

Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığından:

**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 1.3 numaralı maddesinin birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(1) SUT; 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumuna İlişkin Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun, 5510 sayılı Kanun ve Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları Yönetmeliği hükümleri çerçevesinde düzenlenmiştir.”

MADDE 2- Aynı Tebliğin 1.4 numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“1.4 - Sağlık hizmeti sunucuları

1.4.1- Birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları

1.4.1.A - Birinci basamak resmi sağlık hizmeti sunucuları

- 1) Bünyesinde birinci basamak sağlık kuruluşu bulunan ilçe sağlık müdürlüğü
- 2) Toplum sağlığı merkezi (TSM)
- 3) Aile sağlığı merkezi (ASM)
- 4) Halk sağlığı laboratuvarı (L1 ve L2)
- 5) Kurum tabipliği
- 6) 112 Acil sağlık hizmeti birimleri
- 7) Üniversiteler bünyesindeki mediko-sosyal birimler
- 8) Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağlık üniteleri
- 9) Belediyelere ait poliklinikler
- 10) Birinci basamak ayaktan ve yataklı teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmeti sunan sağlık hizmeti sunucuları entegre ilçe devlet hastaneleridir (E2 ve E3)

1.4.1.B - Birinci basamak özel sağlık hizmeti sunucuları

- 1) Evde bakım merkezleri veya birimler
- 2) İşyeri sağlık ve güvenlik hizmeti sunulan birimler
- 3) Özel poliklinikler
- 4) Ağız ve diş sağlığı hizmeti veren özel sağlık kuruluşları
- 5) 18/12/1953 tarihli ve 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun kapsamında serbest faaliyet gösteren eczaneler

1.4.2 - İkinci basamak sağlık hizmeti sunucuları

1.4.2.A - İkinci basamak resmi sağlık hizmeti sunucuları

- 1) Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri
- 2) Entegre ilçe hastanesi (E1)
- 3) Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri
- 4) Kamu kurumlarına ait ağız ve diş sağlığı hastaneleri
- 5) Kamu kurumlarına ait olup Sağlık Bakanlığınca ruhsatlandırılmış olan hastaneler, tıp merkezleri ve dal merkezleri
- 6) Kamu kurumlarına ait diyaliz merkezleri, üremeye yardımcı tedavi merkezleri, hiperbarik oksijen tedavi merkezleri, tıbbi laboratuvarlar gibi müstakil olarak ruhsatlandırılan tanı ve tedavi merkezleri.

1.4.2.B - İkinci basamak özel sağlık hizmeti sunucuları

- 1) Özel hastaneler (ÖH)
- 2) Özel tıp merkezleri ve dal merkezleri
- 3) Özel Diyaliz merkezleri,
- 4) Özel üremeye yardımcı tedavi merkezleri
- 5) Özel hiperbarik oksijen tedavi merkezleri
- 6) Tıbbi laboratuvarlar gibi müstakil olarak ruhsatlandırılan özel tanı ve tedavi merkezleri.

1.4.3 - Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları

1.4.3.A - Üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucuları

- 1) Sağlık Bakanlığınca bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri
- 2) Tıp Fakülteleri Bulunan Devlet Üniversiteleri Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezleri (U1)
- 3) Tıp Fakülteleri Bulunan Vakıf Üniversiteleri Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezleri (U2)

1.4.3.B - Üçüncü basamak özel sağlık hizmeti sunucuları

- 1) Sağlık Bakanlığınca üçüncü basamak hastane olarak basamaklandırılan özel hastaneler (ÖH)

1.4.4 - Sağlık hizmeti sunumu bakımından basamaklandırılmayan sağlık hizmeti sunucuları

- 1) Optisyenlik müesseseleri
- 2) Tıbbi cihaz ve malzeme tedarikçileri
- 3) Kaplıcalar
- 4) Beşeri tıbbi ürün/ürün sunan ve/veya üreten özel hukuk tüzel kişileri ve bunların tüzel kişiliği olmayan şubeleri

5) Bu maddenin diğer fıkraları ile 1.4.1, 1.4.2, 1.4.3 numaralı maddelerde yer almayan Sağlık Bakanlığınca ruhsatlandırılmış ve/veya izin verilmiş sağlık hizmet sunumu bakımından basamaklandırılmayan diğer özelleşmiş tanı ve tedavi ve tedarik merkezleri.

1.4.5 - Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastaneler”

MADDE 3- Aynı Tebliğin 1.5.1.B numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Maddenin başlığı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“1.5.1.B - Sağlık Bakanlığı dışındaki üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularınca hasta kabul ve sevk işlemleri”

b) 1.5.1.B-1 numaralı maddesinin birinci fıkrası ile (a) bendinin (2) numaralı alt bendinde ve (b) bendinin (6) numaralı alt bendinde yer alan “üçüncü basamak” ibarelerinden sonra gelmek üzere “resmi” ibaresi eklenmiştir.

c) 1.5.1.B-2 numaralı maddesinin birinci fıkrasının (2) numaralı alt bendinde yer alan “üçüncü basamak” ibaresinden sonra gelmek üzere “resmi” ibaresi eklenmiştir.

MADDE 4- Aynı Tebliğin 1.6 numaralı maddesinin birinci fıkrasında yer alan “kurum ve kuruluşlarınca” ibaresi “hizmeti sunucularınca”, ikinci fıkrasında yer alan “kurum ve kuruluşlarına” ibaresi “hizmeti sunucularına” şeklinde değiştirilmiştir.

MADDE 5- Aynı Tebliğin 1.7.2 numaralı maddesinin birinci fıkrasında yer alan “kurumuna/kuruluşuna” ibaresi “hizmeti sunucusuna” şeklinde değiştirilmiştir.

MADDE 6- Aynı Tebliğin 1.8 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) 1.8.1 numaralı maddesinin birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(1) Birinci basamak sağlık hizmeti sunucularında yapılan hekim ve diş hekimi muayenesinden katılım payı alınmayacaktır. Diğer sağlık hizmeti sunucularında yapılan hekim ve diş hekimi muayenesi nedeniyle uygulanacak katılım payı tutarları aşağıda belirtilmiştir.

a) İkinci basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında.....6 TL

b) Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt polikliniklerinde.....7 TL

c) Tıp Fakülteleri Bulunan Devlet Üniversiteleri Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezlerinde.....8 TL

ç) Tıp Fakülteleri Bulunan Vakıf Üniversiteleri Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezlerinde.....8 TL

d) Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde.....15 TL

e) İkinci ve üçüncü basamak özel sağlık hizmeti sunucularında.....15 TL”

b) 1.8.1 numaralı maddesinin ikinci fıkrasının (b) bendinde yer alan “protokol” ibaresi yürürlükten kaldırılmıştır.

c) 1.8.1 numaralı maddesinin üçüncü fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(3) İkinci ve üçüncü basamak özel sağlık hizmeti sunucularınca ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde yapılan muayeneler için öngörülen katılım payı;

a) Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için gelir ve aylıklarından,

b) Diğer kişiler için; ayakta hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı sağlık hizmeti sunucusunca kişilerden, “Yeşil alan muayenesi” sonucunda oluşan katılım payı ise eczanelerde kişilerden, tahsil edilir.”

ç) 1.8.1 numaralı maddesinin beşinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(5) SUT’un 1.7.1 maddesinde belirtilen durumlarda muayene katılım payı tahsil edilmesi gerekenler için; resmi sağlık hizmeti sunucuları, ikinci ve üçüncü basamak özel sağlık hizmeti sunucularındaki ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerdeki muayenelerine ilişkin katılım payı sağlık hizmeti sunucularınca kişilerden tahsil edilir.”

d) 1.8.3 numaralı maddesinin dördüncü fıkrasının (a) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“a) Kurumla sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularınca yapılan ağız protezi katılım payları, sağlık hizmeti sunucularınca kişilerden,”

e) 1.8.5 numaralı maddesinin beşinci fıkrasında yer alan “SUT’un 1.4.3 maddesinde belirtilen sağlık kurumları/kuruluşları” ibaresi “Diyaliz merkezleri ve Sağlık Bakanlığından ruhsatlı diğer özelleşmiş tedavi merkezleri, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Mikrobiyoloji Referans laboratuvarları” şeklinde değiştirilmiştir.

MADDE 7- Aynı Tebliğin 1.9.1 numaralı maddesinin birinci fıkrasının (a) ve (b) bentleri ile ikinci ve yedinci fıkraları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“a) Kurumla sözleşmeli; vakıf üniversiteleri, ikinci ve üçüncü basamak özel sağlık hizmeti sunucuları ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastaneler tarafından; Kurumca belirlenen oranı geçmemek kaydıyla kişilerden ilave ücret alınabilir.

b) Yükseköğretim kurumlarına ait sağlık hizmeti sunucularında (vakıf üniversiteleri ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastaneler hariç) öğretim üyeleri tarafından mesai saatleri dışında bizzat verilen sağlık hizmetleri için bir defada asgari ücretin iki katını geçmemek üzere, Kurumca belirlenmiş sağlık hizmetleri bedelinin poliklinik muayenelerinde en fazla iki katı, diğer hizmetlerde en fazla bir katı kadar ilave ücret alınabilir. Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarına ait sağlık tesisleri ve üniversitelere ait ilgili birimlerin birlikte kullanımına ilişkin protokolü bulunan sağlık hizmeti sunucularında öğretim üyeleri tarafından ilave ücret alınamaz.”

“(2) İlave ücretler, genel sağlık sigortalılarınca veya bakmakla yükümlü olunan kişilerce ve/veya sağlık hizmeti sunucularınca Kurumdan talep edilemez.”

“(7) Kurumla sözleşmeli vakıf üniversiteleri, Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastaneler, ikinci ve üçüncü basamak özel sağlık hizmeti sunucuları, aynı başvuru numarası altında yatarak tedavilerde yapılan Kurumca karşılanan sağlık hizmeti bedellerinin toplamının 100 (yüz) TL’yi aşması halinde, bu hizmetleri ve varsa ilave ücret tutarını gösterir, SUT eki “Hastaya Sunulmuş Olan Hizmetleri ve İlave Ücreti Gösterir Belge

(EK-1/B)” yi en geç hastanın taburcu olduğu tarihte hastaya vermek zorundadır. Söz konusu bilgiler aynı süreler içerisinde elektronik ortamda da verilebilir.”

MADDE 8- Aynı Tebliğin 1.9.3 numaralı maddesinin birinci fıkrasının birinci, ikinci ve üçüncü cümleleri aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“Aşağıda belirtilen sağlık hizmetleri için hiçbir ilave ücret alınmaz. Ancak; Yükseköğretim kurumlarına ait sağlık hizmeti sunucularında (vakıf üniversiteleri ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastaneler hariç) öğretim üyesi tarafından verilen 18 yaşını doldurmamış çocuklar hariç olmak üzere; SUT eki EK-2/B ve EK-2/C Listesindeki işitsel implant işlemleri için ilave ücret alınabilir. Ayrıca Yükseköğretim kurumlarına ait sağlık hizmeti sunucularında (vakıf üniversiteleri ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastaneler hariç) öğretim üyesi tarafından verilen SUT’un 2.1.1 numaralı maddesi kapsamındaki sağlık hizmetleri ve kardiyovasküler cerrahi işlemler için de ilave ücret alınabilir.”

MADDE 9- Aynı Tebliğin 1.9.4 numaralı maddesinin birinci fıkrasında yer alan “Sözleşmeli/protokollü sağlık kurumları,” ibaresi “Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları,” şeklinde değiştirilmiştir.

MADDE 10- Aynı Tebliğin 1.9.5 numaralı maddesinin birinci fıkrasında yer alan “Sözleşmeli/protokollü sağlık kurum ve kuruluşları,” ibaresi “Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları,” şeklinde, ikinci fıkrasında yer alan “Sözleşmeli/protokollü sağlık kurum ve kuruluşları” ibaresi “Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları” şeklinde değiştirilmiştir.

MADDE 11- Aynı Tebliğin 2.1 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) 2.1.1 numaralı maddesinin birinci fıkrasında yer alan “kurum ve kuruluşlarında” ibaresi “hizmeti sunucularında” şeklinde değiştirilmiştir.

b) 2.1.2.A numaralı maddesinin birinci fıkrasında yer alan “kurumlarında” ibaresi “hizmeti sunucularında” şeklinde değiştirilmiştir.

c) 2.1.2.B numaralı maddesinin birinci fıkrasında yer alan “kurumlarında” ibaresi “hizmeti sunucularında” şeklinde değiştirilmiştir.

MADDE 12- Aynı Tebliğin 2.2 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Maddenin başlığı ve fıkraları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“2.2 - Finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin sağlanma yöntemleri ve ödeme kuralları

(1) Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin teşhis ve tedavi yöntemleri SUT ve eki listelerde belirtilmiştir. SUT ve eki listelerde yer almayan teşhis ve tedavi yöntemlerinin bedellerinin Kurumca karşılanabilmesi için Kurum tarafından uygun olduğunun kabul edilmesi ve Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından Kurumca ödenecek bedellerinin belirlenmesi gerekmektedir.

(2) Kurum, finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin SUT’ta belirtilen teşhis ve tedavi yöntemlerinin yanı sıra teşhis ve tedavi ile ilgili diğer kurallar ile sağlık hizmeti bedellerinin ödenmesine ilişkin usul ve esasları Sağlık Bakanlığının görüşünü alarak belirleyebilir ve bu amaçla ihtisas komisyonları kurabilir. Ayrıca Kurum, finansmanı sağlanan/sağlanacak sağlık hizmetleri için ihtiyaç duyulan alanlarda mevcut ödeme usul, esas ve koşulları dışında finansal veya tıbbi olarak getireceği kazanca göre alternatif ödeme modelleri kullanılarak sağlık hizmetlerini ödeme kapsamına alabilir, ödeme usul ve esaslarını belirleyebilir, yurtdışından temin edilen, ülkemizde imal edilemeyen veya bulunmayan ürün gruplarının üretimi, ithal ürünlerin yerli üretime geçmesi, piyasada bulunurluğunun sağlanması hususlarının teşvik edilmesi amacıyla alternatif ödeme modelleri oluşturabilir.

(3) Vücut bütünlüğünü sağlamak amacıyla yapılan ve iş kazası ile meslek hastalığına, kazaya, hastalıklara veya konjenital nedenlere bağlı olarak yapılanlar hariç estetik amaçlı yapılan sağlık hizmetleri Kuruma faturalandırılmaz. Estetik amaçlı yapıldığı tespit edilen sağlık hizmetlerine ilişkin giderler Kurumca karşılanmaz.

(4) Finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, Kurumla sağlık hizmeti sunucuları arasında sağlık hizmeti satın alımı sözleşmeleri yapılması suretiyle karşılanır. Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından ise acil hallerde alınan sağlık hizmetlerinin bedelleri Kurumca karşılanır.

(5) Ancak, tıbbi malzeme tedarikçileri ve kaplıca tesisleri ile sözleşmeler yapılmaya kadar bu sağlık hizmeti sunucularından kişilerce alınan sağlık hizmeti bedelleri SUT’ta belirtilen usul ve esaslar dâhilinde kişilere ödenmek suretiyle, Kurumla sözleşmesiz resmi veya özel sağlık hizmeti sunucularındaki dış üniteleri ile sözleşme yapılmaya kadar ise bu sağlık hizmeti sunucularından kişilerce alınan sağlık hizmeti bedelleri Kurum mevzuatı (SUT’da düzenleme yok ise diğer düzenlemeler) dahilinde kişilere ödenmesi suretiyle karşılanır. Ağız ve diş sağlığı hizmeti veren özel sağlık kuruluşlarınca düzenlenen reçete bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(6) İşyeri sağlık ve güvenlik hizmeti sunulan birimler, özel poliklinikler “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” kapsamında hizmet veren merkez veya birimler tarafından verilen sağlık hizmetleri için Kurumdan herhangi bir ücret talep edilemez. İşyeri sağlık ve güvenlik hizmeti sunulan birimlerce sadece yetkili oldukları işyerlerinde; 5510 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) ve (b) bentlerinde sayılan sigortalılara, bu işyerlerinin kamu kurumu niteliğinde olması halinde ise, bu sigortalılara ek olarak, 5510 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinde sayılan sigortalılara da SUT ve eki listelerde yer alan usul ve esaslar dahilinde reçete edilmiş ilaç bedelleri Kurumca karşılanır. “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” kapsamında hizmet veren merkez veya birimleri tarafından SUT ve eki listelerde yer alan usul ve esaslar dahilinde düzenlenen reçete bedelleri Kurumca karşılanır. Özel polikliniklerce düzenlenen reçete bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(7) Sağlık Bakanlığı dışındaki birinci basamak resmi sağlık kuruluşları ile kamu idareleri bünyesindeki kurum hekimlikleri tarafından verilen sağlık hizmetleri için Kurumdan herhangi bir ücret talep edilemez. Bu birimlerde görevli hekimler tarafından SUT ve eki listelerde yer alan usul ve esaslar dâhilinde reçete edilmiş ilaç ve tıbbi malzeme bedelleri Kurumca karşılanır.

(8) Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, ayakta ve yatarak tedaviler ile ilgili olarak yapılması gerekli görülen tetkik ve/veya tahlilleri, bünyelerinde veya başka bir sağlık hizmeti sunucusundan hizmet alımı ile sağlamak zorundadırlar. Hizmet alımı yoluyla sağlanan Kuruma fatura edilebilir tetkik ve/veya tahlil bedelleri, sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları bünyesinde üretilen hizmetlerden ayrımı yapılmaksızın, hizmet alımı yapan sağlık hizmeti sunucusu tarafından Kuruma faturalandırılır ve

SUT hükümleri doğrultusunda karşılanır. Sağlık hizmeti sunucularınca, hizmet alımına ilişkin bilgi ve belgeler istenildiğinde Kuruma ibraz edilecektir. Ayrıca sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, infüzyon kemoterapi hazırlanması işlemlerini Kurum ile sözleşmeli başka bir sağlık hizmeti sunucusundan hizmet alımı yöntemi ile de sağlayabilirler. Ağız ve diş sağlığı hizmeti veren sözleşmeli resmi sağlık hizmeti sunucuları, genel anestezi altında yapılması gerekli görülen tetkik, tahlil ve tedavileri bünyelerinde veya başka bir resmi sağlık hizmeti sunucusundan hizmet alımı ile sağlayabilirler. Bu hizmetleri sözleşmeli resmi sağlık hizmeti sunucuları bünyesinde üretilen hizmetlerden ayrımlı yapılmaksızın, hizmet alımı yapan sağlık hizmeti sunucusu tarafından Kuruma faturalandırılır ve SUT hükümleri doğrultusunda karşılanır. Sağlık hizmeti sunucularınca, hizmet alımına ilişkin sözleşmeleri Kuruma teslim edeceklerdir.

(9) Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularındaki tedaviler ile ilgili olarak kişilerce Kuruma ibraz edilen tetkik ve/veya tahlile ilişkin fatura bedelleri sevk/istem belgesine dayanılarak kişilere ödenir ve sevk/istem belgesini düzenleyen sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusunun alacağından mahsup edilir. Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti sunucuları için Bakanlığa yapılan global bütçe ödemesinden mahsup edilir.

(10) Kurumla sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, bir başka sağlık hizmeti sunucusundan hizmet alımı yoluyla sağladıkları kuruluş ve faaliyetiyle ilgili olarak bağlı bulunduğu mevzuat gereği düzenlenmiş olan ruhsat/faaliyet veya uygunluk belgesinde yer alan tetkik ve/veya tahlil dışındaki tedavilere (gastroskopi, kolonoskopi, rektosigmoidoskopi, rektoskopi, bronkoskopi, anjiyografi gibi işlemler de dahil olmak üzere) ait giderleri Kuruma faturalandıramazlar. Hekim veya diş hekimlerinin, özel sağlık hizmeti sunucusu bünyesinde çalışması halinde, bu hekimler tarafından fatura düzenlenerek alınan/sunulan sağlık hizmetleri bu kapsamda değerlendirilmez.

(11) Başka bir sağlık hizmeti sunucusundan laboratuvar hizmeti alınması durumunda, hasta hastane dışına numune almak için gönderilmez, alınan numunenin transferi veya sonucu hasta veya yakını aracılığı ile istenilemez. Görüntüleme hizmetlerinin hizmet alımı yoluyla sağlanması halinde acil ve yatan hastaların transferi sağlık hizmeti sunucuları tarafından yapılacaktır.

(12) Kurum ile sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, tetkik, tahlil ve tedaviye ait her türlü bilgi, belge ve raporu, istenildiğinde Kuruma ibraz edeceklerdir. İbraz edilememesi durumunda Kuruma faturalandırılan ilgili tetkik, tahlil ve/veya tedavi bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(13) Kişilere sağlanan sağlık hizmetlerine ilişkin düzenlenen sağlık raporu bedelleri, SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan rapor puanları esas alınarak sadece bir adet olarak faturalandırılır. Ancak Kurum birimlerince sevk belgesi düzenlenmek suretiyle maluliyet, meslek hastalığı ve kontrol muayeneleri vb nedenlerle sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilen kişiler için düzenlenen sağlık raporları ile ilaç ve tıbbi malzeme temini de dâhil olmak üzere tedavi amacıyla düzenlenen sağlık raporları dışında kalan; engellilik raporu, adli rapor, ehliyet raporu, vasi tayini raporu, portör muayeneleri ve işlemleri, tarama amaçlı muayene ve işlemler vb özel amaçla kullanılacak durum belirtir rapor bedelleri ile bu durumların tespitine yönelik yapılan işlem bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(14) Kişilere sağlanan tıbbi malzeme, ilaç, tedavi vb sağlık hizmetleri için SUT gereği düzenlenmesi gereken sağlık kurulu raporu ile ilgili olarak sadece bir adet muayene bedeli faturalandırılabilir. Ancak Kurum birimlerince sevk belgesi düzenlenmek suretiyle maluliyet, meslek hastalığı ve kontrol muayeneleri vb nedenlerle sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilen kişiler için düzenlenen sağlık kurulu raporları ile ilgili olarak, kurula katılan her bir uzmanlık dalı için muayene bedeli faturalandırılabilir.

(15) Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri için Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenen Kurumca ödenecek bedeller SUT ve eki listelerde yer almaktadır. Ancak Komisyonca SUT eki EK-2/B, EK-2/C ve EK-2/Ç listelerinde yer alan işlemler için ödemeye esas puanlar ile katsayı (0,593) belirlenmiş olup işlem bedeli ilgili puan ile katsayının çarpımı sonucu bulunacak tutardır. Ödemeye esas puanlarının ödemeye esas işlem bedeline çevrilmesinde; işlem puanının belirtilen katsayı ile çarpılması sonucu bulunacak tutar yuvarlama işlemi yapılmaksızın virgülden sonra iki basamak olacak şekilde alınır.

(16) Sağlık hizmeti sunucularınca gerçekleştirilecek check-up, kampanya ya da tarama kapsamında yapılan işlemler Kuruma faturalandırılmaz.

(17) SUT eki EK-2/B ve EK-2/C listelerinde yer alan işlemlerin laparoskopik, perkütan, endoskopik, endosonografik, mikrocerrahi, robotik cerrahi gibi yöntemlerle yapılması halinde yapılan, SUT'ta yer alan işlem puanı esas alınarak Kurumca karşılanır. Ancak ayrı kodu bulunan laparoskopik, perkütan, endoskopik, endosonografik, mikrocerrahi, robotik cerrahi gibi yöntemlerle yapılan işlemler kendi puanı esas alınarak Kurumca karşılanır.

(18) Trafik kazası nedeniyle ilk müdahalenin sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularında sağlanması halinde bu sağlık hizmeti sunucusunda trafik kazası nedeniyle sunulan sağlık hizmetinin devamı niteliğinde olan tedaviler SUT ve ekleri esas alınarak Kurumca karşılanacaktır. Ancak bu süre trafik kazasının oluştuğu tarihten itibaren 6 ayı geçemez.

(19) Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinde geri ödeme kural ve/veya kriterleri belirlenmemiş sağlık hizmetleri için güncel bilimsel klinik uygunluğun bulunması gerekir.

(20) SUT eki EK-2/C-1 Listesinde yer alan işlemlerin SUT eki EK-2/A-1 Listesinde Sınıf-3 grubunda tanımlanan sağlık hizmeti sunucularınca yapılması halinde işlem puanlarına Listede belirtilen oranlar ilave edilerek faturalandırılır ve bu şekilde faturalandırılan işlemler için "2.2.2.B- Taniya dayalı işlem üzerinden ödeme yöntemi" başlıklı maddenin beşinci fıkrasında yer alan hüküm uygulanmaz."

b) 2.2.1.B-1 numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"2.2.1.B-1 - Ayakta tedavilerde ödeme uygulaması"

(1) "Ayakta tedavilerde ödeme" uygulaması kapsamında; sağlık hizmeti sunucusunda ayaktan her bir başvuru için, SUT eki "Sağlık Hizmeti Sunucularının Ayakta Tedavilerde Sınıflandırılması Listesi" nde (EK-2/A-1) bulunduğu sınıfa göre belirlenmiş olan SUT eki EK-2/A Listesinde yer alan tutarlar esas alınarak ödeme yapılır. Ayrıca SUT eki "Ayaktan Başvurularda İlave Olarak Faturalandırılabilir İşlemler Listesi" nde (EK-2/A-2) yer alan işlemlerin bedelleri Kurumca karşılanır.

(2) Hastanın aynı sağlık hizmeti sunucusuna, acil servise başvuruları hariç olmak üzere ayaktan başvurduğu gün dâhil, 10 (on) gün içindeki aynı uzmanlık dalına diğer ayaktan başvurularında; sadece SUT eki EK-2/A-2 Listesinde yer alan işlemlerin bedelleri faturalandırılabilir olup SUT eki EK-2/A Listesinde yer alan tutar faturalandırılmaz.

(3) Hastaya SUT eki EK-2/A-2 Listesinde yer alan işlemlerin yapılmasının gerekli görülmesi, ancak söz konusu işlemlerin, bu muayene başvurusundan sonra aynı sağlık hizmeti sunucusunda randevu verilerek suretiyle ileri bir tarihte yapılması durumunda, SUT eki EK-2/A Listesinde yer alan tutarlar ikinci bir defa girilmeksizin sadece yapılan işlem faturalandırılır.

(4) Hastanın aynı sağlık hizmeti sunucusunda aynı uzmanlık dalına ayaktan başvurusu sonrasında aynı gün “yatarak tedavi” kapsamında, SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan bir işlem yapılması halinde bu işlem ile birlikte ayaktan yapılan işlemler bu maddenin birinci fıkrasındaki hükümlere göre faturalandırılır. Ancak “yatarak tedavi” kapsamında hizmet başına ödeme yöntemi ile bir işlem yapılması durumunda SUT eki EK-2/A Listesinde yer alan tutarlar faturalandırılmayacak olup ayaktan başvurular da hizmet başına ödeme yöntemine göre faturalandırılacaktır.

(5) Hastanın aynı gün içerisinde, aynı sağlık hizmeti sunucusunda; birden fazla uzmanlık dalına başvurusu sonrasında bu uzmanlık dallarından herhangi birinde aynı gün “yatarak tedavi” kapsamında SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan bir işlem yapılması halinde bu işlem ile birlikte, o uzmanlık dalına ait ayaktan yapılan işlemler bu maddenin birinci fıkrasındaki hükümlere göre, diğer uzmanlık dallarındaki ayakta tedavi kapsamındaki başvuruları SUT eki EK-2/B Listesindeki “normal poliklinik muayenesi” bedeli ve yapılması halinde SUT eki EK-2/A-2 Listesinde yer alan işlemlerin bedelleri faturalandırılacaktır. Ancak, yatarak tedavi kapsamında hizmet başına ödeme yöntemi ile bir işlem yapılması durumunda; SUT eki EK-2/A Listesinde yer alan tutarlar faturalandırılmayacak olup ayaktan yapılan işlemler hizmet başına ödeme yöntemine göre faturalandırılacaktır.

(6) Hastanın, aynı gün içinde aynı sağlık hizmeti sunucusunda ilk muayenesini takip eden diğer uzmanlık dallarındaki ayakta tedavi kapsamında yer alan başvuruları, “ayakta tedavilerde ödeme” uygulaması kapsamında değerlendirilmez ve SUT eki EK-2/A Listesinde yer alan tutarlar faturalandırılmaz. Ancak SUT eki EK-2/B Listesindeki “normal poliklinik muayenesi” bedeli ve yapılması halinde SUT eki EK-2/A-2 Listesinde yer alan işlemlerin bedelleri faturalandırılacaktır.

(7) Hastanın aynı gün içinde aynı sağlık hizmeti sunucusundaki ilk başvurusunun ana dal, sonraki başvurusunun yan dal olması durumunda yan dala olan başvuru "ayakta tedavilerde ödeme" uygulaması kapsamında değerlendirilir. Ana dala başvuru ise, SUT eki EK-2/A Listesinde yer alan tutarlar girilmeksizin, SUT eki EK-2/B Listesindeki “normal poliklinik muayenesi” bedeli ve yapılması halinde SUT eki EK-2/A-2 Listesinde yer alan işlemlerin bedelleri faturalandırılabilir.

(8) Sağlık raporu ile yapılması gerekli görülen hiperbarik oksijen tedavisi, fizik tedavi ve rehabilitasyon, ESWL ve ESWT tedavilerinde; ayaktan başvurularda tedavi için sağlık raporu düzenlendikten sonra tedavinin sonraki günlerde aynı veya başka bir sağlık hizmeti sunucusunda yapılması halinde, bu sağlık raporu ile yapılan tedavi başvuruları "ayakta tedavilerde ödeme" uygulaması kapsamında SUT eki EK-2/A Listesinde yer alan tutarlar girilmeksizin SUT eki EK-2/C Listesi üzerinden faturalandırılır.

(9) Hastanın, ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusundan başka bir sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilmesi halinde sevk eden sağlık kurumuna, SUT eki EK-2/A Listesinde yer alan tutarın %75'i ödenir.

(10) Ayakta tedavilerde ödeme uygulamasında, SUT eki EK-2/A-2 Listesinde yer alan işlemlerin faturalandırılmasında aşağıdaki hususlara uyulur:

a) İşlemin SUT eki EK-2/C Listesinde yer alması halinde bedelleri “taniya dayalı işlem üzerinden ödeme” yöntemi ile faturalandırılır. Bu işleme ilişkin “taniya dayalı işlem üzerinden ödeme” yöntemine dâhil olmayan tıbbi malzeme ve ilaç bedelleri ayrıca faturalandırılabilir.

b) İşlemin sadece SUT eki EK-2/B Listesinde yer alması halinde, SUT eki EK-2/A Listesinde yer alan tutarlara ilave olarak işlem bedeli ve bu işlemle ilgili ilaç ve tıbbi malzeme bedelleri ayrıca faturalandırılabilir.

c) Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastaneler, Tıp Fakülteleri Bulunan Devlet Üniversiteleri Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezleri, Tıp Fakülteleri Bulunan Vakıf Üniversiteleri Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezleri tarafından SUT eki EK-2/A-2 Listesinde yer alan işlemler, işlem puanlarına %10 oranında ilave edilerek faturalandırılır.

(11) Ayaktan başvurularda ikinci ve üçüncü basamak özel sağlık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastaneler için günlük muayene sınırı acil servis/polikliniğe başvurular hariç olmak üzere, sağlık hizmeti sunucusundaki sözleşme kapsamında çalışan hekimlerin çalışma saatlerinin 6 ile çarpılması ile bulunur. Her bir hekim için günlük muayene sayısı her halükarda 60'ı geçemez. Acil servis/polikliniğine başvurularda ise ikinci ve üçüncü basamak özel sağlık hizmeti sunucularında ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde bir acil servis doktoru için günlük muayene sayısı 90'ı geçemez. Sağlık Bakanlığının “Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ” e göre triyaj uygulamasında Kırmızı alan tarifine giren acil servis/polikliniğine başvurular olması halinde günlük muayene sayısı 90'ı geçebilir, ancak bu durum dahil günlük toplam sayı hiçbir şekilde 100'ü geçemez. Özel sağlık hizmet sunucularında SUT eki EK-2/B Listesindeki 700610 kodlu “Transözefajiyal ekokardiyografi” ve 700611 kodlu “Transözefajiyal ekokardiyografi, çocuk” işlemlerinin yapılması durumunda her bir işlem için muayene sayısından bir muayene sayısı düşülerek yeni günlük muayene sayısı hesaplanır. İkinci ve üçüncü basamak özel sağlık hizmeti sunucuları ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastaneler her bir hekim için ayrı ayrı olmak üzere bu sınırlarda muayene fatura edebilir. Bu sınırlar aşıldıktan sonra kabul edilen hastalar için yapılan işlemler Kuruma faturalandırılmaz.”

c) 2.2.1.B-2 numaralı maddesinin birinci fıkrası, ikinci fıkrasının birinci cümlesinde yer alan “kurumlarında” ibaresi “hizmeti sunucularında” şeklinde, üçüncü ve dördüncü fıkraları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(1) Birinci basamak sağlık hizmeti sunucularında;

a) 112 acil sağlık hizmeti birimince verilen hizmetler,

b) Dış tedavisine yönelik işlemler,

c) Enjeksiyon işlemi (başka bir sağlık hizmeti sunucusunda hizmet almış hastaların yapılan enjeksiyonları için sadece enjeksiyonun bedeli karşılanır),

ç) Kalıtsal hemoglobinopati tanı ve tedavi merkezlerinde yapılan SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan, L103130 kod numaralı “Hemoglobin varyant analizi (Agar jel)”, L103140 kod numaralı “Hemoglobin varyant analizi (Elektroforez)” ve L103150 kod numaralı “Hemoglobin varyant analizi (HPLC)” işlemleri,

SUT eki EK-2/B ve EK-2/Ç Listesinde yer alan puanlar esas alınarak faturalandırılır.”

“(3) Hizmet başına ödeme yöntemi kapsamında ayaktan muayene sonrasında aynı sağlık hizmeti sunucusunda, söz konusu muayene ile ilgili olarak yapılması gerekli görülen tanı ve/veya tedaviye yönelik işlemler için muayene girişi yapılmayacaktır.

(4) Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastaneler, Tıp Fakülteleri Bulunan Devlet Üniversiteleri Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezleri, Tıp Fakülteleri Bulunan Vakıf Üniversiteleri Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezleri tarafından SUT eki EK-2/A-2 Listesinde yer alan işlemler, işlem puanlarına %10 oranında ilave edilerek faturalandırılır.”

ç) 2.2.2 numaralı maddesinin birinci ve ikinci fıkraları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

(1) İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında yatarak verilen sağlık hizmetlerinin bedelleri, SUT eki EK-2/C Listesinde yer alıyorsa “tanıya dayalı işlem üzerinden ödeme” yöntemi ile SUT eki EK-2/C Listesinde yer almıyorsa, “hizmet başına ödeme” yöntemi ile faturalandırılır.

(2) Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastaneler, Tıp Fakülteleri Bulunan Devlet Üniversiteleri Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezleri, Tıp Fakülteleri Bulunan Vakıf Üniversiteleri Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezleri; SUT eki EK-2/C Listesinde yanında (*) işareti bulunmayan işlemleri SUT eki EK-2/B Listesinden de faturalandırabilir, yanında (*) işareti olmayan işlemleri SUT eki EK-2/B veya SUT eki EK-2/C listelerinin hangisini esas alacaklarına ilişkin tercihlerini Ocak ve Temmuz aylarında MEDULA sisteminde belirtecektir. Ancak, SUT metninde SUT eki EK-2/C Listesi üzerinden faturalandırılacağı belirtilen işlemler; (*) işareti olup olmadığına bakılmaksızın SUT eki EK-2/C Listesindeki işlemler esas alınarak faturalandırılır.”

d) 2.2.2.A numaralı maddesinin dördüncü ve altıncı fıkraları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(4) İnvitro diyagnostik kit kontrolü ile ilgili çalışma yapan sağlık hizmeti sunucularında (serokonversiyon paneli ya da doğrulama testleri hariç) bu amaçla yapılan test bedelleri Kurumca karşılanmaz.”

“(6) Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastaneler, Tıp Fakülteleri Bulunan Devlet Üniversiteleri Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezleri, Tıp Fakülteleri Bulunan Vakıf Üniversiteleri Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezleri tarafından yapılan SUT eki EK-2/B Listesi “8. Radyolojik Görüntüleme ve Tedavi” ile “9. Laboratuvar İşlemleri” bölümlerinde yer alan işlemler, listede belirtilen puanlara %10 ilave edilerek faturalandırılır.”

e) 2.2.2.B numaralı maddesinin beşinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(5) Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastaneler, Tıp Fakülteleri Bulunan Devlet Üniversiteleri Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezleri, Tıp Fakülteleri Bulunan Vakıf Üniversiteleri Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezleri tarafından yapılan SUT eki EK-2/C Listesinde yanında (*) işareti olan işlemler, listede belirtilen puanlara %30 ilave edilerek faturalandırılır.”

f) 2.2.2.B-1 numaralı maddesinin beşinci fıkrasında yer alan “kurumundan” ibaresi “hizmeti sunucusundan” şeklinde değiştirilmiştir.

ğ) 2.2.2.B-3 numaralı maddesinin birinci fıkrasında yer alan “kurumdaki” ibaresi “hizmeti sunucusundaki” şeklinde değiştirilmiştir.

MADDE 13- Aynı Tebliğin 2.3 numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“2.3 - Acil sağlık hizmetleri

(1) Acil hal; ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlarda olayın meydana gelmesini takip eden ilk 24 saat içinde tıbbi müdahale gerektiren durumlar ile ivedilikle tıbbi müdahale yapılmadığı veya başka bir sağlık kuruluşuna nakli halinde hayatın ve/veya sağlık bütünlüğünün kaybedilme riskinin doğacağı kabul edilen durumlar ile pandemi süresince pandemi olgularına yönelik tanı ve tedavileri kapsamaktadır. Bu nedenle sağlanan sağlık hizmetleri acil sağlık hizmeti olarak kabul edilir. Acil sağlık hizmeti vermekle yükümlü sağlık hizmeti sunucuları acil servis hizmetlerini Sağlık Bakanlığı düzenlemeleri ile konuya ilişkin Başbakanlık tarafından yayımlanan Başbakanlık genelgeleri ve Kurum mevzuatı doğrultusunda yürüteceklerdir. Acil servise müracaat eden ve muayeneleri sonucunda acil olmadığı tespit edilen kişilerin tedavi giderleri, SUT eki EK-2/B Listesinde 520.021 kodlu “Yeşil alan muayenesi” adı altında yer alan işlem bedeli üzerinden Kurumca karşılanır. Muayene sonucunda acil olduğu tespit edilenler için ise SUT’un 2.2.1.B-2 maddesinin birinci ve ikinci fıkralarındaki ilgili hükümler uygulanır. Ancak sağlık hizmeti sunucularınca acil servislerde verilen ve Kurumca acil sağlık hizmeti olarak faturalandırılan hizmetlerin Kurumun inceleme birimlerince yeşil alan muayenesi olarak değerlendirilmesi halinde verilen sağlık hizmetlerinin bedelleri karşılanmaz.

(2) Sözleşmeli ve sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucuları acil servislerde acil haller nedeniyle sunulan sağlık hizmetleri için kişilerden veya Kurumdan herhangi bir ilave ücret talep edemez.

(3) Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilerin sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularına SUT’un 1.7 maddesinde tanımlanan acil haller nedeniyle müracaatı sonucu oluşan sağlık giderleri; acil tıbbi müdahale yapılmasını zorunlu kılan durumun müdahaleyi yapan hekim tarafından imzalanmış bir belge ile belgelendirilmesi ve Kurumca kabul edilmesi şartıyla karşılanır.

(4) Bu madde kapsamında sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularındaki yatarak tedavileri Kurumca karşılanan kişiler için, hekim veya dış hekimi tarafından düzenlenen refakatçi kalınması gerektiğinin tıbben lüzum görüldüğünü belirten belgeye dayanılarak, refakatçinin yatak ve yemek giderleri bir kişi ile sınırlı olmak üzere Kurumca karşılanır. 18 yaşını doldurmamış çocuklar için refakatçi kalınmasının tıbben lüzum görülmesi şartı aranmaz.

(5) Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularınca, acil tedavilere ilişkin bilgilerin tıbbi açıdan kaydedilmesi ve Kurumca gerek görüldüğünde ibraz edilmesi zorunludur.

(6) Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucuları tarafından, Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilere acil hallerde sundukları sağlık hizmetleri “hizmet başına ödeme yöntemi” esas alınarak kişiler adına manuel olarak fatura edilir. Ancak kişilerce sağlık hizmet bedelinin Kurum tarafından ilgili sağlık hizmeti sunucusuna ödenmesinin talep edilmesi halinde

kişilerin yazılı muvafakatı alınarak fatura ile birlikte Kuruma gönderilir. Kurumca yapılacak inceleme sonrasında belirlenen tutarlar, fatura karşılığı kişilere veya sağlık hizmeti sunucusuna ödenir.”

MADDE 14- Aynı Tebliğin 2.4.1 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) 2.4.1.A numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“2.4.1.A - Kurum ile sözleşmeli resmi sağlık hizmeti sunucularında yapılacak dış tedavileri

(1) Kurum ile sözleşmeli resmi sağlık hizmeti sunucularında yapılan dış tedavi bedellerinin ödenmesinde SUT eki EK-2/Ç Listesi uygulanacaktır. Protez tedavilerinde ayrıca döküm ve işçilik ücreti ödenmez. Protez ücretlerine her türlü malzeme, döküm ve işçilik ücretleri dâhil olduğundan sağlık hizmeti sunucularınca temin edilmesi zorunlu olup hastalar tarafından temin edilmesi halinde fatura tutarı hastaya ödenerek sağlık kurum veya kuruluşunun alacağından mahsup edilir. Bu listede yer alan 401051, 401060, 401070, 401080, 401090, 401100, 401110, 401120, 401130, 401135, 401150, 401170 işlem kodları hariç olmak üzere üniversitelerin dış hekimliği fakülteleri tarafından SUT eki EK-2/Ç Listesindeki puanlara %50 oranında ilave edilerek faturalandırılır.”

b) 2.4.1.B numaralı maddesinin başlığı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“2.4.1.B - Kurum ile sözleşmeli olmayan resmi sağlık hizmeti sunucularında yapılacak dış tedavileri”

c) 2.4.1.B-1 numaralı maddesinin altıncı fıkrasında yer alan “protokollü” ibaresi “sözleşmeli” şeklinde değiştirilmiştir.

MADDE 15- Aynı Tebliğin 2.4.2.A numaralı maddesinin üçüncü, beşinci ve altıncı fıkraları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(3) Organ nakli tedavileri, bünyesinde “organ nakli merkezi” bulunan sağlık hizmeti sunucularında gerçekleştirilecektir.”

“(5) Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Merkezince bildirilen her bir kadavra donör için donörü temin eden sağlık hizmeti sunucusuna SUT eki EK-2/C Listesinde “P911146” kodu ile yer alan “Kadavra donör temini” bedeli karşılır. Söz konusu bedele kadavra organ alım işlemleri dâhildir.”

“(6) Herhangi bir diyaliz yöntemiyle tedavisinin mümkün olmadığı (damar yolu girişi olmayan, periton diyalizi uygulanamayan vb.) Kurumla sözleşmeli üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları sağlık kurulu raporu ile belgelenen hastalar hariç olmak üzere, ABO kan grubu uyumsuz böbrek nakline ilişkin giderler Kurumca karşılır. ABO uyumsuz böbrek nakli yapılacak hastalara uygulanacak aferez işlemi ve bu işlemde kullanılacak tıbbi malzeme bedelleri ayrıca faturalandırılmaz.”

MADDE 16- Aynı Tebliğin 2.4.4 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) 2.4.4.B numaralı maddesinin birinci ve ikinci fıkraları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(1) Hiperbarik oksijen tedavisi bedelleri, bünyesinde hiperbarik oksijen tedavi merkezi bulunan Kurumla sözleşmeli resmi sağlık hizmeti sunucusunda veya “Hiperbarik Oksijen Tedavisi Uygulanan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” kapsamında faaliyet sürdüren Kurumla sözleşmeli özel ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında yapılması halinde Kurumca karşılır.

(2) Acil durumlar hariç olmak üzere HBO tedavisi için, ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından sağlık kurulu raporu düzenlenecektir. Sağlık kurulu raporunda; tanı ile uygulanması istenilen seans sayısı yer alacaktır.”

b) 2.4.4.C numaralı maddesinin beşinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(5) Hastanın müracaat ettiği sağlık hizmeti sunucusunca sağlık kurulu raporu düzenlenerek radyo cerrahi yöntemleri için başka bir sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilmesi halinde tedaviyi gerçekleştiren sağlık hizmeti sunucusunca MR, BT, DSA, PET-CT bedeli faturalandırılmaz.”

c) 2.4.4.Ç numaralı maddesinin birinci fıkrası aşağıdaki şekilde ve beşinci fıkrasında yer alan “kurumlarınca” ibaresi “hizmeti sunucularınca” şeklinde değiştirilmiştir.

“(1) Ekstrakorporal fotoferez tedavi bedellerinin ödenebilmesi için; üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastaneler tarafından sağlık kurulu raporu düzenlenmesi gerekmektedir. Kemik İliği/Organ Nakil Merkezi ve Terapötik Aferez Merkezi ruhsatı olan ikinci basamak sağlık hizmeti sunucuları ise sadece; Graft Versus Host Hastalığı veya solid organ nakillerinde doku reddinin önlenmesi (kalp, akciğer, böbrek nakillerinde) için sağlık kurulu raporu düzenleyebilir.”

ç) 2.4.4.D-1 numaralı maddesinin birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(1) Kronik böbrek yetmezliği tanısı konulan ve diyaliz tedavisi alması gerektiği erişkin/çocuk nefroloji uzman hekim tarafından düzenlenecek uzman hekim raporu ile belgelendirilen diyaliz hastaları, bu tedavilerini, SUT’ta belirlenen usul ve esaslara uyulmak suretiyle sözleşmeli resmi sağlık hizmeti sunucularında veya “Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik” hükümlerine uygun olarak açılan Kurumla sözleşmeli özel diyaliz merkezlerinde yaptırabilirler. Hemodiyaliz raporları, hastanın bulunduğu ilde nefroloji uzmanı bulunmaması durumunda sertifikalı uzman tabip tarafından da düzenlenebilir. Daha önce düzenlenen ve düzenlendiği tarih itibarıyla uygulamada olan SUT’a uygun sağlık raporları geçerlidir. Akut böbrek yetmezliği tanısıyla yapılan diyaliz işlemlerinde hekim raporu aranmaz.”

d) 2.4.4.D-2-1 numaralı maddesinin üçüncü fıkrasında yer alan “kurumu” ibaresi “hizmeti sunucusu” şeklinde değiştirilmiştir.

e) 2.4.4.D-2-2 numaralı maddesinin birinci ve üçüncü fıkralarında yer alan “kurumu” ibareleri “hizmeti sunucusu” şeklinde değiştirilmiştir.

f) 2.4.4.E numaralı maddesinin üçüncü fıkrasında yer alan “kurumu” ibaresi “hizmeti sunucusu” ve dördüncü fıkrasında yer alan “kurumunda” ibaresi “hizmeti sunucusunda” şeklinde değiştirilmiştir.

g) 2.4.4.F-1 numaralı maddesinin birinci fıkrasının (b) bendinin (1) ve (2) numaralı alt bentleri aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“1) 31-60 seansa kadar (60 ıncı seans dahil) olan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları için en az bir fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekiminin yer aldığı (sağlık hizmeti sunucusunda yeterli sayıda fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimini bulunması durumunda sağlık kurulu bu hekimler tarafından oluşturulacaktır) sağlık hizmeti sunucusu sağlık kurulunca (ayakta tedavilerde resmi sağlık kurulunca),

2) 60 seans üzeri olan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları için en az bir fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekiminin yer aldığı (sağlık hizmeti sunucusunda yeterli sayıda fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimini bulunması durumunda sağlık kurulu bu hekimler tarafından oluşturulacaktır) üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerin sağlık kurullarınca,”

ğ) 2.4.4.F-2 numaralı maddesinin üçüncü fıkrasının ikinci cümlesi ile dördüncü fıkrası, altıncı fıkrasında yer alan “3. Basamak sağlık hizmeti sunucusunca” ibaresi “üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusu ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastaneler tarafından” şeklinde ve on birinci fıkrasının (b) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“Bu kişilere SUT eki EK-2/D-2 Listesinde yer alan tüm tanılarda bölge kontrolü olmaksızın, 30 seansa kadar (30 uncu seans dahil) olan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları için fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimince, 31-60 seansa kadar (60 ıncı seans dahil) olan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları için en az bir fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekiminin yer aldığı (sağlık hizmeti sunucusunda yeterli sayıda fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimini bulunması durumunda sağlık kurulu bu hekimler tarafından oluşturulacaktır) sağlık hizmeti sunucusu sağlık kurulunca (ayakta tedavilerde resmi sağlık kurulunca) düzenlenen rapora istinaden, 60 seanstan daha fazla fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları gereken durumlarda ise Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık hizmeti sunucularında, üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde görevli en az bir fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekiminin yer aldığı (sağlık hizmeti sunucusunda yeterli sayıda fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimini bulunması durumunda sağlık kurulu bu hekimler tarafından oluşturulacaktır) sağlık hizmeti sunucusu sağlık kurulunca 30’ar seanslık rapor düzenlenmesi koşulu ile tüm sağlık hizmeti sunucularında uygulanması halinde Kurumca karşılanır.”

“(4) Ayaktan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarında bir hastaya günde en fazla bir seans, yatarak fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarında ise SUT eki EK-2/D-2 Listesinde G80 ve (*) işaretli tanılarda bir hastaya günde en fazla bir seans, diğer tanılarda aynı bölge için bir seans olmak üzere en fazla iki bölge fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemi bedeli Kurumca karşılanır. Bir hastaya aynı gün yatarak tedavilerde, G80 ve (*) işaretli tanılar ve diğer tanılarda fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemi birlikte faturalandırılmaz.”

“b) Ayrıca G80 kodu ile yer alan tanılarda mobilitenin korunmasının sağlanması ya da gerçekleştirilmesi amacıyla cerrahi girişim veya botulismus toksini uygulandığı takdirde fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları için en az bir fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekiminin yer aldığı (sağlık hizmeti sunucusunda yeterli sayıda fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimini bulunması durumunda sağlık kurulu bu hekimler tarafından oluşturulacaktır) üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusu ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerin sağlık kurullarınca düzenlenen rapora istinaden ilave 30 seans fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları Kurumca karşılanır.”

h) 2.4.4.F-3 numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“2.4.4.F-3- Kurumla sözleşmeli özel sağlık hizmeti sunucularında Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları

(1) İkinci ve üçüncü basamak özel sağlık hizmeti sunularınca ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde yapılacak fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemlerinde SUT’un 2.4.4.F-1 ve 2.4.4.F-2 madde hükümleri ile birlikte aşağıda belirtilen düzenlemelere de uyulacaktır.

a) İkinci ve üçüncü basamak özel sağlık hizmeti sunucularınca ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde yatarak tedavilerde sadece SUT eki EK-2/D-2 Listesinde (D) grubu hariç diğer tanılarda yapılan uygulamalar Kuruma fatura edilebilir. Bu tedaviler bir yıl içerisinde 60 seans geçemez. Ancak 3713 sayılı Kanuna göre aylık bağlanmış maluller, 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanununun 56 ncı maddesi veya 2330 sayılı Kanununun 2 nci maddesinin birinci fıkrasının (e) ve (f) bentlerinde sayılanlardan 3713 sayılı Kanun kapsamına giren olaylar sebebiyle aylık bağlananlar ile 3713 sayılı Kanun kapsamına girmese dahi başkasının yardımı ve desteği olmaksızın yaşamak için gereken hareketleri yapamayacak derecede malul olan vazife ve harp malulü hastalara, 3713 sayılı Kanun kapsamına girmese dahi atış, tatbikat veya diğer ateşli silah yaralanmaları nedeniyle malul olan vazife ve harp malullerine, 3713 sayılı Kanununun 21 inci maddesinde sayılan olaylara maruz kalmaları nedeniyle yaralanan kişilere tedavileri sonuçlanıncaya veya maluliyetleri kesinleşinceye kadar geçen süre içerisinde SUT’un 2.4.4.F-2 maddesinin üçüncü fıkrasında tanımlanan raporlara istinaden (*) işaretli tanılarda yapılan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları ise seans kısıtlaması olmaksızın Kuruma fatura edilebilir.

b) Uygulamalar fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimini tarafından veya bu uzman hekimlerin sorumluluğunda yapılır.

c) Fizik tedavi ve rehabilitasyon seansları en az 60 dakika olarak uygulanır. Ancak tıbbi nedenlerle fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamasının belirtilen süreden daha önce sona ermesi halinde, gerekçesinin Kurumca kabul edilmesi durumunda tedavi puanının %50’si ödenir.

ç) Fiziksel tıp ve rehabilitasyon branşında ayaktan başvurularda ikinci ve üçüncü basamak özel sağlık hizmeti sunucuları ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastaneler için günlük muayene sınırı acil servis/polikliniğe başvurular hariç olmak üzere, sağlık hizmeti sunucusundaki sözleşme kapsamında çalışan hekimlerin çalışma saatlerinin 6 ile çarpılması ile bulunur. Her bir hekim için günlük muayene sayısı her halükarda 48’i geçemez.

d) Ayaktan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarında, Kurumumuzla sözleşmeli fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmeti veren ikinci ve üçüncü basamak özel sağlık hizmeti sunucularında ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde görev yapan fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimini için günlük en fazla sekiz saat üzerinden fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulaması Kuruma fatura edilir. Günlük en fazla sekiz saat üzerinden Kuruma fatura edilebilecek fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulaması birden fazla sağlık hizmeti sunucusunda çalışan hekim için de geçerlidir. Bir fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimini ile bir fizyoterapist için; (A) grubundaki işlemlerden günlük en fazla sekiz hastanın, (A) ve (B) grubundaki işlemlerden günlük toplam en fazla on altı hastanın, bir fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimini ile iki fizyoterapist için; (A) ve (B) grubundaki işlemlerden günlük

toplam en fazla on altı hastanın işlemi Kuruma fatura edilir. Bir fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimi için ilave olarak (C) grubundaki işlemlerden günlük en fazla otuz iki hastanın, (C) ve (D) grubundaki işlemlerden ise günlük toplam en fazla altmış dört hastanın işlemi Kuruma fatura edilir. Kurumumuzla sözleşmeli fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmeti veren ikinci ve üçüncü basamak özel sağlık hizmeti sunucularında ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastaneler tarafından gerçekleştirilecek olan günlük muayene sayısı, fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulama sayısına dahil değildir. SUT eki EK-2/D-2 Listesinde yer alan (D) grubu hariç diğer tanılarda verilen yatarak fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarında ise bu hasta sayıları dikkate alınmaz.”

1) 2.4.4.F-5 numaralı maddesinin birinci ve beşinci fıkraları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(1) Robotik rehabilitasyon sistemi uygulaması için gereken sağlık kurulu raporu, üçüncü basamak sağlık kurumlarında ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekiminin katıldığı sağlık kurulu tarafından düzenlenecektir.”

“(5) Bir hasta için bir yılda en fazla 30 seans uygulanabilir. Her bir robotik rehabilitasyon sistemi için günlük en fazla 15 hasta faturalandırılabilir. İkinci ve üçüncü basamak özel sağlık hizmeti sunucularında ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde ise en fazla 8 hasta faturalandırılabilir.”

i) 2.4.4.F-6 numaralı maddesinin birinci fıkrasında yer alan “kurumlarında” ibaresi “hizmeti sunucularında” şeklinde değiştirilmiştir.

j) 2.4.4.G-1 numaralı maddesinin birinci ve ikinci fıkralarının (a) bentleri aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“a) Sözleşmeli üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastaneler tarafından faturalandırılır. Sözleşmeli üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastaneler tarafından, herhangi bir sebeple yapılamayan tetkikler başka bir ruhsatlı Genetik Hastalıklar Değerlendirme Merkezinden (GHDM) hizmet alımı yöntemi ile sağlanarak faturalandırılabilir.”

“a) Sözleşmeli üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastaneler tarafından faturalandırılır. Sözleşmeli üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastaneler tarafından, herhangi bir sebeple yapılamayan tetkikler başka bir ruhsatlı Genetik Hastalıklar Değerlendirme Merkezinden (GHDM) hizmet alımı yöntemi ile sağlanarak faturalandırılabilir.”

k) 2.4.4.G-2 numaralı maddesinin birinci ve ikinci fıkralarının (a) bentleri aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“a) Sözleşmeli üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastaneler tarafından faturalandırılır. Sözleşmeli üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastaneler tarafından, herhangi bir sebeple yapılamayan tetkikler başka bir ruhsatlı GHDM’ den hizmet alımı yöntemi ile sağlanarak faturalandırılabilir.”

“a) Sözleşmeli üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastaneler tarafından faturalandırılır. Sözleşmeli üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastaneler tarafından, herhangi bir sebeple yapılamayan tetkikler hizmet alımı yöntemi ile sağlanarak faturalandırılabilir.”

l) 2.4.4.G numaralı maddesinin ikinci fıkrasında yer alan “Sözleşmeli/protokollü sağlık kurumları,” ibaresi “Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları,” şeklinde değiştirilmiştir.

m) 2.4.4.H numaralı maddesinin birinci, altıncı ve yedinci fıkraları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(1) Resmi ve özel sağlık hizmeti sunucuları bünyesinde kurulu bulunan yoğun bakım ünitelerinin standartları, yoğun bakım ünitelerinin tanımı, hasta özellikleri, personel durumu, yatak sayısı, tıbbi cihaz ve donanım ile yoğun bakım ünitelerinin taşınması gereken diğer özellikleri vb. hususlarda Sağlık Bakanlığı düzenlemelerine uyulacaktır. Sağlık Bakanlığı tarafından herhangi bir nedenle seviyelendirilmemiş yoğun bakım yataklarında verilen tedaviler birinci basamak yoğun bakım fiyatından faturalandırılır. Tescil edilmemiş yoğun bakım yataklarında verilen tedaviler ise faturalandırılmaz.”

“(6) Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Mikrobiyoloji Referans laboratuvarlarınınca tarafından temin edilen Botulismus Polivalan Antiserumu (Tip A, B ve E), Botulismus Polivalan Antiserumu (Tip A, B, C, D, E, F, G), ATC kodu “B01AC, B01AD, R07AA” olan ilaçların parenteral formları ile immünsuprese veya immün yetmezliği olan hastalarda ATC kodu “J02AA, J02AC, J02AX, V03AB34” olan ilaçların parenteral formları, ATC kodu “L04AC07” olan ilaçların intravenöz formları, ATC kodu “J01DD52” olan ilaç ayrıca faturalandırılacaktır.

(7) Aynı sağlık hizmeti sunucusunda aynı gün birden fazla basamakta yoğun bakım tedavisi gören hasta için bir yoğun bakım bedeli faturalandırılabilir. Hastanın genel durumu itibarıyla bulunduğu basamaktan farklı bir basamağa geçmesi durumunda, gelişmeler hizmet detay belgesinde yer alan epikriz notunda belirtilmelidir.”

n) 2.4.4.I numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“2.4.4.I - Göz hastalıkları branşına ait işlemler

(1) Kurumla sözleşmeli ikinci veya üçüncü basamak özel sağlık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastaneler, FAKO işlemi uygulayacakları hastalar için planlanan işlem tarihini, en az 2 gün öncesinde Kurum bilgi işlem sistemi üzerine kaydedeceklerdir. Kurum bilgi işlem sistemi üzerinde gerekli düzenlemeler yapıncaya kadar bu hüküm uygulanmaz.

(2) Göz hastalıkları branşında ayaktan başvurularla ikinci veya üçüncü basamak özel sağlık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastaneler için günlük muayene sınırı acil servis/polikliniğe başvurular hariç olmak üzere, sağlık hizmeti sunucusundaki sözleşme kapsamında çalışan hekimlerin çalışma saatlerinin 4,5 ile çarpılması ile bulunur. Kısırlı rakamlar üste tamamlanır. Her bir hekim için günlük muayene sayısı her halükârda 45’i geçemez. SUT eki EK-2/B Listesindeki 617340, 617341, 617342 kodlu işlemler ile EK-2/C Listesindeki P617340, P617341, P617342 kodlu işlemlerin yapılması halinde her bir işlem için hekim çalışma saatinden 30 dakika düşülerek yeni günlük muayene sayısı hesaplanır. SUT eki EK-2/B Listesindeki 602200, 616510, 616520, 616550, 616780, 616790, 616800, 616810 kodlu işlemler ile EK-2/C Listesindeki P602200, P616510, P616520, P616550, P616780, P616790, P616800, P616810 kodlu işlemlerin yapılması halinde ise her bir işlem için hekim çalışma saatinden 60 dakika

düşülerek yeni günlük muayene sayısı hesaplanır. SUT eki EK-2/B Listesindeki 602200, 616510, 616520, 616550, 616780, 616790, 616800, 616810 kodlu işlemler ile EK-2/C Listesindeki P602200, P616510, P616520, P616550, P616780, P616790, P616800, P616810 kodlu işlemlerden bir göz hastalıkları uzman hekimi günlük en fazla toplam 8 adet, bir sağlık hizmeti sunucusu ise en fazla toplam 16 adet Kuruma fatura edebilir.

(3) Hastanın, Kurumumuz ile sözleşmeli ikinci veya üçüncü basamak özel sağlık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde (acil servise başvuruları hariç olmak üzere) göz hastalıkları uzmanlık dalına ayaktan başvurduğu gün dâhil, 15 (on beş) gün içindeki aynı uzmanlık dalına diğer ayaktan başvurularında; sadece SUT eki EK-2/A-2 Listesinde yer alan işlemler faturalandırılır. SUT eki EK-2/A Listesinde yer alan tutarlar faturalandırılmaz.

(4) Kurumumuz ile sözleşmeli ikinci veya üçüncü basamak özel sağlık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde göz hastalıkları branşında bir fatura döneminde gününbirlik ve yatarak tedavi kapsamında SUT eki EK-2/B ve EK-2/C Listelerinde "6.9.Göz ve Adneksleri" başlığı altında Kuruma fatura edilen işlem sayı sınırı; göz hastalıkları branşında ayaktan başvuru sayısı ile gününbirlik ve yatarak tedavi kapsamında SUT eki EK-2/B ve EK-2/C Listelerinde "6.9.Göz ve Adneksleri" başlığı altında Kuruma fatura edilen işlemlerin sayıları toplamalarının %13'ünü geçemez."

o) 2.4.4.İ-1 numaralı maddesinin birinci fıkrasının (c) ve (d) bentlerinde yer alan "/protokollü" ibareleri yürürlükten kaldırılmıştır.

ö) 2.4.4.İ-1-2 numaralı maddesinin birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"(1) IVF tedavisi için gerekli sağlık kurulu raporu; bünyesinde kadın hastalıkları ve doğum kliniği ile üroloji kliniği (bünyesinde üroloji kliniği bulunmayan ancak üroloji uzman hekiminin konsültan olarak görev yaptığı, eğitim verilen kadın-doğum hastaneleri dâhil) bulunan üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde, iki kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimi ve bir üroloji uzman hekiminin katılımı ile oluşturulan sağlık kurulları tarafından düzenlenecektir."

p) 2.4.4.İ-1-3 numaralı maddesinin beşinci fıkrasında yer alan "/protokollü" ibaresi yürürlükten kaldırılmıştır.

r) 2.4.4.İ-1-4 numaralı maddesinin birinci fıkrasında yer alan "/protokollü" ibaresi yürürlükten kaldırılmıştır.

s) 2.4.4.İ-2 numaralı maddesinin birinci ve ikinci fıkraları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"(1) Hasta çocuk sahibi olup, tedavisinin başka tıbbi bir yöntemle mümkün olmaması ve tubben zorunlu görülmesi halinde bu çocuğun tedavisi amaçlı Preimplantasyon Genetik Tanı (PGT) yapılarak uygun kök hücre vericisi kardeş doğmasına yönelik olarak bünyesinde kemik iliği transplantasyon merkezi bulunan Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastaneler, Tıp Fakülteleri Bulunan Devlet Üniversiteleri Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezleri, Tıp Fakülteleri Bulunan Vakıf Üniversiteleri Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezleri sağlık kurulları tarafından hasta çocuk adına düzenlenen bu durumların belirtildiği genetik uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak yapılan IVF tedavilerine ilişkin giderler, SUT'un 2.4.4.İ-1 maddesinde yer alan hükümler uygulanmaksızın Kurumca karşılanır. Bu durum ve SUT'un 2.4.4.İ-3 maddesinde belirtilen durumlar dışında preimplantasyon genetik tanı ve bu işlem ile birlikte yapılan IVF bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(2) Aileler, söz konusu sağlık kurulu raporuna istinaden Kurumla sözleşmeli üremeye yardımcı tedavi merkezlerinden (tüp bebek merkezi) birine başvurabilirler."

ş) 2.4.4.İ-3 numaralı maddesinin birinci, ikinci ve altıncı fıkralarında yer alan "/protokollü" ibareleri yürürlükten kaldırılmıştır.

t) 2.4.4.J numaralı maddesinin birinci fıkrasında yer alan "kurumlarınca" ibaresi "hizmeti sunucularınca" şeklinde değiştirilmiştir.

u) 2.4.4.K numaralı maddesinin birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"(1) Palyatif bakım tedavisi, Sağlık Bakanlığınca palyatif bakım verme konusunda tescil edilmiş olan Sağlık Bakanlığınca bağlı yataklı sağlık tesislerince ve Tıp Fakülteleri Bulunan Devlet Üniversiteleri Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezleri, Tıp Fakülteleri Bulunan Vakıf Üniversiteleri Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezleri tarafından faturalandırılır."

ü) 2.4.4.N numaralı maddesinin birinci fıkrasının birinci cümlesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"Epidermolizis bülloza tanımlı hastalara yara bakım hizmetlerinin ödenebilmesi için üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastaneleri tarafından, deri ve zührevi hastalıkları uzman hekimi, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi uzman hekimi ile genel cerrahi veya çocuk cerrahisi uzman hekimlerinin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenmesi gerekmektedir."

MADDE 17- Aynı Tebliğin 2.6 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) 2.6.1.A numaralı maddesinin birinci fıkrasının (a), (b) ve (c) bentleri aşağıdaki şekilde değiştirilmiş ve ikinci fıkrasında yer alan "üçüncü basamak" ibaresinden sonra gelmek üzere "resmi" ibaresi eklenmiştir.

"a) İkinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusu bulunmayan ilçelerde birinci basamak sağlık hizmeti sunucusu tarafından yapılan sevklerle ilişkin yol gideri, en yakın ikinci basamak sağlık hizmeti sunucusunun bulunduğu yerleşim yeri,

b) İkinci basamak sağlık hizmeti sunucularınca yapılan sevklerle ilişkin yol gideri, tedavinin yapılabildiği en yakın üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucusunun bulunduğu yerleşim yeri mesafesini aşmamak kaydıyla sevk edilen yerleşim yeri,

c) Üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularınca yapılan sevklerle ilişkin yol gideri sevk edilen yerleşim yeri,"

b) 2.6.1.B-3 numaralı maddesinin birinci fıkrasının (a) ve (b) bentlerinde yer alan "kurumunca" ibareleri "hizmeti sunucusunca", (c) bendinde yer alan "kurumunun" ibaresi "hizmeti sunucusunun" şeklinde değiştirilmiştir.

c) 2.6.1.B-4 numaralı maddesinin altıncı fıkrasında yer alan "kurumuna" ibaresi "hizmeti sunucusuna" şeklinde değiştirilmiştir.

MADDE 18- Aynı Tebliğin üçüncü bölümü aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“ÜÇÜNCÜ BÖLÜM Tıbbi Malzeme

3.1 - Tıbbi malzeme temin esasları

3.1.1 -Tanım ve genel hükümler

(1) Ortez, protez, tıbbi araç ve gereç, kişi kullanımına mahsus tıbbi cihaz, tıbbi sarf, basit sıhhi sarf ve iyileştirici nitelikteki tıbbi sarf malzemeleri tıbbi malzeme kapsamında değerlendirilir.

(2) Kurumca bedeli karşılanan tıbbi malzemelerin, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankası (TİTUBB)/ Ürün Takip Sistemi (ÜTS) kayıt/bildirim işlemi tamamlanmış olmalıdır. TİTUBB/ÜTS kayıt/bildirim işlemi tamamlanmamış tıbbi malzemelerin bedelleri Kurumca karşılanmaz. Ancak, Sağlık Bakanlığının tıbbi cihazlar ile ilgili mevzuatı kapsamında yer almayan tıbbi malzeme bedellerinin Kurumca karşılanmasında ve SUT'ta belirtilen istisnalardan TİTUBB/ÜTS kayıt/bildirim işleminin tamamlanmış olması şartı aranmaz. TİTUBB/ÜTS'ye kayıtlı olan bir malzemenin ayrıca üretici ve/veya distribütör firmalarının da TİTUBB/ÜTS'de tanımlanmış olması gerekmekte olup resmi kurumlar/resmi sağlık hizmeti sunucularından bu şart aranmaz. Bir malzemenin TİTUBB/ÜTS kayıt/bildirim işleminin tamamlanmış olması o malzemenin Kurumca bedelinin karşılanması için tek başına yeterli değildir.

(3) Kurumla sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularınca temin edilerek hastalara kullanılan tıbbi malzemelerin TİTUBB/ÜTS kayıt/bildiriminde tanımlı barkod numara bilgisi, hasta güvenliği açısından, hasta işlem dosyasında muhafaza edilir ve Kurumca gerekli görüldüğü durumlarda ibrazı zorunludur. Ancak, SUT eki EK-3/A Listesinde yer alan bedeli 100 (yüz) TL'nin altındaki tıbbi sarf malzemelerin yatarak tedavi gören hastalarda kullanılması halinde (inceleme, soruşturma, denetim gibi haller hariç) barkod numara belgesinin ibrazı zorunlu değildir.

(4) Kurumla sözleşmeli 4734 sayılı Kamu İhale Kanununa tabi resmi sağlık hizmeti sunucuları, temin ettikleri tıbbi malzemeler için 4734 sayılı Kanununun 19 uncu, 20 nci, 21 inci ve 22 nci maddelerinde belirtilen ihale usulleri ve doğrudan temin alımları da dâhil olmak üzere yaptıkları alımların; ihale kayıt numarasını (İKN) (doğrudan temin alımlarında ihale kayıt numarası girilmez), TİTUBB/ÜTS kayıt numarasını, KDV hariç alış fiyatını, adedini, tarihini, hastane kodunu, firma bilgisini ve kayıt için istenen diğer tüm bilgileri “İhale/Doğrudan Temin Sonuç Bilgileri Ekranı” na eksiksiz ve düzenli olarak girmek zorundadır.

(5) Kurumla sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularında yatarak tedavilerde kullanılan tıbbi malzemeler sağlık hizmeti sunucusu tarafından temin edilmek zorundadır. Bu malzemelerin reçete karşılığı hastaya aldırılması durumunda, fatura tutarı hastaya ödenerek ilgili sağlık hizmeti sunucusunun alacağından mahsup edilir.

(6) Kurumla sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularında yatarak tedavilerde Kurumca bedeli karşılanmayan tıbbi malzemelerin hastaya aldırılarak kullanıldığı durumlarda fatura tutarı hastaya ödenerek ilgili sağlık hizmeti sunucusunun alacağından mahsup edilir. Ancak, sağlık hizmeti sunucularınca hastaya aldırılan bu tıbbi malzemenin Kurumca ödenmediğine ilişkin hastanın yazılı olarak bilgilendirilmesi halinde hastaya herhangi bir ödeme yapılmaz.

(7) SUT eki EK-3/B Listesinde yer alan tıbbi malzemelerin SUT'ta belirtilen istisnalar hariç bedelleri Kurumca karşılanmaz. Ayrıca bir tıbbi malzemenin söz konusu listede olmaması, o malzemenin Kurumca bedelinin karşılanacağı anlamına gelmez.

(8) SUT eki listelerde yer alan tıbbi malzeme birim fiyatları, SUT'ta belirtilen istisnalar hariç tavan fiyatlardır.

(9) Bedeli Kurumca karşılanmayan işlemlere ait tıbbi malzeme bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(10) SUT eki EK-3 listelerinde yer alan tıbbi malzeme fiyatları, KDV hariç fiyatlardır. İlgili kanunlarda tanımlanan KDV istisna ve muafiyetler ile SUT'ta belirtilen istisnalar ve yurt dışında faaliyet gösteren Kurumla sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları hariç olmak üzere KDV ilave edilerek ödenir. Ancak, 3065 sayılı Katma Değer Vergisi Kanununun 17 nci maddesinin birinci fıkrasında sayılan kurum ve kuruluşlara ayrıca KDV ödenmez.

(11) Kurum SUT eki EK-3 listelerinde yer alan tıbbi malzemelerin bedellerinin karşılanabilmesi için kalite ve ürün güvenliğine ait belgeleri istemeye yetkilidir. Bu yetkisini ilgili resmi/özel kurum veya kuruluşlara yaptırmak suretiyle de yerine getirebilir.

(12) Yurt dışında faaliyet gösteren Kurumla sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularında kullanılan tıbbi malzemeler için işletme gideri, hazine kesintisi, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu kesintisi bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(13) Tıbbi malzeme alan tanımları (SUT kodları), SUT eki EK-3 listelerinde yer almaktadır. Tıbbi malzemeler bu SUT kodları ile Kuruma fatura edilebilecek olmakla birlikte, SUT eki EK-3 listelerinde yer alan SUT kodlarının, SUT eki işlem listelerinde (EK-2/B, EK-2/C gibi) yer alan SUT işlem kodlarına ilave olarak ayrıca faturalandırılabilmesi için SUT veya eklerinde ilgili tıbbi malzemenin işlem bedeline ilave olarak faturalandırılabilmesinin belirtilmiş olması gerekmektedir.

(14) Tıbbi malzeme imal veya ithal eden firmalar tıbbi malzemelerini; Kurumca duyurulan yöntemlerle ve/veya Kurumca yayınlanan Tıbbi Malzeme Başvuru Kılavuzu kapsamında SUT eki EK-3 listelerindeki tıbbi malzeme alan tanımlarına (SUT kodlarına), küresel ürün numarası (barkod) bazında tanımlar. SUT kodları bazında MEDULA sisteminde işlem tarihinde tanımlı olmayan tıbbi malzemelerin bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(15) Barkod-SUT kodu eşleştirmelerinin hatalı olduğunun herhangi bir şekilde tespit edilmesi veya tıbbi malzemelerin Kurumca belirlenen kural ve/veya kriterlere uygunsuz bir şekilde fatura edilmesi halinde, söz konusu tıbbi malzeme bedelleri ödenmez, ödenmiş ise ilgililerden yersiz ödeme kapsamında tahsil edilir.

(16) Ödeme kural ve/veya kriterlerinde sağlık hizmeti sunucusu kısıtı bulunan tıbbi malzemelerin faturalandırıldığı SUT eki işlem bedellerinin ödemesinde de aynı kısıt aranır. Tıbbi malzemelerdeki sağlık hizmeti sunucusu kısıtına uymayan işlemlerin bedelleri ödenmez.

3.1.2 - Ayakta tedavilerde kullanılan tıbbi malzemeler

(1) SUT eki “Ayakta Tedavilerde Kullanılan Tıbbi Malzemeler” (EK-3/C) Listesinde yer alan Kurumca bedeli karşılanacak tıbbi malzemeler;

- a) Tıbbi Uygunluk Aranacak Tıbbi Malzemeler (EK-3/C-1),
- b) Eksternal Alt ve Üst Ekstremiteler/Gövde Protez ve Ortezleri (EK-3/C-2),
- c) Diğer Protez ve Ortezler (EK-3/C-3),
- ç) Tıbbi Sarf Malzemeleri (EK-3/C-4),

- d) Özel Hallerde Karşılana Tıbbi Malzemeler (EK-3/C-5), listelerinde SUT kodları, alan tanımları ve fiyatları ile tanımlanmıştır.
- (2) SUT eki EK-3/C listelerinde yer almayan tıbbi malzemelerin bedelleri, SUT'ta belirtilen istisnalar hariç Kurumca karşılanmaz.
- (3) SUT eki EK-3/C listelerinde yer alan tıbbi malzemeler genel alan tanımları ile belirlenmiştir. Bu alan tanımları, benzer nitelikleri veya aynı işlevsel özellikleri taşıyan tüm tıbbi malzemeleri kapsamaktadır.
- (4) SUT eki EK-3/C-2, EK-3/C-3 ve EK-3/C-5 listelerinin açıklama bölümünde "I" harfi yer alan (kişiyi özel ismarlama üretilen) ürünler ile ilgili olarak;
- a) "İsmarlama Protez ve Ortez Merkezleri ile İditme Cihazı Merkezleri Hakkında Yönetmelik" kapsamında Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış protez ve ortez merkezleri ile iditme cihazı merkezlerinden temin edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.
- b) Bu tıbbi malzemeler için fatura eki belgelere, SUT'un 5.3.2 maddesinde belirtilen belgelere ilave olarak, Sağlık Bakanlığı tarafından verilmiş ruhsatnamenin ve sorumlu müdür belgesinin "aslı gibidir" onaylı örneği eklenir. Ancak, resmi kurumlar/resmi sağlık hizmeti sunucuları bünyesindeki ismarlama protez ve ortez merkezlerinden bu belgeler istenmez.
- c) SUT eki EK-3/C-3 listesinin "Lenfödem Bası Giysileri (İsmarlama)" ve "Yanık Bası Giysileri (İsmarlama)" başlıkları altında tanımlanmış tıbbi malzemeler, "İsmarlama Protez ve Ortez Merkezleri ile İditme Cihazı Merkezleri Hakkında Yönetmelik" kapsamında olmadığından sözleşme hükümleri doğrultusunda karşılanır.
- (5) SUT eki EK-3/C-1 Listesinde yer alan tıbbi malzemelerden tıbbi uygunluk aranması esas olup, SUT eki EK-3/C listelerinde yer alan diğer tıbbi malzemelerden tıbbi uygunluk aranmaz. Ancak, sürekli kullanım gerektiren rapor takipli;
- a) Hasta alt bezi/külotlu hasta alt bezi ve çocuk hasta alt bezi/ çocuk külotlu hasta alt bezi,
- b) Kolostomi, ileostomi ve ürostomi malzemeleri,
- c) Hidrofilik kendinden kayganlaştırıcı sondada, hidro kit sondada,
- ç) Aspirasyon kateteri için tıbbi uygunluk aranması zorunlu olmayıp, ihtiyaç duyulması halinde tıbbi uygunluk aranabilecektir.
- (6) Kullanım adetleri günlük/haftalık/aylık vb. olarak reçetelendirilebilen tıbbi malzemelerin, SUT'ta belirtilen miktarlardan fazla reçete edilmesi durumunda, SUT'ta belirtilen kullanım adetleri doğrultusunda bedelleri Kurumca karşılanır.
- (7) Kurumca bedeli karşılanan tıbbi malzemelerin kaybolması veya çalınması halinde malzemenin SUT'ta belirtilen miat süresi doluncaya kadar Kurumca yenisinin bedeli karşılanmaz.
- (8) Ortez, protez ve Kurumca iade alınan cihazların bakım ve onarımı;
- a) Ortez, protez ve Kurumca iade alınan cihazlara ilişkin hasta kullanımı sırasında ortaya çıkabilecek bakım ve onarım masraflarından garanti kapsamı süresi içinde oluşan masraflar firma tarafından, garanti kapsamı süresi dışında oluşan masraflar ise bakım ve onarımın gerektiğinin Kurumca tespit edilmesi halinde Kurum tarafından karşılanacaktır.
- b) Ortez, protez ve Kurumca iade alınan cihazlara ilişkin bakım ve onarım ihtiyacı olması halinde; garanti süresi içerisinde satışı yapan firmaya, garanti süresi dışında ise Kurumun ilgili birimine müracaat edilir. Kurumca iade alınan DO1009, DO1017 ve DO1071 SUT kodlu cihazlara ilişkin bakım ve onarım ihtiyacı olması halinde; garanti süresi içerisinde olan cihazların bakım ve onarımı sağlanıncaya kadar satışı yapan firma hastalara ücretsiz yedek cihaz temin etmektedir. Garanti süresi dışında olan cihazlarda ise bakım ve onarım sağlanıncaya kadar Kurumun ilgili birimi varsa stoktan hastaya yedek cihaz temini yapacak olup, stoklarda bulunmadığında bakım ve onarım hizmeti satın alınan firma tarafından hastalara ücretsiz yedek cihaz temin edilir.
- c) Söz konusu malzemelerin kullanım kurallarına uyulmaması nedeniyle oluşan onarım masrafları Kurumca karşılanmaz. Bu amaçla Kurum, arızanın meydana geliş sebebini hekim raporu ile ihtiyaç duyulması halinde ise hekim raporuna ek olarak teknik servis raporu ile tespit eder.
- (9) SUT eki EK-3/C-2 ve EK-3/C-3 listelerinde yer alan tıbbi malzemeler SUT'ta belirtilen miat sürelerinden önce yenilenmez. Ancak;
- a) Büyüme ve gelişme çağındaki çocuklara kullanılması gerekli görülen miatlı tıbbi malzemeler, malzemenin çocuğun büyüme ve gelişmesi nedeni ile kullanılmadığı ve yenilenmesi gerektiğinin sağlık raporu ile belgelenmesi koşuluyla süresinden önce SUT hükümleri doğrultusunda yenilenebilir.
- b) SUT eki EK-3/C-2 ve EK-3/C-3 listelerinde yer alan miatlı tıbbi malzemelerin kullanım süresi dolmadan kullanıcının kasıt ve kusuru olmaksızın arızalandığının veya kullanılamaz hale geldiğinin sağlık raporu ile belgelenmesi ve Kurumca onarımının sağlanamaması hâlinde; garanti süresi içerisinde satışı yapan firma tarafından, garanti süresi dışında ise Kurum tarafından süresinden önce yenilenebilir.
- c) SUT eki EK-3/C-2 Listesinde yer alan protez/ortezlerin bakım ve onarımının mümkün olmadığı durumlarda protez/ortezin miat süresinden önceki yenilenme talepleri, protez/ortezini oluşturan ara ürünlerin hangilerinin bakım ve onarımının mümkün olmadığı ayrıntılı olarak belirtildiği, bünyesinde protez/ortez ünitesi bulunduran resmi kurumlar/resmi sağlık hizmeti sunucuları 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 karşılanacaktır.
- ç) SUT eki EK-3/C-2 Listesinde yer alan protez/ortezlerin miat süresi içerisinde, protez/ortezini oluşturan ara ürünlerden herhangi birisinin yenilerek mevcut protez/ortezin kullanılabileceğinin sağlık raporu ile belgelenmesi halinde, bakım onarımı gereken parçaların bedelleri, SUT hükümleri doğrultusunda Kurum tarafından karşılanacaktır.
- (10) Protez ve ortezlerin miat süresi sonunda bazı parçalarının değiştirilerek kullanılabileceğinin sağlık raporu ile saptanması halinde; protez ve ortezin değişim süresi, aslına uygun olarak değiştirilen parçalardan değişim süresi en uzun olan kullanım süresi kadar uzar. Ancak, aynı protez ve ortezin yeniden talep edilmesi halinde değişen parçaların bedeli ödenecek tutardan mahsup edilir.
- (11) SUT eki EK-3/C-2 ve EK-3/C-3 listelerinde yer alan tıbbi malzemelerin miat süresini takiben yapılan bakım/onarım masraflarının toplam bedeli, SUT'ta belirtilen istisnalar hariç, tıbbi malzeme bedelinin %75' ini geçemez.

(12) Tıbbi malzemelerin yenilenmesi için dzenlenecek sağlık kurulu raporlarında, 6nceden Kurumca bedeli karşılanan protez veya ortezin yenilenmesi gerektiğinin gerek6eleriyle birlikte belirtilmesi gerekmektedir. Kurumca bedeli karşılanan protez veya ortezin kullanım suresinin dolduğu ve/veya sağlık kurulu raporu ile yenilenmesinin gerektiği durumlarda dzenlenecek sağlık kurulu raporlarında daha 6nce kullanılan protez veya ortezin belirtilmesi gerekmektedir.

(13) SUT eki EK-3/C-2, EK-3/C-3, EK-3/C-4 ve EK-3/C-5 listelerinde yer alan tıbbi malzemeler, Kurumun uygun g6rduğu m6cbir sebeplere bağlı olarak kullanılamayacağının belgelendirilmesi halinde, kullanım surelerine bakılmaksızın yenilenir.

(14) 3713 sayılı Kanuna g6re aylık bağlanmış maluller, 5434 sayılı Kanunun 56 ncı maddesi veya 2330 sayılı Kanunun 2 ncı maddesinin birinci fıkrasının (e) ve (f) bentlerinde sayılanlardan 3713 sayılı Kanun kapsamına giren olaylar sebebiyle aylık bağlananlar 3713 sayılı Kanun kapsamına girmese dahi başkasının yardımı ve desteği olmaksızın yaşamak i6in gereken hareketleri yapamayacak derecede malul olan vazife ve harp malulleri ile atış, tatbikat veya diğer ateşli silah yaralanmaları nedeniyle malul olan vazife ve harp malullerinin sağlık kurulu raporuyla ihtiya6 duydukları her t6rl6 ortez/protez ve diğer iyileştirici ara6 ve gere6lerin bedelleri herhangi bir kısıtlama getirilmeksizin Kurumca karşılanır. Ancak, bu kapsamdaki kişilerin;

a) SUT ve eki listelerinde yer alan tıbbi cihazları temin etmeleri halinde fatura bedelleri SUT ve eki listelerde yer alan fiyatları aşmıyor ise bu fiyatlar 6zerinden Kurumca karşılanır.

b) SUT'ta yer alan fiyatlarla temin edilemeyen ortez/protez ve diğer iyileştirici ara6 ve gere6ler ile SUT'ta yer almayan her t6rl6 ortez/protez ve diğer iyileştirici ara6 ve gere6ler, Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri 6niversitesi Gaziler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile yapılan s6zleşme kapsamında, bu sağlık hizmeti sunucusunda oluşan ve/veya oluşturulacak komisyon/kurulca ihtiya6cı olduğunun tespit edilmesi ve ihtiya6cının sağlık hizmeti sunucusunda karşılanarak Kuruma faturalandırılması halinde fatura tutarı 6zerinden 6denir. Ancak, hazır ortez/protez ve diğer iyileştirici ara6 ve gere6ler, sağlık hizmeti sunucusu tarafından temin edilme bedeli 6zerine 10 (on) br6t asgari 6cret tutarını ge6memek 6zere %12 oranında işletme gideri eklenecek Kuruma fatura edilir.

c) Tıbbi malzemelere ilişkin bakım ve onarım masrafları garanti s6resi i6inde firma tarafından karşılanacağından Kuruma ayrıca faturalandırılmaz.

6) Tıbbi malzemelerin garanti s6resi i6indeki yenilenme talepleri Kurumca karşılanmaz.

d) Aynı işlevi g6ren birden fazla 6r6n 6eşidi bulunan tıbbi malzemelerden birinin temini halinde diğerlerinin bedeli, temin edilen tıbbi malzemenin garanti s6resi dolana kadar Kurumca karşılanmaz.

e) SUT eki EK-3/C-2 ve EK-3/C-5 listelerinde yer alan tıbbi malzemelerin garanti s6resi sonunda kullanılamaz durumda olduğunun fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi halinde, tıbbi malzemelerin yenilenme talepleri listelerde yer alan miat s6releri dikkate alınmadan Kurumca karşılanır.

f) SUT eki EK-3/C-2 ve EK-3/C-5 listelerinde yer alan tıbbi malzemeleri temin etmeleri halinde hakem olarak tayin edilen sağlık hizmeti sunucusu onay şartı aranmaz.

g) Tetrapleji veya parapleji tanılı hastalarda manuel tekerlekli sandalye ile ak6l6 tekerlekli sandalyenin aynı anda re6ete edildiği durumlarda, her iki malzeme bedeli de Kurumumuzca karşılanır.

(15) Genel sağlık sigortalısı veya bakmakla y6k6ml6 olunan kişilerin 3713 sayılı Kanunun 21 inci maddesinde sayılan olaylara maruz kalınması nedeniyle yaralandıklarını g6sterir ilgili m6lki amirlik tarafından dzenlenen belgeye istinaden kişilerin tedavileri sonu6lanıncaya veya maluliyetleri kesinleşinceye kadar ge6en s6re i6erisinde sağlık kurulu raporuyla ihtiya6 duydukları her t6rl6 ortez/protez ve diğer iyileştirici ara6 ve gere6lerin bedellerinin 6denmesinde SUT'un 3.1.2 inci maddesinin on d6rd6nc6 fıkrası gibi yararlandırılır. Fatura eki belgelere ilgili m6lki amirlik tarafından dzenlenen belgenin de eklenmesi gereklidir. Ancak, bu kişilerin maluliyetleri ile ilgili durum kesinleştikten sonra, 5510 sayılı Kanuna g6re hangi kapsamda sağlık yardımlarından yararlandırıldığına bakılarak ortez/protez ve diğer iyileştirici ara6 ve gere6lerin bedelleri karşılanır.

(16) Ayakta tedavide kullanılan tıbbi malzemelere ait fatura bedelleri malzemenin s6zleşmeli satış merkezleri veya eczanelerden temin edilmesi halinde Kurumca karşılanır. Ancak, Kurumca iade alınan tıbbi malzeme bedelleri s6zleşmeler tamamlanıncaya kadar şahıs 6demesi şeklinde yapılır.

(17) Kurum mevzuatında yer alan istisnalar hari6 Kurumca bedeli karşılanmayan tıbbi cihazlara ait tıbbi sarf malzeme ve bakım/onarım bedelleri karşılanmaz.

(18) Re6etelerde hekimce yapılması gereken d6zeltmeler re6eteyi yazan hekim, ilgili hekimin bulunmaması halinde re6eteyi dzenleyen sağlık hizmeti sunucusundaki aynı branştan hekim tarafından, uzman hekim raporlarında raporun dzenlendiği sağlık hizmeti sunucusundaki raporu dzenleyen hekim tarafından (bu hekimin bulunmaması halinde aynı branştan hekim), sağlık kurulu raporlarında ise raporda yer alan hekimlerden biri tarafından yapılır.

(19) SUT eki EK-3/C-2, EK-3/C-3 ve EK-3/C-5 listelerinde yer alan tıbbi malzemelerin yatarak tedaviler sırasında hastalara re6ete edilmek suretiyle dışardan temin ettirilmesi halinde, şahıs 6demesi olarak SUT h6k6mleri doğrultusunda bedelleri Kurumca karşılanır. Bu listelerde yer alan tıbbi malzemelerden s6zleşmeler kapsamında temin edilmesi zorunlu malzemelerin bedelleri ise bu malzemelerin ancak s6zleşmeli merkez/eczanelerden temin edilmesi halinde Kurumca s6zleşme h6k6mleri doğrultusunda karşılanır. SUT eki EK-3/C-4 listesinde yer alan ancak, yatarak tedaviler sırasında Kurumla s6zleşmeli sağlık hizmeti sunucularınca temin edilmesi gereken tıbbi malzeme listelerinde yer alan tıbbi malzemelerin geri 6deme işlemleri, malzemenin yatarak tedaviler sırasında hastalara re6ete edilerek dışardan temin ettirilmesi halinde şahıs 6demesi kapsamında SUT'un 3.1.1 inci maddesinin beşinci ve altıncı fıkralarında yer alan h6k6mler doğrultusunda yapılır. Ancak, taburcu olan hastalara re6etelendirilecek malzemeler, ayakta tedavi kapsamında değerlendirilir.

3.1.2.1- şahıs 6demesi kapsamında bedeli karşılanan tıbbi malzemelere ilişkin sağlık raporu ve re6eteler

(1) Malzemenin hazır olması halinde sağlık raporu tarihi ile fatura tarihi arasında s6re en fazla 2 (iki) ay, temin edilen malzemenin ismarlama olması halinde ise sağlık raporu tarihi ile fatura tarihi arasındaki s6re en fazla 4 (d6rt) ay olmalıdır.

(2) Ismarlama olarak 6retilen protez ve ortezlerde re6ete tarihi ile fatura tarihi arasındaki s6re dikkate alınmaz.

(3) İade kapsamındaki cihazlara ait işlemlerin reçete ve sağlık raporu ile birlikte reçete tarihinden itibaren 10 (on) işgünü içinde Kurumumuz taşra teşkilatlarına başvurularak başlatılması zorunludur. Kurumca iade alınan cihazların başvuru yapılan sosyal güvenlik il müdürlüğü stoğunda bulunmadığı durumlarda, bu cihazlara ait fatura tarihi ile stok kontrol tarihi arasında en fazla 30 (otuz) işgünü bulunması halinde Kurumca bedelleri karşılanır.

3.1.2.2- Sözleşmeler kapsamında bedeli karşılanan tıbbi malzemelere ilişkin sağlık raporu ve reçeteler

(1) Bir defaya mahsus verilen tıbbi malzemeler için; malzemenin hazır veya ısmarlama olduğuna bakılmaksızın sağlık raporu tarihinden itibaren en geç 2 (iki) ay içerisinde reçetenin düzenlenmesi gerekmekte olup, sağlık raporu ile fatura tarihi arasındaki süre dikkate alınmaz.

(2) Sürekli kullanılan tıbbi malzemelere ilişkin sağlık raporları SUT'ta belirtilen istisnalar hariç olmak üzere en fazla 2 (iki) yıl geçerlidir.

(3) Sürekli kullanılan tıbbi malzemelere ilişkin düzenlenen sağlık raporlarına istinaden temin edilen tıbbi malzeme reçeteleri, Kurum kayıtlarında yer alan malzeme bitim tarihinden 15 (on beş) gün öncesine kadar düzenlenebilir.

(4) SUT'ta belirtilen istisnalar hariç olmak üzere sürekli kullanılan tıbbi malzemelere ilişkin reçeteler en fazla 2 (iki) aylık miktarlarda düzenlenir.

(5) SUT ve eki listelerde sağlık raporlarının hangi basamak sağlık hizmeti sunucularınca düzenleneceğine yönelik hüküm bulunmayan sürekli kullanılan tıbbi malzemelerin teminine ilişkin sağlık raporları ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca düzenlenir.

3.1.3 - Yatarak tedavilerde kullanılan tıbbi malzemeler

(1) Sağlık hizmeti sunucuları tarafından temin edilen ilgili branşlara/ürün gruplarına ait Kurumca bedeli karşılanacak tıbbi malzemelerin SUT kodları, tıbbi malzeme alan tanımları ve fiyatları aşağıdaki SUT eki listelerde tanımlanmıştır:

- a) Birden Fazla Branşta Kullanılan Tıbbi Malzemeler (EK-3/A).
- b) Omurga Cerrahisi Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/E-1).
- c) Beyin Cerrahisi Branşı Kranial Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/E-2).
- ç) Ortopedi ve Travmatoloji Branşı Artroplasti Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/F-1).
- d) Ortopedi ve Travmatoloji Branşı Artroskopi ve Eklem Cerrahisi Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/F-2).
- e) Ortopedi ve Travmatoloji Branşı Tümör Rezeksiyon Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/F-3).
- f) Ortopedi ve Travmatoloji Branşı Travma ve Rekonstrüksiyon Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/F-4).
- g) Göz Sağlığı ve Hastalıkları Branşına Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/G).
- ğ) Kardiyoloji Branşına Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/H).
- h) Kalp Damar Cerrahisi Branşına Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/I).
- ı) Kulak Burun Boğaz Branşına Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/J).
- i) Kadın Hastalıkları ve Doğum Branşına Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/K).
- j) Üroloji Branşına Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/L).
- k) Radyoloji Branşı ve Endovasküler/Nonvasküler Girişimsel İşlemlere Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/M).
- l) Allogreft Ürün Grubu (EK-3/N-1).
- m) Xenogreft Ürün Grubu (EK-3/N-2).
- n) Sentetik Greft Ürün Grubu (EK-3/N-3).
- o) Hematoloji Onkoloji Branşına Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/O).
- ö) Nefroloji Branşına Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/P).
- p) Gastroenteroloji Branşına Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/R).
- r) Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Branşlarına Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/S).
- s) Anesteziyoloji, Reanimasyon ve Ağrı Tedavisi Branşına Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/T).

(2) Kurum tarafından SUT eki listelerde yer almayan tıbbi malzemeler için sözleşme yapılarak bedeli karşılanan tıbbi malzemeler hariç olmak üzere birinci fıkrada tanımlı SUT eki listelerde yer almayan tıbbi malzeme bedelleri Kurumca karşılanmaz. Ancak, 4734 sayılı Kanununa tabi olan resmi sağlık hizmeti sunucularında alım tarihi ve/veya 4734 sayılı Kanun kapsamında kesinleşen ihale karar tarihi 1/10/2014 tarihinden önce olmak kaydıyla, SUT eki EK-3/A listesi kapsamında değerlendirilecek ürünler için 1/7/2015 tarihine kadar bu şart aranmaz.

(3) SUT eki branş listelerinde, birden fazla branşta kullanılan tıbbi sarf malzemeleri (steril eldiven, sütür, sonda vb.) yer almamakta olup, söz konusu malzemelerin kullanıldığı branştan fatura edilmesi halinde SUT hükümleri doğrultusunda bedelleri Kurumca karşılanır.

(4) İlgili branş/ürün grubu listesinde yer almayan ancak, SUT eki diğer branş/ürün grubu listelerinde bulunan ve ilgili branş tarafından da kullanılabilir nitelikte olan malzemelerin, SUT eki diğer branş/ürün grubu listesindeki SUT kodu ve geri ödeme kurallarına uygun olarak, ilgili branş tarafından faturalandırılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır. SUT eki EK-3/M Listesinde yer alan tıbbi malzemelerin endovasküler/nonvasküler girişimsel işlem yapan branşlarca da kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.

(5) Yatan hasta tedavilerinde kullanılan tıbbi malzemeler için düzenlenmiş sağlık kurulu raporları/konsey kararları düzenlendiği sağlık hizmeti sunucusunda geçerlidir. Sağlık kurulu/konsey, hizmeti veren sağlık hizmeti sunucusunda görevli hekimlerden oluşur.

(6) SUT eki listelerde yer alan tıbbi malzeme alan tanımlarına ait konsey kararı/sağlık kurulu raporu/heyet raporu/epikrizde 2 (iki) uzman hekim imzası acil haller için aranmaz. Hastanın acil olduğuna dair detaylı bilgi epikriz raporunda belirtilmelidir.

(7) SUT ve eki listelerde yer alan veya yer almayan malzemeler, serbest kodsuz olarak MEDULA-Hastane sistemine girilemez, girilmesi durumunda hiçbir koşulda bedelleri Kurumca karşılanmaz. Ancak, 4734 sayılı Kanununa tabi olan resmi sağlık hizmeti sunucularında alım tarihi ve/veya 4734 sayılı Kanun kapsamında kesinleşen ihale karar tarihi 1/10/2014 tarihinden önce olmak kaydıyla, SUT eki EK-3/A listesi kapsamında değerlendirilecek ürünler için 1/7/2015 tarihine kadar bu şart aranmaz. İsmarlama tıbbi cihaz kapsamında bulunan tümör rezeksiyon protezi şeklindeki nihai ürünlerin bedellerinin

karşılansında ise MEDULA-Hastane sistemi üzerinden faturalandırma şartı aranmayacak olup manuel faturalandırılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

(8) Sağlık hizmeti sunucularında demirbaş olarak kullanılan malzemeler ile bunlara ait tamir ve bakım-onarım masrafları ile yedek parça, aksesuar ve tekrar kullanılabilir sarf malzeme bedelleri Kurumca karşılanmaz. Ancak, sağlık hizmeti sunucularında demirbaş olarak kullanılan malzemelerin hasta kullanımına mahsus tek kullanımlık tıbbi sarf malzeme bedelleri Kurumca karşılanır.

(9) Sağlık hizmeti sunucuları tarafından temin edilen tekrar kullanılabilir tıbbi malzemelerin bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(10) Laboratuvar testlerinde kullanılan tıbbi malzemeler işlem bedeli içerisinde ödendiğinden Kuruma ayrıca fatura edilemez.

(11) Taniya dayalı işlem kapsamına dahil olup ayrıca faturalandırılmayan tıbbi malzemelerden, Kurumca belirlenerek Kurumun resmi internet sitesinde yayımlanacak tıbbi malzemeler MEDULA sistemine kaydedilir.

3.1.4 - Taniya dayalı işleme dahil olmayan tıbbi malzemeler

(1) Taniya dayalı işlem üzerinden ödeme yöntemi ile faturalandırılan işlemlere dahil tıbbi malzemeler için de SUT ve eki listelerde belirtilen kurallar geçerlidir.

(2) Aşağıda sayılan taniya dayalı ödeme işlem puanına dâhil olmayan tıbbi malzemelerin bedelleri SUT hükümleri doğrultusunda Kurumca karşılanır:

- a) Plak, çivi, vida, ankor.
- b) Kemik çimentosu.
- c) Eksternal fiksator setleri.
- ç) Her türlü eklem implantı.
- d) Omurga implantı.
- e) Kalp pili.
- f) Pace elektrodu.
- g) Koroner stentler.
- ğ) Kalp kapakları.
- h) İntraaortik balon, ventrikül destek cihazı.
- ı) Kapaklı kapaksız kondüit.
- i) Valf ringi.
- j) Her türlü greft, shunt ve suni damar.
- k) Protezler.
- l) Aterektomi cihazı.
- m) Çift yüzlü yamalar (meshler).
- n) SUT eki EK-2/C Listesi açıklama bölümünde taniya dayalı ödeme işlem puanına dâhil olmadığı belirtilen tıbbi malzemeler.

o) SUT eki EK-3/F-2 listesinde yer alan "Artroskopi ve Eklem Cerrahisi Malzeme Seti".

3.2 - Tıbbi malzeme ödeme esasları

3.2.1 - Yatarak tedavilerde tıbbi malzeme bedellerinin ödenmesi

3.2.1.A - Kamu İhale Kanununa tabi olan resmi sağlık hizmeti sunucularında;

(1) SUT eki listelerde yer alan tıbbi malzemelerin temin edilmesi halinde, bu listelerdeki birim fiyatlar, sağlık hizmeti sunucuları tarafından hangi fiyatlara temin edildiğine bakılmaksızın geri ödemede esas alınacak olan fiyatlardır. Bu fiyatlara Kurum bilgi işlem sistemi tarafından %12 işletme gideri ilave edilir. Kurum tarafından SUT eki listelerde yer almayan tıbbi malzemeler için sözleşme yapılarak bedeli karşılanan tıbbi malzemelerin geri ödemede esas alınacak fiyatları ise sözleşmede belirtilen fiyatlar olup; sözleşmede yer alan bu fiyatları aşmamak üzere Kuruma fatura edilir.

(2) SUT eki listelerde yer almayan tıbbi malzemelerin fatura edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz. Ancak, alım tarihi ve/veya 4734 sayılı Kanun kapsamında kesinleşen ihale karar tarihi 1/10/2014 tarihinden önce olmak kaydıyla, SUT eki EK-3/A listesi kapsamında değerlendirilecek ürünler için 1/7/2015 tarihine kadar bu şart aranmaz. Bu kapsamda değerlendirilmekle birlikte SUT eki EK-3/A listesinde tanımlanmayan tıbbi malzemeler alış fiyatı ile fatura edilir, alış fiyatının üzerine Kurum bilgi işlem sistemi tarafından %15 işletme gideri ile Hazine kesintisi, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu kesintisi ilave edilerek bedelleri Kurumca karşılanır.

(3) Bu madde kapsamındaki sağlık hizmeti sunucularından Kurumca belirlenecek olanların tıbbi malzeme ihtiyaçlarını karşılamak üzere Kurum tıbbi malzeme satış merkezleriyle sözleşme yapabilir. Tıbbi malzeme satış merkezleri Kurumun belirlediği tıbbi malzeme alan tanımları için SUT fiyatları üzerinden Kurumun belirlediği oranda iskonto yapar. Kurum her bir tıbbi malzeme alan tanımı için ayrı ayrı iskonto oranı belirleyebilir. Herhangi bir tıbbi malzeme alan tanımı için tıbbi malzeme satış merkezlerine ödenecek olan tutar, aynı tıbbi malzeme alan tanımının SUT'ta belirlenen fiyatlarının Kuruma maliyetini geçemez.

3.2.1.B - Kamu İhale Kanununa tabi olmayan resmi sağlık hizmeti sunucularında;

(1) SUT eki listelerde yer alan tıbbi malzemelerin temin edilmesi halinde, bu listelerdeki birim fiyatlar, sağlık hizmeti sunucuları tarafından hangi fiyatlara temin edildiğine bakılmaksızın geri ödemede esas alınacak olan fiyatlardır. Bu fiyatlara Kurum bilgi işlem sistemi tarafından %12 işletme gideri ilave edilir. Kurum bilgi işlem sistemi tarafından KDV, Hazine kesintisi, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu kesintisi ilave edilmeksizin Kurumca bedelleri karşılanır.

(2) SUT eki listelerde yer almayan tıbbi malzemelerin fatura edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.

3.2.1.C - İkinci ve üçüncü basamak özel sağlık hizmeti sunucularında;

(1) SUT eki listelerde yer alan tıbbi malzemelerin temin edilmesi halinde, bu listelerdeki birim fiyatlar, sağlık hizmeti sunucuları tarafından hangi fiyatlara temin edildiğine bakılmaksızın geri ödemede esas alınacak olan fiyatlardır. Kurum bilgi işlem sistemine girilen KDV oranında bedel ilave edilerek Kurumca bedelleri karşılanır.

(2) SUT eki listelerde yer almayan tıbbi malzemelerin fatura edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.

3.2.2 - Ayakta tedavilerde tıbbi malzeme bedellerinin ödenmesi

(1) SUT eki EK-3/C listelerinde yer alan tıbbi malzemeler belirlenen fiyatları aşmamak üzere fatura tutarı üzerinden ödenir.

(2) SUT'ta yer alan ancak, fiyatı SUT eki EK-3/C listelerinde yer almayan tıbbi malzemelerin bedelleri, piyasa araştırması (her türlü fiyat araştırması) yapılarak taşra teşkilatı inceleme birimlerince benzer nitelikte, aynı işlevsel özellikte ve aynı tıbbi sonucu verdiği kabul edilen tıbbi malzemelerden en düşük olanının fiyatı esas alınarak fatura tutarını aşmamak üzere Kurumca karşılanır.

3.2.3 - Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularında tıbbi malzeme bedellerinin ödenmesi

(1) Kurum ile sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularınca acil haller nedeniyle kullanılan ve SUT'un 2.3 maddesi doğrultusunda Kurumca karşılanması gereken tıbbi malzeme bedelleri, şahıs ödemesi olarak SUT hükümleri doğrultusunda Kurumca karşılanır.

3.3 - Bazı tıbbi malzemelerin temin edilme esasları

3.3.1 - Yara bakım ürünleri

- (1) Yara bakım ürünlerinin bedelleri, sağlık kurulu raporuna istinaden Kurumca karşılanır.
- (2) Yara bakım ürünleri için düzenlenecek sağlık kurulu raporları;
 - a) Yatarak tedavide; takip ve tedaviyi yapan uzman hekim ile genel cerrahi, geriatri, ortopedi ve travmatoloji ve plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurullarınca düzenlenecektir.
 - b) Ayakta tedavide; resmi sağlık hizmeti sunucularında genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi, geriatri uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurullarınca düzenlenecektir.
- (3) Yara bakım ürünlerinin kullanımına dair düzenlenecek sağlık kurulu raporlarında hasta kimlik bilgilerinin dışında;
 - a) Etyolojik tanı (diyabetik ayak yarası vb.),
 - b) Yara ve/veya yaraların anatomik lokalizasyonu,
 - c) Yara ve/veya yaraların ebatları,
 - ç) Klinik bulgular (eksüdatasyon, kavitasyon enfeksiyon gibi özellikler ayrıca belirtilecektir),
 - d) Öncesinde medikal ve/veya cerrahi tedavi uygulanıp uygulanmadığı,
 - e) Tercih edilen yara bakım ürününün tercih gerekçesi, tipi, ebatları, değiştirilme süresi bilgilerinin yer alması zorunludur.
- (4) Sağlık kurulu raporunda belirtilen yara bakım ürünü dışında başka bir yara bakım ürünü kullanılması gerektiğinde, gerekçesi ile birlikte yeniden sağlık kurulu raporu düzenlenecektir.

(5) Sağlık kurulu raporları yatarak tedavilerde yatış süresince geçerlidir.

(6) Ayakta tedavide kullanılacak yara bakım ürünleri için, sağlık kurulu raporuna dayanılarak genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi, geriatri veya deri ve zührevi hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından reçete düzenlenmesi gerekmektedir.

(7) Reçetenin tekrar düzenlenmesi halinde yara/yaraların ebatları reçeteyi yazan hekim tarafından sağlık kurulu raporunun arkasına yazılır ve rapor aynı hekim tarafından imzalanarak kaşelenir.

(8) Ayakta tedavide tedavi edici etkisini sadece hydrocolloid, köpük ve fiber içermesinden dolayı gösteren yara bakım ürünlerinin bedelleri Kurumca karşılanır.

(9) Aşağıdaki deri taklitleri (yedekleri) sadece yanık tedavisinde kullanılması halinde ödenir.

a) Dermis iskeleti: Dermis iskeleti (yeni dermis oluşumu için iskelet görevi gören ve içine hücre göçüne izin veren sentetik/hayvan kaynaklı yapılar) görevi görebilen, tek veya çok katmanlı, fakat sadece dermisin tam kat hasar gördüğü üçüncü derece yanık bölgelerinin tedavisinde kullanılabilen deri taklitlerinin (yedekleri) bedeli yüz, boyun, el, ayak, perine, eklem, sadece kız çocuklarında ve kadınlarda meme alanlarını içeren yanıklarda veya %40'ı (0-12 yaş için %20) geçen üçüncü derece yanıklarda yanık merkezi ve/veya üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yüksek öğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde sağlık kurulu raporu ile kullanımı halinde Kurumca karşılanır.

b) Deri benzerleri: Dermis iskeleti görevi göremeyen, bununla birlikte en az derin ikinci derece yanıkların tedavisinde, sahip oldukları fiziksel veya moleküler özellikler sayesinde epidermisin ve kısmen dermisin özelliklerini taklit ederek yarayı enfeksiyon, kontaminasyon gibi dış etkenlerden koruyan sentetik/hayvan kaynaklı, emilebilen veya yarıdan kendiliğinden ayrılabilen deri taklitlerinin (yedekleri) bedeli yüz, boyun, el, ayak, perine, eklem, sadece kız çocuklarında ve kadınlarda meme alanlarını içeren yanıklarda veya %40'ı (0-12 yaş için %20) geçen derin ikinci derece ve/veya üçüncü derece yanıklarda yanık ünite/merkez ve/veya üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yüksek öğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde sağlık kurulu raporu ile kullanımı halinde Kurumca karşılanır.

(10) Yanık hastalarının ayakta tedavilerinde, SUT ve eki listelerde yer alan yara bakımı ile ilgili hükümler geçerlidir.

3.3.2 - Şeker ölçüm çubukları

(1) Tip I diyabetli ve Tip II diyabetliler, hipoglisemili hastalar, gestasyonel diyabetliler ile sadece oral antidiyabetik ilaç kullanan diyabetli hastaların kullanmakta olduğu kan şekeri ölçüm çubuklarına ait bedeller, aşağıda belirtilen esas ve şartlar doğrultusunda Kurumca karşılanacaktır;

a) Tip I diyabetli, Tip II diyabetli, hipoglisemili, gestasyonel diyabetli hastalar ile sadece oral antidiyabetik ilaç kullanan diyabetli hastalar için, aile hekimi uzmanı, endokrinoloji ve metabolizma, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından uzman hekim raporu düzenlenmesi gerekmektedir.

b) Kan şekeri ölçüm çubukları;

1) Tip I diyabetli çocuk hastalar (18 yaş altı), gebeler, transplantasyon hastalarında sağlık raporunda tedavi protokolü olarak belirtilen adetler esas alınarak,

2) Tip I diyabetli erişkin hastalar ve insülin kullanan Tip II diyabetli tüm hastalarda ayda en fazla 150 (yüz elli) adet,

3) Medikal tedavi ile kontrol altında tutulan hiperinsülinemik hipoglisemisi olan çocuk hastalar için ayda en fazla 150 (yüz elli) adet, erişkin hastalar için en fazla 50 (elli) adet,

4) Oral antidiyabetik ilaç kullanan diyabetli hastalara 3 (üç) ayda en fazla 100 (yüz) adet hesabıyla reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.

c) Kan şekeri ölçüm çubuklarına ait faturalara, sağlık raporunun fotokopisi (e-rapor hariç) ile reçetenin asılları (e-reçete hariç) eklenecektir.

ç) Kan şekeri ölçüm çubukları sözleşmeli eczanelerden temin edilecektir.

3.3.3 - Görmeye yardımcı tıbbi malzemeler

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

(2) Reçetenin/e-reçetenin/sağlık kurulu raporunun/e-raporun düzenlenme tarihinden itibaren 10 (on) işgünü içerisinde yapılan hasta müracaatları optisyenlik müesseseleri tarafından kabul edilecektir. Süresi içerisinde kabul edilen sağlık kurulu raporu/e-raporun ve/veya reçetelerin/e-reçetelerin sisteme kaydı nitelikli malzemelerde 30 (otuz) iş günü, diğer reçeteli malzemelerde ise 20 (yirmi) iş günü içerisinde tamamlanır. Süresi içinde yapılmayan hasta müracaatları ve/veya sistem kayıtlarına ilişkin reçete/e-reçete/sağlık kurulu raporu/e-rapor ile kullanılması gerekli görülen görmeye yardımcı tıbbi malzemelerin bedelleri Kurumca karşılanmaz.

3.3.3.A - Gözlük cam ve çerçevesi

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

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

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

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

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

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

3.3.3.B - Teleskopik gözlük

(1) Konjenital nedenlere, kalıtsal hastalıklara, yaralanmalara, şeker hastalığına, glokoma, katarakta ve yaşlanmaya bağlı göz bozukluğu olan ve iyi gören gözde düzeltilmiş uzak görme keskinliği 3/10 ve altında olan hastalarda üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularınca ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yüksek öğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerce düzenlenen ve en az bir göz sağlığı ve hastalıkları uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporuna/e-rapora dayanılarak bedelleri Kurumca karşılanır.

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

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

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

3.3.3.C - Kontakt lensler

(1) Kontakt lens bedelleri;

a) Konjenital katarakt nedeniyle opere olmuş afak olgularda,

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

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

ve bu durumlarının üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularınca ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yüksek öğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerce düzenlenen en az bir göz sağlığı ve hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporunda/e-raporda, teşhis, hastaya uygun görülen lensin çapı (BC), derinliği (DİA), diyoptri değeri (POW) ile lensin niteliğinin (sert, yumuşak, gaz geçirgenliği vb.) belirtilmesi ve Kurumla sözleşmeli optisyenlik müesseselerinden temin edilmesi şartıyla SUT eki EK-3/D Listesinde yer alan bedeller üzerinden Kurumca karşılanır.

(2) Kontakt lenslerin miat süresi 2 (iki) yıldır.

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

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

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

(6) Kontakt lens solüsyonlarının bedelleri Kurumca karşılanmaz.

3.3.3.Ç – Görmeye yardımcı tıbbi malzemelerde elektronik reçete uygulaması

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

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

(3) Kurum tarafından gerekli düzenlemeler tamamlanıncaya kadar manuel olarak düzenlenmeye devam edilecek olan reçeteler;

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

b) Resmî sağlık hizmeti sunucularından; kamu idareleri bünyesindeki Kurum tabipliklerinde, belediyelere ait polikliniklerde, aile hekimlikleri dışındaki birinci basamak resmî sağlık hizmeti sunucularında, üniversiteler bünyesindeki mediko-sosyal birimlerde düzenlenen reçeteler (resmî sağlık hizmeti sunucularının MEDULA-Hastane sistemini kullanmaya başlamaları veya teknik alt yapılarını oluşturmaları halinde e-reçete uygulamasına geçmeleri zorunludur.).

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

3.3.4 – Greftler

3.3.4.A - Genel hükümler

(1) İnsan dokusu kaynaklı ürünlerin (allogreftler) MEDULA-Hastane sistemine girişlerinde TİTUBB/ÜTS kayıt/bildirim işleminin "Allogreft Ürün Onay Ekranı" nda tamamlanmış olma şartı aranacak olup tüm gönderimlerin küresel ürün numaraları (barkod) ile yapılması gerekmektedir.

(2) Sağlık hizmeti sunucusu tarafından, benzeri olmayan tanımlayıcı kodun (Donör ID) MEDULA-Hastane sisteminde açılmış olan alana girilmesi zorunludur.

(3) Dermis ve/veya epidermis yerine geçen allogreftlerin bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(4) Sentetik greftler ve xenogreftler; Sağlık Bakanlığı "Tıbbi Cihaz Yönetmeliği" kapsamında olduğundan TİTUBB/ÜTS kayıt/bildirim işlemi tamamlanmış olma şartı aranır.

(5) Epifiz hattı açık olan hastaların, patolojik olmayan primer kırıklarında hiçbir greft bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(6) Tümör dışı kalça kırığı nedeniyle artroplasti uygulanan vakalarda hiçbir greft bedeli Kurumca karşılanmaz.

(7) İlgili listelerde bulunan alan tanımlarında boyut ve ölçüler belirtilmiş olup, küçük boyut ve ölçüler bir arada kullanılarak listede yer alan büyük miktarlar elde edilemez.

(8) Sentetik greft, allogreft ve xenogreftlerin birbirleri ile kombine edilerek kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(9) Sentetik greft, allogreft ve xenogreftler;

a) Daha önce otogreft uygulanmış ve greft alımında yeterli doku bulunmayan hastalarda,

b) Otogreft donör alımında morbidite riski olan hastalarda,

c) Çok parçalı ve defektli kırıkların en az biri ortopedi ve travmatoloji uzmanı olmak kaydıyla 3 (üç) uzman hekim tarafından düzenlenecek rapor ile belgelendirilen cerrahi tedavisinde,

ç) Kemiklerde geniş defektler oluşturan benign veya malign tümörlerin cerrahisinde,

d) 3 (üç) veya daha fazla vertebra içeren füzyon uygulanan omurga cerrahisinde,

e) Spinal cerrahide tümör ya da travma nedeniyle korpektomi boşluğuna titanyum ya da çelik interbody kafes yerleştirilmesi sırasında kafes içinin doldurulduğu (DBM içeren tüm formlar hariç olmak üzere) hastalarda kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

(10) Sentetik greft kullanılan tüm uygulamalarda vaka başı 30 cc'yi geçmemek üzere bedelleri Kurumca karşılanır.

(11) Allogreft/xenogreft kullanılan tüm uygulamalarda vaka başı 60 cc'yi geçmemek üzere bedelleri Kurumca karşılanır.

(12) 3 (üç) veya daha fazla vertebra içeren füzyon uygulanan omurga cerrahisinde;

a) Allogreft/xenogreft kullanılan posterior spinal stabilizasyon uygulamalarında Servikal 1-Torakal 10 vertebra arası her seviye için 5 cc, Torakal 11-Sakral 1 vertebra arası her seviye için 10 cc'yi geçmemek üzere bedelleri Kurumca karşılanır.

b) Sentetik greft kullanılan posterior spinal stabilizasyon uygulamalarında Servikal 1-Torakal 10 vertebra arası her seviye için 2,5 cc, Torakal 11-Sakral 1 vertebra arası her seviye için 5 cc'yi geçmemek üzere bedelleri Kurumca karşılanır.

(13) Allogreft/xenogreft kullanılan büyük kemik kistlerinin cerrahi tedavisinde; ayrıntılı koronal ve aksiyel bilgisayarlı tomografi kesitlerine ait raporlarla belgelendirilmek kaydıyla 120 cc'yi geçmemek üzere bedelleri Kurumca karşılanır.

(14) Tendon yerine kullanılacak sentetik greftlerin bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(15) Fasiya Temporalis alan tanımında yer alan allogreftlerin yalnızca Kulak Burun Boğaz uzmanlık dalı tarafından kullanıldığında bedelleri Kurumca karşılanır.

(16) Ayakta tedavilerde; ağız, diş sağlığı ve çene cerrahisi uygulamalarında dokuzuncu fıkranın (a) ve (b) bentlerinde tanımlı bulunan kurallar aranmaz.

3.3.4.B - Tendon allogreftleri

(1) Eğitim verme yetkisi bulunan üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularınca ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yüksek öğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde,

- Rekonstrüksiyon revizyon ameliyatlarında en fazla 1 (bir) adet kullanıldığında bedelleri Kurumca karşılanır.
- Çoklu bağ rekonstrüksiyon ameliyatlarında en fazla 2 (iki) adet kullanıldığında bedelleri Kurumca karşılanır.
- Primer tekli bağ tendon yaralanmalarında hiçbir durumda bedelleri Kurumca karşılanmaz.

3.3.4.C - Kemik yapımını uyarıcı materyaller (DBM içeren tüm formlar)

(1) Kemik yapımını uyarıcı materyallerin kendi aralarında kombine edilerek kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(2) Tek başına DBM için; servikal füzyon ameliyatlarında disk mesafesinde kafes içine 1 cc'yi geçmemek üzere bedelleri Kurumca karşılanır.

(3) En az 2 (iki) ortopedi ve travmatoloji uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelendirilen, osteojenik aktivitenin istendiği atrofik nonunion pseudoartroz olgularında kemik yerine geçen materyallerle kombine kullanılması halinde humerus/pelvis/femur/tibiada 5 cc, fibula/radius/ulnada 2 cc ve diğer kemiklerde 1 cc'yi geçmemek üzere bedelleri Kurumca karşılanır. Hipertrofik nonunion olgularında kullanıldığı takdirde bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(4) Otojen greft kullanılması halinde, kemik yapımını uyarıcı materyallerin bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(5) Epifiz hattı açık olan hastaların tümoral hastalıklarında oluşan defektlerin giderilmesinde kullanılması halinde kemik tümörünün ve kemik yapımını uyarıcı materyale duyulan ihtiyacın niteliğinin 3 (üç) ortopedi ve travmatoloji uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi halinde ve humerus/pelvis/femur/tibiada 5 cc, fibula/radius/ulnada 2 cc ve diğer kemiklerde 1 cc'yi geçmemek üzere bedelleri Kurumca karşılanır.

(6) Omurga füzyon cerrahisi uygulanmış ve enstrümente edilmiş ancak, üzerinden en az 1 (bir) yıl geçmesine rağmen füzyon elde edilememiş revizyon enstrümantasyon cerrahisi gereken vakalarda vaka başı 5 cc'yi geçmemek üzere bedelleri Kurumca karşılanır.

(7) Yetişkin primer kırıklarında kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.

3.3.4.Ç - Dura greftleri

(1) Otojen greftler ile kapatılamayan dura defekti olan vakalarda bedelleri Kurumca karşılanır.

(2) Dura greftlerinin aşağıdaki durumlarda kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

- Nüks tümör cerrahisi,
- Kafa kaidesi girişimleri,
- Dekompresyon/disk/kırık cerrahisi hariç olmak üzere intramedüller/intradural spinal cerrahi,
- Kraniyotomi sırasında duranın parçalandığı olgular,
- Posterior fossa cerrahisi,
- Leptomeningeal kist,
- Ensefalosel cerrahisi,
- Dekompresif kraniyektomi yapılan olgular,
- Daha önce durası açık bırakılan olgular,
- Beyin omurilik sıvısı fistülleri,
- Dura kaynaklı veya durayı atake eden tümörler.

3.3.5 - Enjektör bedelleri

(1) Ayaktan tedavide reçeteye yazılan enjektör ilaç adedine ve ml'sine uygun enjektör bedeli Kurumca belirlenen bedel üzerinden ödenir.

(2) İnsülin kalem iğne uçları bedelleri, insülin kartuşları ile birlikte ya da tek başına reçete edildiğinde bedeli Kurumca karşılanır.

3.3.6 - Kurumca iade alınan tıbbi malzemeler

(1) Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilere iade alınmak kaydıyla taahhütname karşılığı temin edilen tıbbi malzemeler;

a) Non-İnvaziv Mekanik Ventilasyon Cihazları (CPAP, Auto CPAP, BPAP, BPAP-S, BPAP S/T, BPAP S/T AVAPS, ASV),

b) Evde uzun süreli veya taşınabilir komponenti olan oksijen tedavisi cihazları (oksijen konsantratörü, oksijen tüpü ve başlığı, taşınabilir komponenti olan oksijen tedavi cihazları),

c) Ev tipi ventilatör,

ç) Akülü tekerlekli sandalye,

d) Ev tipi ventilatör için kesintisiz güç kaynağı.

(2) Kurum tarafından iade alınan cihazların, Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan hastalara verilebilmesi için hastaların sağlık kurulu raporu ile Sosyal Güvenlik İl Müdürlüklerine müracaatta bulunmaları gerekmektedir. Sağlık kurulu raporlarında, "iade cihazın temini için Kuruma müracaat edilmesi gerektiği" belirtilecektir. Müracaatı takiben, söz konusu tıbbi cihazların Kurum stoklarından temin edilmesi yoluna gidilecek olup, stoklarda yok ise Kurum stoklarında cihazın olmadığına dair onay alınmak suretiyle hasta tarafından temin edilen cihaz bedelleri (maske, filtre, hasta devresi, su kabı, chamber (su haznesi), nazal kanül, başlık, nemlendirici, ısıtıcı nemlendirici vb. aksesuarlar dahil) SUT'un 3.2.2 maddesi doğrultusunda Kurumca karşılanır. Onay alınmadan hasta tarafından temin edilen cihazların bedelleri Kurumca karşılanmaz.

3.3.6.A - Non-İnvaziv mekanik ventilasyon cihazlarının (NİMV) temini

3.3.6.A-1 - Solunumsal uyku hastalıklarında NİMV cihazları verilme ilkeleri

(1) NİMV cihazı verilecek hastalıklar; (Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflamasına göre)

- Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OUAS),
- Santral Uyku Apne Sendromu,
- Cheyne Stokes Solunumu,

ç) Uykuyla ilişkili hipoventilasyon/hipoksemik sendromlardır (uyku ilişkili obstrüktif olmayan idiyopatik alveoler hipoventilasyon, konjenital santral alveoler hipoventilasyon sendromu, pulmoner parankimal veya vasküler patolojilere bağlı hipoventilasyon hipoksemi, alt solunum yolu hastalıklarına/kronik obstrüktif akciğer hastalığına bağlı hipoventilasyon hipoksemi, nöromusküler ya da göğüs duvarı hastalıklarına bağlı hipoventilasyon hipoksemi).

d) Kompleks uyku apnesi.

(2) NİMV cihazları verilmesine ilişkin sağlık kurulu raporlarının, bünyesinde uyku merkezi bulunan sağlık hizmeti sunucuları sağlık kurullarınca düzenlenmesi gerekmektedir.

(3) Sağlık kurulu raporunda; göğüs hastalıkları, psikiyatri veya nöroloji uzmanı; hastanın çocuk olması halinde ise çocuk göğüs hastalıkları veya çocuk nöroloji uzmanlarından en az birinin yer alması ve bu hekimler tarafından reçete edilmesi zorunludur.

(4) Tüm gece boyunca, en az 16 kanallı polisomnografi cihazı (en az 3 kanallı olmak üzere elektroensefalografi, elektromyografi, elektrokardiyografi, elektrookülografi, oksimetre, hava akımı, karın ve göğüs solunum efor bantlarını ve horlama mikrofonu kaydını içermesi) ile yapılan tetkike ait raporda;

a) Uyku evreleri (total uyku süresi, uykuya geçiş süreleri, uyku etkinliği),

b) Oksijen saturasyonu ortalama ve en düşük değerleri,

c) Oksijen desaturasyon indeksi,

ç) Apne-Hipopne İndeksi veya solunum bozukluğu indeksi (respiratory disturbance index/RDİ)

d) Apne-Hipopne veya RDI (Apne-Hipopne-Solunum çabasına bağlı uyanma reaksiyonu (respiratory effort related arousal: RERA)) süreleri,

e) Bunların yatış pozisyonu ve uyku evrelerine göre dağılımı, bilgilerinin yer alması gerekmektedir.

(5) Sağlık kurulu raporu ekinde polisomnografi ve titrasyon tetkikine ait raporlar yer almalıdır.

(6) Sağlık kurulu raporunda tanı ve tedavi, tedavi basıncı ile hastanın kullanacağı NİMV cihazının türü ve birlikte kullanılacak aksesuarlar yer almalıdır.

(7) NİMV cihazı kullanımı sırasında oksijen saturasyonu %88'in üzerine çıkarılmadığının sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla NİMV tedavisine ek olarak verilen kronik oksijen tedavisine yönelik cihaz bedelleri Kurumca karşılanır.

(8) NİMV cihazlarının yıllık minimum 1.200 saatin altında kullanıldığının saptanması durumunda, kullanım saati bilgilerinin yer aldığı sevk evrakı ile hastaların sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilmesi ve cihazla tedavinin devam edilip edilmeyeceğine ilişkin sağlık kurulu raporu tanzim edilmesi gerekmektedir.

(9) Bünyesinde polisomnografi cihazı bulunan ikinci ve üçüncü basamak özel sağlık hizmeti sunucularının faaliyet izin belgesinde göğüs hastalıkları branşı veya nöroloji branşı (tam zamanlı göğüs hastalıkları uzmanı veya nöroloji uzmanı olan) olmalıdır. (Sağlık Bakanlığı "Özel Hastaneler Yönetmeliği" nde düzenleme yapıp uyku laboratuvar ünitesi ruhsatı düzenleninceye kadar, polisomnografi cihazının faaliyet izin belgesine işlenmiş olup olmamasına bakılmayacaktır.)

(10) Isıtıcı nemlendiricili üniteleri NİMV cihazlarına dâhildir. Ayrıca ısıtıcı nemlendiricinin bedeli Kurumca karşılanmaz.

3.3.6.A-2 - Kronik solunum yetmezliğinde NİMV cihazları verme ilkeleri

(1) Kronik solunum yetmezliğinde yalnızca BPAP-S ve BPAP-S/T cihazı bedelleri Kurumca karşılanacak olup, teminine ilişkin düzenlenecek sağlık kurulu raporunda göğüs hastalıkları, nöroloji, anestezi ve reanimasyon, yoğun bakım sorumlu uzmanı ile çocuk göğüs hastalıkları hekimlerinden en az birinin yer alması ve bu hekimler tarafından reçete edilmesi gerekmektedir.

(2) Kronik stabil ya da yavaş ilerleyen solunum yetmezliği (gündüz ya da gece karbondioksit retansiyonuna bağlı semptom varlığı, noktürnal hipoventilasyon) varlığında hastanın ilaç ve oksijen tedavisi alırken stabil dönemde solunum yetmezliğinin önlenemiyor olması BPAP-S veya BPAP-S/T cihazı verme endikasyonu olarak kabul edilir.

(3) Sağlık kurulu raporunda hastanın kullanacağı NİMV cihazının türü ve birlikte kullanılacak aksesuarlar (maske, nemlendirici ve ısıtıcı nemlendirici gibi) yer alacaktır.

3.3.6.B - Evde uzun süreli veya taşınabilir komponenti olan oksijen tedavisi cihazları

(1) Kronik solunum yetmezliği tedavisinde uygulanacak oksijen sistemlerinin verilmesine yönelik sağlık kurulu raporları, göğüs hastalıkları, nöroloji, anestezi ve reanimasyon ile yoğun bakım sorumlu uzman tabiplerinden; hastanın çocuk olması halinde ise çocuk göğüs hastalıkları veya çocuk nöroloji uzmanlarından birinin yer aldığı sağlık kurullarınca düzenlenecektir. Ancak, çocuk göğüs hastalıkları veya çocuk nöroloji uzmanı bulunmayan sağlık hizmeti sunucularında, sağlık kurulu raporunun üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularınca ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yüksek öğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerce düzenlenmiş olması şartıyla, kronik solunum yetmezliği tedavisinde uygulanacak oksijen sistemlerinin verilmesine yönelik sağlık kurulu raporları, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekiminin bulunduğu sağlık kurullarınca da düzenlenebilecektir.

(2) Sağlık kurulu raporunda; tanı, hastanın kullanacağı oksijen cihazının türü ve gerekçesi, oksijen akım hızı, günlük kaç saat kullanılacağı ve birlikte kullanılacak aksesuarlar yer alacaktır.

(3) Sağlık kurulu raporu ekinde arteriyel kan gazı tetkiki ve diğer kanıtlayıcı belgeler eklenecektir.

(4) Sağlık kurulu raporunda belirtilmek koşuluyla;

a) Kronik solunum yetmezliği olanlarda; (istirahat veya egzersiz halinde) PaO₂ (Parsiyel Oksijen Basıncı) ≤ 55 mmHg veya SaO₂ (Oksijen Saturasyonu) ≤ 88 olması halinde,

b) Korpulmonale varlığında; PaO₂'de 55-59 mmHg veya SaO₂ ≤ 89 ile birlikte EKG'de "P Pulmonale" bulgusu olması veya hematokrit > %55 veya konjestif kalp yetmezliği olması halinde,

c) Akut solunum yetmezliği olan hastalarda stabil dönemde solunum yetmezliğinin önlenemiyor olması durumunda yukarıda birinci veya ikinci fıkralarda sıralanan bulgular sağlanıyorsa,

ç) Efor kapasitesini sınırlayan terminal dönem (kanser ve diğer sistemik hastalıklara bağlı) hastalarda, evde uzun süreli oksijen tedavisi cihazı bedelleri Kurumca karşılanır.

(5) Kurumca finansmanı sağlanacak evde uzun süreli veya taşınabilir komponenti olan oksijen tedavisi cihazları;

- a) Oksijen tüpü (gaz hali),
- b) Oksijen konsantratörü,
- c) Taşınabilir komponenti olan oksijen tedavi cihazları.

(6) Taşınabilir komponenti olan oksijen tedavisi cihazları; istirahat halinde PaO₂ (Parsiyel Oksijen Basıncı) > 55 mmHg veya SaO₂ (Oksijen Saturasyonu) > 88 olmasına karşın egzersiz durumunda veya iş sırasında desatüre (PaO₂ ≤ 55 mmHg veya SaO₂ ≤ 88) olması (egzersiz ile %4'den fazla desatüre olan) ve bu durumunu gösterir istirahat ve efor kan gazı sonuçlarının sağlık kurulu raporunda belirtilmesi ve/veya rapor ekinde belgelendirilmesi halinde, yatalak olmayan ve aktif iş yaşamını sürdüren veya öğrenci olan mobilize hastalarda (sağlık kurulu raporunda bu durum ayrıca belirtilmelidir) bedelleri Kurumca karşılanır. Ancak, istirahatte PaO₂ ≤ 55 mmHg veya SaO₂ ≤ 88 olan hastalar için efor kan gazı sonuçları istenmeyecektir.

(7) Oksijen konsantratörü verilen kişilere, raporda belirtilmek koşuluyla oksijen tüpü önerilmesi durumunda bedelleri Kurumca karşılanır.

3.3.7 - Ayakta dik pozisyonlama ve yürütme cihazları

3.3.7.A - Çocuklar için standing table

(1) Üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularınca ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yüksek öğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde fizik tedavi ve rehabilitasyon kliniklerinde yatırılarak uygulama ve eğitiminin yapılması sonucunda; ortopedi ve travmatoloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya nöroloji uzman hekimlerinden herhangi üç uzman hekimin (aynı branştan üçünün veya farklı branştan birer kişinin veya bir branştan 2 (iki), diğer branştan 1 (bir) olmak üzere toplam 3 (üç) uzman hekimin) yer aldığı üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularınca ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yüksek öğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde düzenlenecek sağlık kurulu raporunda;

- a) Bilinci açık olan,
- b) Kısmen baş kontrolü olan,

c) Herhangi bir nedene bağlı tetrapleji veya parapleji klinik tablosu olan veya diğer nörolojik defisitlere bağlı olarak ayakta durmanın tedaviye katkı sağlayacağını belirtilmesi ve 2-18 yaş arası hastalara bu hekimlerce reçete edilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.

3.3.7.B - Erişkinler için stand up wheelchair

(1) Üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularının ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yüksek öğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerin fizik tedavi ve rehabilitasyon kliniklerinde yatırılarak uygulama ve eğitiminin yapılması sonucunda; ortopedi ve travmatoloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya nöroloji uzman hekimlerinden herhangi 3 (üç) uzman hekimin (aynı branştan üçünün veya farklı branştan birer kişinin veya bir branştan 2 (iki), diğer branştan 1 (bir) olmak üzere toplam 3 (üç) uzman hekimin) yer aldığı üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularınca ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yüksek öğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde düzenlenecek sağlık kurulu raporunda;

- a) Bilinci açık ve kognitif fonksiyonları yerinde olan,
- b) Üst ekstremiteler motor fonksiyonları yerinde olan,
- c) Progresif hastalığı olmayan,

ç) Herhangi bir nedene bağlı yerleşmiş parapleji klinik tablosu olduğunun belirtilmesi ve bu hekimlerce reçete edilmesi halinde aktif çalışan ve/veya öğrenci olan hastalarda Kurumca bedeli karşılanır.

(2) Bu hastalarda, ayrıca tekerlekli sandalye ve ayakta dik konumlandırma cihaz bedeli Kurumca karşılanmaz.

(3) Stand up wheelchair miat süresi 5 (beş) yıldır. Bu süreden önce yenilenmesi halinde bedeli Kurumca karşılanmaz.

3.3.8 - Ortopedi ve travmatoloji branşı ile ilgili ameliyatlarda kullanılan bazı tıbbi malzemelerin ödemeye esas teşkil edecek usul ve esasları

(1) Aşağıda sayılan tıbbi malzemelerin bedelleri üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yüksek öğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde (eğitim verme yetkisi olan klinik) uygulanması halinde bedeli Kurumca karşılanacaktır.

- a) Taze donmuş (fresh frozen) allogreft,
- b) Tümör rezeksiyon protezi,
- c) Menteşeli diz protezi,
- ç) Teleskopik çiviler,
- d) Proksimal femur başlı/başsız ile femoral baş allogreftler,
- e) Tendon allogreftleri,
- f) Kortikal şaft allogreftler,
- g) Sinüs tarsi vidası,
- ğ) Bilgisayar destekli/Uzaysal eksternal fiksatörler,
- h) Bilgisayar destekli intramedüller uygulamalar,
- ı) Sentetik menisküs implantları,
- i) Hücresiz kırık matrisleri,
- j) Hücresiz menisküs implantları,
- k) Absorbe olabilir omuz balon spacer,
- l) Rijid olabilen intramedüller elastik çiviler,
- m) Uzatma yapabilen intramedüller çiviler motorlu/manyetik,
- n) Yüzey yenileme implantları.

(2) Aşağıda sayılan tıbbi malzemelerin bedelleri üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yüksek öğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde (eğitim verme yetkisi olan klinik) uygulanması ve Sağlık Bakanlığı "Ortopedi Bilimsel Danışma Kurulu" ndan her bir hasta için kullanılmasına onay alınması şartıyla bedeli Kurumca karşılanacaktır.

- a) Kişiyi özel tasarımı üretilen protezler,
- b) Tümör dışı endikasyonlarda kullanılan tümör rezeksiyon protezleri, interkalar segmentler ve artrodez aparatları,
- c) Manyetik/Mekanik olarak uzatılabilen tümör rezeksiyon protezleri,
- ç) Kıkırdak hücre kültürleri.

3.3.9 - Kronik venöz hastalıklar için bası giysileri

(1) Genel cerrahi, dermatoloji, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi, kalp damar cerrahi, fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimlerden birinin bulunduğu sağlık kurulu raporlarına istinaden tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde; tüm evrelerde bedelleri Kurumca karşılanır.

(2) Sağlık kurulu raporu ekinde; venöz sistem doppler ultrasonografi raporu ekte olmalıdır.

(3) Standart bedenler üzerinden bedeli Kurumca karşılanır.

(4) Rapor geçerlilik süresi 2 (iki) yıldır.

(5) İlgili hekimce uygun görülmesi halinde 6 (altı) ay arayla olmak şartıyla yılda en fazla 2 (iki) kez reçete edilebilir.

(6) Hastaya alerjik veya toksik etki göstermemelidir.

(7) Hastalığın evresine göre ortalama 15 mmHg ve üzeri basınç uygulamalı, kullanım süresinin sonuna kadar bu basıncı en az yarısını sağlayabilmelidir.

(8) İç yüzeyi hastada bası yaralarına yol açmayacak tarzda dikişsiz, pürüzsüz olmalıdır. Hava geçirgen özelliği olan kumaştan imal edilmelidir.

(9) Alt ekstremite bası giysilerinde üst kısmının iç yüzeyinde kaymayı önleyecek silikon bant vb. olmalıdır.

(10) Fermuar vb. aksesuarlar kullanılacaksa, hastaya zarar vermeyecek şekilde yerleştirilmeli ve kullanım süresi boyunca bozulmayacak yapıda olmalıdır.

(11) Sık yıkanabilir kumaştan imal edilmelidir. Giysi yıkanma ile deforme olmamalı, boyutları değişmemeli ve yıkama talimatı hastaya verilmelidir.

(12) Alt ekstremite bası giysisi ödeme göre çorap tarzı dize kadar, kasiğe kadar veya külotlu olabilir.

3.3.10 - Sakral sinir stimülatörleri

(1) Sakral sinir stimülatörlerinin anal inkontinanstaki kullanımı:

a) Üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yüksek öğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde (eğitim kliniği olan) genel cerrahi, gastroenteroloji, nöroloji ve psikiyatri kliniklerince oluşturulacak konsey kararınca ve bu dört branştan hekimin birlikte bulunduğu sağlık kurulu raporuna istinaden bedeli Kurumca karşılanır.

b) Genel endikasyonlar;

1) 75 (yetmiş beş) yaşın altındaki hastalarda kullanılmalıdır,

2) Hasta cihaz hakkında bilgilendirilmeli ve hastanın cihazı kullanabilecek bilişsel ve psikolojik yetide olduğu psikiyatri konsültasyonu ile belgelendirilmelidir,

3) Kalıcı implantasyona geçmek için, test aşamasında klinik semptom ve bulgularda en az %50 azalma saptanmış olmalıdır.

c) Tıbbi endikasyonlar;

1) Medikal veya cerrahi tedaviye cevap vermeyen anal inkontinanslı hastalarda,

2) Medikal veya cerrahi sürecinin en az 6 (altı) ay devam ettiği hastalarda uygulanmalıdır.

ç) Anal manometre, anal EMG, endoanal ultrason vb. tetkik sonuçlarının sağlık kurulu rapor ekinde yer alması gerekmektedir.

d) Konjenital anal rektal malformasyonlar, rektal prolapsus varlığı, inflamatuvar barsak hastalıklarında, kalıcı kolostomisi olan hastalarda ve gebelerde kullanıldığı takdirde bedeli Kurumca karşılanmaz.

3.3.11 Ayakta ağız ve diş tedavilerinde tıbbi malzeme temin/ödeme usul ve esasları

(1) Lokal anestezi altında, cerrahi tedavilerde kullanılan, greft, membran vb. iyileştirici nitelikteki tıbbi malzemeler (Kurumca bedeli karşılanmayacağı ayrıca belirtilen malzemeler ve SUT'ta belirtilen diğer istisnalar hariç) sağlık hizmeti sunucusu tarafından temin edilmek zorundadır. Bu malzemelerin reçete karşılığı hastaya alınması durumunda, fatura tutarı hastaya ödenerek ilgili sağlık hizmeti sunucusunun alacağından mahsup edilir.

(2) Bu kapsamdaki tıbbi malzemelerin bedelleri SUT'un 3.2.1.A ve 3.2.1.B maddelerinde belirtilen hükümler doğrultusunda Kurumca karşılanır.

(3) Greftler ve membranların bedelleri aynı sağlık hizmeti sunucusunda çalışan, en az (1) bir periodontoloji veya ağız diş çene cerrahisi uzman hekiminin yer aldığı 3 (üç) diş hekiminin imzası ile hazırlanan sağlık kurulu raporuna istinaden Kurumca karşılanır. Sağlık kurulu raporuna endikasyonu destekleyen operasyon öncesine ait radyograflar eklenir.

(4) Protez yapıştırıcıları, protez temizleme tabletleri, özel içerikli diş macunları vb. malzemelerin bedeli Kurumca karşılanmaz.

3.3.12 - Kulak kepçesi protezi

(1) Üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yüksek öğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde sağlık kurulu raporuna istinaden kulak, burun ve boğaz veya plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi hekimlerince uygulanması halinde bedeli Kurumca karşılanır.

(2) Üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yüksek öğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde ilgili dal uzmanlarınca düzenlenecek sağlık kurulu raporuna istinaden kulak, burun ve boğaz veya plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi hekimlerince gerekli durumlarda yenilenmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.

3.3.13 - Kıkırdak hücre kültürleri

(1) SUT eki "EK-2/B Hizmet Başlı İşlem Puan Listesi" için 612731 veya 612975 SUT kodları, "EK-2/C Taniya Dayalı İşlem Puan Listesi" için P612731 veya P612975 SUT kodları ile birlikte uygulanması ve üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yüksek öğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel

hastanelerde (eğitim verme yetkisi olan klinik), Sağlık Bakanlığı ‘‘Ortopedi Bilimsel Danışma Kurulu’’ ndan her bir hasta için kullanılmasına onay alınması şartıyla bedelleri Kurumca karşılanacaktır.

3.3.14 - Çift yüzlü yama (mesh)

(1) Karın içine veya göğüs duvarına bakan yüzeyi organlara yapışmayacak özellikte materyalden, karın duvarına karşılık gelen yüzeyi ise başlıca polipropilen olmak üzere emilmeyen ve doku ile entegrasyon sağlayan materyalden yapılmış olan protezler dahil, çift yüzlü yama (mesh) olarak kabul edilir.

(2) ift yüzlü yamalar (meshler) zellikli vakalarda ameliyat öncesinde hastanın karın duvarı defektinin görüntüsünün (fotoğraf veya bilgisayarlı tomografi gibi bir görüntüleme aracı kullanılarak) epikrize eklenmesi, kullanılacak meshin boyutu ve defektin boyutunun epikrizde ilişkilendirilmesi ile nc basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yüksek ğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde genel cerrahi, göğüs cerrahisi veya plastik ve rekonstrüktif cerrahi kliniklerince düzenlenecek sağlık kurulu raporu ile bedeli Kurumca karşılanır.

(3) ift yüzlü yama (mesh);

a) Açık fitik onarımlarında karın duvarının kapatılamadığı büyük defektlerin, büyük insizyonel hernilerin ve/veya büyük rekürren umbilikal hernilerin elektif onarımında,

b) Laparoskopik teknikle yapılan insizyonel herni ve/veya ventral herni onarımlarında kullanılması,

c) Hiatus ve diyafragma hernilerinin açık ve laparoskopik onarımlarında kullanılması durumunda bedeli Kurumca karşılanır.

(4) ift yüzlü yama (mesh), primer ve nüks inguinal ve/veya femoral fitikların açık ve laparoskopik onarımlarında, primer umbilikal ve/veya epigastrik hernilerin açık onarımlarında kullanılmaları durumunda bedeli Kurumca karşılanmaz.

3.3.15 - Trakeobronşiyal stentler

(1) nc basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yüksek ğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde ilgili dal uzmanlarınca düzenlenecek sağlık kurulu raporuna istinaden bedeli Kurumca karşılanır. Malign olgularda ise, sağlık kurulu raporunda en az 1 (bir) onkoloji veya radyasyon onkolojisi uzmanı imzasının yer alması gerekmektedir.

(2) Trakeobronşiyal stentler;

a) Trakeobronşiyal malign darlıklarda (primer veya metastatik tümörlerin mikst ekzofitik veya dıştan bası ile oluşturabileceği hava yolu darlıkları gibi),

b) Trakeobronşiyal benign darlıklarda (akciğer tranplantasyonu sonrası, entübasyon/trakeostomi sonrası, endobronşial tedavilerden sonra oluşabilen skar darlıkları, vasküler anomaliler veya büyük lenfadenopatilerin yaptığı dıştan basılar, trakeobronkomalazi, trakeal aę, inflamasyon veya enfeksiyona bağlı hava yolu darlıkları gibi),

c) Trakea zefageal fistüllerde,

kullanılmaları halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

3.3.16 - Total yüz maskesi

(1) Noninvaziv mekanik ventilasyon ihtiyacı olan yüz deformiteli, yüz travmalı veya yüz yanığı olan ya da orozal maskeye uyum sağlayamayan hastalarda kullanılması durumunda bedeli Kurumca karşılanır.

3.3.17 - Transbronşiyal iğne aspirasyonu iğnesi

(1) Transbronşiyal iğne aspirasyonu iğnesi;

a) Bronkojenik karsinom evrelemesinde,

b) Peribronşial ve submukozal lezyonlarda,

c) Periferik nodüller ve kitlelerde,

) Endobronşiyal lezyonlarda,

d) Sarkoidoz ve tüberkülozda,

e) Tümörün submukozal yayılımının ayırt edilmesi,

f) Mediastinal kitlelerin tanısında,

kullanılması durumunda bedeli Kurumca karşılanır.

3.3.18 - Bronş dilatasyon balonları

(1) Bronş dilatasyon balonları;

a) Trakeobronşiyal malign ve benign darlıkların dilatasyonu,

b) Hayatı tehdit eden hemoptizilerde kanayan tarafın ana bronşunu oblitere etmek,

durumlarında kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.

3.3.19 - Damar kapama ve kesme probu ve ultrasonik cerrahi problemler

(1) nc basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yüksek ğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

3.3.20 - Burun protezi

(1) Total burun defektlerinin rekonstrüksiyonu veya epitezin yenilenmesine gerek duyulduğu hallerde tnc basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yüksek ğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde sağlık kurulu raporuna istinaden bedeli Kurumca karşılanır.

3.3.21 - Dura yapıştırıcı

(1) BOS fistülü olan vakalarda bedeli Kurumca karşılanır.

3.3.22 - Sentetik menisküs implantları

(1) nc basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yüksek ğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde uygulanması şartıyla, 45 (kırk beş) yaş altında, subtotal menisektomi sonrası en az 1 (bir) yıl geçmesine rağmen konvansiyonel tedavi yöntemleri ile ağrısı azalmayan vakalarda bedelleri Kurumca karşılanır.

3.3.23 - Menisküs tamiri ürünleri

(1) 55 yaş altı vaka grubunda, eğitim verme yetkisi bulunan üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yüksek öğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde, 3 (üç) ortopedi ve travmatoloji uzmanı tarafından sağlık kurulu raporu düzenlenmesi şartıyla, “Nitinol/Tek Barlı/Çok İmplantlı” malzemeler en fazla 1 (bir) adet, “Çift Barlı” malzemeler en fazla 2 (iki) adet olmak üzere; Kıkırdak tamir teknikleri ile onarılabilir derecede kıkırdak lezyonu olan veya kıkırdak lezyonu olmadığı halde dejeneratif olmayan Zon-1 ve Zon-2 menisküs yırtığı olan vakalarda bedelleri Kurumca karşılanır.

3.3.24 - Sinüs tarsı vidası

(1) Esnek, ağırlı, 8-14 yaş (8 ve 14 dahil) vaka grubunda eğitim verme yetkisi bulunan üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yüksek öğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

3.3.25 - Absorbe olabilir omuz balon spacer

(1) Üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yüksek öğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde uygulanması şartıyla, tamir edilemeyen tam kat Rotator cuff yırtıklarında kullanıldığının sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi halinde ve cerrahi olarak yerleştirilen başka bir tıbbi malzeme kullanılmaması kaydıyla, işlem başına en fazla 1 (bir) adet kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.

3.3.26 - Tümör protezleri

(1) EK-3/F-3 “Ortopedi ve Travmatoloji Branşı Tümör ve Rezeksiyon Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler Listesi” nde bulunan protezlerin, aşağıda yer alan geri ödeme kural ve/veya kriterlerine uygun olmak üzere, eğitim verme yetkisi bulunan üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yüksek öğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

a) Saddle protezlerin aşağıdaki kriterlerin en az birinin varlığı halinde bedelleri Kurumca karşılanır:

- 1) Periasetabüler rezeksiyonlar (Tip 2, Tip 2/3) kemiğin primer tümörü ya da metastazları,
- 2) Travmaya sekonder periasetabüler kemik kayıpları,
- 3) Kalça displazisine bağlı periasetabüler kemik kayıpları,
- 4) Periasetabüler kemik kayıplarının olduğu multiple kalça revizyonları sonrası.

b) Proksimal femur rezeksiyon protezlerinin aşağıdaki kriterlerin en az birinin varlığı halinde bedelleri Kurumca karşılanır:

- 1) Kemiğin primer malign veya agresif benign (eklem bütünlüğü korunamayacak olgularda) tümörleri,
- 2) Proksimal femur yüksek doz radyoterapi sonrası oluşan kırıklar,
- 3) Kemiğin sekonder malign tümörleri,
- 4) Kalça protezi multiple revizyonları (kemik kaybı olan),
- 5) Parçalı proksimal femur kırığı multiple girişimler (3 ve üzeri),
- 6) Yumuşak doku malign tümörlerinin kemiği tuttuğu olgular,
- 7) İyileşmiş kemik enfeksiyonları sonucu ileri kemik kayıpları,
- 8) Rezeksiyon artroplastisi sonrası femur rekonstrüksiyonları.

c) Total femur rezeksiyon protezlerinin aşağıdaki kriterlerin en az birinin varlığı halinde bedelleri Kurumca karşılanır:

1) Diyafizi tutan proksimal ve distal intramedüller tutulumlarda, 130 mm’den az sağlam kemik olan primer ya da metastatik tümörler,

- 2) Distal femur ya da proksimal femur malign tümör rezeksiyonları sonrası yapılan revizyonlar,
- 3) Distal femur ya da proksimal femur yerleşimli malign tümörlerin skip metastazı olan olgular.

d) Distal femur rezeksiyon protezlerinin aşağıdaki kriterlerin en az birinin varlığı halinde bedelleri Kurumca karşılanır:

- 1) Kemiğin primer malign veya agresif benign (eklem bütünlüğü korunamayacak olgularda) tümörleri,
- 2) Yumuşak doku malign kemik tümörlerinin distal femuru tuttuğu olgular,
- 3) Diz protezi multipl revizyonları sonrası distal femur kemik kayıpları,
- 4) Suprakondiler, kondiler femur parçalı kompleks kırıkları ya da kaynamamaları (3 ve üzeri girişim),
- 5) Distal femur yüksek doz radyoterapi sonrası oluşan kırıklar,
- 6) Distal femur kemik metastazları ya da protez dışı rekonstrüksiyon yöntemleri yetersizliği.

e) Proksimal tibia rezeksiyon protezlerinin aşağıdaki kriterlerin en az birinin varlığı halinde bedelleri Kurumca karşılanır:

- 1) Proksimal tibia agresif benign/malign tümörleri veya metastazlar sonucu ekstremitte koruyucu eksizyonlar,
- 2) Proksimal tibiada yüksek doz radyoterapi sonrası oluşan kırıklar,
- 3) Diz protez revizyonları sonucu tibia üst uç kemik kayıpları.

f) Distal tibia rezeksiyon protezlerinin aşağıdaki kriterlerin en az birinin varlığı halinde bedelleri Kurumca karşılanır:

- 1) Agresif benign kemik tümörleri sonucu rezeksiyon yapılan olgular,
- 2) Kemik dışında yumuşak doku tutulumu olmayan ya da az tutulum olan primer malign kemik tümörleri.

g) Skapula protezlerinin aşağıdaki kriterlerin en az birinin varlığı halinde bedelleri Kurumca karşılanır:

- 1) Skapulanın malign kemik tümörleri,
- 2) Yumuşak doku sarkomlarının skapulayı tuttuğu olgular,
- 3) Tip III intraartiküler total skapulektomi yapılan olgular,
- 4) Tip IV Ekstraartiküler skapulektomi ve humerus başı rezeksiyonları,
- 5) Tip IV Ekstraartiküler humeral ve total skapüler rezeksiyon yapılan olgular.

h) Proksimal humerus rezeksiyon protezlerinin aşağıdaki kriterlerin en az birinin varlığı halinde bedelleri Kurumca karşılanır:

- 1) Proksimal humerusun agresif benign/malign tümörleri veya metastazlar,
- 2) Yumuşak doku sarkomlarının proksimal humerusu tuttuğu durumlar.

ğ) İnterkalar rezeksiyon/segment protezlerinin aşağıdaki kriterlerin en az birinin varlığı halinde bedelleri Kurumca karşılanır:

1) Uzun tübüler kemiklerin diyafizini tutan 4 cm'den büyük defekt oluşturan malign ve metastatik tümörler.

h) Total humerus protezlerinin aşağıdaki kriterlerin en az birinin varlığı halinde bedelleri Kurumca karşılanır:

1) Primer malign kemik tümörleri (humerusun diafizini proksimal ve distalde ekleme yakın tutan tümörlerinde) veya metastazlar,

2) Yumuşak doku sarkomlarının humerusu tuttuğu olgular.

i) Dirsek rezeksiyon protezlerinin aşağıdaki kriterlerin en az birinin varlığı halinde bedelleri Kurumca karşılanır:

1) Primer kemik ve yumuşak doku sarkomlarının, dirsekte geniş rezeksiyon yapılması gereken durumları,

2) Metastazı olan, geniş dirsek çevresi rezeksiyon yapılması gerekli olgular.

i) Uzayabilen protezlerin aşağıdaki kriterlerin en az birinin varlığı halinde bedelleri Kurumca karşılanır:

1) Rezeksiyon sonrası iskelet büyümesi tamamlandıktan sonra bacak uzunluk farklılığı 3 cm'den fazla ya da kol boyu uzunluk farklılığı 5 cm'den fazla olacağı tahmin edilen olgular,

2) Kızlarda 11 (on bir) yaş, erkeklerde 13 (on üç) yaş altındaki tümör rezeksiyonu yapılan olgular.

3.3.27 - Kanama durdurmada kullanılan tıbbi malzemeler

(1) EK-3/A "Birden Fazla Branşta Kullanılan Tıbbi Malzemeler" listesinde bulunan ve kanama durdurmada kullanılan tıbbi malzemelerin, aşağıda yer alan geri ödeme kural ve/veya kriterlerine uygun olmak şartıyla bedelleri Kurumca karşılanır.

(2) Kanama durdurmada kullanılan emilemeyen tıbbi malzemelerin, acil servislerde veya yatarak tedavilerde, epikrizde aşağıdaki durumlardan en az birinin belirtilmesi şartıyla en fazla 2 (iki) adet olmak üzere bedelleri Kurumca karşılanır.

a) Hemorajik diyateze neden olan durumlar ve/veya hastalıklarının olduğu bilinen vakalarda,

b) Trombosit değerinin 50.000 K/mm³'ün altında olduğu vakalarda,

c) Maligniteye sekonder kanamalarda,

ç) Girişimsel ve iatrojenik işlemler hariç olmak üzere boyun, aksiller bölge ve inguinal bölgenin direkt bası ile durdurulamayan travmaya bağlı açık kanamalı damar yaralanmalarında.

(3) Kanama durdurmada kullanılan emilemeyen tıbbi malzemelerin yatarak tedavilerde, epikrizde aşağıdaki durumlardan en az birinin ve kullanılan tıbbi malzeme sayısının belirtilmesi şartıyla bedelleri Kurumca karşılanır.

a) Hemorajik diyateze neden olan durumlar ve/veya hastalıklarının olduğu bilinen vakalarda,

b) Trombosit değeri 50.000 K/mm³'ün altında olduğu vakalarda,

c) Maligniteye sekonder kanamalarda,

ç) Multi travmaya bağlı açık kanamalı damar yaralanmalarında,

d) Ligasyon, koter, sütür uygulanamayan veya bu uygulamalarla durdurulamayan endoskopik/intraoperatif kanamalarda.

3.3.28 - Hücresiz kırıldak matriksleri

(1) SUT eki "EK-2/B Hizmet Başı İşlem Puan Listesi" için 612732 veya 612976 SUT kodları, "EK-2/C Tanıya Dayalı İşlem Puan Listesi" için P612732 veya P612976 SUT kodları ile birlikte uygulanması ve üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yüksek öğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde (eğitim verme yetkisi olan klinik) işlem başına en fazla 1 (bir) adet kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.

3.3.29 - Hücresiz menisküs implantları:

(1) Üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yüksek öğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde (eğitim verme yetkisi olan klinik) işlem başına en fazla 1 (bir) adet kullanıldığında bedeli Kurumca karşılanır.

3.3.30 - Bağ/tendon güçlendirici implantlar:

(1) Kendinden Sütsüz Transosseöz Sistemi, işlem başına en fazla 1 (bir) adet kullanıldığında bedeli Kurumca karşılanır.

(2) Transosseöz Sistemi Sütür Taşıyıcı, işlem başına en fazla 1 (bir) adet kullanıldığında bedeli Kurumca karşılanır.

3.3.31 - Biyoçözünür kompresyon/antibiyotikli/antibiyotiksiz internal fiksasyon vidaları:

(1) Kanüllü Biyoçözünür Kompresyon/Antibiyotikli/Antibiyotiksiz İnternal Fiksasyon Vidası, işlem başına en fazla 2 (iki) adet kullanıldığında bedelleri Kurumca karşılanır.

(2) Kanülsüz Biyoçözünür Kompresyon/Antibiyotikli/Antibiyotiksiz İnternal Fiksasyon Vidası, işlem başına en fazla 2 (iki) adet kullanıldığında bedelleri Kurumca karşılanır.

(3) Eklem içi kırıklarda ve artroskopik cerrahide kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.

(4) TV5680 SUT kodlu tıbbi malzemenin TV1080 ve TV1090 SUT kodları ile birlikte fatura edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanmaz.

3.3.32 - İşitme cihazı ve kulak kablığı

(1) Dijital programlanabilir işitme cihazlarının bedelleri Kurumca karşılanır. Kurumca bedeli karşılanacak olan kulak arkası veya kulak içi/kanal içi dijital programlanabilir işitme cihazları asgari;

a) Otomatik veya manuel ses kontrol sistemi, maksimum çıkış kontrol sistemi, kazanç kontrol sistemi,

b) En az dört kanal (Kanaldan bağımsız-channel free sinyal işleme özellikli cihazlarda bu özellik aranmaz.),

c) FM sistem uyumu (18 yaş üzeri hastalarda ve kulak içi/kanal içi cihazlarda bu şart aranmaz),

ç) Gürültü azaltıcı ve feedback yönetimi,

d) Çift mikrofon (kulak içi/kanal içi cihazda bu şart aranmaz),

özelliklerine sahip olmalıdır. 13 (on üç) yaş altı hastalarda kulak içi/kanal içi cihaz kullanıldığı takdirde bedeli Kurumca karşılanmaz.

(2) İşitme cihazı bedellerinin ödenebilmesi için SUT'un 5.3.2 numaralı maddesinde tanımlanan belgelere ilave olarak;

a) 0-4 yaş çocuklar için işitsel beyin sapı odyometri (ABR Testi) ve otoakustik emisyon ile birlikte davranım odyometri testi sonucunun kulak burun boğaz hastalıkları uzman hekimi veya odyolog tarafından imza ve kaşesinin bulunduğu onaylanmış aslı,

b) 4 yaş üzeri saf ses odyometri testi yapılan hastalar için saf ses odyometri testinin, kulak burun boğaz hastalıkları uzman hekimi veya odyolog veya odyometrist tarafından onaylanmış aslı,

c) 4 yaş üzeri saf ses odyometri testi yapılamayan hastalar için işitsel beyin sapı odyometri (ABR Testi) ve otoakustik emisyon ile birlikte davranım odyometri testi sonucunun kulak burun boğaz hastalıkları uzman hekimi veya odyolog tarafından imza ve kaşesinin bulunduğu onaylanmış aslı,

istenecektir. Belirtilen odyolojik testlerin tamamının sağlık kurulu raporunun düzenlendiği sağlık hizmeti sunucusuna yapılmış olması gerekmektedir olup, odyolojik test sonuçları 6 (altı) ay süreyle geçerlidir.

(3) İşitme eşiği tayini ABR testi ile yapılması gerekenlerde, 500 veya 1000 Hz Tonal ABR eşikleri ve klik ABR de elde edilen eşikler test rapor kısmında dB nHL olarak belirtilmelidir.

(4) İşitme eşiği tayini saf ses odyometri testi ile yapılmışsa; test en az 500-1000-2000-4000 Hz frekanslarında hava yolu ve 500-1000-2000-4000 Hz frekanslarında kemik yolu işitme eşiklerini ve konuşmayı ayırt etme test sonuçlarını içermelidir. 8 (sekiz) yaş altı çocuklarda konuşmayı ayırt etme skoru şartı aranmaz. 8 (sekiz) yaş ve üzerinde konuşmayı ayırt etme testinin yapılamadığı durumlarda ise gerekçenin (hastanın Türkçe bilmemesi, serabral palsi, motor mental retardasyon, afazi gibi) sağlık kurulu raporunda belirtilmesi gereklidir.

(5) İşitme cihazı bedelinin Kurumca karşılanabilmesi için;

a) 0-18 yaş çocuklarda; işitme cihazı temini için sağlık kurulu raporlarının, en az 1 (bir) kulak burun boğaz hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı, üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularınca ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yüksek öğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde düzenlenmesi gerekmektedir.

b) 18 (on sekiz) yaş üzeri hastalarda işitme cihazı temini için sağlık kurulu raporlarının en az 1 (bir) kulak burun boğaz hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı, resmi sağlık hizmeti sunucularınca ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yüksek öğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde düzenlenmesi gerekmektedir.

c) Sağlık kurulu raporlarında kalıcı işitme kaybı olduğu ve bu fıkranın (ç) bendinde belirtilen odyolojik kriterleri sağladığının belirtilmesi gerekmektedir.

ç) İşitme eşikleri saf ses odyometri testi veya davranım odyometri testi ile belirlenmiş ise ilgili kulakta 500-1000-2000-4000 Hz frekanslarında hava yolu saf ses ortalamasının 26 dB ve üzerinde, ABR ile belirlenmiş ise Tonal ve Klik ABR'de elde edilen eşiklerin 30 dB ve üzerinde olması gerekmektedir.

(6) Resmi sağlık hizmeti sunucularında ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yüksek öğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde görevli kulak burun boğaz hastalıkları uzman hekimi raporuna istinaden; 13 (on üç) yaş altı hastalarda 6 (altı) ayda 1 (bir) defa, 13 (on üç) yaş üzeri hastalarda ise yılda 1 (bir) defa işitme cihazı kulak kalıbı bedelleri Kurumca karşılanır. Ancak, işitme cihazlarının ilk kez alınması aşamasında kulak kalıbı bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(7) 18 yaş altı çocuklar için belirlenmiş olan işitme cihazı tutarı; 0-4 yaş için %80, 5-12 yaş için %60 ve 13-18 yaş için %50 oranında artırılarak Kurumca bedeli karşılanır.

3.3.33 - İşitsel implantlar

3.3.33.A - Genel hükümler

(1) İşitsel implantların bedelleri sadece üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yüksek öğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde uygulanması halinde Kurumca karşılanır.

3.3.33.B - Koklear implant

(1) Koklear implant, bilateral ileri-çok ileri derecede sensörinöral işitme kaybı olan ve işitme cihazından yarar görmediği sağlık kurulu raporu ile belgelendirilen ve aşağıdaki kriterlere uyan hastalarda veya Sağlık Bakanlığı İşitsel İmplantlar Bilimsel Danışma Komisyonu tarafından koklear implant yerleştirilmesi uygun görülen kişilerde uygulanması halinde Kurumca bedeli karşılanır.

(2) En az 3 (üç) aylık süre ile binaural işitme cihazı kullanımından fayda görmediği sağlık kurulu raporunda belirtilmelidir.

(3) Aşağıdaki kriterlerden en az birisine haiz olduğu sağlık kurulu raporu ile belgelenen kişilerde Kurumca bedeli karşılanır:

a) Alıcı ve/veya ifade edici dil yaşı ile kronolojik yaş arasında 4 (dört) yıldan daha az fark olması veya alıcı ve/veya ifade edici dili 4 (dört) yaş ve üstü olması (4-18 yaş, kronolojik yaşa bakılmaksızın),

b) Post-lingual işitme kaybı olması.

(4) Sağlık kurulu raporu, aynı resmi sağlık hizmeti sunucusunda çalışan 3 (üç) kulak burun boğaz hastalıkları uzman hekimi tarafından düzenlenir. Rapor ekinde aynı resmi sağlık hizmeti sunucusunda görevli 1 (bir) odyolog tarafından yapılan odyolojik değerlendirme sonuç belgesi ve 1 (bir) psikolog veya 1 (bir) dil konuşma terapisti tarafından yapılan değerlendirme sonuç belgesi bulunmalıdır.

(5) Elektrod yerleşimini sağlayacak kadar iç kulak gelişiminin olduğu ve koklear sinir varlığı yüksek çözünürlükte bilgisayarlı tomografi ve/veya manyetik rezonans görüntüleme raporu ile gösterilmelidir.

(6) Menenjit sonrası oluşan işitme kayıplarında, koklear implantasyon kriterlerine uygun olması şartıyla, 3 (üç) aylık süre ile binaural işitme cihazı kullanımından fayda görmeme kuralı aranmaksızın, sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.

(7) İşitsel nöropati tanısı alan olgularda; en az 6 (altı) ay süreyle işitme rehabilitasyonu ve eğitiminden fayda görmediğinin odyolojik değerlendirme ve sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.

(8) Eş zamanlı veya ardışık bilateral koklear implant uygulaması kriterleri sağlık kurulu raporunda belirtilmesi kaydıyla aşağıdaki gibidir.

a) Koklear implantasyon kriterlerini karşılayan 12-48 ay arası çocuklar,

b) Yaş sınırı aranmaksızın post-lingual dönemde gelişen menenjit sonrası odyolojik kriterlere haiz ileri derecede sensörinöral işitme kayıpları,

c) 48 (kırk sekiz) ayın üzerindeki hastalarda (48 aylık olanlar hariç) ileri derecede sensörinöral işitme kaybına eşlik eden bilateral körlük.

(9) Koklear implant uygulaması sonrası gelişen enfeksiyon, kolesteatom, tümör nedeniyle koklear implantın iç parçasının işlevselliğini yitirmesi durumunda, süre aranmaksızın bu durumun sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi halinde sadece cerrahi olarak yerleştirilen iç parçanın bedeli Kurumca karşılanır.

(10) Koklear implantın, 12 (on iki) ayın altındaki hastalara uygulanması halinde Kurumca bedeli karşılanmaz.

(11) Odyolojik değerlendirme; odyometrik inceleme, timpanometri, stapes refleksi eşliği testi, klinik otoakustik emisyon testi, ABR testleri ile yapılır. Koklear implantın uygulanmasında aşağıdaki odyolojik kriterler dikkate alınır.

a) 2 (iki) yaş üstü çocuklarda ve erişkinlerde bilateral 500, 1000, 2000 ve 4000 Hz'lerdeki işitme eşikleri ortalamasının 80 dB'den daha kötü olması veya bir kulakta 70 dB ve daha kötü, karşı kulakta 90 dB ve daha kötü, konuşmayı ayırt etme testi yapılabilen hastalarda konuşmayı ayırt etme skorunun %30'un altında olması gereklidir.

b) 2 (iki) yaş ve altı çocuklarda, bilateral 90 dB HL'den daha fazla sensörinöral işitme kaybının olması gereklidir.

(12) Koklear implant asgari çanta içeriği; konuşma işlemcisi, transmitter, 12 (on iki) adet 675 p düğme pil, şarj edilebilir pil ünitesi, 3 adet şarj edilebilir pil ve şarj cihazı (şarj edilebilir pilleri standart üretiminde olmayanlar için 150 adet 675 p düğme pil ya da şarj edilebilir özel veya AAA pil (4 adet)), ara kablo, yedek ara kablo (3 adet), yedek miknatıs, konuşma işlemcisi test cihazı, nem alma ve kurutma kiti, temizleme apereyi, dış parça taşıma çantası veya kutusu, günlük kullanım çantası, Türkçe kullanım kılavuzu, pil tutucu veya yuvası (2 adet) ile yedek pil yuvası kapağı (işlemci içinde olanlarda aranmaz), yedek kulak kancası (cihazda kullanımı gerekmiyorsa istenmez), yedek kulak kancası pini (cihazda kullanımı gerekmiyorsa istenmez), pin çıkarma aleti (pini olmayan cihazlarda istenmez), tornavida (cihazda kullanımı gerekmiyorsa istenmez), uzaktan kumanda (cihazın kullanımı için gerekli değil ise istenmez).

(13) Elektroakustik implant uygulaması:

a) 500 ve 1000 Hz frekanslarda işitme eşiklerinin 50 dB ve daha iyi, 2000, 3000, 4000 Hz frekanslarında 80 dB ve daha kötü olması ve konuşmayı ayırt etme skorunun %50'den kötü olması durumunda uygulanır.

b) Elektroakustik implant uygulamasının Kurumca bedelinin ödenmesi için son 1 (bir) yıl işitme eşiklerinin stabil olduğu belirtilmelidir.

3.3.33.C - Kemiğe monte işitme cihazı ve aksesuarları

(1) 5 (beş) yaş ve üzerinde, bilateral işitme kaybı olan ve her 2 (iki) kulakta da konvansiyonel işitme cihazlarından fayda görmediği veya tıbbi gereğiyle kullanılmadığının belirtildiği aynı resmi sağlık hizmeti sunucusunda çalışan 3 (üç) kulak burun boğaz hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı ve ekinde aynı resmi sağlık hizmeti sunucusunda görevli 1 (bir) odyolog tarafından yapılan odyolojik değerlendirme sonuç belgesi bulunan sağlık kurulu raporu ile aşağıdaki kriterlere uyan hastalarda veya Sağlık Bakanlığı İşitsel İmplantlar Bilimsel Danışma Komisyonu tarafından kemiğe monte işitme cihazı yerleştirilmesi uygun görülen kişilerde uygulanması halinde Kurumca bedeli karşılanır.

(2) Kemik yolu işitme eşliği 500, 1000, 2000 ve 4000 Hz' de 60 dB'i aşmayan, iletim veya mikst tip işitme kaybı olan ve konuşmayı ayırt etme skoru %60 ve üzerinde olan hastalarda aşağıdaki kriterlerden mevcut olanlarının saptandığının sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi halinde ve aşağıda belirtilen kriterlerden en az birine uyması kaydıyla;

a) Bilateral aural atrezi olan,

b) Tek taraflı aural atrezi varlığında diğer kulakta 18 yaş ve altı hastalarda 30 dB ve üzerinde, erişkin hastalarda 40 dB ve üzerinde kalıcı işitme kaybı olan,

c) Cerrahi ile düzeltilemeyen bilateral konjenital dış ve orta kulak anomalileri ve yaygın timpanoskleroz olgularında olan,

ç) Bilateral mastoidektomi kavitesi bulunan,

d) Tedaviye dirençli kronik eksternal otit olan,

e) Bir kulakta total işitme kaybı olup diğer kulakta iletim tipi veya mikst tipi işitme kaybı olan, hastalarda uygulanması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

(3) 5 (beş) yaşından küçük hastalara uygulandığı takdirde bedeli Kurumca karşılanmaz. Ancak, 5 (beş) yaşından küçük hastalara ya da genel durumu cerrahi uygulamaya elverişli olmayan hastalara, kafa bandı ya da benzeri bir ataçmanla uygulanması halinde konuşma işlemcisinin bedeli Kurumca karşılanır.

(4) Kafa bandı uygulanan hastalarda, cerrahi operasyonun planlandığı tarihte iç parça ile dış parça arasında aktarıcı sistem ve bileşenleri ile cerrahi ile yerleştirilen iç parçanın bedeli Kurumca karşılanır.

3.3.33.Ç - Orta kulak implantı

(1) Bilateral işitme kaybı olan ve her iki kulakta da konvansiyonel işitme cihazlarından fayda görmediği aynı resmi sağlık hizmeti sunucusunda çalışan 3 (üç) kulak burun boğaz hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı ve ekinde aynı resmi sağlık hizmeti sunucusunda görevli 1 (bir) odyolog tarafından yapılan odyolojik değerlendirme sonuç belgesi bulunan sağlık kurulu raporu ile saptanan ve aşağıdaki kriterlere uyan hastalarda veya Sağlık Bakanlığı İşitsel İmplantlar Bilimsel Danışma Komisyonu tarafından orta kulak implantı yerleştirilmesi uygun görülen kişilerde uygulanması halinde Kurumca bedeli karşılanır. Kurumca bedelinin karşılanması için son 2 (iki) yıl işitme eşiklerinin stabil olduğu sağlık kurulu raporunda belirtilmelidir.

a) Sensörinöral işitme kayıpları:

1) 500 Hz'de 65 dB, 1000, 2000 Hz'de 70 dB, 4000 Hz'de 85 dB'i geçmeyen sensörinöral işitme kaybı olması ve konuşmayı ayırt etme skorunun %50'den daha iyi olması durumunda uygulanır.

2) Retrokoklear patolojinin olmadığına sağlık kurulu raporunda belirtilmesi gereklidir.

b) İletim ve mikst tip işitme kayıpları:

1) Kemik yolu işitme eşikleri 60 dB'den kötü olmayan mikst veya iletim tipi işitme kaybı ve konuşmayı ayırt etme skorunun %50'den daha iyi olması durumunda uygulanır.

2) Her iki kulağı da daha önce en az bir kez opere edilmiş hastanın işitme kaybının düzeltilmemiş olduğu sağlık kurulu raporunda belirtilmelidir.

c) Bilateral işitme kaybı olup, konvansiyonel işitme cihazı ile düzeltilme şartı aranmadan orta kulak implantı yapılabilecek özellikli durumlar;

- 1) Geçirilmiş kulak cerrahisi sonucu bilateral radikal mastoidektomi kavitesi olan hastalarda,
- 2) Bilateral konjenital dış ve orta kulak anomalisi olan hastalarda,
- 3) İşitme cihazı endikasyonu olup stetoskop kullanması gereken sağlık çalışanlarında.

3.3.33.D – Beyin sapı implantı

(1) Rapor ekinde aynı resmi sağlık hizmeti sunucusunda çalışan 1 (bir) odyolog ve 1 (bir) psikolog veya 1 (bir) dil konuşma terapisti değerlendirme sonucu bulunan aynı resmi sağlık hizmeti sunucusunda çalışan 3 (üç) kulak burun boğaz hastalıkları uzman hekimi tarafından düzenlenen sağlık kurulu raporu ile tek taraflı uygulanması halinde Kurumca bedeli karşılanır.

(2) Bilateral çok ileri derecede sensörinöral işitme kaybı olan hastalarda Kurumca bedeli karşılanır.

(3) Aşağıdaki kriterlerden en az birinin varlığında,

a) CT ve/veya MRI incelemeleri sonucu; koklea ve/veya akustik sinirin olmadığı veya tam gelişmediği veya hasar gördüğü tespit edilen hastalarda,

b) Bilateral akustik tümörü olan nörofibromatozis Tip 2 olgularında tek taraflı tümör eksizyonu ile aynı seansta aynı tarafa beyin sapı implantı uygulanması halinde,

Kurumca bedeli karşılanır.

(4) Beyin sapı implantının, 12 (oniki) ayın altındaki hastalara uygulanması halinde bedeli Kurumca karşılanmaz.

(5) Yukarıdaki kriterleri taşımayan hastalar için Sağlık Bakanlığı İşitsel İmplantlar Bilimsel Danışma Komisyonu tarafından beyin sapı implantı yerleştirilmesi uygun görülen kişilerde Kurumca bedeli karşılanır.

3.3.34 - Hasta alt bezi/külotlu hasta alt bezi

(1) Hasta alt bezi/külotlu hasta alt bezi kullanması gerekli görülen hastalar için (çocuklar için en az 2 (iki) yaşını tamamlamış olmak kaydı ile) ikinci veya üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yüksek öğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerce düzenlenecek (en fazla 2 (iki) yıl süreli) uzman hekim raporunda;

- a) Mesane veya rektum kontrolü olmadığının veya,
- b) Kolostomi/ileostomili hastalarda idrar inkontinansı olduğunun veya,
- c) Ürostomili hastalarda gaita inkontinansı olduğunun,

ve idrar/gaita inkontinansına neden olan primer tanının belirtilmesi kaydı ile günde 4 (dört) adedi geçmemek üzere sağlık raporunda öngörülen günlük kullanım adeti doğrultusunda 18 (on sekiz) yaş üstü hastalar için A10049 SUT kodlu "Hasta Alt Bezi/Külotlu Hasta Alt Bezi", 3-18 yaş hastalar için A10118 SUT kodlu "Çocuk Hasta Alt Bezi/Çocuk Külotlu Hasta Alt Bezi" tıbbi malzeme fiyatı dikkate alınarak 1 (bir) aylık tutar ödenir.

(2) 3-18 yaş hastaların boy, kilo ve/veya bel çevresi ölçülerinin çocuk hasta alt bezi/külotlu hasta alt bezine uyum sağlamadığının sağlık raporunda belirtilmesi kaydıyla 18 (on sekiz) yaş üstü hastalar için ödenen tutar üzerinden ödeme yapılır.

(3) İdrar inkontinansı ve gaita inkontinansı nedeniyle erişkin/çocuk hasta alt bezi/külotlu hasta alt bezi ödemesi alan hastalarda; SUT hükümleri doğrultusunda düzenlenen sağlık raporu ve reçeteye istinaden hidrofilik kendinden kayganlaştırıcı sonda bedeli Kurumca karşılanır.

(4) Sadece idrar inkontinansı nedeniyle erişkin/çocuk hasta alt bezi/külotlu hasta alt bezi ödemesi alan hastalarda; hidrofilik kendinden kayganlaştırıcı sonda bedeli Kurumca karşılanmaz.

(5) Bu madde kapsamında yapılacak ödemeye ilişkin izlenecek yöntem Kurum tarafından ayrıca duyurulur."

MADDE 19- Aynı Tebliğin 4.1 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Maddeye aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

"(2) Tebliğde yer alan herhangi bir etkin maddenin kullanım koşulunda; başka bir etkin madde/maddelerin kullanılmış olması şartı belirtilen ilaçların, ilgili SUT hükmü kapsamında kullanıldığına yönelik MEDULA kaydının yer alması gerekmektedir. Bu ilaç/ilaçların kullanımının MEDULA sisteminde yer almaması halinde Kurumca bedeli karşılanmaz (Bu fıkranın yürürlük tarihi öncesi tedavisi başlamış ve belirtilen kapsamdaki ilacı kullanmış veya kullanmakta olan hastalar açısından bu koşul aranmaz). Sevklı olarak yurtdışı tedavi ve/veya ikili güvenlik sözleşmesi gibi istisnai durumlarda Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü onayı alınması halinde bu ilaçların kullanımı mümkün bulunmakta olup onay için yapılacak başvuruda ilacın temini ve kullanımına yönelik belge ibrazı şarttır."

b) 4.1.2 numaralı maddesinin ikinci fıkrasında yer alan "temin edilemeyen ilaçlar için düzenlenecek" ibaresinden sonra gelmek üzere "manuel" ibaresi eklenmiştir.

c) 4.1.3 numaralı maddesinin altıncı fıkrasında yer alan "Hasta kimlik bilgileri" ibaresi "Yalnızca Kurumca iade edilmiş reçete/raporlar için geçerli olmak kaydıyla; hasta kimlik bilgileri" şeklinde değiştirilmiş ve aynı fıkrada yer alan "(Yalnızca Kurumca iade edilmiş reçete/raporlar için geçerlidir.)" ibaresi yürürlükten kaldırılmıştır.

ç) 4.1.4 numaralı maddesinin birinci fıkrasında yer alan "İlaçların" ibaresi "Sağlık raporu olmaksızın ilaçların" şeklinde değiştirilmiş, dördüncü fıkrasının (c) bendine aşağıdaki cümle eklenmiş, aynı fıkranın (ç) bendinde yer alan "ilgili" ibaresi "izin talebinde bulunan ilgili uzmanlık branşında" şeklinde değiştirilmiş, (d) bendine aşağıdaki cümle eklenmiş, (e) ve (f) bentleri aşağıdaki şekilde değiştirilmiş ve beşinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"Bu süre hiçbir şekilde 1 yılı geçemez."

"Ancak, ilacın ödeme kapsamına alındığı tarihte ülkemizde onaylanmış endikasyonunda tanımlı olmasına rağmen SUT'ta koşulu olmayan endikasyonlarda kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanmaz."

"e) EK-4/A Listesinde yer alan ve SUT ve eklerinde herhangi bir düzenlemesi olan ilaç/ilaç gruplarında bu düzenlemenin yürürlük tarihinden sonra Sağlık Bakanlığınca ilacın ülkemizdeki ruhsatlı endikasyonlarına yeni bir endikasyon eklendiğinde, yürürlükte olan Sosyal Güvenlik Kurumu "İlaç Geri Ödeme Yönetmeliği" ve "Alternatif Geri Ödeme

Yönetmeliği” kapsamında yapılmış başvurunun sonucuna istinaden yapılan SUT düzenlemesi çerçevesinde kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.

f) Bir ilacın ülkemizde onaylanmış Kısa Ürün Bilgisinde tanımlı olup ilgili Komisyonlar tarafından geri ödeme kapsamına alınmayan endikasyonlarda kullanılması halinde ilacın bedeli Kurumca karşılanmaz.”

“(5) Hastanın tedavisinde;

a) İlk defa reçete edilecek ilaçlar raporlu olsa dahi kullanım dozuna göre, bir ayı geçmeyecek sürelerde 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.

b) Kür protokolü uygulanan ilaçlarda her kullanımda 1 küre yetecek miktarda ilacın bedeli ödenir.

c) Aynı farmasötik form ve aynı etkin maddeye sahip topikal antifungallerden toplamda 6 aylık dozda kullanılabilecek sayıda kutu olacak şekilde ve bir reçetede en fazla 2 kutu yazılabilir. Belirtilen kutu sayısının üzerinde kullanım söz konusu olduğunda veya tedavinin 6 aydan uzun sürmesi gereken hallerde: dermatoloji uzman hekimleri veya branşı ile ilgili endikasyonda kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimleri tarafından reçete düzenlenmesi, dermatoloji veya kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimince düzenlenen 6 ay süreli uzman hekim raporuna istinaden ise tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.”

d) 4.1.5 numaralı maddesinin yedinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiş ve aynı maddeye aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

“(7) Sürekli görevle yurt dışına gönderilenlerin yurt dışı görevine dair resmi belgenin tarih ve sayısının e-reçetede belirtilmesi zorunludur.”

“(10) İş kazası, meslek hastalığı, adli vaka ve trafik kazası durumlarında reçeteler sadece e-reçete olarak düzenlenir. E-reçete haricinde manuel reçetelerin bedelleri Kurumca karşılanmaz.”

MADDE 20- Aynı Tebliğin 4.2.2 numaralı maddesinin birinci fıkrasında yer alan “Trisiklik, tetrasiklik ve SSRI grubu antidepressanlar tüm hekimlerce” ibaresinden sonra gelmek üzere “toplam 6 ay süre ile” ibaresi eklenmiştir.

MADDE 21- Aynı Tebliğin 4.2.7 numaralı maddesinin birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(1) Uzman hekimlerce veya uzman hekim tarafından düzenlenen en fazla 3 ay süreli kullanılacak ilacın dozunu gösteren uzman hekim raporuna dayanılarak tedaviye başlanır ve bu rapora istinaden diğer hekimler tarafından reçete edilebilir. Devam tedavisi için düzenlenecek sağlık kurulu raporları, en fazla 1 yıl süreli olup bu rapora dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilebilir. Gebelerde rapor süresi en fazla toplam 9 ay sürelidir.”

MADDE 22- Aynı Tebliğin 4.2.8.A numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“4.2.8.A - Enteral beslenme ürünleri

(1) Çocukluk yaş grubunda;

a) Malnütrisyon gelişmesi halinde enteral beslenme ürünleri verilir. Malnütrisyon tanımı;

1) 2 yaş altı bebekler için yaşa göre ağırlık (< -2SD),

2) 2 yaş ve üstü çocuklar için vücut kütle indeksi (VKİ) (< -2SD),

olmasıdır. Malnütrisyon gelişmiş hastalarda bu durumların belirtildiği çocuk hastalıkları uzman hekimleri tarafından düzenlenen en fazla 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak başlanır. Bu sürenin sonunda; yukarıda belirtilen malnütrisyon koşullarının devam etmesi durumunda çocuk gastroenteroloji, çocuk nöroloji, çocuk metabolizma veya çocuk endokrinoloji ve metabolizma uzman hekimlerince düzenlenen en fazla 6 ay süreli rapora dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri ödenir.

b) Yatan hastalarda, doğuştan metabolik hastalığı olanlarda, kanser hastalarında, kistikfibroziste, crohn hastalarında, yanık hastalarında veya orogastrik sonda/nazogastrik sonda/nazointerik sonda veya gastrotomi/jejunostomi ile beslenen hastalarda yukarıda belirtilen malnütrisyon koşulları aranmaz. Yatan hastalar dışında bu durumların belirtildiği uzman hekimler tarafından düzenlenen 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri ödenir.

c) Raporlarda, beslenme ürününün adı, günlük kalori ihtiyacı, hastanın vücut ağırlığı, boyu ve yaşa göre ağırlık SD veya VKİ değerlerine göre belirlenen günlük kullanım miktarı açıkça belirtilerek en fazla 30 günlük dozda reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri ödenir.

(2) Yetişkin hastalarda;

a) Malnütrisyon gelişmesi halinde enteral beslenme ürünleri verilir. Malnütrisyon tanımı;

1) Son 6 ayda %5 ten fazla 6 aydan daha uzun sürede ise %10 dan fazla istemsiz kilo kaybı veya VKİ 70 yaş ve üzerinde 22’ nin altında, 70 yaş altında ise 20’ nin altında ve

2) Malnütrisyonu neden olan eşlik eden hastalık veya travma ve

3) Besin alımında azalma (1 hafta süreyle enerji ihtiyacının %50’sinden az alım veya 2 hafta süreyle alımda herhangi bir azalma veya besin sindirimini/emilimini bozan herhangi bir gastrointestinal sistem hastalığı)

olmasıdır. Diyetetik tedaviler ve/veya obezite cerrahisi sonucu oluşan kilo kayıpları malnütrisyon olarak değerlendirilmez. Bu durumların belirtildiği 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tüm hekimlerce günlük en fazla 1200 kcal dozda reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri ödenir.

b) Yatan hastalar, kanser hastaları veya tüp ile beslenen hastalarda (orogastrik sonda/nazogastrik sonda/nazointerik sonda veya gastrotomi/jejunostomi/gastrojejunostomi) yukarıdaki malnütrisyon koşulları aranmaz. Yatan hastalar dışında bu durumların belirtildiği 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde Kurumca bedeli ödenir.

c) Raporlarda, beslenme ürününün adı, günlük kalori ihtiyacı ve buna göre belirlenen günlük kullanım miktarı, hastanın vücut ağırlığı, boyu ve varsa eşlik eden hastalığın ICD-10 kodu açıkça belirtilerek en fazla 30 günlük dozda reçete edilmelidir.

(3) Yoğunlaştırıcı-kıvam artırıcı beslenme ürünleri;

a) 1 yaş üzeri yutma/yutkunma bozukluğu olan çocuklarda, bu durumun belirtildiği çocuk gastroenteroloji, çocuk metabolizma, çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları ve çocuk yoğun bakım uzmanlarının en az birinin bulunduğu

sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu hekimler ve çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilebilir. Raporla, ürünün adı, günlük kullanım miktarı açıkça belirtilerek en fazla iki kutu yazılır.

b) İnme, kronik nörolojik bozukluklar ve baş boyun kanserleri ve cerrahi rezeksiyonda görülen yutma güçlüğü çeken yetişkin hastalarda; bu durumun belirtildiği nöroloji, kulak burun boğaz, genel cerrahi, beyin cerrahi, anestezi ve yoğun bakım, geriatri, tıbbi onkoloji, radyasyon onkolojisi uzmanlarından en az birinin bulunduğu sağlık kurulu raporuna istinaden tüm uzman hekimlerce reçete edilebilir. Raporla, ürünün adı, günlük kullanım miktarı açıkça belirtilerek aylık en fazla iki kutu yazılır.

(4) Dalı zincirli aminoasitlerden zengin enteral beslenme ürünleri: Karaciğer yetmezliği olan orta ve ağır (evre 2 ve üzeri) ensefalopati gelişmiş hastalarda kullanılabilir. Malnütrisyon kriterleri aranmaz. Gastroenteroloji veya iç hastalıkları uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.”

MADDE 23- Aynı Tebliğin 4.2.9.Ç numaralı maddesinin beşinci fıkrasında yer alan “üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında,” ibaresi yürürlükten kaldırılmıştır.

MADDE24- Aynı Tebliğin 4.2.10.E numaralı maddesinin üçüncü fıkrasında yer alan “sağlık kurumlarında” ibareleri “resmi sağlık hizmet sunucularında” şeklinde değiştirilmiştir.

MADDE 25- Aynı Tebliğin 4.2.12.A numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) İkinci fıkrasının (c) bendine aşağıdaki alt bent eklenmiştir.

“4) Nakilden 14 gün sonra HBsAg negatif ve AntiHBs düzeyi>100 IU/l ise aylık 2.000 IU SC HBİg idame tedavisi uygulamasına geçilebilir. Bu sürenin de sonunda AntiHBs düzeyinden bağımsız olarak aylık 2.000 IU SC HBİg idame tedavisi uygulamasına geçilir.”

b) Maddeye aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

“(3) Sitomegalavirüs immünglobulini; yalnızca kalp ve/veya akciğer nakli alıcılarında, donör CMV-IgG pozitif, alıcı negatif olan yüksek riskli ve immünosupresif tedaviye maruz kalan hastalarda, sitomegalovirüs enfeksiyonunun klinik belirtilerinin profilaksisinde; bu durumların belirtildiği kalp naklinde kardiyovasküler cerrahi, kardiyoloji ve enfeksiyon hastalıkları, akciğer naklinde göğüs cerrahisi, göğüs hastalıkları ve enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerinden oluşan sağlık kurulu raporuna dayanılarak tabela/reçetelerin uzman hekimlerce düzenlenmesi halinde bedelleri Kurumca ödenir.”

MADDE 26- Aynı Tebliğin 4.2.13 numaralı maddesinin ikinci fıkrası yürürlükten kaldırılmıştır.

MADDE 27- Aynı Tebliğin 4.2.14.C numaralı maddesinin üçüncü fıkrasında aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) (a) bendinin (2) numaralı alt bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“2) HER-2 immünohistokimya ile +3 veya FISH/CISH/SISH (+) olan hastalarda, erken evre meme kanseri endikasyonunda, tedavi süresi 9 haftadır. Sağlık Bakanlığı’nın ilaca ilişkin düzenlemesi esas alınarak tedavinin 52 haftaya tamamlanması düşünülen durumlarda, 9 haftalık tedaviden sonra en az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin bulunduğu ve ekokardiyografi değerlendirmesinin de yer aldığı 3 ay süreli sağlık kurulu raporu ile bu hekimlerce reçete edilir. Toplam tedavi süresi 52 haftayı geçemez.”

b) (ç) bendinin (1) numaralı alt bendinde yer alan “en fazla 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna istinaden tıbbi onkoloji uzman hekimleri” ibaresi “tedavi protokolünü gösterir sağlık kurulu raporuna istinaden tüm uzman hekimler” şeklinde değiştirilmiştir.

c) (n) bendinin (1) numaralı alt bendinde yer alan “tedavi toplam 26 küre tamamlanabilir.” ibaresi “idame tedavi olarak progresyona kadar veya tolere edilemez bir yan etki gelişinceye kadar tedaviye devam edilebilir.” şeklinde değiştirilmiştir.

ç) (u) bendinin (2) numaralı alt bendine aşağıdaki maddeler eklenmiştir.

“c) Bazal PSA değeri 2ng/ml üzerinde olan ve PSA ikiye katlanma zamanı 6 aydan daha kısa olan, testosteron düzeyi kastrasyon seviyesinde olan (<50 ng/dl), daha önce sitotoksik kemoterapi almamış olan ve ECOG performans skoru 0-1 olan metastatik olmayan kastrasyon dirençli prostat kanserli hastalarda progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

ç) Visseral metastazı olmayan metastatik hormona duyarlı prostat kanserli (mHDPK) yetişkin erkeklerde androjen düşürme tedavisiyle birlikte progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.”

d) (aa) bendinin (2) numaralı alt bendinin (a) maddesinin ikinci cümlesi yürürlükten kaldırılmış, (b) maddesinde yer alan “sağlık kurumlarında” ibareleri “resmi sağlık hizmeti sunucularında ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde” şeklinde değiştirilmiştir.

e) (ğğğ) bendinin (1) numaralı alt bendinde yer alan “akredite laboratuvarla doğrulanmış,” ibaresinden sonra gelmek üzere “monoterapi olarak daha önce bir ALK (anaplastiklenfomakinaz) inhibitörü ile tedavi edilmemiş veya” ibaresi eklenmiştir.

f) (ııı) bendinin (2) numaralı alt bendinde yer alan “sağlık kurumlarında” ibaresi “resmi sağlık hizmet sunucularında” şeklinde değiştirilmiştir.

g) Aynı fıkraya aşağıdaki bent eklenmiştir.

“kkk) Asparaginaseerwiniachrysanthemi kullanım ilkeleri

1) Çocuk ve erişkin Akut Lenfoblastik Lösemi (ALL) veya Non-HodginLenfoma tanısı konulan hastalarda L-asparaginase ve Pegaspargase kullanımına bağlı ciddi alerjik veya anafilaktik reaksiyon geliştiğinin raporda belirtilmesi durumunda, üçüncü basamak resmi sağlık hizmet sunucularında düzenlenen en az bir çocuk hematoloji, çocuk onkoloji veya hematoloji uzman hekimlerinin düzenleyeceği 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna istinaden bu hekimlerce ikinci veya üçüncü basamak resmi sağlık hizmet sunucularında reçete edilmesi halinde bedelleri kurumca karşılanır.”

MADDE 28- Aynı Tebliğin 4.2.15 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) 4.2.15.Ç numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“4.2.15.Ç - Prasugrel;

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

a) Perkütan koroner girişim kararı alınan ST yükselmez miyokard enfarktüsü [NSTEMI] hastalarda,

b) Perkütan koroner girişim kararı alınan ST yükselmeli miyokard enfarktüsü [STEMI] hastalarında,

(2) Klopidoğrel tedavisi altında iken stent trombozu gelişen akut koroner sendromlu (AKS) hastalarda,

(3) Bu durumlarda rapor aranmaksızın 4 haftalık doz kardiyoloji veya kalp damar cerrahi uzman hekimlerce veya bu durumların belirtildiği en az bir kardiyoloji veya kalp damar cerrahi uzman hekiminin yer aldığı 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak yine bu hekimlerce ya da iç hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenebilir. Tedavi süresi 1 yıldır. İlacın hastaya tekrar kullanımı ancak hastada aynı koşulların yeniden oluşması halinde mümkündür.”

b) 4.2.15.E numaralı maddesinin birinci fıkrasında yer alan “ve acil servise müracaat etmiş” ibaresi ile ikinci fıkrasında yer alan “hastaneye yatırılmış olması ve acil tedavide” ibaresi yürürlükten kaldırılmış ve beşinci fıkrasında yer alan “hastalarda” ibaresinden sonra gelmek üzere “rapor aranmaksızın 4 haftalık doz kardiyoloji veya kalp damar cerrahi uzman hekimlerince veya” ibaresi eklenmiştir.

c) 4.2.15.G numaralı maddesi yürürlükten kaldırılmıştır.

MADDE 29- Aynı Tebliğin 4.2.16 numaralı maddesinin ikinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(2) Doğuştan metabolik hastalığı olanlarda, protein metabolizması bozukluklarında (aminoasit metabolizması bozuklukları, üre siklus bozuklukları, organik asidemiler), malabsorpsiyona neden olan bir hastalığı olan hastalarda kullanılan özel mamalar:

a) Çocuk metabolizma hastalıkları, çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları veya çocuk gastroenteroloji uzman hekimleri tarafından, bu uzman hekimlerin bulunmadığı hastanelerde çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince düzenlenen 3 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak, tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.

b) Erişkin endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları ya da erişkin gastroenteroloji uzman hekimleri tarafından, bu uzman hekimlerin bulunmadığı hastanelerde iç hastalıkları uzman hekimlerince düzenlenen 3 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak, tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.

c) Glikojen depo hastalığının diyet yönetiminde kullanılan yüksek amilopektin içeren nişastalı ürünler; 2 yaş ve üzerindeki hastalarda, bu durumun belirtildiği en az bir çocuk metabolizma hastalıkları veya gastroenteroloji uzmanının bulunduğu sağlık kurulu raporuna dayanılarak çocuk metabolizma hastalıkları ile çocuk sağlığı ve hastalıkları veya gastroenteroloji uzman hekimlerince reçete edilebilir. Raporda, ürünün adı, günlük kullanım miktarı açıkça belirtilerek aylık en fazla dört kutu yazılır.”

MADDE 30- Aynı Tebliğin 4.2.24.A numaralı maddesinin dokuzuncu fıkrasında yer alan “Beklometazon+ formoterol+ glikopronyum” ibaresinden sonra gelmek üzere “veya flutikazonfuroat+ umeklidinyum+ vilanterol” ibaresi eklenmiştir.

MADDE 31- Aynı Tebliğin 4.2.25 numaralı maddesinin üçüncü ve beşinci fıkralarında yer alan “sağlık kurumlarında” ibareleri “resmi sağlık hizmeti sunucularında ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde” şeklinde değiştirilmiş ve aynı fıkraların sonuna aşağıdaki cümle “Pregabalin ve gabapentin kombine olarak kullanılamaz.”

MADDE 32- Aynı Tebliğin 4.2.27.A numaralı maddesinin birinci fıkrasında yer alan “varsa” ibaresi yürürlükten kaldırılmıştır.

MADDE 33- Aynı Tebliğin 4.2.33 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Onuncu fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(10) Deksametazon intravitreal implant etkin maddeli ilacın, anti-VEGF ilaçların uygulamasını takiben en erken 1 ay sonra kullanılmak kaydıyla yılda en fazla 4 defa kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Aynı göze ardışık uygulanacak deksametazon intravitreal implant etkin maddeli ilaç için iki uygulama arasındaki süre en az 3 ay olmalıdır. İki doz arasındaki süre tedaviyi yürüten hekim tarafından belirlenir. Deksametazon intravitreal implant etkin maddeli ilaç ile tedaviye yanıt alınan durumlarda anti-VEGF ilaçlar kullanılırken veya kullanılmaksızın tedaviye devam edilmesi mümkündür. Deksametazon intravitreal implant etkin maddeli ilacın uygulamasından sonra anti-VEGF tedavisine karar verilirse en az 3 ay sonra bevacizumab ile tedaviye başlanır. Hastalarda ranibizumab veya aflibersept etkin maddeli ilaçların gerekli görüldüğü hallerde tedavilerin 4.2.33 üncü madde hükümleri çerçevesinde sağlanması gerekmektedir.”

b) 4.2.33.A numaralı maddesinin ikinci fıkrasında yer alan “Bevacizumab etkin maddeli ilaçla tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap alınması durumunda” ibaresinden sonra gelmek üzere “(Bevacizumab tedavisinden yanıt alınamaması durumu uygulama tarihinden 4 veya 6 hafta sonra OCT görüntüsünün eklenerek dokümanite edilmesi zorunludur.)” ibaresi eklenmiştir.

c) 4.2.33.B numaralı maddesinin ikinci fıkrasında yer alan “Bevacizumab etkin maddeli ilaçla tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap alınması durumunda” ibaresinden sonra gelmek üzere “(Bevacizumab tedavisinden yanıt alınamaması durumu uygulama tarihinden 4 veya 6 hafta sonra OCT görüntüsünün eklenerek dokümanite edilmesi zorunludur.)” ibaresi eklenmiştir.

ç) 4.2.33.C numaralı maddesinin ikinci fıkrasında yer alan “Bevacizumab etkin maddeli ilaçla tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap alınması durumunda” ibaresinden sonra gelmek üzere “(Bevacizumab tedavisinden yanıt alınamaması durumu uygulama tarihinden 4 veya 6 hafta sonra OCT görüntüsünün eklenerek dokümanite edilmesi zorunludur.)” ibaresi eklenmiştir.

d) 4.2.33.Ç numaralı maddesinin ikinci fıkrasında yer alan “Bevacizumab etkin maddeli ilaçla tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap alınması durumunda” ibaresinden sonra gelmek üzere “(Bevacizumab tedavisinden yanıt alınamaması durumu uygulama tarihinden 4 veya 6 hafta sonra OCT görüntüsünün eklenerek dokümanite edilmesi zorunludur.)” ibaresi eklenmiştir.

MADDE 34- Aynı Tebliğin 4.2.34 numaralı maddesinin dördüncü fıkrasında yer alan “yalnızca” ibaresi yürürlükten kaldırılmıştır.

MADDE 35- Aynı Tebliğin 4.2.35.A numaralı maddesinin birinci ve ikinci fıkralarında yer alan “sağlık kurumlarında” ibareleri “resmi sağlık hizmeti sunucularında ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde” şeklinde değiştirilmiş ve aynı fıkraların sonuna aşağıdaki cümle eklenmiştir.

“Pregabalin ve gabapentin kombine olarak kullanılamaz.”

MADDE 36- Aynı Tebliğin 4.2.42.A numaralı maddesinin altıncı fıkrasının (b) bendinin (2) numaralı alt bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“2) Hipogonadotropik hipogonadizm; hastalarda OI ve/veya IUI işlemi için en az 3 en fazla 6 uygulama, toplam 10000 IU gonadotropin (FSH + LH veya HMG) ödenir.”

MADDE 37- Aynı Tebliğin 4.2.45 numaralı maddesinin birinci fıkrasında yer alan “kuruluşlarında” ibaresi “hizmet sunucularında” şeklinde değiştirilmiştir.

MADDE 38- Aynı Tebliğin 4.2.48 numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“4.2.48 - Kolik asit kullanım ilkeleri;

(1) Kalıtsal safra asit metabolizması bozuklukları veya Zellweger spektrum bozukluğu tanımlı hastalarda; üçüncü basamak resmi sağlık hizmet sunucularında çocuk endokrinoloji, çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları, çocuk metabolizma hastalıkları, erişkin endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları, çocuk ve erişkin gastroenteroloji uzman hekimlerinden en az ikisinin yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce reçetelenir. Mevcut enzim eksikliğinin genetik olarak doğrulandığı test sonucunun raporda belirtilmesi gerekmektedir.”

MADDE 39- Aynı Tebliğin 4.2.50 numaralı maddesinin birinci fıkrasında yer alan “Xanthomatosis Cerebrotendinous” ibaresi “Yalnızca, Cerebrotendinous Xanthomatosis” şeklinde değiştirilmiş, “belgelendirilmesi ve” ibaresinden sonra gelmek üzere “üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucusunda” ibaresi ile “yer aldığı” ibaresinden sonra gelmek üzere “1 yıl süreli” ibaresi eklenmiştir.

MADDE 40- Aynı Tebliğin 4.2.51 numaralı maddesinin ikinci fıkrasında yer alan “sağlık kurumlarında” ibaresi “resmi sağlık hizmet sunucularında” şeklinde değiştirilmiştir.

MADDE 41- Aynı Tebliğin 4.2.54 numaralı maddesinin birinci fıkrasının (a) ve (b) bentlerinde yer alan “sağlık kurumlarında” ibareleri “resmi sağlık hizmet sunucularında” şeklinde değiştirilmiştir.

MADDE 42- Aynı Tebliğin 4.2.55 numaralı maddesinin birinci fıkrasında yer alan “sağlık kurumlarında” ibaresi “resmi sağlık hizmet sunucularında” şeklinde değiştirilmiştir.

MADDE 43- Aynı Tebliğin 4.2.57 numaralı maddesinin birinci fıkrasında yer alan “sağlık kurumlarında” ibareleri “resmi sağlık hizmet sunucularında” şeklinde değiştirilmiştir.

MADDE 44- Aynı Tebliğin 4.2.59 numaralı maddesinin birinci fıkrasında yer alan “sağlık kurumlarında” ibaresi “resmi sağlık hizmet sunucularında” şeklinde değiştirilmiştir.

MADDE 45- Aynı Tebliğin 4.2.60 numaralı maddesinin dördüncü fıkrasında yer alan “sağlık kurumlarında” ibaresi “resmi sağlık hizmet sunucularında” şeklinde değiştirilmiştir.

MADDE 46- Aynı Tebliğin 4.2.61 numaralı maddesinin birinci fıkrasında yer alan “sağlık kurumlarında” ibaresi “resmi sağlık hizmet sunucularında” şeklinde değiştirilmiştir.

MADDE 47- Aynı Tebliğin 4.2.64 numaralı maddesinin birinci fıkrasında yer alan “sağlık kurumlarında” ibaresi “resmi sağlık hizmet sunucularında” şeklinde değiştirilmiştir.

MADDE 48- Aynı Tebliğin 4.2.65 numaralı maddesinin birinci ve ikinci fıkralarında yer alan “ikinci” ibarelerinden sonra gelmek üzere “basamak” ibaresi eklenmiş, aynı fıkralarda yer alan “sağlık hizmeti sunucularında” ibareleri “resmi sağlık hizmeti sunucularında ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde” şeklinde, “sağlık kurulu” ibareleri “uzman hekim” şeklinde, ikinci fıkrasında yer alan “hekimlerinden herhangi üçünün yer aldığı” ibaresi “hekimlerince düzenlenen” şeklinde değiştirilmiştir.

MADDE 49- Aynı Tebliğin 4.2 numaralı maddesine aşağıdaki maddeler eklenmiştir.

“4.2.66- Gonadotropin kullanım ilkeleri

(1) Hipogonadotropik hipogonadizm tanısı; 6 ay ara ile yapılan değerlendirmelerde toplamda 3 yıl süre ile FSH ve LH değerleri normal aralığın alt sınırında veya düşük olan ve total testosteron değeri sayısal olarak düşük olan erkek hastalarda bu durumların belirtildiği en az biri endokrinoloji ve metabolizma uzman hekiminin yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak endokrinoloji ve metabolizma uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.

4.2.67- Otozomal dominant polikistik böbrek hastalığında (ADPKD) tolvaaptan kullanım ilkeleri

(1) Aşağıdaki kriterlerin tümünü karşılayan 18 (18,0) - 55 (55,0 hariç) yaş arası, GFR’si 25ml/dk’nın üzerinde ADPKD tanısı almış hastalarda tedaviye başlanır:

a) Son bir ay içinde 2 defa yapılan ölçüm sonunda CKD-EPI formülü ile hesaplanmış aşağıdaki glomerüler filtrasyon hızı değeri aranır.

1) ≥ 18 -<40 yaş arası: GFR kriteri aranmaz

2) 40 - 44 yaş arası: GFR <90 olmalı

3) 45 - 49 yaş arası: GFR <75 olmalı

4) 50 - 55 yaş arası: GFR <60 olmalı

b) Aşağıdaki tanımlarda yer aldığı şekilde, hızlı ilerleyen olgu olmalıdır.

1) En az 4 yıllık takip süresinde yapılmış ve yılda en az 1 kez yapılan toplam 5 ölçüme göre yıllık ortalama GFR düşüşü ≥ 3 ml/dk/1.73m²

veya

2) Mayo Clinic sınıflandırmasına göre MR veya CT ile ölçülen böbrek hacminin 1D veya 1E olması

(2) Üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde en az bir nefroloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak nefroloji uzmanlarınca reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Rapor en fazla 1 yıl süreyle geçerli olup, yukarıda yer alan kriterler belirtilir. Maksimum doz günde 120 mg’yi aşmamalıdır. GFR<25 ml/dk olduğunda ilaç sonlandırılır.

4.2.68- 3,4 diaminopyridin kullanım ilkeleri

(1) 6 Yaş üzeri çocuklar ve yetişkin hastalarda:

Elektrofizyolojik test ve/veya klinik değerlendirmeyle tanı konulmuş Lambert Eaton Miyastenik Sendromlu (LEMS) veya genetik analiz ile tanı konulmuş konjenital miyastenik sendromlu hastaların tedavisi için, üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında düzenlenen ve yukarıda yer alan tanı kriterlerinin belirtildiği, en az bir çocuk nöroloji ve/veya nöroloji

uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.”

MADDE 50- Aynı Tebliğin 4.3 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Üçüncü fıkrasında yer alan “kurumunda” ibareleri “hizmet sunucularında” şeklinde değiştirilmiştir.

b) Sekizinci fıkrasında yer alan “satış izni” ibaresi “dağıtım belgesi” şeklinde değiştirilmiş, “alması durumunda;” ibaresinden sonra gelmek üzere “dağıtım belgesi tarihi esas alınacak şekilde” ibaresi eklenmiş ve aynı fıkraya aşağıdaki cümle eklenmiştir.

“Uzman hekim raporu ve reçetenin Sağlık Bakanlığınca verilecek kullanım onay tarihi sonrasında düzenlenmesi esastır.”

MADDE 51- Aynı Tebliğin 4.4.1 numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“4.4.1- Uygulanacak indirim oranları

(1) Depocuya satış fiyatı 14,17 (on dört virgül on yedi) TL ve altında olan ilaçlar için kamu kurum iskontosu uygulanmaz (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(2) Depocuya satış fiyatı 14,18 (on dört virgül on sekiz) TL’nin (dahil) üzerinde olan ilaçlara kamu kurum iskontosu olarak %10 veya %11 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(3) Aşağıdaki fıkralarda konu edilen kamu kurum iskontoları ve ilave iskonto uygulamalarında ilaçların, referans, eşdeğer, fiyat korumalı gibi durumlarının belirlenmesinde Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmış olan düzenlemeler esas alınır. İlaçlarda oluşabilecek durum değişikliklerine ilişkin iskonto uygulamaları Kurum tarafından değerlendirilir. Ancak, SUT eki EK-4/A listesinde bulunmaktayken Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Detaylı İlaç Fiyat Listesinde yayımlanan; referans ürün, eşdeğer ürün, fiyat korumalı ürün statülerinde oluşan değişiklikler nedeniyle kamu fiyatında artışa yol açabilecek her türlü değişiklik için indirim oranlarına ilişkin güncelleme talepleri ilgili komisyon marifetiyle Kurum tarafından değerlendirilir.

(4) Fiyat korumalı ürünlerden;

a) Depocuya satış fiyatı 14,18 (on dört virgül on sekiz) TL (dahil) ile 27,13 (yirmi yedi virgül on üç) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %0 iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

b) Depocuya satış fiyatı 27,14 (yirmi yedi virgül on dört) TL (dahil) ile 40,87 (kırk virgül seksen yedi) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

c) Depocuya satış fiyatı 40,88 (kırk virgül seksen sekiz) TL ve üzerinde olan, referansı olan ve referansı olmayıp maliyet kartına göre fiyat alan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11+%17 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

ç) Depocuya satış fiyatı 40,88 (kırk virgül seksen sekiz) TL ve üzerinde olan, referansı olmayan ilaçlara; %40 iskonto (baz iskonto %11+%29 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(5) Eşdeğeri olmayan referans ilaçlardan;

a) Depocuya satış fiyatı 14,18 (on dört virgül on sekiz) TL (dahil) ile 27,13 (yirmi yedi virgül on üç) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

b) Depocuya satış fiyatı 27,14 (yirmi yedi virgül on dört) TL (dahil) 40,87 (kırk virgül seksen yedi) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %31 (baz iskonto %11+%20 ilave iskonto) iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

c) Depocuya satış fiyatı 40,88 (kırk virgül seksen sekiz) TL ve üzerinde olan ilaçlara; %41 iskonto (baz iskonto %11+%30 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(6) Eşdeğeri olan referans ilaçlar ile eşdeğer ilaçlardan;

a) Depocuya satış fiyatı 14,18 (on dört virgül on sekiz) TL (dahil) ile 27,13 (yirmi yedi virgül on üç) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

b) Depocuya satış fiyatı 27,14 (yirmi yedi virgül on dört) TL (dahil) ile 40,87 (kırk virgül seksen yedi) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %18 iskonto (baz iskonto %11+%7 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

c) Depocuya satış fiyatı 40,88 (kırk virgül seksen sekiz) TL ve üzerinde olan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11+%17 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(7) Depocuya satış fiyatı 14,18 (on dört virgül on sekiz) TL ve üzerinde olan kan ürünleri, tıbbi mamalar ve radyofarmasötik ürünlere; %11 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(8) Enteral beslenme ürünlerinden;

a) Depocuya satış fiyatı 14,17 (on dört virgül on yedi) TL ve altında olan ilaçlar için kamu kurum iskontosu uygulanmaz (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

b) Depocuya satış fiyatı 14,18 (on dört virgül on sekiz) TL (dahil) ile 27,13 (yirmi yedi virgül on üç) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %11 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

c) Depocuya satış fiyatı 27,14 (yirmi yedi virgül on dört) TL (dahil) ile 40,87 (kırk virgül seksen yedi) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %31 iskonto (baz iskonto %11+%20 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

ç) Depocuya satış fiyatı 40,88 (kırk virgül seksen sekiz) TL ve üzerinde olan ilaçlara; %41 iskonto (baz iskonto %11+%30 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(9) Piyasaya verilecek, mevcut EK-4/A Listesinde bulunmayan yeni moleküller ile tedaviye yenilik getirecek ürünlerin EK-4/A Listesine kabulü halinde, bu ürünler listeye girdiği tarihten itibaren 1 yıl süre ile ilave iskontolardan muaf tutulur. Bu süre; SUT’un “4.3- Yurt dışından ilaç getirilmesi” başlıklı maddesinin sekizinci fıkrası kapsamında Kurumca ödemesi yapılan ilaçlar için EK-4/A Listesine giriş talebi tarihinden itibaren başlar. Molekülün ilave iskontodan muafiyeti açısından 1 yıllık süresi, tüm farmasötik formları için listeye ilk giren forma uygulanan süre bitiminde sona erer.

(10) EK-4/A Listesinde yer alıp, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından Kamu Kurum iskontosu ayrıca belirlenen ilaçlar için bu maddenin (4), (5) ve (6) numaralı fıkraları uygulanmaz.

(11) Ayakta veya yatarak tanı ve tedavi hizmeti sunan sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, ayakta veya yatarak tedavilerde kullandıkları ve kendi eczanelerinden temin ettikleri ilaçlara da Kurum eşdeğer ilaç uygulaması ile belirlenen azami birim bedel esas alınmak suretiyle yukarıda belirtilen esaslara göre kamu kurum iskontosu ile %3,5 oranında eczacı indirimi uygulayarak fatura edeceklidir. Ayakta veya yatarak tanı ve tedavi hizmeti sunan sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularının ilaç

satın alma bedeli ile eşdeğer ilaçların Kurumca ödenen azami fiyatları arasında fark oluşması halinde fark ücreti kişilerden talep edilemez. Serbest eczane satışı olmayan ve Sağlık Bakanlığı tarafından “depocu fiyatlı ilaçlar” şeklinde tanımlanan ürünlere, depocu satış fiyatı üzerinden EK-4/A Listesinde gösterilen indirim oranları (özel iskontolar dahil) uygulanır, ayrıca eczacı indirimi uygulanmaz.

(12) Sağlık Bakanlığı tarafından perakende satış fiyatı verilen ürünlere, perakende satış fiyatı üzerinden EK-4/A Listesinde gösterilen indirim oranları (özel iskontolar dahil) uygulanmak suretiyle, ilaçların indirimli bedeli (kamu fiyatı) bulunur. Ayrıca tüm ilaçlara indirimli bedel üzerinden eczacı indirimi yapılır.”

MADDE 52- Aynı Tebliğin 5.1 numaralı maddesinin birinci ve üçüncü fıkralarında yer alan “protokollü” ibareleri yürürlükten kaldırılmıştır.

MADDE 53- Aynı Tebliğin 5.2 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Üçüncü fıkrasında yer alan “protokollerin/” ibaresi yürürlükten kaldırılmıştır.

b) 5.2.1 numaralı maddesinin başlığı aşağıdaki şekilde ve birinci fıkrasında yer alan “kurum/kuruluşları” ibaresi “hizmeti sunucuları” şeklinde değiştirilmiştir.

“5.2.1- Sağlık hizmeti sunucuları faturalarının düzenlenmesi”

MADDE 54- Aynı Tebliğin 5.3 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Birinci ve ikinci fıkralarında yer alan “protokollerde/” ibareleri yürürlükten kaldırılmıştır.

b) Üçüncü fıkrasında yer alan “kurum/kuruluşlar” ibaresi “sağlık hizmeti sunucuları” şeklinde değiştirilmiştir.

c) 5.3.1 numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

5.3.1 - Sağlık hizmeti sunucuları için incelemeye esas belgeler

(1) Aşağıda sayılan incelemeye esas belgeler, incelenmek ve ödeme yapılmak üzere Kuruma gönderilir. Ancak örnekleme yöntemi ile incelenen işlemlere ait incelemeye esas belgelerden, örnekleme düşmüş olanlar Kuruma gönderilir, örnekleme dışında kalan işlemlere ait olanlar ise ihtiyaç duyulması halinde Kuruma ibraz edilmek üzere sağlık hizmeti sunucularında muhafaza edilir. İncelemeye esas belgeler elektronik olarak düzenlenerek ve/veya elektronik ortama aktararak Kurum bilgi işlem sistemine intikal ettirilir. Kuruma gönderilmesi gereken belgelerden elektronik ortamda gönderilmesine başlanılan belgelerin ayrıca manuel olarak gönderilip gönderilmeyeceği Kurumca belirlenir.

(2) Sağlık hizmeti sunucularının incelemeye esas belgeleri;

a) Ayakta tedaviler için uzmanlık dalı bazında ayrılmış,

b) Yatarak tedaviler için uzmanlık dalı bazında ayrılmış,

c) 5.2.1 numaralı maddede örnekleneceği belirtilen işlemler için her bir işlem başlığı altında ayrılmış olmalıdır.

(3) Kuruma MEDULA hastane sistemi üzerinden elektronik ortamda gönderilen belgeler ayrıca manuel ortamda gönderilmez.”

ç) 5.3.1.A numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

5.3.1.A - Fatura üst yazısı

(1) Fatura üst yazısı, Kurumca elektronik evrak kabulü yapılmaya kadar sağlık hizmeti sunucusu başhekimliği tarafından onaylanarak Kuruma teslim edilir. Ayrıca Kurumca belirlenen istisnalar nedeni ile manuel olarak gönderilecek faturalara ait fatura üst yazısı da sağlık hizmeti sunucusu başhekimliği tarafından onaylanarak Kuruma teslim edilir. Fatura üst yazısında aşağıda bulunan bilgiler yer alır;

a) Sağlık hizmeti sunucusunun adı,

b) Sağlık hizmeti sunucusunun MEDULA tesis kodu,

c) Sağlık hizmeti sunucusunun adresi,

ç) Fatura dönemi,

d) Hasta sayısı (uzmanlık dalı bazında ve toplam),

e) Fatura tutarı (uzmanlık dalı bazında ve toplam).”

d) 5.3.1.C numaralı maddesinin birinci fıkrasında yer alan “kurum/kuruluşları” ibaresi “hizmeti sunucuları” şeklinde değiştirilmiş, (k) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“k) Epikriz notu. (Yoğun bakım, yatarak ve günübirlik hastalarda; günlük progreslerin, tedavi orderların ve kullanılan malzeme bilgilerinin eklenmesi.)”

e) 5.3.1.Ç numaralı maddesinin birinci fıkrasının (a) bendinde yer alan “kurumunca” ibaresi “hizmeti sunucusunca” şeklinde değiştirilmiştir.

MADDE 55- Aynı Tebliğ eki;

a) “Ayaktan Başvurularda Ödeme Listesi (EK-2/A)” Ek-1’deki şekilde,

b) “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Ayakta Tedavilerde Sınıflandırılması Listesi (EK-2/A-1)” Ek-2’deki şekilde,

c) “Hizmet Başı İşlem Puan Listesi (EK-2/B)” Ek-3’teki şekilde,

ç) “Tanıya Dayalı İşlem Puan Listesi (EK-2/C)” Ek-4’teki şekilde,

değiştirilmiştir.

MADDE 56- Aynı Tebliğ eki “İlave Oran Uygulanacak İşlemler Listesi (EK-2/C-1)” nde yer alan “P552001”, “P552002”, “P552003”, “P552006”, “P552007” ve “P552008” SUT kodlu işlem satırları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

P552001	Birinci basamak yoğun bakım hastası	100
P552002	İkinci basamak yoğun bakım hastası	100
P552003	Üçüncü basamak yoğun bakım hastası	100
P552006	Yenidoğan birinci basamak yoğun bakım hastası	100
P552007	Yenidoğan ikinci basamak yoğun bakım hastası	100
P552008	Yenidoğan üçüncü basamak yoğun bakım hastası	100

MADDE 57- Aynı Tebliğ eki;

- a) “Diş Tedavileri Puan Listesi (EK-2/Ç)” Ek-5’deki şekilde,
b) “Birden Fazla Branşta Kullanılan Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/A)” Ek-6’daki şekilde,
c) “Kurumca Bedeli Karşılanmayan Tıbbi Malzemeler (EK-3/B)” Ek-7’deki şekilde,
ç) “İşlem Puanına Dahil Basit Sıhhi Sarf Malzemeler (EK-3/B-1)” Ek-8’deki şekilde,
d) “Kurumca Bedeli Karşılanmayan Diğer Tıbbi Malzemeler (EK-3/B-2)” Ek-9’daki şekilde,
e) “Ayakta Tedavilerde Kullanılan Tıbbi Malzemeler (EK-3/C)” Ek-10’daki şekilde,
f) “Tıbbi Uygunluk Aranacak Tıbbi Malzemeler (EK-3/C-1)” Ek-11’deki şekilde,
g) “Eksternal Alt ve Üst Ekstremit/Gövde Protez Ortezler Listesi (EK-3/C-2)” Ek-12’deki şekilde,
ğ) “Diğer Protez Ortezler Listesi (EK-3/C-3)” Ek-13’teki şekilde,
h) “Tıbbi Sarf Malzemeleri Listesi (EK-3/C-4)” Ek-14’teki şekilde,
ı) “Özel Hallerde Karşılanan Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/C-5)” Ek-15’deki şekilde,
i) “Görmeye Yardımcı Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/D)” Ek-16’daki şekilde,
j) “Omurga Cerrahisi Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/E-1)” Ek-17’deki şekilde,
k) “Beyin Cerrahisi Branşı Kranial Cerrahisi Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/E-2)” Ek-18’deki şekilde,
l) “Ortopedi ve Travmatoloji Branşı Artroplasti Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/F-1)” Ek-19’daki şekilde,
m) “Ortopedi ve Travmatoloji Branşı Artroskopi ve Eklem Cerrahisi Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/F-2)” Ek-20’deki şekilde,
n) “Ortopedi ve Travmatoloji Branşı Tümör Rezeksiyon Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/F-3)” Ek-21’deki şekilde,
o) “Ortopedi ve Travmatoloji Branşı Travma ve Rekonstrüksiyon Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/F-4)” Ek-22’deki şekilde,
ö) “Göz Sağlığı ve Hastalıkları Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/G)” Ek-23’teki şekilde,
p) “Kardiyoloji Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/H)” Ek-24’teki şekilde,
r) “Kalp Damar Cerrahisi Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/I)” Ek-25’deki şekilde,
s) “Kulak Burun Boğaz Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/J)” Ek-26’daki şekilde,
ş) “Kadın Hastalıkları ve Doğum Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/K)” Ek-27’deki şekilde,
t) “Üroloji Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/L)” Ek-28’deki şekilde,
u) “Radyoloji Branşı ve Endovasküler/Nonvasküler Girişimsel İşlemlere Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/M)” Ek-29’daki şekilde,
ü) “Allogreft Ürün Grubu Listesi (EK-3/N-1)” Ek-30’daki şekilde,
v) “Xenogreft Ürün Grubu Listesi (EK-3/N-2)” Ek-31’deki şekilde,
y) “Sentetik Greft Ürün Grubu Listesi (EK-3/N-3)” Ek-32’deki şekilde,
z) “Hematoloji-Onkoloji Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/O)” Ek-33’teki şekilde,
aa) “Nefroloji Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/P)” Ek-34’teki şekilde,
bb) “Gastroenteroloji Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/R)” Ek-35’deki şekilde,
cc) “Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Branşlarına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/S)” Ek-36’daki şekilde,
çç) “Anesteziyoloji, Reanimasyon ve Ağrı Tedavisi Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/T)” Ek-37’deki şekilde,
dd) “Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi (EK-4/A)” Ek-38’deki şekilde,
ee) “Hastalığa Özel (Doğuştan Metabolik Hastalıklar, Kistik Fibrozis ve İnek Sütü Alerjisi) Diyet Ürünleri ile Tıbbi Mamalar Listesi (EK-4-B)” Ek-39’daki şekilde,
ff) “Yurt Dışı İlaç Fiyat Listesi (EK-4/C)” Ek-40’taki şekilde,
değiştirilmiştir.

MADDE 58- Aynı Tebliğ eki “Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi (EK-4/D)” nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listenin “3” numaralı maddesine “(Z94)” ibaresinden sonra gelmek üzere “(Q61.2*)” ibaresi ve aşağıdaki alt madde eklenmiştir.

“3.22. Tolvaptan* (Yalnızca ADPKD tanısında muaftır.)”

b) Listenin “6.3.10” numaralı alt maddesinde yer alan “(sadece malnütrisyon gelişmiş hastalarda muafiyet kapsamındadır.” ibaresinden sonra gelmek üzere “Çocukluk çağında” ibaresi eklenmiştir.

c) Listenin “10.2” numaralı maddesine aşağıdaki alt madde eklenmiştir.

“10.2.4. Konjenital ve gelişimsel miyasteni

G70.2	Konjenital ve Gelişimsel Miyasteni
--------------	------------------------------------

10.2.4.1. 3,4 diaminopyridin*”

ç) Listenin “10.11” numaralı maddesine aşağıdaki alt madde eklenmiştir.

“10.11.3. Tolperisonhidroklorür*”

d) Listenin “11.5” numaralı maddesine aşağıdaki alt madde eklenmiştir.

“11.5.3. Guanfasin”

e) Listenin “11” numaralı maddesine aşağıdaki alt madde eklenmiştir.

11.6. Çocukluk otizmi (F84.0)

F84.0	Çocukluk otizmi
--------------	-----------------

11.6.1. Aripiprazol*”

f) Listenin “15.4.1.9” numaralı alt maddesine aşağıdaki cümle eklenmiştir.

“Bunların dışında kalan ICD-10 kodlarında; çocukluk çağında muafiyet kapsamında, yetişkinlerde ise sadece malnütrisyon gelişmiş hastalarda muafiyet kapsamındadır.”

g) Listenin “15.4.1.11” numaralı alt maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“15.4.1.11. Kolik asit* (Sadece E.88.8 veya E88.9 ICD kodu kullanılarak kalıtsal safra asit metabolizması bozuklukları tanısında muaftır)”

ğ) Listenin “15.4.1.16” numaralı alt maddesinde yer alan “Karglumik asit” ibaresinden sonra gelmek üzere “*” ibaresi eklenmiştir.

h) Listenin “15.4.2.6” ve “15.5.4” numaralı alt maddelerinde yer alan “Enteral beslenme ürünleri” ibarelerinden sonra gelmek üzere “(Yetişkinlerde sadece malnütrisyon gelişmiş hastalarda muafiyet kapsamındadır.)” ibaresi eklenmiştir.

i) Listenin “15.10.1” numaralı alt maddesinde yer alan “Antibiyotikler” ibaresinden sonra gelmek üzere “(Enfeksiyon hastalıkları uzman hekimi raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilebilir.)” ibaresi eklenmiştir.

j) Listenin “15” numaralı maddesine aşağıdaki alt madde eklenmiştir.

“15.22. Zellweger Sendromu (Q 87.8)”

Q87.8	Sendromlar diğer tanımlanmış, başka yerde sınıflanmamış
--------------	---

15.22.1. Kolik asit**

MADDE 59- Aynı Tebliğ eki “Sistemik Antimikrobik ve Diğer İlaçların Reçeteleme Kuralları Listesi (EK-4/E)” nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listenin “1-BETALAKTAM ANTİBİYOTİKLER” başlığı altındaki “B) Sefalosporinler” başlıklı kısmının “2. Kuşak Sefalosporinler” alt bölümünün “4” numaralı satırında yer alan “UH-P” ibaresinden sonra gelmek üzere “, A 72” ibaresi eklenmiş ve “3. Kuşak Sefalosporinler” alt bölümünün “8” numaralı satırında yer alan “UH-P,” ibaresi yürürlükten kaldırılmıştır.

b) Listenin “2- MAKROLİD VE LİNKÖZAMİD GRUBU ANTİBİYOTİKLER” başlığı altındaki “A) Makrolidler” başlıklı kısmında yer alan “6” numaralı satır aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

6	Klaritromisin Parantral	EHU
----------	-------------------------	------------

c) Listenin “5-KİNOLON GRUBU ANTİBİYOTİKLER” başlığı altında yer alan “2”, “5” ve “12” numaralı satırlar aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

2	Siprofloksasin Parenteral	A 72, EHU
----------	---------------------------	------------------

5	Levofloksasin Parenteral	A 72, EHU
----------	--------------------------	------------------

12	Moxifloksasin Parenteral	A 72, EHU
-----------	--------------------------	------------------

e) Listenin “6- ANTİSTAFİLOKOKAL ANTİBİYOTİKLER” başlığı altındaki “B) Glikopeptid Antibiyotikler” başlıklı kısmının “1” numaralı satırında yer alan “***” ibaresi yürürlükten kaldırılmış ve “5” numaralı satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

5	Kolistin ve Türevleri	EHU
----------	-----------------------	------------

d) Listenin “6- ANTİSTAFİLOKOKALANTİBİYOTİKLER” başlığı altındaki “C) Diğer Antistafilokokal Antibiyotikler” başlıklı kısmının “1” numaralı satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

1	Fusidik Asit ve Tuzları	UH-P
----------	-------------------------	-------------

e) Listenin “11-ANTİVİRAL İLAÇLAR” başlığı altındaki “B) Diğer Antiviraller” başlıklı kısmının “13” numaralı satırında yer alan “UH-P” ibaresinden sonra gelmek üzere “(Yalnızca influenza ve avianinfluenzaprofilaksisi ve tedavisinde bedelleri Kurumca karşılanır.)” ibaresi eklenmiştir.

f) Listenin “AÇIKLAMALAR:” başlığı altındaki “3.” numaralı maddesinde yer alan “EHU**”: Bu antibiyotikler, enfeksiyon hastalıkları uzmanının (EHU) yazabileceği, EHU’nun olmadığı yerlerde iç hastalıkları uzmanının veya göğüs hastalıkları uzmanının; çocuk hastalarda, çocuk enfeksiyon hastalıkları uzmanının olmadığı yerlerde çocuk hastalıkları uzmanının yazabileceği antibiyotikler.” ibaresi yürürlükten kaldırılmıştır.

MADDE 60- Aynı Tebliğ eki “Ayakta Tedavide Sağlık Raporu (Uzman Hekim Raporu/Sağlık Kurulu Raporu) ile Verilebilecek İlaçlar Listesi (EK-4/F)” nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listenin “7” numaralı maddesine aşağıdaki alt madde eklenmiştir.

“7.1.Riluzol oral süspansiyon formu (Yutma güçlüğü olan veya Perkutan Endoskopik Gastrotomi (PEG) kullanan Amiyotrofik Lateral Skleroz (ALS) hastalarında nöroloji uzman hekimlerince düzenlenecek uzman hekimi raporuna dayanılarak tüm hekimlerce)”

b) Listenin “16” numaralı maddesine aşağıdaki alt madde eklenmiştir.

“16.1.Guanfasin: (Uyarıcı ilaçların uygun olmadığı, tolere edilemediği veya etkisiz kaldığı 6-17 yaş arası çocuk ve adolesanlarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun (DEHB) tedavisinde; psikiyatri uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak psikiyatri uzman hekimi veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilmesi

halinde Kurumca bedelleri ödenir. 16-17 ergen yaş grubunda ayrıca erişkin psikiyatri uzmanlarınca da aynı koşullarda rapor ve reçete düzenlenebilir.)”

c) Listenin “75” numaralı maddesinde yer alan “sağlık kurumlarında” ibaresi “resmi sağlık hizmeti sunucularında ve Kurumla sözleşmesi devam eden vakıf yükseköğretim kurumlarıyla işbirliği protokolü bulunan özel hastanelerde” şeklinde değiştirilmiş ve aynı maddeye aşağıdaki cümle eklenmiştir.

“Hastanın 1 ay içinde toplam 4 enjektörden fazla kullanımının olduğu durumda, bundan sonra düzenlenecek tüm reçetelerin immünoloji ve alerji uzman hekimlerince düzenlenmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.”

MADDE 61- Aynı Tebliğ eki “Sadece Yatarak Tedavilerde Kullanımı Halinde Bedelleri Ödenecek İlaçlar Listesi (EK-4/G)” nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listenin “4” numaralı maddesinde yer alan “Moksifloksasin (parenteral formları)” ibaresinden sonra gelmek üzere “, Klaritromisin (parenteral formları)” ibaresi eklenmiştir.

b) Listenin “59” numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“59. Epidermal büyüme faktörü; Yalnızca üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında ve SUT 4.2.65-Diyabetik ayak ülserinde epidermal büyüme faktörü (topikal formu) kullanım ilkeleri maddesi doğrultusunda 8 hafta epidermal büyüme faktörü (topikal formu) kullanılması sonrası uygulanmak kaydıyla; yarada iyileşmenin izlenmediği (Tedavi süresi ve uygulanan tedavinin raporda belirtilmesi gerekmektedir.), gangrensiz, osteomyeliti ve enfeksiyonu tedavi olmuş (osteomyelite bağlı ülserlerde osteomyelitin olmadığı/tedavi edildiğinin radyoloji ve ortopedi uzman hekimleri tarafından, yumuşak doku enfeksiyonuna bağlı ülserlerde yumuşak doku enfeksiyonunun kontrol altına alındığının enfeksiyon hastalıkları uzman hekimi tarafından raporda belirtilmesi gerekmektedir.) açık diyabetik ayak ülserleri olan hastalarda, enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji, kalp ve damar cerrahisi, ortopedi ve travmatoloji, endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi ve/veya genel cerrahi uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı 4 (dört) hafta süreli sağlık kurulu raporuna istinaden yine bu uzman hekimler tarafından uygulanması halinde bedelleri Kurumca karşılanır. 4 (dört) haftalık tedavi sonrasında tedavinin devamının gerekmesi halinde; ilaca başlangıç kriterlerinin yer aldığı, enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji, kalp ve damar cerrahisi, ortopedi ve travmatoloji, endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi ve/veya genel cerrahi uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı 4 (dört) hafta süreli sağlık kurulu raporuna istinaden yine bu uzman hekimler tarafından uygulanması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaya devam edilir. Toplam tedavi süresi 12 (on iki) haftayı geçemez.”

c) Listeye aşağıdaki maddeler eklenmiştir.

“81.Sitomegalavirüsimmunglobulini (CMV immunglobulini) (SUT’un 4.2.12.A maddesi esaslarına göre)

82.Vedolizumab

83.Natalizumab

84. Okrelizumab”

MADDE 62- Bu Tebliğin;

a) 51 inci maddesi 9/7/2022 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

b) 1 ilâ 50 nci, 52 ilâ 56 ncı, 57 nci maddesinin (a) ilâ (ç) bentleri ve 58 ilâ 61 inci maddeleri yayımı tarihinden 5 iş günü sonra,

c) 57 nci maddesinin (dd) ve (ee) bentlerinde düzenlenen ekli listelerde; listeye giriş tarihi, aktiflenme tarihi veya pasiflenme tarihi bulunan ilaçlar belirtilen tarihlerde, listeye giriş tarihi, aktiflenme tarihi veya pasiflenme tarihi bulunmayan ilaçlar yayımları tarihlerinde, listeye giriş tarihinde (*) işareti bulunan ilaçlar ise yayımı tarihinden 5 iş günü sonra, ilaç adında (**) işareti bulunan ilaçlarda yapılan düzenlemeler ise yayımı tarihinden 5 iş günü sonra,

ç) 57 nci maddesinin (ff) bendinde düzenlenen ekli listede; listeye giriş tarihi, listeden çıkış tarihi, fiyat değişiklik tarihi bulunan ilaçlar belirtilen tarihlerde, listeye giriş tarihi, listeden çıkış tarihi bulunmayan ilaçlar yayımları tarihlerinde, listede (*) işareti bulunan ilaçlar ise yayımı tarihinden 5 iş günü sonra,

d) Diğer hükümleri yayımı tarihinde,

yürürlüğe girer.

MADDE 63- Bu Tebliğ hükümlerini Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı yürütür.