

TEBLİĞ

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 1.4.3.A numaralı maddesine aşağıdaki fıkralar eklenmiştir.

“4) Dış hekimliği fakülteleri bulunan Devlet/vakıf üniversite hastaneleri

5) Sağlık Bakanlığınca üçüncü basamak hastane olarak basamaklandırılan Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler”

MADDE 2- Aynı Tebliğin 1.8.1 numaralı maddesinin birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(1) Birinci basamak sağlık hizmeti sunucularında yapılan hekim ve dış hekimi muayenesinden katılım payı alınmayacaktır. Diğer sağlık hizmeti sunucularında yapılan hekim ve dış 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) Sağlık Bakanlığınca üçüncü basamak hastane olarak basamaklandırılan Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde
.....7 TL
c) Dış hekimliği fakülteleri bulunan Devlet/vakıf üniversite hastaneleri8 TL
d) Tıp fakülteleri bulunan Devlet üniversiteleri sağlık uygulama ve araştırma merkezlerinde.....8 TL
e) Tıp fakülteleri bulunan vakıf üniversiteleri sağlık uygulama ve araştırma merkezlerinde.....8 TL
f) İkinci ve üçüncü basamak özel sağlık hizmeti sunucularında.....15 TL”

MADDE 3- Aynı Tebliğin 2.1.1 numaralı maddesine aşağıdaki alt madde eklenmiştir.

“2.1.1.B - Uzaktan hasta değerlendirmeye yönelik sağlık hizmetleri

(1) Sağlık Bakanlığınca yayımlanan “Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik ” doğrultusunda Sağlık Bakanlığı denetiminde, MHRS’ den randevu almış ve “Uzaktan hasta değerlendirmeye yönelik sağlık hizmetleri” nin takip ve kontrolünü (kimlik doğrulama, kişisel verilerin korunması vb.) yapmak üzere oluşturulmuş olan sistem tarafından Kuruma bildirilen kişilere; Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları bünyesinde polikliniklerde mesai saatleri içinde uzman hekimler tarafından, uzaktan sağlık hizmetinin elverdiği ölçüde muayene, tetkik sonuçlarının, klinik bulguların değerlendirilmesi, izlenmesi, tedavi ve ilaç yönetimi yapılması, teşhis edilmiş olan kronik hastalık kontrolü, e-reçete ve e-rapor düzenlenmesi olarak verilen sesli ve görüntülü sağlık hizmetleridir.”

MADDE 4- Aynı Tebliğin 2.2.1.B numaralı maddesine aşağıdaki alt madde eklenmiştir.

“2.2.1.B-4 - Uzaktan hasta değerlendirmeye yönelik sağlık hizmetlerinde ödeme

(1) Uzaktan hasta değerlendirmeye yönelik sağlık hizmetlerinde tüm branşlarca sunulan sağlık hizmetleri bedelleri SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan “520032 Uzaktan hasta değerlendirmeye yönelik sağlık hizmetleri” işlem kodundan faturalandırılır. Sağlık Bakanlığına bağlı üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından yapıldığında “520032” işlem puanı bedelinin iki katı olarak faturalandırılır. Aynı sağlık hizmeti sunucusunda aynı hasta için günde en fazla bir adet “Uzaktan hasta değerlendirmeye yönelik sağlık hizmeti” bedeli Kurumca karşılır.

(2) Reçete edilmesi halinde ilaçlar sözleşmeli eczanelerden temin edilir.

(3) Kuruma fatura edilen “Uzaktan hasta değerlendirmeye yönelik sağlık hizmetlerinde” başvuru sayısı sağlık hizmeti sunucusuna gün içindeki acil servis başvuruları hariç olmak üzere tüm branşlarda ayaktan başvuru sayısı toplamının %15’ini geçemez.

(4) Hastanın aynı sağlık hizmeti sunucusuna, acil servise başvuruları hariç olmak üzere daha önce aynı uzmanlık dalı için ayaktan başvurusunda SUT eki EK-2/A Listesinde yer alan tutarların faturalandırılması durumunda ayaktan başvurduğu gün dâhil, 10 (on) gün içinde aynı uzmanlık dalı için “520032 Uzaktan hasta değerlendirmeye yönelik sağlık hizmetleri” işlemi faturalandırılmaz.

(5) Hastanın aynı sağlık hizmeti sunucusuna, acil servise başvuruları hariç olmak üzere daha önce aynı uzmanlık dalı için ayaktan başvurusunda “520032 Uzaktan hasta değerlendirmeye yönelik sağlık hizmetleri” işleminin faturalandırılması halinde ayaktan başvurduğu gün dâhil, 10 (on) gün içinde aynı uzmanlık dalı için “520032 Uzaktan hasta değerlendirmeye yönelik sağlık hizmetleri” işlemi ve SUT Eki EK-2/A Listesinde yer alan tutar faturalandırılmaz. Sadece SUT eki “Ayaktan Başvurularda İlave Olarak Faturalandırılacak İşlemler Listesi (EK-2/A-2)” nde yer alan işlemlerin bedelleri faturalandırılır.”

MADDE 5- Aynı Tebliğin 2.2.2 numaralı maddesinin ikinci fıkrasında yer alan “eğitim ve araştırma” ibaresi “üçüncü basamak” şeklinde değiştirilmiştir.

MADDE 6- Aynı Tebliğin 2.4.1 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) 2.4.1.A numaralı alt maddesine aşağıdaki fıkralar eklenmiştir

“(2) Kurum ile sözleşmeli resmi sağlık hizmeti sunucularında %40 ve üzeri engelli kişiler ile hafif düzeyde ve üstü özel gereksinimi var olan çocuk hastalarda genel anestezi veya sedo analjezi altında verilen dış tedavileri SUT eki EK-2/Ç Listesinde belirlenen işlem puanı bedellerinin iki katı olarak faturalandırılır. 5378 sayılı Engelliler Hakkında Kanunun 5 inci maddesine dayanılarak çıkarılan Yönetmelikler hükümlerine uygun olarak düzenlenmiş raporun bir örneği faturaya eklenir.

(3) Üniversitelerin dış hekimliği fakülteleri tarafından %40 ve üzeri engelli kişiler ile hafif düzeyde ve üstü özel gereksinimi var olan çocuk hastalarda genel anestezi veya sedo analjezi altında verilen dış tedavilerinde bu maddenin birinci fıkrasında belirtilen %50 ilave oran ayrıca uygulanmaz.”

b) 2.4.1.B-1 numaralı maddesinin ikinci fıkrasında yer alan “engelli kişilerin” ibaresinden sonra gelmek üzere “veya hafif düzeyde ve üstü özel gereksinimi var olan çocukların” ibaresi ile aynı fıkrada yer alan “engellilik” ve “Engellilik” ibarelerinden sonra gelmek üzere “veya özel gereksinim” ibareleri eklenmiş, aynı maddenin dördüncü fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir

“(4) 5378 sayılı Engelliler Hakkında Kanununun 5 inci maddesine dayanılarak çıkarılan Yönetmelikler hükümlerine uygun olarak düzenlenmiş raporun bir örneği faturaya eklenir.”

c) 2.4.1.B-2 numaralı alt maddesinin birinci ve dördüncü fıkralarında yer alan “engelli” ibarelerinden sonra gelmek üzere “kişilere veya hafif düzeyde ve üstü özel gereksinimi var olan çocuk” ibareleri eklenmiştir.

MADDE 7- Aynı Tebliğin 2.4.4.F numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) 2.4.4.F-2 numaralı alt maddesine aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

“(12) 5510 sayılı Kanununun 75 inci maddesinde yer alan afetler nedeniyle yaralanmaları sonrası “doğal afet” provizyonu ile, SUT eki EK-2/D-2 Listesindeki amputasyon, kırık, periferik sinir, pleksus ve tendon yaralanmasına ilişkin tanılarda fizik tedavi ve rehabilitasyon tedavisi alan kişilerin, 30 seans sonrası tedaviye devam etmesi gerektiğini belirten üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucusu sağlık kurulu raporuna istinaden Kurumla sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularında bir defaya mahsus ilave 30 seans fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulaması Kurumca karşılanır.”

b) 2.4.4.F-3 numaralı alt maddesinin birinci fıkrasının (d) bendine aşağıdaki cümleler eklenmiştir.

“Ayrıca birden fazla fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekiminin çalıştığı sağlık hizmeti sunucularında, hekimlerin izinli ya da raporlu olduğu süre içinde ayaktan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulaması başlamış olan hastaların devam eden tedavi işlemlerinin, diğer çalışan fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimlerinin Kuruma fatura edilebilecekleri fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulama sayısını aşması halinde uzman hekimin Kuruma fatura edebileceği günlük hasta işlem sayısına ilave edilerek Kuruma fatura edilir. Uzman hekimin izin/rapor durumu, tedaviyi devam ettirecek diğer uzman hekimin bilgileri sağlık hizmeti sunucuları tarafından MEDULA sistemine bildirilecektir.”

MADDE 8- Aynı Tebliğin 2.4.4.İ-2 numaralı maddesinin birinci fıkrasında yer alan “eğitim ve araştırma” ibaresi “üçüncü basamak” şeklinde değiştirilmiştir.

MADDE 9- Aynı Tebliğin 3.1.2 numaralı maddesinin on birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(11) SUT eki EK-3/C-2 ve EK-3/C-3 listelerinde yer alan tıbbi malzemelerin garanti süresi dışında oluşan bakım/onarım masraflarının ayrı ayrı toplamı veya bir defada oluşacak bakım onarım masrafı, SUT’ta belirtilen istisnalar hariç, tıbbi malzeme bedelinin %75’ ini geçemez. Kurumca iade alınan cihazların bakım onarım işlemlerinde ise bu maddede belirtilen cihazın garanti süresi dışında oluşan bakım/onarım masraflarının ayrı ayrı toplamı cihaz bedelinin %75’ ini geçemez hükmü dikkate alınmayacak olup, Kurumca iade alınan cihazlarda bir defada oluşacak bakım onarım masrafı (Akü ve batarya tutarı bakım onarım bedelinin hesaplanmasında dikkate alınmaz.) cihaz bedelinin %75’ ini geçemez.”

MADDE 10- Aynı Tebliğin 3.3.6 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Birinci fıkrasının (a) bendinde yer alan “BPAP,” ibaresi yürürlükten kaldırılmıştır.

b) 3.3.6.A-1 numaralı alt maddesinin başlığı ile ikinci, üçüncü, altıncı ve dokuzuncu fıkraları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“3.3.6.A-1- Uykuda solunum bozukluğu hastalıklarında NİMV cihazları verilme ilkeleri”

“(2) NİMV cihazları verilmesine ilişkin sağlık kurulu raporlarının (tanı-titrasyon uyku testleri), bünyesinde uyku merkezi bulunan sağlık hizmeti sunucuları sağlık kurullarınca düzenlenmesi gerekmektedir. Bu testlerin (tanı-titrasyon uyku testleri) aynı sağlık hizmeti sunucusunda yapılma şartı aranmaksızın, sağlık kurulu raporunun titrasyon uyku testinin yapıldığı sağlık hizmeti sunucularınca düzenlenmesi gerekmektedir.

(3) Sağlık kurulu raporunda; göğüs hastalıkları, psikiyatri veya nöroloji uzman hekimlerinden herhangi üç uzman hekimin (aynı branştan üçünün veya farklı branştan birer kişinin veya bir branştan iki, diğer branştan bir olmak üzere toplam üç uzman hekimin) yer aldığı; hastanın çocuk olması halinde ise sağlık kurulu raporunda çocuk göğüs hastalıkları veya çocuk nöroloji uzmanlarından en az birinin yer alması ve bu hekimler tarafından reçete edilmesi zorunludur.”

“(6) Sağlık kurulu raporunda tanı ve tedavi, tedavi basıncı ile hastanın kullanacağı NİMV cihazının türü ve birlikte kullanılacak aksesuarlar (maske, nemlendirici ve ısıtıcı nemlendirici gibi) yer almalıdır.”

“(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) olması halinde tanı-titrasyon uyku testleri yapılarak NİMV cihazlarının verilmesine ilişkin sağlık kurulu raporları düzenlenebilir. (Sağlık Bakanlığı “Özel Hastaneler Yönetmeliği” nde düzenleme yapılarak uyku laboratuvar ünitesi ruhsatı düzenleninceye kadar, polisomnografi cihazının faaliyet izin belgesine işlenmiş olup olmamasına bakılmayacaktır.)”

c) 3.3.6.A-2 numaralı alt maddesinin birinci fıkrasında yer alan “ve BPAP-S/T cihazı” ibaresi “, BPAP S/T ve BPAP S/T AVAPS cihaz” şeklinde ve ikinci fıkrasında yer alan “veya BPAP-S/T” ibaresi “, BPAP S/T veya BPAP S/T AVAPS” şeklinde değiştirilmiştir.

ç) 3.3.6.B numaralı alt maddesinin birinci ve üçüncü fıkraları, dördüncü fıkrasının (a) ve (b) bentleri ile altıncı fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(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 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 düzenlenecek ve bu hekimlerce reçete edilecektir.”

“(3) Sağlık kurulu raporu ekinde arteriyel kan gazı tetkiki (hasta adı-soyadı ve tarihin olduğu sağlık hizmeti sunucusu laboratuvar çıktısı) ve diğer kanıtlayıcı belgeler eklenecektir.”

“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,"

"(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."

MADDE 11- Aynı Tebliğin 3.3.10 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Birinci fıkrasının (a) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"a) Eğitim kliniği olan üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında genel cerrahi, gastroenteroloji, nöroloji ve psikiyatri kliniklerince oluşturulacak konsey kararınca ve bu 4 (dört) branştan hekimin birlikte bulunduğu sağlık kurulu raporuna istinaden Kurumca bedeli karşılanır."

b) Maddeye aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

"(2) Sakral sinir stimülatörlerinin üriner inkontinansa kullanımı:

a) Eğitim kliniği olan üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında üroloji, nöroloji ve psikiyatri kliniklerince oluşturulacak konsey kararınca ve bu 3 (üç) branştan hekimin birlikte bulunduğu sağlık kurulu raporuna istinaden Kurumca bedeli 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 olup olmadığı psikiyatri konsültasyonu ile belgelendirilmelidir,

3) Nöroloji konsültasyonu ile işeme bozukluğuna neden olabilecek bir bozukluğunun olmadığı belgelendirilmelidir,

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

c) Tıbbi endikasyonlar;

1) Kronik üriner retansiyonu

a) Bu sürecin en az 1 (bir) yıl devam ettiği hastalara uygulanmalıdır,

b) Ürodinamik olarak

1- Mesane kapasitesi ve kompliyans normal olmalıdır,

2- İntravezikal obstrüksiyon olmamalıdır,

3- Detrüsör kontraksiyon bozukluğu olmalı ve bu durumun etyolojisinde miyojenik nedenler olmamalıdır.

2) Refraktör idyopatik aşırı aktif mesane; antimuskarinik ve intradetrüsör botulinum toksin enjeksiyonu tedavisine cevap vermeyen ve en az 2 (iki) yıldır izlemde olan hastalarda uygulanabilir.

3) Ağrılı mesane sendromu (interstisyel sistit); bu tanıyı aldıktan sonra en az 2 (iki) yıl geçmiş ve yapılan tüm oral ve intravezikal tedavilere cevap vermeyen hastalara uygulanabilir."

MADDE 12- Aynı Tebliğ eki "Ayaktan Başvurularda Ödeme Listesi (EK-2/A)" nde yer alan "3199" brans kodlu satırdan sonra gelmek üzere aşağıdaki satır eklenmiştir.

1301	Klinik Nörofizyoloji (Nöroloji)	168	168	168	168	168	168	88	88	88	85	85	85	85	85	85
------	---------------------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

MADDE 13- Aynı Tebliğ eki "Ayaktan Başvurularda İlave Olarak Faturalandırılacak İşlemler Listesi (EK-2/A-2)" nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listeye "800841" SUT kodlu işlem satırından sonra gelmek üzere aşağıdaki satır eklenmiştir.

800843	Kardiyak Amiloidoz Sintigrafisi (99mTc-PYP, DPD veya HMDP ile)	
--------	--	--

b) Listeye "801364" SUT kodlu işlem satırından sonra gelmek üzere aşağıdaki satır eklenmiştir.

801365	Onkolojik PET (Ga-68 işaretli PSMA)	
--------	-------------------------------------	--

c) Listeye "801410" SUT kodlu işlem satırından sonra gelmek üzere aşağıdaki satır eklenmiştir.

801412	Radyonüklid İşaretleme ile Lezyon Saptama	
--------	---	--

ç) Listede yer alan "801351" ve "801364" SUT kodlu işlem satırları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

801351	Tüm Vücut Tarama, tedavi sonrası (Gama kamera veya PET)	
--------	---	--

801364	Onkolojik PET (Ga-68 işaretli somatostatin analog peptid bileşikler)	
--------	--	--

d) Listede yer alan "L107610" SUT kodlu işlem satırı yürürlükten kaldırılmıştır.

MADDE 14- Aynı Tebliğ eki "Hizmet Baş İşlem Puan Listesi (EK-2/B)" nde aşağıdaki dzenlemeler yapılmıştır.
a) Listeye "520030" SUT kodlu işlem satırından sonra gelmek üzere aşağıdaki satır eklenmiştir.

520032	Uzaktan hasta değerlendirmeye ynelik sağlık hizmetleri	Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca yapılması halinde faturalandırılır. Tüm tetkik, tahlil, işlem dahil. SUT' un 2.1.1.B ve 2.2.1.B-4 maddesine bakınız.	141,65
--------	--	---	--------

b) Listeye "704930" SUT kodlu işlem satırından sonra gelmek üzere aşağıdaki satır eklenmiştir.

704931	Adsorbif Sitaferaz 1 Seans	704680, 704870 ile birlikte fatura edilemez.	463,45
--------	----------------------------	--	--------

c) Listeye "800841" SUT kodlu işlem satırından sonra gelmek üzere aşağıdaki satır eklenmiştir.

800843	Kardiyak Amiloidoz Sintigrafisi (99mTc-PYP, DPD veya HMDP ile)	Sadece üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından faturalandırılır.	658,44
--------	--	--	--------

ç) Listeye "801364" SUT kodlu işlem satırından sonra gelmek üzere aşağıdaki satır eklenmiştir.

801365	Onkolojik PET (Ga-68 işaretili PSMA)	SUT eki EK-2/D-1'e bakınız. PET sırasında atenüasyon düzeltilmesi ve anatomik haritalama amacıyla çekilen BT/MR ayrıca faturalandırılmaz. Sadece üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucuları tarafından faturalandırılır.	42.520,24
--------	--------------------------------------	--	-----------

d) Listeye "801410" SUT kodlu işlem satırından sonra gelmek üzere aşağıdaki satır eklenmiştir.

801412	Radyonüklid İşaretleme ile Lezyon Saptama	Sadece üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından faturalandırılır.	841,03
--------	---	--	--------

e) Listede yer alan "704680", "704870", "800640", "800661", "800671", "800735", "800770", "800781", "800800", "800810", "800861", "800900", "800942", "801031", "801110", "801191", "801331", "801341", "801351", "801361", "801363", "801364", "801381", "801383", "801391", "801401", "801431", "908111", "908114", "908121", "908122", "908130", "908140", "908142", "908200", "908231", "908320", "908333", "908335", "908336", "908337", "908338", "G100400", "G100410", "G100420", "G100430", "G101010", "G101020", "G101030", "G101040", "G101830", "G101840", "G101850", "G101860" ve "G101870" SUT kodlu işlem satırları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

704680	İmmünoadsorbsiyon, her bir seans	704870, 704931 ile birlikte faturalandırılmaz.	494,38
--------	----------------------------------	--	--------

704870	Aferez, IgG (1 seans)	704680, 704931 ile birlikte faturalandırılmaz. Kolon veya kaskad filtrasyon yöntemi ile	463,45
--------	-----------------------	---	--------

800640	Akciğer Perfüzyon Sintigrafisi, SPECT	Akciğer perfüzyon sintigrafisi, Planar'a eklenir. Raporunda SPECT endikasyon gerekçesi ayrıntılı olarak belirtilmelidir.	847,03
--------	---------------------------------------	--	--------

800661	Akciğer Ventilasyon Sintigrafisi, SPECT (Aerosol)	Akciğer Ventilasyon Sintigrafisi, Planar'a (Aerosol) eklenir. Raporunda SPECT endikasyon gerekçesi ayrıntılı olarak belirtilmelidir.	847,03
--------	---	--	--------

800671	Akciğer Ventilasyon Sintigrafisi, SPECT (Technegas)	Akciğer Ventilasyon Sintigrafisi, Planar'a (Technegas) eklenir. Raporunda SPECT endikasyon gerekçesi ayrıntılı olarak belirtilmelidir.	847,03
--------	---	--	--------

800735	Beyin Reseptör Çalışması, SPECT	Nükleer tıp uzman hekiminin yer aldığı üç imzalı rapor ile tıbbi gerekçe belirtilmelidir. Sadece üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından faturalandırılır.	75.328,45
--------	---------------------------------	--	-----------

800770	Radyonüklid Ventrikülografi (MUGA), SPECT	Radyonüklid Ventrikülografi (MUGA), istirahat'e eklenir. Raporda SPECT endikasyon gerekçesi ayrıntılı olarak belirtilmelidir.	847,03
800781	Miyokard Perfüzyon SPECT, reenjeksiyon (Tl-201)	Miyokard Perfüzyon SPECT (Tl-201)'e eklenir. Raporda SPECT endikasyon gerekçesi ayrıntılı olarak belirtilmelidir.	861,78
800800	Miyokard Perfüzyon SPECT, GATED (Tc-99m kompleksleri)	Miyokard Perfüzyon SPECT (Tc-99m kompleksleri)'ne eklenir. Raporda SPECT endikasyon gerekçesi ayrıntılı olarak belirtilmelidir.	599,65
800810	Miyokard Perfüzyon SPECT, GATED (Tl-201)	Miyokard Perfüzyon SPECT (Tl-201)'e eklenir. Raporda SPECT endikasyon gerekçesi ayrıntılı olarak belirtilmelidir.	599,65
800861	Radyonüklid Ventrikülografi (MUGA) SPECT, stres	Radyonüklid Ventrikülografi (MUGA), Stres'e eklenir. Raporda SPECT endikasyon gerekçesi ayrıntılı olarak belirtilmelidir.	847,03
800900	Kemik Sintigrafisi, SPECT	Tüm vücut veya üç fazlı kemik sintigrafisine eklenir. Raporda SPECT endikasyon gerekçesi ayrıntılı olarak belirtilmelidir.	756,31
800942	Paratiroid Sintigrafisi, SPECT (Tc-99m MIBI)	Paratiroid Sintigrafisi, Dual Faz'a (Tc-99m MIBI) eklenir. Raporda SPECT endikasyon gerekçesi ayrıntılı olarak belirtilmelidir.	749,58
801031	Karaciğer Dalak Sintigrafisi, SPECT	Karaciğer dalak sintigrafisi, Planar'a eklenir. Raporda SPECT endikasyon gerekçesi ayrıntılı olarak belirtilmelidir.	847,03
801110	Böbrek Parankim Sintigrafisi, SPECT (Tc-99m DMSA)	Böbrek parankim sintigrafisi, Planar'a (Tc-99m DMSA) eklenir. Raporda SPECT endikasyon gerekçesi ayrıntılı olarak belirtilmelidir.	847,03
801191	Enfeksiyon Odağı Araştırması, SPECT	Tüm vücut enfeksiyon odağı çalışmalarına eklenir. Raporda SPECT endikasyon gerekçesi ayrıntılı olarak belirtilmelidir.	847,03
801331	Tümör Görüntüleme, SPECT (Tc-99m V-DMSA)	Tc-99m V DMSA tümör görüntülemesine eklenir. Raporda SPECT endikasyon gerekçesi ayrıntılı olarak belirtilmelidir.	847,03
801341	Tümör Görüntüleme, SPECT (Ga-67)	Ga-67 tüm vücut taramasına eklenir. Raporda SPECT endikasyon gerekçesi ayrıntılı olarak belirtilmelidir.	847,03
801351	Tüm Vücut Tarama, tedavi sonrası (Gama kamera veya PET)	I-131, Y-90 veya Lu-177 işaretli bileşikler, İntraarteriyel Y-90 mikroküre tedavileri sonrasında uygulanır.	1.109,38
801361	Tümör Görüntüleme, SPECT (In-111 Oktreotid)	In-111 Oktreotid ile tümör görüntülemesine eklenir. Raporda SPECT endikasyon gerekçesi ayrıntılı olarak belirtilmelidir.	847,03
801363	Tümör Görüntüleme, SPECT (Tc-99m işaretli peptid)	Tc-99m işaretli peptid ile tümör görüntülemesine eklenir. Raporda SPECT endikasyon gerekçesi ayrıntılı olarak belirtilmelidir.	847,03
801364	Onkolojik PET (Ga-68 işaretli somatostatin analog peptid bileşikler)	SUT eki EK-2/D-1'e bakınız. PET sırasında attenuasyon düzeltilmesi ve anatomik haritalama amacıyla çekilen BT/MR ayrıca faturalandırılmaz. Sadece üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucuları tarafından faturalandırılır.	42.520,24

801381	Tümör Görüntüleme, SPECT (I-131 MIBG)	I-131 MIBG sintigrafisine eklenir. Raporda SPECT endikasyon gerekçesi ayrıntılı olarak belirtilmelidir.	847,03
801383	Tümör Görüntüleme, SPECT (I-123 MIBG)	I-123 MIBG sintigrafisine eklenir. Raporda SPECT endikasyon gerekçesi ayrıntılı olarak belirtilmelidir.	847,03
801391	Tümör Görüntüleme, SPECT (Tc-99m Kompleksleri ile)	Tc-99m MIBI veya Tc-99m tetrofosmin ile tümör görüntülemesine eklenir. Raporda SPECT endikasyon gerekçesi ayrıntılı olarak belirtilmelidir.	847,03
801401	Radyoimmünosintigrafi, SPECT	Nükleer tıp uzman hekiminin yer aldığı üç imzalı rapor ile tıbbi gerekçe belirtilmelidir. Bir ve/veya daha fazla görüntüleme dahildir. Radyoimmün sintigrafiye eklenir. Raporda SPECT endikasyon gerekçesi ayrıntılı olarak belirtilmelidir.	891,58
801431	Tümör Görüntüleme, SPECT (Tl-201)	Tl-201 tümör görüntülemeye eklenir. Raporda SPECT endikasyon gerekçesi ayrıntılı olarak belirtilmelidir.	847,03
908111	Adenovirus PCR	Kantitatif ölçüm dahildir. 908336, 908338 ile birlikte faturalandırılmaz.	597,78
908114	Bordatella PCR	908338 ile birlikte faturalandırılmaz.	597,78
908121	Campylobacter PCR	908336 ile birlikte faturalandırılmaz.	597,78
908122	Clostridium difficile PCR	908336 ile birlikte faturalandırılmaz.	597,78
908130	Chlamydia PCR	908335 ile birlikte faturalandırılmaz.	597,78
908140	CMV PCR	Kantitatif ölçüm dahildir. 908337 ile birlikte faturalandırılmaz.	597,78
908142	Cryptosporidium PCR	908336 ile birlikte faturalandırılmaz.	597,78
908200	Herpes PCR, her biri	Kantitatif ölçüm dahildir. Çalışılan patojenin tipi/alt tipi sonuç raporunda açıkça belirtilmelidir. 908337 ile birlikte faturalandırılmaz.	597,78
908231	İnfluenza virüs PCR, her biri	Çalışılan patojenin tipi/alt tipi sonuç raporunda açıkça belirtilmelidir. 908338 ile birlikte faturalandırılmaz.	597,78
908320	Mycoplasma PCR	908335, 908338 ile birlikte faturalandırılmaz.	597,78
908333	Respiratuvar sinsityal virüs (RSV) PCR, her biri	Çalışılan patojenin tipi/alt tipi sonuç raporunda açıkça belirtilmelidir. 908338 ile birlikte faturalandırılmaz.	597,78
908335	Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyon Paneli	Sadece üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından faturalandırılır. 908130, 908320, 908339 ile birlikte faturalandırılmaz. Panelde en az; Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Mycoplasma hominis, Mycoplasma genitalium, Trichomonas vaginalis, Ureoplasma urealyticum, Ureoplasma parvum, Gardnerella vaginalis, Treponema pallidum, Group B Streptococcus, Haemophilus ducreyi etkenlerinin multipleks PCR veya mikroarray ile çalışılması	2.824,87

		ve raporlanması halinde ödenir. Çalışılan patojenlerin tipi/alt tipi sonuç raporunda açıkça belirtilmelidir.	
908336	Gastrointestinal Sistem Enfeksiyon Paneli	Sadece üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından ve altı günden uzun süren ishal olgularında faturalandırılır. 908111, 908121, 908122, 908339, 908142 ile birlikte faturalandırılmaz. Panelde en az; Clostridium difficile toxin A/B, Enteroaggregative E.coli (EAEC), Enteroinvasive E.coli (EIEC)/Shigella, Enteropathogenic E.coli (EPEC), Enterotoxigenic E.coli (ETEC) It/st, Pathogenic Campylobacter spp. (C. jejuni, C. upsaliensis, C. coli), Plesiomonas shigelloides, Salmonella, Shiga-like toxin producing E.coli (STEC) stx1/stx2, Shiga-like toxin producing E.coli (STEC) O157:H7, Vibrio cholerae, Vibrio parahaemolyticus, Vibrio vulnificus, Yersinia enterocolitica, Adenovirus, F40/41, Astrovirus, Norovirus GI, Norovirus GII, Rotavirus A, Sapovirus (I, II, IV, V), Cyclospora cayentanensis, Cryptosporidium spp., Entamoeba histolytica, Giardia lamblia etkenlerinin multipleks PCR veya mikroarray ile çalışılması ve raporlanması halinde ödenir. Çalışılan patojenlerin tipi/alt tipi sonuç raporunda açıkça belirtilmelidir.	2.824,87
908337	Menenjit Paneli (BOS)	Sadece üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından faturalandırılır. 908140, 908200, 908339 ile birlikte faturalandırılmaz. Panelde en az; Escherichia coli K1, Haemophilus influenzae, Listeria monocytogenes, Neisseria meningitidis, Streptococcus agalactiae, Streptococcus pneumoniae, Cytomegalovirus (CMV), Enterovirus, Herpes simplex virus 1 (HSV-1), Herpes simplex virus 2 (HSV-2), Human herpes virus 6 (HHV-6), Human parechovirus, Varicella zoster virus (VZV), Cryptococcus neoformans/gattii etkenlerinin multipleks PCR veya mikroarray ile çalışılması ve raporlanması halinde ödenir. Çalışılan patojenlerin tipi/alt tipi sonuç raporunda açıkça belirtilmelidir.	2.824,87
908338	Solunum Sistemi Enfeksiyon Paneli	Sadece üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında ve yatan hastalarda faturalandırılır. 908111, 908114, 908231, 908320, 908333, 908339 ile birlikte faturalandırılmaz. Panelde en az; İnfluenza A, İnfluenza A alt tip H1N1/2009, İnfluenza A alt tip H1, İnfluenza A alt tip H3, İnfluenza B, Parainfluenza virüs 1, Parainfluenza virüs 2, Parainfluenza virüs 3, Parainfluenza virüs 4, Respiratuvar sınırsız virüs A/B, İnsan metapnömovirüs A/B, Adenovirüs, Bocavirüs, Rinovirüs/Enterovirüs, Mycoplasma pneumoniae, Legionella pneumophila, Bordetella pertussis etkenlerinin multipleks PCR veya mikroarray ile çalışılması ve raporlanması halinde ödenir. Çalışılan patojenlerin tipi/alt tipi sonuç raporunda açıkça belirtilmelidir.	2.824,87

G100400	Yeni Nesil DNA Dizileme Paneli, 2-4 Gen	Altı ayda bir adet faturalandırılır. Tam ve çalışılan genlerin adı belirtilmelidir. Her gen için ömürde bir adet faturalandırılır, G100400, G100410, G100420, G100430 Yeni Nesil DNA Dizileme işlemlerinden herhangi biri çalışıldığında aynı hasta için 6 ay boyunca bu işlemler tekrar fatura edilemez. 9.C. Moleküler Genetik Tetkikler altında yer alan diğer işlem kodlarında belirtilen genlere ait yeni nesil DNA dizileme dışında çalışıldığında faturalandırılır. G100370, G100380, G100390, G100410, G100420, G100430, G101830, G101840, G101850, G101860, G101870 ile birlikte faturalandırılmaz.	3.220,35
G100410	Yeni Nesil DNA Dizileme Paneli, 5-15 Gen	Altı ayda bir adet faturalandırılır. Tam ve çalışılan genlerin adı belirtilmelidir. Her gen için ömürde bir adet faturalandırılır, G100400, G100410, G100420, G100430 Yeni Nesil DNA Dizileme işlemlerinden herhangi biri çalışıldığında aynı hasta için 6 ay boyunca bu işlemler tekrar fatura edilemez. 9.C. Moleküler Genetik Tetkikler altında yer alan diğer işlem kodlarında belirtilen genlere ait yeni nesil DNA dizileme dışında çalışıldığında faturalandırılır. G100370, G100380, G100390, G100400, G100420, G100430,	4.566,66

		G101830, G101840, G101850, G101860, G101870 ile birlikte faturalandırılmaz.	
G100420	Yeni Nesil DNA Dizileme Paneli, 16-40 Gen	Altı ayda bir adet faturalandırılır. Tanı ve çalışılan genlerin adı belirtilmelidir. Her gen için ömürde bir adet faturalandırılır. G100400, G100410, G100420, G100430 Yeni Nesil DNA Dizileme işlemlerinden herhangi biri çalışıldığında aynı hasta için 6 ay boyunca bu işlemler tekrar fatura edilemez. 9.C. Moleküler Genetik Tetkikler altında yer alan diğer işlem kodlarında belirtilen genlere ait yeni nesil DNA dizileme dışında çalışıldığında faturalandırılır. G100370, G100380, G100390, G100400, G100410, G100430, G101830, G101840, G101850, G101860, G101870 ile birlikte faturalandırılmaz.	6.387,34
G100430	Yeni Nesil DNA Dizileme Paneli, 41 Gen ve üzeri	Altı ayda bir adet faturalandırılır. Tanı ve çalışılan genlerin adı belirtilmelidir. Her gen için ömürde bir adet faturalandırılır. G100400, G100410, G100420, G100430 Yeni Nesil DNA Dizileme işlemlerinden herhangi biri çalışıldığında aynı hasta için 6 ay boyunca bu işlemler tekrar fatura edilemez. 9.C. Moleküler Genetik Tetkikler altında yer alan diğer işlem kodlarında belirtilen genlere ait yeni nesil DNA dizileme dışında çalışıldığında faturalandırılır. G100370, G100380, G100390, G100400, G100410, G100420, G101830, G101840, G101850, G101860, G101870 ile birlikte faturalandırılmaz.	8.951,25

“

G101010	Hücre Dışı Serbest DNA'dan Somatic Mutasyon Paneli, 1-4 Gen	Altı ayda bir adet faturalandırılır. G101020, G101030, G101040, G101830, G101840, G101850, G101860, G101870 ile birlikte faturalandırılmaz. En az bir tıbbi genetik uzmanı/çocuk genetik uzmanı ve tıbbi onkoloji uzmanının bulunduğu sağlık kurulu raporu gereklidir. Raporda güncel tedavilere duyarlılık ve direnç ile ilgili genomik değişiklikler belirtilmelidir. Çalışılan genin adı belirtilmelidir.	2.687,20
G101020	Hücre Dışı Serbest DNA'dan Somatic Mutasyon Paneli, 5-15 Gen	Altı ayda bir adet faturalandırılır. G101010, G101030, G101040, G101830, G101840, G101850, G101860, G101870 ile birlikte faturalandırılmaz. En az bir tıbbi genetik uzmanı/çocuk genetik uzmanı ve tıbbi onkoloji uzmanının bulunduğu sağlık kurulu raporu gereklidir. Raporda güncel tedavilere duyarlılık ve direnç ile ilgili genomik değişiklikler belirtilmelidir. Çalışılan genin adı belirtilmelidir.	4.566,66
G101030	Hücre Dışı Serbest DNA'dan Somatic Mutasyon Paneli, 16-40 Gen	Altı ayda bir adet faturalandırılır. G101010, G101020, G101040, G101830, G101840, G101850, G101860, G101870 ile birlikte faturalandırılmaz. En az bir tıbbi genetik uzmanı/çocuk genetik uzmanı ve tıbbi onkoloji uzmanının bulunduğu sağlık kurulu raporu gereklidir. Raporda güncel tedavilere duyarlılık ve direnç ile ilgili genomik değişiklikler belirtilmelidir. Çalışılan genlerin adı belirtilmelidir.	6.387,34
G101040	Hücre Dışı Serbest DNA'dan Somatic Mutasyon Paneli, 41 Gen ve üzeri	Altı ayda bir adet faturalandırılır. G101010, G101020, G101030, G101830, G101840, G101850, G101860, G101870 ile birlikte faturalandırılmaz. En az bir tıbbi genetik uzmanı/çocuk genetik uzmanı ve tıbbi onkoloji uzmanının bulunduğu sağlık kurulu raporu gereklidir. Raporda güncel tedavilere duyarlılık ve direnç ile ilgili genomik değişiklikler belirtilmelidir. Çalışılan genlerin adı belirtilmelidir.	8.951,25

“

G101830	Yeni Nesil DNA Dizileme, somatik mutasyon analizi, 1 Gen	Ayda bir adet faturalandırılır. G101830, G101840, G101850, G101860, G101870 Yeni Nesil DNA Dizileme, somatik mutasyon analizi işlemlerinden herhangi biri çalışıldığında aynı hasta için 1 ay boyunca bu işlemler tekrar fatura edilemez. Tanı ve çalışılan genin adı belirtilmelidir. G100370, G100380, G100390, G100400, G100410, G100420, G100430, G101010, G101020, G101030, G101040 ve bu başlık altında yer alan diğer işlemler ile birlikte faturalandırılmaz.	2.154,03
G101840	Yeni Nesil DNA Dizileme Paneli, somatik mutasyon analizi, 2-4 Gen	Ayda bir adet faturalandırılır. G101830, G101840, G101850, G101860, G101870 Yeni Nesil DNA Dizileme, somatik mutasyon analizi işlemlerinden herhangi biri çalışıldığında	3.220,35

		aynı hasta için 1 ay boyunca bu işlemler tekrar fatura edilemez. Tanı ve çalışılan genin adı belirtilmelidir. G100370, G100380, G100390, G100400, G100410, G100420, G100430, G101010, G101020, G101030, G101040 ve bu başlık altında yer alan diğer işlemler ile birlikte faturalandırılmaz.	
G101850	Yeni Nesil DNA Dizileme Paneli, somatik mutasyon analizi, 5-15 Gen	Ayda bir adet faturalandırılır. G101830, G101840, G101850, G101860, G101870 Yeni Nesil DNA Dizileme, somatik mutasyon analizi işlemlerinden herhangi biri çalışıldığında aynı hasta için 1 ay boyunca bu işlemler tekrar fatura edilemez. Tanı ve çalışılan genin adı belirtilmelidir. G100370, G100380, G100390, G100400, G100410, G100420, G100430, G101010, G101020, G101030, G101040 ve bu başlık altında yer alan diğer işlemler ile birlikte faturalandırılmaz.	4.566,66
G101860	Yeni Nesil DNA Dizileme Paneli, somatik mutasyon analizi, 16-40 Gen	Ayda bir adet faturalandırılır. G101830, G101840, G101850, G101860, G101870 Yeni Nesil DNA Dizileme, somatik mutasyon analizi işlemlerinden herhangi biri çalışıldığında aynı hasta için 1 ay boyunca bu işlemler tekrar fatura edilemez. Tanı ve çalışılan genin adı belirtilmelidir. G100370, G100380, G100390, G100400, G100410, G100420, G100430, G101010, G101020, G101030, G101040 ve bu başlık altında yer alan diğer işlemler ile birlikte faturalandırılmaz.	6.387,34
G101870	Yeni Nesil DNA Dizileme Paneli, somatik mutasyon analizi, 41 Gen ve üzeri	Ayda bir adet faturalandırılır. G101830, G101840, G101850, G101860, G101870 Yeni Nesil DNA Dizileme, somatik mutasyon analizi işlemlerinden herhangi biri çalışıldığında aynı hasta için 1 ay boyunca bu işlemler tekrar fatura edilemez. Tanı ve çalışılan genin adı belirtilmelidir. G100370, G100380, G100390, G100400, G100410, G100420, G100430, G101010, G101020, G101030, G101040 ve bu başlık altında yer alan diğer işlemler ile birlikte faturalandırılmaz.	8.951,25

f) Listede yer alan “L105420” ile “L107610” SUT kodlu işlem satırları yürürlükten kaldırılmıştır.

MADDE 15- Aynı Tebliğ eki “Diş Tedavileri Puan Listesine İlişkin Açıklamalar (EK-2/Ç-1)” a aşağıdaki madde eklenmiştir.

“**MADDE 10.** Genel anestezi ve sedo analjezi altında yapılan müdahalelerde, sayı ve işlem kısıtlaması yoktur.”

MADDE 16- Aynı Tebliğ eki;

a) “Pozitron Emisyon Tomografi (PET) Görüntüleme Klinik Uygulamaları (EK-2/D-1)” Ek-1’deki şekilde,

b) “Mutat Taşıyıcı Yol Ücreti Listesi (EK-2/L)” Ek-2’deki şekilde, değiştirilmiştir.

MADDE 17- Aynı Tebliğ eki “Birden Fazla Branşta Kullanılan Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/A)” nde yer alan “OR1020” ve “OR1030” SUT kodlu tıbbi malzeme satırları yürürlükten kaldırılmıştır.

MADDE 18- Aynı Tebliğ eki “Diğer Protez Ortezler Listesi (EK-3/C-3)” Ek-3’ teki şekilde değiştirilmiştir.

MADDE 19- Aynı Tebliğ eki “Beyin Cerrahisi Branşı Kranial Cerrahisi Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/E-2)” nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “KN1044” ve “KN1047” SUT kodlu tıbbi malzemelerin “Açıklama” bölümünün üçüncü maddelerinde yer alan “nöroloji ve” ibareleri “nöroloji veya” şeklinde değiştirilmiştir.

b) Listede yer alan “KN1045”, “KN1046” ve “KN1048” SUT kodlu tıbbi malzeme satırları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

KN1045	PROGRAMLANABİLİR VENTRİKÜLOPERİTONEAL/LUMBOPERİTONEAL SHUNT, TEK VENTRİKÜLER/LOMBER KATETER (REVİZYON İÇİN)	(1) Ayarlanabilir/programlanabilir şantlar, sadece bir ve üzeri revizyona giden vakalarda kullanılması halinde bedeli karşlanır. (2) Erişkin normal basınçlı hidrosefalili (Adams Hakim Send.) vakalarda revizyon şartı aranmaksızın ayarlanabilir/programlanabilir şantlar kullanılması halinde bedeli karşlanır. (3) Ayarlanabilir/programlanabilir şantların, BOS basıncı değişikliği, BOS akım değişikliği bulunan, ayarlanabilir zaruriyeti ile beyin ve sinir cerrahisi, nöroloji veya radyoloji uzman hekimleri tarafından düzenlenen heyet raporu ile uygun görülmesi halinde bedeli karşlanır.	1.270,50
--------	---	---	----------

KN1046	PROGRAMLANABİLİR VENTRİKÜLOPERİTONEAL/LUMBOPERİTONEAL SHUNT, TEK VALVE SİSTEM ANTİSİFONSUZ (REVİZYON İÇİN)	(1) Ayarlanabilir/programlanabilir şantlar, sadece bir ve üzeri revizyona giden vakalarda kullanılması halinde bedeli karşılanır. (2) Erişkin normal basınçlı hidrosefalili (Adams Hakim Send.) vakalarda revizyon şartı aranmaksızın ayarlanabilir/programlanabilir şantlar kullanılması halinde bedeli karşılanır. (3) Ayarlanabilir/programlanabilir şantların, BOS basıncı değişikliği, BOS akım değişikliği bulunan, ayarlanabilir zaruryeti ile beyin ve sinir cerrahisi, nöroloji veya radyoloji uzman hekimleri tarafından düzenlenen heyet raporu ile uygun görülmesi halinde bedeli karşılanır.	22.799,70
--------	---	---	-----------

KN1048	PROGRAMLANABİLİR VENTRİKÜLOPERİTONEAL/LUMBOPERİTONEAL SHUNT, TEK PERİTONEAL KATETER (REVİZYON İÇİN)	(1) Ayarlanabilir/programlanabilir şantlar, sadece bir ve üzeri revizyona giden vakalarda kullanılması halinde bedeli karşılanır. (2) Erişkin normal basınçlı hidrosefalili (Adams Hakim Send.) vakalarda revizyon şartı aranmaksızın ayarlanabilir/programlanabilir şantlar kullanılması halinde bedeli karşılanır. (3) Ayarlanabilir/programlanabilir şantların, BOS basıncı değişikliği, BOS akım değişikliği bulunan, ayarlanabilir zaruryeti ile beyin ve sinir cerrahisi, nöroloji veya radyoloji uzman hekimleri tarafından düzenlenen heyet raporu ile uygun görülmesi halinde bedeli karşılanır.	1.501,50
--------	--	---	----------

MADDE 20- Aynı Tebliğ eki “Ortopedi ve Travmatoloji Branşı Artroplastik Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/F-1)” nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “AP3180”, “AP3190”, “AP3200”, “AP3210”, “AP3220”, “AP3230”, “AP3240” ve “AP3250” SUT kodlu tıbbi malzemelerin “Uygulama Yeri” bölümündeki “KALÇA/DİZ” ibaresi yürürlükten kaldırılmıştır.

b) Listede yer alan “AP3900”, “AP3910”, “AP3920”, “AP3930” ve “AP4000” SUT kodlu tıbbi malzeme satırları yürürlükten kaldırılmıştır.

c) Listede yer alan “AP3990” SUT kodlu tıbbi malzeme satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

AP3990	KALÇA	REVİZYON	YARDIMCI ÜRÜNLER	TEKRAR GERİLEBİLEN/STANDART TROKANTER DESTEK/GRIP PLAK TÜR BOYLAR	CoCr/TİTANYUM		2.066,49
--------	-------	----------	---------------------	---	---------------	--	----------

MADDE 21- Aynı Tebliğ eki “Ortopedi ve Travmatoloji Branşı Tümör Rezeksiyon Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/F-3)” nde yer alan “TR1630” ve “TR1650” SUT kodlu tıbbi malzeme satırları yürürlükten kaldırılmıştır.

MADDE 22- Aynı Tebliğ eki “Ortopedi ve Travmatoloji Branşı Travma ve Rekonstrüksiyon Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/F-4)” nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “TV3040” ve “TV3050” SUT kodlu tıbbi malzeme satırları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

TV3040	PLAKLAR VE VİDALAR	TÜM KEMİKL ER	PLAK - KABLO	PERİPROSTET İK KIRIKLAR	PERİPROSTETİK İMLANTLAR	PERİPROSTETİK DESTEK PLAK/KİLİTLİ ATAŞMAN PLAK	ÇELİK	TÜM BOYLAR	3.898,13
TV3050	PLAKLAR VE VİDALAR	TÜM KEMİKL ER	PLAK - KABLO	PERİPROSTET İK KIRIKLAR	PERİPROSTETİK İMLANTLAR	PERİPROSTETİK DESTEK PLAK/KİLİTLİ ATAŞMAN PLAK	TİTANYUM /CoCr/KAR BON	TÜM BOYLAR	4.331,25

b) Listede yer alan “TV3060” ve “TV3070” SUT kodlu tıbbi malzeme satırları yürürlükten kaldırılmıştır.

c) Listede yer alan “TV5730” ve “TV5740” SUT kodlu tıbbi malzemelerin “Ürün Özelliği” bölümündeki “PLAK - TEL FİKSASYONU İÇİN DÜĞME İMPLANT” ibareleri yürürlükten kaldırılmıştır.

ç) Listede yer alan “TV5795” ve “TV5796” SUT kodlu tıbbi malzeme satırları yürürlükten kaldırılmıştır.

MADDE 23- Aynı Tebliğ eki “Kalp Damar Cerrahisi Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/I)” nde yer alan “KV2035” SUT kodlu tıbbi malzeme satırı yürürlükten kaldırılmıştır.

MADDE 24- Aynı Tebliğ eki “Üroloji Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/L)” nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “KATETER CAPD TENKOFF” başlığı ve “UR1063” SUT kodlu tıbbi malzeme satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

	PERİTON DİYALİZ KATETERİ		
UR1063	KALICI PERİTON DİYALİZ KATETERİ, TÜNELLİ		899,46

b) Listede yer alan “SAKRAL SİNİR STİMÜLATÖRLERİ VE AKSESUARLARI” başlıklı tıbbi malzeme satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

	SAKRAL SİNİR STİMÜLATÖRLERİ VE AKSESUARLARI	SUT'un 3.3.10 maddesi ve ilgili diğer hükümleri geçerlidir.	
--	--	---	--

MADDE 25- Aynı Tebliğ eki “Radyoloji Branşı ve Endovasküler/Nonvasküler Girişimsel İşlemlere Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/M)” nde yer alan “GR2002” SUT kodlu tıbbi malzeme satırı yürürlükten kaldırılmıştır.

MADDE 26- Aynı Tebliğ eki “Hematoloji-Onkoloji Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/O)” nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “HO1016” SUT kodlu tıbbi malzeme satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

HO1016	PLAZMA DEĞİŞİMİ AFEREZ SETİ, SANTRİFÜGAL	(1) Hematoloji uzmanının bulunduğu sağlık kurulu raporu ile bedeli karşılanır.	3.314,85
--------	--	--	----------

b) Listede yer alan “HO1024”, “HO1025”, “HO1026”, “HO1027”, “HO1028”, “HO1029”, “HO1030”, “HO1031”, “HO1032” ve “HO1033” SUT kodlu tıbbi malzeme satırları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

HO1024	KÖK HÜCRE DONDURMA TORBASI		İşlem puanına dahildir.
HO1025	MANYETİK HÜCRE SEPERASYON SETİ	(1) Haploidentik kemik iliği nakillerinde kullanılması halinde bedeli karşılanır. (2) Diğer endikasyonlar için Sağlık Bakanlığı Aferez Komisyonunun onayı alınması halinde bedeli karşılanır.	İşlem puanına dahildir.
HO1026	KORDON KANI TOPLAMA VE DONDURMA KİTİ	(1) Kordon kanı allojenik amaçlı kök hücre nakillerinde kullanılmak üzere toplanmalı ve bu işlemi yapan merkezin, Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış kök hücre nakli ve kordon kanı bankası olması gereklidir. İşlemi yapan merkezin hematoloji veya onkoloji merkezi olmalı ve kordon kanı toplandığına dair ilgili merkezin sağlık kurulu raporunun doğum epikrizine eklenmesi halinde bedeli karşılanır.	İşlem puanına dahildir.
HO1027	KEMİK İLİĞİ İŞLEME VE AYIRMA SETİ		İşlem puanına dahildir.
HO1028	KEMİK İLİĞİ HARVEST TORBASI		İşlem puanına dahildir.
HO1029	KÖK HÜCRE SAFLAŞTIRMA TÜP SETİ, NAKİL		İşlem puanına dahildir.
HO1030	KÖK HÜCRE SAFLAŞTIRMA TÜP SETİ, REJENERATİF		İşlem puanına dahildir.
HO1031	KORDON KANI DONDURMA TORBASI	(1) Kordon kanı allojenik amaçlı kök hücre nakillerinde kullanılmak üzere toplanmalı ve bu işlemi yapan merkezin, Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış kök hücre nakli ve kordon kanı bankası olması gereklidir. İşlemi yapan merkezin hematoloji veya onkoloji merkezi olmalı ve kordon kanı toplandığına dair ilgili merkezin sağlık kurulu raporunun doğum epikrizine eklenmesi halinde bedeli karşılanır.	İşlem puanına dahildir.
HO1032	ŞEKLİLLİ KAN HÜCRE Sİ TOPLAMA/DEPLESYONU TÜP SETİ		İşlem puanına dahildir.
HO1033	KEMİK İLİĞİ TOPLAMA SETİ		İşlem puanına dahildir.

MADDE 27- Aynı Tebliğ eki “Nefroloji Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/P)” nde yer alan “NF1023” SUT kodlu tıbbi malzeme satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

NF1023	KALICI PERİTON DİYALİZ KATETERİ, TÜNELLİ		899,46
--------	--	--	--------

MADDE 28- Aynı Tebliğ eki “Gastroenteroloji Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/R)” nde yer alan “GS2230” ve “GS2240” SUT kodlu tıbbi malzeme satırları yürürlükten kaldırılmıştır.

MADDE 29- Aynı Tebliğ eki “Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi (EK-4/A)” Ek-4’teki şekilde değiştirilmiştir.

MADDE 30- Bu Tebliğin;

- 1 inci, 2 nci, 5 inci, 6 ncı, 8 ilâ 16 ncı, 18 inci, 19 uncu, 20 nci maddesinin (a) bendi, 22 nci maddesinin (c) ve (ç) bentleri, 24 üncü, 26 ilâ 28 inci maddeleri yayımı tarihinden 5 iş günü sonra,
- 3 üncü, 4 üncü, 7 nci maddeleri yayımı tarihinden 20 iş günü sonra,
- 17 nci, 20 nci maddesinin (b) ve (c) bentleri, 21 inci, 22 nci maddesinin (a) ve (b) bentleri, 23 üncü, 25 inci maddeleri 20/8/2024 tarihinde,

ç) 29 uncu maddesinde düzenlenen ekli listede; listeye giriş tarihi, aktiflenme tarihi veya pasiflenme tarihi bulunan ilaçlar belirtilen tarihlerde, listeye giriş tarihi, aktiflenme tarihi veya pasiflenme tarihi bulunmayan ilaçlar yayımları tarihlerinde, ilaç isminin yanında (*) işareti bulunan ilaçlar yayımı tarihinden 5 iş günü sonra,
d) Diğer hükümleri yayımı tarihinde,
yürürlüğe girer.

MADDE 31- Bu Tebliğ hükümlerini Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı yürütür.