden sonra gelmek üzere aşağıdaki tıbbi malzeme eklenmiştir.

<b>SUT KODU</b>	<b>TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI</b>	<b>FİYAT (TL)</b>
GR3004	KATETER, İNFÜZYON, SANTRAL VENÖZ, ANTİMİKROBİYAL (Tüm Boy/Şekil/Ebat dahil)	50

**MADDE 36** – Aynı Tebliğ eki “Anesteziyoloji, Reanimasyon ve Ağrı Tedavisi Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Lis (EK-3/T) aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

- a) Listeden “ANESTEZİYOLOJİ VE YOĞUN BAKIM” ve “AĞRI TEDAVİSİ” başlıkları yürürlükten kaldırılmıştır.  
b) Aşağıdaki tabloda yer alan tıbbi malzemelerin fiyatları yeniden belirlenmiştir.

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYAT (TL)
AN1110	PERİFERİK SİNİR BLOK İĞNESİ	26,00
AN1380	USG'DE GÖRÜLEBİLEN BLOK İĞNESİ	30,00

c) “AN1410” ve “AN1420” SUT kodlu tıbbi malzemelerin ödeme kriterleri ve/veya kurallarının birinci fıkralarını cümleleri aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“Transsakral girişimle kamera eşliğinde Lomber Epidural Diskoplasti/Adezyolizis/Nöroplasti amaçlı kullanılan tıbbi malzeme uygulayıcı hekimin algoloji uzmanı olması ve Algoloji, Nöroloji, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon branşlarından herhangi üç uzman tarafından oluşturulan sağlık kurulu raporu düzenlenmesi kaydıyla aşağıdaki kriterlerin tespit edildiği lomber vakalarda kullanılabilir.”

**MADDE 37** – Aynı Tebliğ eki “Sistemik Antimikrobik ve Diğer İlaçların Reçeteleme Kuralları Listesi”nde (Ek-4/E) a düzenlemeler yapılmıştır.

a) “1-BETALAKTAM ANTİBİYOTİKLER” başlıklı kısmının “B) Sefalosporinler” adlı bölümün “2. Kuşak Sefalosporinler” bölümüne aşağıdaki (5.1) numaralı satır eklenmiştir.

5.1	Sefuroksim Aksetil -Klavulanat (Oral)	KY
-----	---------------------------------------	----

b) “11-ANTİVİRAL İLAÇLAR” başlıklı kısmının “A) HIV/AIDS Tedavisinde Kullanılan Spesifik İlaçlar” adlı bölümün b) eki (16) numaralı listede yer aldığı şekilde değiştirilmiştir.

c) “13- DİĞERLERİ” başlıklı kısmının (4) numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

4	Finasterid, dutasterid (tamsulosin kombinasyonları dahil)	Üroloji uzman hekimince veya bu uzman hekimin düzenlediği 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.
---	---	--

**MADDE 38** – Bu Tebliğin;

- a) 1 inci ve 2 nci maddesi yayımı tarihinde,  
b) 9 uncu ve 29 uncu maddesi 1/7/2015 tarihinde,  
c) 10 ila 13 üncü maddeleri ile 37 nci maddesi yayımı tarihinden 5 iş günü sonra,  
d) Diğer maddeleri 1/5/2015 tarihinde,  
yürürlüğe girer.

**MADDE 39** – Bu Tebliğ hükümlerini Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı yürütür.

[Ekleri görmek için tıklayınız](#)