

Sosyal Güvenlik Kurumundan:**SOSYAL GÜVENLİK KURUMU SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ****BİRİNCİ BÖLÜM**  
**Genel Hükümler****1.1 - Amaç**

(1) Tebliğin amacı (bundan sonra SUT olarak ifade edilecektir); sağlık yardımları Sosyal Güvenlik Kurumunca (bundan sonra Kurum olarak ifade edilecektir) karşılanan ve kapsam maddesinde tanımlanan kişilerin, Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderlerinden yararlanma esas ve usulleri ile bu hizmetlere ilişkin Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen Kurumca ödenecek bedellerin bildirilmesidir.

**1.2 - Kapsam**

(1) 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve diğer kanunlardaki özel hükümler gereği genel sağlık sigortasından yararlandırılan kişiler.

**1.3 - Dayanak**

(1) SUT; 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu, 5510 sayılı Kanun ve "Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği" hükümleri çerçevesinde düzenlenmiştir.

**1.4 - Sağlık hizmeti sunucuları**

(1) 5510 sayılı Kanun gereği sağlık hizmeti sunucuları Sağlık Bakanlığınca aşağıdaki şekilde basamaklandırılmıştır.

**1.4.1 - Sağlık kuruluşları****1.4.1.A - Birinci basamak resmi sağlık kuruluşu**

(1) Sağlık Bakanlığına bağlı birinci basamak sağlık kuruluşları, kamu idareleri bünyesindeki kurum hekimlikleri, 112 acil sağlık hizmeti birimi, üniversitelerin medikososyal birimleri, Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağlık üniteleri, belediyelere ait poliklinikler.

**1.4.1.B - Birinci basamak özel sağlık kuruluşu**

(1) İş yeri hekimlikleri, "Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik" kapsamında açılan özel poliklinikler, "Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik" kapsamında açılan ağız ve diş sağlığı hizmeti veren özel sağlık kuruluşları.

**1.4.1.C - Serbest eczaneler**

(1) 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun kapsamında serbest faaliyet gösteren ve birinci basamak sağlık kuruluşu olan eczaneler.

**1.4.2 - Sağlık kurumları****1.4.2.A - İkinci basamak resmi sağlık kurumu**

(1) Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, entegre ilçe devlet hastaneleri, Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri, Türk Silahlı Kuvvetlerinin eğitim ve araştırma hastanesi olmayan hastaneleri, belediyelere ait kamu kurumlarına ait tıp merkezleri ve dal merkezleri, İstanbul Valiliği Darülaceze Müessesesi Müdürlüğü Hastanesi.

**1.4.2.B - İkinci basamak özel sağlık kurumu**

(1) "Özel Hastaneler Yönetmeliği" ne göre ruhsat almış hastaneler, "Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik" kapsamında açılan tıp merkezleri ile "Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik" in geçici ikinci maddesine göre faaliyetlerine devam eden tıp merkezleri ve dal merkezleri.

**1.4.2.C - Üçüncü basamak resmi sağlık kurumu**

(1) Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ve özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, üniversite hastaneleri ile bu hastanelere bağlı sağlık uygulama ve araştırma merkezleri, enstitüler ve semt poliklinikleri, üniversitelerin dış hekimliği fakülteleri, Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı tıp fakültesi hastanesi ile eğitim ve araştırma hastaneleri.

**1.4.3 - Sağlık hizmet sunumu bakımından basamaklandırılmayan sağlık kurumları/kuruluşları**

- 1) Diyaliz merkezleri ve Sağlık Bakanlığından ruhsatlı diğer özelleşmiş tedavi merkezleri,
- 2) Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Merkez Laboratuvarları (Refik Saydam Hifzissıhha Laboratuvarları),
- 3) Tanı, tetkik ve görüntüleme merkezleri ile laboratuvarlar.

**1.4.4 - Sağlık hizmet sunumu bakımından basamaklandırılmayan diğer sağlık hizmeti sunucuları**

- 1) Optisyenlik müesseseleri,
- 2) Tıbbi cihaz ve malzeme tedarikçileri,
- 3) Kaplıcalar.

**1.4.5 - Sağlık hizmeti sunucularının sınıflandırılması**

(1) Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca, Sağlık Bakanlığınca basamaklandırılan sağlık hizmeti sunucularının ayakta tedavide fiyatlandırmaya esas olmak üzere sınıflandırılması SUT eki "Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Ayakta Tedavilerde Sınıflandırılması Listesi" nde (EK-2/A-1) yer almaktadır.

**1.5 - Sağlık hizmeti sunucularına müracaat ve yükümlülükler**

(1) Ayakta veya yatarak tanı ve tedavi hizmeti sunan sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularına, sunmuş oldukları sağlık hizmeti bedellerinin ödenebilmesi için müracaat işlemlerinin aşağıda belirtilen usul ve esaslar doğrultusunda gerçekleştirilmiş olması gerekmektedir.

**1.5.1 - Özel sevk kullarına tabi olan kişilerin sağlık hizmeti sunucularına müracaat işlemleri**

(1) 5510 sayılı Kanunun 60 nci maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1), (3) ve (9) numaralı alt bentleri gereği genel sağlık sigortası kapsamına alınan kişiler, ayakta veya yatarak teşhis ve tedavi hizmeti veren sağlık hizmeti

sunucularına müracaatlarının MEDULA sistemi üzerinden yapılan müstahaklık sorgulaması sonucu Kurum bilgisi 60/c-1, 60/c-3 veya 60/c-9 dönen kişilerden müracaat kabul ve sevk işlemleri aşağıdaki şekilde yürütülecektir. Aşağıda belirtilen usul ve esaslara uygun olmayan müracaatlara ilişkin sağlık hizmeti bedelleri Kuruma karşılanmaz.

(2) Sağlık hizmeti sunucuları tedavilerinin sağlanamaması halinde kişileri, aşağıdaki düzenlemelere göre söz konusu tedavi için doğrudan müracaat hakkı bulunduğu sağlık hizmeti sunucularına sevk de edilebilir.

(3) Sözleşmesiz özel sağlık hizmeti sunucularından alınan sağlık hizmeti bedellerinin Kuruma karşılanabilmesi için sağlık hizmetinin, acil müdahale edilmemesi halinde uzuv kaybı ve/veya vücut fonksiyonunu kaybetmesine sebep olacak durumlar nedeniyle alınmış olması ve bu durumun Kurumun inceleme birimince kabul edilmesi gereklidir. Söz konusu durumlar dışında sözleşmesiz özel sağlık hizmeti sunucularından alınan sağlık hizmeti bedelleri Kuruma karşılanmaz.

#### **1.5.1.A - Sağlık Bakanlığının sağlık hizmeti sunucularına hasta kabul ve sevk işlemleri**

##### **1.5.1.A-1 - Hasta kabul işlemleri**

(1) Doğrudan veya sevkli müracaatlar kabul edilir.

##### **1.5.1.A-2 - Hasta sevk işlemleri**

(1) Tedavinin sağlanamaması halinde;

a) **Birinci basamak sağlık hizmeti sunucularınca;** sevkler aynı yerleşim yeri içindeki Sağlık Bakanlığı ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusuna yapılabilir.

b) **İkinci basamak sağlık hizmeti sunucularınca;**

1) Kişiler, aynı yerleşim yeri içindeki Sağlık Bakanlığı ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilebilir.

2) Kişiler, aynı yerleşim yerinde Sağlık Bakanlığı üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusu yoksa aynı yerleşim yerindeki diğer resmi sağlık hizmeti sunucularına veya yerleşim yeri dışındaki Sağlık Bakanlığı ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularına sevk edilebilir.

3) Kişiler, resmi sağlık hizmeti sunucularında uygun yoğun bakım yatağının bulunmaması ve hasta naklinin 112 Komuta Kontrol Merkezi koordinasyonunda gerçekleştirilmesi koşuluyla yoğun bakım tedavisi için özel sağlık hizmeti sunucularına da sevk edilebilir. Bu durumda, naklin 112 Komuta Kontrol Merkezi koordinasyonunda gerçekleştiğini gösterir belge yeterli kabul edilecektir.

4) Kişiler, aynı il içindeki resmi sağlık hizmeti sunucularında tedavinin sağlanabileceği radyoterapi merkezi bulunmaması halinde radyoterapi tedavisi için aynı il içindeki özel sağlık hizmeti sunucularına sevk edilebilir.

5) Sağlık Bakanlığı dışındaki resmi sağlık hizmeti sunucularına kronik hemodiyaliz tedavisi programı için yapılacak sevkler, aynı yerleşim yerinde varsa bünyesinde hemodiyaliz merkezi bulunan Sağlık Bakanlığı sağlık hizmeti sunucularına yoksa müracaat edilen sağlık hizmeti sunucusuna yapılacaktır. Sağlık Bakanlığı dışındaki resmi sağlık hizmeti sunucularına yapılan hemodiyaliz amaçlı sevkler 3 ay süre ile geçerli olup sürenin bitiminde sevk belgesinin yenilenmesi gerekmektedir.

c) **Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca;**

1) Kişiler, aynı yerleşim yeri içindeki veya dışındaki; Sağlık Bakanlığı ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusuna veya diğer resmi sağlık hizmeti sunucularına sevk edilebilir.

2) Kişiler, resmi sağlık hizmeti sunucularında uygun yoğun bakım yatağının bulunmaması ve hasta naklinin 112 Komuta Kontrol Merkezi koordinasyonunda gerçekleştirilmesi koşuluyla yoğun bakım tedavisi için özel sağlık hizmeti sunucularına da sevk edilebilir. Bu durumda, naklin 112 Komuta Kontrol Merkezi koordinasyonunda gerçekleştiğini gösterir belge yeterli kabul edilecektir.

3) Kişiler, aynı il içindeki resmi sağlık hizmeti sunucularında tedavinin sağlanabileceği radyoterapi merkezi bulunmaması halinde radyoterapi tedavisi için aynı il içindeki özel sağlık hizmeti sunucularına sevk edilebilir.

4) Sağlık Bakanlığı dışındaki resmi sağlık hizmeti sunucularına kronik hemodiyaliz tedavisi programı için yapılacak sevkler, aynı yerleşim yerinde varsa bünyesinde hemodiyaliz merkezi bulunan Sağlık Bakanlığı sağlık hizmeti sunucularına yoksa müracaat edilen sağlık hizmeti sunucusuna yapılacaktır. Sağlık Bakanlığı dışındaki resmi sağlık hizmeti sunucularına yapılan hemodiyaliz amaçlı sevkler 3 ay süre ile geçerli olup sürenin bitiminde sevk belgesinin yenilenmesi gerekmektedir.

#### **1.5.1.B - Sağlık Bakanlığının dışındaki üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularına hasta kabul ve sevk işlemleri**

##### **1.5.1.B-1 - Hasta kabul işlemleri**

(1) Sağlık Bakanlığının dışındaki üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularına aşağıda belirtilen müracaatlar kabul edilir.

a) **Sevklı müracaatlar**

1) Sağlık Bakanlığının ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca SUT'un 1.5.1.A-2 maddesine uygun olarak düzenlenen sevk belgesi ile müracaat eden hastalar.

2) Sağlık Bakanlığının dışındaki üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca SUT'un 1.5.1.B-2 maddesine uygun olarak düzenlenen sevk belgesi ile müracaat eden hastalar.

b) **Doğrudan müracaatlar**

1) Organ, doku ve kök hücre nakline ilişkin; sağlık hizmetleri ve naklin yapıldığı sağlık hizmeti sunucusundaki kontroller ve devam tedavileri için yapılan müracaatlar.

2) Akkiz immün yetmezlik sendromu tanımlı hasta müracaatları.

3) Hiperbarik oksijen tedavisi için yapılan müracaatlar.

4) Trafik kazası nedeniyle yapılan müracaatlar.

5) Acil servis müracaatları (SUT'un 2.3 maddesi hükümleri doğrultusunda işlem yürütülür).

6) Kurum ile götürü bedel üzerinden sağlık hizmeti alım sözleşmesi imzalanan Sağlık Bakanlığının dışındaki üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularına yapılan müracaatlar.



#### c) Diğer müracaatlar

1) SUT'un 1.5.1.B-1(I) a bendine göre müracaatları kabul edilen hastaların aynı sağlık hizmeti sunucusunda diğer branşlarda da muayene veya tedavisinin gerekli görülmesi durumunda (konsültasyon istemi hariç); diğer hekimince aynı sevk belgesi üzerinde gönderilecek branşın belirtilmesi şartıyla ilgili branşa yapılan müracaatları. Bu durumda Kurum bilgi işlem sistemine yeniden sevk beyanı (hastane içi sevk) girilecektir.

2) SUT'un 1.5.1.B-1(I) fıkrasının a ve b bentlerine göre müracaatları kabul edilen hastalardan çağrı evrakı düzenlenmek suretiyle tedavi veya kontrol amaçlı çağrılanların müracaatları. (Bu durumda müracaatın çağrıya istinaden yapıldığına dair Kurum bilgi işlem sistemine beyan girilecektir.)

3) SUT'un 1.5.1.B-1(I) fıkrasının a ve b bentlerine göre müracaatları kabul edilen hastalardan fizik tedavi ve rehabilitasyon tedavisi, hemodiyaliz tedavisi, radyoterapi ve kemoterapi gibi belli bir program dahilinde tedavi gören hastaların tedavi süresi içindeki, ilk sevk belgesine istinaden yapılan müteakip müracaatları. Hemodiyaliz amaçlı sevkler 3 ay süre ile geçerli olup sürenin bitiminde sevk belgesinin yenilenmesi gerekmektedir.

#### 1.5.1.B-2 - Hasta sevk işlemleri

(1) Tedavinin sağlanamaması halinde;

1) Kişiler, Sağlık Bakanlığı sağlık hizmeti sunucularına sevk edilebilir.

2) Kişiler, Sağlık Bakanlığı dışındaki üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularına sevk edilebilir.

3) Kişiler, resmi sağlık hizmeti sunucularında uygun yoğun bakım yatağının bulunmaması ve hasta naklinin 112 Komuta Kontrol Merkezi koordinasyonunda gerçekleştirilmesi koşuluyla yoğun bakım tedavisi için özel sağlık hizmeti sunucularına da sevk edilebilir. Bu durumda, naklin 112 Komuta Kontrol Merkezi koordinasyonunda gerçekleştiğini gösterir belge yeterli kabul edilecektir.

4) Kişiler, kronik hemodiyaliz tedavisi programı için aynı yerleşim yerinde varsa bünyesinde hemodiyaliz merkezi bulunan Sağlık Bakanlığı sağlık hizmeti sunucularına yoksa diğer resmi sağlık hizmeti sunucularına, yerleşim yeri içinde resmi sağlık hizmeti sunucularına diyaliz tedavisinin yapılamaması halinde ise yerleşim yeri dışındaki Sağlık Bakanlığı sağlık hizmeti sunucularına sevk edilebilir. Sağlık Bakanlığı dışındaki resmi sağlık hizmeti sunucularına yapılan hemodiyaliz amaçlı sevkler 3 ay süre ile geçerlidir.

5) Kişiler, aynı il içindeki resmi sağlık hizmeti sunucularında tedavinin sağlanabileceği radyoterapi merkezi bulunmaması halinde radyoterapi tedavisi için aynı il içindeki özel sağlık hizmeti sunucularına sevk edilebilir.

#### 1.5.1.C - Sağlık Bakanlığı dışındaki ikinci basamak resmi sağlık hizmeti sunucularınca hasta kabul ve sevk işlemleri

##### 1.5.1.C-1 - Hasta kabul işlemleri

(1) Hasta kabul işlemleri yürütümünde aşağıdaki düzenlemelere uyulacaktır.

a) Kurum ile götürü bedel üzerinden sağlık hizmeti alım sözleşmesi imzalanan sağlık hizmeti sunucularınca;

1) Doğrudan veya sevkli müracaatlar kabul edilir.

b) Diğer resmi sağlık hizmeti sunucularınca;

1) Sevkli müracaatlar

aa) SUT'un 1.5.1.A-2 ve 1.5.1.B-2 maddelerine uygun olarak düzenlenen sevk belgesi ile müracaat eden hastalar.

2) Doğrudan müracaatlar

aa) Organ, doku ve kök hücre nakline ilişkin; sağlık hizmetleri ve naklin yapıldığı sağlık hizmeti sunucusundaki kontroller ve devam tedavileri için yapılan müracaatlar.

bb) Akkız immün yetmezlik sendromu tanımlı hasta müracaatları.

cc) Hiperbarik oksijen tedavisi için yapılan müracaatlar.

çç) Trafik kazası nedeniyle yapılan müracaatlar.

dd) Acil servis müracaatları (SUT'un 2.3 maddesi hükümleri doğrultusunda işlem yürütülmüştür.)

##### 1.5.1.C-2 - Hasta sevk işlemleri

(1) Kişiler, resmi sağlık hizmeti sunucularında uygun yoğun bakım yatağının bulunmaması ve hasta naklinin 112 Komuta Kontrol Merkezi koordinasyonunda gerçekleştirilmesi koşuluyla yoğun bakım tedavisi için özel sağlık hizmeti sunucularına da sevk edilebilir. Bu durumda, naklin 112 Komuta Kontrol Merkezi koordinasyonunda gerçekleştiğini gösterir belge yeterli kabul edilecektir.

#### 1.5.1.Ç - Özel sağlık hizmeti sunucularınca hasta kabul ve sevk işlemleri

##### 1.5.1.Ç-1 - Hasta kabul işlemleri

(1) Hasta kabul işlemleri yürütümünde aşağıdaki düzenlemelere uyulacaktır.

a) Sevkli müracaatlar

1) Resmi sağlık hizmeti sunucularında uygun yoğun bakım yatağının bulunmaması ve hasta naklinin 112 Komuta Kontrol Merkezi koordinasyonunda gerçekleştirilmesi koşuluyla yoğun bakım tedavisi için gönderilen hastalar. Bu durumda, naklin 112 Komuta Kontrol Merkezi koordinasyonunda gerçekleştiğini gösterir belge yeterli kabul edilecektir.

2) SUT'un 1.5.1.A-2 ve 1.5.1.B-2 maddelerine uygun olarak düzenlenen sevk belgesi ile radyoterapi tedavisi için sevk edilen hastalar.

b) Doğrudan müracaatlar

1) Acil müdahale edilmemesi halinde hastanın uzuv kaybı ve/veya vücut fonksiyonunu kaybetmesine sebep olacak durumlar nedeniyle yapılan müracaatlar. Hasta müracaatının söz konusu durum nedeniyle yapıldığının Kurum inceleme birimlerinde kabul edilmesi gerekmektedir.

2) Hiperbarik oksijen tedavisi için yapılan müracaatlar.

3) Trafik kazası nedeniyle yapılan müracaatlar.

##### 1.5.1.Ç-2 - Hasta sevk işlemleri

(1) Kişiler, resmi sağlık hizmeti sunucularında uygun yoğun bakım yatağının bulunmaması ve hasta naklinin 112 Komuta Kontrol Merkezi koordinasyonunda gerçekleştirilmesi koşuluyla yoğun bakım tedavisi için özel sağlık hizmeti sunucularına da sevk edilebilir. Bu durumda, naklin 112 Komuta Kontrol Merkezi koordinasyonunda gerçekleştiğini gösterir belge yeterli kabul edilecektir.

### 1.5.1.D - Diğer hükümler

(1) Sağlık hizmeti sunucularınca sevkler, Kurum bilgi işlem sistemi üzerinden elektronik olarak düzenlenmesi sağlanıncaya kadar SUT eki "Hasta Sevk Formu" (EK-2/F) ile veya bu formda istenilen bilgilerin yer aldığı belge tanzim edilerek yapılacaktır. Düzenlenen sevk bir örneği hastaya verilecektir. Sevk belgesinde sevk edilen branş ile birlikte sağlık hizmeti sunucusu adı mutlaka yer alacaktır. Kişiler sevk belgesi ile sevkini düzenlendiği tarih dahil 5 işgünü içinde sevk edildikleri sağlık hizmeti sunucusuna müracaat edeceklerdir.

(2) Sevkli müracaatı kabul eden sağlık hizmeti sunucusunca, SUT eki EK-2/F veya bu formda istenilen bilgilerin yer aldığı belgenin bir örneği fatura ekinde Kuruma gönderilecektir. Ayrıca SUT'un 1.5 maddesinde hasta müracaatının kabulüne ilişkin düzenleneceği belirtilen diğer belgelerin (112 Komuta Kontrol Merkezi koordinasyonunu gösterir belge, çağrı evrakı gibi) düzenlenme ve takip işlemlerinin Kurum bilgi işlem sistemi üzerinden yapılması sağlanıncaya kadar söz konusu belgelerin bir örneği fatura ekinde Kuruma gönderilecektir.

(3) Sevklelerin, Kurum bilgi işlem sistemi üzerinden elektronik olarak düzenlenmesi uygulamasına geçilmesi halinde yürütülecek işlemler Kurumca ayrıca duyurulur.

(4) Kurum gerekli gördüğü hallerde, Sağlık Bakanlığı dışındaki resmi sağlık hizmeti sunucuları ile sağlık hizmetinin sunulduğu il, sağlık hizmetinin niteliği itibarıyla hayati öneme sahip olup olmaması, sağlık hizmeti ihtiyacının resmi sağlık hizmeti sunucularında karşılanıp karşılanmaması, hizmetin niteliği gibi hususları dikkate alarak özel sağlık hizmeti sunucularına müracaatlara ilişkin ayrıca usul ve esas belirlemeye yetkilidir.

### 1.5.2 - Genel sağlık sigortası kapsamındaki diğer kişilerin sağlık hizmeti sunucularına müracaat işlemleri

(1) Kişiler, SUT'ta belirtilen özel hükümler saklı kalmak kaydıyla Kurum ile sözleşmesi bulunan ayakta ve yatarak tedavi hizmeti sağlayan sağlık hizmeti sunucularına doğrudan veya sevk edilmek suretiyle müracaat edebilecekler.

(2) Kişilerin, SUT'un 2.2(5) fıkrasında belirtilen istisnalı hariç olmak üzere acil haller dışında Kurum ile sözleşmesi olmayan sağlık hizmeti sunucularından aldıkları sağlık hizmeti bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(3) Kurum ile sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilerin müracaatlarını ayırım yapmaksızın kabul etmek zorundadır.

### 1.6 - Kimlik tespiti

(1) Sağlık kurum ve kuruluşlarına, kişilerin müracaatı aşamasında, acil hallerde ise acil halin sona ermesinden sonra, nüfus cüzdanı, sürücü belgesi, evlenme cüzdanı, pasaport veya verilmiş ise Kurum sağlık kartı belgelerinden biri ile kimlik tespiti ve biyometrik yöntemlerle kimlik doğrulaması yapılması zorunludur. Kimlik tespiti, biyometrik kayıt işlemi veya biyometrik kimlik doğrulama işlemini usulüne uygun yapmayan ve bu nedenle bir başka kişiye sağlık hizmeti sunulması nedeniyle Kurumun zarar uğramasına sebebiyet veren sağlık hizmeti sunucularından ödenen tutar geri alınır.

(2) 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu kapsamında sağlanan yardımlardan ücretsiz faydalanımları, sağlık kurum ve kuruluşlarına birinci fıkrada belirtilen belgeleri ibraz edememeleri halinde 2828 sayılı Kanun kapsamında bulduklarını gösterir belgeye göre gerekli işlemler yürütülecek sonrasında söz konusu belgelerin ibrazı ilgili Kurumdan istenecektir.

(3) Kapsamındaki kişilerin kendi adına bir başkasının sağlık hizmeti almasını veya Kurumdan haksız bir menfaat temin etmesini sağlaması yasaktır. Bu fiilleri işleyenlerden Kurumun uğradığı zararın iki katı kanunî faizle birlikte müştereken ve müteselselen tahsil edilir ve ilgililer hakkında 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu hükümleri doğrultusunda suç duyurusunda bulunulur.

### 1.6.1 - Biyometrik kimlik doğrulama işlemi

(1) Kimlik doğrulamada kullanılacak olan biyometrik sistem ve uygulamaya geçilecek sağlık hizmet sunucuları, uygulama tarihi ile uygulamaya ilişkin usul ve esaslar Kurum tarafından belirlenir.

(2) Kişinin sağlık hizmeti sunucusuna müracaatı sırasında ilk biyometrik verinin Kurum veri tabanına kayıt işlemi, sağlık hizmeti sunucusu tarafından yapılacaktır.

### 1.7 - Provizyon işlemleri

(1) Kurumla sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, müracaat eden kişinin sağlık yardımlarından yararlanma hakkının olup olmadığının tespiti için, Kurum bilgi işlem sistemi (MEDULA-Hastane, MEDULA-Optik, MEDULA-Eczane provizyon sistemi) üzerinden T.C. Kimlik Numarası ile hasta takip numarası/provizyon alacaklardır.

(2) Sağlık hizmeti sunucularınca T.C. Kimlik Numarası ile Kurum bilgi işlem sistemi üzerinden yapılan sorgulama sonucunda,

a) Kurum bilgi işlem sistemi tarafından hasta takip numarası/provizyon verilmesi halinde, sunulan sağlık hizmetleri faturalandırılabilir.

b) Kurum bilgi işlem sistemi tarafından prim ödeme gün sayısı veya prim borcu bulunması nedeniyle hasta takip numarası/provizyon verilmemesi halinde sağlık hizmeti sunucularınca kişinin müracaatının, aşağıda belirtilen istisnai haller nedeniyle yapıpı yapılmadığı değerlendirilecektir. Müracaat aşağıda sayılan istisnai nedenlerle yapılmış ise sadece söz konusu müracaat nedeni ile ilgili sağlık hizmeti bedelleri faturalandırılabilir.

- 1) Acil hal (\*),
- 2) İş kazası ile meslek hastalığı hali,
- 3) Trafik kazası,
- 4) Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalık,
- 5) Kişiyे yönelik koruyucu sağlık hizmeti,
- 6) Analık hali (\*\*),
- 7) Afet ve savaş ile grev ve lokavt hali,
- 8) 18 yaş altı çocuklar,
- 9) Tıbben başkasının bakımına muhtaç kişiler (\*\*\*)

c) 5510 sayılı Kanuna göre genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olunan kişi sayılmaması nedeniyle hasta takip numarası/provizyon alınmaması ancak kişinin müracaatının trafik kazası nedeniyle yapılmış olması halinde sadece söz konusu müracaat nedeni ile ilgili sağlık hizmeti bedelleri faturalandırılabilir.

ç) 5510 sayılı Kanuna göre genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olunan kişi sayılmaması nedeniyle hasta takip numarası/provizyon alınmayan kişilerin acil servis müraعاتlarına ilişkin işlemler, acil sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin Başbakanlık Genelgeleri doğrultusunda yürütülecektir.

(3) Kişilerin müstahaklığının belirlenmesi konusunda, Kurum bilgi işlem sistemine eklenmemiş olmakla birlikte mevzuat düzenlemelerinde başka kontrollerin de yapılması belirtiliyorsa, bu konuda gerekli araştırma sağlık hizmeti sunucularına yapılacaktır.

(\*) 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 durumlardır. Bu nedenle sağlanan sağlık hizmetleri acil sağlık hizmeti olarak kabul edilir.

(\*\*) Analık hali; gebeliğin başladığı tarihten itibaren doğumdan sonraki ilk sekiz haftalık, çoğul gebelik halinde ise ilk on haftalık süre 5510 sayılı Kanun bakımından analık hali olarak kabul edilir.

(\*\*\*) Tıbben başkasının bakımına muhtaç kişi; "Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik" kapsamında, yetkilendirilmiş özürlü sağlık kurulu raporu veremeye yetkili sağlık kuruluşlarına, ağır özürlü olduğu "Özürlü Sağlık Kurulu Raporu" ile belgelendirilen kişiler, tıbben başkasının bakımına muhtaç kişiler olarak kabul edilir. Bu kişiler için düzenlenen faturaya "Özürlü Sağlık Kurulu Raporu" eklenecektir.

#### **1.7.1 - Yurt dışı sigortalı müraعاتları**

(1) Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilerin sağlık hizmetleri, Kurumca düzenlenmiş ve onaylanmış "Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sağlık Yardım Belgesi" ne istinaden sağlanacaktır. Ancak Almanya ile yapılan sosyal güvenlik sözleşmesi kapsamındaki kişiler için MEDULA sistemi üzerinden ayrıca provizyon alınacaktır.

#### **1.7.2 - MEDULA sisteminden kaynaklanan nedenlerle provizyon alınmaması**

(1) Kurum Hizmet Sunumu Genel Müdürlüğü yetkililerine imzalanacak bir tutanak ile tevsik edilmesi kaydıyla MEDULA sisteminden kaynaklanan arıza nedeniyle hasta takip numarasının alınmadığı süre zarfında Kurum sağlık yardımlarından yararlanma hakkının olduğunu yazılı olarak beyan etmek veya belgelemek suretiyle müraعات eden kişilerin sağlık hizmetleri Kurumca karşılanır. Daha sonra yapılan sorgulama sonucu bu kişilerin müstahak olmadığının tespit edilmesi halinde, tedaviye ait fatura bedeli ilgili sağlık kurumuna/kuruluşuna ödenerek gerekli yasal işlemler Kurumca yürütülür.

#### **1.7.3 - Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı sağlık kurumlarının provizyon işlemleri**

(1) TSK'ya bağlı sağlık kurumlarına, müraعات eden kişilerin sağlık yardımlarından yararlanma haklarının olup olmadığı, T.C. Kimlik Numarası ile Sağlık Provizyon ve Aktivasyon Sistemi (SPAS) üzerinden tespit edilecektir.

#### **1.8 - Katılım payı**

(1) Katılım payı; sağlık hizmetlerinden yararlanılabilmek için genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ödenecek tutarı ifade eder.

(2) Katılım payı uygulanacak sağlık hizmetleri aşağıda belirtilmiştir:

a) Sağlık Bakanlığının tarafından sözleşme imzalanmış, görevlendirilmiş veya yetkilendirilmiş aile hekimleri hariç olmak üzere ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı,

b) Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar,

c) Vücut dışı protez ve ortezler,

ç) Yardımcı üreme yöntemi tedavileri.

(3) Katılım paylarının tahsil şekli ilgili maddelerde açıklanmıştır. Ancak, Kurumdan aldıkları gelir ve aylık tutarı 100 (yüz) TL'nin altında olan kişiler ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin;

a) SUT'un 1.8.1 ve 1.8.2 maddelerinde tanımlanan katılım payları Kurumla sözleşmeli eczanelerce,

b) SUT'un 1.8.3.(1)a bendinde tanımlanan katılım payı Kurumla sözleşmeli optisyenlik müessesesi tarafından, kişilerden tahsil edilir.

(4) 5510 sayılı Kanununun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1), (2) ve (3) numaralı alt bentleri gereği genel sağlık sigortalısı sayılanlar ile bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerin ödemiş oldukları katılım payları talepleri halinde, 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu hükümlerine göre sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıflarınca kendilerine geri ödenir.

#### **1.8.1 - Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı**

(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 ve üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında.....5 (beş) TL

b) Özel sağlık hizmeti sunucularında .....12 (oniki) TL

(2) İkinci ve üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında 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 eczanelerce kişilerden, tahsil edilir.

(3) Özel sağlık hizmeti sunucularında 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 dişhekimi muayenesi katılım payı sağlık hizmeti sunucusunca, "Yeşil alan muayenesi" sonucunda oluşan katılım payı ise eczanelerce kişilerden, tahsil edilir.

(4) Sağlık hizmeti sunucularında yapılan muayene sonucunda oluşan ve eczanelerce kişilerden tahsil edileceği belirtilen ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payları kişilerin reçete ile eczaneye ilk müraعاتında kişilerden tahsil edilir.

(5) SUT'un 1.7.1 maddesinde belirtilen durumlarda muayene katılım payı tahsil edilmesi gereken için; resmi ve özel sağlık kurumlarındaki muayenelerine ilişkin katılım payı sağlık hizmeti sunucularınca kişilerden tahsil edilir.

(6) Bu maddede yer alan genel hükümler saklı kalmak kaydıyla; birinci basamak sağlık kuruluşları muayeneleri, Kurumca belirlenen kronik hastalıklar ve acil haller hariç olmak üzere 10 gün içerisinde aynı uzmanlık dalında farklı sağlık hizmeti sunucusuna yapılan başvurularda bu maddede belirtilen ayakta tedaviye hekim ve diş hekimii muayenesi katılım payı tutarları 5 (beş) TL artırılarak tahsil edilir. Artırılan 5 (beş) TL'lik tutar; Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için gelir ve aylıklarından, diğer kişiler için ise eczanelerce kişilerden tahsil edilir.

#### **1.8.2 - Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için katılım payı**

(1) Kurumca bedeli karşılanan ilaçlar için Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişilerden %10, diğer kişilerden %20 oranında katılım payı alınır.

(2) Ayrıca her bir reçete için;

a) 3 kutuya kadar (üç kutu dâhil) temin edilen ilaçlar için.....3 (üç) TL,

b) 3 kutuya ilave temin edilen her bir kutu ilaç için.....1 (bir) TL,

olmak üzere katılım payı alınır.

c) Enjektabl formlar ile serum, beslenme ürünleri ve majistraller için kutu sayısına bakılmaksızın her bir kalem 1 kutu olarak değerlendirilir.

(3) Sağlık raporu ile belgelendirilmek koşuluyla Kurumun resmi internet sitesinde (www.sgk.gov.tr) yayınlanan "Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi" nde (EK-4/D) yer alan hastalıklarda, listede belirtilen ilaçlar için bu maddede belirtilen katılım payları uygulanmaz ve kutu/kalem hesabında dikkate alınmaz.

(4) Bu maddede tanımlanan ilaçlar için katılım payları;

a) Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü olduğu kişiler için gelir ve aylıklarından mahsup edilmek suretiyle,

b) Diğer kişiler için ise Kurumla sözleşmeli eczaneler tarafından kişilerden,

c) Yurt dışından temin edilen ilaçlar için; ilaçları temin eden kuruluş tarafından kişilerden, şahıslar tarafından temin edilmesi halinde Kurum tarafından kişilerden, tahsil edilir.

#### **1.8.3 - Tıbbi malzeme katılım payı**

(1) Vücut dışı protez ve ortezlerden,

a) Görmeye yardımcı tıbbi malzemelerden,

b) Ağız protezlerinin (SUT eki "Diş Tedavileri Puan Listesi" nde (EK-2/C) yer alan 404.010, 404.020, 404.030, 404.040, 404.050, 404.170, 404.180, 404.181, 404.190, 404.200, 404.201, 404.210, 404.220, 404.230, 404.360, 404.370, 404.380, 404.390, 404.400, 404.410, 404.420 kod numarasında sayılanlar),

c) Sağlık raporunda hayatı öneme haiz olduğu belirtilmeyen diğer protezler ve ortezlerden, katılım payı alınır.

(2) Vücut dışı protez ve ortezlerden, Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için %10, diğer kişiler için %20 oranında katılım payı alınır. Ancak katılım payı tutarı vücut dışı protez veya ortezin alındığı tarihteki brüt asgari ücretin %75'ini geçemez. %75'lik üst sınırın hesaplanmasında her bir protez ve ortez bağımsız olarak değerlendirilir.

(3) Görmeye yardımcı tıbbi malzemelere ilişkin katılım payı;

a) Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü olduğu kişiler için gelir ve aylıklarından mahsup edilmek suretiyle,

b) Diğer kişiler için ise Kurumla sözleşmeli optisyenlik müessesesi tarafından kişilerden, tahsil edilir.

(4) Ağız protezlerine ilişkin katılım payı;

a) Kurumla sözleşmeli/protokollü sağlık kurum veya kuruluşlarınca yapılan ağız protezi katılım payları, sağlık kurum veya kuruluşlarınca kişilerden,

b) Kurumla sözleşmesiz; serbest dişhekimlikleri ile sağlık kurum veya kuruluşlarında yaptırılan ağız protezi katılım payları, Kurumca ödeme aşamasında kişilerden, tahsil edilir.

(5) Kişilerce temin edilen ve katılım payı tahsil edilmesi gereken vücut dışı protez ve ortezler için katılım payı, Kurumca ödeme aşamasında kişilerden tahsil edilir.

(6) Sağlık kurumlarınınca temin edilen ve SUT hükümleri gereği katılım payı tahsil edilmesi gereken tıbbi malzemelerin katılım payı tıbbi malzemeyi temin eden sağlık kurumlarına kişilerden tahsil edilir.

#### **1.8.4 - Yardımcı üreme yöntemi katılım payları**

(1) Yardımcı üreme yöntemi tedavilerinde birinci denemede %30, ikinci denemede %25 oranında olmak üzere bu tedaviler için belirlenen bedeller üzerinden katılım payı alınır.

(2) Yardımcı üreme yöntemi katılım payları, tedavinin sağlandığı sağlık hizmeti sunucusunca kişilerden tahsil edilir.

#### **1.8.5 - Katılım payı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler**

(1) İş kazasına uğrayan veya meslek hastalığına yakalanan sigortalılardan, bu durumları nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri için SUT'un 1.8.1, 1.8.2 ve 1.8.3 maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

(2) Askerî tabiat ve manevralarda sağlanan sağlık hizmetleri için SUT'un 1.8.1, 1.8.2 ve 1.8.3 maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

(3) 5510 sayılı Kanunun 75 inci maddesinde yer alan afet ve savaş hali nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri için SUT'un 1.8.1, 1.8.2 ve 1.8.3 maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

(4) 5510 sayılı Kanunun 94 üncü maddesinde tanımlanan kontrol muayenelerinden SUT'un 1.8.1 maddesinde tanımlanan katılım payı alınmaz.

(5) Acil servislerde verilen ve SUT eki "Hizmet Başlı İşlem Puan Listesi" nde (EK-2/B) yer alan 520.021 kodlu "Yeşil alan muayenesi" adı altında Kuruma fatura edilebilen sağlık hizmetleri hariç olmak üzere acil servislerde verilen sağlık hizmetleri, bedeli Kurumca karşılanmayan ayakta tedavi hekim ve diş hekimisi muayeneleri, Sağlık Bakanlığı tarafından sözleşme yapılmış, görevlendirilmiş veya yetkilendirilmiş aile hekimi muayeneleri ile SUT'un 1.4.3 maddesinde belirtilen sağlık kurumları/kuruluşları tarafından sunulan sağlık hizmetlerinde SUT'un 1.8.1 maddesinde tanımlanan katılım payı alınmaz.

(6) Kurumca finansmanı sağlanan kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri için SUT'un 1.8.1, 1.8.2 ve 1.8.3 maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

(7) Sağlık raporu ile belgelendirilmesi şartıyla; Kurumca belirlenen SUT Eki "Ayakta Tedavide Hekim ve Diş Hekimi Muayenesi Katılım Payı Alınmayacak Kronik Hastalıklar Listesi" nde (EK-1/A) yer alan kronik hastalıklarda, kişilerin bu hastalıkları ile ilgili uzmanlık dalındaki ayakta muayenelerinde SUT'un 1.8.1 maddesinde tanımlanan katılım payı alınmaz. Ancak; aynı muayenede Kurumca belirlenen katılım payı alınmayacak kronik hastalıklar listesinde yer almayan başka bir tanımın da tespit edilmesi ve/veya bu tanıya yönelik tedavinin düzenlenmesi halinde SUT'un 1.8.1 maddesinde tanımlanan katılım payı alınır.

(8) Tetkik ve tahliller ile diğer tanı yöntemlerinde kullanılan ilaçlardan, yatarak tedavilerde kullanılan ilaçlardan, sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla EK-4/D Listesinde yer alan ilaçlardan SUT'un 1.8.2 maddesinde tanımlanan katılım payı alınmaz.

(9) Tıbbi sarf malzemeleri ile SUT'un 1.8.3(1) fıkrasında yer almayan tıbbi malzemelerden katılım payı alınmaz.

(10) Sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla; organ, doku ve kök hücre nakline ilişkin sağlık hizmetleri için SUT'un 1.8.1, 1.8.2 ve 1.8.3 maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

(11) 1005 sayılı İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre şeref aylığı alan kişiler ile bunların eşlerinden, SUT'un 1.8.1, 1.8.2, 1.8.3 ve 1.8.4 maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

(12) 3292 sayılı Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişilerden SUT'un 1.8.1, 1.8.2 ve 1.8.3 maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

(13) 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler ile bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerden SUT'un 1.8.1, 1.8.2, 1.8.3 ve 1.8.4 maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

(14) 2828 sayılı Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişilerden SUT'un 1.8.1, 1.8.2 ve 1.8.3 maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

(15) Harp malûllüğü aylığı alanlar ile 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlardan ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerden SUT'un 1.8.1, 1.8.2, 1.8.3 ve 1.8.4 maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

(16) Vazife malûllerinden SUT'un 1.8.1, 1.8.2, 1.8.3 ve 1.8.4 maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

(17) Kurumca iade alınan tıbbi malzemelerden katılım payı alınmaz.

(18) Polis akademisi ile fakülte ve yüksekokullarda, Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okuyan veya kendi hesabına okumakta iken Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okumaya devam eden öğrencilerden SUT'un 1.8.1, 1.8.2 ve 1.8.3 maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

(19) Harp okulları ile fakülte ve yüksekokullarda, Türk Silahlı Kuvvetleri hesabına okuyan veya kendi hesabına okumakta iken askerî öğrenci olanlar ile astsubay meslek yüksekokulları ve astsubay naspedilmek üzere temel askerlik eğitimine tâbi tutulan adaylardan SUT'un 1.8.1, 1.8.2 ve 1.8.3 maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

(20) 19.05.2011, 23.10.2011 ve 9.11.2011 tarihlerinde meydana gelen depremler sonucunda yaralanan veya sakat kalanlara verilecek protez, orteç, araç ve gereç bedelleri için SUT'un 1.8.3 maddesinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

(21) 3713 sayılı Kanununun 21 inci maddesinde sayılan olaylara maruz kalmaları nedeniyle yaralananların tedavileri sonuçlanmayaya veya maluliyetleri kesinleşinceye kadar sağlanacak sağlık hizmetlerinde, bu kişilerden SUT'un 1.8.1, 1.8.2, 1.8.3 ve 1.8.4 maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

## **1.9 - İlave ücret**

### **1.9.1 - İlave ücret alınması**

(1) Kurumla sözleşmeli; vakif üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşları; SUT ve eklemlerinde yer alan sağlık hizmetleri işlem bedellerinin tamamı üzerinden Kurumca belirlenen oranı geçmemek kaydıyla Kuruma fatura edilebilen tutarlar esas alınarak kişilerden ilave ücret alabilir. SUT eki EK-2/B, EK-2/C, EK-2/Ç listelerinde yer alan işlemlerde kullanılan tıbbi malzeme ve ilaçlar ile SUT eki EK-2/A Listesindeki tutarlara dahil olan işlemler için ayrıca ilave ücret alınmaz.

(2) İlave ücretler, genel sağlık sigortalıları veya bakmakla yükümlü olunan kişilerce ve/veya sağlık kurum/kuruluşlarınca Kurumdan talep edilemez.

(3) Kurumla sözleşmeli eczaneler, eşdeğer ilaçların azami fiyatı ile kişinin talep ettiği eşdeğer ilacın fiyatı arasında oluşacak fark ücretini, Kurumla sözleşmeli optisyenlik müesseseleri de kişinin talep ettiği görmeye yardımcı malzemenin bedeli ile Kurumca ödenen görmeye yardımcı malzeme bedeli arasında oluşacak fark ücretini kişilerden talep edebileceklerdir. Bu fark ücreti ilave ücret olarak değerlendirilmez.

(4) Sağlık hizmeti sunucularınca, Kurumca finansmanı sağlanmayan sağlık hizmetleri için talep edilen ücretler, ilave ücret olarak değerlendirilmez.

(5) Sağlık hizmeti sunucusu, sunduğu sağlık hizmetleri öncesinde, alacağı ilave ücrete ilişkin olarak hasta veya hasta yakınının yazılı onayını alır. Bu yazılı onay alınmadan, işlemler sonrasında herhangi bir gerekeç ileri sürerek ilave ücret talebinde bulunamaz.

(6) Hastanın acil haller nedeniyle sağlık hizmeti sunucusuna başvurması ve acil halin sona ermesi halinde, acil sona erdiğine ve müteakip işlemlerin ilave ücrete tabi olduğuna ilişkin hastaya/hasta yakınına SUT eki "Acil Halin Sona Ermesine İlişkin Bilgilendirme Formu" (EK-1/D) kullanılarak, yazılı bilginin imza karşılığı verilmesi zorunludur.

(7) Kurumla sözleşmeli/protokollü vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşları, aynı başvuru numarası altında 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" yi (EK-1/B) yatan hasta tedavilerinde en geç hastanın taburcu olduğu tarihte, diğer tedavilerde ise işlemin yapıldığı tarihte hastaya vermek zorundadır. Ancak hastanın istemesi halinde tutar sınırı olmaksızın sunulan tüm işlemleri ayrıntılı olarak gösteren bilgi ve belgeler hastaya verilmek zorundadır. Söz konusu bilgiler aynı süreler içerisinde elektronik ortamda da sağlanabilir.

#### **1.9.2 - İlave ücret alınmayacak kişiler**

(1) Otelcilik hizmetleri ve istisnai sağlık hizmetleri hariç olmak üzere aşağıda belirtilen kişiler ile a, b ve c bentlerinde sayılan kişilerin bakmakla yükümlü olduğu kişilerden ilave ücret alınmaz.

- 1005 sayılı Kanun hükümlerine göre şeref aylığı alan kişiler,
- 2330 sayılı Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,
- Harp malûllüğü aylığı alanlar ile 3713 sayılı Kanun kapsamında aylık alanlar,

(2) Tedavileri sonuçlanıncaya veya maluliyetleri kesinleşinceye kadar; 3713 sayılı Kanunun 21 inci maddesinde sayılan olaylara maruz kalmaları nedeniyle yaralananlar.

#### **1.9.3 - İlave ücret alınmayacak sağlık hizmetleri**

(1) Aşağıda belirtilen sağlık hizmetleri için hiçbir ilave ücret alınmaz.

(2) Acil servislerde verilen ve SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan 520.021 kod numaralı "Yeşil alan muayenesi" adı altında Kuruma fatura edilebilen sağlık hizmetleri hariç olmak üzere, acil haller nedeniyle sunulan sağlık hizmetleri,

- Yoğun bakım hizmetleri,
- Yanık tedavisi hizmetleri,
- Kanser tedavisi (radyoterapi, kemoterapi, radyo izotop tedavileri),
- Yenidoğana verilen sağlık hizmetleri,
- Organ, doku ve kök hücre nakillerine ilişkin sağlık hizmetleri,
- Doğumsal anomaliler için yapılan cerrahi işlemlere yönelik sağlık hizmetleri,
- Hemodiyaliz tedavileri,
- Kardiyovasküler cerrahi işlemleri. (İstisnai sağlık hizmetlerinde belirtilen işlemler hariç)

#### **1.9.4 - Otelcilik hizmetlerinde ilave ücret uygulanması**

(1) Sözleşmeli/protokollü sağlık kurumları, asgari banyo, TV ve telefon bulunan; 2 yataklı odalarda sundukları otelcilik hizmetleri için SUT eki EK-2/B Listesinde 510.010 kod ile yer alan "Standart yatak tarifesini" işlem bedelinin 1,5 katını, tek yataklı odalarda ise 3 katını geçmemek üzere kişilerden ilave ücret alabilir. Günübirlik tedavi kapsamındaki işlemler sırasında verilen otelcilik hizmeti için ise en fazla SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan "Gündüz yatak tarifesini" işlem bedelinin 3 katına kadar ilave ücret alınabilir. SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan istisnai sağlık hizmetlerinde otelcilik hizmetleri için ayrıca ilave ücret uygulanmaz.

#### **1.9.5 - İstisnai sağlık hizmetlerinde ilave ücret uygulanması**

(1) Sözleşmeli/protokollü sağlık kurum ve kuruluşları, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenen ve SUT eki "İstisnai Sağlık Hizmetleri Listesi" nde (EK-1/C) yer alan istisnai sağlık hizmetleri için genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden SUT eki listelerde yer alan işlem bedellerinin 3 katını geçmemek üzere ilave ücret alabilir.

(2) Sözleşmeli/protokollü sağlık kurum ve kuruluşları istisnai sağlık hizmeti olarak belirlenen işlemler için; yanında (\*) işareti olup olmadığına bakılmaksızın EK-2/C Listesinden, işlemin sadece EK-2/B Listesinde yer alması halinde ise EK-2/B Listesindeki işlem bedelleri üzerinden ilave ücret alabilir.

#### **1.10 - Sağlık raporlarının düzenlenmesi**

(1) Sağlık rapor formatları ile bu raporların tasdik, mühür ve diğer uygulamalarında Sağlık Bakanlığı mevzuatı ve MEDULA sistemindeki düzenlemelere uyulacaktır. MEDULA hastane sistemini kullanan sağlık hizmeti sunucuları raporları elektronik ortamda düzenleyecek ve bu raporlar başhekimlik tarafından elektronik ortamda onaylanacaktır. Sağlık kurulu raporlarına ait istisnai düzenlemeler SUT' ta ayrıca belirtilmiştir.

##### **1.10.1 - Uzman hekim raporlarının düzenlenmesi**

(1) Uzman hekim raporları, ilgili tek uzman hekim tarafından düzenlenecektir.

##### **1.10.2 - Sağlık kurulu raporlarının düzenlenmesi**

(1) İlgili uzmanlık branşından üç uzman hekimin katılımıyla, ilgili uzmanlık branşından üç uzman hekim bulunmaması halinde ise ilgili branş uzmanı ile birlikte öncelikle bu uzmanlık branşına en yakın uzmanlık branşından olmak üzere başhekimin seçeceği diğer uzmanlık branşlarından uzman hekimlerin katılımı ile en az üç uzman hekimden oluşan sağlık kurullarına düzenlenir.

#### **1.11 - SGK Hekim Şifresi**

(1) MEDULA-Hastane, MEDULA-Eczane ve MEDULA-Optik girişi ve uygulamalarında kullanılmak üzere hekimlere, Kurum web uygulaması üzerinden "SGK Hekim Şifresi" verilir.

## **2.1 - Tedavi kategorileri ve ilişkili tanımlar**

### **2.1.1 - Ayakta tedaviler**

(1) SUT'un 2.1.2 maddesinde açıklanan durumlar dışında kalan ve hastaların sağlık kurum ve kuruluşlarında veya bulunduğu yerde yatırılmaksızın sağlık hizmetlerinin sağlanması ayakta tedavi olarak kabul edilir.

#### **2.1.1.A - Evde sağlık hizmetleri**

(1) Sağlık Bakanlığınca yayımlanan "Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" doğrultusunda Sağlık Bakanlığınca bağlı sağlık hizmet sunucuları bünyesinde oluşturulan evde sağlık hizmeti vermek üzere kurulmuş olan birimlerce verilen sağlık hizmetleridir.

### **2.1.2 - Yatarak tedaviler**

#### **2.1.2.A - Yatan hasta tedavisi**

(1) Sağlık kurumlarında yatış tarihinden taburcu işlemi yapılmıncaya kadar uygulanan tedavidir.

#### **2.1.2.B - Günübirlik tedavi**

(1) Günübirlik tedavi kapsamındaki işlemler; sağlık kurumlarında yatış ve taburcu işlemi yapılmadan 24 saatlik zaman dilimi içinde yapılan aşağıda belirtilen işlemlerdir.

a) Kemoterapi tedavisi,

b) Radyoterapi tedavisi,

c) Genel anestezi, bölgesel/lokal anestezi, intravenöz veya inhalasyon ile sedasyon gerçekleştirilen tanısal veya cerrahi tüm işlemler,

ç) Hemodiyaliz tedavileri,

d) Kan, kan bileşenleri, kan ürünleri ve SUT eki "Sadece Yatan Hastalarda Kullanımı Halinde Bedelleri Ödenecek İlaçlar Listesi" nde (EK-4/G) yer alan ilaçların intravenöz infüzyonu,

e) Sağlık Bakanlığınca yayımlanan "Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik" eki "Tıp Merkezlerinde Gerçekleştirilebilecek Cerrahi Müdahaleler Listesi" nde yer alan işlemler,

f) Genel anestezi ve sedasyon ile gerçekleştirilen dişhekimliği uygulamaları.

## **2.2 - Finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin sağlanma yöntemleri ve ödeme kuralları**

(1) Kurum 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.

(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 yapılmıncaya kadar bu sağlık hizmeti sunucularından kişilerce alınan sağlık hizmeti bedelleri SUT'ta belirtilen usul ve esaslar dâhilinde kişilere ödenmek suretiyle, serbest diş hekimlikleri ile Kurumla sözleşmesiz resmi veya özel sağlık kurum veya kuruluşlarındaki diş tiniteleri ile sözleşme yapılmıncaya kadar ise bu sağlık hizmeti sunucularından kişilerce alınan sağlık hizmeti bedelleri Kurum mevzuatı (SUT'ta düzenleme yok ise diğer düzenlemeler) dâhilinde kişilere ödenmesi suretiyle karşılanır.

(6) İşyeri hekimleri veya birden fazla işyerine hizmet veren ortak sağlık birimleri ile özel poliklinikler tarafından verilen sağlık hizmetleri için Kurumdan herhangi bir ücret talep edilemez. İşyeri hekimleri veya birden fazla işyerine hizmet veren ortak sağlık birimlerince sadece yetkili oldukları işyerlerinde hizmet akdi ile çalıştırılanlara, bu işyerlerinin kamu kurumunu niteliğinde olması halinde ise o iş yerinde hizmet akdiyle çalıştırılanlar ile birlikte 5510 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinde sayılan sigortalılara da SUT ve eki listelerde yer alan usul ve esaslar dâhilinde reçete edilmiş ilaç bedelleri Kurumca karşılanır. Özel polikliniklerce ve ağız ve diş sağlığı hizmeti veren özel sağlık kuruluşlarına verilen sağlık hizmetleri ve düzenlenen reçete bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(7) Sağlık Bakanlığının 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 görmeye yardımcı tıbbi malzeme bedelleri Kurumca karşılanır.

(8) İşyeri hekimleri veya birden fazla işyerine hizmet veren ortak sağlık birimleri, yetkilendirildikleri kişiler haricindeki kişilere reçete düzenlemeleri halinde Kurumca ödenen reçete bedelleri bu reçeteyi düzenleyenlerden tahsil edilir.

(9) Sözleşmeli/protokollü sağlık kurum ve kuruluşları, 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/protokollü sağlık kurum ve kuruluşları bünyesinde iletlenen hizmetlerden ayrılmıncaya kadar, hizmet alımı yapan sağlık hizmeti sunucusu tarafından Kuruma faturalandırılır ve SUT hükümleri doğrultusunda karşılanır. Sağlık kurum ve kuruluşlarına, hizmet alınmasına ilişkin bilgi ve belgeler istenildiğinde Kuruma ibraz edilecektir.

(10) Sözlüsel/protokollü sağlık kurum ve kuruluşlarındaki tedaviler ile ilgili olarak Kuruma ibraz edilen tetkik ve/veya tahlil ilişkin fatura bedelleri sevk/istem belgesine dayanılarak kişilere ödenir ve sevk/istem belgesini düzenleyen sözleşmeli/protokollü sağlık kurum ve kuruluşunun alacağından mahsup edilir. Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti sunucuları için Bakanlığa yapılan global bütçe ödemesinden mahsup edilir.

(11) Kurumla sözleşmeli özel sağlık kurum ve kuruluşları, bir başka sağlık kurum ve kuruluşundan hizmet alımı yoluyla sağladıkları tetkik ve/veya tahlil dışındaki tedavilere ait giderleri Kuruma faturalandırılmaz. Hekim veya diğ hekimlerinin, özel sağlık hizmeti sunucusu bünyesinde çalışması halinde, bu hekimler tarafından fatura düzenlenerek alınan/sunulan sağlık hizmetleri bu kapsamda değerlendirilmez.

(12) Başka bir sağlık kurum veya kuruluşundan 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.

(13) Kurum ile sözleşmeli/protokollü sağlık kurum ve kuruluşları, tetkik, tahlil ve tedaviye ait her türlü bilgi, belge ve raporu, istenildiğinde Kuruma ibraz edecektirler. İbraz edilememesi durumunda Kuruma faturalandırılan ilgili tetkik, tahlil ve/veya tedavi bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(14) Kişilere sağlanan sağlık hizmetlerine ilişkin düzenlenen sağlık raporu bedelleri, SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan rapor punları esas alınarak sadece bir adet olarak faturalandırılır. Ancak Kurum birimlerinde 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; özürlülük raporu, 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.

(15) 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 birimlerinde 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.

(16) 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 punlar ile katsayı (0,593) belirlenmiş olup işlem bedeli ilgili puan ile katsayının çarpımı sonucu bulunacak tutardır.

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

(18) 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 işlem, 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. Ayrıca P618690, P621410, P619490, P618680, P618840, P618550, P618560, P601930, P601940, P602410, 605070, P604710, P604690, P605000, P604940, P604990, P604930 kodlu işlemlerin robotik cerrahi yöntemi ile yapılması durumunda işlem puanlarına %50 ilave edilerek Kuruma faturalandırılabilir.

(19) 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.

## **2.2.1 - Ayakta tedavilerde ödeme**

### **2.2.1.A - Birinci basamak sağlık kuruluşları**

(1) Birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki ayakta tedavilerde, her başvuru için 11 (onbir) TL ödeme yapılır. Hastanın diğer bir sağlık kurumuna sevk edilmesi halinde ise sadece 5 (beş) TL ödeme yapılır.

### **2.2.1.B - İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları**

#### **2.2.1.B-1 - Ayakta tedavilerde ödeme uygulaması**

(1) "Ayakta tedavilerde ödeme" uygulaması kapsamında; sağlık kurumlarında ayakta her bir başvuru için, SUT eki "Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının 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 Başvurularla İlgili Olarak Faturalandırılacak İşlemler Listesi" nde (EK-2/A-2) yer alan işlemlerin bedelleri Kurumca karşılanır.

(2) Hastanın aynı sağlık kurumuna, 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 kurumunda randevu verilerek suretiyle ileri bir tarihte yapılması durumunda, SUT eki EK-2/A Listesinde yer alan tutarlar ikinci bir defa girilmezsinde sadece yapılan işlem faturalandırılır.

(4) Hastanın aynı sağlık kurumunda 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 muayenenin maddeden birincini 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 kurumunda 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 kurumundaki ilk başvurusunun ana dal, sonraki başvurusunun yan dal olması durumunda yan dala olan başvuru "ayakta tedavilerde ödeme" uygulaması kapsamında faturalandırılır. 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) Özel tıp merkezleri ve dal merkezlerinin vermiş oldukları acil sağlık hizmetlerinin bedelleri uzmanlık dala dikkate alınmaksızın SUT eki EK-2/A Listesinde "Acil" bölümünde yer alan ücret üzerinden faturalandırılır.

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

(11) Ayaktan başvurularda, 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 işleme ilgili ilaç ve tıbbi malzeme bedelleri ayrıca faturalandırılabilir.

c) Üçüncü basamak resmi sağlık kurumları tarafından SUT eki EK-2/A-2 Listesinde yer alan işlemler, işlem puanlarına %10 oranında ilave edilerek faturalandırılır.

(12) Ayaktan başvurularda özel sağlık hizmeti sunucuları için günlük muayene sınıırı 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. Özel sağlık hizmeti sunucuları 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.

### **2.2.1.B-2 - Hizmet başına ödeme yöntemi ile faturalandırılacak ayakta tedaviler**

(1) Birinci basamak sağlık kuruluşlarında;

a) 112 acil sağlık hizmeti birimince verilen hizmetler,

b) Diş tedavisine yönelik işlemler,

c) Enjeksiyon işlemi (başka bir sağlık kurum ya da kuruluşunda hizmet almış hastaların yapılan enjeksiyonları için sadece enjeksiyonun bedeli karşılır),

ç) Kalıtsal hemoglobinopati tanı ve tedavi merkezlerinde yapılan, SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan, 904.690 kod numaralı "Hemoglobin elektroforezi HPLC ile" ve 904.700 kod numaralı "Hemoglobin elektroforezi Aqar jel ile" işlemleri,

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

(2) İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında;

a) Özel tıp merkezleri ile özel dal merkezleri dışındaki sağlık kurumlarında verilen acil sağlık hizmetleri,

b) İş kazasına yönelik sağlanan sağlık hizmetleri,

c) Meslek hastalıkları hastanelerince sağlanan meslek hastalığına yönelik sağlık hizmetleri,

ç) MEDULA'da tedavi tipi "onkolojik tedavi" olarak seçilmiş onkolojik ön tanı/tanı konulmuş hastalıklar ile ilgili tüm işlemler,

d) Organ ve doku nakline ilişkin donöre yapılan hazırlık tetkik ve tahilleri,

e) Diş tedavilerine yönelik işlemler,

f) Kurum birimlerinde sevk belgesi düzenlenmek suretiyle (maluliyet, meslek hastalığı ve kontrol muayeneleri vb.) sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilen kişilere sunulan sağlık hizmetleri,

g) Enjeksiyon/pansuman (sadece enjeksiyon/pansuman amacıyla gelen hasta için sadece enjeksiyon/pansuman bedeli karşılır),

"hizmet başına ödeme yöntemi" ile faturalandırılır. Bu durumda SUT eki EK-2/A Listesinde yer alan tutarlar faturalandırılmaz.

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

### **2.2.1.B-3 - Evde sağlık hizmetlerinde ödeme**

(1) Evde sağlık hizmetleri bedelleri hizmet başına ödeme yöntemi ile SUT eki EK-2/B ve EK-2/Ç listeleri esas alınarak faturalandırılır.

(2) Hastaya kullanılan her türlü tıbbi malzemenin sağlık hizmeti sunucusu tarafından temini zorunludur. Kurumca bedeli karşılanmayan ilaç ve tıbbi malzemeler hariç olmak üzere sağlık hizmeti sunucusu tarafından temin edilen faturalandırılabilir ilaç ve tıbbi malzeme bedelleri ilaveten faturalandırılabilir. Reçete edilmesi halinde ilaçlar sözleşmeli eczanelerden temin edilir.

## **2.2.2 - Yatarak tedavilerde ödeme**

(1) İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında yatarak verilen sağlık hizmetlerinin bedelleri, SUT eki EK-2/C Listesinde yer alıyorsa "taniya dayalı işlem üzerinden ödeme" yöntemi ile SUT eki EK-2/C Listesinde yer alıyorsa, "hizmet başına ödeme" yöntemi ile faturalandırılır.

(2) Üçüncü basamak sağlık kurumları; SUT eki EK-2/C Listesinde yanında (\*) işareti bulunmayan işlemleri SUT eki EK-2/B Listesinden de faturalandırılabilir. 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. Bu sağlık kurumları; 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 MEDÜLA sisteminde belirteceklerdir.

(3) 24 saatten kısa süreli yatışlarda yatak bedeli, gündüz yatak bedeli üzerinden faturalandırılır.

(4) Günübirlik tedavilerde SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan işlemler için gündüz yatak bedeli faturalandırılmaz.

(5) Günübirlik tedavilerde, SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan refakatçi bedeli ödenmez.

### **2.2.2.A - Hizmet başına ödeme yöntemi**

(1) Hizmet başına ödeme yönteminde sağlık hizmeti bedelleri, SUT eki EK-2/B ve EK-2/Ç Listesi esas alınarak faturalandırılır.

(2) Kurumca bedeli karşılanmayan ilaç ve tıbbi malzemeler hariç olmak üzere sağlık hizmeti sunucusu tarafından temin edilen faturalandırılabilir ilaç ve tıbbi malzeme bedelleri ayrıca faturalandırılabilir.

(3) Hizmet başına ödeme yönteminde refakatçi bedeli SUT'un 2.6.3(2) fıkrası doğrultusunda faturalandırılır.

(4) İnvitro diyagnostik kit kontrolü ile ilgili çalışma yapan sağlık kurum ve kuruluşlarında (serokonversiyon paneli ya da doğrulama testleri hariç) bu amaçla yapılan test bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(5) Aynı seansta birden fazla işlem yapıldığı durumlarda;

a) Aynı kesiden yapılan işlem puanı yüksek olan işlemin puanı tam, sonraki işlem puanları ise her birinin %30'u alınarak,

b) Aynı kesiden yapılan işlemlerde puanı yüksek olan işlemin puanı tam, sonraki işlem puanları ise her birinin %50'si alınarak,

faturalandırılır. Yukarıdaki işlemler farklı uzmanlık dallarında yapılmışsa yüzdelik oranlar 25 puan artırılarak uygulanır.

(6) Kurumla sözleşmeli/protokollü üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarıncı 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.

### **2.2.2.B - Taniya dayalı işlem üzerinden ödeme yöntemi**

(1) Taniya dayalı işlem üzerinden ödeme yönteminde, sağlık hizmeti bedelleri SUT eki EK-2/C Listesi esas alınarak faturalandırılır.

(2) Taniya dayalı işlem üzerinden ödeme yöntemine dâhil olmayan faturalandırılabilir sağlık hizmeti bedelleri, hizmet başına ödeme yöntemi ile faturalandırılır.

(3) Birden fazla kesi ve birden fazla işlemin yapıldığı durumlarda;

a) **Aynı seansta aynı kesi** ile birden fazla işlem yapılması halinde; işlem puanı yüksek olan taniya dayalı işlemin puanı tam olarak, diğer işlemler ise kendi taniya dayalı işlem puanının %25'i alınarak,

b) **Aynı seansta aynı kesi** ile birden fazla işlem yapılması halinde; işlem puanı yüksek olan taniya dayalı işlemin puanı tam olarak, diğer işlemler ise kendi taniya dayalı işlem puanının %50'si alınarak,

c) **Aynı seansta aynı kesi** ile SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan bir işlem ile birlikte SUT eki EK-2/C Listesinde yer almayan bir işlem yapılması halinde taniya dayalı işlem puanı tam olarak, SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan işlem puanının %30'u alınarak, ancak SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan işlemin puanının diğer işlemlerden yüksek olması durumunda tüm işlemler 2.2.2.A(5) fıkrası göz önünde bulundurularak hizmet başına ödeme yöntemiyle,

ç) **Aynı seansta aynı kesi** ile SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan bir işlem ile birlikte SUT eki EK-2/C Listesinde yer almayan bir işlem yapılması halinde taniya dayalı işlem puanı tam olarak, SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan işlem puanının %50'si alınarak, ancak SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan işlemin puanının diğer işlemlerden yüksek olması durumunda tüm işlemler 2.2.2.A(5) fıkrası göz önünde bulundurularak hizmet başına ödeme yöntemiyle,

faturalandırılır. Yukarıdaki işlemler farklı uzmanlık dallarında yapılmışsa yüzdelik oranlar 25 puan artırılarak uygulanır.

(4) Anatomi olarak göğüs bölgesinde yapılacak planlı ameliyatlarda, kapalı göğüs drenajı veya göğüs tüpü takılması ayrıca faturalandırılmayacaktır.

(5) Kurumla sözleşmeli/protokollü üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarıncı yapılan SUT eki EK-2/C Listesinde yanında (\*) işareti olan işlemler, listede belirtilen puanlara %10 ilave edilerek faturalandırılır.

### **2.2.2.B-1 - Taniya dayalı işlemlerin kapsamı**

(1) Taniya dayalı ödeme listesi işlem puanlarına yatarak tedaviler kapsamında takip alındıktan sonraki, özel hükümler saklı kalmak kaydıyla;

a) Yatak bedeli,

b) Muayeneler ve konsültasyonlar,

c) Operasyon ve girişimler,

ç) Anestezi ilaçları,

d) Yatış dönemindeki ilaçlar (kan ürünleri ayrıca faturalandırılır),

e) Kan bileşenleri (eritrosit süspansiyonu, tam kan, trombosit, plazma, ve benzeri),

f) Sarf malzemesi,

g) Anestezi bedeli,

ğ) Laboratuvar, patoloji ve radyoloji tetkikleri,

h) Refakatçi bedeli (tıbbi zorunluluk halinde),

gibi tam ve tedavi kapsamında yapılan tüm işlemler dahil olup ayrıca faturalandırılmaz.

(2) SUT eki EK-2/C Listesi "Açıklama" bölümünde belirtilen istisnalar dikkate alınacaktır.

(3) Taniya dayalı işlemin uygulandığı tarih birinci gün kabul edilmek kaydıyla aşağıda belirtilen süreler içerisinde aynı sağlık hizmeti sunucusunda bu işlemlerle ilgili olarak verilen sağlık hizmetleri taniya dayalı işlem kapsamında değerlendirilir.

a) A Grubu taniya dayalı işlemlerde; 15 gün

b) B Grubu taniya dayalı işlemlerde; 10 gün

c) C Grubu taniya dayalı işlemlerde; 8 gün

ç) D Grubu taniya dayalı işlemlerde; 5 gün

d) E Grubu taniya dayalı işlemlerde; 3 gün

(4) Üçüncü fıkrada belirtilen sürelerin aşılması halinde verilen sağlık hizmetlerinin bedelleri, ayrıca faturalandırılır.

(5) Taniya dayalı işlem kapsamında olan, ilaç ve/veya tıbbi malzemelerin bedellerinin hasta tarafından ödendiğinin tespiti halinde ilaç ve/veya tıbbi malzemelerin fatura tutarları hastaya ödenir. Kuruma ödenen tutar ilgili sağlık kurumundan mahsup edilir. Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti sunucuları için Bakanlığa yapılan global bütçe ödemesinden mahsup edilir. Mahsup edilen tutar hiçbir surette sağlık hizmet sunucusuna iade edilmez.

### **2.2.2.B-2 - Hizmetin iptal olması veya yarım kalması**

(1) Hastanın taniya dayalı işlem öncesi hazırlık işlemleri aşamasında ölmesi veya ortaya çıkan başka sağlık sorunları nedeniyle taniya dayalı işlem kapsamında giren bir müdahalenin yapılabilmesi halinde verilen hizmetler, ameliyat/girişim kararı verilen hastanın, herhangi bir nedenle tedaviden vazgeçmesi halinde (hastanın hastaneden ayrılmasından 10 gün sonra) veya başlanan işlemin herhangi bir aşamada kalarak tamamlanamaması halinde o zamana kadar verilen sağlık hizmetlerine ilişkin giderler, hizmet başına ödeme yöntemi ile faturalandırılır. Ancak bu durumda SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan işlemler, %10 indirimli olarak faturalandırılacaktır. Bu durumdaki işlemlerde kullanılmayan malzemeler faturalandırılmayacaktır.

### **2.2.2.B-3 - Taniya dayalı işlem sonrası kontroller ve testler**

(1) Hastanın taburcu (taburcu işleminin A, B, C, D, E grubunda belirtilen sürelerden önce gerçekleşmesi halinde belirtilen sürelerin bitimi taburcu tarihi olarak kabul edilir) olduktan sonraki, aynı sağlık kurumundaki aynı uzmanlık dalında; 10 gün içerisinde yapılan muayeneleri ve bu muayene sonucunda gerekli görülen rutin biyokimyasal, bakteriyolojik, hematolojik, kardiyolojik (EKG, EKO, efor) ve radyolojik tetkikleri taniya dayalı ödeme işlem puanına dahil olup ayrıca faturalandırılmaz.

### **2.2.2.C - Komplikasyonlar ve eşlik eden hastalıklar**

(1) Tam veya tedaviye yönelik işlem sonrasında hastada komplikasyon ortaya çıkması durumunda, komplikasyona ait sağlık hizmetlerinin bedelleri aynı sağlık hizmeti sunucusunda %10 indirimli olarak hizmet başına ödeme yöntemiyle faturalandırılır. Ancak hastanın önceden bilinen risk faktörleri (diabetes mellitus, hipertansiyon, morbid obezite, alkolizm vb) veya eşlik eden hastalıklarının (hemofili, lösemi, immün yetmezlikler, organ yetmezlikleri, maligniteler, immün ve otoimmün, romatolojik hastalıklar vb) bulunması halinde, bunlarla ilgili olarak gelişen komplikasyonlarda bu indirim uygulanmaz.

(2) Tam veya tedaviye yönelik işlemler kapsamında tedavisi yapılan hastanın eşlik eden hastalıkları (hemofili, lösemi, immün yetmezlikler, organ yetmezlikleri, maligniteler, immün ve otoimmün, romatolojik hastalıklar vb) nedeniyle sunulan sağlık hizmetlerinin bedelleri, hizmet başına ödeme yöntemi ile faturalandırılır.

### **2.3 - Acil sağlık hizmetleri**

(1) Acil sağlık hizmeti vermekle yükümlü sağlık hizmeti sunucuları acil servis hizmetlerini Sağlık Bakanlığın düzenlemeleri ile konuya ilişkin Başbakanlık tarafından yayımlanan Başbakanlık genelgesi ve Kurum mevzuatı doğrultusunda yürütmektedirler. Acil servis müraacatı eden ve muayeneleri sonucunda acil olmadığı tespit edilen kişilerden tedavi giderleri, SUT eki EK-2/B Listesinde 520.021 kodlu "Yeşil alan muayenesi" adı altında yer alan işlem bedeli üzerinden Kuruma 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 sunucularına acil servislerde verilen ve Kuruma acil sağlık hizmeti olarak faturalandırılan hizmetlerin Kurumun inceleme birimlerince yeşil alan muayenesi olarak değerlendirilmesi halinde verilen sağlık hizmetlerinin bedelleri karşılanmaz.

(2) Sözleşmeli/protokollü 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 yararlandıkları kişilerin sözleşmesiz sağlık kurum veya kuruluşuna SUT'un 1.7 maddesinde tanımlanan acil haller nedeniyle müraacatı sonucu oluşan sağlık giderleri; acil tıbbi müdahale yapılması zorunlu kılan durumun müdahaleyi yapan hekim tarafından imzalanmış bir belge ile belgelendirilmesi ve Kuruma kabul edilmesi şartıyla karşılanır.

(4) Bu madde kapsamında sözleşmesiz sağlık kurum veya kuruluşlarındaki yatarak tedavileri Kuruma karşılanan kişiler için, hekim veya diş hekimi tarafından düzenlenen refakatçi kalınması gerektiğinin tıbben lüzum görüldüğünü belirtir belgeye dayanılarak, refakatçinin yatak ve yemek giderleri bir kişi ile sınırlı olmak üzere Kuruma karşılanır. 18 yaşını doldurmuş çocuklar için refakatçi kalınmasının tıbben lüzum görülmesi şartı aranmaz.

(5) Sözleşmesiz sağlık kurum ve kuruluşlarının, acil tedavilere ilişkin bilgilerin tıbbi açıdan kaydedilmesi ve Kuruma gerek görüldüğünde ibraz edilmesi zorunludur.

(6) Sözleşmesiz sağlık kurum veya kuruluşları tarafından, Kurum sağlık yardımlarından yararlandıkları kişilere acil hallerde sundukları sağlık hizmetleri "hizmet başına ödeme yöntemi" esas alınarak kişiler adına manuel olarak fatura edilir.

Ancaz kişilere sağlık hizmetleri sunulmasına Kurum tarafından ilgili sağlık hizmeti sunucusuna ödenmesinin talep edilmiş halinde kişilerin yazılı muvafakatı alınarak fatura ile birlikte Kuruma gönderilir. Kuruma yapılacak inceleme sonrasında belirlenen tutarlar, fatura karşılığında kişilere veya sağlık hizmeti sunucusuna ödenir.

## **2.4 -Bazı tetkik ve tedavi yöntemlerinin usul ve esasları**

### **2.4.1 - Diş tedavileri**

(1) Diş tedavileri sırasında; altın, platin, paladyum+platin, iridyum+platin, iropal gibi kıymetli madenler ile argenco 23, bego gold EWL ve polliag-M gibi bileşiminde kıymetli maden bulunan maddelerin bedelleri ödenmez.

(2) Kemik içi implantların bedelleri ödenmez. Ancaz;

a) Maksillofasial travma, kist ve tümörlere bağlı olarak gelişen, maksiler ve mandibular kemikte aşırı doku kaybının olduğu vakalarda,

b) Alt ve üst çenede tek taraflı serbest sonlu dişsizlik vakalarında,

c) Konjenital diş eksikliği vakalarında,

ç) Dudak damak yarığı vb. doğumsal anomalilere bağlı, diş ve ilgili kemik doku defektlerinin olduğu vakalarda,

hastaların bilinen rutin protetik diş tedavi yöntemleri ile tedavi edilemeyeceğinin implant uygulamasının zorunlu olduğunun, üniversite diş hekimliği fakültelerinden cerrahi, protez ve periodontoloji anabilim dallarından en az birer öğretim üyesinin katılımlarıyla oluşacak sağlık kurulu ile karara bağlanması, kararı destekleyen radyografik tetkiklerin sağlık kurulu raporu ekinde yer alması ve kaç adet implant uygulanacağı belirtilmesi şartıyla; her bir çene için en fazla 4 adet SUT eki EK-2/Ç Listesinde yer alan "kemik içi implant uygulaması" işlem bedeli ile her implant için 90 (doksan) TL faturalandırılabilir.

(3) Hareketli ve sabit protezlerin yenilenme süresi 4 yıldır. Bu süreden önce yenilenen protez bedelleri Kurumca ödenmez. Ancaz, trafik kazası sonucu oluşan ağız ve çene travmalarında bu süre dikkate alınmaz.

(4) 18 yaşını doldurmuş kişilerin ortodontik diş tedavilerine ilişkin giderler Kurumca ödenmez. Ancaz 18 yaşını doldurmuş kişinin ortodontik diş tedavisi 5510 sayılı Kanunun genel sağlık sigortasına ilişkin hükümlerinin yürürlük tarihi öncesinde başlamış ve devam ettiği süre söz konusu tedavi bedelleri karşılansın. Sınıf I, II, III ve ortognatik cerrahide uygulanan ortodontik tedaviler; SUT eki EK-2/Ç Listesindeki "7.1 Tanya dayalı ortodontik tedavi işlemleri" bölümünde yer alan işlem kodları üzerinden Kurumca karşılınsın. Kurumca ortodontik tedavi bedellerinin ödemesi; "Başlangıç aşaması (hastanın ortodontik tanı ve tedavi planlaması yapıldıktan sonra ortodontik tedaviye alınarak tedavi mekaniklerinin uygulanması)", "Tedavi aşaması (uygulanan mekanikler sonrasında planlanan sonuçların alınmaya başlandığı veya belirli bir aşamaya gelmesi)" ve "Pekiştirme aşaması (tedavinin tamamlanması)" olmak üzere üç aşamada yapılır. Adı geçen aşamaların tamamlanmışlığının gösterilmesi ve belgelenmesi halinde her bir aşama için işlem bedelinin 1/3'ü ödenir. "Başlangıç aşaması" ile "Tedavi aşaması" arasında en az 6 ay, "Tedavi aşaması" ile "Pekiştirme aşaması" arasında en az 4 ay süre bulunması gerekir.

### **2.4.1.A - Kurum ile sözleşmeli/protokollü resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılacak diş tedavileri**

(1) Kurum ile sözleşmeli/protokollü resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılan diş 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 kurum veya kuruluşlarına temin edilmesi zorunlu olup hastalar tarafından temin edilmesi halinde fatura tutarı hastaya ödenerek sağlık kurum veya kuruluşunun alacağından mahsup edilir. Bu listede yer alan işlemler, vakif üniversiteleri hariç olmak üzere üniversitelerin diş hekimliği fakülteleri tarafından SUT eki EK-2/Ç Listesindeki puanlara %10 oranında ilave edilerek faturalandırılır. Bu oran, SUT eki EK-2/Ç Listesindeki "7.1 Tanya dayalı ortodontik tedavi işlemleri" başlıklı bölümde yer alan ortodontik tedavi işlemlerinde %20 olarak uygulanır.

### **2.4.1.B - Kurum ile sözleşmeli/protokollü olmayan sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılacak diş tedavileri**

(1) 5510 sayılı Kanunun 60/c-1, 60/c-3 veya 60/c-9 bentlerinde sayılan kişiler hariç olmak üzere Kurumumuz kapsamındaki diğer kişilerin özel sağlık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşmesi/protokollü olmayan resmi sağlık hizmeti sunucuları diş ünitelerindeki ağız ve diş sağlığı hizmetlerine ilişkin tedavi giderlerinin Kurumca karşılanabilmesi için usulüne uygun sevk ve rapor düzenlenmesi gerekmektedir.

#### **2.4.1.B-1 - Diş tedavileri sevk işlemleri;**

(1) %40 ve üzerinde özürlü kişiler hariç olmak üzere kapsamdaki kişilerin özel sağlık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sağlık hizmeti sunucularındaki diş ünitelerinde yapılan diş tedavilerinin ödenebilmesi için; Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri (ADSM), ağız ve diş sağlığı hastaneleri, ağız ve diş sağlığı eğitim ve araştırma hastaneleri tarafından tedavinin sağlanamaması nedeniyle sevk edilmiş olmaları zorunludur.

(2) %40 ve üzerinde özürlü kişilerin özel sağlık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sağlık hizmeti sunucularındaki diş ünitelerinde yapılan diş tedavilerinin ödenebilmesi için özürlülük durumunu belgelendirmek kaydıyla mürcaaç ettikleri Kurumla sözleşmeli ağız ve diş sağlığı hizmeti verilen sağlık hizmeti sunucularında tedavilerinin sağlanamaması nedeniyle sevk edilmiş olmaları zorunludur.

(3) Başta zihinsel özürlü olmak üzere iletişim kurulamayan veya algılamaya güçlüğü yaşanan özürlü kişilerin diş tedavileri, sınırlı uyuşturma altında gerçekleştirilemiyorsa ve genel anestezi altında müdahale gerekmesi durumunda genel anestezi bedelinin ödenebilmesi için; tedavinin anesteziyoloji ve reanimasyon uzman hekiminin sorumluluğunda genel anestezi altında cerrahi müdahale uygulanabilen, asgari tıbbi malzeme ve ilaçların bulunduğu genel anestezi ile müdahale birimi olan sağlık hizmeti sunucularında yapıldığından belgelendirilmesi gerekmektedir.

(4) 14.01.2012 tarihli ve 28173 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan "Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik" hükümlerine uygun olarak düzenlenmiş raporun bir örneği düzenlenerek faturaya eklenir.

(5) Özel sağlık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sağlık hizmeti sunucularındaki diş tedavilerine yapılacak sevkler, SUT eki EK-2/Ç-2 Listesinde yer alan "Diş Tedavileri Sevk Formu" düzenlenmek suretiyle yapılacak olup sevk tarihinden itibaren 10 işgünü içerisinde tedaviye başlanması gerekmektedir. Ortodontik tedavi gerekmesinin olan hastalar için sevk koşulu aranmaz. Bu hastalar; Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri

(ADSM), ağız ve diş sağlığı hastaneleri, ağız ve diş sağlığı eğitim ve araştırma hastaneleri veya üniversitelerinin diş hekimliği fakültelerince en az bir ortodonti uzmanının/ortodontisi konusunda doktora sahip diş hekiminin yer aldığı üç diş hekimisi tarafından sağlık kurulu raporu düzenlenmesi halinde özel sağlık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sağlık hizmeti sunucularındaki diş ünitelerine başvurulabilirler. Tedavinin başlanacağı il sınırları içerisinde, ortodonti uzmanının/ortodontisi konusunda doktora sahip diş hekiminin bulunmaması halinde sağlık kurulu üç diş hekiminden oluşur. Sağlık kurulu raporunda yapılan tedavinin estetik amaçlı olmadığı ve maloklüzyon tipi açıkça belirtilir. Sağlık kurulu raporunun düzenlendiği tarihten itibaren 6 ay içinde tedaviye başlanması gerekmektedir.

(6) Özel sağlık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sağlık hizmeti sunucularına yapılan diş tedavileri sonrasında, SUT eki EK-2/Ç-2 Listesinde yer alan "Diş Tedavileri Sevki Formu" ve/veya ortodontik tedavilerde SUT eki EK-2/Ç-3 Listesinde yer alan "Taniya Dayalı Ortodontik Tedavi Kontrol Formu"da yer alan tedavinin yapıldığına dair bölümün diş ünitesi bulunan protokolli resmi sağlık hizmeti sunucusunda görevli diş hekimisi tarafından onaylanması gerekmektedir.

#### **2.4.1.B-2- Diş tedavileri ödeme işlemleri**

(1) SUT eki EK-2/Ç Listesinde yer alan "Diş Tedavileri Puan Listesi" nde yer alması koşuluyla özel sağlık hizmeti sunucularında uygulanan ortodontik tedaviler dışındaki ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin bedelleri, "Ağız Diş Sağlığı Muayene ve Tedavi Ücretleri Rehber Tarifesi"nde yer alan fiyatlar tavan olmak kaydıyla, fatura tutarı üzerinden ödenir. Ancak ödeme tutarı; tedavinin yapıldığı ilde o işlem için fatura edilen en düşük fatura tutarını geçmez. En düşük tutarın SUT eki EK-2/Ç Listesinde yer alan tutardan az olması halinde bu tutar en düşük tutar hesabında dikkate alınmaz.

(2) SUT eki EK-2/Ç Listesinde yer alması şartıyla Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sağlık hizmeti sunucularındaki ağız ve diş sağlığı hizmetleri ücretleri SUT eki EK-2/Ç Listesi üzerinden ödenir.

(3) Özel sağlık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sağlık hizmeti sunucuları diş ünitelerinde uygulanan ortodontik tedavi bedelleri SUT'un 2.4.1(4) fıkrasına göre ödenir.

(4) Ödemelerde; SUT ve eki EK-2/Ç Listesindeki süre ve adet ile ilgili hükümlere uyulur.

(5) Özel sağlık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sağlık hizmeti sunucuları diş ünitelerinde uygulanan protez tedavileri için malzeme dahil döküm ve işçilik ücreti ödenmez.

(6) Ortodontik tedavi uygulanan kişilere ait faturaların ödemeleri SUT eki EK-2/Ç-3 Listesinde yer alan formlar üzerinden üç aşamada yapılır. Her bir aşama tamamlandığında tedavi bedelinin 1/3'ü ödenir.

#### **2.4.1.B-3- Diğer hükümler**

(1) Hastalar, başvurdukları Kurum ile sözleşmeli ağız ve diş sağlığı hizmeti verilen sağlık hizmeti sunucularınca düzenlenen sevke ilişkin belgede ve/veya ortodontik tedaviler için düzenlenen sağlık kurulu raporunda imzası bulunan hekimin kendisinin, birinci derece yakınının veya bunların ortaklarının özel muayenelerine/özel sağlık hizmeti sunucularına sevk edilemezler. Bu şekilde, sevk belgesinde veya sağlık kurulu raporunda onayı bulunan ve tedaviyi sağlayan hekimin aynı olduğu veya eşi veya ortakları tarafından yapıldığı belirlenen tedavilere ait giderler ödenmez.

(2) SUT eki EK-2/Ç Listesinde (\*) işaretli olan tedaviler ile aynı listenin "7.1 Taniya dayalı ortodontik tedavi işlemleri" başlıklı bölümünde yer alan tedavilere ait giderlerin karşılanabilmesi için, tedavinin konularında uzman veya doktoralı diş hekimleri tarafından yapıldığının belgelendirilmesi gerekmektedir.

### **2.4.2 - Organ, doku ve kök hücre nakli tedavileri**

#### **2.4.2.A - Organ ve doku nakli**

(1) Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilere organ veya doku nakline gerek görülmesi halinde, 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun hükümleri dikkate alınarak şartıyla, organ veya doku nakli tedavilerine ilişkin giderler ile verici durumundaki kişinin bu tedaviye ilişkin giderleri Kurum tarafından karşılanır.

(2) Kurumca sağlık yardımları karşılanmayan alıcı durumundaki kişilere, kapsam bölümünde yer alan kişilerin organ veya doku vericisi olması halinde bu işlemlere ait bedeller karşılanmaz.

(3) Organ nakli tedavileri, bünyesinde "organ nakli merkezi" bulunan sağlık kurumlarında gerçekleştirilecektir.

(4) Yurt içinde organın bulunması halinde hastanın organın bulunduğu yere veya organın organ nakli yapılacak merkezine bulunduğu yere getirilmesine ilişkin gidiş-dönüş için nakliye/transfer masrafları SUT'un 2.6 maddesi doğrultusunda Kurumca karşılanır.

(5) Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Merkezince bildirilen her bir kadavra donör için donörü temin eden sağlık kurumuna SUT eki EK-2/Ç Listesinde "P91146" kodu ile yer alan "Kadavra donör temini" bedeli karşılanır. Söz konusu bedele kadavra organ alım işlemleri dahildir.

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

#### **2.4.2.B - Kök hücre nakli tedavileri**

##### **2.4.2.B-1 - Kemik iliği nakli**

(1) Kemik iliği nakli tedavilerinde; hastaların anne, baba, kardeş ve çocuklarından, HLA doku grubu uyumlu verici bulmak amacı ile yapılan doku uyumluluk testlerinin giderleri (moleküler veya serolojik testler) ile bu adaylar arasından uygun vericisi bulunamayan hastaların 30 aday geçmemek üzere HLA doku grubu belirleme testlerinin giderleri, Kurum tarafından karşılanır. Bu testlerin sonuçları Sağlık Bakanlığınca belirlenen formatta kemik iliği doku bilgi bankalarına iletilir.

(2) Birinci fıkrada tanımlanmış olan tarama sonucu uygun verici bulunmadığı takdirde; Kurumun resmi internet sitesinde yayımlanan "Kemik İliği Doku Bilgi Bankaları Listesi" nde yer alan yurt içindeki kemik iliği doku bilgi bankalarına, öncelikle yurt içi verici kaynakları taranacak olup tarama sonucu uygunluk gösteren kemik iliği verici adayı bulunamaması durumunda, yurt dışı verici kaynaklarının taranmasına da başlanabilecektir.

(3) Kemik iliği doku bilgi bankalarınca birinci aşama işlemleri SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan "705.090" ve "705.110" işlem kodları üzerinden, adres, serolojik yöntem doku tipi doğrulama ve onay alma işlemlerinin "705.100" ve "705.120" işlem kodları üzerinden faturalandırılması gerekmektedir.

(4) Yurt içi ön taramalarda belirlenen verici adaylarının, Sağlık Bakanlığınca ruhsatlandırılmış ve çalışma izni verilmiş doku toplama laboratuvarlarında yapılan yüksek çözünürlük DNA testi ile HLA doku grubu doğrulama testleri giderleri, toplam 25 adayı geçmemek üzere Kurum tarafından karşılanır.

(5) Akkraba dışı kemik iliği vericisinin ülkemizde bulunması halinde "Yurt içi kemik iliği temini" bedeli, SUT eki EK-2/C Listesi üzerindeki kemik iliği doku bilgi bankasına fatura karşılığı fatura bedelini aşmamak üzere karşılanır.

(6) Tedavisi için kemik iliği nakli gereken ve yurt içinde uygun vericisi bulunmadığı ülkemizdeki kemik iliği doku bilgi bankalarınca rapor edilen hastalar için, yurt dışındaki kemik iliği bankaları aracılığı ile en az 7/8 doku tipi uyumu gösteren (HLA A, B, C, DR) kan örnekleri (bir defada en fazla 10, toplamda 25 kişiyi geçmemek üzere) beklemekten ilgilili yurt içi doku bankası tarafından gerekçesi veya aciliyeti belgelendirilmek kaydıyla yurt dışı laboratuvarlarına veya yurda getirilerek Sağlık Bakanlığınca ruhsatlandırılmış ve çalışma izni verilmiş doku toplama laboratuvarlarında yüksek çözünürlükte DNA yöntemi ile HLA doku grubu analizine (doğrulama testine) tabi tutulur. Bu testlerin bedelleri Kurum tarafından karşılanır.

(7) Uluslararası kemik iliği bankalarından yapılan taramalarda uyumlu verici adayı bulunamayan veya acil nakil gereken hastalar için hastaya nakil yapacak merkez ve hastanın hekimi onaylıyorsa, en az 4/6 doku uyumu gösteren kordon kanı araştırılır ve uygun bulunursa getirilir.

(8) Nakil için kullanılacak ürünün ülkemize getirilmesi işlemleri, yurt içi doku bankasının kendisi tarafından; mevcut seçenekler (yurt içi - yurt dışı doku bankası kuryesi, uluslararası kurye firmaları) ve ekonomik koşullar dikkate alınarak yürütülür. Bu konu ile ilgili gerekli belgeleri istenildiğinde sunmak üzere temin eder.

(9) Kemik iliğinin Türkiye'deki nakil merkezine getirilme masrafları, Amerika Kıtası ve Avustralya Kıtası için 4.500 (dörtbinbeşyüz) Euro karşılığı TL'sini, diğer ülkeler için 2.000 (iki bin) Euro karşılığı TL'sini, kordon kanının taşıma tankı ile nakil merkezine getirilme ve tankın geri iletileme masrafları 5.000 (beş bin) Euro karşılığı TL'sini geçmemek şartıyla fatura karşılığı Kurumca ödenir. Masraflara; yurt dışı birimi ile yapılacak organizasyon işlemleri (telefon, faks vb.), kemik iliği bankası kuryesince taşınması (vize, uçak bileti vb.) ve konaklama bedeli dahildir. Bankanın kuryesinin olmadığı durumlarda kemik iliği/kordon kanı Türkiye'deki nakil merkezine yabancı ülkenin kuryesi tarafından getirilir.

(10) Yurt dışından kemik iliği/kordon kanı getirilme sürecinde, yurt dışı kaynaklı verici taraması, vericinin ileri testleri, sağlık kontrol masrafları, kan örneği getirilme ve transferlerin bedeli, kök hücre toplaması, yurt dışı doku bankası tarafından hastaya ve vericiye bağlı nedenlerle kök hücre toplamasının durdurulmasında ortaya çıkan "işlem iptal bedeli", toplanmış olan kemik iliğinin hastaya bağlı sebeplerle uygulanmasının ertelenmesi durumunda "erteleme ücreti", kordon kanı saklama bedeli (2 yıla kadar) gibi işlemlerin her biri için Dünya Kemik İliği Vericileri Birliğine (WMDA) üye bankalar tarafından her doku bankasına farklı olarak belirlenebilen ücretler ile aktivasyon ücreti, Kurumca (İstanbul Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezi tarafından) yurt dışı veya yurt içi kemik iliği doku bilgi bankasına avans şeklinde ya da yurt dışı ilgili banka hesaplarına havale edilerek ödenir. Şahsa fatura düzenlenmiş ise kişiye ödenir. Yurt içi kemik iliği doku bilgi bankası bu konu ile ilgili gerekli belgeleri (fatura, kimlik, sigorta bilgileri, epikriz, konyey karar, sağlık kurulu raporu, arama formları vb.) istenildiğinde sunmak üzere temin eder.

(11) Kemik iliği nakli (hematopoietik kök hücre nakli) tedavisi, Sağlık Bakanlığınca ruhsatlandırılmış ve çalışma izni almış kemik iliği nakli merkezlerine uygulanır. Kemik iliği nakli tedavisi bedelleri SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan "Kemik İliği Nakli" başlığı altındaki işlem puanları esas alınarak Kurumca karşılanır.

#### **2.4.2.B-2 - Mezenkimal kök hücre (MKH)**

(1) Sağlık hizmeti sunucularınca;

a) Allojenik kemik iliği nakli planlanan hastalarda yüksek GVHD gelişme riski,

b) Allojenik kemik iliği nakli yapılan hastalarda steroid dirençli GVHD gelişmesi,

olgularında yapılan mezenkimal kök hücre nakli tedavi bedeli, söz konusu durumların sağlık kurulu raporunda belirtilmesi ve düzenlenen raporun Sağlık Bakanlığı tarafından her hasta için ayrı ayrı onaylanarak mezenkimal kök hücre nakli uygulamasına izin verilmesi halinde Kurumca karşılanır.

(2) Mezenkimal kök hücre nakli tedavisi için gerekli sağlık kurulu rapor, Sağlık Bakanlığınca ruhsatlandırılmış ve çalışma izni almış kemik iliği nakli merkezlerinin bulunduğu sağlık hizmeti sunucularınca düzenlenecek ve söz konusu tedavi bu merkezlerde uygulanabilecektir.

(3) "Mezenkimal kök hücre nakli (mezenkimal kök hücre üretimi dahil)" işlemi SUT eki EK-2/B Listesinde "704.981" kodu ile yer almakta olup söz konusu işlem bedelinin faturalandırılabilmesi için mezenkimal kök hücre üretiminin Sağlık Bakanlığı tarafından Kök Hücre Üretim Merkezi olarak tanımlanan merkezlerde yapılması ayrıca şarttır.

(4) Mezenkimal kök hücre nakli tedavisi kemik iliği nakli bedellerine dâhil olmayıp ayrı faturalandırılabilir. Ancak mezenkimal kök hücre nakli, allojenik kemik iliği nakli sonrası 60 gün içerisinde uygulandı takdirde kemik iliği nakli bedeline ilave olarak sadece SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan "704.981" numaralı işlem bedeli faturalandırılabilir.

#### **2.4.3 - Finansmanı sağlanan kişiye yönelik kuruyucu sağlık hizmetleri**

**2.4.3-A - Sağlık Bakanlığı "Genişletilmiş Bağışıklama Programı" kapsamına dahil olmayan aşı bedelleri;** kronik böbrek yetmezliği, kistik fibrozis, KOAH, kanser, HIV/AIDS enfeksiyonu, splenektomi olanlar ve immünyüpresif tedaviye bağlı olarak bağışıklık durumu olumsuz etkilendiği için enfeksiyon hastalıklarının daha ağır seyrettiği yüksek riskli kişilerin bu durumlarını belgeleyen sağlık raporuna istinaden karşılanır.

**2.4.3-B - Grip aşısı bedeli;** 65 yaş ve üzerindeki kişiler ile yaşlı bakımevi ve huzureviinde kalan kişilerin bu durumlarını belgelendirmeleri halinde sağlık raporu aranmaksızın; astım dâhil kronik pulmoner ve kardiyovasküler sistem hastalığı olan erişkin ve çocuklar, diyabet dâhil herhangi bir kronik metabolik hastalığı, kronik renal disfonksiyonu, hemoglobinopatisi veya immün yetmezliği olan veya immünyüpresif tedavi alan erişkin ve çocuklar ile 6 ay - 18 yaş arasında olan ve uzun süreli asetil salisilik asit tedavisi alan çocuk ve adolesanların hastalıklarının belirten sağlık raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edildiğinde yılda bir defaya mahsus olmak üzere karşılanır.

**2.4.3-C - Pnömonik aşısı bedeli (polisakkarit);** iki yaş üstü çocuklar ve erişkinlerde, aspleni, dalak disfonksiyonu, splenektomi (medikal, cerrahi ve otosplenektomi) yapılan veya planlanan olgular, orak hücre hastalığı, çölyak sendromu, immünsupresif tedavi, radyasyon tedavisi, organ transplantasyonu ve HIV tüm evreleri dahil tedaviye veya hastalıklara bağlı immün yetmezlik ve immün baskılanma durumları, kronik renal hastalık ve nefrotik sendrom, kronik kalp hastalıkları, astım dahil kronik akciğer hastalıkları, siroz dahil kronik karaciğer hastalıkları, diyabet dahil herhangi bir kronik metabolik hastalığı, hemoglobinopati, doğuştan ve edinilmiş kırıyallı defektler ve dermal sinüsler dahil beyin omurilik sıvısı sıvısının sebep olan durumlarda, hastalıklarını belirten sağlık raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde 5 yılda bir karşılanır. 65 yaş ve üzerindekiler kişilere rapor aranmaksızın beş yılda bir defa olmak üzere bedelleri ödenir.

**2.4.3-C - Hepatit A aşısı bedeli;** Kronik karaciğer hastalığı olan veya pıhtılaşma faktörü konsantrisi alan ve Hepatit A seronegatif olan; 1 yaş üzeri çocuklar ve erişkinlerde, hastalıklarını belirten sağlık raporuna dayanarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde en fazla yılda iki kez karşılanır.

**2.4.3-D - Genetik hastalıkların prenatal tanısı için yapılan tetkikler.**

**2.4.3-E - Sünnet.**

#### **2.4.4 - Diğer bazı tetkik ve tedavi yöntemleri**

##### **2.4.4.A - ESWL metodu ile yapılacak taş kırma tedavileri**

(1) Böbrek ve üreter taşlarının kaynaklanan rahatsızlıklarının ESWL yöntemi ile yapılacak taş kırma tedavileri için gerekli olan uzman hekim raporu, üroloji veya çocuk cerrahisi uzman hekimlerince düzenlenecektir. Düzenlenen rapor 6 ay süreyle geçerli olup en fazla 3 seans için kabul edilir.

(2) Radyolojik veya sonografik bulgular dikkate alınarak düzenlenecek raporlarda kırılacak taşın sayısı ve "mm" cinsinden boyutları mutlaka gösterilecektir.

(3) ESWL tedavisi, SUT eki EK-2/C Listesi puanlar esas alınarak faturalandırılır. Altı aylık zaman dilimi içerisinde aynı taraf böbrek ve/veya üreterdeki taş için toplam üç seanstan fazlasına ödeme yapılmayacaktır. İkinci ve üçüncü seanslar için radyolojik veya sonografik bulgulara ait belgeler fatura ekinde Kuruma gönderilecektir. Tedavi sonucunu ve ilave tedavi gerekip gerekmediğini bildirir rapor ilgili hekim tarafından düzenlenir. Düzenlenen raporun aslı hasta dosyasına kalmak üzere bir örneği hastaya verilir.

##### **2.4.4.B - Hiperbarik oksijen tedavisi**

(1) Hiperbarik oksijen tedavisi bedelleri, bünyesinde hiperbarik oksijen tedavi merkezi bulunan Kurumla sözleşmeli/protokollü resmi sağlık kurumunda veya "Hiperbarik Oksijen Tedavisi Uygulanan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik" kapsamında faaliyet sürdüren Kurumla sözleşmeli özel merkezlerde yapılması halinde Kurumca karşılanır.

(2) Acil durumlar hariç olmak üzere HBO tedavisi için, ikinci veya üçüncü basamak sağlık kurumları tarafından sağlık kurulu raporu düzenlenecektir. Ancak resmi sağlık kurumu bünyesinde sualtı hekimliği ve hiperbarik tıp ilde hava ve uzay hekimliği uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu da geçerli olacaktır. Uzman hekim raporunda/sağlık kurulu raporunda; tanı ile uygulanması istenilen seans sayısı yer alacaktır.

(3) Raporda belirtilen seans sayısı, SUT eki "Hiperbarik Oksijen Tedavisi Uygulama Listesi" nde (EK-2/D-3) belirtilen "İlk sevkte seans sayısı" sütununda yer alan seans sayısını geçemez. Ancak, bu seans sayılarına aşan seanslarda tedavinin devamını gerektirmesi halinde, SUT eki EK-2/D-3 Listesinde belirtilen "Maksimum toplam seans sayısı" sütunundaki seans sayıları aşılmamak kaydıyla, ikinci bir sağlık kurulu raporu düzenlenecektir. Maksimum toplam seans sayısı; aynı tanı ve aynı lokalizasyonda (baş, gövde, sol alt ekstremité, sol üst ekstremité, sağ alt ekstremité, sağ üst ekstremité) bir yıl için geçerlidir. Sekestrektomi, minör amputasyon, majör amputasyon durumu yeni vaka gibi değerlendirilir. Dördüncü fıkrada sayılan acil durumlar ve ani işitme kaybı için maksimum toplam seans sayısı; her bir atak (vaka) için geçerlidir.

(4) Acil durumlarda (dekompresyon hastalığı, hava veya gaz embolisi, karbon monoksit veya siyanit zehirlenmesi, anoksik/hipoksik ensefalopati, akut duman inhalasyonu, gazlı gangren, kompartman sendromu, santral retinal arter tıkanıklığı ve nekrotizan yumuşak doku enfeksiyonunda) bu durumun sevk eden veya hiperbarik oksijen tedavisini yapan hekim tarafından imzalanmış bir belge ile belgelendirilmesi şartıyla sağlık kurulu raporu aranmaz. Ancak acil durumlar için "İlk sevkte seans sayısı" sütununda yer alan seans sayılarının aşılması halinde bu maddenin ikinci fıkrasında yer alan hükümler doğrultusunda rapor düzenlenecektir.

(5) Tedavi basını hastanın durumuna göre tedavinin yapıldığı merkezden uzman hekim tarafından belirlenecektir.

(6) HBO tedavisine raporun düzenlenme tarihinden itibaren en geç 10 gün içerisinde başlanmalıdır. Tedaviye başladıktan sonra tedavinin yapıldığı merkezden uzman hekimin onayı ile tedaviye bir defada kesintisiz en fazla yedi gün ara verilebilir. Tedaviye 7 günden daha uzun süre kesintisiz ara verilmesi halinde maksimum seans sayısı dikkate alınarak bu maddenin ikinci fıkrasında yer alan hükümler doğrultusunda yeni rapor düzenlenecektir.

(7) Bir hasta için günde en fazla bir seans HBO uygulaması bedeli Kurumca karşılanır. Ancak ani işitme kaybı ve acil hastalarda, tedavinin başladığı gün dâhil en fazla 7 gün boyunca günde birden fazla seans HBO uygulaması bedeli Kurumca karşılanır.

(8) Ani işitme kaybı tedavisi için düzenlenen raporda; ani işitme kaybının son 30 gün içinde odyolojik test ile tespit edildiğine ilişkin bilginin yer alması gerekmektedir. 20 nci seans sonunda saf ses ortalamasında 20 dB'lik bir düzleme yoksa tedavi bedelleri daha sonraki seanslar için ödenmez.

(9) Santral retinal arter tıkanıklığında HBO tedavi bedelinin ödenebilmesi için, tanı konulmasını takiben 5 gün içinde HBO tedavisine başlanmış olması gerekmektedir.

(10) Hipoksik/anoksik ensefalopati tanısında HBO tedavi bedelinin ödenebilmesi için, tanı konulmasını takiben ilk 5 gün içinde HBO tedavisine başlanmış olması gerekmektedir.

(11) HBO seans süresi tekli başınç odasında en az 90 dakika, çoklu basınç odasında en az 2 saat olarak kabul edilir.

(12) HBO tedavi bedelleri sadece SUT eki EK-2/D-3 Listesinde belirtilen endikasyonlar ve ICD-10 tanı kodları dikkate alınarak SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan bedeller üzerinden Kurumca karşılanır.

(13) Trafik kazası sonrası gerekli görülen HBO uygulamalarında SUT eki EK-2/D-3 Listesindeki seans sayısı sınırlamaları dikkate alınmaz.

#### **2.4.4.C - Stereotaktik radyocerrahi ve stereotaktik radyoterapi**

(1) Kurumca radyo cerrahi yöntemleri ile tedavi bedellerinin karşılanabilmesi için; cyberknife tedavisinde radyasyon onkolojisi uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu, gammaknife tedavisinde en az 2 beyin cerrahi ve en az 1 radyasyon onkolojisi uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenmesi gerekmektedir.

(2) Radyo cerrahi yöntemleri ile tedavinin; lokal tedavi endikasyonu bulunan cerrahi, medikal ve klasik radyoterapiye cevap vermeyen veya uygun olmayan, aşağıda sıralanan olgularda uygulanması halinde bedelleri, SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan puanlar esas alınarak faturalandırılır.

(3) Stereotaktik radyocerrahi ve stereotaktik radyoterapi işlem bedeli ödenecek hastalıklar;

- İntrakranial benign, malign lezyonlar,
- Baş boyun tümörleri,
- Primer akciğer veya primeri kontrol altında 1-3 akciğer metastazı,
- Primer karaciğer veya primeri kontrol altında 1-3 karaciğer metastazı,
- Primer spinal veya primeri kontrol altında 1-3 spinal metastazı,
- Pankreas tümörü,
- Retroperitoneal tümörler,
- Prostat kanseri (T1,T2; Gleason≤7; PSA<20 olmalı),
- Primeri kontrol altında ve 1-3 beyin metastazı.

(4) Cyberknife (stereotaktik radyo cerrahi) uygulama bedeli, ilk uygulamayı müteakip tedavi sürecinde yapılacak 5 seans uygulamayı kapsar.

(5) Hastanın müraacaat ettiği sağlık kurumunca sağlık kurulu raporu düzenlenerek radyo cerrahi yöntemleri için başka bir sağlık kurumuna sevk edilmesi halinde tedaviyi gerçekleştiren sağlık kurumunca MR, BT, DSA, PET-CT bedeli faturalandırılmaz.

#### **2.4.4.Ç - Ekstrakorporeal fotoferez tedavisi**

(1) Ekstrakorporeal fotoferez tedavi bedellerinin ödenebilmesi için; üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından sağlık kurulu raporu düzenlenmesi gerekmektedir.

(2) Ekstrakorporeal fotoferez tedavisinin;

- Kutanöz T hücreli lenfomalarda,
- Graft Versus Host Hastalığı,
- Sezary Sendromu,
- Pemfigus Vulgaris,
- Psöriasis,
- Solid organ nakillerinde doku reddinin önlenmesi (kalp, akciğer, böbrek nakillerinde), nedeniyle uygulanması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

(3) Sağlık Kurulu raporunda uygulanacak tedavi programı ve süresi ayrıntılı olarak belirtilecek ve Sağlık Bakanlığı "Aferez-Fotoferez Danışma Komisyonu" nun uygun görüşü alınacaktır.

(4) Kutanöz T hücreli lenfoma ve bunun alt grupları olan Mikozis Fungoides, Sezary sendromu endikasyonlarında hastanın ilk 6 aylık tedavisi için Sağlık Bakanlığı Aferez-Fotoferez Danışma Komisyonunun uygun görüşüne gerek yoktur.

(5) Ayakta veya yatarak tedavi gören hastalara uygulanan her bir seans ekstrakorporeal fotoferez tedavisi, SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan "704.941" kod numaralı ve "704.940" kod numaralı işlemler üzerinden sağlık kurumlarında faturalandırılır ve bedelleri Kurumca karşılanır. SUT eki EK-2/B Listesi "704.941" kod numaralı "Ekstrakorporeal Fotoferez Tedavisi" işlem puanına, tedavide kullanılan işlem kiti, fistül iğnesi, fotoferez tedavisi endikasyonu olan metokspisoralen, UV-A lambaları, izotonik serum, heparin, erişim kateteri dâhildir.

(6) Ekstrakorporeal fotoferez tedavisi en fazla 6 aylık tedavi programı için ödenir. Ancak, hastanın klinik tablosunun tedavinin sürdürülmesini gerektirmesi ve bu durumun tıbbi gerekçeleri ile tedavi süresinin sağlık kurulu raporu ile tespit edilmesi ve Aferez-Fotoferez Danışma Komisyonunca da onaylanması kaydıyla tedavi kesin sonuç alınana kadar uzatılabilir.

#### **2.4.4.D - Diyaliz tedavileri**

##### **2.4.4.D-1 - Hemodiyaliz tedavileri**

(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/protokollü resmi sağlık kurumlarında veya 18.06.2010 tarih ve 27615 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan "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.

(2) Hemodiyaliz tedavileri, "Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik" ve Sağlık Bakanlığının konu ile ilgili mevzuat hükümlerine uygun olarak yürütülecektir.

(3) Taniya dayalı işlem kapsamında olan ilaçlar hariç, hastaya kullanılması gerekli görülen ilaçlar, SUT ve eki listelerde belirtilen esaslara uygun olarak bu merkezlerde görevli hekimlerce reçete edilebilecektir.

(4) Hemodiyaliz uygulamasına yönelik raporlar süre belirtilmeden ayrı düzenlenemez, raporlarda süre belirtilmiş ise bu süreler dikkate alınmayacaktır. Ancak öngörülen seans sayısının değişmesi durumunda yeniden rapor düzenlenecektir.



(5) Hastanın raporunda belirlenmiş haftalık seans sayısının altında tedavi görmesi gerektiğinin hemodiyaliz sorumlu uzman hekimi tarafından uygun görülmesi durumunda 3 ay süreyle geçmemek kaydıyla hemodiyaliz tedavileri, gerekeceği ayrıca belirtilmek suretiyle sağlanabilecek olup, bu sürenin devamı halinde rapor yenilenmektedir.

(6) Hemodiyaliz merkezince hastaya yapılan her türlü müdahale, tetkik, yazılan ilaç ve verilen raporlar kaydedilecektir. Kayıtlar; "Hemodiyaliz Takip Formu"na yazılacak, bu formun tüm sütunları doldurulacaktır.

(7) Kronik böbrek yetmezliği için yapılan hemodiyaliz tedavisi giderleri SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan işlem puanı üzerinden faturalandırılır. Akut böbrek yetmezliği tanısıyla hemodiyaliz tedavisi görmesi gerektiğine dair rapor düzenlenmeksizin uygulanan hemodiyaliz tedavileri de SUT eki EK-2/C Listesi "P704230" işlem kodundan faturalandırılır.

(8) Hemodiyaliz sırasında kullanılan sarf malzemeleri, hiçbir surette tekrar kullanılmamaz (reuse yapılamaz).

(9) Özel diyaliz merkezlerinde sağlık raporunda belirtilen haftalık seans sayısının üzerinde uygulanan ek diyaliz tedavi bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(10) Hemodiyaliz tedavisinin her bir seansı; tıbbi zorunluluklar hariç olmak üzere en az 4 saat olarak uygulanır.

(11) Hemodiyaliz tedavisi süresince, "Diyaliz Merkezleri Hakkındaki Yönetmelik"te belirtilen tetkikler, hemodiyaliz uygulaması sırasında ortaya çıkan acil durumda yapılması gereken diğer tetkikler ile gerektiğinde ve özellik gösteren hastalara daha sık yapılan tetkiklerin tümü fiyata dâhil olup ayrıca faturalandırılmayacaktır. Tetkikleri yapılmayan hastaların diyaliz tedavilerine ait ücretleri ödenmez.

#### **2.4.4.D-1-1 - Ev hemodiyalizi**

(1) Ev hemodiyalizi için gerekli sağlık kurulu raporu en az bir nefroloji uzmanının yer aldığı sağlık kurulları tarafından düzenlenecektir.

(2) Ev hemodiyalizi tedavileri, "Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik" ve Sağlık Bakanlığının konu ile ilgili mevzuat hükümlerine uygun olarak yürütülecektir.

(3) Tanıya dayalı işlem kapsamında olan ilaçlar hariç, hastaya kullanılması gerekli görülen ilaçlar, SUT ve eki listelerde belirtilen esaslarla uygun olarak bu hastanın takip ve tedavisini yapan merkezlerde görevli hekimlerce reçete edilebilecektir.

(4) Ev hemodiyalizi tedavisine yönelik raporlar süre belirtilmeden ayrı düzenlenecek, raporlarda süre belirtilmiş ise bu süreler dikkate alınmayacaktır. Ancak öngörülen seans sayısının değişmesi durumunda yeniden rapor düzenlenecektir.

(5) Hasta tarafından "Ev Diyaliz Aylık Diyaliz Tutanağı" doldurulacaktır.

(6) Kronik böbrek yetmezliği için yapılan ev hemodiyaliz tedavisi giderleri SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan "ev hemodiyalizi" puanı esas alınarak faturalandırılır. SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan bedele dâhil olduğu belirtilen tüm sağlık hizmetlerinin, hastanın takip ve tedavisini yapan merkez tarafından sağlanması zorunludur.

(7) Ev hemodiyalizi için hastanın evine diyaliz merkezi tarafından kurulmuş olan cihaz bedelleri ile cihaza ait bakım, onarım ve yedek parçalarının bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(8) Diyaliz merkezlerince sağlanan ev hemodiyalizi tedavilerinde, sağlık kurulu raporunda belirtilen haftalık seans sayısının üzerinde uygulanan ek hemodiyaliz tedavi bedelleri Kurumca karşılanmaz.

#### **2.4.4.D-2 - Periton diyalizi**

(1) Böbrek yetmezliği için yapılan periton diyalizi, hemofiltrasyon ve plazmaferez giderleri ile bunlara ait tetkik ve tahlil giderleri ve diyaliz ilişkin diğer tedaviler, hizmet başı ödeme yöntemi esas alınarak karşılanır.

#### **2.4.4.D-2-1 - Sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD)**

(1) Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi (SAPD) için gerekli uzman hekim raporu erişkin/çocuk nefroloji uzman hekimi tarafından düzenlenecek olup, daha önce düzenlenen ve düzenlendiği tarih itibarıyla uygulamada olan SUT'a uygun sağlık raporları geçerlidir. Sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan hastalarda "izleme" bedeli erişkin hastalarda ayda en fazla 2 defa, çocuk hastalarda ayda en fazla 3 defa, periton diyalizi değişim sıvısı bedeli ise, raporda periton boşluğu hacmi için uygun solüsyonun maksimum miktarı hacim olarak mililitre cinsinden belirtilerek, aletsiz periton diyalizi uygulamalarında standart veya biyouyumlu solüsyonlar için ayda maksimum 150 adet torba, olacak şekilde karşılanır. (Aminoasit içerikli ile isodextrin içerikli solüsyonlar günde en fazla 1 defa karşılanır.)

(2) Yatan hastalarda bu şartlar aranmaz.

(3) SAPD tedavisi görmekte olan hastanın ek hemodiyaliz tedavisi görmesi gerektiği takdirde, hemodiyaliz tedavisi resmi sağlık kurumu bünyesindeki hemodiyaliz merkezlerinde sağlanacaktır.

#### **2.4.4.D-2-2 - Aletli periton diyalizi (APD)**

(1) Kapsamdaki kişilerin; aletli periton diyalizi tedavilerine yönelik sağlık kurulu raporları, bünyesinde periton diyalizi ünitesi bulunan sağlık kurumu sağlık kurulları tarafından düzenlenecektir. Kurulda nefroloji uzman hekiminin yer alması zorunludur.

(2) APD cihaz bedelleri ve cihaza ait bakım, onarım ve yedek parçalarının bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(3) APD tedavisi görmekte olan hastanın ek hemodiyaliz tedavisi görmesi gerektiği takdirde, hemodiyaliz tedavisi resmi sağlık kurumu bünyesindeki hemodiyaliz merkezlerinde sağlanacaktır.

#### **2.4.4.E - İnvaziv kardiyolojik tetkik ve girişimler**

(1) İnvaziv kardiyolojik tetkik ve girişim öncesinde hastaya yapılan tetkiklerin sonuçları, yapılan girişime ait rapor ile elektronik görüntü kaydı ve elektrofizyolojik çalışma-ablasyon traseleri hastaya verilmelidir.

(2) Anjiyografi ile aynı seansta perkütan koroner girişim (PTCA ve/veya stent), trombektomi yapılması halinde PTCA ve/veya stent işleminin tamamı, koroner anjiyografi işleminin ise %25'i SUT eki EK-2/C Listesi üzerinden faturalandırılır.

(3) Perkütan koroner girişim birden fazla damara uygulanması gerekiyorsa aynı seansta yapılmalıdır. Aynı seansta yapılmıyorsa, tıbbi gerekeceği sağlık kurumu kayıtlarında yer almalıdır.

(4) Anjiyografi ve perkütan koroner girişim için, işleme yapan sağlık kurumunda görevli ilgili hekim sayısı alınarak her bir hekim için günlük en fazla 15 işlem bedeli karşılanır.

## 2.4.4.F- Fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemleri

### 2.4.4.F-1 - Fizik tedavi ve rehabilitasyon sağlık raporlarının (uzman hekim /sağlık kurulu) düzenlenmesi

(1) Fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarının Kurumca bedelinin karşılanması için;

a) 30 seansa kadar (30 uncu seans dahil) olan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları için fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimince,

b) SUT eki "Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Tanı Listesi" nde (EK-2/D-2) (\*) işaretli (bölge/seans kontrolüne tabi olmayan) tanılarda 30 seans sonrası devam edilecek tedaviler için;

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 kurumu 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 kurumu sağlık kurulunca, sağlık raporu düzenlenmesi gerekmektedir.

(2) Düzenlenen raporda ayrıntılı hastalık hikâyesi dışında SUT eki EK-2/D-2 Listesinde A ve B grubunda yer alan hastalıklar için; Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon İşlemlerine Yönelik Değerlendirme Ölçekleri" esas alınarak mevcut hastalığa ve komplikasyonlarına uygun ayrıntılı muayene ve değerlendirme sonuçları belirtilecektir. 30 seans üzeri fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları için düzenlenecek sağlık kurulu raporunda tedavinin devamının gerekliliğine dair gerekçeler ayrıca belirtilecektir. Raporun sonuç bölümünde elde edilen değerlendirme ve muayene bulgularına uygun olarak, tanı ve tanıya ilişkin ICD-10 kodları ile hastanın kaç seans fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamasına ihtiyacı olduğu ve uygulanacak bölge yazılacaktır.

### 2.4.4.F-2 - Fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemlerinin faturalandırılması

(1) Fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemlerinin Kurumca faturalandırılabilmesi için SUT'un 2.4.4.F-1 maddesinde tanımlanan sağlık raporunun düzenlenmesi gerekmektedir.

(2) Ayakta veya yatarak fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları yapılacak hastalarda, hastanın tedaviye girdiği kurumun fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimini tarafından belirlenecek tedavi ayrıntıları (elektrotterapi uygulamaları, egzersiz çeşitleri, masaj, manipülasyon uygulamaları, ortez-protez uygulamaları ve eğitimi, konuşma terapisi uygulamaları, iş-ugraşı terapisi uygulamaları vb. gibi tedavi uygulamaları; bu tedavilerin süreleri, dozları ve sayıları, uygulanan vücut bölgeleri gibi), hazırlanacak tedavi çizelgesine yazılarak fizik tedavi ve rehabilitasyon hekimince kaşelenip imzalanacaktır.

(3) SUT eki EK-2/D-2 Listesinde "G81.0, G81.1, G81.9, G82.0, G82.1, G82.2, G82.3, G82.4, G82.5, S06.0, S06.1, S06.2, S06.3, S06.4, S06.5, S06.6, S06.7, S06.8, S06.9, S14.0, S14.1, S24.0, S24.1, S34.0, S34.1" ICD-10 kodları ile yer alan hastalıklarda, tanı ile ilgili düzenlenen ilk sağlık raporu tarihinden itibaren üç yıl içerisinde uygulanan fizik tedavi ve rehabilitasyon işlem bedelleri Kurumca karşılanacaktır. Bu sürelerin bitiminden sonra meydana gelen hastalığa ilişkin geç komplikasyonlarda fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarının faturalandırılabilmesi için, üçüncü basamak sağlık kurumu sağlık kurullarınca 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 kurulu raporu düzenlenmesi ve tedavilerin üçüncü basamak sağlık kurumlarında yapılmış olması gerekmektedir.

(4) Ayaktan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarında bir hastaya günde en fazla bir seans, yatarak fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarında ise aynı bölge için bir seans fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemi bedeli Kurumca karşılanır.

(5) Bir hasta için son bir yıl içinde en fazla; aynı bölgeden toplam 30 seans, iki farklı vücut bölgesinden toplam 60 seans fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemlerine ait bedeller Kurumca karşılanır. Aynı bölge için bir yıl içinde en fazla iki sağlık raporu düzenlenebilir. Bölge, seans ve sağlık rapor sayılarının kontrollerinde 2.4.4.F-6(2) fıkrasında belirtilen bölge, seans ve sağlık raporu sayıları da hesaba katılır. Ancak SUT eki EK-2/D-2 Listesinde (\*) işaretli tanılarda bölge ve seans kontrolü yapılmaz. Ekstremitelerdeki sağ ve sol bölgeler ayrı bölge olarak değerlendirilir.

(6) SUT eki EK-2/D-2 Listesinde (\*) işaretli tanılar hariç olmak üzere bir bölge için en fazla 30 seans fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemlerine ait bedeller Kurumca karşılanır. SUT eki EK-2/D-2 Listesinde (\*) işaretli tanılarda ise 30 seans üzeri fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemlerine ait bedeller de Kurumca karşılanabilecek olup farklı zamanlarda aynı tanı ile aynı bölgeye uygulanan tedaviler devam eden tedavi olarak değerlendirilerek ilk 30 seanstan sonra uygulanacak tedaviler için SUT'un 2.4.4.F-1(1)b bendinde belirtilen sağlık kurulu raporu düzenlenecektir.

(7) SUT eki EK-2/B Listesindeki "7.5 Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon" başlığı altında yer alan "Değerlendirmeler" alt başlığındaki işlemler hariç olmak üzere, fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları; sağlık raporunun düzenlenme tarihinden itibaren 15 (on beş) gün içerisinde tedaviye başlanması kaydıyla SUT eki EK-2/D-2 Listesinde yer alan gruplar dikkate alınmak suretiyle SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan puanlar esas alınarak bedelleri Kurumca karşılanır. (SUT eki EK-2/A-1 Listesinde E4 kodu ile yer alan hastanelerde, SUT eki EK-2/C Listesinde belirlenen puana %35 ilave edilerek faturalandırılır.) Sağlık raporunun düzenlenme tarihinden itibaren 15 gün içerisinde tedaviye başlanamaması halinde hastaya yeni sağlık raporu düzenlenecektir. Ancak hastaya sadece SUT eki EK-2/B listesinde "7.5 Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon" başlığı altında yer alan "Değerlendirmeler" alt başlığındaki işlemlerin yapılması halinde tedavi, hizmet başı ödeme yöntemi ile faturalandırılır.

(8) EK-2/D-2 Listesinde (\*) işaretli tanılarda yapılan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları hariç olmak üzere sağlık raporunda belirtilen fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamasına, tedaviye başlandıktan sonra 5 işgünüden fazla ara verilmesi halinde ara verildikten sonra yeni bir sağlık raporu düzenlenmedikçe uygulanan fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemleri Kurumca karşılanmaz. Ara verilmeden önce uygulanan tedavi, bölge ve seans kontrolünde dikkate alınır.

(9) Yatarak fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları; fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları dışında sağlık hizmetleri (yatak bedeli, tetkik, ilaç, tıbbi malzeme gibi), SUT hükümlerine uyulmak koşuluyla "hizmet başına ödeme yöntemi" ile faturalandırıldığına Kurumca karşılır.

(10) Trafik kazası sonrası gerekli görülen fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarının süre, seans ve bölge kontrollerinde, trafik kazası ile ilişkili olmayan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları dikkate alınmaz.

#### **2.4.4.F-3 - Kurumla sözleşmeli özel sağlık hizmeti sunucularında fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları**

(1) Özel sağlık kurumlarında yapılacak fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemlerinde SUT'un 2.4.4.F-1 ve 2.4.4.F-2 maddelerindeki ile birlikte aşağıda belirtilen düzenlemelere de uyulacaktır.

a) Özel sağlık hizmet sunucularında yatarak tedavilerde sadece SUT eki EK-2/D-2 Listesinde (\*) işaretli tamlarda yapılan uygulamalar Kuruma fatura edilebilir. Bu tedaviler bir yıl içerisinde 60 seansa geçemez.

b) Uygulamalar fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimlerin gözetiminde 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, gerçekleşinin Kurumca kabul edilmesi durumunda tedavi puanının %50'si ödenir.

#### **2.4.4.F-4 - Ekstrakorporeal şok dalgası (ESWT) tedavisi**

(1) ESWT tedavisi için gereken uzman hekim raporu, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji ile spor hekimlerinden biri tarafından düzenlenecektir.

(2) ESWT tedavisi, sadece epin calcanei, plantar fasiit, epikondilit ve kalsifik tendinit tanılarında uygulanması halinde bedelleri Kurumca karşılır.

(3) ESWT tedavisi SUT eki EK-2/C Listesi esas alınarak karşılır. Bir hasta için bir yıl içinde farklı vücut bölgelerinde olmak şartıyla iki kez, aynı bölgeden bir kez olmak üzere uygulanan ESWT işlemlerine ait bedeller Kurumca karşılır. Ekstremitelerdeki sağ ve sol bölgeler ayrı bölge olarak değerlendirilir.

(4) ESWT işlemi diğer fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemleri ile birlikte faturalandırılmaz.

#### **2.4.4.F-5 - Robotik rehabilitasyon sistemi uygulamaları**

(1) Robotik rehabilitasyon sistemi uygulamaları için gereken sağlık kurulu raporu, üçüncü basamak sağlık kurumlarında fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekiminin katıldığı sağlık kurulu tarafından düzenlenecektir.

(2) Robotik rehabilitasyon sistemi uygulaması SUT eki EK-2/D-2 Listesinde yer alan (\*\*) işaretli ICD-10 kodlarındaki tanılarda uygulanması halinde bedelleri Kurumca karşılır.

(3) Robotik rehabilitasyon sistemi uygulaması SUT eki EK-2/D-2 Listesinde yer alan gruplar dikkate alınmak suretiyle EK-2/C Listesinde yer alan puanlar üzerinden faturalandırılır.

(4) Robotik rehabilitasyon sistemi uygulaması işlemi diğer fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemleri ile birlikte faturalandırılmaz.

(5) Bir hasta için bir yılda en fazla 30 seans uygulanabilir. Her bir robotik rehabilitasyon sistemi için günlük en fazla 15 hasta faturalandırılabilir.

#### **2.4.4.F-6 - Spor hekimliği ile tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji uygulamaları**

(1) Resmi sağlık kurumlarında görevli; spor hekimlerince sunulan spor hekimliği uygulamalarının bedelinin Kurumca karşılanabilmesi için bu hekimler tarafından, tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji uzman hekimlerince sunulan tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji uygulamalarının Kurumca bedelinin karşılanabilmesi için bu uzman hekimler tarafından sağlık raporu düzenlenmesi gereklidir. Düzenlenecek raporda uygulanacak tedavi ve tedavi süresi belirtilecektir.

(2) Bir hasta için son bir yıl içinde en fazla; aynı bölgeden toplam 30 seans, iki farklı vücut bölgesinden toplam 60 seans fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarına ait bedeller Kurumca karşılır. Aynı bölge için bir yıl içinde en fazla iki sağlık raporu düzenlenebilir. Bölge, seans ve sağlık raporu sayılarının kontrollerinde 2.4.4.F-2(5) fıkrasında belirtilen bölge, seans ve sağlık raporu sayıları da hesaba katılır.

(3) Spor hekimliği ile tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji uzman hekimlerince SUT eki EK-2/D-2 Listesinde yer alan tanılarda yapılan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları SUT eki EK-2/C Listesindeki "P915030" kodlu işlem puanı esas alınarak faturalandırılır.

#### **2.4.4.G - Genetik tetkikler**

##### **2.4.4.G-1 - Sitogenetik tetkikler**

(1) SUT eki EK-2/B Listesinde "9.B Sitogenetik tetkikler" başlığı altında yer alan sitogenetik tetkik bedellerinin faturalandırılması için; yapılan işlemlere ait ayrıntılı teknik açıklamayı içeren rapor ile analiz görüntüleri sonuçlarının orjinal cihaz çıktılarının imzalı fotokopisi faturaya eklenecektir. Ayrıca imzalı orjinal cihaz çıktıları istendiğinde Kuruma ibraz edilmek üzere sağlık hizmeti sunucusunda saklanacaktır. Hekim tarafından tetkik istem formunda analiz endikasyonu, tanı için gerekliliği ve tedavi protokolünü değiştirip değiştirmediği belirtilmeli ve bir örneği faturaya eklenmelidir.

##### **2.4.4.G-2 - Moleküler tetkikler**

(1) SUT eki EK-2/B Listesinde "9.C Moleküler tetkikler" başlığı altında yer alan moleküler tetkik bedelleri; sadece sözleşmeli/protokollü üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları ile bünyesinde, Genetik Tanı Merkezi ruhsatı/geçici çalışma izin belgesine sahip laboratuvarı bulunan ikinci basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından faturalandırılır. Ancak; preimplantasyon genetik tetkikler, prenatal genetik tetkikler, hematolojik maligniteler, organ ve doku nakli merkezi bulunan sağlık hizmeti sunucularında transplantasyon yapılacak alıcı ve verici adayları için bu şartlar aranmaz. Adli veya tıbbi endikasyonlara bağlı zorunluluklar dışında kişinin kendi isteğine bağlı olarak yaptırılan DNA testleri Kurumca hiçbir şekilde ödenmez. Yapılan işlemlere ait ayrıntılı teknik açıklamayı içeren ayrıntılı rapor ile analiz görüntüleri sonuçlarının orjinal cihaz çıktıların imzalı fotokopisi faturaya eklenecektir. Ayrıca imzalı orjinal cihaz çıktıları istendiğinde Kuruma ibraz edilmek üzere sağlık hizmeti sunucusunda saklanacaktır. Hekim tarafından tetkik istem formunda analiz endikasyonu, tanı için gerekliliği ve tedavi protokolünü değiştirip değiştirmediği belirtilmeli ve bir örneği faturaya eklenmelidir.

#### 2.4.4.G - Kardiyak risk puanlaması

(1) SUT eki EK-2/C Listesinde P605.680'den P605.840'a, P605.890'dan P605.970'e, P604.560'dan P605.050'ye kadar olan kodlu işlemlerin bedelleri, aşağıda belirtilen "Kardiyak Risk Puanlaması" kriterlerine göre düşük risk, orta risk ve yüksek risk olarak hasta hizmet detay belgesinde yer alan epikriz notunda risk puanı belirtilmek suretiyle;

- Düşük risk grubuna, SUT eki EK-2/C Listesinde ilgili kodlar için belirtilen bedellerin %10 eksiği,
- Orta risk grubuna listede ilgili kodlar için belirtilen bedellerin tamamı,
- Yüksek risk grubuna ise listede ilgili kodlar için belirtilen bedellerin %15 fazlası, üzerinden karşılanır.

(2) Sözleşmeli/protokollü sağlık kurumları, risk puanlamasına esas teşkil eden bilgi ve belgeleri hasta dosyasında saklamak zorundadır.

HASTA İLE İLGİLİ FAKTÖRLER			PUAN
1	Yaş	60- 65 Yaş:1, 66-70 Yaş:2, 71 Yaş ve yaş üstü:3	
2	Cinsiyet	Kadın	1
3	Kronik akciğer hastalığı	1. Solunum fonksiyon testinde hava yolu darlığı bulunması (F1/FVC %70'in altında) ve/veya 2. Azalmış akciğer hacmi: FVC: %80'in altında + F1/FVC:%70'in üstünde	1
4	Ekstrakardiyak arteriopati	%50'nin üzerinde karotis lezyonu, geçirilmiş veya kalp ameliyatı sonrasında planlanan abdominal aorta, karotis ya da periferik damar operasyonu, radyolojik tanı	2
5	Geçirilmiş kardiyak operasyon	Perikardın daha önce açıldığı operasyon anamnezi (redo vaka)	3
6	Böbrek fonksiyon bozukluğu	Serum kreatinin >2.26mg/dl ve/veya GFR <60 ml/dk.	2
7	Böbrek yetmezliği + diyaliz hastaları (%6. madde puanı eklenmez)	A-V hemodiyaliz fistülü ve/veya diyaliz kateterinden diyalize giriyor olması	5
8	Aktif endokardit	Ekokardiyografi ve/veya pozitif kan kültürleriyle endokardit tanısı olması	3
9	Kritik preoperatif durum	Kardio pulmoner canlandırma ile ameliyata alınan hasta ve/veya İABP takılmış olarak ameliyata alınması	3
10	Diabetes Mellitus	İnsüline bağımlı Diabetes Mellitus varlığı	2
<b>KARDİYAK FAKTÖRLER</b>			
11	LV disfonksiyonu	Ekokardiyografi veya sol ventirikülografide EF %30-%50 arasında olması	1
12		Ekokardiyografi veya sol ventirikülografide EF <%30	3
13	Pulmoner hipertansiyon	Ekokardiyografi veya kateterizasyon sırasında; sistolik pulmoner arter basıncı >40 mmHg	2
<b>OPERASYONLA İLGİLİ FAKTÖRLER</b>			
14	Toraksik aorta cerrahisi	Asendan, arkus ya da desendan aort patolojilerine girişim	4
15	Post MI VSD	Ekokardiyografi ve/veya kateterizasyon sırasında tanısı olması	5

Beklenen Mortalite (Lojistik skor):

TOPLAM Risk Puanı:

Düşük Risk: 0-3 puan

Orta Risk: 4-6 puan

Yüksek risk: 7 ve üzeri puan

#### 2.4.4.H - Yoğun bakım tedavisi

(1) Resmî ve özel sağlık kurumları bünyesinde kurulu bulunan yoğun bakım ünitelerinin standartları, yoğun bakım ünitelerinin tanımı, hasta özellikleri, personel durumu, yatak sayısı, tıbbî cihaz ve donanım ile yoğun bakım ünitelerinin taşınması gereken diğer özellikleri v.b. hususlarda Sağlık Bakanlığı düzenlemelerine uyulacaktır.

(2) Yoğun bakım tedavileri SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan puanlar üzerinden faturalandırılır. Yoğun bakım tedavisi uygulanmayan günlerde verilen sağlık hizmetleri, hizmet başına ödeme yöntemiyle faturalandırılabilir. Yoğun bakım tedavisi sürmekte iken; EK-2/C Listesinde yer alan A, B, C grubu işlemin uygulanması durumunda işlemin yapıldığı gün, taniya dayalı yoğun bakım puanı faturalandırılabilir. Bu durumda yapılan işlemin SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan işlem puanı ile taniya dayalı işlemlerde ayrıca faturalandırılacak tıbbi malzeme bedelleri faturalandırılabilir. D ve E grubu işlemler yoğun bakım bedellerine dâhil olup ayrıca faturalandırılmaz.

(3) Anestezi sonrası bakım hizmetleri (PACU) için yoğun bakım bedelleri faturalandırılmaz.

(4) Yoğun bakımdaki hastalara uygulanan hemofiltrasyon, plazmaferez tedavileri, prematüre retinopatisinde lazer tedavisi SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan işlem puanı ve o işleme ilişkin ayrıca faturalandırılacak tıbbi malzeme bedelleri ile hemodiyaliz tedavisi SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan işlem puanı üzerinden ayrıca faturalandırılacaktır.

(5) "Trombosit süpsansiyonu" ve "aferez trombosit" bedelleri ile aferez trombosit işlemine ilişkin SUT'ta belirtilen faturalandırılacak tıbbi malzeme bedelleri de ayrıca faturalandırılacaktır.

(6) Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı) tarafından temin edilen Botulismus Polivalan Antiserumu (Tıp A, B ve E), ATC kodu "B01AC, B01AD, R07AA" olan ilaçların parenteral formları ile immünsuprese veya immün yetmezliği olan hastalarda ATC kodu "J02AA, J02AC, J02AX" olan ilaçların parenteral formları, ayrıca faturalandırılabilir.

(7) Aynı sağlık kurumunda 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, gelişimle hizmet detay belgesinde yer alan epikriz notunda belirtilmelidir.

(8) Yoğun bakımda yatan hastanın, yattığı ilk gün ile vefat ettiği veya yoğun bakımdan çıkarıldığı gün ya da başka bir sağlık hizmeti sunucusunun yoğun bakım servisine sevk edildiği gün verilen sağlık hizmetleri, hizmet başına ödeme yöntemiyle faturalandırılır.

#### **2.4.4.1 - Fakoemülsifikasyon (FAKO) işlemleri**

(1) Kurumla sözleşmeli özel sağlık hizmeti sunucuları, 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 yapılmıyaya kadar bu hüküm uygulanmaz.

(2) SUT eki EK-2/C Listesindeki "P617340" kodlu işlem, üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularına işlem puanına %35 ilave edilerek faturalandırılır.

#### **2.4.4.1 - Yardımcı üreme yöntemi tedavileri**

(1) İnvitro fertilizasyon işlemleri (IVF), 5510 sayılı Kanunun 63 üncü maddesinde tanımlanan "yardımcı üreme yöntemi" olarak kabul edilir. Ovulasyon indüksiyonu (OI) ve intrauterin inseminasyonu (IU) işlemi bu kapsamda değerlendirilmez.

##### **2.4.4.1-1 - İnvitro fertilizasyon (IVF)**

(1) Evli olmakla birlikte eşlerden herhangi birinin evlat edinilmiş çocukları hariç soy bağı kurulmuş sağ çocuğunun olmaması koşuluyla; genel sağlık sigortalısı kadın ise kendisine, erkek ise bakmakla yükümlü olduğu karısına, en fazla iki deneme (siklus) ile sınırlı olmak üzere uygulanan IVF tedavilerine ilişkin giderler, aşağıda belirtilen şartların birlikte gerçekleşmesi halinde Kurumca karşılanır.

a) Yapılan tıbbi tedavileri sonrasında normal tıbbi yöntemlerle çocuk sahibi olamadığının ve ancak yardımcı üreme yöntemi ile çocuk sahibi olabileceğine dair sağlık kurulu raporu düzenlenmiş olması,

b) 23 yaşını doldurmuş, 40 yaşından gün almamış olması,

c) Uygulamanın yapıldığı merkezin Kurum ile sözleşmeli/protokollü olması,

ç) En az beş yıldır genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olunan kişi olup, 900 gün genel sağlık sigortası prim gün sayısının olması veya halen genel sağlık sigortalısı olan kadının bu bentteki koşulları taşımaması halinde eşinin gerekli koşulları sağlaması,

d) Son üç yıl içinde diğer tedavi yöntemlerinin sonuç alınmamış olduğunun Kurumla sözleşmeli/protokollü sağlık hizmeti sunucusu sağlık kurulları tarafından belirlenmesi.

(2) IVF tedavisine başlanan kadının IVF uygulama tarihinde (embriyo transferinin yapıldığı tarih) 40 yaşından gün almış olması durumunda, IVF tedavisine ait bedeller Kurumca karşılanmaz. Ancak kadının 40 yaşından gün aldığı tarihten önce düzenlenmiş geçerli sağlık raporunun bulunması ve rapor tarihinden itibaren 30 gün içinde embriyo transferinin gerçekleştirilmiş olması durumunda, IVF tedavisine ilişkin sağlık hizmetleri Kurumca karşılanır.

(3) Kuruma devredilen sosyal güvenlik kurumlarında daha önce ödenen tüp bebek tedavileri, işlem adetlerinin hesaplanmalarında dikkate alınır.

(4) IVF bedellerinin ödenebilmesi için IVF uygulanacak kadında gebeliğin sürdürülmesine engel olabilecek sistemik hastalığın bulunmadığının IVF tedavisi için gerekli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi yeterlidir.

##### **2.4.4.1-1-1 - IVF endikasyonları**

**1) Erkek faktörü:** Üro-androlojik tedaviye rağmen, en az 15 gün aralarla yapılan üç ayrı spermiyogram hepsinde total progresif motil sperm sayısının 5 milyondan az olduğu oligoastenospermi olguları ile azoospermi olguları. Ancak; normal yoldan ejakülât- sperm elde edilemeyen bir hastalığın olduğunun ilgili uzman hekim raporu ile belirlenmesi halinde spermiyogram sonucu aranmaz.

##### **2) Kadın faktörü:**

a) Tubal faktör: Primer sifir diskinezi-Kartegener Sendromu varlığı, laparoskopi ile onaylanmış bilateral tam tubal tıkanıklık saptanan (ağır distal tubal hastalık, bilateral organik proksimal tubal tıkanıklık, bilateral tubal tıkanıklık veya tüp yokluğu olan) olgular, ağır pelvik yapışıklık belirlenen veya tubal cerrahi (laparoskopi veya açık cerrahi ile) sonrasında gebe kalamayan olgular.

b) Endometriyozis: Hafif ve orta derece endometriozis, ileri evre (evre 3-4) endometriozis.

c) Hormonal -ovulatuvar bozukluklar: DSÖ Grup I-II hastalarda anovulasyonda standart tedaviye yanıtız olgular.

**3- Açıklanamayan infertilite:** Hem erkek, hem de kadının tetkiklerini normal olmasına ve doğum kliniği ile üroloji kliniği arasında az iki deneme OI+IUI uygulamasına rağmen evlilik tarihinden itibaren 3 yıl veya daha uzun süreli gebe kalamama hali.

**4- Diğer endikasyonlar:** Köti ovaryan yanıtı veya düşük ovaryan rezervli olgular.

#### **2.4.4.1-2 - IVF sağlık kurulu raporu**

(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 sağlık kurumlarında iki kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimi ve bir üroloji uzman hekiminin katılımı ile oluşturulan sağlık kurulları tarafından düzenlenecektir.

(2) Sağlık kurulu raporlarında; hasta yaşı, kimlik bilgileri, tanı, endikasyon, uygulanacak tedavi belirtilecek, ayrıca kullanılacak ilaçların günlük ve maksimum dozları da SUT'un 4.2.42.B maddesinde yer alan hükümler göz önünde bulundurulurarak sağlık kurulu raporlarında yer alacaktır.

(3) Sağlık kurulu raporunda;

a) Erkek faktörü için; oligoastenozoospermide total progresif motil sperm sayısı 5 milyondan yüksek olan olgularda iki deneme gonadotropin verilerek uygulanmış "OI+IUI" tedavisinin yapılması sağlanmadığına rağmen gebe kalinamadığının (5 milyondan az olan oligoastenozoospermisi olgularını ise azospermisi olgularında bu şart aranmaz),

b) İleri evre (evre 3-4) endometriyozis olgularında; endometriyozis cerrahisi tedavisinden sonra bir yıl gebeliğin sağlanamadığının veya cerrahi tedavi sonrası iki deneme gonadotropin verilerek uygulanmış "OI+IUI" tedavisi sonrası gebelik elde edilemediğinin,

c) Hafif ve orta derece endometriyozis olgularında; en az iki deneme gonadotropinlerle "OI+IUI" tedavisi sonrası gebelik elde edilemediğinin,

ç) Açıklanamayan infertilite olgularında; en az iki deneme gonadotropinlerle "OI+IUI" tedavisi sonrası gebelik elde edilemediğinin,

belirtilmiş olması gereklidir.

(4) Ancak;

a) Primer silier diskinezi-Kartegener Sendromu varlığında,

b) Laparoskopile oile onaylanmış bilateral tam tubal tıkanıklık haftanın (ağır distal tubal hastalık, bilateral organik proksimal tubal tıkanıklık, bilateral tubal tıkanıklık veya tüp yokluğu olan) olgularında,

c) Ağır pelvik yapışıklık belirlenen veya tubal cerrahi (laparoskopile veya açık cerrahi ile) sonrasında bir yıl içinde gebe kalamayan olgularda,

ç) DSÖ Grup I-II hastalarda anovulasyonda standart tedaviye yanıtız olgularda, tanyaya dayanak teşkil eden klinik ve laboratuvar bulgularının sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla, IVF öncesinde "OI ve/veya OI+IUI" tedavisine yapılmama şartı aranmaz.

(5) Sağlık kurulu raporunun düzenlendiği tarihten itibaren 6 ay içinde IVF uygulamasının yapılması halinde yeniden sağlık kurulu raporu düzenlenmesi gereklidir. Ancak bu süre içerisinde ilaçlar temin edilmiş ise temin edilen ilaçlar maksimum doz hesabında dikkate alınır.

(6) İkinci IVF tedavisi için de yeniden sağlık kurulu raporu düzenlenmesi gereklidir.

#### **2.4.4.1-3 - IVF tedavi bedellerinin ödenmesi**

(1) IVF tedavisi, SUT eki EK-2/C Listesinde belirtilen bedel esas alınarak faturalandırılır. Bu bedele; IVF tedavisi kapsamında yapılan ovulasyon takibi, oosit aspirasyonu, sperm-oosit hazırlanması ve inkübasyonu, ICSI (mikro enjeksiyon), invaziv sperm elde etme yöntemleri, işlem öncesi kadın ve erkeğe yapılan tetkik ve tahlil bedelleri, kullanılan her türlü sarf malzemesi ile embriyo transferi dahildir.

(2) Embriyo freezing bedeli, sadece birinci denemeden sonra SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan bedel üzerinden faturalandırılabilir.

(3) Hastaya IVF uygulamasının yapılmaması durumunda; bu süreye kadar yapılan işlemler SUT eki EK-2/B Listesi üzerinden %10 indirim yapılarak faturalandırılır. Bu durumda söz konusu işlemler deneme sayısına dâhil edilmeyecektir. Ancak kullanılan ilaçlar maksimum doz hesabında dikkate alınır.

(4) IVF tedavisinin, freezing işlemi uygulanan embriyonun transferi ile yapılması durumunda işlemler, SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan "Freezing işlemi uygulanan embriyonun transferi" işlemi üzerinden faturalandırılacaktır. Bu durumda söz konusu işlem, deneme sayısına dâhil edilecektir.

(5) Yaş faktörü, IVF kalitesi ve benzeri tıbbi zorunluk hallerinin uygulanmayı yapan hekim tarafından gerekçesinin belgelendirildiği durumlar hariç olmak üzere fazla embriyo transfer edilmesinin nedeniye birden fazla gerçekleşen doğumlarda, bebeklere ait taburcu edilinceye kadar ortaya çıkacak sağlık hizmeti bedelleri Kurumca karşılanmaz. Söz konusu bebeklerin tedavilerinin embriyo transfer işlemi gerçekleştirilen sağlık hizmeti sunucusu dışındaki sözleşmeli/protokollü sağlık hizmeti sunucusunda yapılması halinde söz konusu giderler Kurumca karşılanır ancak ödenen bedeller embriyo transfer işlemi yapan merkezden mahsup edilir.

#### **2.4.4.1-4 - Kayıtların tutulması**

(1) Kurumla sözleşmeli/protokollü üremeye yardımcı tedavi merkezlerinde, IVF kapsamında yapılan her türlü tıbbi işlemin kaydının tutulması ve tutulan kayıtların denetim esnasında ibrazı zorunludur. Bu kayıtların doğru ve sağlıklı bir şekilde tutulması ve muhafazasında, merkez sorumlusu ve ruhsat (uygunluk belgesi) sahibi kişiler, müşterek ve müteselsilen yükümlüdür.

(2) Evli çiftlerin çocuklarının olup olmadığı ile eşler için vukuatlı nüfus kayıt örneği, merkezde tutulan hasta dosyasında saklanacaktır.

#### **2.4.4.1-2 - Kök hücre vericisi kardeş doğmasına yönelik IVF tedavisi**

(1) Hasta çocuk sahibi olup, tedavisinin başka tıbbi bir yöntemle mümkün olmaması ve tıbben zorunlu görülmesi halinde bu çocuğun tedavisi amaçlı preimplantasyon genetik tarama yapılarak uygun kök hücre vericisi kardeş doğmasına yönelik olarak, bünyesinde kemik iliği transplantasyon merkezi bulunan üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularını 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 2.4.4.1 maddesinde yer alan hükümlerle uygulanmaksızın Kurumca karşılanır. Bu durum dışında preimplantasyon genetik tarama ve bu işlem ile birlikte yapılan IVF bedelleri Kurumca karşılanmaz.

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

(3) Sağlık Kurulu raporu ile belirlenen ilaç dozları için SUT'un 4.2.42.C maddesinde yer alan hükümler geçerlidir.

#### **2.4.4.J - Kaplıca tedavileri**

(1) Kaplıca tedavileri için, resmi sağlık kurumlarının en az bir fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulları tarafından sağlık kurulu raporu düzenlenecektir. Sağlık raporunda tanı, önerilen tedavi, seans ve gün sayısı bilgilerinin yer alması zorunludur.

(2) Sağlık kurulu raporunun düzenlendiği tarihten itibaren 6 ay içerisinde tedaviye başlanamaması halinde yeniden sağlık kurulu raporu düzenlenmesi gerekmektedir.

(3) Kaplıca tedavisine gerek görülürse, Sağlık Bakanlığınca işletme izni verilen kaplıca tesislerine müracaat edebilirler. Sağlık Bakanlığınca işletme izni verilmeyen kaplıcalarda tedavi görenlerin, kaplıca tedavilerine ait bedeller Kurumca karşılanmaz.

(4) Sağlık Bakanlığınca işletme izni verilen kaplıca tesisleri ile sözleşme yapılmıyca kadar kaplıca tedavilerine ait giderler, hasta tarafından karşılanacak olup tedaviye ilişkin fatura ve sağlık raporuna dayanılarak her bir gün için bir adet olmak üzere, SUT eki EK-2/B Listesinde "702.020" kodu ile yer alan "banyo-kaplıca" bedeli hastaya ödenir. SUT'ta yer alan diğer işlemler faturalandırılrsa dahi bedelleri karşılanmaz.

(5) Kaplıca tedavileri ile ilgili yol, gündelik ve refakatçi giderleri SUT'un 2.6 maddesi hükümlerine göre karşılanır.

### **2.5 - Yurt dışında tedavi**

#### **2.5.1 - Yurt dışında görevlendirme halinde sağlanacak sağlık hizmetleri**

(1) 5510 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) bendinde sayılan sigortalılardan işverenleri tarafından, 5510 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinde sayılan sigortalılardan özel mevzuatlarında belirtilen usule uygun olarak;

a) Geçici görevle yurt dışına gönderilenlere sadece acil hallerde,

b) Sürekli görevle gönderilenler ile bunların yurt dışında birlikte yaşadıkları bakmakla yükümlü olduğu kişilere, acil hal olup olmadığına bakılmaksızın,

sağlanan sağlık hizmetleri bedelleri, yurt içinde sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularına tedavinin yapıldığı tarihte ödenen en yüksek tutarı aşmamak kaydıyla Kurumca karşılanır.

(2) Sağlık hizmeti giderleri, öncelikle işverenler tarafından ödenir ve yurt dışında görevli olduğuna dair belge ile birlikte (belgede geçici veya sürekli görevlendirme yapıldığının belirtilmesi gerekmektedir) mahalli konsolosluktan, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde görevli Türk Silahlı Kuvvetleri personeline ait belgelerin ise konsolosluk veya görevlendirceği/yetki devredeceği kurum/kuruluş tarafından tasdikli rapor, fatura ve sair belgelere dayanılarak Kurumdan talep edilir. Kurumca ödemeler, ödeme tarihindeki Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası döviz satış kuru esas alınarak Türk Lirası üzerinden yapılır. Tedavi giderinin Kurumun ödediği tutarları aşması halinde aşan kısım, işverenlerce karşılanır. Uluslararası sözleşme hükümleri saklıdır.

(3) Yurt dışına geçici veya sürekli görevle gönderilen kişilerin sağlık hizmetlerinin, Kurumca ilgili ülkede sağlık sigortası yaptırarak suretiyle sağlanması halinde sağlık hizmeti giderleri ödenmez.

(4) Yurt dışına geçici veya sürekli görevle gönderilenlerin bulunduğu ülkede sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusu bulunması halinde tedavi giderleri sözleşme hükümlerine göre ödenir.

(5) Yurt dışına geçici veya sürekli görevle gönderilen kişiler ile bakmakla yükümlü olduğu kişiler için yol gideri, gündelik, refakatçi ve cenaze giderleri ödenmez.

#### **2.5.2 - Yurt dışında bulunma halinde sağlanacak sağlık hizmetleri**

(1) Genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişilerin yurt dışında buldukları sırada sağlanan sağlık hizmetlerine ilişkin bedellerin ödenmesinde, buldukları ülke ile Türkiye arasında sağlık yardımlarını kapsayan sosyal güvenlik sözleşmesi olmaması halinde sözleşme hükümleri uygulanır. Sağlık yardımlarını kapsayan sosyal güvenlik sözleşmesinin olmaması halinde, sağlık hizmetleri giderleri ile yol gideri, gündelik ve refakatçi vb. giderler ödenmez.

#### **2.5.3 - Tetkik/tedavi için yurt dışına gönderilme halinde sağlanacak sağlık hizmetleri**

##### **2.5.3.A - Yurt dışı tedavi**

(1) Yurt içi sağlık hizmeti sunucularında sağlanamayan sağlık hizmetlerinin yurt dışı sağlık hizmeti sunucularında sağlanabilmesi için aşağıdaki düzenlemelere uyulacaktır.

##### **2.5.3.A-1 - Yurt dışı tedavi sağlık kurulu raporu**

(1) Yurt dışı tedavi için gerekli sağlık kurulu raporları;

a) Doku ve organ nakli için Kurumun resmi internet sitesinde yayımlanan "Yurt Dışında Doku ve Organ Nakli Amacıyla Sağlık Kurulu Raporu Vermeye Yetkili Resmi Sağlık Kurumları Listesi" nde yer alan hastanelerin sağlık kurullarınca,

b) Diğer tedaviler için ise üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarının sağlık kurullarınca,

SUT eki "Yurt Dışına Tedaviye Gönderileceklerle İlişkin Sağlık Kurulu Raporu" (EK-2/E-1) formatına uygun olarak düzenlenecek ve raporda altı ay geçmemek kaydı ile tedavi süresi belirtilecektir.

(2) Sağlık kurulu en az biri ilgilil dal uzman hekim olmak kaydıyla; üniversite hastanelerinde beş öğretim üyesi, eğitim ve araştırma hastanelerinde beş eğitim görevlisi katılımlıyla oluşturulacaktır.

(3) Düzenlenen sağlık kurulu raporları Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesince veya Kurumca yetkilendirilen ve Kurumun resmi internet sitesinde ilan edilerek duyurulan hastanelere teyit edilecek ve sonrasında Sağlık Bakanlığınca onaylanacaktır. Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı tıp fakültesi hastaneleri tarafından kendi mevzuatına uygun düzenlenen yurt dışı tedaviye ilişkin sağlık kurulu raporlarının Sağlık Bakanlığınca onaylanması yeterli sayılacaktır.

(4) Söz konusu işlemler sonrasında, Dışişleri Bakanlığında değerlendirilecek işlemler Kurum tarafından yürütülecektir.

### **2.5.3.A-2 - Raporların yenilenmesi, bekleme süreleri ve süre uzatımı**

(1) Yurt dışı tedavilerine ilişkin raporların, Sağlık Bakanlığınca onaylanmasından itibaren 3 ay içinde yurt dışına çıkmak üzere işlem yapılması halinde yenilenmesi gereklidir.

(2) Yurt dışı tedavi süresi raporda belirtilen süreyi geçemez. Tıbbi nedenlerle yurt dışında tedavinin uzaması halinde, tıbbi gerekçeler misyon şeflikleri vasıtasıyla Kuruma gönderilir. Tedavi süresinin uzatılmasının uygun olup olmadığı konusunda Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinin veya bu konuda Kurumca yetkilendirilmiş hastanelerden birinin yazılı görüşü alınarak altı ayı geçirmeyen dönemler halinde en çok iki yıl kadar Kurumun onayı ile tedavi süresi uzatılabilir. Belirlenen ya da uzatılan sürenin aşılması halinde aşılın süreye ait tedavi giderleri ile gündelik ve refakatçi giderleri ödenmez.

(3) Yurt içinde sağlanamayan organ nakli işlemleri yurt dışında uzun bekleme sürelerini gerektirdiğinden, hastaların yurt dışındaki ilk tetkiklerinin tamamlanmasını müteakip uygun organ teminine kadar geçecek süredeki tetkik ve tedavileri yurt içinde yapılacaktır. Uygun organ temini üzerine hasta, yeni bir sağlık kurulu raporuna ihtiyaç duyulmadan nakil işlemi için yurt dışına gönderilecektir. Ancak hastanın organ nakli sırasına alındığı tarihten itibaren bekleme süresinin beş yılı geçmesi halinde, yurt dışına gönderilmeye ilişkin sağlık kurulu raporunun SUT'un 2.5.3.A-1 maddesi doğrultusunda yenilenmesi ve ilgili onayların yapılması gereklidir.

(4) Organ nakli tedavisi için yurt dışına gönderilen kişilerin, organ teminine kadar geçecek sürenin naklin gerçekleştirileceği ülkede geçirilmesinin zorunlu olduğunun yurt dışı sağlık hizmeti sunucusuna gerekçeleriyle belgelendirilmesi halinde Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığının yazılı görüşünü almak suretiyle bekleme süresinin yurt dışına geçirilmesine karar veremeyi ve yurt dışına geçirilecek süreli belirlenmeye yetkilidir. Bu süre 6 ayı geçmeyen dönemler halinde uzatılabilir. Yurt dışında toplam bekleme süresi iki yılı geçemez. Belirlenen ya da uzatılan sürenin aşılması halinde aşılın süreye ait tedavi giderleri ile gündelik ve refakatçi giderleri ödenmez.

### **2.5.3.A-3 - Sağlık hizmeti bedellerinin ödenmesi**

(1) Yurt dışında tedavi edilecek kişi, var ise yurt dışındaki sevke konu tedaviye ilişkin sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilir ve sağlık hizmeti giderlerinin tümü karşılanır. Yurt dışında sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusunun olmaması halinde de sevk edilen sağlık hizmeti sunucusunda yapılan tedavilere ait giderlerin tamamı Kurumca ödenir. Ancak, kişinin tercihi doğrultusunda Kurumun yurt dışında sözleşmeli olduğu sağlık hizmeti sunucusuna gitmemesi halinde, sözleşmeli yere ödenebilecek tutarı geçmemek üzere Kurumca ödeme yapılır, arada fark oluşması halinde fark kişi tarafından karşılanır.

(2) Kişilerin Ülkemizle sosyal güvenlik sözleşmesi olan bir ülkeye gönderilmesi halinde; o ülke ile yapılan sosyal güvenlik sözleşmesinde tedavi uygulaması öngörülmüş ve tedavi amacıyla gönderilen kişi sosyal güvenlik sözleşmesinin kapsamında bulunuyorsa, bunlar hakkında sosyal güvenlik sözleşmesi hükümleri uygulanır.

(3) Yurt dışında yapılan tedavi bedelleri, Kurum tarafından yurt dışı sağlık hizmeti sunucusu banka hesabına havale edilmesi veya kişilere ödenen tutarın belge karşılığı kendilerine ödemesi suretiyle karşılanır.

(4) Kurumca, yurt dışında yapılacak tedaviler için oluşacak giderlere mahsuben talep edilmesi halinde, kişilere veya sağlık hizmeti sunucusuna avans ödenebilir. Avans ödemesi misyon şefliği aracılığıyla da yapılabilir.

(5) Kurum, avans ödemeleri için, yurt dışındaki sağlık hizmeti sunucuları tarafından düzenlenen belgelerin ve raporların misyon şeflikleri tarafından onaylanmasını isteyebilir.

(6) Acil müdahaleyi gerektiren durumlar, sevke konu hastalığın komplikasyonuna bağlı olarak yapılan tedaviler ile ilişkili tedaviler hariç olmak üzere yurt dışına sevke konu hastalık dışındaki tedavi giderleri Kurumca ödenmez. Hastaya uygulanan başka bir tedavinin sevke konu hastalığa ilgili olup olmadığının tespit edilemediği durumlarda yurt dışı tedavi raporunu teyit eden hastanenin görüşü alınarak işlem yapılır.

(7) Sosyal güvenlik il müdürlükleri tarafından, SUT eki "Yurt Dışı Tedavi/Tetkik İçin Hasta İzleme Çizelgesi" (EK-2/E-3) ile birlikte yapılan işlemlerin sonucundan Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğüne bilgi verilecektir.

### **2.5.3.B - Yurt dışı tetkik işlemleri**

(1) Yurt içinde yapılamayan tetkik ve/veya tahlillerin, numunenin gönderilmesi suretiyle yurt dışı sağlık hizmeti sunucularında yaptırılabilmesi için aşağıdaki düzenlemelere uyulacaktır. Tetkik ve/veya tahlillerin kişilerin yurt dışına gönderilmesi suretiyle yaptırılması işlemleri SUT'un 2.5.3.A maddesi doğrultusunda yürütülecektir.

#### **2.5.3.B-1 - Yurt dışı tetkik sağlık kurulu raporu**

(1) Numunenin gönderilmesi veya hastanın gönderilmesi suretiyle tetkiklerin ve/veya tahlillerin yurt dışında yaptırılabilmesi için gerekli sağlık kurulu raporları, üniversite veya eğitim araştırma hastaneleri sağlık kurullarınca, SUT eki "Yurt Dışı Tetkik İçin Sağlık Kurulu Raporu" (EK-2/E-2) formatına uygun olarak düzenlenecektir. Raporlarda tetkikin/tahlilin yurt içinde yapılmadığı ayrıntılı gerekçeleri ile belirtilir.

(2) Sağlık kurulu, en az biri ilgili dal uzman hekimi olmak kaydıyla; üniversite hastanelerinde en az bir öğretim üyesi, eğitim ve araştırma hastanelerinde en az bir eğitim görevlisi katılımıyla oluşturulacaktır.

(3) Numunenin gönderilmesi suretiyle yurt dışında yapılacak tetkikler ve/veya tahliller için düzenlenen sağlık kurulu raporları, Sağlık Bakanlığınca onaylanacaktır.

#### **2.5.3.B-2 - Yurt dışı tetkik bedellerinin ödenmesi**

(1) Numunenin gönderilmesi veya hastanın gönderilmesi suretiyle yurt dışında yapılan tetkik ve/veya tahlil bedeli tetkik ve/veya tahlili yapan sağlık hizmeti sunucusuna düzenlenen faturada/fatura yerine geçen belgede belirtilen tutar üzerinden, Kurum tarafından yurt dışı sağlık hizmeti sunucusu banka hesabına havale edilmesi veya kişilere ödenen tutarın belge karşılığı kendilerine ödemesi suretiyle karşılanır.

(2) Kurumca, yurt dışında yapılacak tetkikler/tahliller için oluşacak giderlere mahsuben talep edilmesi halinde kişilere veya sağlık hizmeti sunucusuna avans ödenebilir. Avans ödemesi misyon şefliği aracılığıyla da yapılabilir.

(3) Kurum, avans ödemeleri için, yurt dışındaki sağlık hizmeti sunucuları tarafından düzenlenen belgelerin ve raporların misyon şeflikleri tarafından onaylanmasını isteyebilir.



(4) Sosyal güvenlikli müdürliklerimizde yurt dışına tetkik yaptırılması ile ilgili olarak yapılan işlemler sonrasında SUT eki EK-2/E-3 ile birlikte Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğüne bilgi verilecektir.

### **2.5.3.C - Yurt dışı yol, gündelik ve refakatçi giderleri**

#### **2.5.3.C-1 - Yol gideri**

(1) Yurt dışına gönderilen hasta ile raporda öngörülmesi halinde bir kişiyle sınırlı olmak üzere refakatçisinin (18 yaşını doldurmuş kişiler için refakatçi öngörülme şartı aranmaz) yol gideri, ulaşım aracına ilişkin fatura/bilet tutarı üzerinden Kurumca ödenir. Yurt dışı tetkik/tedavi için düzenlenen sağlık kurulu raporunda hastanın yurt dışına tarifeli hava taşıtı dışındaki hava taşıtı ile (ambulans uçak, özel uçak vb.) naklinin gerektiğinin belirtilmesi halinde gidiş için söz konusu taşıt bedelleri fatura/belge karşılığı ödenir. Yurt dışına gönderilen hastanın dönüşü için; tedavinin yapıldığı sağlık hizmeti sunucusuna tarifeli hava taşıtı dışında bir hava taşıtı ile dönmesi gerektiğinin belgelendirilmesi halinde de taşıt bedelleri ulaşım aracına ilişkin fatura/belge tutarı üzerinden ödenir.

(2) Tedavi/tetkik için yurt dışına gönderilen kişinin tedavi/tetkik sırasında ölümü hâlinde, cezazesinin nakil gideri ile varsa refakatçisinin yurda dönüş yol giderleri de Kurumca karşılanır.

#### **2.5.3.C-2 - Gündelik**

(1) Yurt dışına gönderilen hasta ile raporda öngörülmesi halinde bir kişiyle sınırlı olmak üzere refakatçisine (18 yaşını doldurmuş kişiler için refakatçi öngörülme şartı aranmaz) gündelik/yemek ve yatak gideri ödemesi işlemleri aşağıda belirtilen düzenlemeye göre yürütülecektir.

(2) Ayakta tedavinin sağlandığı her gün için hasta ve refakatçinin her birine "gündelik", yatarak tedavide ise yatarak tedavi süresi ile sınırlı olmak üzere sağlık hizmeti sunucusunda kalınmayan her gün için refakatçisine yemek ve yatak gideri ödenir. Ödemelerde, 6245 sayılı Harcırah Kanunu gereği Bakanlar Kurulunca belirlenen ilgili yıl "Yurtdışı Gündeliklerinin Hesaplanmasında Esas Alınacak Cetvel" in (VI) numaralı (Aylık/kadro derecesi 5-15 olanlar) sütununda gönderilen ülke için belirlenen bedel esas alınır.

### **2.6 - Yol ve gündelik giderleri**

#### **2.6.1 -Yol ve gündelik gideri esasları**

(1) Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin Kurumumuzca finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerine ilişkin yol, gündelik ve refakatçi gideri ödenebilmesi için;

a) Kişilerin, müracaat ettikleri sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusunda yapılan hekim veya diş hekiminin muayenesi veya tedavisi sonrasında, gerekli teşhis veya tedavi cihazlarının veya ilgili branş uzmanının bulunmaması gibi tıbbi ve zorunlu nedenlerle yerleşim yeri dışındaki sağlık hizmeti sunucusuna sevk yapılması,

b) Sevkin, Kurumca belirlenen istisnalar hariç olmak üzere, sözleşmeli ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusuna yapılmış olması,

c) Sevkin, elektronik ortamda veya SUT eki "Hasta Sevk Formu" (EK-2/F) ile veya bu formda istenilen bilgilerin yer aldığı belge tanzim edilerek yapılmış olması (sevk belgesinde hekim imza ve kaşesinin dışında ayrıca başhekim onayı aranmayacaktır.),

ç) Sevkin yapıldığı gün dahil 3 işgünü içinde sevk edilen sağlık hizmeti sunucusuna müracaat edilmiş olunması, gerekmektedir.

#### **2.6.1.A - Yol giderlerinde esas alınacak mesafeler**

(1) Sevkinin teşhis ve/veya tedavinin sağlanabildiği en yakın sağlık hizmeti sunucusuna yapılması esastır. Ancak, hekimin veya diş hekiminin muayenesi veya tedavisi sonrasında, gerekli teşhis veya tedavi cihazlarının veya ilgili branş uzmanının bulunmaması gibi tıbbi ve zorunlu nedenlerle yerleşim yeri dışındaki sağlık hizmeti sunucusuna sevk yapılması durumunda, Kurumca belirlenen istisnalar hariç olmak üzere;

a) Birinci basamak resmi sağlık kuruluşu tarafından yapılan sevklerle ilişkin yol gideri, ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusu bulunmayan ilçelerden 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 sağlık hizmeti sunucusunun bulunduğu yerleşim yeri mesafesini aşmamak kaydıyla sevk edilen yerleşim yeri,

c) Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca yapılan sevklerle ilişkin yol gideri sevk edilen yerleşim yeri, mesafesi esas alınarak karşılanır.

(2) Sağlık hizmeti sunucuları tarafından yerleşim yeri dışına:

a) Organ, doku ve kök hücre nakli tedavisi ve/veya kontrolü,

b) Kanser tedavisi ve/veya kontrolü,

c) Uzun replantasyonu,

ç) SUT'un 1.7 maddesinde tanımlanan acil hal,

d) Meslek hastalıkları hastanesine meslek hastalığı tedavisi ve/veya kontrolü,

nedenleri ile sevk edilen kişilerin tedavinin yapılabildiği en yakın üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusunun bulunduğu yerleşim yeri mesafesi aranmaksızın sevk edildikleri yer üzerinden hesaplanan yol gideri Kurumca karşılanır.

(3) Kurum tarafından, sürekli iş göremezlik veya malullük durumlarının tespiti ve/veya kontrolü ile 5510 sayılı Kanunun 94 üncü maddesi gereğince gerekli görülen kişilerin kontrol muayeneleri için yerleşim yeri dışına yapılan sevklerine ilişkin yol, gündelik ve refakatçi giderleri Kurumca karşılanır. Ayrıca, Kurumca yapılan sevklerde sevkine ilişkin tebliğ edildiği gün dahil 10 işgünü içinde sağlık hizmeti sunucularına müracaat edilmiş olması gerekmektedir.

(4) Kaplıca tedavilerinde yol gideri, tedavinin sağlanabildiği en yakın kaplıca tesisinin bulunduğu yerleşim yeri esas alınarak ödenir.

(5) Diyaliz tedavilerinde yol giderleri, en yakın diyaliz merkezinin bulunduğu yerleşim yeri esas alınarak ödenir. En yakın diyaliz merkezinin bulunduğu mesafeden daha uzak bir yerleşim yerinde bulunan diyaliz merkezinde diyalize gidip gelen hastaların yol giderleri, tedavinin yapılabildiği en yakın diyaliz ünitesinin (yatak kapasitesi, günlük hasta sayısı, boş yatak olup olmadığı, HBs Ag (+) hastalar için ayrı bir bölüm, HCV Ab (+) hastalar için ayrı cihaz bulunup bulunmadığı gibi

durumlar dikkate alınarak tespit edilmesine karşın, Hastalara diyaliz merkezinde/sağlık hizmeti sunucusunun servis hizmeti verdiğinin tespit edilmesi halinde servis hizmetinden faydalananlara bu mesafeler için ayrıca yol gideri ödenmez.

### **2.6.1.B - Yol gideri sevk belgesi ve ücretler**

(1) SUT eki EK-2/F veya bu formda istenilen bilgilerin yer aldığı belgede:

a) Sevk belgesini düzenleyen sağlık hizmeti sunucusu hekimi tarafından sevk belgesinde genel sağlık sigortalısı ve hasta bilgileri ile birlikte, sevk edildiği tanı/tedavi branşının, sevk gerekçesinin (gerekli teşhis/tedavi cihazlarının veya ilgili branş uzman hekiminin bulunmaması vb. tıbbi nedenlerinin), sevk edileceği şehir ve/veya sağlık hizmeti sunucusunun adının, hasta sevk vasıtasının (mutat dışı araç öngörülmesi ise), sevk eden hekim tarafından refakatçi öngörülmüş ise refakatinin tıbben gerekli olduğunun gerekçesi ile birlikte (18 yaş altındaki çocuklar için aranmaz),

b) Sevk ile müracaat edilen sağlık hizmeti sunucusu hekimi tarafından sevk belgesinde sağlık kurum/kuruluşuna başvuru tarihinin, sağlık kurum/kuruluşundan ayrılış tarihinin, ayakta ve/veya yatarak tedavi başlangıç ve bitiş tarihinin, tedavi tarihlerinde istirahat raporu verilmiş ise rapor başlangıç bitiş tarihinin, refakatçisi olması durumunda refakatli olarak geldiğinin/kalındığının,

belirtilmesi gereklidir.

(2) Hekim imza ve kaşesinin dışında ayrıca başhekim onayı aranmaz.

(3) Elektronik ortamda alınan SUT eki EK-2/F hasta sevk formunun basılı olarak istenilip istenilmeyeceği, onay süreci ve diğer gönderilme usulleri Kurumca belirlenerek duyurulur.

(4) Elektronik sevk uygulamasında, e-sevkin Kurum tarafından belirlenen yöntem ve standartlarla (elektronik imza, şifre) imzalanması şarttır.

(5) MEDULA sisteminin ve/veya sağlık hizmet sunucusuna ait sistemin çalışmaması nedeniyle e-sevkin düzenlenemediği durumlarda manuel sevk düzenlenebilecektir. Bu durumda sevk belgesi üzerinde "Sistemlerin çalışmaması nedeniyle e-sevk düzenlenememiştir" ibaresi kaşe ya da el yazısı ile belirtilerek ayrıca sevki düzenleyen hekim tarafından onaylanacaktır.

(6) Sağlık hizmeti sunucularının MEDULA hastane sistemini kullanmaya başlamaları veya teknik alt yapılarını oluşturmaları ve e-sevk uygulamasına geçmeleri zorunlu olup, gerekli düzenlemeler tamamlanuncaya kadar:

a) SUT'un 1.7(2) fıkrasına b ve c bentlerinde tanımlanan ve MEDULA hastane sisteminden zorunlu alınmamasına rağmen sağlık hizmeti sunulması durumunda düzenlenen sevkler,

b) Birinci basamak resmi sağlık hizmeti sunucuları ve Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucuları tarafından düzenlenen sevkler, manuel olarak düzenlenebilecektir.

(7) Elektronik sevk ile sevk edilen hastanın müracaat ettiği sağlık hizmeti sunucusunda MEDULA alt yapısı bulunmaması (Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı sağlık tesisleri, birinci basamak sağlık kuruluşları, diyaliz merkezleri, kaplıca tesisleri vb.) nedeniyle elektronik olarak kabul işlemi yapılamaması halinde ilgili hekim tarafından elektronik sevk belgesi üzerine, sağlık kurum/kuruluşuna başvuru tarihinin, sağlık kurum/kuruluşundan ayrılış tarihinin, ayakta ve/veya yatarak tedavi başlangıç ve bitiş tarihinin, tedavi tarihlerinde istirahat raporu verilmiş ise rapor başlangıç bitiş tarihinin, refakatçisi olması durumunda refakatli olarak geldiğinin/kalındığının belirtilerek ıslak imza ile onaylanması gerekir.

#### **2.6.1.B-1 - Mutat taşıt ile yapılan nakile ilişkin sevkler**

(1) Sevk formunda sevk vasıtası belirtilmemiş ise mutat taşıt ücreti ödenir.

(2) Mutat taşıtla yapılan nakillerde bilet/fatura ibrazı zorunluluğu bulunmamaktadır. Ancak, yurt içinde demiryollarında, denizyollarında, karayollarında kurumlar/kuruluşlar veya özel firmalar aracılığıyla şehirlerarası yapılan yolcu taşıma işinde kullanılan araçlarda ücretsiz seyahat hakkı bulunan kişiler ile bu haktan faydalanan eşleri, ana ve babaları ile bakmakla yükümlü olunan çocukları ve eşlik eden refakatçilerinin bilet/fatura ibraz etmeleri gerekmektedir. Ücretsiz seyahat etmenin mümkün olmadığı yerleşim yerleri/mesafeleri için ise bilet/fatura ibrazı zorunluluğu bulunmamaktadır.

#### **2.6.1.B-2 - Mutat taşıt ücretleri**

(1) Yerleşim yeri dışındaki sağlık hizmeti sunucusuna yapılan sevklerle istinaden mutat taşıt giderleri;

a) 0-100 km arası mesafeler için fatura/bilet tutarını aşmamak üzere Ulaştırma, Denizcilik ve Haberleşme Bakanlığı tarafından Resmi Gazetede yayımlanan "Karayolları Şehirlerarası Yolcu Taşımacılığı Alanında Uygulanacak Taban Ücret Tarifesi Hakkında Tebliğ"de (ÜTHT) yer alan Karayoluyla Şehirlerarası Yolcu Taşımacılığında Uygulanacak Taban Ücret Tarifesi (Ücret Tarifesi) 101-115 km arası mesafe için belirlenen tutarın,

1) 0-25 km arası mesafeler için 0,4

2) 26-50 km arası mesafeler için 0,5

3) 51-75 km arası mesafeler için 0,7

4) 76-100 km arası mesafeler için 0,8

katsayıları ile çarpımı sonucu bulunacak miktarlar üzerinden,

b) 101-2001 km ve üzeri mesafeleri için fatura/bilet tutarını aşmamak üzere ÜTHT'de yer alan "Ücret Tarifesi" esas alınarak,

ödenir.

(2) Ücret Tarifesini değiştiren yeni bir düzenleme yapıncaya kadar mevcut tarifeler geçerli olacaktır. Yeniden belirlenecek tarifelerin hangi tarihten itibaren uygulanacağı Kurumca belirlenerek duyurulacaktır.

#### **2.6.1.B-3 - Mutat taşıt dışı araçla nakile ilişkin sevkler**

(1) Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin yerleşim yeri dışına mutat taşıt dışı araç (ambulans, ticari taksi, tarifeli çek vs.) ile sevk edilmeleri halinde;

a) Sevk eden sağlık kurumunca; hastalığın ne olduğu, mutat taşıt aracı ile seyahat edememe gerekçeleri ve taşıt tipinin belirttiği sağlık kurulu raporu düzenlenmesi (bu rapor sadece tek sefer gideri için geçerlidir),

b) Sevk ile müracaat edilen sağlık kurumunca; tedavi sonrasında dönüş için mutat taşıt dışı araçla naklin öngörülmesi durumunda da sağlık kurulu raporunun ayrıca düzenlenmesi (bu rapor sadece tek sefer dönüş için geçerlidir),

c) Acil hal nedeniyle sağlık kurulu raporu düzenleneksizin sevk edilen kişilerin mutut taşıt dışı araç ile nakile ilişkin yol gideri, acil hal nedeniyle naklin gerektiğinin tıbbi gerekçeleriyle birlikte, sevk eden sağlık kurumunun ilgili hekimi tarafından imzalanmış belge ile belgelenmesi,

ve Kurumca kabul edilmesi durumunda yol gideri ödenir.

(2) Belli bir program çerçevesinde sayılan tedavilerde (kemoterapi, radyoterapi, diyaliz vb.) kişilerin mutut taşıt dışı araç ile nakillerine ilişkin gidiş- dönüş yol giderinin ödenmesinde, her seferinde sağlık kurulu raporu aranmaz. Ödeme işlemleri ilk sağlık kurulu raporuna istinaden yürütülür.

a) Kemoterapi ve radyoterapi tedavileri nedeniyle düzenlenen mutut taşıt dışı araç ile nakile ilişkin sağlık kurulu raporu 3 ay süre ile geçerlidir.

b) Diyaliz tedavileri nedeniyle düzenlenen mutut taşıt dışı nakile ilişkin sağlık kurulu raporunda en az bir erişkin/çocuk nefroloji uzman hekimi veya hastanın bulunduğu ilde nefroloji uzmanı bulunmaması durumunda sertifikalı uzman hekiminin yer alması gerekmektedir. Bu sağlık kurulu raporu 3 ay süre ile geçerlidir.

(3) Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler, kendilerine bir vasıta tahsis edilmesi suretiyle başka bir yere gönderilmiş işeler, eşlik eden refakatçiye ayrıca yol gideri ödenmez.

(4) Sağlık kurulu raporlarının elektronik ortamda alınmaya başlanması durumunda ayrıca basılı olarak istenilip istenilmeyeceği, onay süreci ve diğer gönderilme usulleri Kurumca belirlenerek duyurulur.

#### **2.6.1.B-4 - Mutut taşıt dışı araç ücretleri**

(1) Mutut taşıt dışı araçla yapılan sevklerde mutlaka bilet/fatura ibrazı zorunludur. Bilet/fatura ibraz edilememesi halinde mutut taşıt bedeli üzerinden ödeme yapılır.

(2) Kişilerin özel araçları ile sağlık hizmeti sunucusuna gidiş ve/veya dönüşlerinde mutut taşıt ücreti ödenir.

(3) Kurumca ticari taksi için ödenecek ücret, ilgili yerleşim yerleri arası için geçerli mutut taşıt ücreti bedelinin 5 katını geçemez.

(4) Tarifeli uçak için ibraz edilen bilet/fatura tutarı, ekonomi sınıf bedeli üzerinden ödenir. İlgili firmanın tespit edilen uçak tarihindeki ekonomi sınıf bileti ücretinden daha düşük ücrette bilet/fatura beyanının olması durumunda, bilet/fatura bedeli üzerinden ödeme yapılacaktır.

(5) Kara ambulansı ve hasta nakil aracı ücreti, 07.12.2006 tarih, 26369 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan "Ambulanlar ve Acil Sağlık Araçları İle Ambulan Hizmetleri Yönetmeliği"nin 28 inci maddesi gereği belirlenen fiyatlar esas alınarak ödenir. Ancak özel kara ambulans firmalarının Sağlık Bakanlığı onayı ile yürürlüğe giren "Ambulan Ücret Tarifesi"nden daha düşük bedelle hasta nakil beyanlarının olması durumunda, kamu ve Kurum yararı doğrultusunda belirlenen ücret tarifesinde daha düşük fatura edilmesinde fatura bedeli üzerinden ödeme yapılacaktır.

(6) Hava ambulans ücretleri sadece uzuv replantasyonu gerektiren acil sağlık hizmeti ile SUT'un 2.4.2 maddesi kapsamında sağlanan sağlık hizmetleri için ödenir. Organın/dokunun naklin yapılacağı sağlık kurumuna, hava ambulansı dışındaki özel hava taşıtı ile getirilmesi halinde gidiş-dönüş yol giderleri hava ambulansı için belirlenen tutarlar esas alınarak ödenir. Hava ambulansı ve hava ambulansı dışındaki özel hava taşıtı bedelinin ödenebilmesi için fatura ekinde taşıtın ambulans görevi maksadıyla ilk kule teması "ambulans görevi" ifadesi ile kurulmuş olması, hava aracının uçuşu ve teknik kayıtlarının (motor çalıtırma-motor susturma arasındaki geçen zaman dilimi) ibraz edilmesi gerekmektedir. Ruhsatlandırılmış hava ve deniz ambulansları için aşağıda belirtilen ücretler azami ücretler olup ücretlere tıbbi müdahale bakım ücretleri dâhildir.

a) Uçak ambulans ücretleri;

1) Turbo prob motorlu ambulans uçağı için gidiş dönüş hesap edilmek suretiyle uçuş saati başına 2.000 (ikibin) TL + KDV,

2) Jet motorlu ambulans uçağı için gidiş dönüş hesap edilmek suretiyle uçuş saati başına 3.500 (üçbinbeşyüz) TL+KDV, yurt dışı uçuşlar için 4.000 (dörtbin) TL,

b) Helikopter ambulans ücretleri;

1) Tek motorlu ambulans helikopter için gidiş dönüş hesap edilmek suretiyle uçuş saati başına 1.500 (binbeşyüz) TL+KDV,

2) Çift motorlu ambulans helikopter için gidiş dönüş hesap edilmek suretiyle uçuş saati başına 2.750 (ikibinyediyüze) TL+KDV,

c-) Deniz ambulans ücretleri;

1) Deniz ambulansı için gidiş dönüş hesap edilmek suretiyle seyir saati başına 1.500 (binbeşyüz) TL+KDV.

(7) Cenaze nakil aracı ücretleri ilgili belediye tarafından onaylanan ücret tarifesi üzerinden fatura tutarını aşmamak kaydıyla Kurumca karşılanır.

#### **2.6.2 - Gündelik giderleri**

(1) Kişilerin, yerleşim yeri dışındaki sağlık hizmeti sunucusuna yapılan sevklerinde hasta ve refakatçisine;

a) Ayakta tedavilerde, sevk edildikleri sağlık hizmeti sunucusuna müracaat tarihi ile tedavinin sona erdiği tarihler arasında, istirahat raporu verilen süreler dışında kalan günler için gündelik ödenir.

b) Yatarak tedavilerde, hasta ve refakatçisine yalnızca gidiş ve dönüş tarihi için gündelik ödenir.

c) Müracaat sonrası sağlık hizmeti sunucusunda yatarak tedavi edilmesi gerekli görülmesine rağmen, yatak bulunmaması nedeniyle sağlık hizmeti sunucusuna yatırılmaksızın geçen günler için bu durumun sağlık hizmeti sunucusuna belgelenmesi şartıyla 5 günün geçmemek üzere gündelik ödenir.

(2) Gündelikler; il dâhilindeki sevklerde (ilçe-merkez arası) 100, iller arası sevklerde ise 200 gösterge rakamının devlet memurları aylıklarına uygulanan katsayı ile çarpımı sonucu bulunacak tutar üzerinden ödenir.

(3) Sevk edilen sağlık hizmeti sunucusuna müracaat tarihi ile tedavinin sona erdiği tarihin aynı gün olması halinde gündelik ödenmez.

(4) Sevk edildiği sağlık hizmeti sunucusuna müracaatları sonrasında, hastanın sevk edildiği branş dışında başka bir branşa tedavinin devamı niteliğinde sevk edilmesi ve bu durumun belgelendirilmesi halinde sevk edildiği branşa ayakta tedavi görülen günler için de gündelik ödenir.

(5) Sevk edildiği sağlık hizmeti sunucusuna müracaat sonrası, hastanın sevk edildiği yerleşim yerinde başka bir sağlık hizmeti sunucusuna tedavinin devamı niteliğinde sevk edilmesi ve bu durumun belgelendirilmesi halinde sevk edildiği sağlık hizmeti sunucusunda ayakta tedavi görülen günler için de gündelik ödenir.

### **2.6.3 - Refakatçi giderleri**

(1) Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin bir kişiyle sınırlı olmak üzere (18 yaşını doldurmamış çocuklar için refakatçi tıbben lüzum görülmesi şartı aranmaz) refakatçi giderlerinde; sevk düzenleyen sağlık hizmeti sunucusuna refakatin tıbben gerekli olduğunun, sevk ile müracaat edilen sağlık hizmeti sunucusuna refakatçi eşliğinde gelindiğinin ve/veya kalındığının elektronik ortamda veya SUT eki EK-2/F formunda belirtilmiş olması gerekmektedir.

(2) Kişilerin yatarak tedavileri sırasında hekimin veya dış hekiminin tıbben göreceği lüzum üzerine; ilgili sağlık hizmeti sunucusuna düzenlenen refakatçi kalındığına dair belgeye istinaden, hastanın yanında kalan refakatçisinin yatak ve yemek giderleri, sağlık hizmeti sunucusuna Kuruma fatura edilmesi halinde SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan "refakat" puanı esas alınarak karşılanır, ayrıca bu günler için ilgililere gündelik ödenmez. Günübirlik tedavilerde SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan "refakat" kodu faturalandırılmaz.

(3) Hastanın yoğun bakım ünitesindeki yatarak tedavi süresi ile sınırlı olmak üzere sağlık hizmeti sunucusunda kalınmayan her gün için refakatçisine gündelik ödenir.

### **2.6.4 - Kontrol çağrılarının istinaden yapılan sevklere ilişkin yol ve gündelik giderleri**

(1) Mevzuata uygun olarak yerleşim yeri dışındaki sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilen ve sevk edildiği sağlık hizmeti sunucusuna belirli aralıklarla kontrolü uygun görülen organ, doku ve kök hücre nakli uygulanan veya kanser tedavisi gören veya meslek hastalıkları hastanesinde meslek hastalığı nedeniyle tedavi olan hastaların; kontrol amaçlı sevkleri;

a) Kontrol çağrıldığı gösteren belgeye istinaden birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları dâhil tüm sağlık hizmeti sunucularınca yapılabilecektir.

b) Kontrol çağrılarında istinaden birinci basamak sağlık hizmeti sunucusuna yapılan sevklerle ilişkin yol gideri ödemesi yapılırken, sevk belgesi ile birlikte kontrol çağrı belgesinin de ödeme belgeleriyle birlikte ibrazı/gönderilmesi zorunludur. Kontrol çağrı tarihinin sevk belgesi veya tedavi gördüğünü belirtir belge üzerinde hekim tarafından belirtilmiş olması yeterlidir. Hekim imza ve kaşesini içermeyen belge, kontrol çağrı belgesi olarak kabul edilmez.

c) Kontrol çağrılarında istinaden ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusuna düzenlenen sevklerle ilişkin yol gideri ödemesi yapılırken kontrol çağrı belgesi aranmaz.

e) Birinci fıkrada sayılan tedaviler/hastalıklar dışında kalan tedavilerin/hastalıkların kontrol amaçlı çağrılarında ilişkin giderler Kurumca karşılanmaz.

d) Kontrol çağrılarında istinaden mutad taşıt dışı vasıta ile yapılan sevklerle ilişkin işlemler SUT'un 2.6.1.B-3 ve 2.6.1.B-4 maddeleri doğrultusunda yürütülür.

### **2.6.5 - Organ nakli tedavilerine ait yol ve gündelik giderleri**

(1) Organ nakli tedavilerinde hastanın organın bulunduğu yere veya organın organ nakli yapılacak merkezin bulunduğu yere getirilmesine ilişkin gidış-dönüş nakliye/transfer masrafları, Ulusal Koordinasyon Merkezi veya Bölge Koordinasyon Merkezi tarafından tutanak altına alınarak belirlenen ulaşım aracı esas alınarak kaydıyla karşılanır.

(2) Ulusal Koordinasyon Merkezi veya Bölge Koordinasyon Merkezi tarafından tutanak altına alınarak belirlenen ulaşım aracı için, SUT'un 2.6.1.B-4 maddesi doğrultusunda tespit edilen bedel, fatura/bilet tutarını aşmamak üzere ödenir.

(3) Organ naklinin gerçekleştirilememesi nedeniyle ilgili giderlerin ödemesine engel teşkil etmez.

(4) Kemik iliği/kordon kanı nakline ilişkin yol giderleri, SUT'un 2.6.1.B-4(6) fıkrası doğrultusunda karşılanır.

(5) Uzuv replantasyonu gerektiren acil sağlık hizmeti için müracaat edilen sağlık hizmeti sunucusuna hava ambulansı ile başka bir sağlık hizmeti sunucusuna sevkini gerekli görülmesi ve bu durumun belgelendirilmesi koşulu ile hava ambulansı için SUT'un 2.6.1.B-4(6) fıkrası doğrultusunda tespit edilen bedel, fatura/bilet tutarını aşmamak üzere ödenir.

(6) Donör (verici) durumundaki kişilerin sağlık giderlerinin finansmanının Kurumumuzca karşılanması durumunda, mevzuata uygun sevk edilmeleri halinde yol, gündelik ve refakatçi giderleri Kurumca karşılanır.

### **2.6.6 - Kaplıca tedavilerine ait yol ve gündelik giderleri**

(1) Kaplıca tedavilerine ilişkin yol, gündelik ve refakatçi giderleri, tedavi için düzenlenen sağlık kurulu raporuna dayanılarak karşılanır.

(2) Sağlık kurulu raporunun düzenlendiği gün dahil 3 işgünü içinde kaplıca tesisine müracaat edilmesi gerekmektedir. Bu süre içinde kaplıca tesisine müracaat edilmemesi halinde yol gideri ve gündeliklerin ödenebilmesi için yeniden sağlık kurulu raporu düzenlenmesine gerek bulunmayıp, raporun geçerli olduğu süre içerisinde sağlık hizmeti sunucusu tarafından elektronik ortamda veya SUT eki EK-2/F formu (sevk belgesi) düzenlenmesi ve 3 işgünü içerisinde kaplıca tesisine müracaat edilmesi gerekmektedir.

(3) Sağlık Bakanlığınca işletme izni verilmeyen kaplıcalarda tedavi görenlere ve refakatçilerine ait giderler Kurumca karşılanmaz.

(4) Raporda/sevk formunda refakatin tıbben gerekli olduğunun belirtilmesi (18 yaşını doldurmamış çocuklar için aranmaz) ve tedavinin yapıldığı tesis tarafından refakatçi kalındığının belgelenmesi halinde refakatçisinin yol giderleri ve gündelikleri Kurumca karşılanır.

(5) Yol giderleri mutad taşıt bedeli üzerinden ödenir.

### **2.6.7 - Belli bir program çerçevesinde sayılan tedavilere ait yol ve gündelik giderleri**

(1) Belli bir program çerçevesinde tedavi gören (kemoterapi, radyoterapi, diyaliz vb.) genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin ilk sevk belgesine istinaden tedavilerinin devamı niteliğindeki diğer müracaatları nedeniyle oluşan yol gideri, gündelik ve refakatçi giderlerinin ödemesinde, her gidişleri için sevk belgesi aranmaz.

(2) Ödeme işlemleri ilk sevk belgesine istinaden, diğer müracaatlara ilişkin tedavi gördüğü tarihleri belirtir müracaat edilen sağlık hizmeti sunucusuna düzenlenecek belge doğrultusunda yürütülür.

(3) Yerleşim yerinde ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilen, ancak yapılan tedavilere rağmen vefat eden genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin cenaze nakline ilişkin giderleri, sevk düzenlendiği sağlık hizmeti sunucusunun bulunduğu yerleşim yeri mesafesini aşmamak üzere Kurumca karşılanır.

#### **2.6.8 - Cenaze nakil işlemleri**

(1) Yerleşim yeri dışındaki sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilen, ancak yapılan tedavilere rağmen vefat eden genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin cenaze nakline ilişkin giderleri, sevk düzenlendiği sağlık hizmeti sunucusunun bulunduğu yerleşim yeri mesafesini aşmamak üzere Kurumca karşılanır.

(2) Sevk edilmeksizin müracaat edilen sağlık hizmeti sunucusunda vefat eden kişilerin cenaze nakline ilişkin giderler Kurumca karşılanmaz.

(3) 5510 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinde sayılan sigortalıların cenaze nakline ilişkin giderler ilgili kamu idaresince karşılanacağından Kurumca ayrıca ödeme yapılmaz.

#### **2.6.9 - Yol ve gündelik gideri ortak hükümleri**

(1) Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler ile refakatçilere mücavir alan içindeki nakiller için yol ve gündelik gideri ödenmez.

(2) Sevk yapılmaksızın belediye/büyükşehir belediye mücavir alanı dışındaki bir sağlık hizmeti sunucusundan sağlık hizmeti alınması hâlinde yol gideri ve gündelik ödenmez.

(3) Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucusu tarafından yapılan sevklerdeki yol, gündelik ve refakatçi giderlerinin ödenebilmesi için sevklin, acil hal nedeniyle yapıldığının Kurumca kabul edilmesi gereklidir.

(4) Sevk edilen sağlık hizmeti sunucularına ayaktan müracaatlarda, ilgili brans uzman hekiminin bulunmaması nedeniyle sağlık hizmeti verilemediğinin ilgili sağlık hizmeti sunucusu başhekimliğince onaylanarak belgelenmesi halinde gidış-dönüş için ilgili giderler Kurumca karşılanır.

(5) Genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişilerin bu madde kapsamındaki ödemeye esas fatura ve eki belgeleri için Kurumca tıbbi uygunluk aranan veya Kurumca kabul edilmesi halinde ödenebileceği belirtilen durumlarda tıbbi uygunluk, hastane faturası ödemelerinin yapıldığı bağlı bulunulan İl Müdürlükleri tarafından verilir.

(6) 5510 sayılı Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1), (3) ve (9) numaralı alt bentleri gereği genel sağlık sigortası kapsamına alınan kişilerin SUT'un 1.5.1 maddesinde belirtilen usul ve esaslara uygun sevklerine ilişkin yol gündelik ve refakatçi giderleri SUT'un 2.6 madde hükümleri doğrultusunda karşılanır.

(7) Kurum taşra birimleri tarafından üçer aylık dönemler halinde, yerleşim yeri dışına yapılan sevkler ve gerekçeleri konusunda sevk eden sağlık hizmeti sunucusunun bulunduğu ilin il sağlık müdürlüğüne yazılı bildirim yapılacaktır.

(8) Sürekli iş göremezlik, malûllük ve çalışma gücü kaybı hâllerinin tespiti veya bu amaçla yapılan kontroller için sağlık hizmeti sunucusuna yapılan sevkler nedeniyle ödenecek gündelik ve yol giderleri ile refakatçi giderleri, kısa ve uzun vadeli sigorta kolları prim gelirlerinden karşılandığından Kurumun ödeme birimlerinde bu durumun dikkate alınması gerekmektedir.

## **ÜÇÜNCÜ BÖLÜM**

### **Tabii Malzeme**

#### **3.1 - Tabii 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 Bankasına (TİTUBB) kayıt/bildirim işlemi tamamlanmış olmalıdır. TİTUBB kayıt/bildirim işlemi tamamlanmamış tıbbi malzemelerin bedelleri Kurumca karşılanmaz. Ancak, Sağlık Bakanlığı'nun tıbbi cihazlarla ilgili mevzuatı kapsamında yer almayan tıbbi malzeme bedellerinin Kurumca karşılanmasında ve SUT'ta belirtilen istisnalardan TİTUBB kayıt/bildirim işleminin tamamlanmış olması şartı aranmaz. TİTUBB'a kayıtlı olan bir malzemenin ayrıca üretici ve/veya distribütör firmalarca bayilerinin de TİTUBB'da tanımlanmış olması gerekmekte olup resmi kurumlar/resmi sağlık kurumlarından bu şart aranmaz. Bir malzemenin TİTUBB kayıt/bildirim işleminin tamamlanmış olması o malzemenin Kurumca bedelinin karşılanması için tek başına yeterli değildir.

(3) İsmarlama tıbbi cihaz kapsamındaki nihai ürünlerin TİTUBB kayıt sisteminde Sağlık Bakanlığınca kayıt altına alınmaya kadar bedellerinin karşılanmasında TİTUBB kayıt/bildirim işleminin tamamlanmış olması şartı aranmaz.

(4) Kurumla sözleşmeli sağlık kurumlarının temin edilerek hastalara kullanılan tıbbi malzemelerin TİTUBB 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.

(5) Kurumla sözleşmeli 4734 sayılı Kamu İhale Kanununa tabii resmi sağlık kurumları, temin ettikleri tıbbi malzemeler için 4734 sayılı Kanunun 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 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. "İhale/Doğrudan Temin Sonuç Bilgileri Ekranı"na gerekli bilgileri girmeyen sözleşmeli resmi sağlık

kurumlarının tabii malzeme bedelleri, "İhale/Doğrudan Temin Sonuç Bilgileri Ekranı"na eksiksiz ve düzenli olarak girilinceye kadar Kurumca karşılanmaz.

(6) Kurumla sözleşmeli sağlık kurumlarında yatarak tedavilerde kullanılan tabii malzemeler sağlık kurumu tarafından temin edilmek zorundadır. Bu malzemelerin reçete karşılığı hastaya aldırılması durumunda, fatura tutarı hastaya ödenecek ilgili sağlık kurumunun alacağından mahsup edilir.

(7) Kurumla sözleşmeli sağlık kurumlarında yatarak tedavilerde Kurumca bedeli karşılanmayan tabii malzemelerin kullanıldığı durumlarda fatura tutarı hastaya ödenecek ilgili sağlık kurumunun alacağından mahsup edilir. Ancak, sağlık kurumlarına hastanın yazılı olarak bildirilirdilmesi halinde hastaya herhangi bir ödemeye yapılmaz. Ayrıca bu işlemle ilgili olarak hastaneyle mahsuplaşma yapılmaz.

(8) SUT eki EK-3/C-2, EK-3/C-3 ve EK-3/C-5 listelerinde yer alan tabii malzemelerin yatarak tedaviler sırasında hastalara reçete edilmek suretiyle dışardan temin ettirilmesi halinde, şahıs ödemesi olarak SUT hükümleri doğrultusunda bedelleri Kurumca karşılanır.

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

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

(11) Sağlık hizmet sunucuları tarafından temin edilen ilgili branşlara ait SUT eki EK-3 listelerinde yer alan tabii malzemelerin birlikte fatura edilebileceği birebir uyan işlem tanımlanmamaları hallerinde ödeme işlemi, gerekli endikasyon uyumu ve ilgili mevzuat hükümleri dikkate alınarak gerçekleştirilir.

(12) SUT eki EK-3 listelerinde yer alan tabii malzeme fiyatları, KDV hariç fiyatlardır. İlgili kanunlarda tanımlanan KDV istisna ve muafiyetler ile SUT'ta belirtilen istisnalar hariç olmak üzere KDV ilave edilecek ödenir.

(13) Kurum SUT eki EK-3 listelerinde yer alan tabii 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.

### 3.1.2 - Ayakta tedavilerde kullanılan tabii malzeme

(1) SUT eki "Aykta Tedavilerde Kullanılan Tabii Malzemeler" (EK-3/C) Listesinde yer alan Kurumca bedeli karşılanacak tabii malzemeler;

a) Tabii Uygunluk Aranacak Tabii 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) Tabii Sarf Malzemeleri (EK-3/C-4),

d) Özel Hallerde Karşılanan Tabii Malzemeler (EK-3/C-5),

listelerinde SUT kodları, alan tanımları ve fiyatları ile tanımlanmıştır.

(2) SUT eki EK-3/C listelerinde yer almayan tabii malzemelerin bedelleri, SUT'ta belirtilen istisnalar hariç Kurumca karşılanmaz.

(3) SUT eki EK-3/C listelerinde yer alan tabii malzemeler genel alan tanımları ile belirlenmiştir. Bu alan tanımları, benzer nitelikleri veya aynı işlevsel özellikleri taşıyan tüm tabii 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 (kişiyeye özel ısmarlama üretilen) ürünler ile ilgili olarak;

a) "İsmarlama Protez ve Ortez Merkezleri ile İşitme Cihazı Merkezleri Hakkında Yönetmelik" kapsamında Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış protez ve ortez merkezleri ile işitme cihazı merkezlerinden temin edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

b) Bu tabii malzeme için fatura eki belgelere, SUT'un 5.3.4 maddesinde belirtilen belgelere ilave olarak, Sağlık Bakanlığı tarafından verilmiş ruhsatnamenin ve sorumlu müdür belgesinin "aslı gibidir" onaylı örneği eklenir. Ancak, resmi kurumlar/resmi sağlık kurumları bünyesindeki ısmarlama protez ve ortez merkezlerinden bu belgeler istenmez.

(5) SUT eki EK-3/C-1 Listesinde yer alan tabii malzemelerden tabii uygunluk aranması esas olup, SUT eki EK-3/C listelerinde yer alan diğer tabii malzemelerden tabii uygunluk aranmaz. Ancak, sürekli kullanım gerektiren rapor takipli;

a) Hasta alt bezi ve çocuk alt bezi,

b) Kolostomi, ileostomi ve ürostomi torbaları,

c) Hidrofilik kendinden kayganlaştırıcı sonda, hidro kit sonda,

ç) Aspirasyon kateteri,

in tabii uygunluk aranması zorunlu olmayıp, ihtiyaç duyulması halinde tabii uygunluk aranabilecektir.

(6) Kullanım adetleri günlük/haftalık/aylık vb. olarak reçetelendirilebilen tabii malzemelerin, SUT'ta belirtilen miktarlardan fazla reçete edilmesi ve hastalar tarafından fatura karşılığı temin edilmesi durumunda, SUT'ta belirtilen kullanım adetleri doğrultusunda bedelleri Kurumca karşılanır.

(7) Kurumca bedeli karşılanan tabii malzemelerin kaybolması veya çalınması halinde malzemenin SUT'ta belirtilen miat süresi doluncaya kadar Kurumca yenisinin bedeli karşılanmaz.

(8) Tabii malzemenin reçete tarihi ile fatura tarihi arasında en fazla 10 işgünü olmalıdır. Ancak kişiyeye özel ısmarlama olarak üretilen veya Kurumca iade alınan tabii malzemelerde bu süre aranmaz.

(9) İade kapsamındaki cihazlara ait işlemlerin reçete ve sağlık raporu ile birlikte reçete tarihinden itibaren 10 işgünü içinde Kurumumuz taşra teşkilatlarına başvuruyla 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 işgünü bulunması halinde Kurumca bedelleri karşılanır.

(10) SUT'ta geçerlilik süreleri ayrıca belirtilenler hariç olmak üzere tabii malzemelerin teminine ilişkin düzenlenen sağlık raporları ile ilgili olarak;

a) Sürekli kullanılan tabii malzemelere ilişkin sağlık raporları en fazla 2 yıl süre ile geçerlidir.

b) Bir defaya mahsus verilen tıbbi malzemelerin için düzenlenen sağlık raporu tarihi ile fatura tarihi arasında en fazla 2 ay olmalıdır. Ancak temin edilen tıbbi malzemenin ismarlama ürün olması halinde sağlık raporu tarihi ile fatura tarihi arasında süre en fazla 4 ay olmalıdır.

(11) 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.

c) Söz konusu malzemelerin kullanım kurallarına uyulmaması nedeniyle oluşan onarım masrafları Kurumca karşılanmaz. Bu amaçla Kurum, arızanın meydana geliş sebebinin hekim raporu ile ihtiyaç duyulması halinde ise hekim raporuna ek olarak teknik servis raporu ile tespit eder.

(12) 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) Miath tıbbi malzemenin kullanım süresi dolmadan kullanıcının kasıt ve kusuru olmaksızın arızalandığının veya kullanılamaz hale geldiğinin sağlık raporu ile belgelendirilmesi 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 tıbbi malzemelerin bakım ve onarımının mümkün olmadığından, bünyesinde protez/ortez ünitesi bulunduran resmi kurumlar/resmi sağlık kurumları tarafından düzenlenmiş ve protez/ortez oluşturan ara ürünlerin hangilerinin bakım ve onarımının mümkün olmadığından ayrıntılı olarak belirtildiği sağlık raporu ile belgelenmesi koşuluyla; ilgili parçaların bakım/onarım masraflarının toplam bedelinin, protez/ortez bedelinin %75'ini aşması halinde süresinden önce SUT hükümleri doğrultusunda yenilenir.

(13) Protez ve ortezlerin yenilenme süresi sonunda bazı parçalarının değiştirilerek kullanılabilceğinin sağlık raporu ile saptanması halinde; protez ve ortezin değişim süresi, aslana uygun olarak değiştirilen parçalarından değişim süresi en uzun olanın kullanım süresi kadar uzar. Ancak, aynı protez ve ortezin yeniden talep edilmesi halinde değişen parçaların bedeli ödenecek tutardan mahsup edilir.

(14) 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.

(15) Tıbbi malzemelerin yenilenmesi için düzenlenecek sağlık kurulu raporlarında, önceden Kurumca bedeli karşılanan protez veya ortezin yenilenmesi gerektiğinin gerekçeleriyle birlikte belirtilmesi gerekmektedir. Kurumca bedeli karşılanan protez veya ortezin kullanım süresinin dolduğu ve/veya sağlık kurulu raporu ile yenilenmesinin gerektiği durumlarda düzenlenecek sağlık kurulu raporlarında daha önce kullanılan protez veya ortezin belirtilmesi gerekmektedir.

(16) Mücbir sebeplere bağlı olarak kullanılmayacağı belgelendirilmesi ve Kurumun da uygun görmesi durumunda, SUT eki EK-3/C-2, EK-3/C-3, EK-3/C-4 ve EK-3/C-5 listelerinde yer alan tıbbi malzemeler kullanım sürelerine bakılmaksızın yenilenir.

(17) 3713 sayılı Kanuna göre aylık bağlanmış maluller, 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanununun 56 ncı maddesi veya 2330 sayılı Kanunun 2 nci maddesinin birinci fıkrasının (e) ve (f) bentlerinde sayılanlardan 3713 sayılı Kanun kapsamına giren olaylar sebebiyle aylık bağlanırlar ile 3713 sayılı Kanun kapsamına girmese de hari başkasının yardımı ve desteği olmaksızın yaşamak için gereken hareketleri yapamayacak derecede malul olan vazi' ve dahı malullerinin sağlık kurulu raporuyla ihtiyaç duydukları her türlü ortez/protez ve diğer iyileştirici araç ve gereçlerin bedelleri herhangi bir kısıtlama getirilmeksizin Kurumca karşılanır. Ancak bu kapsamdaki kişilerin;

a) SUT eki listelerde yer alan tıbbi malzemeleri temin etmeleri halinde fatura bedelleri SUT ve eki listelerde belirtilen fiyatları aşmamak üzere Kurumca karşılanır.

b) SUT eki listelerde yer almayan tıbbi malzemeleri temin etmeleri halinde bedelleri fatura tutarı üzerinden ödenir. Bu malzemelere ait sağlık kurulu raporları üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarına düzenlenir.

c) SUT ve eki listelerde yer almayan her türlü protez/ortez ve diğer iyileştirici araç ve gereçlerin benzer nitelik veya aynı işlevsel özellikte olanlarında, SUT eki listelerde yer alması durumunda bu tıbbi malzemeler için listelerdeki fiyatlar tavan fiyatları olarak uygulanır.

ç) Tıbbi malzemelere ilişkin bakım ve onarım masrafları garanti süresi içinde firma tarafından karşılanacağından Kuruma ayrıca faturalandırılmaz.

d) Tıbbi malzemelerin garanti süresi içindeki yenilenme talepleri Kurumca karşılanmaz.

e) Aynı işlevi gören birden fazla ürün çeşidi bulunan tıbbi malzemelerden birinin temini halinde diğerlerinin bedeli, temin edilen malzemenin garantisi dolana kadar Kurumca karşılanmaz.

(18) Genel sağlık sigortalı veya bakımında yükümlü olanın kişilerin 3713 sayılı Kanunun 21 inci maddesinde sayılan olaylara maruz kalınması nedeniyle yaralandıklarını gösterir ilgili mülki amirlik tarafından düzenlenen belgeye istinaden kişilerin tedavileri sonuçlanıncaya veya maluliyetleri kesinleşinceye kadar geçen süre içerisinde sağlık kurulu raporuyla ihtiyaç duydukları her türlü ortez/protez ve diğer iyileştirici araç ve gereçlerin bedellerinin ödenmesinde SUT'un 3.1.2(17) fıkrası gibi yararlandırılır. Fatura eki belgelere ilgili mülki amirlik tarafından düzenlenen belgenin de eklenmesi gereklidir.

### 3.1.3 - Yatarak tedavilerde kullanılan tıbbi malzemeler

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

a) Birden Fazla Branşa Kullanılan Tıbbi Malzemeler (EK-3/A),

b) Omurga Cerrahisi Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/E-1),

- c) Ortopedi ve Travmatoloji Branşları Artroplastisi Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/F-1),
- d) Göz Sağlığı ve Hastalıkları Branşına Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/G),
- e) Kardiyoloji Branşına Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/H),
- f) Kalp Damar Cerrahisi Branşına Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/I),
- g) Kulak Burun Boğaz Branşına Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/J),
- ğ) Kadın Hastalıkları ve Doğum Branşına Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/K),
- ı) Üroloji Branşına Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/L),
- h) Radyoloji Branşı ve Endovasküler/Nonvasküler Girişimsel İşlemlere Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/M),
- ı) Allogreft Ürün Grubu (EK-3/N-1),
- i) Beyin Cerrahisi Branşı Kranial Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/E-2).

(2) Aşağıdaki branşlarda kullanılan ve bu branşlara ait SUT eki listelerinde yer almayan tıbbi malzeme bedelleri Kurumca karşılanmaz.

- a) Omurga Cerrahisi Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/E-1),
- b) Ortopedi ve Travmatoloji Branşı Artroplastisi Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/F-1),
- c) Göz Sağlığı ve Hastalıkları Branşına Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/G),
- ç) Kardiyoloji Branşına Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/H),
- d) Kalp Damar Cerrahisi Branşına Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/I),
- e) Kulak Burun Boğaz Branşına Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/J),
- f) Kadın Hastalıkları ve Doğum Branşına Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/K),
- ğ) Üroloji Branşına Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/L),
- g) Radyoloji Branşı ve Endovasküler/Nonvasküler Girişimsel İşlemlere Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/M),
- h) Allogreft Ürün Grubu (EK-3/N-1),
- ı) Beyin Cerrahisi Branşı Kranial Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/E-2).

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

(4) 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/hceyt raporu/epikrizde 2 uzman hekim imzası acil haller için aranmaz. Hastanın acil olduğuna dair detaylı bilgi epikriz raporunda belirtilmelidir.

(7) SUT eki listelerde yer alan malzemelerin, MEDULA hastane uygulamasına serbest kodsuz malzeme olarak girilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanmaz.

(8) Sağlık kurumlarında 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 kurumlarında 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.

### 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) Taniya dayalı ödeme işlem puanına dâhil olmayan tıbbi malzemeler;

- a) Plak, çivi, vida,
- b) Kemik çimentosu,
- c) Eksternal fiksator,
- 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 yüzüzlü yamalar (meshler),
- n) İntraoperatif nöromonitizasyonda kullanılan tıbbi malzemeler,
- o) SUT eki EK-2/C Listesi açıklama bölümünde taniya dayalı ödeme işlem puanına dâhil olmadığı belirtilen tıbbi malzemelerin,



SUT hükümleri doğrultusunda bedelleri Kurumca karşılanır.

(3) SUT eki listelerdeki işlemlerin açıklama bölümlerinde yer alan işlem puanına dahil olmadığı belirtilen tıbbi malzemelerle aynı işlevsel özellikte ve aynı tıbbi sonucu verdiği kabul edilen tıbbi malzemeler de işlem kapsamı dışında değerlendirilir.

### **3.2 - Tıbbi malzeme ödeme esasları**

#### **3.2.1 - Yatarak tedavilerde tıbbi malzeme bedellerinin ödenmesi**

##### **3.2.1.A - Resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında;**

###### **3.2.1.A-1 - Kamu İhale Kanununa tabi olan resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında;**

(1) SUT ve eki listelerde yer alan tıbbi malzemelerin temin edilmesinde halinde, bu listelerdeki birim fiyatlar, sağlık hizmeti sunucuları tarafından hangi fiyatlara temin edildiğine bakılmaksızın geri ödemede esas alınacak olan fiyatlardır.

(2) SUT eki listelerde tanımlanmayan brans/branşlara ait tıbbi malzeme veya SUT eki listelerde kodu olup da fiyatı olmayan tıbbi malzemeler, KDV dahil alış fiyatı üzerine; %15 işletme gideri ilave edildikten sonra bulunan tutar üzerinden hazine kesintisi, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu kesintisi ilave edilerek fatura edilir ve bedelleri Kurumca karşılanır.

###### **3.2.1.A-2 - Kamu İhale Kanununa tabi olmayan resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında;**

(1) SUT ve eki listelerde fiyatı yer alan tıbbi malzemeler, belirlenen fiyatları aşmamak üzere fatura tutarı üzerinden ödenir.

(2) SUT ve eki listelerde tanımlanmayan brans/branşlara ait tıbbi malzemelerin veya SUT ve eki listelerde kodu olup da fiyatı olmayan tıbbi malzemelerin bedelleri, "İhale/Doğrudan Temin Sonuç Bilgileri Ekranı"nda malzemeye ait son bir yıl içerisinde en az 3 hastaneye ait fiyat bilgisi olmaması durumunda Kurumca karşılanmaz. 3 fiyat bilgisinin olduğu tespit edilen tıbbi malzemelerin bedelleri, Kurum taşra teşkilatı inceleme birimlerince ilgili tıbbi malzeme ile benzer nitelikte, aynı işlevsel özellikte olduğu ve aynı tıbbi sonucu verdiği kabul edilen tıbbi malzemelerin işlem tarihinden geriye doğru son bir yıl içerisindeki en düşük 5 fiyatın ortalaması alınarak (5 fiyatın altında olması halinde var olan en az 3 fiyatın ortalaması alınır), KDV dahil fiyatı, fatura tutarını geçmemek üzere ödenir.

##### **3.2.1.B - Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında;**

(1) SUT ve eki listelerde fiyatı yer alan tıbbi malzemeler, belirlenen fiyatları aşmamak üzere fatura tutarı üzerinden ödenir.

(2) SUT ve eki listelerde tanımlanmayan brans/branşlara ait tıbbi malzemelerin veya SUT ve eki listelerde kodu olup da fiyatı olmayan tıbbi malzemelerin bedelleri, "İhale/Doğrudan Temin Sonuç Bilgileri Ekranı"nda malzemeye ait son bir yıl içerisinde en az 3 farklı hastaneye ait fiyat bilgisi olmaması durumunda Kurumca karşılanmaz. 3 fiyat bilgisinin olduğu tespit edilen tıbbi malzemelerin bedelleri, Kurum taşra teşkilatı inceleme birimlerince ilgili tıbbi malzeme ile benzer nitelikte, aynı işlevsel özellikte olduğu ve aynı tıbbi sonucu verdiği kabul edilen tıbbi malzemelerin işlem tarihinden geriye doğru son bir yıl içerisindeki en düşük 5 fiyatın ortalaması alınarak (5 fiyatın altında olması halinde var olan en az 3 fiyatın ortalaması alınır), KDV dahil fiyatı, fatura tutarını geçmemek üzere ödenir.

#### **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 kurum ve kuruluşlarında tıbbi malzeme bedellerinin ödenmesi**

(1) Kurum ile sözleşmesiz sağlık kurum ve kuruluşlarının 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 tedavisi yapan uzman hekim ile genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji ve plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurullarına,

b) Ayakta tedavide; resmi sağlık kurum/kuruluşlarında genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurullarına düzenlenecektir. Ancak, "epidermolysis bullosa" hastalığında kullanılması gerekli görülen yara bakım ürünleri için sağlık kurulu raporu üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında (eğitim verme yetkisi olan klinik) dermatoloji, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi veya genel cerrahi uzman hekimlerinin yer aldığı sağlık kurulu tarafından, düzenlenecektir.

(3) Yara bakım ürünlerinin kullanımına dair düzenlenecek sağlık kurulu raporlarında hasta kimlik bilgilerinin dışında;

a) Etiyolojik tanı (diyabetik ayak yarası vb.),

b) Yara ve/veya yaraların anatomik lokalizasyonu,

c) Yara ve/veya yaraların ebatları,

ç) Klinik bulgular (ekstüzyon, kavitasyon gibi özellikler ayrıca belirtilecektir),

d) Öncesinde medikal ve/veya cerrahi tedavi uygulanıp uygulanmadığı,

e) Tercih edilen yara bakım ürününün tercih gerekçesi, tipi, ebatları, değiştirilme siresi bilgilerinin, yer alması zorunludur.

(4) Sağlık kuru raporunda belirtilen yara bakım ürünü dışında başka bir yara bakım ürünü kullanılması gerektiğinde, gerekçesi ile birlikte yeniden sağlık kuru raporu düzenlenecektir.

(5) Sağlık kuru raporları ayakta tedavide 2 ay, yatarak tedavide ise yatış süresince geçerlidir.

(6) Ayakta tedavide kullanılacak yara bakım ürünleri için, sağlık kuru rapora dayanılarak genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi veya dermatoloji uzman hekimlerinden biri tarafından reçete düzenlenmesi gerekmektedir. Ancak "epidermolysis bullosa" hastalığında kullanılması gerekli görülen yara bakım ürünleri için, resmi sağlık tesislerinde görev yapmakta olan dermatoloji, plastik ve rekonstrüktif cerrahi veya genel cerrahi uzman hekimlerince reçete düzenlenmesi gerekmektedir.

(7) Tek reçetede en fazla 15 günlük miktar yazılabilir.

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

(9) Ayakta tedavide tedavi edici etkisini sadece hidrocolloid, köpük ve fiber içermesinden dolayı gösteren yara bakım ürünleri ile "epidermolysis bullosa" hastalığında kullanılması şartıyla gazlı bez ve çeşitleri, sarğı bezi ve çeşitleri, petrolatum/parafin emdirilmiş leno bez dokuma, yapışmayan köpük örtüler, yapışmayan film örtüler ve yapışmayan prokoloidler gruplarından yer alan yara bakım ürünlerinin bedelleri Kurumca karşılanır.

(10) Yara örtücüleri, yara bakımı yardımcıları (transparan film örtü, yara temas tabakası ve yapışmaz örtüler, temizlik ürünleri, bariyer kremler ve spreyler, vb.), hidrojel (yara nemlendiriciler), katkı maddesi içeren ürünler (kollagen içeren, büyüme faktörü içeren, polisakkarit içeren, hyaluronik asit içeren, tıbbi bal ve tıbbi bal içerikli, vb.), deri edeğerleri, larva debridman, ultrasonik debridman ve sarf malzemeleri, topikal oksijen tedavisi malzemeleri ve biyostimulasyon tedavisi malzemelerinin (ışın, lazer, ultrason, elektrik vb.) bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(11) Yanık tedavisi uygulanan durumlarda, yatan hastalar için kullanılan yara bakım ürün grubuna dair ödenen malzeme gruplarından ayrı olarak,

a) Katkı maddesi içeren ürünlerden kollajen içeren ve polisakkarit içeren ürün grupları üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında sağlık kuru raporu ile kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.

b) Deri edeğerlerinin, eklem alanlarını içeren veya yüz mimiyini etkileyen veya %40'ı geçen 3. derece yanıklarda, üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında sağlık kuru raporu ile kullanımı halinde bedeli Kurumca karşılanır.

(12) Yanık hastalarının ayakta tedavilerinde, SUT ve eki listelerinde 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 cihazlarına ait bedeller, Kurumca karşılanacaktır. Kan şekeri ölçüm cihazının yenilenme süresi 2 yıldır. Bu süreden önce temin edilen kan şekeri ölçüm cihazının bedeli Kurumca ödenmez.

c) 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 adet,

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

4) Oral antidiyabetik ilaç kullanan diyabetli hastalarda 3 ayda en fazla 100 adet hesabıyla,

reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.

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

d) Kan şekeri ölçüm çubukları ve kan şekeri ölçüm cihazları, 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 kuru raporunda 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/sağlık kuru raporunun düzenlenme tarihinden itibaren 10 işgünü içerisinde yapılan hasta müracaatları optisyenlik müesseseleri tarafından kabul edilecektir. Süresi içerisinde kabul edilen sağlık kuru raporu ve/veya reçetelerin sisteme kaydı nitelikli malzemelerde 45 gün, diğer reçeteli malzemelerde ise 30 gün içerisinde tamamlanır. Süresi içinde yapılmayan hasta müracaatları ve/veya sistem kayıtlarına ilişkin reçete/sağlık kuru raporu ile kullanılması gerekli görülen görmeye yardımcı tıbbi malzemenin bedelleri Kurumca karşılanmaz.

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

(1) Gözlük cam ve çerçevenin temininde göz sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından düzenlenen reçeteye dayanılarak işlem yapılacaktır.

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

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

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

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

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

### **3.3.3.B - Teleskopik gözlük**

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

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

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

(4) Sağlık kurulu raporu 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 gözde gözlük uygulanmış ve gözlükle görme keskinlikleri 10/10 a kadar (tama) artmayan olgularda,

ve bu durumlarının üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca düzenlenen en az bir göz sağlığı ve hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporunda, teşhis, hastaya uygun görülen lensin çapı (BC), derinliği (DİA), diyoptri değeri (POW) ile lensin niteliğinin (sert, yumuşak, gaz geçirgenliği v.b.) belirtilmesi ve Kurumla sözleşmeli optisyenlik müesseselerinden temin edilmesi şartıyla SUT eki EK-3/D Listesinde yer alan bedeller üzerinden Kurumca karşılanır.

(2) Kontakt lenslerin yenilenme süresi 2 yıldır.

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

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

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

(6) Kontakt lens solüsyonlarının bedelleri Kurumca karşılanmaz.

### **3.3.4 - Greftler**

(1) Allogreftler, Sağlık Bakanlığı "Tıbbi Cihaz Yönetmeliği"ne tabi olmadığından, TİTUBB içerisinde yer alan allogreft kayıt sisteminde kayıt altına alınıncaya kadar bedellerinin ödenmesinde TİTUBB kayıt/bildirim işlemi tamamlanmış olma şartı aranmayacaktır.

(2) Sentetik ve hayvan kaynaklı greftler; Sağlık Bakanlığı "Tıbbi Cihaz Yönetmeliği" kapsamında olduğundan TİTUBB kayıt/bildirim işlemi tamamlanmış olma şartı aranacaktır.

(3) Allogreftlerin ödenebilmesi için Amerikan Doku Bankası Derneği (American Association Of Tissue Banks (AATB)) ve/veya Avrupa Doku Bankası Derneği (European Association Of Tissue Banks (EATB)) tarafından verilen belgenin fatura ekinde yer alması gerekmektedir.

**3.3.4.A - Kemik yapımını uyaran materyaller (DBM, DBM içeren "putty" "crunch", jel, BMP, kollagen analogları)**

(1) Kemik yapımını uyaran materyallerin kendi aralarında kombine edilerek veya tek başına kullanılması halinde Kurumca bedelleri karşılanmaz. Ancak tek başına DBM için; servikal füzyon ameliyatlarında, disk mesafesinde kafes içine en fazla 1cc. minimal invaziv yöntemle interbody füzyon ameliyatlarında kafes başına en fazla 5cc. kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.

(2) Osteojenik aktivitenin istendiği atrofik nonunion, pseudoartroz olgularında kemik yerine geçen materyallerle kombine kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır; hipertrofik nonunion olgularında kullanıldığı takdirde bedeli Kurumca karşılanmaz.

(3) Otojen greft kullanılması halinde, kemik yapımını uyaran materyallerin bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(4) Tümoral hastalıklarda oluşan defektlerin giderilmesinde kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır. Ancak agresif olmayan benign kemik tümörlerinde (basit kemik kisti, nonossifiye fibrom, fibroz kortikal defekt, enkondrom, v.b.) kemik yapımını uyaran materyallerin kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanmaz.

(5) Revizyon cerrahisinde (vertebra revizyonu ve artroplasti revizyonu) kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

### **3.3.4.B - Kemik yerine geçen materyaller (strut greft, kortikal ve spongiöz kemik içeren yongalar, küpler)**

(1) Kemik yerine geçen materyaller;

a) Fazla miktarda greftin gerektiği defektli ve çok parçalı kırıklarda veya daha önce otogreft uygulanmış ve greft alımında yeterli doku bulunmayanlarda,

b) Otogreft donör alımında morbidite bulunma riski olan hastalarda,

c) Tibia plato kırıkları, calcaneus kırıkları gibi yüksek enerji ile oluşan kırıkların cerrahi tedavisinde,

ç) Kemiklerde geniş defektler oluşturan benign veya malign tümörlerin cerrahisinde veya daha önce otogreft uygulanmış ve greft alımında yeterli doku bulunmayanlarda,

- d) 3 veya daha fazla seviye füzyon uygulanması gereken omurga cerrahisinde, kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

### 3.3.4.C - Genel hükümler

- (1) Posterior spinal stabilizasyon operasyonlarında servikal ve torakal 1- torakal 10 vertebra arası her seviye için en fazla 5 cc; altındaki her seviye için en fazla 10cc. kemik yerine geçen materyal bedeli Kurumca karşılanır.
- (2) Spinal cerrahide tümör ya da travma nedeniyle vertebraktomi boşluğuna titanyum ya da çelik kafes yerleştirilmesi sırasında kafesin içinin kemik yerine geçen materyaller ile doldurulması halinde bedelleri ödenir, beraberinde kemik yapımını uyaran materyaller kullanıldığında da bedeli Kurumca karşılanır.
- (3) Epifiz hattı açık olan hastaların, patolojik olmayan primer kırıklarında hiçbir greft türtü bedeli Kurumca karşılanmaz.
- (4) Yetişkin primer kırıklarında kemik yapımını uyarıcı malzemelerin kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanmaz.

### 3.3.4.C - Kemik yerine geçen sentetik greftler

- (1) Kemik yerine geçen sentetik greftler;
- a) Ototreft donör alımında morbidite bulunma riski olan hastalarda (kemik densitometrisi ile gösterilmiş şiddetli osteoporoz, iliak kanatta tümoral lezyon veya enfeksiyon, kemik iliğini tutan hastalıklar),
- b) Kemiklerde geniş defektler oluşturan benign veya malign tümörlerin cerrahisinde,
- c) 3 veya daha fazla seviye füzyon uygulanması gereken omurga revizyon cerrahisinde, kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.
- (2) Sentetik greftler kendi aralarında ve allogreftlerle kombine edilerek kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanmaz.
- (3) Sentetik greftlerin imal ya da ithal edildikleri ülkelerde sertifikalı olduğunun (FDA, TGA, SFDA gibi) belgelendirilmesi gerekmektedir.
- (4) Sentetik greftlerin imal ya da ithal edildikleri ülkelerde kullanıldığına dair ilgili ülkenin ruhsatlandırma biriminden veya bağımsız sağlık teknolojileri değerlendirme (HTA) biriminden alınacak, ürünün ülkede kullanıldığına ve geri ödeme kapsamında olduğuna dair belge ya da ilgili ülkenin Sağlık Bakanlığında alınacak aynı özelliklere haiz belgelerin herhangi biri ile belgelendirilmesi gerekmektedir.

### 3.3.4.D - Dura greftleri

- (1) Dura greftlerinin aşağıdaki durumlarda kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır.
- a) Nüks tümör cerrahisi,
- b) Kafa kaidesi girişimleri,
- c) Spinal cerrahi,
- ç) Kraniotomi sırasında duranın parçalandığı olgular,
- d) Posterior fossa cerrahisi,
- e) Leptomeningeal kist,
- f) Ensafalozel cerrahisi,
- g) Dekompresif kraniektomi yapılan olgular,
- ğ) Daha önce durası açık bırakılan olgular,
- h) Beyin omurilik sıvısı fistülleri,
- (2) Dura greft uygulanacak vakalarda defekt büyüklüğüne göre (otojen galeal greft, otojen fasia ile kapatılmayan, 5 cm üzeri dura greftlerinde) bedeli Kurumca karşılanır.

### 3.3.5 - Enjektör bedelleri

- (1) Ayaktan tedavide reçeteye yazılan enjektabl 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 karşılığında 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.
- (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 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)
- a) Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OUAS),
- b) Santral Uyku Apne Sendromu,
- c) Cheyne Stokes Solunumu,

c) Uykuya ilişkin hipoventilasyon/hipoksemik sendromlardır (uyku ilişkili obstrüktif olmayan idiyoopatik 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, nöromuskuler ya da göğüs duvarı hastalıklarına bağlı hipoventilasyon hipoksemi).

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

(3) Sağlık kurulunda; göğüs hastalıkları, psikiyatri veya nöroloji uzmanı; hastanın çocuk olması halinde ise çocuk göğüs hastalıkları veya çocuk nöroloji uzmanlarından en az birinin yer alması zorunludur.

(4) Tüm gece boyunca, en az 16 kanallı polisomnografi cihazı (en az 3 kanallı olmak üzere elektroensefalografi, elektromyografi, elektrokardiyografi, elektrookülografi, oksimetre, hava akımı, karn 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/RDI)

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 almaktadır.

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

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

(8) NİMV cihazlarının etkin kullanılıp kullanılmadığına yönelik yıllık olarak Kurumca yaptırılacak kontrollerde, cihazın yıllık minimum 1.200 saatin altında kullanıldığının saptanması durumunda, kullanım saati bilgilerinin yer aldığı sevk evrakı ile hastaların sağlık tesisine sevk edilmesi ve cihazla tedavinin devam edilip edilmeyeceğine ilişkin sağlık kurulu raporu tanzim edilmesi gerekmektedir.

(9) Bünyesinde polisomnografi cihazı bulunan özel sağlık kurumlarının 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 faaliyeti düzenleneceye kadar, polisomnografi cihazının izni belgesine işlenmiş olup olmamasına bakılmayacaktır.)

(10) NİMV cihazıyla birlikte kullanılması ve belli sürelerde değişmesi gereken maske, başlık, ara hava hortumu, oksijen ara bağlantı hortumu ve bakteri filtresi gibi aksesuarların, sağlık kurulu raporuna istinaden yılda en fazla bir kez reçete edilmesi durumunda bedelleri Kurumca karşılanır. Ancak NİMV cihazlarının maskelerinin gün içinde sürekli kullanımının gerektiği durumlarda, bu durumun NİMV cihazı kullanımına ilişkin çıkarılan sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla, 6 ayda bir bedelleri Kurumca karşılanır.

(11) Isıticılı nemlendiricili üniteleri NİMV cihazlarına dâhildir. Ayrıca ısıticılı nemlendiricinin bedeli Kurumca karşılanmaz.

### **3.3.6.A-2 - Kronik solunum yetmezliğinde NİMV cihazları verilme ilkeleri**

(1) Kronik solunum yetmezliğinde yalnızca BPAP-S ve BPAP-S/T cihazı bedelleri Kurumca karşılanacak olup, verilmesine yönelik sağlık kurulu raporu göğüs hastalıkları, nöroloji, anestezi ve reanimasyon ile yoğun bakım sorumlu uzman hekimlerinden birinin yer aldığı sağlık kurullarınca düzenlenecektir.

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

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

(4) SUT'un 3.3.6.A-1(10) fıkrasında belirtilen hükümler bu madde için de geçerlidir.

### **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.

(2) Sağlık kurulu raporunda; tanı, hastanın kullanacağı oksijen cihazının türü ve gerekeceği, oksijen akım hızı, günlük kaç saat kullanılacağı ve birlikte kullanılacak aksesuarlar (maske, kanül taşıyıcı hortum, nemlendirici gibi) 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) PaO<sub>2</sub> (Parsiyel Oksijen Basıncı) ≤ 55 mmHg veya SaO<sub>2</sub> (Oksijen Saturasyonu) ≤ 88 olması halinde,

b) Korpulmonale varlığında; PaO<sub>2</sub>'de 55-59 mmHg veya SaO<sub>2</sub> ≤ 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 (kansere ve diğer sistemik hastalıklara bağlı) hastalarda,

evde uzun süreli oksijen tedavisi cihazı bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(5) Evde uzun süreli veya taşınabilir komponenti olan oksijen tedavisi cihazı verilen hastaların yılda bir kez sevk evrakı ile sağlık tesisine gönderilmesi ve cihazla tedaviye devam edilip edilmeyeceğine ilişkin sağlık kurulu raporu tanzim edilmesinde gerekmektedir.

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

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

(7) Taşınabilir komponenti olan oksijen tedavisi cihazları; istirahat halinde PaO<sub>2</sub> (Parsiyel Oksijen Basıncı) > 55 mmHg veya SaO<sub>2</sub> (Oksijen Satürasyonu) > 88 olmasına karşın egzersiz durumunda veya iş sırasında desatüre (PaO<sub>2</sub> ≤ 55 mmHg veya SaO<sub>2</sub> ≤ 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 PaO<sub>2</sub> ≤ 55 mmHg veya SaO<sub>2</sub> ≤ 88 olan hastalar için efor kan gazı sonuçları istenmeyecektir.

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

(9) Cihazla birlikte kullanılması ve belli sürelerde değişmesi gereken maske, başlık, ara hava hortumu, oksijen ara bağlantı hortumu ve bakteri filtresi gibi aksesuarların, sağlık kurulu raporuna istinaden yılda en fazla bir kez reçete edilmesi durumunda bedelleri Kurumca karşılanır.

### 3.3.7 - Kapalı loop mikro infüzyon pompası

(1) Kapalı loop mikro infüzyon pompası, infüzyon seti, rezervuar ve ölçüm sensörleri bedellerinin Kurumca karşılanabilmesi için için hastalıkları veya çocuk sağlığı hastalıkları uzman hekimlerinden birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenmesi gerekmekte olup raporda;

- Açık loop mikroinfüzyon pompası kullanılmasına rağmen sık hipoglisemileri olan hastalarda gerekçesinin belirtilmesi,
- Hastanın Tip I diyabetli veya insüline bağımlı Tip II diyabetli olması ile birlikte kan şekerinin oynak (brittle) seyrettiğinin ya da gebelikte gestasyonel diyabet (hamilelik diyabeti) olduğunun belirtilmesi,
- Hastanın kendi kendine veya yakınlarının cihazı kullanma yeteneğini kazanmış olduklarının belirtilmesi, gerekmektedir.

(2) Kapalı loop mikroinfüzyon pompasının komponentlerinden;

- Kan şekeri ölçüm sistem vericisi pompa bedeline dâhil olup Kurumca ayrıca bedeli karşılanmayacaktır.
- Sarf malzemesi olan;

1) Ölçüm sensörlerinin ayda 2 adet hesabıyla reçete edilmesi ve sağlık kurulu raporunda belirtilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

2) İnfüzyon seti ve rezervuar bedelleri, sağlık kurulu raporuna dayanılarak en fazla 3 günde 1 adet üzerinden hesaplanmak suretiyle en fazla 3 aylık miktarda reçete edilmesi halinde Kurumca karşılanır.

### 3.3.8 - Ayakta dik pozisyonlama ve yürütme cihazları

#### 3.3.8.A - Çocuklar için (parapodium, standing table)

(1) Üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarının fizik tedavi ve rehabilitasyon kliniklerinde yatırılarak uygulama ve eğitiminin yapılması sonucunda nöroloji, fiziksel tıp ve rehabilitasyon ve ortopedi uzman hekimlerinin bulunduğu sağlık kurulu raporuna dayanılarak, fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerince;

- Bilinci açık ve kognitif fonksiyonları yerinde olan,
- Baş kontrolü ve oturma dengesi olan,
- Üst ekstremité motor fonksiyonları yerinde olan,
- Progresif hastalığı olmayan,

d) Herhangi bir nedene bağlı yerleşmiş parapleji klinik tablosu olan; 2 yaş ve üzerindeki hastalara (8 yaş üstü hastalara standing table bedeli karşılanmaz), reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.

(2) Parapodium, standing table cihazları birlikte temin edilmez.

(3) Ayrıca bu hastalara tekerlekli sandalye bedeli Kurumca karşılanmaz.

#### 3.3.8.B - Erişkinler için (stand up wheelchair)

(1) Üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarının fiziksel tıp ve rehabilitasyon kliniklerinde yatırılarak uygulama ve eğitiminin yapılması sonucunda nöroloji, fiziksel tıp ve rehabilitasyon ve ortopedi uzman hekimlerinin bulunduğu sağlık kurulu raporuna dayanılarak fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerince;

- Bilinci açık ve kognitif fonksiyonları yerinde olan,
- Üst ekstremité motor fonksiyonları yerinde olan,
- Progresif hastalığı olmayan,
- Herhangi bir nedene bağlı yerleşmiş parapleji klinik tablosu olan,

d) Mesleğini devam ettiren ve mesleki olarak ayakta durması gereken hastalara (bu durumun Kurum sosyal güvenlik kontrol memurlarınca tespiti halinde), reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.

(2) Bu hastalara ayrıca tekerlekli sandalye (özelliksiz, özellikli, akülü), ayakta dik durma, parapodium cihazı bedeli ödenmez.

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

### 3.3.9 - Ortopedi ve travmatoloji branşları ile ilgili ameliyatlarda kullanılan bazı tıbbi malzemelerin ödeme esas teşkil edecek usul ve esasları

(1) Aşağıda sayılan tıbbi malzemelerin bedelleri üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında (eğitim verme yetkisi olan klinik) uygulanması halinde Kurumca karşılanacaktır.

- Taze donmuş (fresh frozen) allogreft,
- Tümör rezeksiyon protezi,
- Menteşeli diz protezi,
- Kişiyе özel tasarımılı protezler,
- Uzaysal eksternal fiksatorler.

(2) Aşağıda sayılan tıbbi malzemelerin bedelleri üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında uygulanması ve Sağlık Bakanlığı "Ortopedi Bilimsel Danışma Kurulu"ndan her bir hasta için kullanılmasına onay alınması şartıyla Kurumca karşılanacaktır.

- Bilgisayarlı eksternal fiksator,
- Bilgisayarlı destekli intramedüller uygulamalar,
- Kişiyе özel üretilen tümör protezleri,
- Tümör dışı endikasyonlarda kullanılan tümör rezeksiyon protezleri,
- Torakolumbar posterior non invazive in situ growing manyetik rod,
- Menisküs allogreftleri.

#### 3.3.10 - 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 edilmiş halinde; tüm evrelerde bedelleri Kurumca karşılanır.

- Sağlık kurulu raporu ekinde; venöz sistem doppler ultrasonografi raporu ekte olmalıdır.
- Standart bedenler üzerinden bedeli Kurumca karşılanır.
- Rapor geçerlilik süresi 2 yıldır.

(5) İlgili hekimce uygun görülmesi halinde 6 ay arayla olmak şartıyla yılda en fazla 2 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 ekstremitte 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 ekstremitte bası giysisi ödeme göre çorap tarzı dize kadar, kasiğa kadar veya külotlu olabilir.

#### 3.3.11 - Sakral sinir stimülatörleri

(1) Sakral sinir stimülatörlerinin anal inkontinanstaki kullanımı:

a) Üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında (eğitim kliniği olan) genel cerrahi, gastroenteroloji, nöroloji ve psikiyatri kliniklerince oluşturulacak konsy kararınca ve bu 4 branşın hekimin birlikte bulunduğu sağlık kurulu raporuna istinaden bedeli Kurumca karşılanır.

b) Genel endikasyonlar;

1) 75 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 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 kolostomi olan hastalarda ve gebelerde kullanıldığı takdirde bedeli Kurumca karşılanmaz.

#### 3.3.12 - Ayakta ağız ve diş tedavilerinde tıbbi malzeme temin/ödeme usul ve esasları

(1) Lokal anestezi altında, cerrahi tedavilerde kullanılan her türlü tıbbi sarf malzemesi (Kurumca bedeli karşılanmayacağı ayrıca belirtilen malzemeler ve SUT'ta belirtilen diğer istisnalar hariç) sağlık hizmeti sunucusu tarafından temin edilmek zorundadır. Bir malzemenin reçete karşılığı hastaya aldırılması durumunda, fatura tutarı hastaya ödenerek ilgili sağlık hizmeti sunucusunun alacağından mahsup edilir.

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

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

(4) Lokal anestezi altında yapılan işlemlerde; sağlık kurulu raporuna, hasta veya yakını tarafından doldurulan ilgili malzemenin kullanıldığına dair belge (hastanın adı ve soyadı, işlem tarihi, kullanılan malzemenin adını içeren) eklenir.

(5) Protez yapılandırılabilir, protez temizleme tabletları, özel içerikli diş macunları vb. malzemelerin bedeli Kurumca karşılanmaz.

(6) Kanama durdurucu ajanların bedeli yatan hastalarda ameliyat notunda belirtilmesi şartıyla, ayakta tedavi gören hastalarda ise epikriz raporunda belirtilmesi şartıyla Kurumca karşılanır. Ayakta tedavi gören hastalarda fatura ekine epikriz raporu ile hasta veya yakını tarafından doldurulan, ilgili malzemenin kullanıldığına dair belge (hastanın adı ve soyadı, işlem tarihi, kullanılan malzemenin adını içeren) eklenir.

### 3.3.13 - Kulak kepeçesi protezi

(1) Üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında 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 kurumlarında ilgili dal uzmanlarıncaya düzenlenecek sağlık kurulu raporuna istinaden kulak, burun ve boğaz veya plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi hekimlerince gerekli durumlarda yenilenmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.

### 3.3.14 - Hücre içermeyen kırıldak implant ve otolog kondrosit implant

(1) Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında, Sağlık Bakanlığı "Ortopedi Bilimsel Danışma Kurulu"ndan her bir hasta için kullanılmasına onay alınması şartıyla bedelleri Kurumca karşılanacaktır.

### 3.3.15 - Yapışıklık önleyiciler

(1) Birden fazla karın ameliyatı geçirmiş yapışıklığı olan hastalarda veya laparotomi sonrası tekrarlayan ileus atakları olan hastalarda kullanılması halinde, en az bir genel cerrahi uzmanın yer aldığı sağlık kurulu raporuna istinaden bedeli Kurumca karşılanır.

### 3.3.16 - Çift yüzülü 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 yüzülü yama (mesh) olarak kabul edilir.

(2) Çift yüzülü yamalar (meshler) özellikli vakalarda ameliyat öncesinde hastanın karın duvarı defektinin görüntüsünün (fotoğraf veya bilgisayarlı tomografi gibi bir görüntüleme aracı kullanılarak) epikrizde eklenmesi, kullanılacak meshin boyutu ve defektin boyutunun epikrizde ilişkilendirilmesi ile üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında genel cerrahi, göğüs cerrahisi veya plastik ve rekonstrüktif cerrahi kliniklerince düzenlenecek sağlık kurulu raporu ile hasta başına temin edilmesi durumunda bedeli Kurumca karşılanır.

(3) Çift yüzülü yama (mesh);

a) Açık fıtık onarımlarında karın duvarının kapatılmadığı 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, durumunda bedeli Kurumca karşılanır.

(4) Çift yüzülü yama (mesh), primer ve nüks inguinal ve/veya femoral fıtıkların açık ve laparoskopik onarımlarında, primer umbilikal ve/veya epigastrik hernilerin açık onarımlarında kullanılmaları durumunda bedeli Kurumca karşılanmaz.

### 3.3.17 - Trakeobronşiyal stentler

(1) Üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında ilgili dal uzmanlarıncaya düzenlenecek sağlık kurulu raporuna istinaden bedeli Kurumca karşılanır. Maligın olgularda ise, sağlık kurulu raporunda en az 1 onkoloji veya radyasyon onkolojisi uzmanı imzasının yer alması gerekmektedir.

(2) Trakeobronşiyal stentler;

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

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

c) Trakea özefageal fistüllerde, kullanılmaları halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

### 3.3.18 - Total yüz maskesi

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

### 3.3.19 - Transbronşiyal iğne aspirasyonu iğnesi

(1) Transbronşiyal iğne aspirasyonu iğnesi;

a) Bronkojenik karsinom evrelemedinde,

b) Peribronşiyal ve submukozal lezyonlarda,

c) Periferik nodüller ve kitlelerde,

ç) Endobronşiyal lezyonlarda,

d) Sarkoidoz ve tüberkülozda,

e) Tümörün submukozal yayılımının ayırt edilmesi,

f) Mediastinal kitlelerin tanısında,

kullanılması durumunda bedeli Kurumca karşılanır.

### 3.3.20 - Bronş dilatasyon balonları

(1) Bronş dilatasyon balonları;

a) Trakeobronşiyal maligın ve benign darlıkların dilatasyonu,

b) Hayatı tehdit eden hemoptizilerde kanayan tarafın ana bronşunu oblitere etmek, durumlarında kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.

### 3.3.21 - Damar kapama ve kesme probu (açık cerrahi), doku füzyonu açık aleti

(1) Bu kapsamdaki tıbbi malzemeler ultrasonik makas olarak değerlendirilemez.



(2) Üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında, göğüs cerrahisi, genel cerrahi uzmanının olduğu sağlık kuruluşu raporu ile kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.

### **3.3.22 - Burun protezi**

(1) Total burun defektlerinin rekonstrüksiyonu veya epitezin yenilenmesine gerek duyulduğu hallerde üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında sağlık kurulu raporuna istinaden bedeli Kurumca karşılanır.

### **3.3.23 - Dura yapıştırıcı**

(1) BOS fistülü olan vakalarda bedeli Kurumca karşılanır.

## **DÖRDÜNCÜ BÖLÜM** **İlaç**

### **4.1 - Reçete ve sağlık raporu yazım ilkeleri**

(1) İlaç bedellerinin Kurum tarafından ödenebilmesi için, reçete yazımında ve rapor düzenlenmesinde aşağıda belirtilen hususlar uygulanacaktır.

#### **4.1.1 - Ayakta tedavilerde reçetelerin düzenlenmesi**

(1) İlaçların reçetelendirilmesinde matbu, e-reçete veya elektronik ortamda kayıt altına alınan reçeteler kullanılır. (Bu konuda Sağlık Bakanlığı ve Kurumca yayımlanan mevzuat hükümleri saklıdır.)

(2) Reçetelerde teşhis bilgilerinin yer alması zorunludur. SUT eki "Teşhis Kısaltmaları Listesi" nde (EK-4/Ç) yer alan kısaltmalar hariç teşhislerde kısaltma yapılmayacaktır. Reçetede yazılı ilacın/ilaçların yan etkilerini önlemek ve/veya tedaviyi desteklemek amacıyla reçete edilen ilaçlar için ayrıca teşhis aranmayacaktır.

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

(4) Reçetelerde hastanın adı soyadı, T.C. Kimlik Numarası veya reçete tanzim tarihi ile birlikte MEDULA takip numarası veya e-reçete numarası veya protokol numarası yer alacaktır.

(5) Yabancı ülkelerle yapılan "Sosyal Güvenlik Sözleşmeleri" kapsamında Kurum tarafından sağlık hizmeti verilen kişiler için düzenlenecek reçetelere, sağlık yardım hakkını veren ülkenin adı ayrıca yazılacaktır.

(6) Üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde ihtisas bilgisi ile üst ihtisas yapmakta olan uzman hekimler, yalnızca ihtisas yapmakta oldukları branşın uzman hekiminin reçete etmesi gereken ilaçlar ile SUT ve eki listelerde uzman hekimlerce yazılabileceği belirtilen ilaçları reçete edebilirler.

(7) SUT'ta belirli bir uzman hekim tarafından reçete edileceği/rapor düzenleneceği belirtilmiş ilaçlar, aynı uzmanlık eğitimi üzerine yan dal uzmanlığı yapmış olan hekimlerce de reçete edilebilir/rapor düzenlenebilir.

(8) Sağlık Bakanlığınca aile hekimliği sözleşmesi yapılan veya yetkilendirilen hekimler, aile hekimliği uzman hekiminin yazabildiği tüm ilaçları reçete edebilirler.

(9) SUT'ta geçen uzmanlık dalları; aksine bir hüküm bulunmadıkça hem erişkin hem de çocuk yan dallarını ifade eder.

(10) Sağlık raporuna istinaden reçete edilecek ilaçlar, SUT ve eki listelerde aksine bir hüküm olmadıkça, bu sağlık raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.

(11) Diş hekimleri yalnızca doğrudan ağız ve diş sağlığı ile ilgili ilaçları reçete edebilir.

#### **4.1.2 - Yatarak tedavilerde reçetelerin düzenlenmesi**

(1) Yatarak tedavilerde kullanılacak ilaçların hastane tarafından temini zorunludur.

(2) Yatarak tedavilerde Kurumla sözleşmeli resmi sağlık kurumları tarafından temin edilemeyen ilaçlar için düzenlenen reçetelerde "Eczanemizde Yoktur, Yatan Hasta" ibaresi ve başhekimlik onayının bulunması zorunludur.

(3) Reçetede yer alan ilaç bedelleri SUT hükümleri doğrultusunda 5 günlük dozu (ancak, sağlık kurumlarında uzun süre yatarak tedavi gören tüberküloz hastalarına, kullanım dozu belgelenmek kaydıyla 1 aylık miktarda tüberküloz ilaçları reçete edilebilir) aşmamak kaydıyla karşılanır ve ödenen tutar ilgili sağlık kurumunun alacağından mahsup edilir. Mahsup edilen ilacın/ilaçların sağlık kurumunca ihale ve doğrudan alım yöntemi ile temin edilemediğinin başhekimlik onayı ile belgelendirilmesi halinde mahsup edilen tutar sağlık kurumuna iade edilir. Ancak taniya dayalı işlem kapsamında olan ilaçlar için mahsup edilen tutarlar iade edilmez. Tedavinin devam ettiği durumlarda "doz" bitiminde yeniden reçete yazılması mümkündür.

(4) Ancak, günlük tedavilerde kullanılan ilaçların hastanelerce temini zorunlu olmayıp; hekim tarafından reçetede günlük tedavi kapsamında olduğunun belirtilmesi kaydıyla ilaçlar sözleşmeli eczanelerden temin edilebilecektir.

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

(6) Robotik kemoterapi ünitesi olan sağlık tesislerinde kemoterapi ilaçlarının hastaya kullanılan miktar kadarının fatura edilmesi mümkündür. Uygulamanın esasları Kurumun resmi internet sitesinde duyurulur.

#### **4.1.3 - İlaç kullanımına esas sağlık raporlarının düzenlenmesi**

(1) Sağlık raporu formatları ile bu raporların tasdik, mühür ve diğer uygulamalarında Sağlık Bakanlığı mevzuatı ve MEDULA sistemindeki düzenlemelere uyulacaktır.

(2) Sağlık raporlarının düzenlenmesinde, SUT'un 1.10 maddesi dikkate alınacaktır. Bu raporlar, SUT'ta yer alan istisnalar saklı kalmak kaydıyla SUT'un 1.10.1 maddesi doğrultusunda uzman hekim tarafından düzenlenecek olup, SUT'un 1.10.2 maddesine göre düzenlenen sağlık kurulu raporları da geçerli kabul edilecektir. (MEDULA hastane sistemini kullanan sağlık hizmeti sunucuları raporları elektronik ortamda düzenleyecek ve bu raporlar başhekimlik tarafından elektronik ortamda onaylanacaktır.)

(3) Sağlık raporlarında, SUT ve eki listelerde özel düzenleme yapılmış ilaçlar hariç olmak üzere, ilaç dozlarının belirtilmesi şart olmayıp, etken madde adının yazılması yeterli olacaktır. Sağlık raporuna etken madde adının yazılmasının

yeterli olduğu ilaçlar için hastanın kullanacağı ilacı etken madde miktarı ve günlük kullanım dozuna göre düzenlenmektedir. Ancak raporda ilacı etken madde miktarının ve günlük kullanım dozunun ayrıntılı olarak belirtilmiş olması halinde belirtilen doz miktarı asılmaz.

(4) Hasta katılım payı muafiyeti için düzenlenen sağlık raporlarında, teşhis ve ICD-10 kodu yer alacaktır. SUT eki EK-4/F Listesinde yer alan kısaltmalar hariç teşhisler ve etken madde isiminde kısaltma yapılmayacaktır.

(5) Sağlık raporları, SUT'ta yer alan özel düzenlemeler hariç olmak üzere en fazla iki yıl süre ile geçerlidir.

(6) Hasta kimlik bilgileri veya ilaç adına ilişkin yazım hataları ile SUT hükümlerine göre eksikliği (ilacı kullanım dozu, teşhis, etken madde, kullanım süresi, ilgili hekim onayı veya tedavi şeması, ICD-10 kodu) bulunan sağlık raporları, aslına sadık kalmak kaydıyla; uzman hekim raporunda raporun çıktığı hastanede raporu düzenleyen hekim tarafından (bu hekimin bulunmaması halinde aynı branştan hekim), sağlık kurulu raporlarında ise raporda yer alan hekimlerden biri tarafından gerekli düzeltmelerin yapılması, raporlar elektronik ortamda düzenlenmiş ise; bu düzeltmelerin başhekimlik tarafından elektronik ortamda onaylanması koşulluyla, düzeltme esası reçete tarihidenden itibaren süresinin sonuna kadar geçerlidir. (Yalnızca Kurumca iade edilmiş reçete/raporlar için geçerlidir.)

(7) Sağlık raporlarına dayanılarak reçete edilen ilaçlar için, hastalardan ve raporu düzenleyen sağlık kurum ve kuruluşlarından, SUT ve eki listelerde belirtilen özel durumlar haricinde ek bilgi ve belge talep edilmeyecektir.

(8) Kullanımı sağlık raporuna bağlı veya katılım payından muaf ilaç/ilaçlar için düzenlenecek reçetelere ait rapor elektronik ortamda düzenlenmemiş ise aslı gibidir onayı yapılmış rapor fotokopisi, fatura ekinde Kuruma gönderilecektir. Aslı gibidir onayı raporu düzenleyen sağlık kurumu veya reçeteyi düzenleyen hekim veya reçeteyi karşılayan eczacı tarafından yapılacaktır. Raporlar elektronik ortamda düzenlenmiş ise rapor fotokopisi Kuruma gönderilmeyecektir.

(9) Sağlık raporları, SUT değişikliği olması halinde yeni hükümlere uygun olması kaydıyla süresi sonuna kadar geçerlidir. Değişiklik sonrası SUT hükümlerine uygun olmayan raporlar, SUT'un 4.1.3(6) fıkrası kapsamında yeni hükümlere uygun hale getirilmediği takdirde geçerli olacaktır. (Kurumca süresi sonuna kadar geçerli olacağı duyurulan raporlar hariç.)

(10) Elektronik rapor uygulamasında, SUT'ta geçen uzman hekim ve sağlık kurulu raporu ifadeleri "-e- rapor", ıslak imza ve başhekimlik mührü ifadeleri de "elektronik imza" veya elektronik imza çalışmalarını tamamlanmaya kadar "başhekimlik tarafından elektronik ortamda onaylama" olarak değerlendirilecektir.

(11) SUT'un "İlaç" bölümü ve bu bölüm ile ilgili eklelerde, bazı ilaçların kullanımı için düzenlenecek raporların ekinde ibrazı istenilen belgelerde aranan bilgiler, elektronik rapor uygulamasında rapor içinde belirtilecek olup ayrıca belge istenmeyecektir.

#### **4.1.4 - Reçetelere yazılabilecek ilaç miktarı**

(1) İlaçların parenteral formları ile majistrallerin reçeteye yazılması durumunda en fazla 10 günlük tedavi bedeli ödenir. Reçetede mutlak surette günlük kullanım dozu belirtilir. Majistraller için tedavi süresi ve tedavi amaçlı olduğu hekim tarafından reçete üzerinde belirtilir.

(2) Antiinflamatuar ve antiromatikizmal gruba ilaçların solid-oral formlarında büyük ambalaj kapsamına giren ilaçlar, ayakta tedavide tek uzman hekim tarafından düzenlenen sağlık raporuna dayanılarak reçete edilir, en küçük ambalajlı formları ise rapor aranmaksızın reçete edilir.

(3) İlaçın reçete edilmesindeki özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla, SUT eki "Ayakta Tedavide Sağlık Raporu (Uzman Hekim Raporu/Sağlık Kurulu Raporu) ile Verilebilecek İlaçlar Listesi" (EK-4/F) ve Kurumun resmi internet sitesinde yayınlanan "Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi" nde (EK-4/D) yer almamakla birlikte, uzun süreli kullanımı sağlık raporu ile belgelendirilen ilaçlar, katılım payı alınmak koşuluyla en fazla üç aylık tedavi dozunda reçete edilebilir.

(4) Bir ilacın ruhsatlı endikasyonları ve prospektüs dozlarında kullanımında SUT hükümleri ve Kurum mevzuatı amirdir. Ruhsatlı endikasyonları ve prospektüs dozu dışında kullanımı ise ancak Sağlık Bakanlığınca verilen endikasyon dışı onayla mümkündür.

a) Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan "Endikasyon Dışı İlaç Kullanımı Kılavuzu" nda ilacın ruhsatlı endikasyonları ve prospektüs dozu dışında kullanımını ile ilgili yer alan hususlar da dikkate alınacak olup, kılavuzda tanımlanmamış durumlar için Sağlık Bakanlığı endikasyon dışı onayı aranır.

b) EK-4/D Listesinde yanında (\*) yıldız işaret bulunmayan ilaçların EK-4/D Listesinde belirtilen hastalıklarda kullanımı halinde Sağlık Bakanlığınca endikasyon dışı kullanım onayı aranmaz.

c) Sağlık Bakanlığı tarafından verilen endikasyon dışı onaylarda, bu onay için süre belirtilmemiş ise rapor yenilenmesinde yeni onay aranmaz.

c) Sağlık Bakanlığınca verilen endikasyon dışı onaya dayalı olarak yapılacak ilaçların rapor ve reçeteleme koşulları için SUT'ta yer alan özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla Sağlık Bakanlığınca verilmiş onay kabul edilir.

d) Endikasyon dışı onay aranacak ilaçlar için reçeteler ve sağlık raporları ilgili uzman hekim/hekimlerce düzenlenir.

(5) Hastanın tedavisinde ilk defa reçete edilecek ilaçlar (raporlu olsa dahi) kullanım dozuna göre, bir ayı geçmeyecek sürelerde en fazla 1 kutu ödenir. Sonraki reçetelerde yazılacak ilaç miktarı için SUT'ta yer alan genel veya özel düzenlemeler esas alınır. Bu ilaçların devam reçetelerindeki farklı farmasötik dozları da ilk tedavi olarak kabul edilir. Ancak ilaçların topikal ve parenteral formları, serumlar, enteral ve parenteral beslenme ürünleri, tıbbi amaçlı mamalar, diyaliz solüsyonları ve majistral ilaçlar için bu fıkra ilk seferde en fazla bir aylık doz olarak uygulanır.

#### **4.1.5 - Elektronik reçete uygulaması**

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

(2) Sağlık kurum/kuruluşları tarafından düzenlenecek reçeteler SGK Hekim Şifresi ile düzenlenecektir. Kurumca belirlenecek istisnalar haricinde manuel reçetelerin bedelleri karşılanmayacaktır. Kurum tarafından gerekli düzenlemelerin yapılması sonrasında ise reçeteler Kurum tarafından belirlenecek tarihten itibaren elektronik imza ile imzalanacaktır. Eczaneler tarafından manuel giriş yapılan reçetelerin bedelleri karşılanmayacaktır.

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

a) Yabancı ülkelerde yapılan "Sosyal Güvenlik Sözleşmeleri" kapsamında Kurum tarafından sağlanan hizmetleri verilen kişiler için düzenlenen reçeteler,

b) Majistral ilaç içeren reçeteler, alerji aşılı reçeteleri,

c) İthal ilaç grubuna giren kişiye özel yurt dışından getirtilen ilaçlar için düzenlenen reçeteler,

e) SUT'un 1.7(2) fıkrasının b ve c bentlerinde tanımlanan ve MEDULA hastane sisteminde provizyon alınmamasına rağmen sağlık hizmeti sunulması durumunda düzenlenen reçeteler,

d) Acilde düzenlenen reçeteler,

e) Aile hekimleri tarafından "geziçi sağlık hizmeti" kapsamında düzenlenen reçeteler (bu reçetelerin gezici sağlık hizmeti kapsamında düzenlendiğini belirten ifadenin bulunması ve hakim tarafından onaylanması gerekmektedir.),

f) Evde sağlık hizmeti kapsamında düzenlenen reçeteler,

g) Resmî ve özel sağlık kuruluşlarında; kamu idareleri bünyesindeki kurum hekimliklerinde, işyeri hekimliklerinde, belediyelere ait polikliniklerde, huzur evlerinde, aile hekimlikleri dışındaki birinci basamak resmî sağlık hizmeti sunucularında, üniversitelerin mediko-sosyal birimlerinde, Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularında düzenlenen reçeteler (resmî ve özel sağlık kuruluşlarında MEDULA hastane sisteminin kullanımına başlamaları veya teknik alt yapılarını oluşturmaları halinde e-reçete uygulamasına geçmeleri zorunludur.).

(4) Sağlık Bakanlığı tarafından özel mevzuatı düzenlenmiş olan kırmızı, mor, turuncu ve yeşil reçetelerin elektronik reçete olarak düzenlenmesi halinde reçeteler ayrıca Kuruma ibraz edilmeyecektir.

(5) MEDULA sisteminin ve/veya sağlık hizmet sunucusuna ait sistemin çalışmaması nedeniyle e-reçetenin düzenlenememesi halinde manuel olarak düzenlenen reçete üzerinde e-reçete olarak düzenlenememesine ilişkin "Sistemlerin çalışmaması nedeniyle e-reçete düzenlenmemiştir" 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.)

(6) SUT'un "İlaç" bölümünün ve bu bölüm ile ilgili SUT eklelerinde, bazı ilaçların kullanımı için düzenlenecek reçetelerin ekinde ibrazı istenilen belgelerde aranan bilgiler, e-reçete uygulamasında e-reçete içinde belirtilecek olup ayrıca belge istenmeyecektir.

(7) Endikasyon dışı ilaç kullanım yazısının tarih ve sayısı ile geçerlilik süresi, güvenlik izlem formunun ilgili mevzuat hükümlerine uygun olarak hasta adına düzenlendiği ibaresi ve sürekli görevle yurt dışına gönderilenlerin yurt dışı görevine dair resmî belgenin tarih ve sayısının e-reçetede belirtilmesi zorunludur.

(8) Yatan hastalara düzenlenen e-reçetelerde "Eczanemizde Yoktur, Yatan Hasta" ibaresi aranmaksızın sadece elektronik ortamda başhekimlik tarafından onaylanması yeterli olacaktır.

(9) Yeniden e-reçete düzenlenmeksizin yapılacak ilaç temini;

a) İlk defa reçete edilecek ilaçlar hariç olmak üzere sürekli kullanılan ilaçlarda uygulanır.

b) EK-4/D Listesinde yer alan hastalıklardan aşağıda belirtilen hastalık grupları ile bu hastalık grupları için EK-4/D Listesinde tanımlı ilaçlar uygulama kapsamındadır:

1) (4.1.) Kalp yetmezliği (I50)

2) (4.2.) Koroner arter hastalığı (I20) (I25) (Z95.1) (Z95.5-Z95.9)

3) (4.5.) Arteriyel hipertansiyon (I10 -I13) (I15)

4) (4.8.) Hiperkolesterolemî\*, hiperlipidemi\* (E78)

5) (7.2.1.) Diabetes mellitus (E10-E14)

6) (10.3.1.) Parkinson hastalığı (G20)

7) (10.7.) Demans (F00) (F01.1- F01.9) (F02-F03) (G30)

8) (12.1.) Glukom (H40.1-H40.9)

9) (12.2.) Kronik ve nükseden üveitler, tiroide bağlı oftalmopati ve sempatik oftalmi, keratoplasti red reaksiyonu (H20.1) (H20.8) (H06.2) (H44.1) (T86.8-T86.9)

10) (12.3.) Kuru göz sendromu (H04.1)

c) Yukarıda belirtilen hastalıklarda sağlık raporuna dayanılarak düzenlenmiş reçeteye istinaden yeniden reçete düzenlenmeksizin eczaneden ilaç temin edilebilir. Bu şekilde ilaç temini, düzenlenmiş reçete tarihi itibarıyla 6 aylık süreyle kapsar. Süre bitiminde tekrar reçete düzenlenir.

ç) 6 ay boyunca, düzenlenmiş reçetede yazılı miktarlar esas alınarak, yeniden reçete düzenlenmeksizin bu miktarlarda ilaç temin edilebilir. Ancak SUT'ta belirtilen özel hükümler ile düzenlenmiş reçetede yazılı günlük kullanım dozuna göre bir seferde üç aylık tedavi dozunun aşılması gözetilir.

d) Raporun geçerlilik süresinin bitmesi durumunda yeniden rapor ve reçete düzenlenmesi şartı aranır.

#### **4.1.6 - Hasta katılım payından muaf ilaçlar (EK-4/D)**

(1) EK-4/D Listesinde yer alan hastalıklarda kullanılacak ilaçlar, SUT ve eki listelerde yer alan özel hükümler saklı kalmak kaydıyla, sağlık raporuna dayanılarak en fazla 3 aylık tedavi dozunda reçete edilmesi halinde bedelleri ödenir.

(2) Bu listede yer alan etken maddeler için, ilgili başhıktaki tanımlara uygun olacak şekilde sağlık raporu düzenlenmesi halinde bu sağlık raporuna istinaden reçete edilen ilaçlar katılım payından muaf tutulur.

(3) İlaçın reçete edilmesi ile ilgili SUT ve eki listelerde belirtilen özel hükümler saklı kalmak kaydıyla; EK-4/D Listesinde yer alan ilaçlar, sağlık raporuna dayanılarak tüm hekimlerce de reçete edilebilir.

(4) Sürekli görevle yurt dışına gönderilenler ile bunların yurt dışında birlikte yaşadıkları eş ve bakımına yükümlü olduğu kişilere, EK-4/D Listesinde yer alan hastalıklarda kullanılacak ilaçların; söz konusu hastalıklar için SUT ve eki listelerde yer alan özel hükümler saklı kalmak kaydıyla, hasta adına düzenlenmiş reçete ile sağlık raporu ve eki yurt dışı görevine dair resmî belge ibrazına dayanılarak en fazla bir yıllık tedavi dozunda reçete edilmesi halinde bedelleri ödenir. (SUT'ta belirtilen süresi 1 yıldan az olan raporlarda rapor süresi kadar ilaç verilir.)

(5) Kurumca katılım payından muaf tutulan hastalıklar, hastalıkları tanımlayan ICD-10 kodları ve bu hastalıklarda kullanılacak ilaçların yer aldığı EK-4/D Listesi, "Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi" (EK-4/D) olarak Kurumun resmî internet sitesinde yayımlanır.

#### 4.1.7 - Sadece Yatan Hastalarda Kullanımı Halinde Bedelleri Ödenecek İlaçlar (EK-4/G)

(1) SUT eki "Sadece Yatan Hastalarda Kullanımı Halinde Bedelleri Ödenecek İlaçlar Listesi" nde (EK-4/G) yer alan ilaçlar (anestezipler dâhil), sadece sağlık kurumlarında yatan hastalarda ve/veya özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla günlük tedavilerde kullanılır.

(2) SUT eki EK-4/G Listesinde yer alan ilaçların reçete edilmesinde, SUT'un 4.1.2 maddesindeki esas ve usullere uyulur. SUT'ta bulunan özel hükümler saklı kalmak kaydıyla, ayakta tedavilerde reçete edilmesi halinde bu ilaçların bedeli ödenmez.

#### 4.1.8 - Ayakta tedaviye sağlık raporu ile verilebilecek ilaçlar (EK-4/F)

(1) SUT eki "Ayakta Tedaviye Sağlık Raporu (Uzman Hekim Raporu/Sağlık Kurulu Raporu) İle Verilebilecek İlaçlar Listesi" nde (EK-4/F) yer alan ilaçların ayakta tedavilerde kullanımı gerektiği durumlarda, SUT ve eki listelerde yer alan özel hükümler saklı kalmak kaydıyla, düzenlenen sağlık raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir. En fazla 3 aylık tedavi dozunda reçete edilmesi halinde bedelleri ödenir.

(2) SUT eki EK-4/F Listesinde yer alan ilaçlar için raporda ayrıca ilaç/ilaçların kullanım dozu, uygulama planı ve süresi de belirtilir. Düzenlenen raporlar, tedavi süresi boyunca geçerlidir. Ancak, bu süre iki yılı geçemez.

(3) SUT eki EK-4/F Listesinde yer almakla birlikte, EK-4/D Listesinde yer almayan ilaçlardan hasta katılım payı alınır, EK-4/D Listesi kapsamında olanlardan ise katılım payı alınmaz.

(4) Periton diyalizi tedavisinde kullanılması zorunlu görülen diyaliz solüsyonu ve sarf malzemeleri, periton diyaliz tedavisi altındaki hastalara nefroloji veya diyaliz sertifikalı iç hastalıkları/çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinden birinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak bu hekimlerce veya diyaliz sertifikalı tüm hekimler tarafından ayakta tedavide de reçete edilebilir.

#### 4.1.9 - Bedeli ödenecek ilaçlar (EK-4/A)

(1) Kurumca bedeli ödenecek olan ilaçlar Kurumun resmi internet sitesinde yayımlanan "Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi" nde (EK-4/A) belirtilmiştir. Bu listede ticari isimleri ve barkod/karekod numaraları yer almayan ilaçların bedelleri hiç bir koşulda Kurumca ödenmez. Yurt dışından temin edilen ilaçlar için özel düzenlemeler saklıdır.

#### 4.1.10 - Güvenlik ve endikasyon formu ile uyusturucu ve psikotrop ilaçlar

(1) Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK) bilimsel komisyonları tarafından herhangi bir ilaçla ilgili "Güvenlik ve Endikasyon Formu" geliştirilmiş ise ilgili ilacın geri ödemesi için söz konusu formun doldurulması, gereken imzaların tamamlanması ve bir örneğinin reçeteye eklenmesi gerekmektedir.

(2) Güvenlik ve endikasyon formu olan ilaçlar ile uyusturucu ve psikotrop ilaçların reçeteye yazılacak maksimum dozları, varsa rapor süreleri ve koşulları ile reçeteleme koşulları konusunda, SUT'ta bulunan özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla TİTCK'ca belirlenen kurallara uyulacaktır.

#### 4.2 - Bazı özel hastalıklara ve ilaç kullanımına ilişkin düzenlemeler

(1) Aşağıda belirtilen düzenlemeler, SUT'ta bulunan özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla, ayakta ve yatarak tedaviler için geçerlidir.

#### 4.2.1 - Leflunomid, altın preparatları, Anti-TNF ilaçlar ve rituksimab (romatoid artrit)de kullanım ilkeleri

##### 4.2.1.A - Leflunomid

(1) Romatoid artritli veya psoriasis artritli (bu endikasyonda sadece leflunomid 20-100 mg) hastaların tedavisinde; hastalığın diğer hastalık modifiye edici ilaçlardan sulfasalazin veya methotrexat ile kontrol altına alınmadığı veya bu ilaçların kullanımının kontrendike olduğu veya yan etki nedeniyle kullanılmadığı durumlarda, bu durumun belirtildiği iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen bir yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce reçete edilir.

##### 4.2.1.B- Altın preparatları

(1) Romatoid artritli hastalarda, hastalığın diğer hastalık modifiye edici ilaçlardan sulfasalazin veya methotrexat ile kontrol altına alınmadığı veya bu ilaçların kullanımının kontrendike olduğu veya yan etki nedeniyle kullanılmadığı durumlarda, bu durumun belirtildiği fiziksel tıp ve rehabilitasyon, klinik immunoloji ve romatoloji uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen bir yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce reçete edilir.

##### 4.2.1.C - Biyolojik ajanlardan Anti-TNF ilaçlar, rituksimab ve abatasept kullanım ilkeleri

##### 4.2.1.C-1 - Anti-TNF (tümör nekrozis faktör) ilaçlar

(1) Erişkin ve Juvenil Romatoid Artrit;

a) Romatoid artritli erişkin hastalarda; biri methotrexat olmak üzere en az 3 farklı hastalık modifiye edici antiromatizmal ilacı, en az üçer ay kullanmış olmasına rağmen hastalık aktivitesinin kontrol altına alınmadığı (Hastalık Aktivite Skoru (DAS) 28 > 5.1; juvenil romatoid artritte DAS 28 kriteri aranmaz.) hallerde, 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak ilaç başlanır. İlaça başlandıktan 3 ay sonra yapılan değerlendirmede DAS 28 skorunda 0,6 puandan fazla düşme olması halinde, bu durumun yeni düzenlenecek 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile 3 ay daha tedaviye devam edilir. Bu raporun süresi sonunda DAS 28 skorunda toplam 1,2 puandan fazla düşme olması halinde bu durumun yeni düzenlenecek 6 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile hastaların tedavisine devam edilebilir. Tedavinin devamında DAS 28 kriterine 6 ayda bir bakılır, başlangıç ve yeni DAS 28 skorları her sağlık kurulu raporunda belirtilir. Tedaviye rağmen hastanın DAS 28 skorunda, başlangıç DAS 28 skoruna göre, 1,2 puandan fazla düşme olmaması halinde tedavi sonlandırılır.

b) Juvenil romatoid artritli (poliartiküler -idiyopatik-kronik) hastalarda NSAİ ve/veya methotrexat ile 3 aylık tedavi sonunda ACR pediatrik 30 yanıtı alınması ise bu durumun belirtildiği 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak Anti-TNF ilaçlarla tedaviye başlanabilir. İlaça başlandıktan 3 ay sonra yapılan değerlendirmede ACR pediatrik 30 yanıtının alınması halinde, bu durumun yeni düzenlenecek 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile tedaviye devam edilir. Bu raporun süresi sonunda hastanın ACR pediatrik cevap kriteri 50 ve üzerinde olması halinde bu durumun yeni düzenlenecek 6 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile hastaların tedavisine devam edilebilir. Tedavinin devamında ACR pediatrik cevap kriterine 6 ayda bir bakılır, başlangıç ve ACR pediatrik cevap kriteri her sağlık kurulu

raporuna belirlenir. Tedaviye rağmen ACR pediatrik cevap kriteri 50'ye ulaşmayan hastalarda anti-TNF tedavisine devam edilmez.

(2) Aksiyel tutulumlu ankilozan spondilitli hastalarda; biri maksimum doz indometazin olmak üzere en az 3 nonsteroid antiinflatuar ilacı maksimum dozunda kullanmasına rağmen yeterli cevap alınmayan (Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi (BASDAI) >5), bununla birlikte eritrosit sedimentasyon hızı >28 mm/s veya normalin üst sınırı aşan CRP değeri veya MR/sitografi ile gösterilmiş aktif sakroilit/spondilitli olan durumlarda, bu durumun 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla ilaca başlanır.

(3) Periferik eklem tutulumlu ankilozan spondilitli hastalarda; maksimum dozda NSAİ ile birlikte sulfasalazin veya methotrexattan birinin kullanılmasına rağmen yeterli cevap alınmayan (BASDAI >5) ve bununla birlikte eritrosit sedimentasyon hızı >28 mm/s veya normalin üst sınırı aşan CRP değeri olan durumlarda, bu durumun 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla ilaca başlanır.

(4) Aksiyel tutulumlu ankilozan spondilitli ve periferik eklem tutulumlu ankilozan spondilitli hastalarda ilacın etkinliği, ilaca başlandıktan 3 ay sonra değerlendirilir. Yeterli cevap alınmamışsa (BASDAI'de 2 birden daha az düzelme olması), ilaca devam edilmesi durumunda ilaç bedeli ödenmez. Tedaviye cevap alınmış ve ilaca devam edilecek ise bu durum 6 ay süreli yeni düzenlenecek sağlık kurulu raporunda belirtilir.

(5) Psöriyatik artritli hastalarda; en az 3 farklı hastalık modifiye edici antiromatizmal ilacı uygun dozunda en az üçer ay olmak üzere kullanmış olmasına rağmen hastalık aktivitesinin kontrol altına alınmadığı (bir ay arayla yapılmış iki ayrı muayenede en az üç hassas eklem ve en az üç şiş eklem olması) durumlarda, bu durumun sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla ilaca başlanır. İlacın etkinliği, ilaca başlandıktan 3 ay sonra değerlendirilir. Yeterli cevap alınmamışsa (psöriyatik artrit yanıt kriterlerine (PSARC) göre yanıt alınmaması) ilaca devam edilmesi durumunda ilaç bedeli ödenmez. Tedaviye cevap alınmış ve ilaca devam edilecek ise bu durum 6 ay süreli yeni düzenlenecek sağlık kurulu raporunda belirtilir.

(6) Anti-TNF ilaçlar, tüm romatoloji uzman hekimleri veya üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerindeki klinik immunoloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerinden birinin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak, bu uzman hekimlerden biri veya iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilebilir.

(7) Bu ilaçların intravenöz formları, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekiminin bulunduğu sağlık kurumunda uygulanır. Subkütan formlarının ilk dozları fiziksel tıp ve rehabilitasyon, iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekiminin bulunduğu sağlık kurum/kuruluşlarında hekim gözetiminde yapılır. Uygun enjeksiyon tekniği konusunda hastaya veya hasta yakınına eğitim verildikten sonra ilgili uzman hekim uygun gördüğü ve sağlık kurulu raporunda "Mahallinde tedavisi sürdürülebilir" ibaresine yer verdiği takdirde hastane dışında uygulanmak üzere üç aylık dozlar halinde reçete edilebilir.

(8) Anti-TNF ilaçlar diğer antiromatizmal ilaçlar ile kombine olarak da kullanılabilir.

(9) Psoriasis vulgariste anti-TNF ilaçlar; üniversite hastaneleri veya eğitim ve araştırma hastanelerinde dermatoloji uzman hekiminin yer aldığı, diğer hastalık modifiye edici ilaçlara dirençli olduğu, kullanılacak ilacın günlük doz ve süresini belirten 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak dermatoloji uzman hekimince reçete edilebilir.

(10) Fistüleze, şiddetli veya aktif luminal Crohn hastalığında adalimumab ve infliksimab; sistemik kortikosteroidler ve/veya klasik immunosupresifler ile 12 haftalık tedaviye yeterli yanıt vermeyen veya tolere edemeyen hastalarda bu durumun ve söz konusu ilaçların günlük kullanım dozu ve kullanım süresini belirten 4 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye başlanır. Tedavinin 4 üncü ayında tedaviye cevap alınmaması (hastalığa yanıt kriteri: Crohn Hastalık Aktivite İndeksi'nde 70 puanlık düşüşün olmaması) durumunda tedavi kesilir. Crohn Hastalık Aktivite İndeksi'nde 70 puan üzerinde düşüş olması halinde, bu durum ile adalimumab ve infliksimab etken maddeli ilaçların kullanılacak dozu ve süresinin belirtildiği 6 süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye devam edilebilir. Sağlık kurulu raporunda, gastroenteroloji, çocuk cerrahisi veya genel cerrahi uzman hekimlerinden en az biri yer almalıdır. Sağlık kurulu raporlarına dayanılarak, bu hekimler ile iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir ve sağlık kurum/kuruluşlarında klinik koşullarda uygulanır.

(11) Ülseratif kolit hastalığında infliksimab; kortikosteroidler ve 6-MP veya AZA ile uygun dozlarda ve en az 8 haftalık sürede yapılan konvansiyonel tedaviye yetersiz yanıt veren ya da tolere edemeyen veya bu terapiler için tıbbi kontrendikasyonları olan hastalarda şiddetli aktif ülseratif kolit bulgularının devam etmesi halinde, bu durumun belirtildiği gastroenteroloji uzman hekimini veya genel cerrahi uzmanı tarafından düzenlenecek 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak, bu uzman hekimler ve iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir.

#### **4.2.1.C-2 - Rituksimab**

(1) Romatoid artritli hastalarda, methotrexat ile kombinasyon halinde, aktif romatoid artritli bulunan ve bir veya daha fazla anti TNF tedavilerine rağmen hastalığı kontrol edilemeyen (DAS 28 SKORU >5.1 olan) veya TNF inhibitörü başlanması uygun olmayan/görülmeyen veya TNF inhibitörlerine karşı intoleransı olan erişkin hastalarda, bu durumun belirtildiği sağlık kurulu raporuna dayanılarak romatoloji veya klinik immunoloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimleri tarafından reçetelenir.

(2) Sağlık kurulu raporları 6 aylık olarak düzenlenir. İlk raporun süresi sonunda DAS 28 skorunda toplam 1,2 puandan fazla düşme olması halinde bu durumun yeni düzenlenecek 6 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile hastaların tedavisine devam edilebilir. Tedavinin devamında DAS 28 kriterine 6 ayda bir bakılır, başlangıç ve yeni DAS 28 skorları her sağlık kurulu raporunda belirtilir. Tedaviye rağmen hastanın DAS 28 skorunda, başlangıç DAS 28 skoruna göre, 1,2 puandan fazla düşme olmaması halinde tedavi sonlandırılır.

(3) Sağlık kurulu raporları aşağıdaki şekilde düzenlenir:

a) Romatoloji uzman hekiminin bulunduğu sağlık kurum/kuruluşlarında, en az bir romatoloji uzman hekiminin bulunduğu sağlık kurulu raporu.

b) Üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde ise en az bir romatoloji veya klinik immunoloji uzmanı veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekiminin bulunduğu sağlık kurulu raporu.

#### 4.1.1.C-3 -Abatasept

(1) Romatoid artritli erişkin hastalarda;

a) Aktif romatoid aritri bulunan, biri methotrexat olmak üzere en az 3 farklı hastalık modifiye edici antiromatizmal ilacı, en az üçer ay kullanmış olmasına veya en az bir anti TNF tedavisine rağmen hastalığı kontrol edilemeyen (DAS 28 SKORU >5.1 olan) erişkin hastalarda methotrexat ile birlikte, yalnızca üniversite veya eğitim ve araştırma hastanelerinde içinde en az bir romatoloji, klinik immunoloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanının bulunduğu 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimler tarafından reçetelenir.

b) İlaça başlandıktan 3 ay sonra yapılan değerlendirmede DAS 28 skorunda 0,6 puandan fazla düşme olması halinde, bu durumun yeni düzenlenecek 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile 3 ay daha tedaviye devam edilir.

c) Bu raporun süresi sonunda DAS 28 skorunda toplam 1,2 puandan fazla düşme olması halinde bu durumun yeni düzenlenecek 6 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile hastaların tedavisine devam edilebilir.

(2) Tedavinin devamında DAS 28 kriterine 6 ayda bir bakılır, başlangıç ve yeni DAS 28 skorları her 6 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilir. Tedaviye rağmen hastanın DAS 28 skorunda, başlangıç DAS 28 skoruna göre, 1,2 puandan fazla düşme olmaması halinde tedavi sonlandırılır.

(2) Juvenil romatoid artritli (poliartiküler-idiyopatik) hastalarda;

a) 3 aylık anti-TNF tedavisine rağmen ACR pediatrik 30 cevap kriterine ulaşamayan çocuk hastalarda methotrexat ile kombinasyon halinde, yalnızca üniversite veya eğitim ve araştırma hastanelerinde içinde en az bir çocuk romatoloji uzmanının bulunduğu 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimler veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilir.

b) İlk 3 aylık abatasept kullanımı sonunda ACR pediatrik 30 cevabına ulaşmış hastalar için bu durum raporunda belirtilmekle koşuluyla tedavi devam ettirilir. Bu raporun süresi sonunda hastanın ACR pediatrik cevap kriterinin 50 ve üzerinde olması halinde bu durumun ve 3 üncü aydaki ACR pediatrik cevap kriterinin yeni düzenlenecek 6 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile hastaların tedavisine devam edilebilir. Tedavinin devamında 6 ayda bir ACR pediatrik cevap kriterine bakılır, başlangıç ve ACR cevap kriterleri her sağlık kurulu raporunda belirtilir. Tedaviye rağmen ACR pediatrik cevap kriteri 50'ye ulaşmayan hastalarda abatasept tedavisine devam edilmez.

#### 4.2.2 - Antidepresanlar ve antipsikotiklerin kullanım ilkeleri

(1) Trisiklik, tetrasiklik ve SSRI grubu antidepresanlar tüm hekimlerce reçete edilebilir. SNRI, SSRE, RIMA, NASSA grubu antidepresanlar, psikiyatri, nöroloji, geriatri uzman hekimlerinden biri tarafından veya bu hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir. Bupropiyon HCl yalnızca major depresif bozukluk tedavisinde, psikiyatri veya nöroloji uzman hekimleri tarafından veya bu hekimler tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir.

(2) Yeni nesil (atipik) antipsikotiklerin (klozapin, olanzapin, risperidon, amisülpirid, ketiapin, ziprosidon, aripiprazol, zotepine, sertindol, paliperidon) ve kombinasyonlarının oral formları, psikiyatri veya nöroloji uzman hekimleri tarafından veya bu hekimlerce düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir. Klozapin en fazla 1 aylık dozda reçete edilebilir.

(3) Yeni nesil (atipik) antipsikotiklerin parenteral formları psikiyatri uzman hekimleri veya bu uzman hekim tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir. Bu grup antipsikotiklerden risperidon ve paliperidonun parenteral formları ise EK-4/F hükümlerine göre reçete edilebilir.

(4) Yeni nesil (atipik) antipsikotikler dışındaki antipsikotik ilaçlar tüm hekimlerce yukarıdaki kısıtlamalar olmaksızın reçete edilebilir.

(5) Acil hallerde, acil servislerde, yeni nesil (atipik) antipsikotiklerin parenteral formları, (uzun salımlı/depo etkili formlar hariç) klinik şartlarda, tek doz olarak, tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.

(6) Atipik antipsikotik ilaçlar, demansta; psikiyatri, nöroloji veya geriatri uzman hekimleri tarafından veya bu hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.

(7) Sodyum valproat (kombinasyonları dahil), "bipolar bozukluk" endikasyonunda psikiyatri ve nöroloji uzmanları tarafından veya bu hekimlerden birinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.

(8) Antidepresanlar ve antipsikotikler için düzenlenecek uzman hekim raporunda ilacın kullanılacağı süre belirtilir.

#### 4.2.3 - Enjektabl alerji aşılarnın kullanım ilkeleri

(1) Solunum yolu alerjeni duyarlılığı olduğu cilt testleri ve/veya spesifik Ig E ölçümü ile gösterilmiş, en az 3 ay süre ile uygulanan medikal tedavi ile hastalığı kontrol altına alınamamış hastalarda; alerjik astım, alerjik rinit, alerjik konjonktivit durumlarında, bu durumların belirtildiği immünoloji veya alerji hastalıkları uzman hekimlerinden birinin verdiği, tedavi protokolünü de gösterir sağlık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye başlanır. İlk reçetelendirme bu uzman hekimlerce yapılır.

(2) En fazla 2 farklı grup solunum yolu alerjeni için immunoterapi ödenir. Bu gruplar; polenler, cv tozu akarları, küf mantarları ve hayvan epitelidir.

(3) Aşı tedavisine 6 ay ya da daha fazla ara verilmesi halinde, bir defaya mahsus olmak üzere bu durum ile hastanın tedaviye başladığı tarih ve o tarihteki başlangıç kriterlerinin yeni düzenlenecek raporda belirtilmesi koşuluyla başlangıç dozlarında tedaviye yeniden başlanabilir. Bu rapora dayanılarak ilk reçetelendirme alerji veya immünoloji uzman hekimlerine yapılır.

(4) Sağlık kurulu raporuna dayanılarak yapılan tedavinin devamı niteliğindeki diğer reçetelendirmeler, bu hekimlerin yanı sıra, çocuk sağlığı ve hastalıkları, kulak burun boğaz, göz sağlığı ve hastalıkları, göğüs hastalıkları, iç hastalıkları veya aile hekimliği uzman hekimleri tarafından da yapılabilir.

(5) Her sağlık kurulu raporunda tedaviye ilk başlangıç tarihi belirtilir.

(6) Alerji aşılarnın oral formları ödenmez.

(7) Arı venom alerjisi kullanıldığında kullanılan aşıları, alerji, immünoalloji, immünojenoloji ve alerji, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak, uzman hekimler tarafından reçete edilir.

(8) Aşı tedavileri, arı venom alerjisi hariç, toplamda 5 yılı geçemez.

(9) Zehirlenmelerde kullanılan antidotların bedelinin tamamı sağlık raporu aranmaksızın ödenir.

#### **4.2.4 - Rasburicase kullanım ilkeleri**

(1) Myeloablatif dozda çoklu ajanlı kemoterapi uygulanan, tümör yükü olan hematolojik maligniteli veya akut lösemi tanısı almış ve beyaz küre sayısı  $100.000/\text{mm}^3$ 'den fazla olan, allopurinol ve hidrasyon tedavisine rağmen böbrek fonksiyonları bozulmuş (kreatin  $> 2 \text{ mg/dl}$ , kreatin klirensi  $< 50 \text{ ml/dakika}$ ) veya allopurinolün kontrendike olduğu hastalarda; prospektüs şartlarına (en fazla 5 günlük tedavi) göre yatan hastalarda kullanılır. Hematoloji, tıbbi onkoloji veya nefroloji uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen, laboratuvar sonuçlarının yer aldığı, uzman hekim raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce reçete edilebilir.

#### **4.2.5 - Botulismus toksini Tip A kullanım ilkeleri**

(1) Botulismus toksini yalnızca;

a) Göz adalesi fonksiyon felçleri bozuklukları, blefarospazm, hemifasiyal spazm, servikal distoni (spazmodik tortikollis), EMG esnasında uygulanacak fokal distoni, erişkinlerde inme sonrası gözlenen fokal spastisite endikasyonlarında; sadece organik nedenleri ekarte edilmiş ve tıbbi tedaviye cevap vermeyen olgularda, bu durumu belirten ve kullanılacak ilacın dozuyla kullanım süresini içeren üniversite hastaneleri, eğitim ve araştırma hastanelerinde uygulamayı yapacak göz sağlığı ve hastalıkları veya nöroloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanının herhangi üçünün yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak; bu uzman hekimler tarafından reçete edilir.

b) Pediatric serebral palsi endikasyonunda; üniversite hastaneleri veya eğitim ve araştırma hastaneleri ile fizik tedavi ve rehabilitasyon dal hastanelerinde; ortopedi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, çocuk nörolojisi veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak belirtilen uzman hekimlerden biri tarafından reçete edilmiş halinde bedeli ödenir. 10 yaşa kadar; sistemik hastalığı, kemiksel deformite, kanama diyatezi, fist kontraktür olmayan hastalarda en fazla iki adaleye uygulanır.

(2) Yukarıda sıralanan tüm endikasyonlar için tedaviden yarar görüp tekrar düşünülen hastalarda 6 aylık periyotlarda her defasında yeni bir sağlık kurulu raporu düzenlenerek en fazla iki uygulama ve tek seansta botoks için toplam 300 ünitesi, dysport için 1.000 ünitesi aşmamak üzere yapılabilir. Bu endikasyonlar dışında bedeli ödenmez.

#### **4.2.6 - Büyüme bozuklukları**

##### **4.2.6.A - Büyüme hormonu bozuklukları**

(1) Hastanın yaş grubuna göre endokrinoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile bu hekimlerce reçete edilmiş halinde bedeli ödenir. Bu raporda, ilacın kullanım dozu, uygulama planı ve süresi de belirtilir. Rapor, en fazla 1 yıl süreyle geçerli olup hastanın yaşı ve fiziki boy uzunluğu bu rapora yazılacaktır.

(2) İlaçların günlük doz miktarı belirtilmek suretiyle en fazla üçer aylık dozlar halinde reçete edilebilir.

##### **4.2.6.A-1 - Çocuklarda;**

(1) Tedaviye başlanabilmesi için hastanın ilgili uzman hekim tarafından en az 6 ay süreyle büyüme hızı izlendikten sonra; büyümeyi etkileyen sistematik bir hastalığı veya beslenme bozukluğu olmayan hastalarda;

a) Yıllık büyüme hızı;

1) 0-4 yaş 6 cm'nin altında,

2) 4 yaş üzeri 4,5 cm'nin altında,

3) Puberte'de; izleme süresi ve büyüme hızı hastanın diğer bulgularına göre endokrinoloji uzman hekimince değerlendirilme;

b) Kemik yaşı;

1) Puberte öncesi için kronolojik yaşa göre en az 2 yıl geri olması,

2) Pubertal dönem için sadece epifizlerin açık olması, (puberte kıstasları: erkeklerde gonadarj (testis hacimlerinin) 4 ml. ve üzerine çıkması, kızlarda T2 düzeyinde telarşın olması, kızlarda kemik yaşının 8'in, erkeklerde 10'un üzerine çıkması, pubertenin başlangıcı olarak kabul edilecektir.)

c) Ötiroid hastalarda uygulanan büyüme hormonu uyarı testlerinden en az ikisine (laboratuvarın kriterlerine göre) yetersiz yanıt alınarak izole büyüme hormonu eksikliği veya büyüme hormonunun diğer hipofiz hormonlarının eksikliği ile birlikte olması (hipopituitarizm) tanımlarının konması; (hastanın yaş grubu ve pubertal bulguları gerektiyorsa büyüme hormonu testleri yapılmadan mutlaka priming yapılmalıdır.)

ç) Boy sapsması patolojik olan (yani  $-2,5 \text{ SD}$  den daha kötü), yıllık uzama hızı yetersiz olan, kemik yaşı takvim yaşına göre 2 yıldan daha fazla geri olan, ancak yapılan 2 farmakolojik uyarı testine yeterli yanıt alınan hastalara uyku esnasında büyüme hormonu profili çakırtılmalı ve hastada büyüme hormonu eksikliği olmamasına rağmen eğer büyüme hormonu salınımında bir bozukluk söz konusu ise, yani nörosekretuar disfonksiyon söz konusu ise yada; hastada biyoinektif büyüme hormonu saptanmış ise (IGF 1 testi ile);

d) Pubertal dönemde veya öncesinde geçirilmiş beyin ameliyatına (hipofiz bölgesi ameliyatları, hipotalamus-hipofiz aksını etkileyen ameliyatlar gibi) bağlı büyüme hormonu eksikliği olan hastalarda, (epifizlerin açık olması dışında yukarıda sayılan şartlar aranmaz.)

bu hususların belirtildiği sağlık kurulu raporu ile hastaya büyüme hormonu tedavisi uygulanacaktır.

(2) Büyüme hormonu ile tedavisine başlanan hastalar için endokrinoloji uzman hekiminin yer aldığı bir yıl süreli sağlık kurulu raporu düzenlenir. Bu hekimlerce en az 6 aylık sürelerle izlenerek, radyolojik olarak epifiz hatlarının açık olup olmadığı raporda belirtilir.

(3) Tedavi;

a) Epifiz hattı kapandığında veya

b) Yıllık büyüme hızı 5 cm ve altında olduğunda veya

c) Boy uzunluğu kızlarda 155 cm ye erkeklerde 165 cm ye ulaştığında, sonlandırılacaktır.

#### 4.2.6.A-2 - Erişkinler için

(1) Epifiz hatları açık olan erişkin yaştaki hastaların büyüme hormonu kullanım esasları, çocuk yaş grubu ile aynıdır.

(2) Epifiz hatları kapalı olan hastalarda:

a) Çocukluk yaş grubunda büyüme hormonu eksikliği tanısı konulup, büyüme hormonu tedavisi verilen ve epifizleri kapandığı için tedavisi kesilen hastalarda tekrarlanan iki adet büyüme hormonu uyarı testine yetersiz yanıt alınmışsa (kontrendikasyon yoksa testlerden biri insülin tolerans testi olarak tercih edilmelidir) erişkin dozda büyüme hormonu tedavisi başlanabilir.

b) Erişkin yaş grubunda hipotalamohipofizer hastalıklara bağlı büyüme hormonu eksikliği düşünülen hastalarda, 2 adet büyüme hormonu uyarı testine yetersiz yanıt alınmışsa (kontrendikasyon yoksa testlerden biri insülin tolerans testi olarak tercih edilmelidir) erişkin dozda büyüme hormonu tedavisi başlanabilir.

(3) Hipofiz hormonlarından (prolaktin ve büyüme hormonu dışında) bir veya daha fazla ek ön hipofiz hormonu eksikliği varsa, bir adet büyüme hormonu uyarı testi (kontrendikasyon yoksa insülin tolerans testi tercih edilmelidir) tanı için yeterlidir.

(4) İnsülin tolerans testine göre büyüme hormonu eksikliği tanısı için pik büyüme hormonu cevabının 3mcg/L'den küçük olduğunun raporda belirtilmesi gereklidir.

(5) Büyüme hormonu, büyüme hormonu tedavisine karar verilen hastalara erişkin endokrinoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak erişkin endokrinoloji veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edildiğinde bedeli ödenmektedir. Rapora tedavi şeması ile ilgili ayrıntılı bilgi yazılacaktır. Bu rapor en fazla 1 yıl süreyle geçerli olacaktır.

#### 4.2.6.B - Laron Sendromu tanı kriterleri ve rhIGF-I (mecasermin) kullanım ilkeleri

(1) En az bir çocuk endokrinoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile çocuk endokrinoloji uzman hekimince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Bu raporda, ilacın kullanım dozu, uygulama planı, süresi ve başlama kriterleri belirtilir.

##### 4.2.6.B-1 - Başlama kriterleri

(1) İlgili uzman hekim tarafından en az 6 ay süreyle büyüme hızı izlendikten sonra büyüme hızını etkileyen sistemik bir hastalık veya beslenme bozukluğu olmadığı tespit edilen hastalarda; boy (-3) standart sapmanın altında, yıllık büyüme hızı yaş ve cinsine göre 25 percentilin altında, serum IGF-I düzeyi < -2 SD, serum IGFBP-3 düzeyi < -1 SD, bazal veya uyarılmış büyüme hormonu düzeyi > 10 mcg/L, somatomedin jenerasyon testinde büyüme hormonu uyarısına IGF-I artışının yetersiz olduğu durumlarda tedaviye başlanılır.

(2) Başlangıç dozu 120 mcg/kg/gün'e kadar çıkılabilir.

(3) Büyüme hormonu tedavisinin yerine kullanılmaz.

##### 4.2.6.B-2 - Devam kriterleri

(1) Tedavi alan hastalar en az 3 aylık sürelerle izlenerek, radyolojik olarak epifiz hatlarının açık olduğunun reçetede belirtilmesi kaydıyla hedeflenen yaş grubu ortalama boy skalasına göre 25 percentile ulaşına kadar, tedavi ile yıllık büyüme hızının izlemde tedavi öncesi yıllık büyüme hızının 2 cm üstünde olan hastalarda yılda bir sağlık kurulu raporu yenilenerek tedavi devam ettirilir.

(2) Yenilenen raporlarda tedavi öncesi ve tedaviyle sağlanan büyüme hızı, ulaştığı boy skalası ve epifiz hatlarının durumu belirtilir.

##### 4.2.6.B-3 - Sonlandırma kriterleri

(1) Tedavi;

a) Epifiz hattı kapandığında veya

b) Yıllık büyüme hızı tedavi öncesi hızı göre + 2 cm'den düşük olduğunda veya

c) Boy uzunluğu kızlarda 155 cm ve erkeklerde 165 cm'ye ulaştığında veya

ç) Tedavi esnasında boy 25 percentile ulaştığında, sonlandırılacaktır.

#### 4.2.7 - Düşük molekül ağırlıklı heparinlerin kullanım ilkeleri

(1) Uzman hekimlerce veya uzman hekim tarafından düzenlenen, kullanılacak ilacın dozu ve süresini gösteren uzman hekim raporuna dayanılarak diğer hekimler tarafından reçete edilebilir.

(2) Yatan hastalarda veya acil müdahale gerektiren durumlarda acil servislerde rapor aranmaksızın tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.

(3) Hemodiyaliz tedavilerinde, heparinler taniya dayalı işlem puanına dahil olduğundan reçete edilse dahi bedeli ödenmez.

#### 4.2.8 - Enteral ve parenteral beslenme ürünleri verilme ilkeleri

##### 4.2.8.A - Enteral beslenme ürünleri

(1) Yatan hastalar dışında, normal çocuk beslenmesinde kullanılanlar hariç olmak üzere malnütrisyonu olanlar ve/veya malabsorpsiyonlu olanlar veya oral beslenemeyen ancak enteral beslenmesi gereken hastalar ile doğuştan metabolik hastalığı olanlar ve/veya kistik fibrozisi olanlara sağlık kurulu raporuna dayanılarak uzman hekimlerce reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

(2) Raporda, beslenme ürününün adı, günlük kalori ihtiyacı ve buna göre belirlenen günlük kullanım miktarı açıkça belirtilerek en fazla 30 günlük dozda reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

(3) Raporda belirtilmek kaydıyla;

a) Son 3 ayda ağırlığında %10 ve daha fazla kilo kaybı olanlar veya

b) "Subjektif global değerlendirme kategorisi" C veya D olanlar veya

c) Çocukluk yaş grubunda, yaşına göre boy ve/veya kilo gelişimi 2 standart sapmanın altında (< -2SD) olanlar, malnütrisyon tanımı içerisinde kabul edilecektir.



(4) Yoğunlaştırıcı-kıvam artırıcı beslenme ürünleri, 2 yaşın altında yutma/yutkunma bozukluğu veya gastro özofajial reflüsü olan çocuklarda, bu durumun belirtildiği gastroenteroloji, metabolizma ve yoğun bakım uzmanlarının en az birinin bulunduğu sağlık kurulu raporuna istinaden bu hekimler ve çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilebilir. Raporada, ürünün adı, günlük kullanım miktarı açıkça belirtilerek reçeteye en fazla bir kutu yazılır.

#### **4.2.8.B - Parenteral beslenme ürünleri**

(1) Yatan hastalar dışında, oral ve tüp ile beslenemeyen hastalara, bu durumun sağlık kurulu raporunda belirtilmesi kaydıyla uzman hekim tarafından en fazla 30 günlük dozda reçete edilmesi halinde parenteral beslenme ürünlerinin bedeli ödenir.

#### **4.2.9 - Eritropoietin, darbepoetin, sevelamer, parikalsitol, oral esansiyel aminoasit preparatları ve keto analogları kullanım ilkeleri**

##### **4.2.9.A - Eritropoietin ve darbepoetin kullanım ilkeleri**

(1) Eritropoietin ve darbepoetin preparatları kronik böbrek yetmezliği ile ilişkili anemi ve myelodisplastik sendrom dışındaki endikasyonlarda Kurumca karşlanmaz.

(2) Tetkik sonuç belgesinin tarihi ve sonucu reçete veya raporda belirtilir.

(3) Eritropoietin alfa-beta-zeta, metokspolietilen glikol epoetin beta ve darbepoetin endikasyon muadili olarak birbirlerinin yerine kullanılabilirler

(4) Eritropoietin ve darbepoetinin ilgili uzman hekim raporlarında ilacın kullanım dozu ve süresi belirtilir. Bir defada en fazla 1 aylık ilaç verilir.

##### **4.2.9.A-1 - Kronik böbrek yetmezliği ile ilişkili anemi endikasyonunda**

(1) Eritropoietin alfa-beta-zeta, metokspolietilen glikol epoetin beta ve darbepoetin ile tedaviye başlamadan önce; hastanın ferritin ve/veya transferrin saturasyonu (TSAT) değerlerine bakılacaktır. Bu değerler TSAT < %20 ve/veya ferritin <100 µg/L ise hastaya öncelikle oral veya intravenöz demir tedavisine başlanacaktır. TSAT ≥ %20 ve/veya ferritin ≥ 100 µg/L olduğunda hemoglobin değeri 10 gr/dl altında ise tedaviye başlanır. Hedef hemoglobin değeri 11-12 gr/dl arasındır. Hemoglobin değeri 11 gr/dl'e ulaşıncaya kadar başlangıç dozunda tedaviye devam edilir ve Hb seviyesi 11-12 gr/dl arasında tutulmak için idame dozda tedaviye devam edilir. Hb seviyesi 12 gr/dl'yi aşınca tedavi kesilir. Hasta Hb seviyesi için takibe alınır ve Hb seviyesi 11-12 gr/dl'nin arasına gelinece hastaya idame dozda tedaviye tekrar başlanabilir. İdame tedavi sırasında ve/veya tedaviye yeniden başlandığında TSAT >%20 ve/veya ferritin >100 µg/L olmalıdır. Bu değerlere hemodiyaliz hastalarında 3 ayda bir, periton diyaliz hastalarında 4 ayda bir bakılır ve tetkik sonuç belgesinin tarihi ve sonucu reçete veya raporda belirtilir.

(2) Eritropoietin alfa-beta-zeta, metokspolietilen glikol epoetin beta ve darbepoetin, nefroloji uzman hekim veya diyaliz sertifikalı uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak, nefroloji uzman veya diyaliz merkezinde görevli diyaliz sertifikalı tüm hekimlerce reçete edilebilir.

(3) Tedaviye başlama ve idame dozu, sırasıyla; darbepoetin için 0,25-0,75 mcg/kg/hafta ve idame dozu 0,13-0,35 mcg/kg/hafta, eritropoietin alfa-beta-zeta için tedaviye başlangıç dozu 50-150 IU/kg/hafta ve idame dozu 25- 75 IU/kg/haftadır. Metokspolietilen glikol epoetin beta için ise tedaviye başlama dozu iki haftada bir; 0,4-0,94 mcg/kg, idame dozu ise ayda bir 0,8-1,88 mcg/kg dir.

##### **4.2.9.A-2 - Myelodisplastik Sendrom endikasyonunda**

(1) Hemoglobin değeri 11 gr/dl'nin, blast oranı %5'in ve serum eritropoietin düzeyi 500 mu/ml'nin altında olan hastalarda tedaviye başlanır. Hedef hemoglobin değeri 12 gr/dl'dir. Hb seviyesi 12 gr/dl'yi aşınca tedavi kesilir. Maksimum doz haftada 900 IU/kg'ı aşmamalıdır. Eritropoietin alfa-beta ve darbepoetin, hematoloji uzman hekim tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak, hematoloji veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilebilir. Hemogram sonuç belgesinin tarihi ve sonucu reçetede belirtilir.

##### **4.2.9.B - Sevelamer ve alüminyum klorür hidroksit kullanım ilkeleri**

(1) Tedaviye başlamak için diğer fosfor düşürücü ilaçların en az 3 ay süreyle kullanılmış olması ve bu hususun raporda belirtilmiş olması gerekir. Bu süre sonunda:

a) Kalsiyum ve fosfor çarpımı 72 ve üzerinde olan veya

b) PTH düzeyinin 100 pg/ml değerinin altında olan dinamik kemik hastalığı olguları veya

c) Kt/V değeri 1,4'ün üzerinde olmasına rağmen düzeltilmiş kalsiyum ve fosfor çarpımı 55'in üzerinde olan veya

d) Kt/V değeri 1,4'ün üzerinde olan hastanın PTH değeri 300 pg/ml ve üzerinde olan, hastalarda tedaviye başlanır.

(2) Hemodiyaliz veya periton diyaliz tedavisi altındaki hastalara nefroloji veya diyaliz sertifikalı iç hastalıkları/çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinden birinin düzenlediği ve yukarıdaki durumlardan sevelamer veya alüminyum klorür hidroksit kullanımını gerektiren durumun belirtildiği uzman hekim raporuna dayanılarak bu hekimlerce veya diyaliz sertifikalı tüm hekimler tarafından reçete edildiğinde bedeli ödenir.

(3) Her reçetede fosfor düzeyini gösterir son 1 ay içinde yapılmış tetkik sonuç belgesinin tarihi ve sonucu belirtilir. Bir defada en fazla (biri aylık dozda) bir kutu ilaç verilir. Fosfor düzeyi 3,5 mg/dl altında olduğu durumlarda tedavi kesilir.

(4) Fosfor düzeyinin 3,5 mg/dl'nin üzerine çıkması durumunda tedaviye ilk başlama kriterleri aranarak tekrar başlanabilir.

##### **4.2.9.C - Parikalsitol kullanım ilkeleri**

##### **4.2.9.C-1 - Parikalsitolün enjektabl formları**

(1) Diyalizat kalsiyumunun 1,25 mmol/l ile kullanılmasına rağmen albümin ile düzeltilmiş serum kalsiyumu 9,2 mg/dl altında ve serum fosfor 5 mg/dl altında ve parathormon (PTH) düzeyi 300 pg/ml'nin üzerinde olan hemodiyaliz tedavisi altındaki hastalarda başlanır.

(2) Aynı hasta grubunda düzeltilmiş serum kalsiyum düzeylerinin 10,2 mg/dl veya serum fosfor düzeylerinin 6 mg/dl'yi geçtiği durumlarda kesilir.

(3) İlgili koşulları söz konusu olduğu hastalarda tedavisi altındaki hastalarda nefroloji veya diyaliz sertifikalı iç hastalıkları/çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinden birinin düzenlediği sağlık raporuna istinaden 3 aylık dozda bu hekimlerce veya diyaliz sertifikalı tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.

(4) Tetkik sonuç belgesinin tarihi ve sonucu reçetede veya raporda belirtilir. Reçete tekrarında da yeni tetkik sonuç belgesinin tarihi ve sonucu reçetede veya raporda belirtilir.

#### **4.2.9.C-2 - Parikalsitolün oral formları**

(1) Parikalsitolün oral formları; evre 5 kronik böbrek yetmezliği hastalığı olup, periton diyaliz tedavisi altında olan, 3 aylık aktif D vitamini tedavisine ve Ca düzeyi 1,25 mmol/L konsantrasyonlu diyalizat çözösünü kullanmasına rağmen, albumin ile düzeltilmiş serum kalsiyumu 10,2 mg/dl altında ve serum fosfor 5,5 mg/dl altında ve parathormon (PTH) düzeyi 500 pg/ml'nin üzerinde olan hastalarda kullanılır. Düzeltilmiş serum kalsiyum düzeylerinin 10,2 mg/dl veya serum fosfor düzeylerinin 6 mg/dl'yi geçtiği durumlarda kesilir. Nefroloji uzman hekim tarafından düzenlenmiş sağlık raporuna dayanılarak nefroloji uzmanı veya diyaliz sertifikalı uzman hekimler tarafından reçete edilir. Tetkikler 3 ayda bir tekrarlanır ve tetkik sonuç belgesinin tarihi ve sonucu reçetede veya raporda belirtilir.

#### **4.2.9.C-1 - Cinacalcet kullanım ilkeleri**

(1) Hemodiyaliz ya da periton diyaliz tedavisi altında bulunan diyalizat kalsiyumunu 1,25 mmol/L ile kullanılmasına rağmen albumin ile düzeltilmiş serum kalsiyum değeri  $\geq 10,5$  mg/dl, parathormon (PTH) düzeyi 700 pg/ml ve üzerinde olduğu belgelenen hastalarda cinacalcet tedavisi başlanabilir.

(2) Serum fosfor ve kalsiyumxfosfor (çarpımı) değerleri ne olursa olsun, PTH düzeyi 1000 pg/ml üzerinde olan hemodiyaliz ve periton diyaliz hastalarında PTH düzeylerini baskılamak amacıyla cinacalcet tedavisi başlanabilir.

(3) Yukarıdaki hasta gruplarında PTH düzeyi 400 pg/ml'nin altına düşen hastalarda cinacalcet tedavisi kesilir.

(4) Hemodiyaliz veya periton diyaliz tedavisi altındaki hastalarda, başlangıç değeri nefroloji uzmanınca düzenlenen raporda belirtilmek kaydıyla, nefroloji uzmanları veya diyaliz sertifikalı uzman hekimler tarafından en fazla 3 ay öncesine ait kalsiyum ve PTH değeri reçete veya rapor üzerinde belirtilir. Reçete tekrarında yeni tetkik sonuç belgesinin tarihi ve sonucu reçetede veya raporda belirtilir.

(5) Serum kalsiyum düzeyleri temelde paratroidektomi endike olduğu halde (ilgili tedavi kılavuzlarında tanımlandığı şekilde) paratroidektominin klinik açıdan uygun olmadığı veya kontrendike olduğu primer hiperparatroidiili hastalarda hiperkalseminin düşürülmesi endikasyonunda;

a) ASA-IV grubu hastalar veya

b) Opere olmuş ancak nöks olan hastalardan; bifosfonatlar ile hiperkalsemisi kontrol altına alınmamış ve albümin ile düzeltilmiş serum kalsiyum değeri  $\geq 10,5$  mg/dl olan hastalar,

çin üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında, bu durumları belirtildiği endokrinoloji, genel cerrahi ve anestezi uzman hekimlerinin bulunduğu 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden endokrinoloji uzman hekimlerince reçetelenebilir;

#### **4.2.9.D - Oral ensiyel aminoasit preparatları ve keto analogları kullanım ilkeleri**

(1) Serum albumin düzeyi  $< 3,5$  g/dL olan; Evre 4 KBH (glomerüler filtrasyon hızı  $< 30$  ml/dak) veya Evre 5 KBH (diyaliz hastaları dahil) hastalarında;

a) Son 3 ayda ağırlığında %10 ve daha fazla kilo kaybı olması veya

b) Vücut Kitle İndeksi ( BMI = Body Mass Index ) 19'un altında olması, halinde tedaviye başlanır.

(2) İlaç tedavisini kesme kriterleri;

a) Tedavinin ilk 6 ayının sonunda başlangıç serum albümin düzeyinde %25'lik artış sağlanamayan hastalarda veya

b) Tedavinin ilk 3 ayının sonunda ve/veya tedavinin devamında serum albümin düzeyi 4 g/dL'nin üzerine çıkan tüm hastalarda,

ilaç kesilir.

c) Tedavisi kesilen hastalarda yeniden tedaviye başlarken tedavi başlangıç kriterleri aranır.

(3) Bu hastalarda, nefroloji veya diyaliz sertifikalı iç hastalıkları/çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinden birinin düzenlediği ve yukarıdaki hususların belirtildiği 1 yıl süreli sağlık raporuna istinaden 3 aylık dozda bu hekimlerce veya diyaliz sertifikalı tüm hekimler tarafından reçete edilebilir. Her reçetelemede serum albumin düzeyine ait yeni tetkik sonuç belgesinin tarihi ve sonucu reçete veya raporda belirtilir. Devam raporlarında ise hastanın tedaviye başlangıç albumin düzeyi yer almalıdır.

#### **4.2.10 - Lizozomal hastalıklar için tedavi ilkeleri**

##### **4.2.10.A - Gaucher hastalığında tedavi esasları**

(1) Periferik kandan veya dokudan enzim (glucocerebrosidase) düzeyinin veya mutasyon analiz sonuçlarının hastalıkla uyumlu olmasına göre tanı konulmuş olmalıdır.

(2) Tedavi endikasyonu olan hastalık tipleri; Tip I (Non Nöropatik Form) ve Tip III (Kronik Nöropatik Form)'tür. Tip II (Akut Nöropatik Form) için enzim tedavisi yapılmayacaktır.

##### **4.2.10.A-1 - Tip I ve Tip III Gaucher hastalarında enzim tedavisine başlama ve sonlandırma kriterleri**

(1) Enzim tedavisi;

a) Hastanın hemogloblin değerinin erişkinler için 8 ile 10 g/dl arasında olması, çocuklar için yaşa göre normalin alt sınırının 2 g/dl altında olması,

b) Kan trombosit sayısının 50.000 ile 100.000/mm<sup>3</sup> olması,

c) Karaciğer volümünün normalinin 1,25 ile 2,5 kat artmış olması,

ç) Dalak volümünün 5 ile 15 kat artmış olması,

d) DEXA ile kemik mineral dansite Z skorunun hastanın yaş grubuna göre -1,5 ile -2,5 SD arasında olması,

e) Düz kemik grafisinde avasküler nekroz alanlarının olması,

kriterlerinden en az birisinin varlığında hastaya 2 haftada bir gün en fazla 30 IU/kg dozunda uygulanacaktır;

(2) Birinci fıkrada sıralanan hükümler doğrultusunda ilk tedavi başlangıcından itibaren 6 ncı ayın sonunda tedaviye başlangıç kriter/kriterlerinde düzelme görülmez ise 1 yıl boyunca 2 haftada bir gün en fazla 60 IU/kg uygulanacaktır. Yapılacak bu tedavi sonrasında başlangıca göre düzelme göstermeyen hastalarda enzim tedavisi kesilir.

(3) Aşağıdaki kriterlerden en az birisinin varlığında ise hastaya doğrudan 2 haftada bir gün en fazla 60 IU/kg dozunda enzim tedavisi uygulanacaktır.

- Hemogloblin değerinin erişkinler ve çocuklar için 8 g/dl nin altında olması,
- Kan trombosit sayısının  $50.000 /mm^3$  altında olması,
- Karaciğer volümünün normalin 2,5 katının üstünde artmış olması,
- Dalak volümününün 15 katın üstünde artmış olması,
- DEXA ile kemik mineral dansite Z skorunun erişkin hastanın yaş grubuna göre -2,5 SD altında olması, çocuklarda boy ve/veya kilo gelişiminin yaşa göre -2 SD altında olması,
- Düz kemik grafisinde avasküler nekroz alanlarının ve patolojik kırıklarının olması,
- Hastalığa bağlı olarak kronik kemik ağrılarının oluşması ve geçirilmiş eklem ameliyatının olması.

(4) Üçüncü fıkrada sıralanan hükümler doğrultusunda, 2 (iki) haftada bir gün 60 IU/kg dozunda enzim tedavisi uygulanan hastalarda birinci yılın sonunda yapılan değerlendirilmede hastanın tedaviye başlamasına esas olan kriter/kriterlerde düzelme göstermeyen hastalarda enzim tedavisi kesilir.

(5) Daha önceki SUT hükümlerine göre tedaviye başlanan hastalarda tedavi, rapor süresi sonuna kadar devam eder. Bu sürenin sonunda düzenlenecek yeni raporda; yukarıda yer alan tedaviye başlangıç kriter/kriterlerinin herhangi birisinde düzelme olduğunun belirtilmesi koşuluyla yukarıda belirtilen dozlara göre tedaviye devam edilir.

#### **4.2.10.A-2 - Substrat inhibisyon tedavi kriterleri**

- (1) Gaucher hastalığında ilk tedavi seçeneği enzim replasman tedavisidir.
  - Enzim tedavisine ağır alerjik reaksiyonlar veya hipersensitivite geliştirenlerde,
  - Enzim tedavisi kriter/kriterleri kapsamında enzim tedavisi kesilmiş olan hastalarda, miglustat tedavisine geçilir.
- (2) Miglustat tedavisine yanıt, enzim tedavisinden miglustat tedavisine geçişe neden olan kriter/kriterler açısından takip edilir. Birinci yılın sonunda tedaviye başlanmasına esas olan bu kriter/kriterlerde düzelme göstermeyen hastalarda miglustat tedavisi kesilir.

#### **4.2.10.A-3 - Rapor ve reçeteleme koşulları**

(1) Hasta adına, çocuk metabolizma veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları veya gastroenteroloji uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenir. Raporda; teşhis, başlangıç ve devam kriteri/kriterleri ile ilgili tüm bilgiler yer alır. Rapor süresi 6 aydır. Bu rapora dayanılarak yine bu hekimlerce, bu hekimlerin bulunmadığı yerlerde ise çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete düzenlenir.

(2) Hastanın takip ve tedavi edildiği sağlık kurumlarında, hastalar adına dosyalar açılacak ve tüm bilgiler bu dosyada muhafaza edilecektir.

#### **4.2.10.B - Fabry Hastalığı tedavi esasları**

(1) Periferik kandan veya dokudan enzim (alfa galactosidase) düzeyinin veya mutasyon analiz sonuçlarının hastalıkla uyumlu olmasına göre tanı konulmuş olmalıdır. (Enzim düzeyi normal saptanan bayan hastalarda moleküler analiz sonuçlarının hastalıkla uyumlu olmasına göre tanı konulmuş olmalıdır.)

#### **4.2.10.B-1 - Enzim tedavisine başlama ve sonlandırma kriterleri**

- (1) Aşağıdaki kriterlerden herhangi birisinin varlığında enzim replasman tedavisi uygulanır.
  - Böbrek fonksiyonlarında bozulma (aşağıdaki kriterlerden herhangi birisinin varlığı);
    - Yaşa göre ayarlanmış kreatinin klerensinin (glomerül filtrasyon hızı) 80 ml/dk altında olması,
    - 24 saatte 300 mg üzerinde proteinüri olması,
  - Böbrek biyopsisinde endotelial depolanmanın varlığı ile birlikte mikroalbuminüriinin olması.
  - Kalp tutulumunun gösterilmesi (EKG veya ECHO veya anjiyografi veya elektrofizyolojik çalışma ile),
  - Nörolojik tutulumun gösterilmesi,
  - Gastro intestinal sistem bulgularının olması,
  - Vertigo ataklarının olması,
  - İşitme kaybının olması,
  - Diğer tedavilere yanıtız nöropatik ağrının olması.
- (2) Enzim tedavisi uygulanan hastalarda birinci yılın sonunda yapılan değerlendirmede hastanın tedaviye başlamasına esas olan kriter/kriterlerde düzelme göstermeyen hastalarda enzim tedavisi kesilir.

#### **4.2.10.B-2 - Rapor ve reçeteleme koşulları**

(1) Hasta adına, gastroenteroloji, çocuk metabolizma veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenir. Raporda; teşhis, başlangıç ve devam kriteri/kriterleri ile ilgili tüm bilgiler yer alır. Rapor süresi 6 aydır. Bu rapora dayanılarak yine bu hekimler ve nefroloji uzman hekimince, bu hekimlerin bulunmadığı yerlerde ise çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete düzenlenir.

(2) Hastanın takip ve tedavi edildiği sağlık kurumlarında, hastalar adına dosyalar açılacak ve tüm bilgiler bu dosyada muhafaza edilecektir.

#### **4.2.10.C - Mukopolisakkaridöz Tip I, II ve VI (glikozaminoglikan) hastalığı tedavi esasları**

(1) Periferik kandan veya dokudan enzim (Tip I için; L-Iduronidase, Tip II için; Iduronidate -2- sulfatase, Tip VI için; N-Acetyl Galactosamine-4-Sulfatase) düzeyinin veya mutasyon analiz sonuçlarının hastalıkla uyumlu olmasına göre tanı konulmuş olmalıdır.

#### **4.2.10.C-1 - Enzim tedavisine başlama ve sonlandırma kriterleri**

- (1) Hastalarda; multiple sülfataz eksikliği olmamalıdır.
- (2) 24 aylığın altındaki çocuk hastalarda teşhis için gerekli kriterler olması halinde tedaviye başlanır.

(3) 24 ayın bitiminden 72 ayın sonuna kadar olan hastalarda; “Ankara Gelişim Envanteri” uygulanarak hastanın zihinsel gelişim durumu değerlendirilir. Değerlendirme sonucuna göre ileri derecede zekâ özürlü saptanmayan hastalarda tedaviye başlanır. İleri derecede zekâ geriliği saptanan hastalarda tedaviye başlanmaz.

(4) 72 ay üzeri hastalarda; “Çocuklar İçin Weschler Zekâ Ölçeği” (WISC-R) testine göre IQ seviyesi 50 ve üzerinde olanlarda tedaviye başlanır. Bu testin çeşitli nedenlerle uygulanamaması durumunda “Denver Gelişim Envanteri” uygulanır. Buradaki sonuç -2 SD nin altında değilse tedavi başlanır.

(5) Erişkin hastalarda WAIS testine göre tespit edilen IQ seviyesi 60 ve üzerinde olanlarda tedavi başlanır.

(6) Tip I Mukopolisakkaridozda; enzim tedavisine başlangıç tarihi her yenilenen raporda belirtilmelidir. Kemik iliği replasman tedavisi yapılmış ve başarılı olmuş hastalarda replasman sonrası en fazla altı ay daha enzim tedavisi uygulanabilir.

(7) Tip I Mukopolisakkaridozda; kemik iliği replasman tedavisinin başarısız olduğu hastalarda, enzim tedavisine devam kararı hastayı takip eden hekim tarafından yukarıda belirlenen kriterlere göre verilecektir.

(8) Tedaviye başlandıktan 1 yıl sonra hastanın tedaviden fayda gördüğünün raporda belirtilmesi koşulu ile tedaviye devam edilir.

#### **4.2.10.C-2 - Rapor ve reçeteleme koşulları**

(1) Hasta adına, gastroenteroloji, çocuk metabolizma veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenir. Raporda; teşhis, başlangıç ve devam kriter/kriterleri ile ilgili tüm bilgiler yer alır. Rapor süresi 6 aydır. Bu rapora dayanılarak yine bu hekimlerce, bu hekimlerin bulunmadığı yerlerde ise çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerce reçete düzenlenir.

(2) Hastanın takip ve tedavi edildiği sağlık kurumlarında, hastalar adına dosyalar açılacak ve tüm bilgiler bu dosyada muhafaza edilecektir.

#### **4.2.10.Ç - Pompe Hastalığı tedavi esasları**

(1) Periferik kandan veya dokudan enzim ( $\alpha$ -glucosidase) düzeyinin veya mutasyon analiz sonuçlarının hastalıklı uyumlu olmasına göre tanı konulmuş olmalıdır.

#### **4.2.10.Ç-1 - Enzim tedavisi kriterleri**

(1) İki yaş ve altındaki tüm hastaların tedavisine doğrudan başlanır.

(2) İki yaş üstündeki hastalarda ise yaşam kalitesini bozacak derecede kas veya solunum sistemi veya kalp tutulumunun olması durumunda enzim replasman tedavisi başlanır.

#### **4.2.10.Ç-2 - Rapor ve reçeteleme koşulları**

(1) Hasta adına, gastroenteroloji, çocuk metabolizma veya nöroloji uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenir. Raporda; teşhis, başlangıç ve devam kriter/kriterleri ile ilgili tüm bilgiler yer alır. Rapor süresi 1 yıldır. Bu rapora dayanılarak yine bu hekimlerce, bu hekimlerin bulunmadığı yerlerde ise çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerce reçete düzenlenir.

(2) Hastanın takip ve tedavi edildiği sağlık kurumlarında, hastalar adına dosyalar açılacak ve tüm bilgiler bu dosyada muhafaza edilecektir.

#### **4.2.10.D - Niemann-Pick Tip C Hastalığı tedavi esasları**

(1) Filipin Boyası veya moleküler analiz veya fonksiyonel çalışma ile Niemann-Pick Tip C tanısı kesinleşmiş olmalıdır.

#### **4.2.10.D-1 - Tedavi kriterleri**

(1) Niemann-Pick Tip C tanısı kesinleştirilen ve nörolojik bulgusu saptanan her hastada tedaviye başlanır.

(2) Tedavinin başlangıcından itibaren 6 ncı ayın sonunda nörolojik bulguları başlangıca göre stabil kalan veya düzelmeye görülen hastalarda tedaviye devam edilir.

#### **4.2.10.D-2 - Rapor ve reçeteleme koşulları**

(1) Hasta adına, gastroenteroloji, çocuk metabolizma veya nöroloji uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenir. Raporda; teşhis, başlangıç ve devam kriter/kriterleri ile ilgili tüm bilgiler yer alır. Rapor süresi 6 aydır. Bu rapora dayanılarak yine bu hekimlerce, bu hekimlerin bulunmadığı yerlerde ise çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerce reçete düzenlenir.

(2) Hastanın takip ve tedavi edildiği sağlık kurumlarında, hastalar adına dosyalar açılacak ve tüm bilgiler bu dosyada muhafaza edilecektir.

#### **4.2.10.E - Diğer lizozomal depo hastalıklarının tedavi esasları**

(1) Mukopolisakkaridoz tip III, IV ve VII, wolman hastalığı ve kolesterol ester depo hastalığı gibi hastalıkların tedavisinde çocuk metabolizma hastalıkları veya gastroenteroloji veya nöroloji veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı, 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak yine bu hekimlerce reçete edilecektir.

#### **4.2.11 - Glokom ilaçları**

(1) Glokom ilaçları ile tedaviye göz sağlığı ve hastalıkları uzman hekim tarafından başlanacaktır. Göz sağlığı ve hastalıkları uzman hekim tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak diğer hekimlerce de reçete edilebilir.

#### **4.2.12 - İmmünglobulinlerin kullanım ilkeleri**

#### **4.2.12.A - Spesifik/hiperimmün İV immünglobulinlerin kullanım ilkeleri**

(1) Spesifik/hiperimmün immünglobulinler ayakta tedavide, sadece Sağlık Bakanlığının onay verdiği endikasyonlarda düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak uzman hekimler tarafından reçete edilir. Hepatit B, tetanos ve kuduz immünglobulinlerinde uzman hekim raporu şartı aranmaz.

(2) Anti-HepB Ig, klinik uzman hekimler tarafından ve vaka başına profilaktik olarak 0,02-0,06 ml/kg/doz erişkinlerde maksimum 1.600 ünite, çocuklarda maksimum 800 üniteyi aşmamak üzere reçete edilebilir.

(3) Hepatit B İmmünglobulinin, Hepatit B virüs yüzey antijeni taşıyan (Hbs Ag) hastalarda karaciğer transplantasyonu sonrası enfeksiyon profilaksisi endikasyonunda kullanılır;

a) 100-1.000 IU Hepatit B İmmünglobulinin içeren ilaçların prospektüsünde de belirtildiği gibi ameliyat süresince karaciğersiz fazda 10.000 IU, ameliyattan sonra ise her gün (yedi gün boyunca) 2.000 IU şeklindedir. Takip eden uzun

dönem tedavi süresince aylık Anti HBs serum seviyesi kontrollenirle, 100 IU/litre serum seviyesi olacak şekilde sürdürülmelidir. Bu uzun dönem tedavi süresince aylık toplam 2.000 IU dozuna kadar,

b) 5.000 IU Hepatit B İmmünglobulini içeren ilaçların prospektüsünde de belirtildiği gibi ameliyat süresince karaciğersiz fazda 10.000 IU, ameliyattan sonra ise 1 inci, 4 üncü ve 7 nci günlerde 5.000 IU şeklindedir. Takip eden uzun dönem tedavi süresince aylık Anti HBs serum seviyesi kontrolleriyle, 100 IU/litre serum seviyesi olacak şekilde sürdürülmelidir. Bu uzun dönem tedavi süresince 2 ayda bir toplam 5.000 IU dozuna kadar,

kullanılması uygundur.

#### 4.2.12.B - Spesifik olmayan/gamma/polivalan immünglobulinler (IVIg)

(1) Aşağıda yer alan endikasyonlar için;

- Pediyatrik HIV enfeksiyonunda pediyatrik enfeksiyon hastalıkları uzman hekimi tarafından,
- Guillan-Barre sendromunda, bulber tutulumu olan myastenia graviste nöroloji uzman hekimi tarafından,
- Gebeliğe sekonder immün trombositopeni veya gebelik ve ITP beraberliğinde kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimi tarafından,
- Prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebeklerin nasokomiyal enfeksiyonları ile anne ve fetus arasındaki kan grubu uyumsuzluklarında hemolizin azaltılmasında, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından,
- Yoğun bakımda yatan hastalarda antibiyotik tedavisine yardımcı olarak şiddetli bakteriyel enfeksiyonlarının (sepsis ve septik şok) tedavisinde ilgili uzman hekimi tarafından,
- Nörolojik hastalıklardan; myastenik kriz, limbik ensefalit, opsklonus-myoklonus, eaton lambert sendromu, rasmussen ensefaliti, stiff person sendromunda ilgili uzman hekimler tarafından,
- Kronik inflamatuvar polinöropati (CİDP) ve multifokal motor nöropati (MMN) endikasyonlarında ise steroid tedavisine (puls ve idame tedavisine en az 6 ay) yetersiz cevap veya steroid tedavisine kanıtlanmış komplikasyon ve/veya kontrendikasyon durumlarında ilgili uzman hekimler tarafından,

reçete edilebilir. (Bu endikasyonlar için Sağlık Bakanlığı endikasyon dışı onayı aranmaz.)

(2) Sağlık Bakanlığınca onaylı diğer endikasyonlar için; hematoloji, tıbbi onkoloji, enfeksiyon hastalıkları, immünoloji veya romatoloji, üniversite ile eğitim ve araştırma hastanelerinde ise bu hekimlere ilave olarak iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak uzman hekimler tarafından reçete edilir. (Birdshot retinokoroidopati endikasyonu ödenmez.)

#### 4.2.13 - Hepatit tedavisi

(1) Akut ve kronik viral hepatit tedavisinde kullanılan ilaçlar gastroenteroloji veya enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporuna dayanılarak bu uzman hekimler ile çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilir. Oral antiviral tedavilerde ilk rapor süresi en fazla 6 ay, sonraki rapor süreleri bir yılı geçemez.

#### 4.2.13.A - Kronik Hepatit B tedavisi

(1) İlk tedaviye başlamak için; HBV DNA seviyesi  $10.000 (10^4)$  kopya/ml (2.000 IU/ml) veya üzerinde olan hastalar, bu durumun belirtildiği rapor ve eki tetkik sonuçlarına (HBV DNA sonucu ve karaciğer biyopsi raporu) göre;

- Erişkin hastalarda; karaciğer biyopsisinde Hastalık Aktivite İndeksi (HAI)  $\geq 6$  veya fibrozis  $\geq 2$
- 2-18 yaş grubu hastalarda; ALT normalin üst sınırının 2 katından daha yüksek ve karaciğer biyopsisinde HAI  $\geq 4$  veya fibrozis  $\geq 2$ ,

olan hastaların tedavisine interferonlar veya pegile interferonlar veya oral antiviraller ile başlanabilir.

(2) Klasik interferonların toplam dozu haftada 30 milyon, ayda 120 milyon ünitesi geçemez.

(3) Erişkin hastalarda interferonlar ve pegile interferonlar ALT değeri normalin üst sınırının 2 katını geçen, HBeAg negatif olan ve HBV DNA  $\leq 10^7$  kopya/ml olan hastalar ile HBeAg pozitif olan ve HBV DNA  $\leq 10^8$  olan hastalarda kullanılabilir. Interferonlar ve pegile interferonlar kronik hepatit B hastalarında en fazla 48 hafta süreyle kullanılabilir.

(4) 2-18 yaş grubu hastalarda tedaviye lamivudin ya da interferonlar ile başlanabilir. Çocuklarda interferon tedavi süresi 24 haftadır. Bu grup hastalarda 24 haftalık tedavinin bitiminden en az 1 yıl sonra bu maddenin birinci fıkrasının b bendinde tarif edilen koşulları yeniden taşıyan hastalara en fazla 24 haftalık ikinci bir interferon tedavisi daha verilebilir.

(5) Erişkin hastalarda oral antiviral tedaviye;

a) HBV DNA  $\leq 10^7$  kopya/ml (2.000.000 IU/ml) ise günde 100 mg lamivudin veya 600 mg telbivudin ile başlanır. Tedavinin 24 üncü haftasında HBV DNA 50 IU/ml (300 kopya/ml) ve üzerinde olan hastalarda diğer oral antiviraller kullanılabilir.

b) HBV DNA  $>10^7$  kopya/ml (2.000.000 IU/ml) olanlarda diğer oral antivirallerden biri ile tedaviye başlanabilir.

c) Çocuk hastalardan, HBV DNA seviyesi  $10.000 (10^4)$  kopya/ml (2.000 IU/ml) veya üzerinde olan hastalarda lamivudin tedavisine 3mg/kg/gün dozunda başlanabilir.

(6) Erişkin hastalar oral antiviral tedavi altındayken;

a) Oral antiviral tedavisi alan hastalarda negatif olan HBV DNA'nın pozitifleşmesi veya HBV DNA'nın 10 kat yükselmesi ile başka bir oral antiviral ajana geçilebilir veya almakta oldukları tedaviye ikinci bir oral antiviral eklenebilir. Başka bir antiviralden lamivudine geçişte ve entekavir veya adefovir tedavisinden tenofovir tedavisine geçişte bu koşullar aranmaz. Lamivudin veya telbivudin tedavisinin 24 üncü haftasında HBV DNA 50 IU/ml (300 kopya/ml) ve üzerinde olan hastalarda diğer oral antiviraller kullanılabilir. Ancak bu tedavilerin 24 üncü haftasında HBV DNA 50 IU/ml (300 kopya/ml) altında ise başka bir oral antiviral ajana geçilemez veya eklenemez.

b) Tenofovir veya adefovir veya entekavir ile tedavi alan hastalarda birinci yılın sonunda halen "HBV DNA pozitif" olması durumunda tedaviye başka bir oral antiviral eklenebilir.

c) Oral antiviral tedavisi alan hastalarda gebelik durumunda oral antiviral değişiminde bu koşullar aranmaz.

ç) Oral antiviral değişimi ya da tedaviye yeni oral antiviral eklenmesi için, düzenlenecek yeni veya mevcut raporda bu durum belirtilir.

(7) Oral antiviral tedavinin sonlandırılması;

a) Her yenilenen raporda tek başına HBsAg pozitifliği veya HBsAg negatifliği ile birlikte Anti-HBs negatifliği raporda belirtilmelidir.

b) Oral antiviral tedavi, HBsAg negatif hastalarda Anti-HBs pozitifleşikten sonra en fazla 12 ay daha sürdürülür.

(8) Antiviral tedavi almakta olan hastaların raporlarının yenilenmesinde, başlama kriterlerinin hastanın tedavisine başlandığı tarihteki mevzuata uygun olduğu yeni raporda belirtilir.

#### **4.2.13.B - Karaciğer sirozunda tedavi**

(1) Karaciğer sirozunda HBV DNA (+) veya HCV RNA (+) olan hastalarda tedaviye başlanılabilir ve bu durum raporda belirtilir. Tedavi süreleri; HBV DNA (+) olanlar için kronik hepatit B tedavisinde, HCV RNA (+) olanlar için kronik hepatit C tedavisinde olduğu gibidir.

#### **4.2.13.C - İmmünsupresif ilaç tedavisi, sitotoksik kemoterapi, monoklonal antikor tedavisi uygulanmakta olan hastalarda tedavi**

(1) İmmünsupresif ilaç tedavisi veya sitotoksik kemoterapi veya monoklonal antikor tedavisi uygulanmakta olan HBsAg(+) hastalarda, ALT yüksekliği, HBV DNA pozitifliği ve karaciğer biyopsisi koşulu aranmaksızın uygulanmakta olan diğer tedavisi süresince ve bu tedavisinden sonraki en fazla 12 ay boyunca lamivudin kullanılabilir. İmmünsupresif, sitotoksik kemoterapi ve monoklonal antikor tedavisine ilişkin ilaç raporunun tarih ve sayısı reçetede belirtilir.

(2) İmmünsupresif ilaç tedavisi veya sitotoksik kemoterapi veya monoklonal antikor tedavisi uygulanmakta olan kronik hepatit B hastalarında ise tedavi süreleri ve ilaç seçimi kronik hepatit B tedavisi prensiplerinde belirlendiği şekildedir.

(3) HBsAg negatif olduğu durumlarda HBV DNA pozitifliği ve/veya Anti HBe pozitifliği durumlarında immünsupresif ilaç tedavisi veya sitotoksik kemoterapi veya monoklonal antikor tedavisi uygulanmakta olan hastalarda ALT yüksekliği ve karaciğer biyopsisi koşulu aranmaksızın lamivudin kullanılabilir. Söz konusu tedavilerin bitiminden sonraki en fazla 12 ay boyunca da lamivudin kullanılabilir.

#### **4.2.13.Ç - HBV'ye bağlı karaciğer hastalığından dolayı karaciğer transplantasyonu yapılan hastalar veya Anti-Hbc(+) kişiden karaciğer alan hastalarda tedavi**

(1) HBV'ye bağlı karaciğer hastalığından dolayı karaciğer transplantasyonu yapılan hastalar veya Anti-Hbc(+) kişiden karaciğer alan hastalara; biyopsi, viral seroloji, ALT seviyesi yada HBV DNA bakılmaksızın oral antiviral tedavi verilebilir.

#### **4.2.13.D - Kronik Hepatit D (=Delta) tedavisi**

(1) Delta ajanlı Kronik Hepatit B tanısı konmuş anti HDV(+) hastalarda interferon veya pegile interferonlar, kronik hepatit B'deki kullanım süre ve dozunda kullanılabilir. Bu hastalardan Kronik Hepatit B tedavi koşullarını taşıyanlarda tedaviye oral antiviral ilaçlardan biri eklenebilir. (Anti HDV(+) ve HBV DNA sonucu reçete veya raporda belirtilir.)

#### **4.2.13.E - Hepatit C tedavisi**

##### **4.2.13.E-1 - Akut Hepatit C tedavisi**

(1) Akut hepatit C hastalarında (HCV RNA pozitif sonuç raporda belirtilir) 24 hafta süreyle, Kronik C hepatitinde kullanıldığı dozlarda interferon alfa veya pegile interferon alfa monoterapisi uygulanır. Bu hastalarda tedaviye ribavirin eklenemez. Akut C hepatiti tedavisi için karaciğer biyopsisi ve 12 nci haftada HCV RNA seviyesinde 2 log azalma koşulu aranmaz.

##### **4.2.13.E-2 - Kronik Hepatit C tedavisi**

(1) HCV RNA'sı pozitif hastalarda genotip tayini ile tedaviye başlanabilir.

(2) Kronik hepatit C tedavisinde interferon + ribavirin veya pegile interferon + ribavirin kombinasyonu kullanılır. Ribavirin kullanımı için kontrendikasyon bulunanlarda tek başına interferon veya pegile interferon kullanılabilir. Tek başına ribavirin kullanım endikasyonu yoktur.

(3) Tedavi süresi, genotip 1 ve 4 için 48 haftadır. Tedavi başladıktan sonra 12 nci hafta sonunda HCV RNA düzeylerin 2 log (100 kat) azalmayanlarda tedavi süresi 16 haftayı geçemez. 24 üncü haftada HCV RNA pozitifliği devam eden hastalarda tedavi en geç 28 inci hafta sonunda kesilir. 16 nci haftada 2 log (100 kat) azalan hastalarda ve 28 inci haftada HCV RNA (-) olan hastalarda HCV RNA analiz sonucu reçete veya raporda belirtilir. Bu süreler içinde komplikasyonlar nedeniyle tedaviye ara vermek zorunda kalınan hastalarda belirtilen haftalar içinde süreye tekbül eden dozda ilaç alınamamışsa ara verilme nedenleri gerekçeleri ile yeni raporda belirtilecek kaydıyla ilaç bu fıkırdaki belirtilen haftalık dozlarla tamamlanır. Tedaviye devam kriterleri yeni rapora göre değerlendirilir.

(4) Erişkin genotip 2 ve 3 hastalarda ribavirin dozu en fazla 800 mg/gün olacak şekilde verilir. Bu hastalarda gerek interferonun gerekse ribavirin tedavisi süresi en fazla 24 haftadır. Genotip 2 ve 3 hastaların tedavisinde 12 hafta sonundaki HCV RNA azalması koşulu aranmaz.

(5) 3-18 yaş çocuklarda; ribavirin dozu 15 mg/kg/gün, maksimum 1200 mg/gün dür. Pegile interferon daha önce interferon tedavisi almamış hastalarda uygulanabilir.

(6) Kompanse sirozu olan genotip I hastalarda (karaciğer biyopsisinde ISHAK skoruna göre evre 4 ve üzerinde olanlar veya trombosit sayısı 100.000 altında olanlarda veya protrombin zamanı kontrolün 3 saniye üzerinde olanlar) peginterferon + ribavirin + telaprevir tedavisi başlanabilir. Tedavi süresi 48 haftadır. Telaprevir 12 haftadan daha uzun süre kullanılmaz.

##### **4.2.13.E-3 - Erişkin Kronik Hepatit C hastalarında yeniden tedavi**

(1) Komplikasyonlar nedeniyle tedavisine 12 nci haftadan önce son verilmiş olan kronik hepatit C hastaları tedavi almamış hastalar ile aynı kurallara tabi olarak yeniden tedaviye alınabilirler.

(2) İnterferon veya pegileinterferon monoterapisi alan ve cevapsız olan hastalar da tedavi almamış hastalar ile aynı kurallara tabi olarak pegileinterferon + ribavirin tedavisi verilebilir.

(3) İnterferon + ribavirin veya pegileinterferon + ribavirin tedavisine cevap veren ancak nüks etmiş (tedavi bitiminde HCV RNA (-) olan ancak izleminde HCV RNA yeniden pozitifleşen) hastalar bir defaya mahsus olmak üzere aşağıdaki tedavi şemalarından yalnızca biri kullanılabilir.

a) Yenidoğan + ribavirin veya ribavirin + interferon alabilirler. 16 ncı haftadan sonra tedavinin sürdürülebilmesi için 12 ncı haftada bakılan HCV RNA (-) ya da 2 log (100 kat) azalmış olmalıdır. Tedavi süresi 48 haftayı geçemez.

b) Pegileinterferon + ribavirin + telaprevir (üçlü) tedavisi alabilirler. Bu hastalarda tedavinin 4 üncü haftasında HCV RNA bakılır.

1) Tedavinin 4 üncü haftasında bakılan HCV RNA (-) ise üçlü tedavi 12 haftaya, devamında pegileinterferon + ribavirin ile tedavi toplam 24 haftaya tamamlanır.

2) Tedavinin 4 üncü haftasında bakılan HCV RNA (+) ise üçlü tedavi 12 haftaya, devamında pegileinterferon + ribavirin ile tedavi toplam 48 haftaya tamamlanır. Ancak tedaviye başlandıktan sonra 4 üncü hafta sonunda HCV RNA >1.000 IU/ml olanlarda tedavi 8 haftayı, 12 ncı hafta sonunda HCV RNA >1.000 IU/ml olanlarda tedavi 16 haftayı geçemez. 24 üncü haftada HCV RNA pozitifliği devam eden hastalarda tedavi en geç 28 inci hafta sonunda kesilir.

(4) İnterferon + ribavirin veya pegile interferon + ribavirin tedavisine cevap vermeyen 18 yaşının üzerindeki hastalarda yeniden pegileinterferon ve ribavirin tedavisi yapılamaz.

#### **4.2.13.E-4 - 3 ila 18 Yaş çocuk Kronik Hepatit C hastalarında yeniden tedavi**

(1) Komplikasyonlar nedeniyle tedavide 12 ncı haftadan önce son verilmiş olan kronik hepatit C hastaları, tedavi almamış hastalar ile aynı kurallara tabi olarak yeniden tedaviye alınabilirler. İlk 12 hafta içinde komplikasyonlar nedeniyle tedavisine ara vermek zorunda kalınan hastalar 12 hafta içinde 12 doz ilacı alamamışsa ara verilme nedenleri gerekçeleriyle yeni raporda belirtilmek kaydıyla ilacın 12 haftalık doza tamamlanır.

#### **4.2.13.F - Viral hepatit tedavisinde genel prensipler**

(1) Karaciğer biyopsisi ile ilgili kurallara İshak skorlamasına göre (pediatrik hastalarda Knodell skorlamasına göre) belirlenmiştir.

(2) Biyopsi için kontrendikasyon bulunan hastalarda (PT de 3 sn den fazla uzama veya trombosit sayısı <80.000 /mm<sup>3</sup> veya kanama eğilimini artıran hastalıklar veya kronik böbrek yetmezliği veya biyopsiye engel olacak konuda bir yer kaplayıcı lezyonun varlığı veya karaciğer sirozu veya gebeler) karaciğer biyopsisi koşulu aranmaz. Biyopsi kontrendikasyonu sağlık raporunda açık olarak belirtilir.

#### **4.2.14 - Kanser tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri**

(1) Ayakta kemoterapi yapılacak kanserli hastalara tedavi protokolünü gösterir sağlık kurulu/uzman hekim raporuna dayanılarak kür tanımına uyacak tedavi uygulamaları ise bir kürlük, kür tanımına uymayan tedavi uygulamaları ise en fazla 3 aylık dozda ilaç verilebilir.

(2) Kanser tedavisinde kullanılacak hormonlar ve hormon antagonistleri ile maligniteye bağlı metastatik olgularda kullanılan yardımcı ilaçlar, tedavi protokolünü gösterir uzman hekim raporuna dayanılarak 3 aylık dozlarda verilebilir. (SUT'ta bu ilaçlar için ayrıca bulunan düzenlemeler saklıdır.)

(3) Kanser tedavisinde endikasyon dışı ilaç kullanımında, tedavi protokolünü ve daha önce uygulanan kemoterapi dahil diğer tedavileri de gösteren tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimlerinden birinin bulunduğu sağlık kurulu raporu aranır. (SUT'un 4.2.14.A maddesinde belirtilen etken maddeler hariç)

#### **4.2.14.A - Tedavi protokolünü gösteren uzman hekim raporuna dayanılarak endikasyon uyumu aranmaksızın kullanılacak ilaçlar**

(1) Adriamisin, asparaginaz, bleomisin, busulfan, dakarbazin, daktinomisin, daunorubisin, epirubisin, estramustin, etoposid, fluorourasil, folinik asit, ifosfamid, hidroksiüre, karboplatin, karmustin, klorambusil, lomustin, methotrexat, melfalan, merkaptourin, mesna, mitoksantron, mitomisin, prokarbazin, siklofosamid, sisplatin, sitozin arabinosid, tamoksifen, vinblastin, vinkristin.

#### **4.2.14.B - Tedavi protokolünü gösterir sağlık kurulu raporuna dayanılarak uzman hekimlerce reçetelendirilecek ilaçlar**

(1) Amifostin, anastrozol, bikalutamid, buserelin, dosetaksel, eksemestan, filgrastim, flutamid, gemitabin, goserelin, ibandronik asit, interferon alfa 2a-2b, irinotekan, kapesitabin, klodronat, lenograstim, letrozol, löprolid asetat, medroksiprogesteron asetat, oksaliplatin, paklitaksel, pamidronat, siproteron asetat, tegafur-urasil, topotekan, triptorelin asetat, vinorelbin, (vinorelbin tartarotun oral formları, kür protokolünde belirtilmesi ve tedaviye enjektabl form ile başlanması şartıyla kullanılır) zolendronik asit.

#### **4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar;**

(1) Bevacizumab, fotemustin, gefitinib, interleukin-2, octreotid, lanreotid, setuksimab, streptozosin; tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile bu hekimlerce veya bu sağlık kurulu raporuna dayanılarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında tüm uzman hekimlerce reçete edilir.

(2) Tioguanin, tiotepa, bortezomib, talidomid, kladrabin, anagrelid, idarubisin, pentostatin, lipozomal doksorubisin, fludarabin, tretinoin; tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu hekimlerce veya bu sağlık kurulu raporuna dayanılarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında tüm uzman hekimlerce reçete edilir.

(3) Bu fıkıradaki belirtilen ilaç grupları için bu maddede ilaca yönelik özel rapor süresi düzenlenmesi yapılmamış ise en fazla bir yıl süreli sağlık kurulu raporlarında, tedavi protokolü ve teşhise esas teşkil eden radyoloji, patoloji veya sitoloji raporunun merkezi, tarihi ve numarası veya teşhise esas teşkil eden bilgiler, evre veya risk grubu, varsa daha önce uygulanan kanser tedavi planı bulunmalıdır.

a) **Trastuzumab;** HER-2 immünhistokimya ile +3 veya FISH/CISH/SISH (+) olan hastalarda;

1) Metastatik meme kanseri tedavisinde, hastanın tedaviden fayda görmesi ve bu durumun reçete üzerinde hekim tarafından belirtilmesi halinde tedavide devam edilir. Trastuzumab kullanılırken progresyonun gelişmesi halinde tedavi sonlandırılır. Tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile bu hekimlerce veya bu sağlık kurulu raporuna dayanılarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarındaki uzman hekimlerce reçete edilir.

2) Erken evre meme kanseri endikasyonunda, tedavi süresi 9 haftadır. Tedavinin 52 haftaya tamamlanması düşünülen durumlarda, 9 haftalık tedaviden sonra "Trastuzumab Kullanımı İçin Bilgilendirilmiş Hasta Olur Formu"nun

tedavii yrrtn hakim tarafından düzenlenerek bir örneğinin Sağlık Bakanlına gönderilmesi ve reçete üzerinde formun dzenlendiinin belirtilmesi gerekmektedir. 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 haftaıy geçemez.

**b) Alemtuzumab;**

1) Kemik iliği tutulumu gösterir biyopsi sonucuyula, yeterli doz ve sürede alkilleiyici ajanlar alan ve fludarabin fosfat krlerini tamamlayan ya da fludarabin temelli kombinasyon rejimlerine kesin olarak dirençli hale gelmiş (Evre III veya Evre IV Kronik Lenfoid Lösemi-KLL) hastalarda; bu durumların belirtildiği hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak hematoloji veya tıbbi onkoloji uzman hekimlerce reçete edilir.

2) Sekiz haftalık tedaviyle cevap alınması durumunda, bu durumun sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla tedavi on iki haftaya kadar uzatılabilir. Cevap alınamaması durumunda ise tedavi sekiz haftayla sınırlandırılır.

c) **BCG canlı intravezikal;** tıbbi onkoloji veya roloji uzman hekimlerinden birinin yer aldığı tedavi protokolünü gösterir sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji veya roloji uzman hekimlerce reçete edilir.

**) Fulvestrant;**

1) Tıbbi onkoloji uzman hekimlerinin yer aldığı tedavi protokolünü gösterir sağlık kurulu raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilir.

2) Doğal veya yapay postmenopozal kadınlarda, lokal veya metastaz yapmış hormon reseptör pozitif meme kanserinde, endokrin tedaviden [ncelikle tamoksifen, sonra aromataz inhibitörlerinden biri (anastrozole, exemestane, letrozole) kullanıldıktan] sonra ilerlemeye devam etmiş hastalarda, hazırlanan raporda bunların belirtilmesi koşuluyla reçete edilebilir.

d) **İmatinib;** Tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporu ile bu uzman hekimler tarafından reçete edilir.

e) **İmiqumod;** Yzeyssel bazal hücreli karsinom tedavisinde, tıbbi onkoloji veya cilt hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilir. (Yalnızca bu madde kapsamında ödenir.)

**f) Rituksimab;**

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

2) Nükseden veya kemorezistan CD20 pozitif foliküler lenfoma, diffüz büyük B hücreli lenfoma, mantle hücreli lenfoma teşhisi konmuş hastaların tedavisinde, daha önce tedavi edilmemiş evre III veya evre IV CD20 pozitif foliküler lenfomali hastalarda kombinasyon kemoterapisine ek olarak, CD20 pozitif diffüz büyük B hücreli lenfomada CHOP kemoterapi semasına ek olarak kullanılabilir.

3) Yukarıda bahsedilen foliküler lenfoma ve mantle hücreli lenfomada maksimum 8 küre kadar kullanılabilir.

4) Foliküler lenfoma ve mantle hücreli lenfomada; rituksimab kullanımına cevap veren ancak progresif hastalık gelişen (daha önce aynı tedaviye yanıt vermiş olduğu için kombinasyon kemoterapisinde olarak) vakalarda 8 küre ilave olarak en fazla 4 kr daha kullanılabilir. İndüksiyon tedavisine yanıt vermiş (en fazla 8 kr kullanılmış) hastada, hastanın yanıt süresini uzatmak için indüksiyon tedavisinden sonra hastalık progresyonunu engellemek amacıyla iki yıl süresince ek olarak en fazla 8 kr daha kullanılabilir.

5) CD20 pozitif diffüz büyük B hücreli lenfomada maksimum 8 küre kadar geri ödenir.

g) **Temozolomid;** Radyoterapi ile birlikte ve/veya tek başına kullanımında tıbbi onkoloji veya radyasyon onkolojisi uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı tedavi protokolünü gösterir sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce veya bu sağlık kurulu raporuna dayanılarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarındaki tüm uzman hekimlerce reçete edilebilir.

) **Floxuridin;** Sadece kolon kanserinin karaciğere çoklu metastazlarında ilacım onaylı prospektüs bilgileri dikkate alınarak, intraarterial yolla en fazla 6 kr olarak tıbbi onkoloji, genel cerrahi ve gastroenteroloji uzmanlarından en az birinin bulunduğu tedavi protokolünü de gösterir sağlık kurulu raporu ile yatarak tedavide kullanılmak üzere tıbbi onkoloji uzmanları, genel cerrahi uzmanları ve gastroenteroloji uzmanları tarafından reçete edilir.

**h) Azasitidin ve decitabin;**

1) Miyelodisplastik Sendromda (MDS) görülen dirençli anemi tedavisinde;

a. Kemik iliği blast oranının %5'in üzerinde artmış olduğunun belirtildiği, içinde en az bir hematoloji uzmanının bulunduğu 4 ay süre ile geçerli sağlık kurulu raporu ile 18 yaş üstü hastalarda kullanılmak üzere hematoloji uzmanı tarafından en fazla birer aylık tedavi miktarında reçete edilebilir.

b. Azasitidin veya Decitabini 4 ay alan hastalarda yanıt değerlendirilmesi yapılır. Blast oranı %5 ve altına inen hastalar ile tedaviye başlandıındaki ilk değerine göre blast oranında %50'den daha az azalma olan hastalarda tedavi kesilir. Blast oranı tedaviye başlandıındaki ilk değerine göre %50 ve daha fazla azalan (ancak Blast oranı %5'in üstünde kalan) hastalarda bu durumu belirten yeni bir rapor düzenlenerek yalnızca 3 ay daha tedaviye devam edilir. Relaps olan hastalarda başlama kriterlerine uygun olarak tedaviye tekrar başlanabilir.

c. Decitabin, yukarıdaki koşullarda 4 haftada bir 5 günlük sürede (20 mg/m<sup>2</sup>/gün) toplam 100 mg/m<sup>2</sup>yi geçmeyecek şekilde kullanılır.

. Bu ilaçlar birlikte kullanılamaz.

2) Azasitidin; kronik miyelomonositler lösemi (KMML) ve akut miyeloid lösemi (AML) tedavisinde;

a. İçinde en az bir hematoloji uzmanının bulunduğu 4 ay süre ile geçerli sağlık kurulu raporuna dayanılarak hematoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilebilir.

b. Söz konusu teşhislerde en fazla 4 kr kullanılabilir.

i) **Dasatinib ve nilotinib;** Sağlık Bakanlığına onaylanan prospektslerde yer alan endikasyonlarda kullanılmak üzere, söz konusu ilaçların prospektsinde yazılan başlama kriterleri dikkate alınarak, içinde en az bir hematoloji uzmanının



yer aldığı, en fazla 6 ay süre ile geçerli sağlık kurulu raporu ile tıbbi onkoloji uzman hekimleri tarafından reçetelenir. (dasatinib ve nilotinib kombine olarak kullanılamayacaktır.)

**i) Sunitinib;**

1) İmatinibe dirençli metastatik veya rezekte edilemeyen gastrointestinal stromal tümörlerin (GIST) veya sitokin (interferon veya interlökin) sonrası progresyon olan metastatik renal hücreli karsinomların tedavisinde, içinde en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulunduğu tedavi protokolünü de gösterir ve en fazla 6 ay süre ile geçerli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkologlar tarafından reçetelenir. Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için hastalıkta progresyon olmadığı belirlenmeli ve bu durum çıkarılacak raporda belirtilmelidir.

2) Temsirolimus, sunitinib, sorafenib ve pazopanib metastatik renal hücreli karsinomlu hastalarda ardışık ya da kombine olarak kullanılamaz.

3) Metastatik ya da lokal ileri evrede olan ve cerrahi tedavinin mümkün olmadığı, iyi diferansiye, Ki-67 indeksi 5 ve altında olan, RECIST kriterlerine göre hastalık progresyonunun bulunduğu, daha önce somatostatini ve bir sıra kemoterapi uygulanmış olan pankreatik nöroendokrin tümörlerin tedavisinde, Ki-67 indeksini içeren patoloji rapor bilgilerinin bulunduğu, tedavi protokolünü de gösterir en az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce reçetelenir.

j) **Lapatinib;** Daha önce antrasiklin, taksan ve trastuzumab ile tedavi görmüş ve halen progresyon gösteren, c-erb B2 immünhistokimya testi sonucu 3 (+) veya FISH (+) olan metastatik meme kanserli hastalarının tedavisinde kapessitabin ile kombine olarak kullanılır. Lapatinib + kapessitabin progresyona kadar geçen sürede, hastanın tedaviden fayda görmesi ve bu durumun reçete üzerinde hekim tarafından belirtilmesi halinde ödenir. Lapatinib + kapessitabin kullanılıyor iken progresyon gelişen hastalarda tedavinin sonraki basamaklarında lapatinib ödenmez. Tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile bu uzman hekimlerce veya bu sağlık kurulu raporuna dayanılarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarındaki tüm uzman hekimlerce reçete edilir.

k) **Temsirolimus;** Sitokin (interferon veya interlökin) sonrası progresyon olan metastatik renal hücreli karsinomların tedavisinde, aşağıdaki 6 kriterden en az üç tanesinin bulunduğu kötü prognoz grubu kabul edilen hastalarda; bu durumu belirtir en az iki tıbbi onkoloji uzmanının yer aldığı tedavi protokolünü gösterir en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilir. Temsirolimus, sunitinib, sorafenib ve pazopanib metastatik renal hücreli karsinomlu hastalarda ardışık ya da kombine olarak kullanılamaz.

- 1) Laktat dehidrojenaz düzeyinin normalin üst sınırından 1,5 kat veya daha fazla artmış olması,
- 2) Hemoglobinin normal değerinin alt sınırdan düşük olması,
- 3) Düzeltilmiş kalsiyum düzeyinin 10mg/dl nin üzerinde olması,
- 4) Tanıdan itibaren sistemik tedavinin başlangıcına kadar geçen sürenin 1 yıldan az olması,
- 5) Performans durumu ECOG' a göre 2 ve üzerinde olması,
- 6) İki ya da daha fazla organ metastazının bulunması,

**l) Sorafenib;**

1) Metastatik renal hücreli karsinom (mRCC) endikasyonunda;

a. Sitokin (interferon veya interlökin) sonrası progresyon olan metastatik renal hücreli karsinomların tedavisinde, içinde en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulunduğu tedavi protokolünü de gösterir ve en fazla 6 ay süre ile geçerli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkologlar tarafından reçetelenir. Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için hastalıkta progresyon olmadığı belirlenmeli ve bu durum raporda belirtilmelidir.

b. Temsirolimus, sunitinib, sorafenib ve pazopanib metastatik renal hücreli karsinomlu hastalarda ardışık ya da kombine olarak kullanılamaz.

2) Karaciğer kanserinde; lokal tedavi yöntemlerinin uygun olmadığı ve fonksiyonel karaciğer rezervinin Child-Pugh-A evresinde olduğu klinik ve laboratuvar bulgularla raporda kanıtlanmış olan; lokal ileri veya metastatik hepatocellüler kanserli olgularda; daha önce en az bir kemoterapi tedavisi uygulanmış ve progresyon gelişmiş hastalarda, ikinci basamak tedavi seçeneği olarak kullanılabilir. Hastanın kemoterapiye engel olacak bir durumu var ise bu durum sağlık raporunda belirtilerek birinci basamakta da kullanılabilir. Sorafenib en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulunduğu, tedavi protokolünü gösterir sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzmanları tarafından reçetelenir. Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için progresyon olmadığı belirlenmeli, bu durum ve karaciğer rezervinin Child-Pugh-A evresinde devam ettiği raporda belirtilmelidir.

**m) Pemetreksat;**

1) Lokal ileri evre ya da metastatik küçük hücreli dışı akciğer kanserli hastalardan nonskuamöz (adenokarsinom) ya da büyük hücreli karsinom) histolojik alt grubunda birinci basamak kemoterapi sonrası progresyon gelişen hastalarda tıbbi onkoloji uzmanının yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji veya göğüs hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir.

2) Malign plevral mezotelyomada; üç uzman hekim tarafından düzenlenen ve tedavi protokolünü gösterir sağlık kurulu raporuna dayanılarak uzman hekimlerce reçete edilir.

n) **Lenalidomid;** en az 2 kür standart multiple myelom tedavisi (VAD, MP veya diğer standart antimiyelom rejimler) kullanım sonrası hastalık progresyonu gelişmiş hastalardan;

1) Yeterli doz ve sürede talidomid veya bortezomib kriterlerine dirençli veya EMG ile kanıtlanmış nöropati nedeni ile bu ajanların kullanılmadığı hastaların tedavisinde veya,

2) Transplantasyonu sonrasında dirençli hastalığı olan multiple myelom (MM) hastalarının tedavisinde, hematoloji ve/veya onkoloji uzmanının yer aldığı 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak yine bu hekimler tarafından reçete edilir. 3 üncü kür sonunda en az minör yanıt yoksa tedavi sonlandırılır. 3 üncü kür sonunda en az minör yanıt, 6 ncı kür sonunda en az kısmi yanıt var ise tedaviye devam edilir. Tedavinin devamında her 6 ncı kür sonunda en az kısmi yanıt var ise tedavi toplam iki yıla tamamlanabilir.

o) **Erlotinib;** lokal ileri evre ya da metastatik adenokarsinom histolojik tipinde olan küçük hücreli dışı akciğer kanserli, hiç sigara kullanmamış, daha önce kemoterapi almış ve progresyon gelişmiş hastalarda; bu durumun belirtildiği

tabii onkoloji uzmanının yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporu dayanılarak ikinci ve üçüncü basamak sağ­lık kurumlarında tüm uzman hekimlerce veya göğüs hastalıkları uzman hekimlerce reçete edilir.

#### ö) **Raltitrekسد;**

1) Kolorektal kanser hastalarına tabii onkoloji uzman hekiminin yer aldığı sağ­lık kurulu raporu ile bu hekimlerce veya bu sağ­lık kurulu raporuna dayanılarak ikinci ve üçüncü basamak sağ­lık kurumlarında tüm uzman hekimlerce reçete edilir.

2) Malign plevral mezotelyomada; üç uzman hekim tarafından düzenlenen ve tedavi protokolünü gösterir sağ­lık kurulu raporuna dayanılarak uzman hekimlerce reçete edilir.

p) **Everolimus;** Daha önce sunitinib veya sorafenib kullanmış ve direnç göstermiş olan metastatik renal hücreli hastalarda en az bir tabii onkoloji uzmanının bulunduğu tedavi protokolünü de gösterir 6 ay süreli sağ­lık kurulu raporuna dayanılarak tabii onkologlar tarafından reçetelenir.

#### r) **Pazopanib;**

1) Biyolojik tedaviler (interferon ya da interlökin) sonrasında progresyon gelişmiş lokal ileri ya da metastatik çevredeki renal hücreli karsinomların tedavisinde, içinde en az bir tabii onkoloji uzmanının bulunduğu tedavi protokolünü de gösterir ve en fazla 6 ay süre ile geçerli sağ­lık kurulu raporuna dayanılarak tabii onkologlar tarafından reçetelenir. Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için hastalıkta progresyon olmadığı belirlenmeli ve bu durum çıkarılacak raporda belirtilmelidir.

2) Temsirolimus, sunitinib, sorafenib ve pazopanib metastatik renal hücreli karsinomlu hastalarda ardışık ya da kombine olarak kullanılmaz.

s) **Cinacalcet;** paratiroid karsinomu endikasyonunda; opere olmuş ancak nüks olan hastalarda, bifosfonatlar ile hiperkalsemisi kontrol altına alınamamış ve albümin ile düzeltilmiş serum kalsiyum değeri  $\geq 10,5$  mg/dl olduğu belirtilen endokrinoloji uzman hekimince düzenlenen bir yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak iç hastalıkları uzmanlarına reçetelebilir.

(4) SUT'un 4.2.14.C maddesinde yer alan ilaçlardan jinekolojik malignite tedavisinde endikasyonu bulunanlar, üçüncü basamak sağ­lık kurumlarındaki kadın hastalıkları ve doğum uzmanı hekiminin yer aldığı sağ­lık kurulu raporuna dayanılarak da bu uzman hekimlerce reçete edilebilir.

#### **4.2.14.Ç - Kanser tedavisinde kullanılan diğer ilaçlar**

(1) SUT'un 4.2.14 maddesinde isimleri veya endikasyonu belirtilmeyen ilaçların kanser tedavisinde kullanımında; tabii onkoloji veya hematoloji uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı 1 yıl süreli sağ­lık kurulu raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilir.

#### **4.2.15 - Klopidoğrel, silostazol ve ivabradin kullanımı ilkeleri**

##### **4.2.15.A - Klopidoğrel (kombinasyonları dahil);**

(1) Koroner artere stent uygulanacak hastalarda; kardiyoloji veya kalp damar cerrahisi uzman hekimleri tarafından rapor aranmaksızın 24 saat öncesinden başlanabilir. Stent takılan hastalarda hastanın taburcu olmasından itibaren rapor aranmaksızın 4 haftalık doz bu hekimler tarafından reçete edilebilir.

(2) Akut koroner sendrom tanısıyla hastaneye yatırılan veya müşahedeye alınan hastalarda EKG değışikliği veya troponin pozitif olan ST yükselmesi miyokard enfarktüsü veya anstabil anginalı hastalar ile ST yükselmeli miyokard enfarktüsü hastalarında; kardiyoloji, kalp damar cerrahisi, iç hastalıkları veya acil tıp uzman hekimleri tarafından rapor aranmaksızın reçete edilebilir. Bu durumlarda hasta taburcu olduktan sonra 4 haftayı geçmemek üzere bu hekimlerden biri tarafından raporsuz veya bu uzman hekimlerce düzenlenen ve 12 ayı geçmemek üzere kullanım süresinin belirtildiği uzman hekim raporu ile diğer hekimler tarafından da reçete edilebilir.

(3) Kalp kapak biyoprotezi bulunanlarda; anjiyografik olarak belirlenmiş koroner arter hastalığı, tıkalıcı periferik arter hastalığı veya serebral iskemik olay (iskemik inme) saptanan hastalarda, kardiyoloji, iç hastalıkları, nöroloji, kalp damar cerrahisi veya acil tıp uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ve 12 ayı geçmemek üzere kullanım süresinin belirtildiği uzman hekim raporu ile diğer hekimler tarafından da reçete edilebilir. Raporun yenilenmesi halinde yukarıda belirtilen hususlar geçerlidir.

(4) Girişimsel periferik veya serebral işlemler sonucu, intrakraniyal de dahil olmak üzere tüm intravasküler (intraarteriyel veya intravenöz) stent, stentgraft, kapalı stent veya tüm intravasküler cihaz (koil, trispan, onyx veya benzeri) yerleştirilen hastalarda; kardiyoloji, iç hastalıkları, nöroloji, kalp damar cerrahisi uzman hekimleri veya girişimsel radyoloji işlemini yapan radyoloji uzman hekimleri tarafından rapor aranmaksızın 24 saat öncesinden başlanabilir. Bu işlemler ile stent takılan hastanın taburcu olmasından itibaren rapor aranmaksızın 4 haftalık doz bu hekimler tarafından reçete edilebilir.

##### **4.2.15.B - Silostazol;**

(1) En az bir kalp damar cerrahi uzman hekiminin yer aldığı, kalp damar cerrahi uzman hekiminin bulunmadığı yerlerde ise kardiyoloji uzmanı ile genel cerrahi uzman hekiminin birlikte yer aldığı, 1 yıl süreli sağ­lık kurulu raporuna dayanılarak; bu hekimlerce veya iç hastalıkları veya aile hekimliği uzman hekimlerince;

a) İleri evre periferik arter hastalığı olup (doppler veya anjiyografik olarak hastalığı tespit edilmiş ve klas 3 veya klas 4 semptomları olan) operasyon yapılamayan hastalarda;

b) Doppler veya anjiyografi ile periferik arter hastalığı tespit edilmiş ve eşlik eden hastalıklar nedeniyle operasyonu yüksek riskli olan hastalarda; reçete edilir.

##### **4.2.15.C - Ivabradin;**

(1) Normal sinüs ritmi olan, kronik stabil angina pektorisli hastaların semptomatik tedavisinde Beta blokör ve/veya verapamil-diltiazem intoleransı veya kontrendikasyonu olan ve kalp atım hızı düşürücü kalsiyum kanal blokörü kullanımını engelleyen asemptomatik solventriküler disfonksiyonu (LVEF  $< 40$ ) bulunan hastalar için en az bir kardiyoloji uzmanının bulunduğu sağ­lık kurulu raporu ile kardiyoloji uzmanı veya iç hastalıkları uzmanı tarafından reçete edilebilir.

(2) Kronik kalp yemezliği tedavisinde ejeksiyon fraksiyonu %45'in altında olan hastalarda aşağıdaki durumlarda en az bir kardiyoloji uzman hekiminin bulunduğu sağlık kurulu raporu ile kardiyoloji veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilebilir;

- Beta blokör tedavisi altında olup halen kalp hızı yüksek seyreden veya
- Beta blokör kontrendikasyonu olan veya
- Beta blokör tedavisine intoleransı olan.

#### 4.2.16 - Doğuştan metabolik hastalıklar ile Çölyak Hastalığı

(1) Çocuk mamaları, gıda olması nedeniyle EK-4/A Listesinde ve Kurum resmi internet sitesinde yayınlanan "Hastalığa Özel (Doğuştan Metabolik Hastalıklar, Kistik Fibrozis ve İnek Sütü Alerjisi) Diyet Ürünleri ile Tıbbi Mamalar Listesi" ne (EK-4/B) dahil edilmemiştir. Ancak, doğuştan metabolik hastalığı olan ve kistik fibrozisli hastalar için tedavi edici içerikli olanlar ile malabsorbsiyona neden olan bir hastalığı olan hastaların ve iki yaşına kadar inek sütü ve/veya çoklu gıda protein alerjisi olan bebeklerin kullandıkları özel mamalar, öncelikle çocuk metabolizma hastalıkları veya erişkin endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları ya da gastroenteroloji uzman hekimleri tarafından, bu uzman hekimlerin bulunmaması halinde çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilebilir. İki yaşına kadar inek sütü ve/veya çoklu gıda protein alerjisi olan bebeklerin kullandıkları özel mamalar için yukarıdaki hekimlere ek olarak çocuk alerji veya klinik immünoloji uzman hekimlerince de rapor düzenlenerek tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.

(2) Protein metabolizması bozukluklarında (aminoasit metabolizması bozuklukları, üre siklus bozuklukları, organik asidemileri); çocuk metabolizma hastalıkları veya erişkin endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları ya da gastroenteroloji uzman hekimleri tarafından, bu uzman hekimlerin bulunmaması halinde çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından 1 yıl süreli rapor düzenlenir. Bu rapora dayanılarak hastaların kısıtlı diyetleri sebebi ile hayati öneme haiz özel formüllü un ve özel formül içeren mamul ürünler (makarna, şehriye, bisküvi, çikolata, gofret vb.) için bir aylık;

- 0-12 ay için 31 (otuzbir) TL,
  - 1-5 yaş için 60 (altmış) TL,
  - 5-15 yaş için 77,50 (yetmişiki virgöl elli) TL,
  - 15 yaş üstü için 80 (seksen) TL,
- tutar ödenir.

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

- 0-5 yaş için 52,50 (elliiki virgöl elli) TL,
  - 5-15 yaş için 80 (seksen) TL,
  - 15 yaş üstü için 72,50 (yetmişiki virgöl elli) TL,
- tutar ödenir.

(4) Yukarıda belirtilen hastalıklarda kullanılan ürünler; EK-4/B Listesinde belirtilmiş olup bu listede yer almayan ürün bedelleri Kuruma karşılanmaz.

(5) İkinci ve üçüncü fıkralarda belirtilen ödemeye ilişkin izlenecek yöntem Kurum tarafından ayrıca duyurulur.

#### 4.2.17 - Osteoporoz, Sudek Atrofisi (Algonörodistrofi) ve Paget Hastalığında ilaç kullanımı ilkeleri

##### 4.2.17.A - Osteoporoz

(1) Osteoporoz tedavisinde bifosfonatlar (kombinasyonları dahil) ve diğer osteoporoz ilaçları (raloksifen, calcitonin, stronsiyum ranelat) aşağıda belirtilen koşullar çerçevesinde ödenir. Bu ilaçlar tedavi süresinin belirtildiği sağlık raporuna dayanılarak reçete edilirler. Rapor süresi 1 yıldır. Bu grup ilaçların birlikte kombine kullanımı halinde sadece birinin bedeli ödenir.

(2) Osteoporozda ilaç tedavisi, düzenlenecek rapor tarihinden önce son bir yıl içinde yapılan Kemik Mineral Yoğunluk (KMY) ölçümüyle planlanır. Ölçüm yılda bir defadan daha sık yapılamaz. KMY ölçümünün tarihi ve sonucu reçete veya raporda belirtilir. KMY ölçümü bir kaçağında protez olan hastada diğer kaçağın, her iki kaçağında da protez olan hastada vertebra ya da ön koldan yapılabilir.

(3) 75 yaş ve üzerindeki hastalar ile raporunda osteoporotik patolojik kalça kırığı belirtilen hastalarda KMY ölçümü şartı aranmaz.

(4) Bu ilaçlar;

a) Patolojik kırığı olan hastalarda lomber bölgeden posteroanterior yapılan KMY ölçümünde lomber total (L1-4 veya L2-4) veya femur total veya femur boynu KMY ölçümünde "T" değerlerinden herhangi birinin -1 veya daha düşük olması durumunda,

b) Patolojik kırığı olmayan 65 yaş ve üzeri hastalarda, lomber bölgeden posteroanterior yapılan KMY ölçümünde lomber total (L1-4 veya L2-4) veya femur total veya femur boynu KMY ölçümünde "T" değerlerinden herhangi birinin -2,5 veya daha düşük olması durumunda,

c) Patolojik kırığı olmayan 65 yaş altı hastalarda; lomber bölgeden posteroanterior yapılan kemik mineral yoğunluk (KMY) ölçümünde lomber total (L1-4 veya L2-4) veya femur total veya femur boynu KMY ölçümünde "T" değerlerinden herhangi birinin -3 veya daha düşük olması durumunda,

e) Romatoid artrit, çölyak hastalığı, kronik inflamatuvar barsak hastalığı (crohn hastalığı veya ülseratif kolit), ankilozan spondilit, hipertiroid, hipogonadizm, hipopituitarizm, anoreksia nervosa, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, tip I diyabet, cushing sendromu ve primer hiperparatiroidizmde, uzun süreli (en az 3 ay) ve > 5mg/gün sistemik kortikosteroid kullanımı olan, kanser tedavisi alan veya organ nakli uygulanmış hastalarda; sekonder gelişen osteoporozda KMY ölçümünde lomber total (L1-4 veya L2-4) veya femur total veya femur boynu KMY ölçümünde "T" değerlerinden herhangi birinin -1 veya daha düşük olması durumunda, (primer hastalığı da belirtir sağlık raporu ile birlikte) reçetelenir.

d) Bifosfanatlar, kalça çıkığı veya kalça kemiği zedelenmesine bağlı heterotopik ossifikasyon (HO) endikasyonu olan formları, bu endikasyonda prospektüsünde belirtilen dozlar ve sürelerde KMY ölçüm sonucu aranmaksızın kullanılabilir.

(5) Bifosfanat grubu ilaçlar; iç hastalıkları, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, romatoloji, tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji, kadın hastalıkları ve doğum, endokrinoloji uzmanları tarafından düzenlenen uzman hekim raporu ile tüm uzman hekimlerce reçete edilebilir.

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

(7) Kalsitonin, ağrılı vertebral kırığı bulunan osteoporozlu hastalarda bu durumun, iç hastalıkları, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, romatoloji, ortopedi ve travmatoloji, kadın hastalıkları ve doğum, endokrinoloji uzmanlarından en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporunda belirtilmesi halinde her ağırlı vertebral kırık durumunda en fazla 3 aylık tedavi dozu verilmesi koşulu ile bu uzman hekimlerce reçete edilebilir.

(8) Kalsitonin, yalnızca üniversite veya eğitim ve araştırma hastanelerinde; ağırlı vertebral kırığı bulunmayan osteoporozlu ve bifosfanatları tolere edemeyen veya yeterli yanıt alınamayan hastalarda, bu durumun iç hastalıkları, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, romatoloji, kadın hastalıkları ve doğum, endokrinoloji uzmanlarından en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporunda belirtilmesi halinde, bu uzmanlarca reçete edilecek kullanılabilir.

(9) Aktif D vitaminleri (kalsitriol ve alfakalsidol) osteoporoz tedavisinde ödenmez. (EK-4/D Listesindeki düzenlemeler hariç)

#### **4.2.17.B - Sudek Atrofisi (Algonörodistrofi)**

(1) Kalsitonin bu endikasyonda tam konulduktan sonraki ilk altı ay süresince fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji veya romatoloji uzman hekim raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce reçete edilir. Bu sürenin üstündeki kullanımı ödenmez.

#### **4.2.17.C - Juvenil Osteoporoz**

(1) Uzman hekim raporuna dayanılarak uzman hekimlerce reçete edilir. Rapor süresi 1 yıldır.

#### **4.2.17.C - Paget Hastalığı**

(1) Endokrinoloji uzman hekim tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna istinaden tüm uzman hekimlerce reçete edilir. Rapor süresi 1 yıldır.

#### **4.2.17.D - Osteoporozda teriparatid kullanımı**

(1) 65 yaş üstü hastalardan; T skoru -4 ve daha az olan (L1-L4 veya kalça total) ve 2 veya daha fazla kırığı olduğu röntgenle kesin tanı konulmuş hastalarda, bunların belirtildiği 6 ay süreli endokrinoloji uzmanının bulunduğu sağlık kurulu raporu ile kullanılabilir. Tedavinin devamı için; ilk 6 ayda tedaviye cevap verildiğinin kanıtlandığı endokrinoloji uzmanının bulunduğu en fazla 12 ay süreli yeni bir sağlık kurulu raporu ile kullanılabilir. Toplam tedavi süresi ömür boyu 18 ayı geçmeyecektir. Sağlık kurulu raporuna dayanılarak diğer uzman hekimler tarafından da reçete edilebilir. Teriparatid kullanan hastalarda KMY ölçümü yılda 2 kez yapılabilir.

#### **4.2.18 - Orlistat kullanım ilkeleri**

(1) Endokrinoloji ve metabolizma uzman hekiminin bulunduğu resmi sağlık kurumlarında düzenlenen en fazla üç ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilebilir. Yazılan her reçeteye, hastanın bir önceki reçeteye göre kaybettiği kilo, diyet ve egzersize uyduğu, BMI değeri hekim tarafından yazılarak kaşe ve imza onayı yapılacaktır.

(2) Daha önce dört ardışık hafta boyunca yalnızca diyetle en az 2,5 kg'lık bir kilo kaybı ve obez hastalarda vücut kitle indeksi (BMI)  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup> olmalıdır.

(3) Reçeteler birer aylık düzenlenecektir.

(4) Tedavinin 12 haftası sonunda hastalarda başlangıçtaki vücut ağırlığının en az %5'ini kaybetmesi halinde tedavinin devamına karar verilirse, yeni bir rapor daha düzenlenerek tedavi üçer aylık sürelerle uzatılabilecektir. 12 hafta sonunda vücut ağırlığının en az %5'inin kaybolmaması halinde tedavi kesilecektir. Bu ilacın kullanımı hastanın hayatı boyunca 2 yılı geçmeyecektir.

#### **4.2.19 - Migrende ilaç kullanım ilkeleri**

(1) Triptanlar, nöroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilir. Bu grup ilaçlardan yalnız bir etken madde reçete edilebilir ve ayda en fazla 6 doz/adet yazılabilir. Aynı ilacın farklı farmasötik formlarının aynı anda reçete edilmesi halinde birisinin bedeli ödenir.

(2) Topiramat tedavisine, diğer profilaktik migren ilaçlarının 6 ay süreyle kullanılıp etkisiz kaldığı durumlarda nöroloji uzman hekimince düzenlenen uzman hekim raporunda bu husus belirtilerek nöroloji uzman hekimince başlanır.

(3) Uzman hekim raporu 1 yıl süreyle geçerlidir ve nöroloji uzman hekimince düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak diğer hekimler tarafından en fazla birer aylık dozda reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

#### **4.2.20 - Palivizumab kullanım ilkeleri**

(1) Palivizumab etken maddesini taşıyan preparatın; çocuk kardiyoloji, neonatoloji (yenidoğan), çocuk alerjisi, çocuk enfeksiyon hastalıkları, çocuk göğüs hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen 1 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak bu uzman hekimler veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince aşağıda belirtilen koşullarda kullanılabilir.

(2) Yüksek Respiratuar Sinsiyal Virüs (RSV) riski taşıyan çocuk hastalarda RSV'nün neden olduğu ciddi alt solunum yolu hastalığının önlenmesinde;

a) RSV sezonu başlangıcından önceki son 6 ay içinde kronik akciğer hastalığı (KAH) için medikal tedavi (ek oksijen, bronkodilatör, diüretik veya kortikosteroid) gereksinimi olan 2 yaşın altındaki çocuklarda,

b) 28 inci gebelik haftasında veya daha erken doğmuş olan, RSV sezonu başlangıcında 1 yaştan küçük olan KAH tanılı veya tanısız tüm bebeklerde,

c) RSV sezonu başlangıcında 1 yaşındaki küçük; siyanotik doğuştan kalp hastalığı, konjestif kalp yetmezliği tedavisi gerektiren asiyonotik doğuştan kalp hastalığı olan bebekler, opere edilmiş halde rezidü hemodinamik bozukluk nedeniyle konjestif kalp yetersizliği tedavisi almaya devam eden bebekler, önemli pulmoner hipertansiyonlu bebekler (sistemik basıncın %50'sinden fazlası) ve hemodinamik bozukluk nedeniyle tedavi alması gereken kardiyomyopati bebeklerde,

kullanılır.

(3) Palivizumab Ekim-Mart ayları arasında kabul edilen RSV sezonu boyunca 1 ay aralarla bir hasta için en fazla 5 doz ve maksimum 2 yaşı kadar uygulanmalıdır.

#### **4.2.21 - Anagrelid kullanım ilkelere**

(1) Hidroksiüre + asetil salisilik asit tedavisine dirençli olduğu ya da hidroksiüre ile dirençli sitopeni (anemi ve/veya lökopeni) geliştiği belirlenen, yüksek vasküler risk taşıyan esansiyel trombositemi hastalıklarında, hematoloji veya tıbbi onkoloji uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak bu uzman hekimler tarafından reçete edilebilir.

#### **4.2.22 - Aktive protein C kullanım ilkelere**

(1) Yoğun bakım ünitelerinde, anestezi ve reanimasyon, enfeksiyon hastalıkları, iç hastalıkları, göğüs hastalıkları, genel cerrahi hekimlerinden en az üçünün onayını bulunduğu, en az iki organ yetmezliği gelişmiş ağır sepsis hastalarının tedavisinde, ilk 48 saat içerisinde, hastalığın teşhisi, günlük kullanım dozu ve süresi (24 µg/kg/saat IV x 96 saat) belirtilen onaylı epikriz raporuna dayanılarak reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Yeniden kullanım gerektiğinde yukarıda belirtilen hekimlerden en az üçü tarafından sağlık kurulu raporu düzenlenecektir. Bu raporda, günlük kullanım dozu ve süresi ile epikriz raporuna dayanılarak verilen ilacın kullanılmasının belirlenmesi gereklidir.

#### **4.2.23 - Amfoterisin-B, kaspofungin, anidulofungin, vorikonazol, posakonazol, itrakonazol (infüzyon ve solüsyon) kullanım ilkelere**

(1) Hastanın böbrek ve karaciğer fonksiyonları normal ise ilk tercih klasik amfoterisin-B veya flukonazoldür.

(2) Klasik amfoterisin-B'ye alerjik reaksiyon gösterdiğinin uzman hekim raporu ile belgelenmesi ya da hastanın karaciğer veya böbrek fonksiyon testlerinin laboratuvar verileri ile bozuk olduğunun belgelenmesi halinde lipozomal veya lipid kompleks veya koloidal dispersiyon amfoterisin-B veya kaspofungin veya anidulofungin veya posakonazol veya vorikonazol veya itrakonazol (infüzyon) kullanılabilir.

(3) İtrakonazol solüsyon;

a) HIV pozitif veya bağıışıklığı bozulan hastalardaki flukonazole dirençli özofajiyal kandidozun tedavisinde kullanılır.

b) Hematolojik malignitesi olan veya kemik iliği transplantasyonu yapılan ve nötropeni geliştirmesi beklenen (<500 hücre/ml) hastalardaki derin fungal (mantar) enfeksiyonlarının profilaksisinde kullanılır.

c) İtrakonazol'un oral formları (Solüsyon formları hariç), SUT eki "Sistemik Antimikrobik ve Diğer İlaçların Reçeteleme Kuralları Listesi" nin (EK-4/E) 10.5 maddesinde belirtildiği şekilde reçetelenebilecektir.

(4) Posakonazol;

a) Aşağıda tanımlanan hastalardaki invazif mantar enfeksiyonlarının profilaksisinde kullanılır. (Yukarıda yer alan birinci ve ikinci fıkra hükümleri aranmaz.)

1) İnvazif mantar enfeksiyonu gelişme riski yüksek olan ve uzun süreli nötropeni oluşabileceği düşünülen akut miyeloid lösemi (AML) veya miyelodisplastik sendrom (MDS) nedeniyle remisyon-indüksiyon kemoterapisi alan hastalarda.

2) İnvazif mantar enfeksiyonu gelişme riski yüksek olan ve Graft versus host hastalığına yönelik olarak yüksek doz immünespresif tedavi alan allojenik hematopoetik kök hücre transplantı (HSCT) alıcısı olan hastalarda.

b) Tedavi amaçlı olarak aşağıda tanımlanan durumlarda kullanılır.

1) İmmün yetmezliği olan flukonazole dirençli orofarengeal kandidiyazis tedavisinde.

2) Amfoterisin B, lipozomal amfoterisin B veya vorikonazol tedavilerine refrakter invazif aspergilloz tedavisinde.

3) Amfoterisin B ile tedaviye refrakter ya da amfoterisin B'yi tolere edemeyen fusariozis hastalığı olan hastalarda.

4) İtrakonazol ile tedaviye refrakter ya da itrakonazol'u tolere edemeyen kromoblastomikoz ve micetoma hastalığı olan hastalarda.

5) Amfoterisin B ya da itrakonazol veya flukonazol ile tedaviye refrakter ya da bu tıbbi ürünleri tolere edemeyen koksidiyomikoz hastalığı olan hastalarda.

(5) Anidulofungin, nötropemik olmayan (Mutlak nötrofil sayısı  $\geq 500/\text{mm}^3$  olacak ve laboratuvar sonucu aranacaktır.) erişkin hastalarda, invazif kandidiyazis vakalarında reçetelendirilebilir.

(6) Lipozomal amfoterisin-B, lipid kompleks veya koloidal dispersiyon amfoterisin-B'nin parenteral formları, kaspofungin, anidulofungin, vorikonazol, posakonazol veya itrakonazol (infüzyon) yukarıdaki şartları sağlayan uzman hekim raporu ve enfeksiyon hastalıkları uzmanı onayı ile yatarak tedavide kullanılır. Bu ilaçların oral formları ise yine uzman hekim raporu ve enfeksiyon hastalıkları uzmanı onayı ile ayakta tedavide kullanılabilir.

#### **4.2.24 - Solunum sistemi hastalıkları ilaçları kullanım ilkelere**

(1) Bu grup ilaçların ayakta tedavide kullanımı aşağıdaki ilkelere göre yapılacaktır.

##### **4.2.24.A - Astım tedavisinde**

(1) Formeterol, salmeterol ve kombinasyonları; göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi, alerji, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilir. Bu uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu mevcut ise tedavinin devamı için diğer hekimlerce de reçete edilebilir.

(2) Montelukast, zafirlukast; iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, göğüs hastalıkları ve alerji uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak diğer hekimlerce de reçete edilebilir.

#### **4.2.24.B - Kronik obsküfif akcifer hastalıkları (KOAH) tedavisinde**

(1) Formeterol, salmeterol ve tiotropium; gögüs hastalıkları, gögüs cerrahisi, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları veya kardiyoloji uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak diğer hekimlerce de reçete edilebilir.

(2) Formeterol ve salmeterolün inhaler kortikosteroidlerle kombinasyonları; iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, gögüs hastalıkları ve gögüs cerrahisi uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak diğer hekimlerce de reçete edilebilir.

#### **4.2.24.C - Alerjik rinit (mevsimsel, yıl boyu devam eden (pereniyal), birlikte seyreden astım dahil) tedavisinde;**

(1) Montelukast ve antihistaminik kombinasyonları; kulak burun boğaz uzman hekimleri, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, gögüs hastalıkları, alerji uzman hekimlerince veya bu uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak diğer hekimlerce de reçete edilebilir

#### **4.2.24.Ç - Mevsimsel veya yıl boyu devam eden alerjik rinit tedavisinde**

(1) Nasal kortikosteroid preparatları; 2-5 yaş grubu hastalarda (2 ve 5 yaş grubu dahil), yalnızca çocuk sağlığı ve hastalıkları, alerji, klinik immünoloji veya KBB hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilir.

#### **4.2.25 - Antiepileptik ilaçların kullanım ilkeleri**

(1) Yeni nesil antiepileptikler (lamotigrin, topiramat, vigabatrin, levitirasetam, gabapentin) nöroloji, beyin cerrahisi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, çocuk sağlığı ve hastalıkları, psikiyatri uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimler tarafından düzenlenen ilaç kullanım dozu ve süresini belirten uzman hekim raporuna dayanılarak diğer hekimler tarafından da reçete edilebilir.

(2) Pregabalin (kombinasyonları dahil) ve zonisamit, nöroloji uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimce düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.

(3) Pregabalin (kombinasyonları dahil) yaygın anksiyete bozukluğu endikasyonunda ödenmez.

#### **4.2.26 - Levosimendan kullanım ilkeleri**

(1) İnvaziv hemodinamik monitorizasyon yapılabildiği yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalar için veya akut kalp yetmezliği, dekompanse kalp yetmezliğinin akut dönemindeki yatan hastalar için; kardiyoloji, kalp damar cerrahisi, anestezi ve reanimasyon, iç hastalıkları ile acil uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ve bu durumlarını belirler uzman hekim raporuna dayanılarak bu hekimlerce tabela/reçeteye yazılabilir.

#### **4.2.27 - Faktör ve diğer kan ürünlerinin reçete edilme ilkeleri**

##### **4.2.27.A - Faktörler**

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

a) Faktör düzeyi % 1'in altında ve/veya ayda üçten fazla kanaması olan profilaksi hastalarında haftalık faktör kullanım miktarı 4500 üniteyi geçemez. Haftalık faktör kullanımının 4500 üniteyi geçmesi gerektiği durumlarda, bu duruma sebep olan gerekçelerin belirtileceği 6 ay süreli yeni rapor düzenlenir.

b) Profilaksiye istinaden faktör kullanan hastalarda ayrıca akut kanama yaşanması ya da cerrahi girişim gerekmesi halinde, bu amaçla yapılacak ilaç temini için hematoloji uzman hekimini tarafından 3 gün süreli yeni bir uzman hekim raporu düzenlenir.

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

(3) Faktör VIIa, hastanın tanısını, faktör düzeyini (glanzmann trombastenisi hariç), inhibitör düzeyini belirten hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak; klinik şartlarda prospektüs onaylı endikasyonlarında hafif-orta şiddetteki kanamalarda 3 doza kadar, merkezi sinir sistemi kanamalarında veya hayatı tehdit eden (hemodinamici bozan) şiddetli kanamalarda veya cerrahi operasyonlarda 12 doza kadar uzman hekim tarafından reçete edilebilir. Reçete edilen ünitenin kaç dozluk olduğu hekim tarafından reçete üzerinde belirtilir.

(4) Kombine koagülasyon faktörü/protrombin kompleksi konsantrleri; kazanılmış koagülasyon bozuklukları ve kazanılmış hemofili hastalarında; hafif-orta şiddetteki kanamalarda, merkezi sinir sistemi kanamalarında, hayatı tehdit eden (hemodinamici bozan) şiddetli kanamalarda veya cerrahi operasyonlarda, klinik şartlarda, bu durumun ve hastanın tanısı ile faktör düzeyini de (glanzmann trombastenisi ve inhibitör gelişmiş hastalar hariç) belirten hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak tüm uzman hekimler tarafından bir dozda reçete edilebilir. Reçete edilen ünitenin kaç dozluk olduğu hekim tarafından reçete üzerinde belirtilir.

(5) Kombine koagülasyon faktörü/protrombin kompleksi konsantrleri acil durumlarda;

a) Kumarin türevlerinin uygulanmasından kaynaklanan, aktif kanaması olan hastalarda INR ve PT değerleri aranmaksızın kanama yeri belirtilme koşulu ile uzman hekimlerce bir günlük dozda reçete edilebilir. İdame tedavi, prospektüsünde belirtilen doz şeklinde uygun olarak yalnızca hematoloji uzman hekimlerince yapılabilir.

b) Kumarin türevlerinin uygulanması sırasında aktif kanaması olmayan ancak kanama riski yüksek olan hastalarda ise INR değerine bakılır. INR değeri  $\geq 5$  olan hastalarda hematoloji uzman hekimlerince, hematoloji uzman hekiminin bulunmadığı illerde ise diğer uzman hekimlerince en fazla bir günlük dozda reçete edilebilir.

#### **4.2.27.B - Anti Rh kullanım ilkeleri**

(1) Doğum sonu, düşük veya küretaj sonrası ve antenatal kullanımda uzman hekimlerce reçete edilir.

(2) Düşük doz anti Rh (600IU) preparatları; yalnızca düşük, küretaj ve gebeliğin 28 inci haftasında kullanılmak üzere uzman hekimlerce reçete edilir.

(3) İdiyopatik (immün) trombositopenide (ITP); intravenöz formu Rh pozitif ve splenektomiz hastalarda hematoloji uzman hekimince düzenlenen doz ve kullanım süresi belirtilen uzman hekim raporuna dayanılarak bu hekimlerce reçete edilebilir.

#### **4.2.27.C - Antitrombin III kullanım ilkeleri**

(1) İlacın günlük kullanım dozu ve süresini belirten hematoloji uzman hekimince düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak en fazla 3 günlük dozda reçete edilebilir.

(2) Yeniden kullanımı gerektiğinde bir önce verilen ilacın kullanıldığının yeni düzenlenecek raporda belirtilmesi ve bu raporda günlük kullanım dozu ve süresinin kayıtlı olması gereklidir.

#### **4.2.27.Ç - Human albümin kullanım ilkeleri**

(1) Human albümin preparatları, yalnızca yatarak tedavi gören hastalara, albümin düzeyi 2.5g/dl ve altında ise uzman hekimlerce reçete edilebilir. Laboratuvar sonuçları ve kullanılan miktar epikrizde belirtilir.

(2) Yatarak tedavilerde Kurumla sözleşmeli resmi sağlık kurumunca temin edilememesi durumunda, günlük doz ve tedavi protokolünü ve kan albümin düzeyinin 2.5g/dl ve altında olduğunu gösteren uzman hekim raporuna dayanılarak en fazla 3 günlük dozda "Eczanemizde Yoktur, Yatan Hasta" kaşesi basılıp başhekimlik onayı ile reçete düzenlenmesi kaydıyla karşılanır ve ödenecek tutar ilgili sağlık kurumunun alacağından mahsup edilir. Mahsup edilen ilacın/ilaçların sağlık kurumunca ihale yöntemi ile temin edilemediğinin başhekimlik onayı ile belgelendirilmesi halinde mahsup edilen tutar sağlık kurumuna iade edilir.

(3) Plazmaferezde veya karaciğer nakli yapılmış hastalarda kan albümin düzeyi şartı aranmaz.

#### **4.2.27.D - Eltrombopag kullanım ilkeleri**

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

(2) Günlük tedavi dozu 50 mg'dır. 2 haftalık tedaviye rağmen trombosit sayısının 50.000'in altında olması durumunda doz 75 mg'a çıkarılabilir. Trombosit sayısının 200.000'i aşması durumunda günlük tedavi dozu 25 mg'a düşürülür. Her doz değişikliğinde trombosit sayısı raporun açıklama bölümünde belirtilir.

(3) Trombosit sayısının 400.000'in üzerine çıkması veya günlük 75 mg'lık tedavi dozuna rağmen 4 haftalık tedavi sonrası trombosit sayısının 30.000'in altında kalması durumunda tedavi sonlandırılır.

(4) Trombosit sayısı 400.000'i aştığı için tedavisi kesilen vakalarda trombosit sayısı 150.000'in altına düştüğünde 25 mg'lık günlük doz ile tedavi yeniden başlanır. Bu grup hastaların sağlık raporlarında ayrıca tedaviye başlangıç kriterleri ve başlangıç tarihi belirtilir.

(5) Sağlık raporlarında hastanın TÜFAM'a kaydının yapıldığının belirtilmesi gerekmektedir.

#### **4.2.28 - Lipid düşürücü ilaçların kullanım ilkeleri**

##### **4.2.28.A - Statinler (antihipertansiflerle kombinasyonları dahil)**

(1) Statinler, daha önce kullanılmayan hastalarda, uzman hekim raporuna dayanılarak kullanılmaya başlanır;

a) LDL düzeyinin 190 mg/dL'nin üstünde olduğu durumlarda,

b) LDL düzeyinin 160 mg/dL'nin üstünde olduğu durumlarda; iki ek risk faktörü varsa,

c) LDL düzeyinin 130 mg/dL'nin üstünde olduğu durumlarda; üç ek risk faktörü varsa,

ç) LDL düzeyinin 100 mg/dL'nin üstünde olduğu durumlarda; diabetes mellitus, akut koroner sendrom, geçirilmiş

Mİ, geçirilmiş inme, koroner arter hastalığı, periferik arter hastalığı, abdominal aort anevrizması veya karotid arter hastalığı olanlarda,

(2) Birinci fıkranın b ve c bentleri için ek risk faktörleri aşağıda belirtilmiştir:

a) Hipertansiyon,

b) Ailede erken kardiyovasküler hastalık öyküsü,

c) 65 yaş ve üstü hastalar.

(3) Tedaviye başlamaya esas olan ilk uzman hekim raporunda, bu rapor öncesi son 6 ay içinde, birinci fıkranın a, b ve c bentleri için en az bir hafta ara ile iki defa olmak üzere, yapılmış kan lipid düzeylerinin her ikisinde de yüksek olduğunu gösteren tetkik sonuçları belirtilir. Rapor süresi boyunca tetkik sonuçları değerlendirmeye alınmaz. Raporun yenilenmesinde lipid düzeyini gösteren yeni bir tetkik sonucu istenmez. Bu ilaçlar uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir.

(4) Statinlerin 40 mg ve üzeri etken madde içeren dozları (kombinasyonları dahil) kardiyoloji, kalp ve damar cerrahisi, endokrinoloji uzman hekimlerince düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak bu hekimlerce reçete edilir.

##### **4.2.28.B - Statin dışındaki lipid düşürücü ilaçlar (fenofibrat, gemfibrozil, kolestiramin)**

(1) Statin dışındaki lipid düşürücü ilaçlar;

a) Triglycerid düzeyinin 500 mg/dL'nin üstünde olduğu durumlarda veya

b) Triglycerid düzeyinin 200 mg/dL üstünde olan; diabetes mellitus, akut koroner sendrom, geçirilmiş MI, geçirilmiş inme, koroner arter hastalığı, periferik arter hastalığı, abdominal aort anevrizması veya karotid arter hastalığı olanlarda,

kardiyoloji, kalp ve damar cerrahisi, endokrinoloji, iç hastalıkları uzman hekimlerince düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir.

##### **4.2.28.C - Ezetimib (statinlerle kombinasyonları dahil)**

(1) En az 6 ay boyunca statinlerle tedavi edilmiş olmasına rağmen LDL düzeyi 100 mg/dL'nin üzerinde kalan hastalarda bu durumun belgelenmesi koşuluyla ve kardiyoloji, iç hastalıkları, nöroloji ya da kalp ve damar cerrahisi uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna istinaden tüm hekimlerce reçete edilebilir.

(2) Karaciğer enzimlerinden en az birinin (AST/SGOT ya da ALT/SGPT) normal değer aralığının üst sınırının en az 3 kat üstüne çıkması ya da kreatin fosfokinaz düzeylerinin normal aralığının üst katının en az 2 kat üzerine çıkması

durumlarında, bu nedenlerden dolayı statin kullanılmadığına belgenemesi koşulluysa; kardiyoloji, iç hastalıkları, nöroloji veya da kalp ve damar cerrahisi uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna istinaden tüm hekimlerce reçete edilebilir.

#### **4.2.28.Ç - Niasin**

(1) Niasin;

a) En az 6 ay süreyle statin aldığı halde, LDL düzeyinin 100 mg/dL'nin üstünde olduğu; diabetes mellitus, akut koroner sendrom, geçirilmiş MI, geçirilmiş inme, koroner arter hastalığı, periferik arter hastalığı, abdominal aort anevrizması veya karotid arter hastalığı olanlarda veya,

b) Trigliserit düzeyinin 500 mg/dL'nin (diabetes mellitus hastalığında 200 mg/dL) üstünde olduğu durumlarda tek başına veya fibrik asit türevi ile kombine olarak,

iç hastalıkları veya kardiyoloji uzman hekimleri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.

#### **4.2.28.D - Raporun yenilenmesi**

(1) Raporlu hastalarda raporun yenilenmesi durumunda, yapılan tetkik sonucu dikkate alınmadan, daha önce alınmış ilacın teminine esas olan bir önceki raporun düzenlenme tarihi veya tedaviye başlama tarihi ve başlama değerlerinin raporda belirtilmesi yeterlidir.

(2) Ancak yeni yapılan tetkikin sonucu başlama değerlerine uygunsu önceki rapora ait bilgilere gerek olmaksızın yeni rapor düzenlenir.

#### **4.2.29 - Kadın cinsiyet hormonları kullanım ilkeleri**

(1) Bu grup ilaçların bütün formlarından; östrojenler ve hormon replasman tedavisinde kullanılanlar (östradiol ya da konjüge östrojen ve progesteron kombinasyonları, yalnız östrojen içerenler ve tibolon içerenler) ile progesteronlar; endokrinoloji, kadın hastalıkları ve doğum, iç hastalıkları, ortopedi ve travmatoloji, fiziksel tıp ve rehabilitasyon ve aile hekimliği uzman hekimlerce veya bu uzman hekimler tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.

#### **4.2.30 - Pulmoner hipertansiyonda iloprost trometamol (inhaler formu), bosentan ve sildenafil kullanım ilkeleri**

(1) Pulmoner hipertansiyonda hastaların;

a) Fonksiyonel kapasitelerinin NHYA sınıf II, III veya IV olması,

b) Vazoreaktivite testinin başarısız (etkisiz) olması,

c) Üçüncü aylık tedavi sonrası kontrolünde klinik efor kapasitesi (6 dakika yürüme testi veya treadmill efor testi), hemodinami veya ekokardiyografik verilerinde düzelmeme olması veya stabil kalması, gerekmektedir.

(2) Üçüncü ay kontrolünde Pulmoner Arteriyel Basınçta (PAB) azalma olmaması (PAB'nin değişmemesi veya artması) halinde ve yukarıdaki verilerde düzelmeme olmaması halinde kombinasyon tedavilerine geçilebilir. Kombine tedaviye geçildikten sonra başlangıç kriterleri ve PAB'da azalma olması şartı aranmaz.

(3) Uygulanacak tedavi üçer aylık periyotlar halinde yukarıda açıklanan hususlar doğrultusunda sağlık kurulu raporunda belgelenecektir.

(4) İlgili ilaçlar kardiyoloji, kalp damar cerrahisi, göğüs hastalıkları, çocuk kardiyolojisi uzman hekimlerinden birinin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanarak adı geçen hekimlerce reçete edilir.

(5) Bağ dokusu hastalıklarına (skleroderma gibi) sekonder pulmoner hipertansiyon hastalarında yukarıdaki uzman hekimlerden birinin yer aldığı sağlık kurulu raporuna istinaden bu hekimler veya romatoloji ile klinik immunoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilir.

#### **4.2.31 - Kırım Kongo Kanamalı Ateşinde ribavirin kullanım ilkeleri**

(1) Kırım Kongo kanamalı ateşinde ribavirin, enfeksiyon hastalıkları, çocuk sağlığı hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimince veya bu hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak diğer hekimlerce de reçete edilebilir.

#### **4.2.32 - Kontrast maddeler**

(1) Ayakta yapılan intravenöz piyelografi (I.V.P) ve histerosalpingografi (HSG) tetkiklerinde kullanılacak non-iyonik radyo-opak maddelerden 50 ml.'lik bir kutu kullanılması halinde yalnızca tetkiki isteyen uzman hekim veya radyoloji uzman hekim tarafından reçete düzenlenir ve reçeteye radyo-opak madde ve yapılacak tetkikin ne olduğu açıkça yazılır. 50 ml.'yi aşan dozda non-iyonik radyo-opak madde kullanılması halinde ise ayrıca kullanılması gerekçesinin reçeteye yazılması gerekir. Söz konusu maddelerin, resmi sağlık kurumlarınınca temin edilerek fatura edilmiş halinde reçete aranmaz.

(2) Reçeteye ön tanı ve istenilen tetkik, tetkiki isteyen uzman hekim veya radyoloji uzman hekim tarafından yazılıp imzalanacaktır.

(3) Gadoksetat; sadece karaciğer ve safra yolları manyetik rezonans kolonjiografi (kontrastlı) incelemelerinde kullanılır.

(4) Gadobutrol; sadece karaciğer ve böbrek manyetik rezonans incelemelerinde kullanılır.

#### **4.2.33 - Göz hastalıklarında ilaç kullanım ilkeleri**

##### **4.2.33.A - Yaş tip yaşa bağlı makula dejenerasyonunda kullanılan ilaçların kullanım ilkeleri**

(1) Pegaptanib sodyum, ranibizumab ve verteporfin etken maddelerini içeren ilaçlar; üçüncü basamak sağlık kurumlarında en az üç göz sağlığı ve hastalıkları uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporu ile hasta anamnezi, FFA ve lezyona ait renkli resim varlığı raporda belirtilerek, göz sağlığı ve hastalıkları uzmanlarınınca reçetelenecek uygulanır.

(2) Ranibizumab; hasta anamnezi, FFA ve lezyona ait renkli resim varlığına ait bilgiler 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilerek birer ay arayla 3 kez yüklenme dozuyula başlanır. Hastalar izlenerek göz dibi bulguları, görme keskinliği ve optik koherens tomografileri (OKT) değerlendirilir ve tekrar tedavi gerekirse bu bulgular ve tedaviye devam kararı her uygulama için düzenlenecek yeni sağlık kurulu raporunda belirtilir.

(3) Bu grup ilaçlar ardişık ya da kombine olarak kullanılmayacaktır.

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



#### **4.2.33.B - Retina ve dalak tikanıklığı (RVDT) ve santral retinal ve tukanklığında (SRVT) ilaç kullanım ilkeleri**

(1) Deksametazon intravitreal implant; her bir uygulama için; makula ödemi olan hastanın anamnezi, FFA ve lezyona ait renkli resim ve optik koherens tomografi (OKT) varlığı sağlık kurulu raporunda belirtilerek tedaviye başlanır. Görme keskinliği 0,5 ve altı ve/veya OKT'de CRT 250 mikron ve üzerinde ise tekrar tedavi verilebilir. Bu bulgular ve tedaviye devam kararı her uygulama için düzenlenecek yeni sağlık kurulu raporunda belirtilir.

(2) Her bir göz için yılda maksimum 2 uygulama yapılır.

(3) Üçüncü basamak sağlık kurumlarında en az üç göz sağlığı ve hastalıkları uzmanı tarafından düzenlenen sağlık kurulu raporuna dayanılarak göz sağlığı ve hastalıkları uzmanlarına reçetelenir.

#### **4.2.34 - Multipl Skleroz Hastalığında beta interferon ve copolymer-L kullanım ilkeleri**

(1) Multipl skleroz hastalığında beta interferon ve copolymer-L ilaç bedellerinin Kurumca ödenebilmesi için; disableite skorunun (E.D.S.S.) 0-5,5 arasında ve olguların remitting-relapsing türü olması şartlarının birlikte gerçekleşmesi, bu durumun üçüncü basamak sağlık kurumlarında nöroloji uzman hekimleri tarafından düzenlenen uzman hekim raporunda belirtilmesi ve nöroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi gerekmektedir.

#### **4.2.35 - Nöropatik ağrı ilaç kullanım ilkeleri**

(1) Gabapentin; nöroloji; beyin cerrahisi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, anestezi ve reanimasyon, immünoloji, cilt hastalıkları, romatoloji veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimlerden birinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.

(2) Pregabalin (kombinasyonları dahil); üçüncü basamak sağlık kurumlarında romatoloji, anestezi ve reanimasyon, immünoloji, cilt hastalıkları, endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları, nöroloji, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, nefroloji uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimlerden birinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir."

(3) Duloksetin; diyabetik periferik nöropatik ağrı tedavisinde; endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimleri tarafından veya üçüncü basamak sağlık kurumlarında nöroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilir. Bu basamaklarda ve bu uzman hekimler tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak da tüm hekimlerce reçete edilebilir.

(4) Alfa lipoik asit (kombinasyonları dahil); periferik diyabetik polinöropati semptomlarının tedavisinde; nöroloji, beyin cerrahisi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, anestezi ve reanimasyon, immünoloji, romatoloji, iç hastalıkları veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimlerden birinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.

#### **4.2.36 - Parkinson tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri**

(1) Apomorfin, kabergolin, entakapon ve kombinasyonları, rasajilin, pergolid mezilat, pramipexol hidroklorür, bornaprin hidroklorür ve ropinirol etken maddelerini içeren ilaçlar; nöroloji uzmanı tarafından veya bu uzman hekimin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir.

(2) Tolkapon; entakaponun etkisiz kaldığı veya direnç geliştiği vakalarda; üniversite ve eğitim-araştırma hastanelerinde, bu durumun belirtildiği nöroloji uzman hekimleri tarafından düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak nöroloji ve iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından en fazla 1 aylık ilaç miktarında reçete edilir.

(3) Amantadin sülfat; parkinson hastalığının tedavisi ile ilişkili oluşmuş ekstrapiramidal reaksiyonların tedavisinde (tremor, rijidite, hipo veya akinezi), nöroloji uzmanı tarafından veya bu uzman hekimin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir.

#### **4.2.37 - Akromegali ilaç kullanım ilkeleri**

##### **4.2.37.A - Pegvisomant**

(1) Cerrahi ve/veya radyasyon tedavisine rağmen veya genel durumu operasyon ve/veya radyasyon tedavisine uygun olmayan aktif akromegali olan ve en az 12 aylık süre ile ve tam dozda uzun etkili somatostatin analogları ile tedaviye rağmen IGF-1 düzeyleri yaşıya göre belirlenen normal değerlerin üstünde kalan hastalarda kullanılabilir. Bu hastalar için eğitim ve araştırma ile üniversite hastanelerinde içinde en az bir endokrinoloji ve metabolizma uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenecektir.

(2) Tedavinin başlangıcında; IGF-1 kontrolü yapılarak ve en düşük dozdan başlanarak iki ay süre ile geçerli sağlık kurulu raporu düzenlenecek, bu sürenin sonunda yine IGF-1 kontrolü yapılarak iki kez ikişer aylık iki rapor daha düzenlenebilecek ve bu şekilde başlangıç tedavi süresi toplam 6 ayı aşmayacaktır.

(3) Düzenlenen raporlarda; yaşa uygun IGF-1 referans aralığı ve hastanın sonuç değeri, varsa bir önceki raporun tarihi ve sayısı ile kaçınıcı rapor olduğu belirtilecektir.

(4) İdame tedavisinde yine IGF-1 kontrolü yapılarak yaşa uygun IGF-1 referans aralığı ve hastanın sonuç değerinin belirtildiği en fazla 1 yıl süreli sağlık kurulu raporu düzenlenecektir. Tedavi sırasında IGF-1 ölçümlerine göre dozun azaltılması gerektiğinde yeni bir rapor düzenlenmesine gerek bulunmamaktadır. İdame tedavisi için düzenlenen raporda; başlangıç tedavisi için düzenlenen raporların tarih ve sayısı da belirtilecektir.

(5) Reçeteler, endokrinoloji ve metabolizma uzmanları tarafından düzenlenecektir. İdame tedavisi sırasında en fazla ikişer aylık dozda reçetelenecek ve reçetelere IGF-1 ölçümleri yazılacaktır.

##### **4.2.37.B - Oktrotid ve lanreotid**

(1) Akromegali tedavisinde endokrinoloji ve metabolizma uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak endokrinoloji ve metabolizma veya beyin ve sinir cerrahisi uzman hekimlerince reçete edilir.

#### **4.2.38 - Diyabet tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri**

(1) Metformin, sulfonilüreler, metformin+sulfonilüre kombinasyonları, akarboz ve insan insülinleri tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.

(2) Repaglinid, nateglinid ve diğer oral antidiyabetiklerin kombine preparatları; endokrinoloji, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, kardiyoloji ve aile hekimliği uzman hekimlerince veya bu hekimlerce düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.

(3) Analog insülinler, pioglitazon, pioglitazon oral kombinasyon veya pioglitazon insülin ile kombine kullanımları endokrinoloji, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları ve kardiyoloji uzman hekimlerince veya bu hekimlerce düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.

(4) DPP-4 antagonistleri (sitagliptin, vildagliptin, saksagliptin) ve DPP-4 antagonistlerinin diğer oral antidiyabetiklerle kombine preparatları; metformin ve/veya sülfonilürelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sağlanamamış hastalarda; endokrinoloji uzman hekimleri ile üniversite ve eğitim ve araştırma hastanelerinde ise iç hastalıkları uzman hekimlerince veya bu hekimlerce düzenlenen uzman hekim raporu ile tüm hekimlerce reçete edilebilir.

(5) Eksenatid; metformin ve/veya sülfonilürelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sağlanamamış ve vücut kitle indeksi tedavi başlangıcında  $35 \text{ kg/m}^2$ 'nin üzerinde olan ve tedavi öncesi anamnezde akut pankreatit geçirmişe öyküsü bulunmayan tip 2 diyabet hastalarında kullanılabilir. Bu kriterlere uyan hastalara başlangıç dozu rapor şartı aranmaksızın (2x5mcg) (1 kutu) olarak endokrinoloji uzman hekimlerince reçete edilir. Başlama kriterleri ilk reçetede belirtilecektir. Tedaviye devam edilecekse; devam kararı, başlama kriterleri ve metformin ve/veya sülfonilüreler için hastaya verilen maksimum dozlar, 6 ay süreli endokrinoloji uzman hekim raporunda belirtilir. Tedaviye devam edilecekse bundan sonraki raporlar 1 yıl süreli düzenlenebilir. Söz konusu raporlara dayanılarak yalnızca endokrinoloji uzmanlarınca reçete edilir. İnsülinlerle birlikte kesinlikle kullanılmaz. Tedavi esnasında akut pankreatit geçirilmesi durumunda ilaç kesilir ve tekrar kullanılmaz.

#### **4.2.39 - Kseroderma Pigmentosum tedavisinde güneşten koruyucu kremlerin kullanım ilkeleri**

(1) Kseroderma pigmentosum tedavisinde kullanılan güneşten koruyucu kremlerin bedelleri aylık 162 (yüzaltmışiki) TL'yi geçmemek kaydıyla sağlık kurulu raporu, reçete ve faturaya dayanılarak sağlık sosyal güvenlik merkezleri tarafından şahıs bazında ödenir.

(2) Bu kremler, üçüncü basamak sağlık kurumlarında düzenlenen en az bir cilt hastalıkları uzman hekiminin bulunduğu sağlık kurulu raporuna dayanılarak, tüm sağlık kurum/kuruluşlarında cilt hastalıkları uzman hekimlerince en fazla üç aylık dozda reçete edilebilir.

(3) Bu kremler, UVA ve UVB ışınlarının her ikisini de etkin şekilde bloke eden, SPF en az 30 olan, fiziksel (çinko oksit veya titanyum dioksit içeren) ve/veya kombine filtre içeren özelliklerde olmalıdır.

#### **4.2.40 - Huzursuz bacak sendromunda ilaç kullanım ilkeleri**

(1) Pramipeksol hidroklorür ve ropinirol etken maddelerini içeren ilaçlar; nöroloji veya psikiyatri uzman hekim tarafından veya bu uzman hekimin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir.

#### **4.2.41 - Parenteral demir preparatları kullanım ilkeleri:**

(1) Parenteral demir preparatları aşağıda yer alan durumlarda bu durumların belirtildiği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir.

- İntestinal malabsorbsiyon sendromları
- Kronik inflamatuvar bağırsak hastalıkları
- Aktif GIS kanaması olan hastalar
- Hemodiyaliz hastaları
- Total ve subtotal gastrektomili hastalar
- Atrofik gastritli hastalar
- Oral demir alımını tolere edemeyen hamileler
- Demir eksikliği anemisi bulunan (saturasyon  $<20\%$  ve/veya ferritin  $<100 \text{ mcg/l}$ ) evre III, IV, V kronik böbrek hastaları

- Periton diyaliz hastalarının anemisi
- Postpartum dönemde gözlenen anemi,
- Cerrahi öncesi ve sonrası gözlenen anemi,
- Kansere bağlı anemi,
- KKY hastalarının anemisi,
- Prediyaliz [hemodiyaliz ve periton diyaliz öncesi son dönem (evre V) KBY hastaları] hastalarının anemisi.

#### **4.2.42 - İnvitro fertilizasyon (IVF), ovulasyon induksiyonu (OI) ve intrauterin inseminasyonu (IUI) işlemlerinde ilaç kullanım ilkeleri:**

##### **4.2.42.A - OI ve/veya IUI İşlemi**

(1) Evli olmakla birlikte eşlerden herhangi birinin evlat edinilmiş çocukları hariç soybağı kurulmuş sağ çocuğunun olmaması koşuluyla; genel sağlık sigortalısı kadın ise kendisine, erkek ise bakmakla yükümlü olduğu karısına uygulanan "OI ve/veya IUI" tedavilerine ilişkin giderlerin Kurumca ödenebilmesi için;

- Kadın hastalıkları ve doğum uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenmiş olması,
- Uygulamanın yapıldığı merkezin Kurum ile sözleşmeli olması, şartlarının birlikte sağlanmış olması gerekmektedir.
- Sağlık kurulu raporlarında, hasta yaşı, kimlik bilgileri, tanı, endikasyonu, uygulanacak tedavi, kaçmıcı deneme olduğu, kullanılacak ilaçların günlük ve maksimum dozları da belirtilecektir.

(3) Sağlık kurulu raporunun düzenlendiği tarihten itibaren 6 ay içinde tedaviye başlanmaması halinde yeniden sağlık kurulu raporu düzenlenmesi gereklidir.

(4) Birinci uygulamadan sonraki "OI ve/veya IUI" tedavisi için de yeniden sağlık kurulu raporu düzenlenmesi gereklidir.

(5) İlaçlar, düzenlenen rapora istinaden tedavinin yapıldığı sağlık hizmeti sunucusu kadın hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilecektir.

(6) İlaçların kullanım dozları aşağıda belirtilmiştir.

- Standart hasta grubunda (açıklanmayan infertilite veya erkek infertilitesi veya endometriyozis olgularında) uygulama (siklus) başına toplam 1000 IU, toplam 3 siklus (3000 IU) gonadotropin ödenir.

b) Kadın infertilitesinde anovulasyonla birlikte seyreden aşığıdaki durumlar, OI ve/veya IUI işleminde istisnai haller olarak kabul edilir:

1) Polistik Over Sendromu (PCOS); en az 3, en fazla 6 siklus klomifen sitrat tedavisine yanıt almamayan (ovulasyon sağlanamayan veya gebelik elde edilemeyen) hastalarda toplam 6 uygulama, toplam 10000 IU gonadotropin ödenir.

2) Hipogonadotropik hipogonadizm; hastalarda toplam 6 uygulama, toplam 10000 IU gonadotropin ödenir.

#### **4.2.42.B - IVF İşlemi**

(1) IVF işleminde; SUT'un 2.4.4.1.1 maddesinde uygun olan hastalarda ilaç kullanımı esasları aşağıda belirtilmiştir.

a) SUT'un 2.4.4.1.1.2 maddesinde belirtilen IVF tedavisi kurallarına göre düzenlenmiş raporlarda ayrıca hastanın kullanacağı ilaç ile ilgili aşağıda belirtilen durumlar hakkındaki bilgiler de yer alacaktır:

1) Normal ovaryan yanıtlı hasta grubunda en fazla 2 uygulama, toplam 6000 IU gonadotropin ödenir. Bu grup hastalarda IVF tedavisi öncesi IUI işlemi yapılmış olması şartı aranır.

2) Kötü ovaryan yanıtlı veya düşük ovaryan rezervli hasta grubunda; en fazla 2 uygulama, siklus başı 4500 IU ye kadar toplam 9000 IU gonadotropin ödenir. Ayrıca bu grup hastalarda IVF tedavisi öncesi OI işlemi yapılmış olması şartı aranmaz.

b) IVF tedavisi için düzenlenen sağlık kurulu raporunda belirtilen ilaçlar, tedavinin yapıldığı üremeye yardımcı tedavi merkezi kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimlerince reçete edilecektir.

#### **4.2.42.C - Kök hücre vericisi kardeş doğmasına yönelik IVF tedavisinde kullanılacak ilaçlar**

(1) Kök hücre vericisi kardeş doğmasına yönelik IVF tedavisinde kullanılacak ilaçlar; SUT'un 2.4.4.1.2 maddesi koşullarına uyan ve söz konusu maddede belirtilen sağlık kurulu raporuna istinaden IVF tedavisinin yapıldığı üremeye yardımcı tedavi merkezinde kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimlerince reçeteye yazılabilecektir. Her bir IVF denemesine ilişkin olarak kullanılacak gonadotropin dozu en fazla 3000 IU olacak ve raporda belirtilecektir.

#### **4.2.42.Ç - IVF, OI ve IUI İşlemleri**

(1) IVF, OI ve IUI işlemlerinde; ovülasyon tetiklemesi için kullanılan hCG (human korionik gonadotropin) maksimum dozun dışında olup 10000 üniteyi geçemez. IVF, OI ve IUI işlemlerinde kullanılan ilaçlar katılım payından muaf değildir.

#### **4.2.43 - Dijital ülseri olan sistemik skleroz hastalarında ilaç kullanımı ilkeleri**

(1) İloprost (intravenöz formları), sistemik skleroz (dijital ülser dahil) endikasyonunda, romatoloji veya klinik immünoloji uzman hekimlerince düzenlenen uzman hekim raporuna istinaden bu uzman hekimlerce reçetelenir.

(2) Bosentan, sistemik sklerozla bağlı dijital ülserli hastalarda;

a) Kalsiyum kanal blokerleri ve intravenöz iloprost ile en az 3 ay süreyle tedavi görmüş ve yanıt alınmamış ve en az biri 2 mm'den fazla çapı ve görülebilir derinliği olan ağrılı kardinal ülser olmak üzere multiple ( $\geq 4$  adet) dijital ülseri olan hastalarda tedaviye başlanır.

b) Bu hususların belirtildiği, üçüncü basamak sağlık kurumlarında en az bir romatoloji uzman hekiminin bulunduğu 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak yine bu sağlık kurumlarında romatoloji uzman hekimlerince reçetelenir.

c) Bosentan kullanılacak hastalarda, her reçete ile birlikte reçeteyi düzenleyecek hekim tarafından Kurum resmi internet sitesinde yayınlanan "Hasta Kayıt Formu-1" doldurularak Kuruma gönderilmesi gerekmektedir. Düzenlenen reçetelerde hasta kayıt formunun tarihinin belirtilmesi gerekmektedir.

#### **4.3 - Yurt dışından ilaç getirilmesi**

(1) Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişiler için gerekli görülen ve yurt içinden sağlanması mümkün olmayan ilaçların, yurt içinde bulunmadığı ve kullanılmasının zorunlu olduğu Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanarak ilaç teminine izin verildiği takdirde yurt dışından temini mümkündür. Bu amaçla, Sağlık Bakanlığınca yetkilendirilmiş taraflar ile Kurum arasında protokol yapılabilir.

(2) Sağlık Bakanlığınca, yurt dışından getirilebilecek ilaç listesi yayımlanması halinde listede yer alacak ilaçlar için ayrıca onay aranmayacaktır.

(3) Yurt dışından temini halinde bedeli ödenecek olan ilaçlar "Yurt Dışı İlaç Fiyat Listesi" nde (EK-4/C) belirtilmiştir. Bu listede yer almayan ilaçların bedelleri Kurumca ödenmez. Bu liste Kurumun resmi internet sitesinde yayımlanır.

(4) EK-4/C Listesinde yer alan ilaçların, kişilerin kendi imkânları ile (yurt dışından veya yurt içinden) temini halinde bedelleri Kurumca belirlenen mevzuat kapsamında kendilerine ödenir. Bu şekilde ödemesi yapılabilecek ilacın bedeli, aynı ilacın Kuruma mal oluşu bedelinden fazla olmaz.

(5) Bu ilaçlardan EK-4/D Listesi kapsamında olanlardan hasta katılım payı alınmaz.

(6) Tedavi için yurt dışından getirilecek ilaçların, SUT ve eki listelerde yer alan özel hükümler saklı kalmak kaydıyla, uzman hekim tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak uzman hekimler tarafından reçeteye en fazla 90 günlük doza kadar yazılması halinde bedelleri ödenir. Bu raporlarda ilacın etken maddesi, günlük kullanım dozu, uygulama planı ve süresi de belirtilecektir.

(7) Onkoloji ilaçları en fazla 90 gündeki kür sayısı kadar dozda ve SUT'un 4.2.14 maddesi doğrultusunda reçetelenir.

(8) Sağlık Bakanlığının izni ile yurt dışından temin edilecek tedavilerde kullanılan ilacın/ilaçların ülkemizde ruhsat alarak satış izni alması durumunda; EK-4/A Listesinde giriş talebinden itibaren, "Ödeme Komisyonunun Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" gereği talebin sonuçlandırılacağı maksimum süre içerisinde, SUT ve eki listelerde yer alan özel hükümler saklı kalmak kaydıyla, uzman hekim raporuna dayanılarak uzman hekimlerce en fazla birer aylık miktarlarda reçete edilmesi ve bu reçetelerin Sağlık Bakanlığınca onaylanması koşulluyla, Sağlık Bakanlığınca ilaca verilen perakende satış fiyatı üzerinden standart kamu kurum iskontosu olarak oranı SUT'un 4.4.1 maddesinde tanımlı baz iskonto uygulandıktan sonra kademeli eczane iskontosu uygulanarak sözleşmeli eczanelerden şahıslara düzenlenecek faturalara dayanılarak ödemesi yapılacaktır. Bu ilaçların temin edilmesinde SUT'un 4.5.2(1) fıkrasında belirtilen 4 iş günlük süre aranmaz. Bu ilaçlardan EK-4/D Listesi kapsamında olanlardan hasta katılım payı alınmaz.

(9) Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonuna fiyatları güncellenen ilaçlar ilave edilerek ödenmesi karar verilen ilaçların onaylanan fiyatları EK-4/C Listesinde yayımlanır.

#### **4.4 - İlaçlarda uygulanacak indirim oranları ve eşdeğer ilaç uygulaması**

##### **4.4.1 - Uygulanacak indirim oranları**

(1) Depocuya satış fiyatı 3,55 (üç virgül ellibeş) TL ve altında olan ilaçlar için kamu kurum iskontosu uygulanmaz. (Özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla)

(2) Depocuya satış fiyatı 3,56 (üç virgül ellialtı) TL'nin (dahil) üzerinde olan ilaçlara kamu kurum iskontosu olarak %7 veya %11 baz iskonto uygulanır.

(3) Aşağıdaki fıkralarda konu edilen kamu kurum iskontoları ve ilave iskonto uygulamalarında ilaçların, orijinal, jenerik, yirmi yıllık gibi durumlarının belirlenmesinde Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmış olan düzenlemeler esas alınır. İlaçlarda oluşabilecek durum değişikliklerine ilişkin iskonto uygulamaları Kurum tarafından değerlendirilir.

(4) 20 yıllık ilaçlardan;

a) Depocuya satış fiyatı 3,56 (üç virgül ellialtı) TL (dahil) ile 6,78 (altı virgül yetmişsekiz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara %7 baz iskonto uygulanır.

b) Depocuya satış fiyatı 6,79 (altı virgül yetmişdokuz) TL (dahil) ile 10,21 (on virgül yirmibir) TL (dahil) arasında olan ilaçlara %20 iskonto (baz iskonto %11 + %9 ilave iskonto) uygulanır.

c) Depocuya satış fiyatı 10,22 (on virgül yirmiiki) TL ve üzerinde, referansı olan ve referansı olmayıp imalat kartına göre fiyat alan ilaçlara %28 iskonto (baz iskonto %11 + %17 ilave iskonto) uygulanır.

ç) Depocuya satış fiyatı 10,22 (on virgül yirmiiki) TL ve üzerinde olan, referansı olmayan ilaçlara referans fiyat alana kadar %40 iskonto (baz iskonto %11 + %29 ilave iskonto) uygulanır.

(5) Jeneriği olmayan orijinal ilaçlardan;

a) Depocuya satış fiyatı 3,56 (üç virgül ellialtı) TL (dahil) ile 6,78 (altı virgül yetmişsekiz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara %20 iskonto (baz iskonto %11 + %9 ilave iskonto) uygulanır.

b) Depocuya satış fiyatı 6,79 (altı virgül yetmişdokuz) TL ve üzerinde olan ilaçlara %41 iskonto (baz iskonto %11 + %30 ilave iskonto) uygulanır.

(6) Jeneriği olan orijinal ilaçlar ile jenerik ilaçlardan;

a) Depocuya satış fiyatı 3,56 (üç virgül ellialtı) TL (dahil) ile 6,78 (altı virgül yetmişsekiz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara %20 iskonto (baz iskonto %11 + %9 ilave iskonto) uygulanır.

b) Depocuya satış fiyatı 6,79 (altı virgül yetmişdokuz) TL ve üzerinde olan ilaçlara %28 (baz iskonto %11 + %17 ilave iskonto) iskonto uygulanır.

(7) Referansın altında fiyat almış jeneriği olmayan orijinal ilaçlar ile orijinali olmayan jenerik ilaçlar için yapılacak mahsuplaşma işleminde yukarıdaki fıkralarda tanımlanan ilave iskontolar da dikkate alınacaktır.

(8) Depocuya satış fiyatı 3,56 (üç virgül ellialtı) TL ve üzerinde olan kan ürünleri, tıbbi mamalar, radyofarmasötik ürünler ile enteral beslenme ürünlerine %11 baz iskonto uygulanır.

(9) Mevcut iskontosu yukarıdaki fıkralarda tanımlı baz iskonto/baz iskonto+ilave iskontonun üzerinde olan ilaçların özel iskontoları saklı tutulur. 17.11.2011 tarihi öncesi mevcut iskontosu baz iskonto+ilave iskontonun üzerinde olan ilaçlara ek olarak uygulanan %7,5+%8,5 ilave iskonto oranında mahsuplaşma talebi Kurum tarafından değerlendirilir.

(10) Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunun belirlediği ve EK-4/A Listesinde ayrıca belirtilen ilaçlar için bu maddenin (4), (5) ve (6) numaralı fıkraları uygulanmaz.

(11) 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. Molekülün ilave iskondandan muafiyeti açısından 1 yıllık süresi, tüm farmasötik formları için listeye ilk giren forma uygulanan süre bitiminde sona erer.

(12) Hastaneler, yatarak tedavilerde kullandıkları ve kendi eczanelerinden temin ettikleri ilaçlara da yukarıda belirtilen esaslara göre kamu kurum iskontosu ile %3,5 oranında ekzaci indirimi uygulayarak fatura edeceklerdir. Serbest eczane satışı olmayan ve Sağlık Bakanlığı tarafından "depecu fiyatlı ilaçlar" şeklinde tanımlanan ürünlere, depecu satış fiyatı üzerinden EK-4/A Listesinde gösterilen kamu kurum iskontosu uygulanır, ayrıca ekzaci indirimi uygulanmaz.

(13) Ayrıca tüm ilaçlara indirimli bedel üzerinden ekzaci indirimi yapılır.

(14) Kamu kurum iskontolarında yapılan ilave iskonto uygulamaları nedeniyle eczane stoklarında meydana gelebilecek stok zararları firmalar tarafından ceza depolarına, depolar tarafından da eczanelere ödenir. Bu kapsamda yapılacak işlemlerde, eczacılar tarafından İlaç Takip Sistemine yapılan bildirimler esas alınır.

##### **4.4.2 - Eşdeğer ilaç uygulaması**

(1) Eşdeğer ilaç uygulaması; temelde, sınırlandırılmış bir terapötik eşdeğerlik olarak, aynı endikasyon için kullanılabilen aynı etken maddeyi içeren ürünlerin benzer dozaj formları arasında fiyat karşılaştırmasına esasına dayanır.

(2) Eşdeğer ilaç bedellerinin ödenmesinde, aynı endikasyon için kullanılabilen aynı etken maddeyi içeren en ucuz ilaç bedelinin %10 fazlasına kadar dikkate alınacaktır. Fiyatları en ucuz olarak referans alınacak ürünlerin eczacılar tarafından ulaşılabilmek için gerekli. Bu amaçla, tavana esas en ucuz ilaç olarak belirlenen ilacın en az 5 ay piyasada bulunması ve ilgili eşdeğer ilaç grubuna dâhil olan ilaçlar arasından en az %1 pazar payına sahip olması gözetilir. Söz konusu süre ve pazar payının her bir eşdeğer ilaç grubundaki ilaç sayısı dikkate alınarak yeniden belirlenmesinde ve bunlara ilişkin tereddütlerin giderilmesinde "Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu" yetkilidir.

(3) Bu esaslara göre belirlenen eşdeğer ilaç gruplarının her birinde;

a) SUT'un 4.4.1 maddesinde belirtildiği şekilde indirim oranları uygulanmak suretiyle, ilaçların indirimli kutu fiyatı bulunur.

b) İndirimli kutu fiyatı üzerinden, gruba dâhil ilaçların ortak en küçük birimi başına düşen "indirimli birim bedel" hesaplanır.

c) Gruptaki ilaçlar için bulunan bu indirimli birim bedeller karşılaştırılarak o eşdeğer ürün grubu için geçerli en ucuz birim bedel bulunur.

ç) Bulunan en ucuz fiyata %10 ilave edilerek o gruptaki ilaçların için ödenebilecek azami birim bedel bulunur.

d) Bu şekilde bulunan ödenebilecek azami birim bedel esas alınarak, gruptaki her bir ilacın ambalaj formuna göre o ilaca özgü kutu bedeli hesaplanır ve ortaya çıkan bu kutu fiyatı, aynı ilacın indirimli kutu fiyatı ile karşılaştırılır.

e) İndirimli kutu fiyatının, azami birim bedelden yola çıkılarak hesaplanan kutu fiyatını aşan kısmı ödenmez.

(4) Faktörler, plazma kaynaklı ve rekombinant kaynaklı ürünler olarak aynı fiyat karşılaştırması temelinde ancak eczane ikamesi açısından ayrı eşdeğer gruplarda değerlendirilir.

#### **4.5 - Eczanelerden ilaç temini**

##### **4.5.1 - Kişilerin acil durumlarda sözleşmesiz eczanelerden temin ettikleri ilaç bedelinin ödenmesi**

(1) Reçete edilen ilaçların, Kurumla sözleşme yapan eczanelerden temin edilmesi halinde bedelleri ödenir.

(2) Acil haller dışında Kurum ile sözleşmesi olmayan eczanelerden temin edilen ilaçların bedelleri Kurumca karşılanmaz. Kurum sağlık yardımıyla yararlanırların yararlandırılan kişilerin sözleşmesiz eczanelerden acil haller nedeniyle temin ettikleri ilaç bedelleri acil halin Kurumca kabul edilmemesi şartıyla karşılanır. Bu şekilde temin edilen ilacın/ilaçların, SUT'un 4.4 maddesinde belirtildiği şekilde kamu iskontosu ile en yüksek eczacı iskontosu ve hasta katılım payı düşüldükten sonra, kalan kısım Kurum tarafından ilgileri ödenmektedir. Bu ödemem yapılabilmesi için, reçeteye ilaçların fiyat kupürlerinin tamamı ilacın ismi de yer alacak şekilde yaptırılacaktır. Eczane tarafından verilen ilaçları ve tutarını gösteren faktürün de ilaç fiyat kupürleri yaptırılmış olan reçete ile birlikte ibrazı zorunludur.

(3) Kurum ilaç ödemesine, ilacın verilmiş tarihindeki perakende satış fiyatları esas alınır.

##### **4.5.2 - Reçetelerin geçerli olduğu süre**

(1) İlaçlar reçetenin tanzim tarihinden itibaren 4 işgünü içinde sözleşme yapılan eczanelerden temin edilecektir. Bu sürenin dışında müracaatlarda reçete muhteviyatı ilaçlar eczaneye verilmeyecektir.

(2) Sağlık raporuna dayanarak yazılan reçetelerde, EK-4/D Listesinde bulunan veya bulunmayan (kür ve tedavi planı olan ilaçlar hariç) ilaçlar, ilaç bitim tarihinden 15 gün öncesinde verilebilir.

##### **4.5.3 - İlaç bedellerinin ödenmesi**

(1) Sağlık kurum ve kuruluşlarında yatarak sağlanan tedaviler sonucu doğan ilaç bedelleri SUT hükümlerine uyulmak kaydıyla Kurum tarafından karşılanır.

(2) Ayakta yapılan tedavilerde kullanılan ilaç bedellerinden, ilaç kurum indirimi, eczane tarafından yapılan indirim ile birlikte hasta katılım payı düşüldükten sonra kalan tutarlar Kurum tarafından ödenecektir.

##### **4.5.4 - İlaç takip sistemi**

(1) Sağlık Bakanlığı "İlaç Takip Sistemi"ne kayıt edilmiş karekodlu ilaçların Kuruma fatura edilmesinde Kurumca belirlenecek usul ve esaslara göre işlem yapılacaktır.

#### **4.6 - Kan ve kan bileşenlerinin temini ve bedelinin ödenmesi**

(1) Kan ihtiyacının karşılanmasında güvenli kan temini esas olup, hasta yakınlarının kan verecek kişileri bulmasının sebep olduğu sağlık ve sosyal sorunları önlemek için, Kızılay kan birimlerinde kan ve kan bileşenlerinin bulunduğu durumlarda, replasman kan alınma yöntemi tercih edilmeyecektir.

(2) İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşlarına, hastalar için hekimler tarafından gerekli görülen kan ve kan bileşenleri (eritrosit süspansiyonu, tam kan, trombosit, plazma, vb.), Sağlık Bakanlığınca ruhsatlandırılmış kan hizmet birimleri ile Kızılay'a ait kan birimi bulunan yerlerde, bu birimlerden temin edilir. Sağlık kurum ve kuruluşlarında, hastalara kan temin ettirilmeyecektir. Sağlık kurum ve kuruluşlarında temin edilmesi zorunlu olduğu halde temin edilmeyerek hastaya aldırılan kan ve kan bileşenlerine ait fatura bedeli hastaya ödenir ve ilgili sağlık kurum ve kuruluşlarında mahsup edilir.

(3) SUT eki EK-2/B Listesi üzerinden faturalandırılan tedaviler için kullanılması gerekli görülen ve sağlık kurumlarında temin edilen kan ve kan bileşenlerinin bedelleri, epikrizde kan bileşeninin adı, sayısı, ünite numaralarını belirtir şekilde kaydedilir, SUT eki EK-2/B Listesi uzman hekiminin esas alınarak Kurumca sağlık kurum ve kuruluşuna ödenir.

(4) SUT eki EK-2/C Listesi kapsamında yer alan işlemler için sağlık kurum ve kuruluşlarında kullanılan kan ve kan bileşenleri, tanıya dayalı işlem planlarına dâhil olduğunda Kuruma fatura edilemez.

##### **4.7 - Faktör ve diğer kan ürünlerinin reçete edilmesi ve hemofili hastalarının bildirim zorunluluğu**

(1) Hemofili teşhisi konulan hastalar, teşhisi koyan hastane tarafından "Hemofili Bildirim Formu" düzenlenerek, Sağlık Bakanlığına bildirilecektir.

(2) Hemofili hastaları bildirim formu eksiksiz olarak doldurulacaktır.

(3) Hemofili hastaları için en az bir hematoloji uzman hekiminin imzasının da bulunduğu sağlık kurulu raporu düzenlenecektir. Hemofili hastaları için düzenlenen sağlık kurulu raporlarında, faktör düzeyleri ve hematoloji uzman hekimi ibaresi mutlaka belirtilecektir. Hematoloji uzman hekiminin olmadığı hastanelerde sağlık kurul raporu üç iç hastalıkları ya da üç çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından da düzenlenebilir.

(4) Hastalara, Sağlık Bakanlığın tarafından özel olarak düzenlenmiş "Hemofili Takip Karnesi" ve turuncu renkte, dört nüshalı hemofili reçetesi verilecektir. Hemofili reçetelerine hematoloji veya iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından yalnız faktör yazılabilecek, reçetede bulunan bölümler ilgili hekim ve eczacılar tarafından eksiksiz olarak doldurulacaktır.

(5) Faktör dışındaki diğer kan ürünleri de özel renkte (mor) "Kan Ürünleri Reçetesi"ne yazılacaktır. Hastanede yatan hastalar için de aynı reçete kullanılacaktır.

(6) Kan ürünü reçeteleri, ilgili birimlerden alınacak sağlık kurulu raporlarına bağlı olarak uzman hekimler tarafından yazılabilecektir. Ancak, acil hallerde kullanılması zorunlu olan ürünlerden yalnız tetanos ve anti D immünglobulinleri ile larenks ödemi ile başvuran herediter anjiyoödem tanılı hastaların acil (akut) tedavisinde C1 esteraz inhibitörleri için sağlık kurulu raporu ve mor reçete şartı aranmayacaktır. Hastanelerde çıkan hastalarda, faktör dışındaki kan ürünleri için sağlık kurulu raporu gerekli değildir. Yeterli uzman hekim olmayan yerlerde, çıkan vakalara vaktinde müdahale edilebilmesi için yalnız kuduz ve tetanos immünglobulinleri pratisyen hekim tarafından da kan ürünleri reçetesine yazılabilir.

(7) Hemofili hastalarının faktör reçeteleri ve diğer kan ürünü reçeteleri dört nüshalı olacak, reçetelerin birinci nüshası eczaneler tarafından İl Sağlık Müdürlüğüne, ikinci nüshası Kuruma gönderilecek, üçüncü nüsha eczanede, dördüncü nüsha ise karnede kalacaktır.

(8) Hemofili takip karnesi alamadan herhangi bir nedenle hastalanmış olanlar ilaçları, ilgili uzman hekimler tarafından, bir kereye mahsus olmak üzere sağlık kurulu raporuna istinaden "Kan Ürünleri Reçetesi"ne yazılabilir. Karnesiz ikinci defa tedavi görme imkânı olmadığında, tedaviden sonra hastaların, sağlık kurulu raporu ile birlikte vakit geçirmeden hemofili takip karnesi alabilmek için İl Sağlık Müdürlüklerine müracaat etmeleri gerekmektedir.

(9) Kan ürünü veren eczaneler, reçetelerin ilk nüshası ile birlikte reçete bilgilerini de içeren "Hemofili Reçete Formunu" ve "Kan Ürünleri Reçete Formunu" doldurarak her ay İl Sağlık Müdürlüklerine göndercektir.

(10) İl Sağlık Müdürlükleri, eczanelerin gönderdiği form ve beraberindeki reçeteleri kontrol ettikten sonra, tüm formları birleştirerek tek bir form halinde Sağlık Bakanlığına gönderecektir.

(11) Kan ürünleri ve faktörlerden hasta katılım payı alınmayacaktır.

## **BEŞİNCİ BÖLÜM**

### **Faturalandırma ve Ödeme**

#### **5.1 - MEDULA sistemi**

(1) Kurumla sözleşmeli/protokollü sağlık hizmeti sunucularına, sundukları sağlık hizmetlerine ilişkin bedellerin ödenebilmesi için Kurum mevzuatı gereği istenilen bilgilerin Kurumca belirlenen istisnalı hariç olmak üzere MEDULA sistemine girilmesi zorunludur. Kuruma "MEDULA Web Servisleri Kullanım Kılavuzu" ayrıca yayımlanmakta olup sağlık hizmeti sunucularının MEDULA entegrasyonu için yapacakları yazılımlar Kılavuzdaki açıklamalara göre gerçekleştirilecektir.

(2) Sunulan hizmete ilişkin MEDULA sisteminden alınan provizyonlar ön izin niteliğinde olup mevzuat ile açıkça belirtilmediği sürece hiçbir zaman tek başına yeterli sayılmayacak, bunlarla ilgili sisteme eklenememiş diğer kurulları varlığı halinde gerekli kontroller sağlık hizmeti sunucularına yapılmaya devam edilecektir.

#### **5.2 - Fatura düzenlenmesi**

##### **5.2.1 - Sağlık kurum ve kuruluşları faturalarının düzenlenmesi**

(1) MEDULA sistemini kullanan sağlık kurum ve kuruluşları, Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan tüm kişiler için, her ayın başı ile sonu arasında verdikleri sağlık hizmetlerine ilişkin hem kendi sistemleri üzerinden Kurum adına basılı olarak hem de MEDULA sisteminden elektronik olarak; tek bir fatura düzenleyeceklerdir. Ancak herhangi bir nedenle dönemde faturalandırılmayan bir sağlık hizmeti olması halinde bu sağlık hizmeti işleminin bittiği tarih itibarıyla faturalandırılması gereken dönemi takip eden en geç 2 ay içerisindeki dönem sonlandırılmasına dâhil edilecektir. Ancak bu Tebliğin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren 6 ay süresince, herhangi bir nedenle dönemde faturalandırılmayan bir sağlık hizmeti olması halinde bu sağlık hizmeti, işleminin bittiği tarih itibarıyla faturalandırılması gereken dönemi takip eden en geç 3 ay içerisindeki dönem sonlandırılmasına dâhil edilebilecektir. Bu maddenin ikinci fıkrasının a bendinde sayılan trafik kazası nedeniyle verilen sağlık hizmetlerine ilişkin faturalar için dönem sonlandırma süresi dikkate alınmaz. Ayrıca Kurumdan kaynaklanan sebeplerden dolayı elektronik ortamda Kuruma fatura edilemeyen sağlık hizmeti bedelleri ile provizyon alma süresi içerisinde vefat eden hastaların tedavi bedelleri manuel olarak fatura edilebilecektir.

(2) Ancak, Kuruma örneklemeyle dâhil edilmeksizin tamamı incelenecğinden;

a) Trafik kazası, iş kazası, meslek hastalıkları ve adli vaka durumlarında her hasta için ayrı ayrı,

b) a bendinde sayılan haller hariç olmak üzere SUT'un 1.7(2)b bendinde sayılan hallerdeki işlemler, kemik iliği, kök hücre nakilleri, ekstrakorporeal fotoferez tedavisi, hiperbarik oksijen tedavileri, tüp bebek tedavileri, plazmaferez tedavileri, ağız ve diş tedavileri ile ilgili olarak damak yarığı protezi, yeni doğanda preoperatif aaparey, velum uzantılı konuşma aapareyi, geçici opturatörler, basit çene defektlerinin protetik tedavileri, komplekse çene defektlerinin protetik tedavileri, yüz protezlerine ait işlemlerin faturaları ayrı ve tek bir grup halinde,

c) Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan ve Sosyal Güvenlik İl Müdürlüklerince düzenlenmiş ve onaylanmış Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sağlık Yardım Belgesi (aslı veya fotokopisi) ile müracaat eden kişilere ait faturalar (MEDULA sisteminden provizyon alınabilen kişiler de dahil) ülke ve bağlı olunan sosyal güvenlik il müdürlüğü bazında ayrı ayrı,

ç) Kurum Hizmet Sunumu Genel Müdürlüğü yetkililerince imzalanacak bir tutanak ile tevsik edilmesi kaydıyla MEDULA sisteminden kaynaklanan arıza nedeniyle hasta takip numarasını almadığı süre zarfında Kurum sağlık yardımlarından yararlanma hakkının olduğunu yazılı olarak beyan etmek veya belgelemek suretiyle müracaat eden kişilerden daha sonra yapılan sorgulamaya sonucu müstahak olmadığı tespit edilenlere ait faturaların ayrı tek grup halinde manuel,

d) Mücavir alan dışı ambulans ücretleri her hasta için ayrı ayrı (MEDULA sisteminde gerekli düzenlemeler yapılınca kadar manuel),

e) 3713 sayılı Kanunun 21 inci maddesinin üçüncü fıkrası hükümleri gereği tedavi yardımından yararlananlara ait işlemlerin faturaları her hasta için ayrı ayrı, düzenlenmesi gerekmektedir.

(3) Sağlık Bakanlığı ile yapılan protokol hükümlerinde faturalama ile ilgili hükümler saklıdır.

(4) İkinci fıkranın a bendinde sayılan durumlar nedeniyle verilen tedavi faturalarının ayrı ayrı olarak gönderilmediğinin tespiti halinde fatura bedelleri ilgili sağlık kurumuna ödenmez.

##### **5.2.2 - Eczane faturalarının düzenlenmesi**

(1) Eczaneler tarafından, her ayın ilk ve son gününü kapsayan dönem ait reçeteler, o ayın son günü tarihini taşıyacak şekilde MEDULA eczane provizyon sistemi üzerinden sonlandırılır ve faturalandırılır.

(2) Fatura sınıflandırılması;

a) Kan ürünü ve hemofili ilacı/ilaçları içeren reçetelere ait faturalar,

b) Yatan hasta reçeteleri, gününbirlik tedavi reçeteleri ve sağlık raporu ile temin edilen ilaç/ilaçları içeren reçetelere ait faturalar,

c) İş kazası, meslek hastalığı, trafik kazası ve adli vaka reçetelerine ait her hasta için ayrı olmak üzere düzenlenen faturalar,

ç) 3713 sayılı Kanununun 21 inci maddesinde sayılan olaylara maruz kalarak yaralanan ve bu duruma ilişkin ilgili mülki amirlik tarafından düzenlenen belge ile müracaat eden kişilere ait faturalar,

d) Eczanelerden ilaç temininin ilişkin mevzuatta ayrı faturalandırılmasına dair düzenleme yapılmış reçetelere ait faturalar,

e) Yukarıdaki grupların dışında kalan reçetelere ait faturalar,

ayrı ayrı üçer nüshalı (bir nüshası eczacı tarafından aslı gibidir onaylı fotokopi olabilir) alt gruplar halinde düzenlenir.

(3) Manuel düzenlenecek faturalar;

a) Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan ve Sosyal Güvenlik İl Müdürlüklerince düzenlenmiş ve onaylanmış Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sağlık Yardım Belgesi (aslı veya fotokopisi) ile müracaat eden kişilerin reçetelerine ait faturalar ülke bazında olmak üzere,

b) Kurum bilgi işlem sisteminde hasta takip numarası/provizyon alınmamasına rağmen sağlık yardımları yeterli prim ödeme gün sayısını olmaksızın ve/veya prim borcu olup olmadığına bakılmaksızın Kurumca karşılanacak olan;

1) İş kazasına uğrayan kişilere ait faturalar her hasta için ayrı (sadece iş kazası nedeniyle sunulan sağlık hizmeti bedelleri karşılıklı) olmak üzere manuel,

2) "Özürürlük Öçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik" kapsamında, yetkilendirilmiş özürlü sağlık kurulu raporu vermeye yetkili sağlık kuruluşlarınca, ağır özürlü olduğu özürlü sağlık kurulu raporu ile belgelendirilen tıbben başkasının bakımına muhtaç kişilere ait faturalar her hasta için ayrı olmak üzere manuel,

3) Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalık tespit edilen kişilere ait faturalar her hasta için ayrı olmak üzere manuel,

4) Acil haller nedeni ile sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilere ait faturalar her hasta için ayrı olmak üzere manuel,

5) Koruyucu sağlık hizmetleri nedeni ile sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilere ait faturalar her hasta için ayrı olmak üzere manuel,

6) Analık haliyle ilgili rahatsızlık ve özürlülük hallerinde sağlık hizmeti sağlanan kadınlara ait faturalar, her hasta için ayrı olmak üzere manuel,

7) Meslek hastalığına uğrayan kişilere ait faturalar her hasta için ayrı olmak üzere manuel,

8) 3713 sayılı Kanununun 21 inci maddesinde sayılan olaylara maruz kalarak yaralanan ve bu duruma ilişkin ilgili mülki amirlik tarafından düzenlenen belge ile müracaat eden kişilere ait faturalar her hasta için ayrı olmak üzere manuel, şekilde üçer nüshalı (bir nüshası eczacı tarafından aslı gibidir onaylı fotokopi olabilir) alt gruplar halinde düzenlenir.

### 5.2.3 - Optisyenlik müesseseleri faturalarının düzenlenmesi

(1) Optisyenlik müesseseleri, hem kendi sistemleri üzerinden Kurum adına basılı olarak (üçer nüshalı), hem de MEDULA-Optik sisteminden elektronik olarak; Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilerin tümünü kapsayan tek bir fatura düzenleyeceklerdir.

(2) Ancak;

a) Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan ve sosyal güvenlik il müdürlüklerince düzenlenmiş ve onaylanmış Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sağlık Yardım Belgesi (aslı veya fotokopisi) ile müracaat eden kişilere ait faturalar ülke bazında ayrı ayrı olmak üzere ve MEDULA-Optik sisteminde gerekli düzenlemeler yapılmıyca kadar manuel düzenlenecektir.

b) SUT'ta sağlık raporu ile temin edileceği belirtilen görmeye yardımcı tıbbi malzemeler için diğer reçetelerden ayrı tek bir fatura düzenlenecektir.

c) İş kazası veya trafik kazası nedeniyle Kurumumuzca karşılanacak görmeye yardımcı tıbbi malzemeler için diğer reçetelerden ayrı tek bir fatura düzenlenecektir.

ç) İş kazası ve/veya trafik kazası nedeniyle Kurumumuzca karşılanacak görmeye yardımcı tıbbi malzemelere ait reçeteler, örnekleme tabi tutulmadan tamamı incelenir.

### 5.3 - Sağlık hizmet sunucuları için fatura eki belgeler

(1) Aşağıdaki maddelerde sayılan fatura eki belgeler, incelenme ve ödeme yapılmak üzere Kuruma gönderilecektir. Ancak örnekleme yöntemi ile incelenen işlemlere ait fatura eki belgelerden, örneklemeye düşmüş olanlar Kuruma gönderilecek; örnekleme dışında kalan işlemlere ait olanlar ise ihtiyaç duyulması halinde Kuruma ibraz edilmek üzere sağlık hizmeti sunucularında muhafaza edilecektir. Kuruma gönderilmesi gereken belgelerden elektronik ortamda gönderilmesine başlanılan belgelerden ayrıca basılı olarak gönderilip gönderilmeyeceği Kurumca belirlenecektir.

(2) Sağlık kurum ve kuruluşlarının fatura eki belgeleri;

a) Ayakta tedaviler için uzmanlık dalı bazında ayrılmış olarak,

b) Yatarak tedaviler için uzmanlık dalı bazında ayrılmış olarak,

c) SUT'un 5.2.1 maddesinde ayrı fatura edileceği belirtilen işlemler her bir işlem başlığı altında ayrılmış olarak, ayrı klasörlerde tasnif edilerek düzenlenmiş olmalıdır.

(3) Kuruma MEDULA hastane sistemi üzerinden elektronik ortamda gönderilen tasnif detay belgesi ayrıca basılı olarak gönderilmeyecektir. Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşları için fatura eki belgelerin hangilerinin getirileceği konusunda Sağlık Bakanlığı ile yapılan protokol hükümleri saklıdır.

#### 5.3.1 - Sağlık kuruluşları için fatura eki belgeler

##### 5.3.1.A - Fatura üst yazısı

(1) Sağlık kuruluşunun adı, kodu, adresi, hasta sayısı, teslim edilecek klasör sayısı, fatura dönemi, fatura tutarı, sağlık kuruluşunun banka şube ve hesap numarasını ihtiva eden ve ilgili sağlık kuruluşu/döner sermaye saymanlığı tarafından onaylanmış fatura üst yazısı.

### 5.3.1.B - İcmal listesi

(1) Aşağıda belirtilen bilgilerin yer aldığı icmal listesi;

a) Sıra no (birden fazla klasör düzenlenmesi halinde klasörlere ait icmal listelerindeki sıra no'lar bir öncekini takip edecektir)

b) Hasta adı soyadı ve telefon ve/veya adres bilgileri

c) Hasta bazında hizmet tutarı

ç) Listedeki tüm hastalara verilen hizmet tutar toplamı

#### 5.3.1.C - Hizmet detay belgesi

(1) Aşağıdaki bilgilerin yer aldığı, hastalara ait protokol numarası sırasına göre hazırlanmış hizmet detay belgesinde;

a) Hastanın adı soyadı,

b) T.C. Kimlik Numarası,

c) Muayene tarihi,

ç) Ön tanı veya tanı (kısaltma yapılmayacak),

d) İşlemlerin (muayene, tetkik, tahlil, vb.) SUT kodu, tarihi, adı, adedi, tutarı,

e) Başvuru başına ödeme uygulamasına dâhil olmayan ve SUT'ta belirtilen işlemlere ait birim puanları ve tutar, belirtilecektir.

#### 5.3.1.C - Diğer belgeler

(1) Adli vaka, iş kazası ve meslek hastalığı geçiren kişilerle ait faturaların ekinde; hastane polisi veya ilgili kolluk kuvvetinden konuyla ilgili sağlanacak belge, tutanak, ifade tutanağı, adli rapor gibi bulunabilen her türlü belge ile iş kazalarında varsa iş kazası bölümü doldurulmuş vizite kâğıdı yer alacaktır.

(2) Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında Kurum tarafından sağlık hizmeti verilen kişiler için sosyal güvenlik il müdürlüklerince düzenlenmiş ve onaylanmış "Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sağlık Yardım Belgesi"nin fotokopisi (MEDULA sisteminden provizyon alınabilen kişiler de dahil).

(3) Diş tedavilerinde, SUT'un 5.3.1.A, 5.3.1.B ve 5.3.1.C maddelerinde sayılan belgelere ilave olarak;

a) Diş hastalarına yapılan işlemleri gösteren diş şeması (ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde, tüm işlemler, hizmet detay belgesindeki diş şeması üzerinde işaretlenecektir.),

b) Diş protezi işlemlerinde (sabit ve hareketli protezlerde) fatura tarihinden önce Kuruma onaylatılan diş müstahaklık belgesi veya elektronik ortamda gönderilen taahhütname, ağız ve diş cerrahisi işlemlerinden büyük-küçük kist operasyonları, büyük-küçük odontojenik tümör operasyonları vb.de açıklayıcı operasyon bilgileri, operasyona ait film,

c) Gömülü diş çekimi (mukoza-kemik retansiyonlu), gömülü kanin-premolar çekimi, kök ucu rezeksiyonu işlemlerinde, radyolojik teşhis filmi,

ç) Kanal tedavisi, gangren ve periapikal lezyonlu dişlere uygulanan kanal tedavilerinde, radyolojik teşhis ve sonuç kontrol filmi (dijital, periapikal, panoramik vb. hangisi kullanıldı ise),

d) Ortodontik tedavi gereksinimi olan hastalar için düzenlenen sağlık kurulu raporu fatura eki belge olarak veya e-rapor olarak yer almalıdır.

(4) Takip numarası alınmamış vefat eden hastalar için Kurumdan alınan tedavi tarihlerinde müstahak olduklarını belirten belge ve ölüm belgesi.

(5) SUT ve eki listelerde ve Kurumun yapacağı sözleşmelerde, ayrıca ekleneceği belirtilen belgeler.

### 5.3.2 - Sağlık kurumları için fatura eki belgeler

#### 5.3.2.A - Fatura üst yazısı

(1) Sağlık Kurumu başkanlığı tarafından onaylanmış fatura üst yazısında;

a) Sağlık kurumunun adı,

b) Sağlık kurumu kodu,

c) Sağlık kurumu adresi,

ç) Fatura dönemi,

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

e) Teslim edilecek klasör sayısı,

f) Fatura tutarı (uzmanlık dalı bazında ve toplam),

g) Sağlık kurumunun banka şube ve hesap numarası

bilgileri yer alacaktır.

#### 5.3.2.B - İcmal listesi

(1) Aşağıda belirtilen bilgilerin yer aldığı, her uzmanlık dalı için ayrı ayrı düzenlenmiş icmal listesinde;

a) Sıra no (bir uzmanlık dalı için birden fazla klasör düzenlenmesi halinde klasörlere ait icmal listelerindeki sıra no'lar bir öncekini takip edecektir.),

b) Hasta adı soyadı ve telefon ve/veya adres bilgileri,

c) Hasta bazında hizmet tutarı,

ç) Listedeki tüm hastalara verilen hizmet tutar toplamı, yer alacaktır.

#### 5.3.2.C - Hizmet detay belgesi

(1) MEDULA sistemini kullanan sağlık kurum/kuruluşları, MEDULA sistemine kaydettikleri tedaviye ait hizmet detay belgesini MEDULA-Hastane sistemi aracılığı ile elektronik olarak kaydedilecektir. Hizmet detay belgesi fatura tesliminde ünitelere teslim edilemeyecek olup ancak Kurum tarafından talep edilmiş halinde, hizmet detay belgesinin çıktısı ilgili hekimler ve başhekimlikçe onaylı olarak teslim edilecektir. Hizmet detay belgesindeki epikriz bölümü, yatarak tedavilerde ve cerrahi işlemlerin yapıldığı tüm sağlık hizmetleri için elektronik ortamda düzenlenecektir.



(2) MEDULA sistemini kullanmayan ve/veya SUT hüükümleri gereğince manuel düzenlenmesi gereken (her hasta için ayrı ayrı düzenlenmiş) faturalara ait hizmet detay belgelerinde;

- Hastanın adı soyadı, telefon numarası,
- T.C Kimlik Numarası,
- Provizyon no/MEDULA takip no,
- Muayene tarihi,
- İlgili hekimin bilgileri,
- Hasta yatış ve çıkış günleri,
- Hastaya konulan tanı, ICD-10 kodu ve uygulanan tedavi,
- İşlemlerin (muayene, tetkik, tahlil, yatak, ameliyat, tedavi vb.) SUT kodu, tarihi, adı, adedi, tutarı,
- Tıbbi malzemelerin adları, adetleri, birim fiyatları, SUT'ta yer alanların SUT kodları, Küresel Ürün No

(Barkod),

h) Hasta tabelasına uygun olarak tane hesabıyla hastaya verilen ilaçların, kutu bazında değil, tane hesabıyla birim fiyatları ve tutarı, (parenteral ilaçlar için hizmet detay belgesinde hastaya verilen dozlar (mg, u, ml vb) belirtilecek ancak fiyat ve tutarlar kutu/adet üzerinden fatura edilecektir.)

- Kullanılan kan ve kan bileşenleri, miktarları ve ünite numaraları,
- Epikriz notu, belirtilmelidir.

### 5.3.2.D - Diğer belgeler

(1) Sağlık kurumları fatura ekinde aşağıdaki belgeleri göndereceklerdir.

a) MEDULA sisteminden kaynaklanan ve Kuruma kabul edilen nedenlerle müstahaklık sorgulaması yapılmadan işlemleri yürütülen ve daha sonrasında sağlık kurumunca yapılan sorgulama sonucu müstahak olmadığı tespit edilen kişiler için işlemleri yürütmeye esas belge,

b) Sevkle başvuran hastalar için tedavi sevk belgesi,

c) Özel sağlık kurumlarınca temin edilen tıbbi malzemeler için malzemeye ait alış faturasının bir örneği,

ç) Adli vaka, iş kazası ve meslek hastalığı geçiren kişilere ait faturaların ekinde; hastane polisi veya ilgili kolluk kuvvetinden konuyla ilgili sağlanacak belge, tutanak, ifade tutanağı, adli rapor gibi bulunabilen her türlü belgeler ile iş kazalarında varsa iş kazası bölümü doldurulmuş vizite kâğıdı yer alacaktır.

d) Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında Kurum tarafından sağlık hizmeti verilen kişiler için sosyal güvenlik il müdürlüklerince düzenlenmiş ve onaylanmış "Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sağlık Yardım Belgesi",

e) Mor ve turuncu reçete kapsamında kan ürünleri kupürleri,

f) Diş tedavilerinde ilave olarak;

1) Diş hastalarına yapılan işlemleri gösteren diş şeması. (ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde, tüm işlemler, hizmet detay belgesindeki diş şeması üzerinde işaretlenecektir.)

2) Diş protezi işlemlerinde (sabit ve hareketli protezlerde) fatura tarihinden önce Kuruma onaylatılan diş müstahaklık belgesi veya elektronik ortamda gönderilen taahhütname,

3) Ağız ve diş cerrahisi işlemlerinden büyük-küçük kist operasyonları, büyük-küçük odontojenik tümör operasyonları vb.de, bilgisayar çıktısı ya da daktilo ile yazılmış açıklayıcı operasyon bilgileri, operasyona ait film,

4) Gömülü diş çekimi (mukoza-kemik retansiyonlu), gömülü kanin-premolar çekimi, kök ucu rezeksiyonu işlemlerinde, radyolojik teşhis filmi,

5) Kanal tedavisi, gangren ve periapikal lezyonlu dişlere uygulanan kanal tedavilerinde, radyolojik teşhis ve sonuç kontrol filmi (dijital, periapikal, panoramik vb. hangisi kullanıldı ise),

6) Ortodontik tedavi gereksinimi olan hastalar için düzenlenen sağlık kurulu raporu fatura eki belge olarak veya e-rapor olarak yer almalıdır.

ğ) Yatan hastalar için kullanılan ve Kuruma faturalandırılabilir toplam ilaç ve tıbbi malzeme tutarının belirtildiği, hastane yetkilisi tarafından imzalanmış ve kaşesi basılmış talep yazısı,

ğ) SUT ve eki listelerde, Kurumun yapacağı sözleşmelerde ve yayımladığı genelgelerde, ayrıca ekleneceği belirtilen belgeler,

h) Takip numarası alınmamış vefat eden hastalar için Kurumdan alınan tedavi tarihlerinde müstahak olduklarını belirten belge ve ölüm belgesi,

ı) Hemodiyaliz tedavilerinde ilave olarak;

1) Tüm tetkiklerin, tetkiki yapan ilgili uzman hekim tarafından onaylanmış sonuçlarını ve hizmet alımı ile yapılmış tetkiklere ait ücretlerin ödendiğini gösterir faturaların fotokopileri ve hasta listesi,

2) Hemodiyaliz tedavisi süresince her fatura dönemine ait, her seansın tarihini, seansların başlayış ve bitiş saatleri ile hastaların hemodiyalize alındığı cihazların seri numaralarının, her bir seans sonrasında alınan tedaviyi takip eden sorumlu uzman hekim ya da sorumlu hekim ve hemodiyaliz hemşiresinin imzasının ve hasta imzasının ya da parmak izinin (eğer alınıyorsa adı ve telefon numarası belirtilmek kaydıyla hasta yakınının imzasının) yer aldığı belge/belgeler,

ı) Ayaktan veya yatarak yapılan hiperbarik oksijen tedavisi ve fizik tedavi ve rehabilitasyon tedavisi süresince her fatura dönemine ait, her seansın tarihini, seansların başlayış ve bitiş saatleri ile her bir seans sonrasında alınan tedaviyi takip eden sorumlu uzman hekimin imzasının ve hasta imzasının ya da parmak izinin (eğer alınıyorsa adı ve telefon numarası belirtilmek kaydıyla hasta yakınının imzasının) yer aldığı belge/belgeler.

### 5.3.3 - Eczane ve optisyenlik müesseseleri için fatura eki belgeler

(1) Eczane ve optisyenlik müesseseleri için SUT'ta ve Kurumun yapacağı sözleşmelerde belirtilen belgeler faturaya eklenecektir.

(2) SUT'un 5.2.2 ve 5.2.3 maddelerinde ayrı fatura edileceği belirtilen reçeteler ayrı ayrı tasnif edilmiş olmalıdır.

### 5.3.4 - Tıbbi malzeme şahıs ödemelerinde istenecek fatura ve eki belgeler

(1) Ayakta tedavilerde reçete karşılığı hasta tarafından temin edilen tıbbi malzemelerin geri ödeme işlemlerinde fatura aslına ek olarak;

- Reçete aslının,
- Sağlık raporu aslının (sürekli kullanım arz eden malzemelerde raporu düzenleyen sağlık kurumu/reçeteyi düzenleyen hekim/Kurum yetkilileri tarafından "Aslı gibidir" onayı yapılmış sureti kabul edilir),
- Barkodun ve varsa etiket aslının,
- SUT'ta tıbbi malzemeye özel olarak belirtilen diğer belgelerin,
- Kurumca iade alınan tıbbi malzemeler için taahhütnamenin (Kurum stoklarından temin edilmesi durumunda sadece bu fıkranın a, b, ç bentlerinde belirtilen belgeler),  
ibrazı zorunludur.

(2) Yatarak tedavilerde temini zorunlu tıbbi malzemelerin hastaya aldırılması durumunda;

- Küresel Ürün No (Barkod) ve varsa SUT kodu bilgisini içeren fatura aslı,
- Reçete aslı veya ıslak imzalı epikriz notu veya tıbbi malzemenin kullanıldığına dair sağlık raporu aslı,
- Varsa tıbbi malzemenin gerekliliğine dair sağlık raporu aslı,
- Fatura arkasında hastanın kendisinin veya yakınının kendi el yazısı ile teslim aldığına dair "teslim aldım" ibaresi, T.C. Kimlik Numarası, adı ve soyadı, telefon numarası ve imzası,
- Barkod ve varsa etiket aslı,  
ibrazı zorunludur.

(3) Kullanımı sağlık raporuna bağlı tıbbi malzeme için düzenlenecek reçetelere ait aslı gibidir onayı yapılmış rapor, fatura ekinde Kuruma gönderilecektir. "Aslı gibidir" onayı, raporu düzenleyen sağlık kurumu/reçeteyi düzenleyen hekim/Kurum yetkilileri tarafından yapılacaktır.

#### 5.4 - Fatura ve eki belgelerin teslimi

(1) Sağlık hizmeti sunucuları, fatura ve eki belgeleri Kurumun resmi internet sitesinde duyurulan ilgili birimine teslim edeceklerdir. Kargo veya iadeli taahhütlü posta ile gönderilen belgeler kargoya veya postaya verildiği tarih, normal posta ile gönderilen belgeler ise Kurum kayıtlarına intikal ettiği tarih esas alınarak işlem görcektir. Ancak Kurum tarafından fatura teslim tarihi mücbir sebeplerle ertelenebilir. Bu durumda faturaların teslimi için verilen ek süre içerisinde teslim edilen faturalar zamanında teslim edilmiş sayılır.

(2) Kurumun ilgili birimindeki "evrak kayıt" servisinde, sağlık hizmet sunucusu tarafından teslim edilmek üzere getirilen faturaların usulüne uygun olarak tasnif edilip edilmediğine, klasör veya klasörlerdeki fatura üst yazısında yer alan bilgilerin uygun olup olmadığına bakılır ve uygun görülmeyenler iade edilir. Kargoya iade edilen fatura ve ekleri ödemesi olarak gönderilir. Uygun olduğu tespit edilen faturalar "evrak kayıt numarası" verilerek teslim alınır.

(3) Eczane ve optisyenlik müesseselerinin fatura ve eki belgeleri, eczane ve optik sözleşmelerinde belirtilen esas ve usullere göre Kuruma teslim edilecektir.

(4) Tıbbi malzeme şahıs ödemelerinde istenecek fatura ve eki belgeler Kurum taşra teşkilatına teslim edilir.

#### 5.5 - Ödeme işlemleri

(1) Sağlık hizmeti sunucularınca Kuruma teslim edilen fatura ve eki belgeler, Kurumca belirlenen yöntemlere göre incelenir ve ödemesi yapılır.

## ALTINCI BÖLÜM

### Son Hükümler

#### 6.1 - Tedavi giderlerine ait katma değer vergisi

(1) SUT ve eki listelerde yer alan birim puanlar/fiyatlar katma değer vergisi hariç olarak tespit edilmiştir. Katma değer vergisi, ilgili mevzuatı çerçevesinde ayrıca ödenecektir.

#### 6.2 - Duyurular

(1) Kurumun her türlü duyuruları Kurumun resmi internet sitesinde yayınlanır.

#### 6.3 - Geçici hükümler

##### 6.3.1 - Tam ve tedavi

(1) 6111 sayılı Kanunun yürürlüğe girdiği 25.02.2011 tarihinden önce trafik kazaları nedeniyle sağlanan sağlık hizmeti bedelleri, SUT ve eklerinde yer alan kısıtlamalar dikkate alınmaksızın Kurumca bu sağlık hizmetleri için ödenen tutarlar üzerinden karşılanır.

(2) 15.10.2012 tarihinden önce alınan sevke istinaden uygulanan ortodontik ve diğer tedaviler 2010/41 nolu Genelgeye göre sonuçlandırılır.

(3) 5510 sayılı Kanunun 60 maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1), (3) ve (9) numaralı alt bentleri gereği genel sağlık sigortası kapsamına alınan kişilerin 01.01.2012 tarihinden, SUT'un 1.5.1 maddesinin yürürlük tarihine kadarki

sürede geçerli olan mevzuat uygun olarak müracaat ettikleri üniversite öğrencilerine sağlık hizmeti sunucularına sevk edilmiş olması halinde yapılmış olan sevkleri geçerli kabul edilecektir.

### 6.3.2 - Tıbbi malzeme

(1) Tıbbi malzeme listesi SUT ekinde yayınlanmamış olan branşlardaki (brans, grup veya alanlardan) her hangi bir tıbbi malzemenin, yayınlanmış olan tıbbi malzeme listelerinde tanımlanmış olması durumunda; Kuruma faturalandırılması ilgili listede belirlenmiş kurallara göre yapılır.

(2) Bu tebliğin 3.1.2 numaralı maddesinin 17 inci fıkrası ile ilgili olarak;

a) 22.06.2012 tarihinden önce düzenlenen sağlık kurulu raporlarına istinaden temin edilen ve ismarlama olarak üretilen tıbbi malzemelere ilişkin fatura bedellerinin ödenmesinde sağlık kurulu raporunun düzenlendiği tarihte yürürlükte bulunan mevzuat hükümleri doğrultusunda işlem yapılır.

b) 28.07.2012 tarihinden sonra düzenlenen sağlık kurulu raporuna istinaden temin edilmek istenen tıbbi malzeme bedeli, aynı işlevi gören başka bir tıbbi malzemenin daha önceden temin edilmiş olması halinde, temin edilmiş olan malzemenin garanti süresi dolana kadar Kurumca karşılanmaz.

c) 29.09.2012 tarihinden önce düzenlenen sağlık kurulu raporlarına istinaden temin edilen ve SUT eki listelerde yer almayan tıbbi malzemelerin bedellerinin karşılanmasında, sağlık kurulu raporlarının üçüncü basamak sağlık kurumlarınınca düzenlenmiş olma şartı aranmaz.

(3) Türk Silahlı Kuvvetleri bünyesinde vatani hizmetini icra ederken vazife malullüğü aylığı bağlanmış olanlardan, 21.01.2012 tarihinden önce sağlık kurulu raporu ile temin edilerek Kurumca ödemesi yapılmış olan ileri teknoloji ortez ve protezler (biyonik el, diz eklemi mikro işlemcili kontrollü karbon ayaklı protezler vb.) bedelleri, bu kişilerden talep edilmez.

(4) 10.01.2013 tarih ve 28524 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğin 26 ila 34 üncü maddelerinde, yatan hasta tedavisinde kullanılan tıbbi malzemelerle ilgili olarak, SUT ekinde yer alan tıbbi malzeme listelerinde değişiklikler yapılmıştır. Bu Tebliğ hükümleri saklı kalmak kaydıyla;

a) Söz konusu değişiklik öncesi SUT eki listelerde bulunmakla birlikte bu değişiklik ile SUT eki listelerden çıkarılan tıbbi malzemelerin bedellerinin Kurumca karşılanmayacağına dair hükümler 01.05.2013 tarihinden itibaren geçerli olacaktır.

b) Söz konusu değişiklik öncesi SUT eki listelerde fiyatı bulunmakla birlikte bu değişiklik ile tanımlarının farklılaştırılması sonucunda SUT eki listelerde fiyatsız olarak yayımlanan tıbbi malzemelerden; 01.01.2013 (dahil) tarihi ile 10.01.2013 (dahil) tarihleri arasında kullanılanların,

1) Değişiklikten önceki SUT eki listelerde tanımlı fiyatlardan fatura edilmesi halinde bu fiyatlar üzerinden,

2) Yeni düzenlemeye göre fiyatsız tıbbi malzemeler şeklinde fatura edilmesi halinde ise SUT eki listelerde fiyatı belirli olmayan tıbbi malzemelerin ödenmesine ilişkin SUT hükümleri doğrultusunda bedelleri Kurumca karşılanacaktır.

c) Söz konusu değişiklik ile getirilmiş olan SUT eki listelerde bulunan veya yeni eklenen tıbbi malzemelere ait konsey, sağlık kurulu raporu veya endikasyon tanımlaması gibi ilave kuralların uygulanmasına ilişkin hükümler, 01.05.2013 tarihinden itibaren geçerli olacaktır.

### 6.4 - Yürürlükten kaldırılan mevzuat ve atıflar

(1) 25/5/2007 tarihli ve 26532 sayılı Mükerrer Resmî Gazete'de yayımlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği ile 25/3/2010 tarihli ve 27532 sayılı Mükerrer Resmî Gazete'de yayımlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği yürürlükten kaldırılmıştır.

(2) 25/3/2010 tarihli ve 27532 sayılı Mükerrer Resmî Gazete'de yayımlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğine yapılmış olan atıflar, bu Tebliğin ilgili maddesine yapılmış sayılır.

### 6.5 - Yürürlük

(1) SUT'un;

a) 4.2.2(3) fıkrası 18/1/2013 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

b) 2.3(6) fıkrası 11/3/2013 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

c) 2.5 ve 2.6 maddeleri, 4.1.4(5) ve 4.3(3) fıkraları ve 6.3 maddesi yayımı tarihinde,

ç) 3.1.3(1) fıkrasının ı ve i bentlerinde belirtilen tıbbi malzemelere ait fiyatlar 1/7/2013 tarihinde,

d) 3.1.3(2) fıkrasının h ve ı bentleri 1/1/2014 tarihinde,

e) Diğer hükümleri 1/5/2013 tarihinde,

yürürlüğe girer.

### 6.6 - Yürütme

(1) SUT hükümlerini Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı yürütür.

Tebliğ olunur.

**AYAKTA TEDAVİDE HEKİM VE DİŞ HEKİMİ MUAYENESİ KATILIM PAYI ALINMAYACAK KRONİK HASTALIKLAR LİSTESİ**

TANI KODU	HASTALIK ADI
A15-A19	Tüberküloz
A24	Ruam ve Melioidoz
A80-A89	Merkezi sinir sisteminin viral enfeksiyonları
B00-B09	Deri ve Müköz Membran Lezyonları ile Karakterize Viral Enfeksiyonlar
B18	Kronik Viral Hepatitler
B20-B24	İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü (HIV) Hastalığı
C00-C14	Dudak, Ağız Boşluğu ve Farinksil Malign Neoplazmları
C15-C26	Sindirim Organları Malign Neoplazmları
C30-C33	Solunum Organları ve İntratorasik Organların Malign Neoplazmları
C34	Bronş ve Akciğerlerde Malign Neoplazm
C38	Kalp, Mediasten ve Plevrada Malign Neoplazm
C40-C41	Kemik ve Eklem Kıkırdağının Malign Neoplazmları
C43-C44	Derinin Malign Neoplazmları
C49,5	Pelvis Bağ ve Yumuşak Dokusu Malign Neoplazmı
C50	Memenin Malign Neoplazmı
C51-C58	Kadın Genital Organlarının Malign Neoplazmları
C60-C63	Erkek Genital Organlarının Malign Neoplazmları
C64-C68	Üriner Sistemin Malign Neoplazmları
C69	Göz ve Eklerinde Malign Neoplazm
C71	Beypinde Malign Neoplazm
C72	Omurluk, Kranial Sinirler ve Merkezi Sinir Sisteminin Diğer Kısımlarında Malign Neoplazm
C73-C75	Troid ve Diğer İç Salgı Bezlerinin Malign Neoplazmları
C77	Lenf Bezlerinin İkincil (Sekonder) ve Tanımlanmamış Malign Neoplazmları
C81	Hodgkin Hastalığı
C82	Foliküler [Nödüler] Non-Hodgkin Lenfoma
C83	Yaygın Non-Hodgkin Lenfoma
C90	Multiple Miyelom ve Malign Plazma Hücreli Neoplazmları
C91	Lenfoid Lösemi
C92	Miyeloid Lösemi
C94	Hücre Tipi Tanımlanmış Diğer Lösemiler
D55-D59	Hemolitik Anemiler
D60-D64	Aplastik ve Diğer Anemiler
D65-D69	Pıhtılaşma Bozuklukları, Purpura ve Diğer Hemorajik Durumlar
D73.2	Kronik Konjestif Splenomegali
D80	Antikor Kusurlarının Baskın Olduğu İmmün Yetmezlik
E00-E90	Endokrin, Nutrisyonel ve Metabolik Hastalıklar
F20-F29	Şizofreni, Şizotipal ve Sanrılı Bozukluklar
F60-F69	Erişkinde Kişilik ve Davranış Bozuklukları
F70-F79	Zeka Geriliği
F84	Yaygın Gelişimsel Bozukluklar
F90	Hiperkinetik Bozukluklar
G00	Bakteriyel Menedjit , Başka Yerde Sınıflanmamış
G30-G32	Sinir Sisteminin Diğer Dejeneratif Hastalıkları
G35-G37	Merkezi Sinir Sisteminin Demiyelinizan Hastalıkları
G40-G47	Epizodik ve Paroksizmal Bozukluklar
G51	Fasyal Sinir Bozuklukları
G70-G73	Kas-Sinir Kavşağı ve Kas Hastalıkları
G80-G83	Serebral Palsi
G81	Hemipleji
G82	Parapleji ve Tetrapleji
H81	Vestibüler İşlev Bozuklukları
H90	İleti Tipi ve Sensorinöral İşitme Kaybı
I05-I09	Kronik Romatizmal Kalp Hastalığı
I10-I15	Hipertansif Hastalıklar
I20-I25	İskemik Kalp Hastalıkları
I26-I28	Pulmoner Kalp Hastalığı ve Pulmoner Dolaşım Hastalıkları
I31.0	Kronik Adheziv Perikardit
I31.1	Kronik Konstriktif Perikardit
I34	Romatizmal Olmayan Mitral Kapak Bozuklukları
I36	Romatizmal Olmayan Trikuspid Kapak Bozuklukları
I37	Pulmoner Kapak Bozuklukları

**AYAKTA TEDAVİDE HEKİM VE DİŞ HEKİMİ MUAYENESİ KATILIM PAYI ALINMAYACAK KRONİK HASTALIKLAR  
LİSTESİ**

TANI KODU	HASTALIK ADI
I41	Miyokardit, Başka Yerde Sınıflanmış Hastalıklarda
I42	Kardiyomiyopati
I50	Kalp Yetmezliği
I60-I69	Serebrovasküler Hastalıklar
I71	Aort Anevrizması Ve Disseksiyonu
J44	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
J45	Astım
J96.1	Kronik Solunum Yolu Yetmezliği
K50	Crohn Hastalığı (Regional Enterit)
K51	Ülseratif Kolit
K59.2	Nörojenik Barsak, Başka Yerde Sınıflanmamış
K59.3	Megakolon, Başka Yerde Sınıflanmamış
K71.3	Toksik Karaciğer Hastalığı, Kronik Persistan Hepatit İle
K71.4	Toksik Karaciğer Hastalığı, Kronik Lobuler Hepatit İle
K71.5	Toksik Karaciğer Hastalığı, Kronik Aktif Hepatit İle
K72.1	Karaciğer Yetmezliği, Kronik
K73	Kronik Hepatit,
K74	Karaciğer Fibroz ve Sirozu
K86.0	Kronik Pankreatit,
K90.0	Çöliak Hastalığı
M00-M99	Kas İskelet Sistemi ve Bağ Dokusu Hastalıkları
N11	Kronik Tübulo-İnterstisyel Nefrit
N18	Kronik Böbrek Yetmezliği
N31	Mesanein Nöromusküler Fonksiyon Bozukluğu, Başka Yerde
Q20	Kalp Odacıkları ve Bağlantılarının Konjenital Malformasyonları
Q21	Kardiak Septanın Konjenital Malformasyonları
Q22	Pulmoner ve Trikuspid Kapakların Konjenital Malformasyonları
Q23	Aort ve Mitral Kapakların Konjenital Malformasyonları
Q24	Kalbin Diğer Konjenital Malformasyonları
Q65	Kalçanın Konjenital Deformiteleri
Q90-Q94	Kromozom Anomalileri, Başka Yerde Sınıflanmamış
Q96	Turner Sendromu
Q99	Kromozom Diğer Anomalileri, Başka Yerde Sınıflanmamış

Sağlık raporu ile belgelenmesi kaydıyla bu listede yer alan tanılarda geçerli olmak üzere ilgili branşa başvurularda SUT'un 1.8.1 numaralı maddesinde tanımlanan katılım payı alınmaz.

**NOT:** Listede; ICD-10 kodları üç karakter olarak yer alıyorsa, bu hastalık sınıflamasının dört karakterli alt kırılımlarında içermektedir. Ancak dört karakter olarak yer alıyorsa sadece o koda ait hastalık sınıflamasını içermektedir.

## HASTAYA SUNULMUŞ OLAN HİZMETLERİ VE İLAVE ÜCRETİ GÖSTERİR BELGE

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

Ayakta Tedavi

Yatarak Tedavi

İlave ücrete ilişkin sağlık hizmeti	Sosyal Güvenlik Kurumuna fatura edilen tutar	Genel sağlık sigortalısından (Hastadan) alınan tutar
EK 2/A		
EK 2/A-2		
EK-2/B		
EK-2/C		
EK-2/Ç		
Otelcilik Hizmetleri		
İstisnai Hizmetler		
Tıbbi Malzeme		

## İlave ücrete esas işlemlere ait hizmet detay bilgisi

SUT kodu	İşlem adı	İşlem tutarı

.. / .. / .....

Sağlık Hizmeti Sunucusu Yetkilisi  
Adı Soyadı  
İmza

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

## İSTİSNAI SAĞLIK HİZMETLERİ LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI
1	701.281	Kapsül endoskopi
2	701.282	Çift balonlu enteroskopi
3	P600740	Vasküler lezyon, lazer (Alt ekstremitte yüzeysel variköz ven ve cherry anjiyom endikasyonlarında uygulandığında)
4	P600830	Pigmentli lezyon, eksizyonel olmayan lazer
5	P602220	Endoskopik koanal atrezi açılması
6	P602290	Endoskopik septoplasti
7	P602880	Lazer asiste uvulektomi
8	P607971	Splenektomi, parsiyel, laparoskopik
9	P607981	Splenektomi, total, laparoskopik
10	P609781	Fundoplikasyon, laparoskopik
11	P609851	Midede wedge rezeksiyon, laparoskopik
12	P610532	Hemoroidopeksi
13	P612710	Artroskopik mozaikplasti
14	P612740	Artroskopik artrodez
15	P617341	Katarakta fakoemulsifikasyon ve intraoküler lens implantasyonu (Multifokal, astigmatik veya torik, multifokal ve torik)
16	P619922	Epidural anestezi ile vajinal doğum
17	P619923	Epidural anestezi ile vajinal doğum (Çoğul gebelik)
18	P619925	Suda vajinal doğum
19	P620740	Laparoskopik histerektomi
20	P621020	Mikrocerrahi ile miyomektomi, her biri
21	P621180	Çok parçalı penil protez implantasyonu
22	P621210	Penis rekonstrüksiyonu, mikrocerrahi gerektiren bir teknik ile
23	P621360	Prostata Lazer Tedavisi (Kanama diyatezi ve kalp yetmezliği olan hastalar hariç)
24	P621391	Prostatektomi, bipolar TUR (Kanama diyatezi ve kalp yetmezliği olan hastalar hariç)
25	P621620	Mikrocerrahi epididimal sperm aspirasyonu
26	P621630	Perkütan epididimal sperm aspirasyonu
27		Robotik cerrahi yöntemi ile yapılan işlemler (P618690, P621410, P619490, P618680, P618840, P618550, P618560, P601930, P601940, P602.410, 605.070, P604710, P60690, P605000, P604940, P604990, P604930 kodlu işlemler hariç olmak üzere)
28		Diş protez işlemleri (Sadece 404.201,404.360, 404.400, 404.410, 404.420 kodlu işlemler)
29		Robotik rehabilitasyon sistemi uygulamaları

**ACIL HALİN SONA ERMESİNE İLİŞKİN BİLGİLENDİRME FORMU**

Acil hal nedeniyle başvurduğum .....’ da yapılan tedavi sonrası acil halimin sona erdiği ve bundan sonra sunulacak sağlık hizmetleri için Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından belirlenen usul ve esaslara göre ilave ücret ödemeyi ve ödediğim ilave ücreti Sosyal Güvenlik Kurumundan talep etmeyeceğimi kabul ve taahhüt ediyorum.

**Hasta ve/veya yakınının**

Adı Soyadı :

T.C. Kimlik No :

Tlf No :

Adresi :

Tarih :

İmza :

**Sağlık Hizmeti Sunucusu Yetkilisinin**

Adı Soyadı :

Görevi :

Tarih :

İmza :



## AYAKTAN BAŞVURILARDA ÖDEME LİSTESİ

SIRA NO	UZMANLIK DALLARI	UZMANLIK KODU	U2	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9	H10	H11	TM	DM	OH
1	Amn Dallar	5100	34	34	31	31	31	31	31	38	20	21	22	23	24	23	23	23	23	23	23	20	20	24
2	Alife Hakkında	4800	44	35	32	39	32	32	32	32	20	21	22	23	24	23	23	23	23	23	23	20	20	24
3	Beyin ve Sinir Cerrahisi	2400	44	44	40	40	40	40	40	49	20	21	22	23	24	25	26	27	26	26	26	23	20	27
4	Cocuk Cerrahisi	2000	49	39	35	35	35	35	35	43	22	22	23	24	25	24	24	24	24	24	24	21	20	25
5	Cocuk Sagligi ve Hastaliklari	1500	45	36	36	33	33	33	33	33	22	23	23	24	25	27	24	24	24	24	24	21	20	25
6	Cocuk ve Ergen Ruh Sagligi ve Hastaliklari	1600	49	39	35	35	35	35	35	35	27	28	30	31	32	31	31	31	36	31	31	25	25	30
7	Diye ve Zilzireli Hastaliklari	1700	41	33	33	30	30	30	30	30	20	21	23	23	23	23	23	23	23	23	23	20	25	25
8	Enfeksiyon Hastaliklari ve Klinik Mikrobiyoloji	1200	55	44	44	40	40	40	40	40	23	24	25	26	27	26	26	26	26	26	26	23	20	27
9	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	1900	55	44	44	40	40	40	40	40	24	25	26	27	28	27	27	27	27	27	27	24	21	28
10	Göğüs Cerrahisi	2200	49	39	39	43	35	35	35	43	21	22	23	24	25	24	24	24	24	24	24	21	20	25
11	Göğüs Hastaliklari	1171	49	39	39	43	35	35	35	35	22	23	24	25	26	25	25	25	25	25	25	20	26	26
12	Göz Hastaliklari	2500	34	34	31	31	31	31	31	39	38	20	21	22	23	24	22	22	22	22	22	20	20	23
13	Göz Hastaliklari	1000	56	45	41	41	41	41	41	41	24	25	26	27	28	27	27	27	27	27	27	24	21	28
14	İç Hastaliklari	3000	61	49	49	44	44	44	44	54	27	28	29	30	31	27	27	30	30	30	30	27	23	31
15	Kadın Hastaliklari ve Dogum	1600	66	46	46	42	42	42	42	42	46	23	24	25	26	27	26	26	32	26	26	22	21	28
16	Kalp ve Damar Cerrahisi	2700	68	54	58	52	52	52	52	52	30	31	32	33	34	33	33	33	36	33	33	29	26	34
17	Kardiyoloji	1100	68	54	58	52	52	52	52	52	30	31	32	33	34	33	33	33	36	33	33	29	26	34
18	Kulak-Burun-Bogaz Hastaliklari	2800	43	34	31	31	31	31	31	38	20	21	22	23	24	23	23	23	23	23	23	20	20	24
19	Nöroloji	1300	51	41	41	37	37	37	37	37	25	26	27	28	29	28	28	28	28	28	28	25	22	29
20	Oropedi ve Travmatoloji	2600	49	39	35	35	43	43	35	43	20	21	22	23	24	23	23	23	23	23	23	20	20	24
21	Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	2100	55	44	44	40	40	40	40	49	22	23	24	25	26	25	25	25	25	25	25	22	20	26
22	Prinzipal Ruh Sagligi ve Hastaliklari	1400	49	39	35	35	35	35	35	43	22	23	24	25	26	25	25	25	25	25	25	22	20	26
23	Spine Hakkında	4000	50	40	40	36	36	45	36	36	38	21	22	23	24	25	24	24	30	24	24	21	24	24
24	Tıbbi Fizyoloji ve Histofizyoloji	600	50	40	40	36	36	45	36	36	38	21	22	23	24	25	24	24	30	24	24	21	24	24
25	Üroloji	2700	55	44	44	40	40	40	40	49	22	23	24	25	26	25	25	25	25	25	25	22	20	26
Yan Dallar																								
1	Alopeti	3197	51	41	41	37	37	37	37	37	25	26	27	28	29	28	28	28	28	28	28	25	22	29
3	Cocuk Endokrinolojisi	1503	51	40	40	37	45	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	28	28	28
4	Cocuk Enfeksiyon Hastaliklari	1502	51	40	40	37	45	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	28	28	28
5	Cocuk Entimoloji ve Alerji Hastaliklari	1504	51	40	40	37	45	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	28	28	28
6	Cocuk Gastroenterolojisi	1501	51	40	40	37	45	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	28	28	28
7	Cocuk Göğüs Hastaliklari	1505	51	40	40	37	45	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	28	28	28
8	Cocuk Hematoloji ve Onkoloji	1508	51	40	40	37	45	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	28	28	28
9	Cocuk Hematoloji ve Cerrahisi	2387	56	46	46	42	42	42	42	46	23	24	25	26	27	26	26	26	26	26	26	22	21	28
10	Cocuk Kardiyolojisi	1586	67	45	58	42	42	42	42	42	46	23	24	25	26	27	26	26	26	26	26	22	21	28
11	Cocuk Metabolizma Hast	1585	51	40	40	37	45	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	30	30	30
12	Cocuk Nefrolojisi	1584	51	40	40	37	45	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	28	28	28
13	Cocuk Romatolojisi	1509	51	40	40	37	45	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	28	28	28
14	Cocuk Ürolojisi	2781	55	44	44	40	40	40	40	49	22	23	24	25	26	25	25	25	25	25	25	22	20	26
15	Ei Cerrahisi	2679	49	39	39	35	35	43	35	43	20	21	22	23	24	23	23	23	23	23	23	20	20	24
16	Endokrinoloji ve Metabolizma Hastaliklari	1078	55	44	44	40	40	40	40	40	23	24	25	26	27	26	26	26	26	26	26	23	20	27
17	Gastroenteroloji Cerrahisi	1076	55	44	44	40	40	40	40	40	23	24	25	26	27	26	26	26	26	26	26	23	20	27
18	Gastroenteroloji Cerrahisi	1975	55	44	44	40	40	40	40	49	24	25	26	27	28	27	27	27	27	27	27	24	21	28
19	Gençleri	1073	57	46	46	42	42	42	42	42	44	24	25	26	27	28	27	27	27	27	27	24	21	28
20	Hematoloji	1070	56	45	45	40	40	40	40	40	23	24	25	26	27	26	26	26	26	26	26	23	20	27
21	İmmünoloji ve Alerji Hastaliklari	1069	55	44	44	40	40	40	40	40	23	24	25	26	27	26	26	26	26	26	26	23	20	27
22	Nefroloji	1062	56	45	45	40	40	40	40	40	23	24	25	26	27	26	26	26	26	26	26	23	20	27
23	Neonataloji	1561	51	40	40	37	45	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	28	28	28
24	Romatoloji	1055	55	44	44	40	40	40	40	40	23	24	25	26	27	26	26	26	26	26	26	23	20	27
Diğer																								
1	Diğer Branşlar	9999	44	35	35	32	39	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	23	23	23
2	Pratişyen Hekim Muayenesi	9909	50	40	40	40	40	40	40	40	20	21	22	23	24	23	23	23	23	23	23	20	20	20
3	Açıl	4400									30	20	21	22	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20

Aşağıda yer alan yarı dal uzmanlıkların karşısında sadece bir imdadla üzerine yapılan yarı dal uzmanlık kodu yer almaktadır. Birbirine bitişli anadil üzerine yapılan yarı dal uzmanlık kodları da ilgili yarı dal uzmanlıklar için kullanılır.

## Yan Dallar

**SAĞLIK KURUM VE KURULUŞLARININ  
AYAKTA TEDAVİLERDE SINIFLANDIRILMASI LİSTESİ**

STATÜ	KODU	SINIFI
	U1	Üniversite hastanesi
	U2	Tip fakültelerinin bulunduğu ilin dışında yer alan uygulama ve araştırma merkezleri ile enstitüleri
	E1	Eğitim hastanesi, genel
	E2	Eğitim hastanesi, kalp, kalp ve damar cerrahisi ile göğüs ve göğüs cerrahisi alanında hizmet veren
	E3	Eğitim hastanesi, kadın doğum ve çocuk alanında hizmet veren
	E4	Eğitim hastanesi, kemik hastalıkları ile fizik tedavi ve rehabilitasyon alanında hizmet veren
	E5	Eğitim hastanesi, ruh sağlığı alanında hizmet veren
	E6	Eğitim hastanesi, göz hastalıkları alanında hizmet veren
	E7	Eğitim hastanesi, onkoloji alanında hizmet veren
	H1	Entegre ilçe hastanesi
	H2	Gün hastanesi, tıp merkezi, dal merkezi
	H3	Yataklı kurum, Yatak sayısı 1-99
	H4	Yataklı kurum, Yatak sayısı 100-499
	H5	Yataklı kurum, Yatak sayısı 500 ve Üstü
	H6	Yataklı kurum, kadın doğum ve çocuk alanında hizmet veren
	H7	Yataklı kurum, kemik hastalıkları ile fizik tedavi ve rehabilitasyon alanında hizmet veren
	H8	Yataklı kurum, kalp, kalp ve damar cerrahisi ile göğüs ve göğüs cerrahisi alanında hizmet veren
	H9	Yataklı kurum, ruh sağlığı alanında hizmet veren
	H10	Yataklı kurum, deri ve zührevi hastalıklar alanında hizmet veren
	H11	Yataklı kurum, diğer
	TM	Tip merkezi
	DM	Dal merkezi
	ÖH	Özel hastane
<b>KAMU</b>		
<b>ÖZEL</b>		

## AYAKTAN BAŞVURULARDA İLAVE OLARAK FATERALANDIRILABİLECEK İŞLEMLER LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA
1	608.310	Bronkoscopi, tansal (Fleksble/rijit), bronşial lavaj ile birlikte veya değil	
2	700.050	Deri prick testi	Erişkin/çocuk allerji ve/veya immünoloji uzman hekimleri hariç olmak üzere her bir hasta için yılda en fazla 10 adet faturalandırılır.
3	700.470	Ambulatuvar kan basıncı ölçümü (24 saat)	
4	700.540	24 saat EKG kaydı (Holter)	
5	700.630	Föetal ekokardiyografi	
6	701.281	Kapsül endoskopi	
7	701.390	Rektoskopi ve/veya sigmoidoskopi	
8	701.400	Rektoskopi ve /veya sigmoidoskopi ile biyopsi	
9	701.450	Kolonoskopi, total	
10	701.540	Özefagoskopi, gastroskopi, duodenoskopi (biri veya hepsi)	
11	701.550	Özefagoskopi, gastroskopi, duodenoskopi ile biyopsi alınması	
12	701.560	Özofagus /Mide/ İntestinal / Kolon motilitesi	
13	702.700	Bireysel psikoterapi, her bir seans	
14	702.740	Kişilik testleri, her biri	
15	702.760	Nöropsikolojik test bataryası	
16	702.810	Zeka testleri, her biri	
17	703.000	Aktivasyonlu EFG (Farmakolojik aktivasyon)	
18	703.020	Rutin EFG (Çocuk-büyük)	
19	703.050	EKG veya Serebral fonksiyon (aEEG)monitörizasyonu	
20	703.060	Uyku aktivasyonu	
21	703.070	Video-EEG monitörizasyon	
22	703.080	Video-EEG, sfenoid elektrotlar ile	
23	703.090	Video-EFG, skalp elektrotları ile	
24	703.100	Video-EEG, subdural stripler ile	
25	703.110	Video-EEG + kortikal stimülasyon ve beyin haritalaması	
26	703.120	Wada testi sırasında FEG kaydı	
27	703.130	EMG, genel tarama (Üç ekstremitte)	
28	703.140	EMG, hareket hastalığı protokollü	
29	703.150	EMG, kraniyal nöropati protokollü	
30	703.160	EMG, motor nöron hastalığı protokollü	
31	703.170	EMG, myastenik protokollü	
32	703.180	EMG, myopati protokollü	
33	703.190	EMG, periyodik paralizi protokollü	
34	703.200	EMG, polinöropati protokollü	
35	703.210	EMG, radikülopati ve pleksus protokollü	
36	703.220	EMG tuzak nöropati protokollü, iki taraf	
37	703.230	EMG, distoni protokollü	
38	703.240	Refleks çalışmalarını, her bir refleks	
39	703.250	Repetitif sinir uyarımı	
40	703.260	R-R interval varyasyonu analizi	
41	703.270	Rutin EMG taraması / Elektrodijagnostik konstitilyon	
42	703.280	Sempatik deri cevapları	
43	703.290	Sinir iletim çalışması	
44	703.300	Tek lif EMG'si	
45	703.310	Tremor kaydı	
46	703.320	Tremor kaydı ve spektral frekans analizi	
47	703.370	Işılisel beyinsapı UP (BAEP)	
48	703.380	Kraniyal sinir SEP	
49	703.390	Motor uyarılmış potansiyeller (MEP), üst ve alt ekstremiteler	
50	703.400	Motor uyarılmış potansiyeller (MEP), üst veya alt ekstremiteler	
51	703.410	P 300	
52	703.420	Somatosensoryel UP (SEP), üst ve alt ekstremiteler	
53	703.430	Somatosensoryel UP (SEP), üst veya alt ekstremiteler	
54	703.440	Vizüel UP (VEP)	
55	703.650	Fluorescein Fundus Anjiyografi (FFA), iki göz	
56	703.740	İCG anjiyografisi, iki göz	
57	703.810	Ön segment anjiyografisi, iki göz	
58	704.440	Sistometri ve EMG	
59	704.460	Ürodinamik çalışma	
60	704.490	Videoürodinami	
61	704.770	Periferik kan yaşması değerlendirilmesi	Çocuk ve erişkin Hematoloji uzman hekimlerince yapılması halinde faturalandırılır.
62	800.620	Akciğer perfüzyon sintigrafisi, planar	
63	800.640	Akciğer Perfüzyon Sintigrafisi, SPECT	
64	800.641	Akciğer Perfüzyon Sintigrafisi, Kantitatif	
65	800.660	Akciğer Ventilasyon Sintigrafisi, Planar (Aerosol)	
66	800.661	Akciğer Ventilasyon Sintigrafisi, SPECT (Aerosol)	
67	800.670	Akciğer Ventilasyon Sintigrafisi, Planar (Technegas)	
68	800.671	Akciğer Ventilasyon Sintigrafisi, SPECT (Technegas)	
69	800.680	Beyin Perfüzyon SPECT (Tc-99m HMPAO)	
70	800.681	Beyin Perfüzyon SPECT (Tc-99m ECD)	
71	800.682	Beyin Perfüzyon SPECT, iktal çalışma (Tc-99m ECD)	
72	800.690	Beyin PET	
73	800.710	Konvansiyonel Beyin Sintigrafisi	

## AYAKTAN BAŞVURULARDA İLAVE OLARAK FATURALANDIRILABİLECEK İŞLEMLER LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA
74	800.720	Sistemografi (In-111 DTPA)	
75	800.730	Sistemografi (Tc-99m DTPA)	
76	800.735	Beyin Reseptör Çalışması, SPECT (I-123 IBZM)	
77	800.740	Ventriküler Şant Açıklığının Araştırılması	
78	800.750	Miyokard Perfüzyon SPECT (TI-201)	
79	800.755	Miyokard Sempatik İnervasyon Sintigrafisi (I-123 MIBG)	
80	800.760	Radyonüklid Ventrikülografi (MUGA), istirahat	
81	800.770	Radyonüklid Ventrikülografi (MUGA), SPECT	
82	800.781	Miyokard Perfüzyon SPECT, reenjeksiyon (TI-201)	
83	800.800	Miyokard Perfüzyon SPECT, GATED (Tc-99m kompleksleri)	
84	800.810	Miyokard Perfüzyon SPECT, GATED (TI-201)	
85	800.830	Miyokard Perfüzyon SPECT (Tc-99m kompleksleri)	
86	800.840	Miyokard PET, viabilite çalışması	
87	800.841	Miyokard PET, perfüzyon çalışması	
88	800.851	Radyonüklid Venografi	
89	800.860	Radyonüklid Ventrikülografi (MUGA), stres	
90	800.861	Radyonüklid Ventrikülografi (MUGA)SPECT, stres	
91	800.862	Farmakolojik STRES	
92	800.863	Miyokard Attefilyasyon düzeltilme	
93	800.870	Arterosintigrafi	
94	800.880	Kemik Sintigrafisi, üç fazlı	
95	800.890	Kemik Sintigrafisi, tüm vücut	
96	800.900	Kemik Sintigrafisi, SPECT	
97	800.901	Kemik PET	
98	800.902	Anatomik korelasyon iskelet sistemi uygulamaları için	
99	800.920	Periklorat kovma testi	
100	800.930	Adrenal Korteks Sintigrafisi (I-131 Norkolesterol)	
101	800.940	Paratiroid Sintigrafisi, Dual Faz (Tc-99m MIBI)	
102	800.942	Paratiroid Sintigrafisi, SPECT (Tc-99m MIBI)	
103	800.950	Tiroid Sintigrafisi	
104	800.960	Tiroid Uptake Çalışması (Tc-99m Pereteknetat)	
105	800.970	Tiroid Uptake Çalışması (I-131)	
106	800.971	Anatomik korelasyon tiroid ve paratiroid sintigrafileri için	
107	800.990	Gastrointestinal Kanama Çalışması (Tc-99m Kolloid)	
108	800.991	Gastrointestinal Kanama Çalışması (Tc-99m RBC)	
109	800.995	Gastrointestinal Protein Kaybı Çalışması	
110	801.010	Gastroözefajiyal Reflü Çalışması	
111	801.020	Hepatobiliyer Sintigrafî	
112	801.030	Karaciğer Dalak Sintigrafisi, Planar	
113	801.031	Karaciğer Dalak Sintigrafisi, SPECT	
114	801.040	Mekkel Divertikülü Araştırması	
115	801.050	Mide Boşalma Çalışması	
116	801.060	Özefagus Transit Çalışması	
117	801.070	Tükürtik Bezi Sintigrafisi	
118	801.090	Böbrek Sintigrafisi, Dinamik (Tc-99m DTPA)	
119	801.091	Böbrek Sintigrafisi, Dinamik (Tc-99m MAG-3)	
120	801.092	Böbrek Sintigrafisi, Dinamik (Tc-99m EC)	
121	801.110	Böbrek Parankim Sintigrafisi, SPECT (Tc-99m DMSA)	
122	801.120	GFR Ölçümü, İn vitro (Tc-99m kompleksleri)	
123	801.121	GFR Ölçümü, Kamera Metodu (Tc-99m kompleksleri)	
124	801.122	GFR Ölçümü, İn vitro (Cr-51 EDTA)	
125	801.140	Böbrek Sintigrafisi, ACE İnhibitörlü (Tc-99m MAG-3)	
126	801.141	Böbrek Sintigrafisi, ACE İnhibitörlü (Tc-99m DTPA)	
127	801.150	Vezikoteteral Reflü Sintigrafisi, direkt	
128	801.160	Vezikoteteral Reflü Sintigrafisi, indirekt	
129	801.170	Böbrek Parankim Sintigrafisi, Planar (Tc-99m DMSA)	
130	801.180	Testis Sintigrafisi	
131	801.190	Enfeksiyon Odacı Araştırması, İşaretili Lökosit	
132	801.191	Enfeksiyon Odacı Araştırması, SPECT	
133	801.200	Enfeksiyon Odacı Araştırması (Tc-99m HIG)	
134	801.210	Enfeksiyon Odacı Araştırması (Tc-99m Nanokolloid)	
135	801.211	Lökosit İşaretleme	
136	801.220	Dalak Sekestrasyon Çalışması	
137	801.230	Eritrosit Yaşam Süresi Saptanması	
138	801.240	Eritrosit/Plazma/Total Kan Volümü Tayini	
139	801.260	Hepatik Arter Perfüzyon Çalışması	
140	801.271	Hemanjiyom görüntüleme, SPECT, işaretili eritrosit ile	
141	801.280	Kemik iliği sintigrafisi	
142	801.290	Lenfositigrafî	
143	801.310	Selektif Dalak Sintigrafisi (Tc-99m işaretili denatüre eritrosit)	
144	801.330	Tümör Görüntüleme, tüm vücut (Tc-99m V-DMSA)	
145	801.331	Tümör Görüntüleme, SPECT (Tc-99m V-DMSA)	
146	801.340	Tümör Görüntüleme, tüm vücut (Ga-67)	
147	801.341	Tümör Görüntüleme, SPECT (Ga-67)	
148	801.350	lyot-131 Tüm Vücut Tarama, tansal	
149	801.351	lyot-131 Tüm Vücut Tarama, tedavi sonrası	
150	801.360	Tümör Görüntüleme, Tüm Vücut (In-111 Oktretid)	
151	801.361	Tümör Görüntüleme, SPECT (In-111 Oktretid)	

## AYAKTAN BAŞVURULARDA İLAVE OLARAK FATERALANDIRILABİLECEK İŞLEMLER LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA
152	801.362	Tümör Görüntüleme, tüm vücut (Tc-99m işaretli peptid)	
153	801.363	Tümör Görüntüleme, SPECT (Tc-99m işaretli peptid)	
154	801.364	Onkolojik PET (Ga-68 peptid)	
155	801.370	Intraoperatif Gama Prop Uygulaması	
156	801.380	Tümör Görüntüleme, Tüm Vücut (I-131 MIBG)	
157	801.381	Tümör Görüntüleme, SPECT (I-131 MIBG)	
158	801.382	Tümör Görüntüleme, Tüm Vücut (I-123 MIBG)	
159	801.383	Tümör Görüntüleme, SPECT (I-123 MIBG)	
160	801.390	Tümör Görüntüleme, tüm vücut (Tc-99m Kompleksleri ile)	
161	801.391	Tümör Görüntüleme, SPECT (Tc-99m Kompleksleri ile)	
162	801.400	Radyoimmüno sintigrafi, tüm vücut	
163	801.401	Radyoimmüno sintigrafi, SPECT	
164	801.410	Sentinel Lenf Nodu Çalışması	
165	801.420	Meme Sintigrafisi	
166	801.430	Tümör Görüntüleme, tüm vücut (Tl-201)	
167	801.431	Tümör Görüntüleme, SPECT (Tl-201)	
168	801.440	Onkolojik PET (F-18 FDG)	
169	801.550	Dakriosintigrafi	
170	801.557	Organ Kan Akımı Çalışması (Tc-99m kompleksleri ile)	
171	801.590	Mammografi (Tek meme)	
172	801.990	Anterograd pyelografi, var olan kateterden	
173	802.000	Anterograd pyelografi, ince iğne ile, işlemin tümü	
174	802.010	Artrografi	
175	802.020	Bronkografi	
176	802.030	Çift kontrast kolon tetkiki	
177	802.040	Çift kontrast mide tetkiki	
178	802.050	Dakriosistografi	
179	802.060	Defekografi	
180	802.070	Distal kolon grafisi	
181	802.080	Duktografi-galaktoğrafi	
182	802.090	Enteroklizis	
183	802.100	Faringografi	
184	802.110	Faringo-özefagoğrafi	
185	802.120	Fistülografi	
186	802.130	Hİsterosalpingografi (HSG)	
187	802.140	İntravenöz Piyelografi (IVP)	
188	802.150	İntravenöz Piyelografi (IVP), dakikalık	
189	802.160	İnce barsak tetkiki	
190	802.170	Kolon tetkiki	
191	802.180	Laringografi	
192	802.190	Lenfajiyografi	
193	802.200	Mide duodenum tetkiki	
194	802.210	Miyelografi	
195	802.220	Oral kolesistografi	
196	802.230	Özefagoğrafi	
197	802.240	Peroperatuar kolanjiyografi	
198	802.250	Poş grafisi	
199	802.260	Retrograd piyelografi	
200	802.270	Retrograd üretrografi	
201	802.280	Sialografi (iki taraf)	
202	802.290	Sialografi (tek taraf)	
203	802.300	Sine özefagoğrafi	
204	802.310	Sistogram (Üç film)	
205	802.320	Tülp kolanjiyografi	
206	802.330	Velofaringeal sinerofoskopi	
207	802.340	Voiding sistüretrografi	
208	802.350	Aorta-femoro-popliteal arteriyografi	
209	802.360	Aortografi, torakal	
210	802.370	Aortografi, abdominal	
211	802.380	Coliak anjiyografi ve arteriel portografi	
212	802.390	Selektif renal anjiyografi, iki taraf	
213	802.400	İnferior mezenterik anjiyografi	
214	802.580	Spinal anjiyografik tarama	
215	802.590	Selektif karotid anjiyografi, tek taraf	
216	802.600	Diyaliz fistülogram	
217	802.610	Hepatik venografi ve wcdje venografi	
218	802.620	Stirrenal venografi, iki taraf	
219	802.630	Gonadal venografi, iki taraf	
220	802.640	İnferior veya superior vena kavagrafi	
221	802.650	Portal venöz kan örnekleme	
222	802.660	Renal venografi ve renal ven kan örnekleri alın.	
223	802.670	Santral venöz kateter patensi kontrastlı değerlendirilmesi	
224	802.680	Splenoportografi	
225	802.690	Stirrenal venografi, tek taraf	
226	802.700	Gonadal venografi, tek taraf	
227	802.710	Venografi, alt ekstremitte, tek taraf	
228	802.720	Venografisi, üst ekstremitte, tek taraf	
229	803.610	3-boyutlu renkli Doppler ultrasonografisi	

## AYAKTAN BAŞVURULARDA İLAVE OLARAK FATERALANDIRILABİLECEK İŞLEMLER LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA
230	803.620	Abdominal aorta renkli Doppler US	
231	803.630	Abdominal renkli Doppler US	
232	803.640	Alt ekstremité periferan ven renkli Doppler US, tek taraflı	
233	803.650	Fötal biyometri ve biyofizik skorumla	
234	803.670	Intraoperatif renkli Doppler US	
235	803.680	Karotis renkli Doppler US (Tek, bilateral)	
236	803.690	Kitle lezyonu renkli Doppler US	
237	803.700	Meme renkli Doppler US	
238	803.710	Obstetrik renkli Doppler US	
239	803.720	Orbita renkli Doppler US	
240	803.730	Pelvik renkli Doppler US	
241	803.740	Penil renkli Doppler US	
242	803.750	Portal ven renkli Doppler US	
243	803.760	Renal renkli Doppler US (Bilateral)	
244	803.770	Skrotal renkli Doppler US	
245	803.780	Alt ekstremité arteriel sistem RDUS, tek taraflı	
246	803.790	Alt ekstremité venöz sistem RDUS, tek taraflı	
247	803.800	Üst ekstremité arteriel sistem RDUS, tek taraflı	
248	803.810	Üst ekstremité venöz sistem RDUS, tek taraflı	
249	803.820	Tiroid bezi renkli Doppler US	
250	803.830	Transkraniyal veya transfontanel renkli Doppler	
251	803.840	Transrektal renkli Doppler	
252	803.850	Vertebral arter renkli Doppler US (Tek, bilateral)	
253	803.860	Vezikotretural reflüks renkli Doppler US	
254	803.870	BT, 3 boyutlu görüntüleme	
255	803.880	BT, angiografi, tek anatomik bölge için	
256	803.890	BT, abdomen, alt	
257	803.900	BT, beyin (Aksiyel+koronal)	
258	803.910	BT, beyin	
259	803.920	BT, boyun	
260	803.930	BT, dental tomografi	
261	803.940	BT, extremité (20-50cm bölge)	
262	803.950	BT, hava veya opaklı sistemografi	
263	803.960	BT, hipofiz	
264	803.970	BT, kantitatif tomografi (Kals.skor., BTBMD gibi)	
265	803.980	BT, larenks	
266	803.990	BT, maksillofasial tomografi, aksiyel	
267	804.000	BT, maksillofasial tomografi, koronal	
268	804.010	BT, nazofarinks	
269	804.020	BT, orbita	
270	804.030	BT, paranasal sinüs	
271	804.040	BT, radyoterapi planlaması için tomog.	
272	804.050	BT, tempomandibüler eklemler	
273	804.060	BT, temporal kemik YRBT, tek düzlem	
274	804.070	BT, toraks	
275	804.080	BT, tomografi, diğer	
276	804.090	BT, üst abdomen	
277	804.100	BT, vertebra, servikal	
278	804.101	BT, vertebra torakal	
279	804.102	BT, vertebra lumbal	
280	804.110	BT eşliğinde girişimsel tetkik	
281	804.120	BT perfüzyon çalışmaları	
282	804.130	BT sanal endoskopi	
283	804.140	BT, dinamik, trifazik, bifazik inceleme	
284	804.150	BT, yüksek rezolüsyonlu akciğer	
285	804.160	BT, yüksek rezolüsyonlu akciğer, eksprattuar	
286	804.170	MR, akciğer ve mediasten	
287	804.180	MR, abdomen, alt	
288	804.190	MR, beyin	
289	804.200	MR, BOS akımı	
290	804.210	MR, boyun	
291	804.220	MR, difüzyon	
292	804.230	MR, dinamik	
293	804.240	MR, Eklem tek	
294	804.250	MR, ekstremité tek taraflı	
295	804.260	MR, fonksiyonel	
296	804.270	MR, hipofiz	
297	804.280	MR, kardiyak	
298	804.290	MR, kardiyak fonksiyon	
299	804.300	MR, kardiyak perfüzyon	
300	804.310	MR, kulak	
301	804.320	MR, vertebra, lomber	
302	804.330	MR, meme	
303	804.340	MR Anjiyografi	
304	804.350	MR Kolanjiyografi	
305	804.360	MR Myelografi	
306	804.370	MR Spektroskopi (Tek voksel tek eko)	
307	804.380	MR Spektroskopi (Multivoksel tek eko)	

## AYAKTAN BAŞVURULARDA İLAVE OLARAK FATURALANDIRILABİLECEK İŞLEMLER LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA
308	804.390	MR tirografi	
309	804.400	MR artrografi	
310	804.410	MR, diğer	
311	804.420	MR, Nazofarinks	
312	804.430	MR, Orbita	
313	804.440	MR, Perfüzyon	
314	804.450	MR, Vertebral servikal	
315	804.460	MR, Temporomandibuler eklem (Tek eklem)	
316	804.470	MR, Vertebral torakal	
317	804.480	MR, Abdomen, üst	
318	804.490	MR, tüm vücut metastaz tarama, hareketli masa ile	
319	804.500	MR, Girişimsel	
320	804.510	MR, Yüz	
321	900.010	1,25-Dihidroksi Vitamin D	
322	900.110	17-Hidroksikortikoidler (HPLC)	
323	900.130	25-Hidroksi Vitamin D	
324	900.135	5 Hidroksi İndol Asetik Asit	
325	900.140	ACTH stimülasyon testi	
326	900.160	Adenozin deaminaz aktivitesi (ADA)	
327	900.270	Alfa- galaktosidaz	
328	900.280	Alfa- glukozidaz	
329	900.350	Alkalen fosfataz (Kemige spesifik)	
330	900.380	Amino asit (1'er biri)	Sadece Pediatrik Endokrinoloji ve/veya Pediatrik Metabolizma Hastalıkları Uzmanı hekimleri tarafından istenmesi halinde faturalandırılır.
331	900.361	Alüminyum (Atomik absorpsiyon)	
332	900.511	Arsenik (Atomik absorpsiyon)	
333	900.520	Asit beta galaktosidaz	
334	900.550	Asit seramidaz	
335	900.630	Beta-galaktozidaz	
336	900.640	Beta-glukozidaz	
337	900.710	BOS İmmünelektroforez	
338	900.871	Cıva (Atomik absorpsiyon)	
339	900.970	Çok uzun zincirli yağ asitleri (C:22,C:24,C:26) analizi (GC/MS)	
340	901.120	Down sendrom I (PAPP-A+Serbest beta HCG)	
341	901.201	Everolimus	
342	901.450	Glikolize hemoglobin (Hb A1C), HPLC yöntemi ile	Sadece diyabetik hastalarda faturalandırılır. Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca en fazla üç ayda bir faturalandırılır.
343	901.460	Glikolize hemoglobin (Hb A1C)	Sadece diyabetik hastalarda faturalandırılır. En fazla üç ayda bir faturalandırılır.
344	901.480	Glukagon testi	
345	901.680	Homosistein	
346	901.810	İmmün yetmezlik paneli	
347	901.860	İnsülin-ACTH-kortizol testi	
348	901.870	İnsülin-STH testi	
349	901.960	Kapiller serum protein elektroforezi	
350	902.221	Krom (Atomik absorpsiyon)	
351	902.280	LDH izoenzimleri (Elektroforez)	
352	902.300	L-dopa-prolaktin supresyon testi	
353	902.360	Lizozomal prenatal tanı, en az 5 test	
354	902.400	LRH testi	
355	902.610	Mukopolisakarit analizi (İdrarda)(yüksek rezolüsyonlu elektroforez)	
356	902.660	Nazal provokasyon testleri	
357	902.720	Nikel	
358	902.780	Nükleer matriks protein (NMP 22)	
359	902.820	Organik asidemilerin prenatal tanıları (GC/MS)	
360	902.830	Organik asit analizi (İdrarda)	
361	903.030	Peroksisomal hastalıkların prenatal tanıları (GC/MS)	
362	903.050	Pitresin ACTH kortizol (6 ACTH, 6 kortizol)	
363	903.160	Pro-BNP(pro-brain natriuretic peptide), BNP (brain natriuretic peptide)	
364	903.170	Procalcitonin	
365	903.320	Radyoaktif invitro globin zincir sentezi	
366	903.399	S100 proteinini	
367	903.560	Serum immünelektroforezi	
368	903.710	Spesifik IgE (5'li miks)	
369	903.720	Spesifik IgE	
370	903.760	Su yüklemesi testi	
371	903.805	Sirolimus kan düzeyi tayini	
372	903.810	Takrolimus (FK 506)	
373	903.840	Tiroid stimule edici immünglobulin (TSI)	
374	903.980	TRH stimülasyon testi	
375	904.060	TSH stimülasyon testi	
376	904.075	Ter testi	
377	904.090	Üçlü test (E3-HCG-AFP)	
378	904.230	Yenidoğan taraması (Tandem MS)	

## AYAKTAN BAŞVURULARDA İLAVE OLARAK FATURALANDIRILABİLECEK İŞLEMLER LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA
379	904.280	Aktive protein C rezistanı	
380	904.320	Anormal hemoglobin taraması	
381	904.330	Anti Faktör II a	
382	904.340	Anti Faktör X a	
383	904.360	Antijene özgün sitotoksik yamut, tetramer ile	
384	904.430	Doku Plazminojen aktivatör (TPA)	
385	904.440	Dört basamaklı doku tiplendirmesi (Kök hücre nakli,her lokus için)	
386	904.640	Global fibrinolitik kapasite	
387	904.690	Hemoglobin elektroforezi HPLC ile	
388	904.700	Hemoglobin elektroforezi Agar jel ile	
389	904.710	Hemoglobin zincir analizi (HPLC)	
390	904.760	HLA A, B, C moleküler yüksek çözünürlükte	
391	904.780	HLA DP, DR, DQ moleküler yüksek çözünürlükte	
392	904.790	HLA uygun donör taraması, aile içi	
393	904.800	HLA-A, B, C moleküler düşük çözünürlükte	
394	904.810	HLA-DR, DP, DQ moleküler düşük çözünürlükte	
395	904.820	In vitro doku kültürü (semi solid agar)	
396	904.840	İnvitro ilaç duyarlılığı, her bir ilaç	
397	904.880	Kollajen ADP ( Tam otomatik cihazda trombosit)	
398	904.890	Kollajen epinephrin ( Tam otomatik cihazda trombosit agregasyonu)	
399	904.920	Lenfosit alt grupları	
400	904.980	Lökosit sistin izolasyonu (IPLC)	
401	905.080	Monoklonal antikor (Her biri)	
402	905.090	Nükleik asit teknolojisi ile (NAT) HBs, HCV, HIV1 tayini	
403	905.140	PAC-1 kompleks (Flow sitometri)	
404	905.160	Panel reaktif antikor (PRA) Class I Antijene spesifik	
405	905.170	Panel reaktif antikor (PRA) Class I tarama	
406	905.180	Panel reaktif antikor (PRA) Class II Antijene spesifik	
407	905.190	Panel reaktif antikor (PRA) Class II tarama	
408	905.230	Platelet F4	
409	905.260	Protein C	
410	905.270	Protein C antijeni	
411	905.280	Protein S	
412	905.290	Protein S antijeni	
413	905.380	Sitotoksik lenfosit alt grupları (Panel)	
414	905.410	Tissue factor pathway inhibitor (TFPI), serbest	
415	905.420	Tissue factor pathway inhibitor (TFPI), total	
416	905.430	Trombin aktive fibrinolitik inhibitörü (TAFI)	
417	905.460	Tromboelastogram, her bir kartuş	
418	905.580	von Willebrant faktör, ristosetin kofaktör	
419	905.590	Actinomyces kültürü	
420	905.600	Anaerob kültür	
421	905.780	Campylobacter kültürü	
422	905.800	Chlamydia kültürü	
423	905.850	Difteri kültürü	
424	905.960	Genişletilmiş spektrumlu beta laktamaz (ESBL-) ve sinerji (E-test)	
425	906.000	Helicobacter pylori kültürü	
426	906.070	Legionella kültürü	
427	906.090	Leishmania kültürü	
428	906.140	Mantar tanımlanması ve antifungal duyarlılık testi (otomatik sistem)	
429	906.150	Mikobakteri antibiyotik duyarlılık testi (Otomatik sistem), her biri	
430	906.250	Solunum sekresyonlarının kantitatif kültürü	
431	906.770	Anti nötrofil sitoplazmik antikor profil	
432	907.040	Borrelia burgdorferi antikor (Western blot)	
433	907.100	Candidomanan	
434	907.200	CMV antijenemiya viral yük (IFA)	
435	907.390	Galaktomanan antijeni	
436	907.600	HIV doğrulama (Western-blot)	
437	907.660	Influenza virus antijeni (DFA)	
438	907.740	Kollajen Tip I C Terminal (CICP)	
439	907.750	Legionella antijeni (Ildrar)	
440	907.790	Ig G alt sınıfları	
441	907.930	Pneumocystis carinii (DFA)	
442	909.210	Imprint	
443	909.250	Filtre preparatı hazırlanması ve incelenmesi	
444	909.260	İltihap bloğu hazırlanması ve incelenmesi	
445	909.300	İnce içine aspirasyonu sitolojisinin değerlendirilmesi	
446	909.330	Sıvı bazlı sitoloji	
447	909.340	Servikal veya vajinal sitoloji	
448	909.360	Vücut sıvıları ve eksfoliyatif sitoloji	
449	909.410	Abortus	
450	909.430	Apsse materyali	
451	909.440	Akküçer, transbrosyal biyopsi	



## AYAKTAN BAŞVURULARDA İLAVE OLARAK FATURALANDIRILABİLECEK İŞLEMLER LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA
452	909.460	Antis, polipoid gelişme (Tag)	
453	909.480	Arter, aterom plağı	
454	909.490	Bartholin bezi kisti	
455	909.500	Bronkus, biyopsi	
456	909.510	Bursa/ synovial kist	
457	909.520	Burun mukozası, biyopsi	
458	909.530	Burun, sinüs polipleri inflammatuar	
459	909.540	Deri, punch/insizyonel/shave biyopsi	
460	909.560	Duodenum, biyopsi	
461	909.580	Eklemler, gevşek cisim	
462	909.640	Hematom	
463	909.680	İnce barsak, biyopsi	
464	909.720	Kemik iliği biyopsisi, patoloji	
465	909.730	Kıkırdak, shaving	
466	909.740	Kolesteatoma	
467	909.760	Kolon, biyopsi	
468	909.770	Konjonktiva, biyopsi/pterygium	
469	909.780	Kornea	
470	909.790	Larinks, biyopsi	
471	909.810	Mesane, biyopsi	
472	909.820	Mide, biyopsi	
473	909.830	Mukosel, tükürtük	
474	909.840	Nazofarinks/orofarinks, biyopsi	
475	909.850	Nöroma-morton/travmatik	
476	909.860	Özofagus, biyopsi	
477	909.880	Parmaklar, el / ayak, amputasyon, travmatik, iskemik	
478	909.910	Plevra/perikard-biyopsi	
479	909.920	Polip, kolorektal	
480	909.930	Polip, mide/ince barsak	
481	909.940	Polip, servikal/endometrial	
482	909.950	Prostat, iğne biyopsisi	
483	909.990	Sinüs, paranasal biyopsi	
484	910.000	Spermatosel	
485	910.010	Sünnet derisi	
486	910.080	Trakea, biyopsi	
487	910.110	Üreter, biyopsi	
488	910.120	Üretra biyopsi	
489	910.130	Vajina, biyopsi	
490	910.150	Varikozel	
491	910.190	Yumuşak doku, debridman	
492	910.200	Yumuşak doku lipom eksiyonu veya biyopsi	
493	910.220	Ağız mukozası/gingiva biyopsi	
494	910.240	Arter, biyopsi	
495	910.260	B3brek, biyopsi iğne	
496	910.270	Deri, eksiyonel biyopsi	
497	910.280	Dil, biyopsi	
498	910.290	Diş / odontojenik kist	
499	910.360	Karaciğer, biyopsi iğne / Wedge (Kama)	
500	910.370	Kas, biyopsi	
501	910.390	Lenf düğümü, biyopsi	
502	910.400	Meme, biyopsi	
503	910.491	Prostat, iğne biyopsisi	
504	910.510	Serviks, biyopsi	
505	910.520	Sinir, biyopsi	
506	910.540	Testis, biyopsi	
507	910.580	Tükürtük bezi, biyopsi	
508	910.610	Vulva/ labia, biyopsi	
509	910.620	Yumuşak doku basit ekzs. lipom hariç	
510	910.670	Boyun, biyopsi	
511	910.851	Prostat, iğne biyopsisi	
512	910.870	Serviks, konizasyon	
513	911.160	Histokimyasal Boyamalar	
514	911.170	İmmünfloresan Mikroskopisi	
515	911.180	İmmünhistokimyasal İnceleme	
516	911.190	Hazır boyalı preparat ve/veya parafin blok	
517	911.200	In Situ Hibridizasyon için doku hazırlanması	
518	911.210	Flow Sitometri İncelemesi için doku hazırlanması	
519	911.220	Bloktan Elektron Mikroskopik Kesit Hazırlanması	
520	911.230	Bloktan Işık Mikroskopik Kesit Hazırlanması	
521	911.240	Doku Örneğinin Blok Haline Getirilmesi	
522	911.250	Kesit görüntülerinin basılması (Her Resim İçin)	
523	911.260	Kesitlerin Elektron Mikroskopik İncelenmesi	
524		SUT Eki EK-2/B I listesinde yer alan "10.Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Merkez Laboratuvarı (Refik Saydam Hıfzıssıhha) Paneli" başlındaki tetkikler	
525		SUT Eki EK-2/B I listesinde yer alan "9.A-Moleküller Mikrobiyoloji" başlındaki tetkikler	
526		SUT Eki EK-2/B I listesinde yer alan "9.B-Sitogenetik Tetkikler" başlındaki tetkikler	
527		SUT Eki EK-2/B I listesinde yer alan "9.C-Moleküller Tetkikler" başlındaki tetkikler	

NOT: Bu Listenin açıklama bölümünde belirtilen kurallar, SUT ve eklemlere yer alan hükümlere ilave olarak uygulanacaktır.

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
1		<b>1. YATAK PUANLARI</b>		
2	510.010	Standart yatak tarifi	Yemek, yatak, hasta ziyaret hizmetlerini kapsar	50,59
3	510.070	Kuvvöz	Yemek, yatak, hasta ziyaret hizmetlerini kapsar.510.080 ile birlikte faturalandırılmaz.Günde en fazla bir defa faturalandırılır.	70,83
4	510.080	Prematüre veya yeni doğan devamlı bakımı	Yemek, yatak, hasta ziyaret hizmetlerini kapsar.510.070 ile birlikte faturalandırılmaz.	100,34
5	510.090	Yoğun bakım	Yemek, yatak, hasta ziyaret hizmetlerini kapsar.Bu kod ile birlikte monitörizasyon, hastanın mekanik ventilatöre bağlanması, ventilatör ile takip, nebulizatör, oksijen tedavisi ve derin trakeal aspirasyon ücreti ayrıca faturalandırılmaz.	175,38
6	510.100	Steril oda	Yemek, yatak, hasta ziyaret hizmetlerini kapsar.İki haftaya geçmesi belirlenen mutlak nötroperik hastalar için faturalandırılır.	225,97
7	510.110	İzole radyoaktif tedavi odası	Yemek, yatak, hasta ziyaret hizmetlerini kapsar.	101,18
8	510.120	Gündüz yatak tarifi	Günübirlik tedaviler, 24 saatten kısa süren yatarak tedaviler, acil müşahade için faturalandırılır. Yemek hizmetleri dahildir.	10,12
9	510.121	Refakat	Yemek ve yatak hizmetlerini kapsar.	16,86
10		<b>2. HEKİM MUAYENELERİ VE RAPORLAR</b>		
11	520.010	Konstiltasyon (Her bir hekim için)	Hekim branşı yazılmalıdır.	10,12
12	520.020	Acil poliklinik muayenesi		26,14
13	520.021	Yeşil alan muayenesi	SİT ve eklelerinde yer alan diğer işlemlerle birlikte faturalandırılmaz.	33,00
14	520.030	Normal poliklinik muayenesi		26,14
15	520.050	Sağlık kurulu raporu	İlaç ve malzeme temini için bir rapor ve bir muayene ücreti faturalandırılır.	5,06
16	520.051	Uzman hekim raporu		1,69
17	520.052	Meslek hastalıklarının tespiti için hekim görüş raporu	Sağlık Bakanlığın meslek hastalıkları hastaneleri ile Kurumca seçiltilen hastalar için devlet üniversite hastanelerince faturalandırılır.	84,32
18	520.070	Genel anestezi altında muayene		73,04
19	520.080	Birinci basamak poliklinik muayenesi	Birinci basamak sağlık kuruluşlarında	16,02
20	520.090	Birinci basamakten seçik halinde poliklinik muayenesi		5,90
21		<b>3. GENEL UYGULAMALAR-GİRİŞİMLER</b>		
22	530.010	Anne sütü sağlanması	Günde sekiz defadan fazla faturalandırılmaz.	1,01
23	530.020	Apse veya hematom drenajı, derin (Organ ve derin yumuşak doku)	Başka kod altında özel olarak belirtilmemiş ise bu kod ile faturalandırılır.	150,08
24	530.030	Apse veya hematom drenajı, yüzyeysel (Deri ve subkütan dokular)	Başka kod altında özel olarak belirtilmemiş ise bu kod ile faturalandırılır.	50,08
25	530.050	Biopsi, iğne	614.370 , 621.330 , 802.930 ile birlikte faturalandırılmaz.	90,52
26	530.060	Biopsi, derin (Cerrahi)	604.160, 607.690, 607.790, 608.140, 608.150, 608.160, 608.320, 608.780, 608.840, 608.860, 608.910, 614.350, 614.360, 614.370, 615.050, 615.210, 616.670, 618.040, 618.450, 618.590, 619.120, 619.410, 619.520, 620.050, 620.110, 620.120, 620.970, 621.320, 621.330, 621.700, 700.750, 701.280, 701.380, 701.400, 701.550, 703.480, 703.490, 704.740, 802.930 ile birlikte faturalandırılmaz.	170,17
27	530.070	Biopsi, yüzyeysel (Deri veya derialtı)	604.160 , 607.690 , 607.790 , 608.140 , 608.150 , 608.160 , 608.320 , 608.780 , 608.840 , 608.860 , 608.910 , 614.350 , 614.360 , 614.370 , 615.050 , 615.210 , 616.670 , 618.040 , 618.450 , 618.590 , 619.120 , 619.410 , 619.520 , 620.050 , 620.110 , 620.120 , 620.970 , 621.320 , 621.330 , 621.700 , 700.750 , 701.280 , 701.380 , 701.400 , 701.550 , 703.480 , 703.490 , 704.740 , 802.930 ile birlikte faturalandırılmaz.	83,27
28	530.080	Damar yolu açılması	Günde bir defadan fazla ve 530.870 ile birlikte faturalandırılmaz.	8,09
29	530.090	Diyabetli hasta eğitimi	Bir hasta için, ömür boyunca bir defa faturalandırılır.	3,04
30	530.100	Elektrokardiyogram	12 derivasyonu, İKG trase çekimi	5,06
31	530.110	Enteral hiperemulsiyon takibi	Günde en fazla bir defa faturalandırılır.Birlikte total parenteral nutrisyon faturalandırılmaz.	20,07
32	530.120	Fototerapi, sears	Günde altı defadan fazla faturalandırılmaz.	6,75
33	530.130	Hastanın mekanik ventilatöre bağlanması	Faturaya 530.800 , 550.030 , 608.500 , 608.510 işlemlerinden en az biri eşlik etmelidir. Tek başına faturalandırılmaz.	50,08
34	530.140	Intramusküler enjeksiyon	Günde üç adetten fazla faturalandırılmaz.	3,04
35	530.150	Intravenöz enjeksiyon	Günde üç defadan fazla ve 530.080 , 530.160 ile birlikte faturalandırılmaz.	4,05
36	530.160	Intravenöz ilaç infüzyonu	Günde en fazla bir defa faturalandırılır.	15,01
37	530.170	Kan gazları takibi	Günde en fazla bir defa faturalandırılır. Noninvaziv yöntem ile yapılanlar faturalandırılmaz.	21,59
38	530.180	Kan veya ürünlere transfüzyonu	Torba başına	15,01
39	530.190	Kesi oturma		84,32
40	530.220	Kist ponksiyonu	Tek başına faturalandırılır. Diğer cerrahi ve biyopsi işlemleri ile faturalandırılmaz.	40,13
41	530.230	Kist veya benign tümör çıkarılması		84,32
42	530.260	Lavman	Günde en fazla 3 defa faturalandırılır.	15,01
43	530.270	İ enf bezi biyopsisi veya eksizyonu	601.690 , 603.660 , 603.670 , 603.750 , 608.000 , 608.020 , 608.030 , 608.050 , 608.060 , 608.100 , 608.110 , 608.140 , 608.150 , 608.160 , 608.170 , 608.180 , 608.530 , 620.790 , 621.340 ile birlikte faturalandırılmaz.	150,08
44	530.280	Lenf bezi ponksiyonu veya aspirasyonu		40,13
45	530.290	Lokal anestezi	Her bir lokal girişim için, bir defa faturalandırılır.	15,01
46	530.300	Lomber ponksiyon	Pansuman dahil	59,75
47	530.310	Mesane sondası uygulaması		15,01
48	530.320	Mide yıkama	530.340 ile birlikte faturalandırılmaz.	30,02

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
49	530.330	Monitörizasyon	Günde en fazla bir defa faturalandırılır. 530.960 ile birlikte faturalandırılmaz.	30,02
50	530.340	Nazogastrik sonda uygulaması	Diğer girişimlerde yapılan nazogastrik uygulamalar o işlemin bir parçası olarak kabul edilir ve ayrıca bu kod üzerinden faturalandırılmaz. Günde bir defadan fazla faturalandırılmaz.	20,07
51	530.350	Nebülizatör ile ilaç uygulaması	Günde en fazla bir defa faturalandırılır.	15,01
52	530.360	Oksijen inhalasyon tedavisi, saatlik	Günlük en fazla 16 saat ödenir. Bir saatin altında uygulanması halinde tek ödeme yapılır. Epikrizde süre belirtilmelidir.	2,02
53	530.380	Parasetenz, tansal	803.290 ile birlikte aynı gün içinde faturalandırılmaz. Günde bir defadan fazla faturalandırılmaz.	50,08
54	530.381	Parasetenz, terapötik	530.380 kodlu işlem ile ve günde bir defadan fazla faturalandırılmaz.	75,00
55	530.390	Subkütan enjeksiyon	Günde en fazla üç defa faturalandırılır.	4,05
56	530.410	Sütür alınması	Pansuman dahil, alınan tüm sütürler için toplam.	10,12
57	530.420	Torasentez, tansal	803.292, 701.190 ile birlikte aynı gün içinde ve günde bir defadan fazlası faturalandırılmaz.	50,08
58	530.421	Torasentez, terapötik	803.293, 701.190 ile birlikte aynı gün içinde faturalandırılmaz.	75,00
59	530.430	Total parenteral nutrisyon (TPN) takibi, 24 saat	530.110 ile birlikte faturalandırılmaz.	40,13
60	530.470	Uyuz ve besikülama testleri	Uygulama ve takip dahil, test hariç	20,07
61	530.480	Vena seksiyonu (Cut-down)	Lokal anestezi dahil	100,17
62	530.490	Ventilatör ile takip	Günde en fazla bir defa faturalandırılır.	75,04
63	530.500	Yanık debrütmanı, büyük	%30'dan büyük vücut yüzey alanında Pansuman dahil, 2 günde bir faturalandırılır.	200,17
64	530.510	Yanık debrütmanı, küçük	%10'dan küçük vücut yüzey alanında Pansuman dahil, 2 günde bir faturalandırılır.	64,08
65	530.520	Yanık debrütmanı, orta	%10-30 arası vücut yüzey alanında Pansuman dahil, 2 günde bir faturalandırılır.	107,08
66	530.530	Yanık pansumanı, küçük	%10'dan küçük vücut yüzey alanında Günde bir defadan fazla faturalandırılmaz.	20,00
67	530.531	Yanık pansumanı, orta	%10-30 arası vücut yüzey alanında Günde bir defadan fazla faturalandırılmaz.	25,00
68	530.532	Yanık pansumanı, büyük	%30'dan büyük vücut yüzey alanında Günde iki defadan fazla faturalandırılmaz.	30,00
69	530.560	Yara debrütmanı	Pansuman dahil Günde bir defadan fazla faturalandırılmaz.	64,08
70	530.561	Dekübit yara debrütmanı	Pansuman dahil Günde bir defadan fazla faturalandırılmaz.	75,00
71	530.580	Yara pansumanı	Diğer ameliyat ve yaralarda Günde bir defadan fazla faturalandırılmaz.	7,08
72	530.581	Dekübit yara pansumanı	Diğer ameliyat ve yaralarda Günde bir defadan fazla faturalandırılmaz.	10,00
73	530.585	Intradermal test	Değerlendirme dahil.	11,47
74		<b>KATETER İŞLEMLERİ</b>	Bu başlık altındaki işlemlere lokal anestezi dahildir.	
75	530.590	Arter kateterizasyonu	4 günde en fazla bir defa faturalandırılır.	90,05
76	530.620	Hood içi oksijen ölçümü		8,09
77	530.625	Intraarteriyel kanülasyonu ve basınç ölçümü	4 günde en fazla bir defa faturalandırılır.	100,17
78	530.650	Intravenöz port yerleştirilmesi	Kemik iliği transplantsasyonu veya kemoterapi amaçlı yapılan işlemler için bu kod üzerinden faturalandırılır.	177,40
79	530.660	Kalci tünelli kateter çıkarılması	Hickman veya baviac kateter veya benzeri diğer kemoterapi cihazı çıkarılması, açık cerrahi girişim ile ameliyattan geçirilmez.	75,04
80	530.670	Kalci tünelli kateter yerleştirilmesi	Hickman veya baviac kateter veya benzeri diğer kemoterapi cihazı gibi enstrümanların subkütan (tünel) yerleştirilmesi.	250,25
81	530.680	Kateter pansumanı ve bakımı	Günde bir defa faturalandırılır.	10,12
82	530.690	Kateter revizyonu ve/veya değişimi	Aksi sebep belirtilmedikçe 14 günde bir defa faturalandırılır.	75,04
83	530.700	Non invaziv mekanik ventilatör uygulaması	Günde bir defa faturalandırılır.	20,07
84	530.710	Periton diyalizi için kalci kateter takılması		357,54
85	530.711	Periton diyalizi için kalci kateter çıkarılması		200,00
86	530.720	Periton diyalizi için kateter yerleştirme		118,40
87	530.730	Perkütan silastik kateterizasyon		30,02
88	530.740	Santral ven kateterizasyonu, femoral ven (Perkütan)		88,70
89	530.750	Santral ven kateterizasyonu, juguler veya subklavyen ven (Perkütan)		112,97
90	530.760	Santral ven kateterizasyonu, periferik ven (Perkütan)		59,38
91	530.770	Subklavyen kateter takılması		177,40
92	530.780	Swan-Ganz kateter yerleştirilmesi		50,08
93	530.790	Sağ kalp kateterizasyonu, pulmoner arter Wedge basınç ölçülmesi	Günde üç defadan fazla faturalandırılmaz.	150,08
94		<b>YENİ DOĞAN UYGULAMALARI</b>		
95	530.800	Endotrakeal entübasyon, yenidoğan		40,13
96	530.810	Exchange transfüzyon, yenidoğan		181,03
97	530.820	Göbek arter kateterizasyonu		100,17
98	530.830	Göbek grantilomu koterizasyonu		4,22
99	530.840	Göbek ven kateterizasyonu		100,17
100	530.850	Göz pansumanı, yenidoğan	Günde iki defadan fazla faturalandırılmaz.	1,01
101	530.860	Intramusküler enjeksiyon, yenidoğan	Günde üç defadan fazla faturalandırılmaz.	4,05
102	530.870	Intravenöz mayi takılması, yenidoğan	Günde üç defadan fazla faturalandırılmaz.	16,29
103	530.880	Intravenöz enjeksiyon, yenidoğan	530.870 ile birlikte ve günde üç defadan fazla faturalandırılmaz.	5,06
104	530.890	Nitrik oksit tedavisi takibi, yenidoğan	Günde en fazla bir defa faturalandırılır.	59,19
105	530.900	Parsiyel exchange transfüzyon, yenidoğan		90,52
106	530.910	Subdural İltüminasyon		5,06
107	530.920	Sürlükten tedaviyi uygulaması, yenidoğan	Günde en fazla bir defa faturalandırılır.	50,08
108	530.930	Transport küvüzü hastane dışı nakil		50,08
109	530.940	Transport küvüzü hastane içi nakil		20,07

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
110	530.950	Vücut temizliği, yenidoğan	Göbek bakımını dahil Günde en fazla bir defa faturalandırılır.	7,59
111	530.960	Yenidoğan monitorizasyonu	530.330 ile birlikte faturalandırılmaz. Günde en fazla bir defa faturalandırılır.	15,01
112	530.970	Yenidoğan arteriyel tansiyon ölçümü	Günde en fazla bir defa faturalandırılır.	3,04
113		<b>4. AMELİYATLAR</b>		
114		<b>AMELİYAT VE GİRİŞİM TANIMLARI</b>	Birim	
115		<b>A1 grubu (Özellikli ameliyatlardan girişimler)</b>	3000-5000	
116		<b>A2 grubu (Özellikli ameliyatlardan girişimler)</b>	2000-2999	
117		<b>A3 grubu (Özellikli ameliyatlardan girişimler)</b>	900-1999	
118		<b>B grubu (Özel ameliyatlardan girişimler)</b>	500-899	
119		<b>C grubu (Büyük ameliyatlardan girişimler)</b>	300-499	
120		<b>D grubu (Orta ameliyatlardan girişimler)</b>	150-299	
121		<b>E grubu (Küçük ameliyatlardan girişimler)</b>	0-149	
122		<b>Yenidoğan (0-28gün) olguların ameliyatlarda, epikrizde doğum tarihi belirtmek kaydıyla, ameliyat puanına aşağıdaki puanlar eklenir.</b>		
123	540.010	Yenidoğan ek puanı A1 grubu		1.250,59
124	540.020	Yenidoğan ek puanı A2 grubu		750,42
125	540.030	Yenidoğan ek puanı A3 grubu		500,34
126	540.040	Yenidoğan ek puanı B grubu		300,17
127	540.050	Yenidoğan ek puanı C grubu		200,17
128	540.060	Yenidoğan ek puanı D grubu		100,17
129	540.070	Yenidoğan ek puanı E grubu		50,08
130		<b>Aynı seansta yapılan ameliyatlarda artırılmış tek anestezi işlem puanı uygulanır.</b>	Radikal organ rezeksiyon ameliyatları sonrası aynı seansta yapılan tüm rekonstrüktif işlemler ameliyat fiyatına dahildir.	
131		<b>5. ANESTEZİ VE REANİMASYON</b>		
132		<b>TANI, TEDAVİ VE YOĞUN BAKIM AMAÇLI UYGULAMALAR</b>		
133	550.010	Anestezi süreci muayene	Anestezi uzman hekimini tarafından yapılması halinde	21,08
134	550.020	Apne testi		200,17
135	550.030	Endotrakeal entübasyon, ameliyathane dışı	Günde en fazla bir defa faturalandırılır.	25,13
136	550.040	Endotrakeal tıp ya da trakeotomi kanülü değişimi	Günde en fazla bir defa faturalandırılır.	20,07
137	550.050	Hasta kontrollü analjezi (Epidural veya intravenöz vb.)	Günde en fazla bir defa faturalandırılır. (Özel programlanabilir bir cihaz ile hastanın ağrısı olduğunda aktive ettiği bir analjezik uygulama yöntemi)	30,00
138	550.060	İnvaziv yöntemle kardiyak debi ve indeks ölçümü	Kateterizasyon hariç Günde dört defadan fazla faturalandırılmaz.	60,03
139	550.070	Kardiyopulmoner resüsitasyon	530.330 , 530.130 , 530.350 , 530.360 , 551.251 ile birlikte faturalandırılmaz.	200,17
140	550.080	Laringeal maske uygulaması (LMA)		35,08
141	550.090	Muayene anestezi, ameliyathane dışı		100,17
142	550.100	Muayene anestezi, ameliyathane		50,08
143	550.110	Nazal entübasyon, ameliyathane dışı		30,02
144	550.120	Noninvaziv yöntemle kardiyak debi ve indeks ölçümü		20,07
145		<b>ANESTEZİ UYGULAMA İLKELERİ</b>	551.251, 530.080, 530.060 ile birlikte aynı gün faturalandırılmaz.	
146	550.130	Anestezi A1 grubu (Özellikli ameliyatlardan girişimler)		1.200,51
147	550.140	Anestezi A2 grubu (Özellikli ameliyatlardan girişimler)		750,42
148	550.150	Anestezi A3 grubu (Özellikli ameliyatlardan girişimler)		450,25
149	550.160	Anestezi B grubu (Özel ameliyatlardan girişimler)		210,12
150	550.170	Anestezi C grubu (Büyük ameliyatlardan girişimler)		120,07
151	550.180	Anestezi D grubu (Orta ameliyatlardan girişimler)		75,04
152	550.190	Anestezi E grubu (Küçük ameliyatlardan girişimler)		50,08
153		<b>Aynı seansta birden fazla ameliyatın yapıldığı olgularda artırılmış tek anestezi puanı alınır. Artırılmış anestezi puanının hesaplanmasında yapılan cerrahi işlemlerin (Aynı veya ayrı kesiden yapılan işlemlerin indirilmiş toplam puanları, %100+*50+...veya %100+*30...) toplam puanları değerlendirilir. Kullanılacak olan artırılmış anestezi puanları aşağıdadır.</b>		
154	550.200	Birden fazla ameliyatın yapıldığı anestezi. Toplam cerrahi puan 3000-5000		1.656,41
155	550.210	Birden fazla ameliyatın yapıldığı anestezi. Toplam cerrahi puan 2000-2999		900,34
156	550.220	Birden fazla ameliyatın yapıldığı anestezi. Toplam cerrahi puan 900-1999		540,30
157	550.230	Birden fazla ameliyatın yapıldığı anestezi. Toplam cerrahi puan 500-899		250,25
158	550.240	Birden fazla ameliyatın yapıldığı anestezi. Toplam cerrahi puan 300-499		144,35
159	550.250	Birden fazla ameliyatın yapıldığı anestezi. Toplam cerrahi puan 150-299		90,05
160	550.260	Birden fazla ameliyatın yapıldığı anestezi. Toplam cerrahi puan 1-149		60,03
161		<b>Yenidoğan çocuklarda aşağıdaki anestezi puanları uygulanır.</b>		
162	550.270	Yeni doğan anestezi puanı A1 grubu		1.800,67
163	550.280	Yeni doğan anestezi puanı A2 grubu		1.129,01
164	550.290	Yeni doğan anestezi puanı A3 grubu		671,84
165	550.300	Yeni doğan anestezi puanı B grubu		314,50
166	550.310	Yeni doğan anestezi puanı C grubu		178,75
167	550.320	Yeni doğan anestezi puanı D grubu		110,12
168	550.330	Yeni doğan anestezi puanı E grubu		75,04

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
169		<b>ALGOLÖJİ-AGRI TEDAVİSİ UYGULAMALARI</b>		
170		<b>Enjeksiyonlar</b>		
171	550.350	Atlantoaksial ve atlantoaksial enjeksiyon, ağrı tedavisi		150,08
172	550.360	Femoral içi enjeksiyon, ağrı tedavisi	Toplam sayı dahil	35,67
173	550.370	Faset eklemleri içi enjeksiyon, ağrı tedavisi	Toplam sayı dahil	75,04
174	550.380	Proloterapi	Ligaman, tendon içi enjeksiyon ile proliferatif gelişimi indüklemek	150,08
175	550.390	Sakroiliyak eklemler enjeksiyonu, ağrı tedavisi		75,04
176	550.400	Tetik nokta veya tendon kılıfı veya ligament enjeksiyonu, tek seans		15,01
177		<b>Somatik Sinir Blokları-Tanı Ve Tedavi</b>		
178	550.410	Aksiller pleksus sinir bloğu		100,17
179	550.420	Diğer periferik alt ekstremité sinir blokları		30,02
180	550.430	Diğer periferik üst ekstremité sinir blokları		30,02
181	550.440	1/aset mediyen sinir bloğu, tek	Toplam sayı dahil	50,08
182	550.450	Fasiyal sinir sinir bloğu		75,04
183	550.460	Femoral sinir bloğu, üçlü		75,04
184	550.470	Gasser ganglion sinir bloğu	Toplam sayı dahil	200,17
185	550.480	Glossofaringeal /vagus /frenik /aksesoryus sinir bloğu		100,17
186	550.490	Greater ve lesser oksipital sinir bloğu	Toplam sayı dahil	50,08
187	550.500	İlave periferik alt ekstremité sinir bloğu, her biri		15,01
188	550.510	İlave periferik üst ekstremité sinir bloğu, her biri		15,01
189	550.520	İliyoinguinal/gemiofemoral/iliyohipogastrik sinir bloğu		75,04
190	550.530	İnterkostal sinir bloğu, tek seviye	Bir defa faturalandırılır.	30,02
191	550.540	İnterkostal sinir bloğu, ilave her seviye	550.530 ile birlikte faturalandırılır.	15,01
192	550.550	İnterskalen sinir bloğu		100,17
193	550.560	Laringeal sup/çek sinir bloğu		75,04
194	550.570	Lateral femoral kutanöz/obturator sinir bloğu		50,08
195	550.580	Maksillermandibüler sinir bloğu		50,08
196	550.590	Paraservikal sinir bloğu, tek		75,04
197	550.600	Peroneal tibiyal/sural sinir bloğu		50,08
198	550.610	Podyal sinir bloğu		50,08
199	550.620	Radial/ulnar/medial sinir bloğu		50,08
200	550.630	Sakral / koksigeal sinir bloğu		50,08
201	550.640	Selektif sinir kökü bloğu, tek		75,04
202	550.650	Servikal/brakiyal pleksus sinir bloğu		100,17
203	550.660	Siyatik sinir bloğu		75,04
204	550.670	Supraorbital/intraorbital/oküler sinir bloğu		50,08
205	550.680	Supraskapüler sinir bloğu		50,08
206		<b>Sempatik Sinir Blokları-Tansal</b>		
207	550.690	Cölyak/hipogastrik pleksus sinir bloğu		200,17
208	550.700	İmpar ganglion sinir bloğu		150,08
209	550.710	Paravertebral torakal/ lomber/ psaos kompartman sinir bloğu, tek		75,04
210	550.720	Stenopalaatin ganglion sinir bloğu	Toplam sayı dahil	150,08
211	550.730	Splanknik blok		200,17
212	550.740	Stellat ganglion sinir bloğu		75,04
213		<b>İntraspinal Sinir Blokları</b>		
214	550.750	Epidural blok (Kateter ve port veya pompa implantı)		300,17
215	550.760	Epidural kan veya serum yaması	Epidural analjezi uygulanırken komplikasyon olarak dura deliği nedeniyle ortaya çıkan başağrısı tedavisinde hastaya otolog kanın epidural mesafedene verilmesi.	100,17
216	550.770	Kombine spinal epidural analjezi veya blok (Kontrindé)	Alt ekstremité ve batin cerrahisinde regional anestezi uygulamasında spinal ve epidural anestezinin özel bir set ile uygulanması.	175,21
217	550.780	Lomber-kaudal epidural enjeksiyon veya kateterizasyon		150,08
218	550.790	Servikal-torakal epidural enjeksiyon veya kateterizasyon		170,15
219	550.800	Spinal blok, kateter ve port veya pompa implantı ile		300,17
220	550.810	Subarahnoid blok, lomber veya kaudal spinal blok ile		75,04
221	550.820	Subarahnoid kateterizasyon		150,08
222	550.830	Transforminal anterior epidural enjeksiyon veya kateterizasyon	Floroskopi eşliğinde transforminal olarak epidural steroid uygulaması.	170,15
223	550.831	Peridural kateterizasyon		170,00
224		<b>Sinir Blokları-Destruktif/ Nörolitik</b>		
225	550.840	Hipofiz adenolizisi		400,17
226	550.850	Nörolitik sinir bloğu, subarahnoid	Diğer tedavi yöntemlerine yanıt vermeyen ağrılarda intratekal nörolitik ajan enjeksiyonu.	200,17
227	550.860	Nörolitik sinir bloğu, epidural (Servikal-torakal)	Diğer tedavi yöntemlerine yanıt vermeyen ağrılarda epidural nörolitik ajan enjeksiyonu.	300,17
228	550.870	Nörolitik sinir bloğu, epidural (Lomber-kaudal )	Diğer tedavi yöntemlerine yanıt vermeyen ağrılarda epidural nörolitik ajan enjeksiyonu.	250,25
229	550.880	Nörolitik interkostal sinir bloğu, tek seviye	Diğer tedavi yöntemlerine yanıt vermeyen göğüs ağrılarında nörolitik ajan enjeksiyonu.	75,04
230	550.890	Nörolitik interkostal sinir bloğu, ilave her seviye	Diğer tedavi yöntemlerine yanıt vermeyen göğüs ağrılarında nörolitik ajan enjeksiyonu.	30,02
231	550.900	Trigeminal/Gasser ganglion sinir bloğu		200,17
232	550.910	Nörolitik Stellat ganglion sinir bloğu		125,13
233	550.920	Nörolitik sinir bloğu, paravertebral (Torakal-lomber )	Lomber sempatik bloklar da içerir.	125,13
234	550.930	Nörolitik Cölyak veya Hipogastrik sinir bloğu	Kanser ağrısı tedavisinde uygulanır.	300,17
235	550.940	Nörolitik İmpar ganglion sinir bloğu		250,25
236	550.950	Nörolitik periferik sinir bloğu, tek		75,04
237	550.960	Nörolitik Splanknik sinir bloğu		300,17
238		<b>Radıyofrekans Termakoagulasyon (RFT)</b>		
239	550.970	Antioloplast RFT		350,25

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
240	550.980	Faset Fklem RFT, tek	Toplam sayı dahil	250,25
241	550.990	Glossofaringeal RFT	Toplam sayı dahil	350,25
242	551.010	Paravertebral RFT, lomber	Toplam sayı dahil	250,25
243	551.020	Paravertebral RFT, torakal	Toplam sayı dahil	250,25
244	551.030	Perkütan faset sinir denervasyonu RFT, tek	Toplam sayı dahil	250,25
245	551.040	Perkütan intradiskal RFT	Disk içerisine RFT uygulaması- IDET	250,25
246	551.050	PIRFT, intradiskal		250,25
247	551.060	RFT Nörotomi		250,25
248	551.070	Sakroiliyak eklem RFT, tek		200,17
249	551.080	Servikal Dorsal Root Gangliyonu RFT (Her bir seviye)		250,25
250	551.081	Torakal Dorsal Root Gangliyon (DRG)-RFT (Her bir seviye)		250,00
251	551.082	Lomber Dorsal Root Gangliyon (DRG)-RFT (Her bir seviye)		250,00
252	551.083	Sakral Dorsal Root Gangliyon (DRG)-RFT (Her bir seviye)		250,00
253	551.090	Spenoplatin gangliyon RFT		300,17
254	551.100	Stellat gangliyon RFT		250,25
255	551.110	Trigeminal veya Gasser gangliyon RFT		300,17
256		<b>Nöroplastidezyonolizis</b>		
257	551.120	Epidurosopi nöroplastidezyonolizis		300,17
258	551.130	Lomber-kaudal nöroplastidezyonolizis	Üç günlük bir programdır. Bu süreçte bir defa faturalandırılır.	300,17
259	551.140	Servikal-torakal nöroplastidezyonolizis	Üç günlük bir programdır. Bu süreçte bir defa faturalandırılır.	300,17
260		<b>Nöromodülasyon</b>		
261	551.150	Implantasyon port/rezervuar/pompa implant	Epidural veya intratekal olarak yerleştirilen ve rezervuarı cilt altına implante edilen ağrı pompaları.	300,17
262	551.160	Implantasyon spinal-epidural	Epidural veya intratekal olarak yerleştirilen ve ucu dışarı açık tünelle edilmiş kateterler.	300,17
263	551.170	Nörostimülatör elektronik analiz/programlama	Sadece programlama ve analizi içerir, cihaz implantasyon işlemlerini içermez.	20,07
264	551.180	Nörostimülatör pulse jeneratör revizyonu/çıkartılması		150,08
265	551.190	Nörostimülatör pulse jeneratör yerleştirilmesi		350,25
266	551.200	Periferik sinir elektrot implantasyonu	Nörostimülatör elektrodunu periferik sinir üzerine yerleştirmek için küçük cerrahi işlem.	350,25
267	551.210	Perkütan elektrot revizyonu veya çıkarılması		100,17
268	551.220	Perkütan nörostimülatör elektrot implantasyonu		350,25
269	551.230	Pompa veya port programlanması veya doldurulması	Rezervuarı portlar veya programlanabilir pompaların doldurulması için	20,07
270	551.240	Port veya pompa revizyonu veya çıkarılması	Rezervuarı portlar veya programlanabilir pompaların cerrahi işlemi	150,08
271		<b>Diğer</b>		
272	551.250	Bispektral indeks (BIS) monitörizasyonu		20,07
273	551.251	Derin trakeal aspirasyon	Günde en fazla üç defa faturalandırılır.	15,01
274	551.260	Epidural blok, kontinü		200,17
275	551.270	Epidural veya spinal diferensiyel blok	Günde en fazla bir defa faturalandırılır.	200,17
276	551.280	Gastrik intramukozal pH, tonometri	Epidural kateterli hastalarda.	30,02
277	551.290	Günlük yatan hasta ağrı takibi	Günde en fazla bir defa faturalandırılır.	20,07
278	551.300	Intravenöz lidokain testi	Nöropatik ağrı tedavisinde.	20,07
279	551.310	Intralevral kateterizasyon ile blok, kontinü		150,08
280	551.320	Intravenöz rilyonel blok (RIVA)		75,04
281	551.330	Kontinü perioral opiat analjezisi		60,03
282	551.340	SEDO-analjezi	Aynı gün genel anestezi ile birlikte faturalandırılmaz. Lokal ya da rilyonel anestezi altında cerrahi girişim uygulanan hastalara , ayrıca tansal veya tedavisel bir girişim uygulanacak hastaların sedatize edilmesi amacıyla uygulanır.	28,67
283	590.001	Yenidoğan/Çocuk/ErişkinTedavisel soğutma (Terapötik hipotermi)	Üçüncü seviye yenidoğan/çocuk/erişkin yoğun bakım ünitesi olan Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti sunucularında ile TSK'ya bağlı üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında hipotermik iskemik ensefalopati tanısında uygulanır. Aynı yatış döneminde en fazla üç defa yenidoğan veya erişkin-çocuk yoğun bakım işlem puanına ilave olarak faturalandırılır.	151,92
284		<b>6. CERRAHİ UYGULAMALAR</b>		
285		<b>6.1.DERMİS VE EPİDERMİS CERRAHİSİ</b>		
286		<b>DERİ</b>		
287	600.010	Dermabrazyon, bir alanda	Yanık, akne sonucu oluşmuş İleri düzeyde şekilsiz skar nedeni ile, bir alan ile sınırlı abrazyv yaklaşım,	200,17
288	600.020	Dermabrazyon, tüm yüz	Yanık, akne sonucu oluşmuş İleri düzeyde şekilsiz skar nedeni ile, tüm yüz için abrazyv yaklaşım	400,17
289	600.030	Intralezyonel steroid enjeksiyonu, bir seans	Keloid vb oluşumlar için	15,01
290	600.040	Malign deri tümörlerinin eksizyonu	Lokal flep ile kapatılması için	500,34
291	600.050	Malign deri tümörlerinin eksizyonu, flep veya greft ile	Lokal flep ile kapatılması için	500,34
292	600.060	Malign deri tümörlerinin eksizyonu, primer sütür ile	Lokal flep ile kapatılması için	500,34
293	600.070	Seboreik keratoz gibi lezyonların tıraşlanarak çıkarılması, her bir seans		50,08
294	600.090	Yanıkta eskarektomi	Toraks hariç.	150,08
295	600.091	Yanıkta toraks eskarektomisi	Her bir anatomik alan için.	200,00
296	600.100	Yanıkta eskarotomi	Her bir anatomik alan için	100,17

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
297	600.110	Yarımta fasiyotomi	Her bir anatomik alan için	150,08
298	600.111	Yarımta fasiyotomi kapatma	Her bir anatomik alan için	150,00
299	600.120	Yarımta tanjansiyel eksizyon ve deri grefti uygulaması	100 cm <sup>2</sup> lik bir bölge için	250,25
300	600.130	Yarımta tanjansiyel eksizyon ve deri grefti uygulaması, ilave her uygulamaya	İlave her 100 cm <sup>2</sup> lik alan için, 250 birime ilave	30,02
301	600.140	Yatgın iyi huylu tümör lezyonların elektrokoterizasyonu veya kriyoterapisi	Genel anestezi ile	350,25
302		<b>DERİ VE DERİALTI</b>		
303	600.150	Yunaktan tümör eksizyonu, primer onarım		150,08
304	600.160	Yunaktan tümör eksizyonu, flep ile onarım		550,25
305	600.170	Skar revizyonu		168,63
306	600.200	Hemanjiyom, lenfanjiyom veya vasküler malformasyon eksizyonu		252,95
307	600.230	Hemanjiyom, lenfanjiyom eksizyonu ve rekonstrüksiyonu, deri grefti ile		700,34
308	600.240	Vasküler malformasyonlar ve lenfanjiyom için sklerozan madde enjeksiyonu		200,17
309	600.250	Split thickness deri grefti, küçük	5 cm <sup>2</sup> den küçük	200,17
310	600.260	Split thickness deri grefti, orta	5-10 cm <sup>2</sup>	300,17
311	600.270	Split thickness deri grefti, büyük	10 cm <sup>2</sup> den büyük	400,17
312	600.280	Full thickness deri grefti, küçük	5 cm <sup>2</sup> den küçük	300,17
313	600.290	Full thickness deri grefti, büyük	5 cm <sup>2</sup> den büyük	400,17
314		<b>GREFTLER</b>		
315	600.300	Kısmi kalınlıkta deri grefti ile defekt onarım	620.470 ile birlikte faturalandırılmaz.	455,31
316	600.330	Kısmi kalınlıkta deri grefti ile defekt onarımı, ilave		67,45
317	600.350	Kompozit greft uygulaması		200,17
318	600.360	Mukoza grefti alınması		100,17
319	600.370	Tam kalınlıkta deri grefti ile defekt onarım		298,48
320	600.400	Yağ grefti uygulaması		250,25
321		<b>FLEPLER</b>		
322	600.410	Abbe flebi, birinci seans	Dudak, göz kapağı gibi yapıların flep ile rekonstrüksiyonu birinci seansı	300,17
323	600.420	Abbe flebi, ikinci seans	Dudak, göz kapağı gibi yapıların flep ile rekonstrüksiyonu ikinci seansı	150,08
324	600.430	Ada flep şeklinde fasiyokütan flepler		600,34
325	600.440	Alm flebi, birinci seans		450,25
326	600.450	Alm flebi, ikinci seans		150,08
327	600.460	Aynı alanda çökük Z plasti teknikleri		603,71
328	600.470	Çapraz bacak flebi, birinci seans	Cross-leg flep	400,17
329	600.480	Çapraz bacak flebi, ikinci seans	Cross-leg flep	150,08
330	600.490	Çapraz parmak flebi, birinci seans	Cross-finger flep	300,17
331	600.500	Çapraz parmak flebi, ikinci seans	Cross-finger flep	150,08
332	600.510	Dil flebi, birinci seans		400,17
333	600.520	Dil flebi, ikinci seans		150,08
334	600.530	Doku genişletme uygulamaları, birinci seans	Doku genişletme ünitesinin uygulanması ve takip eden tüm genişletme enjeksiyonları dahil	500,34
335	600.540	Doku genişletme uygulamaları, ikinci seans	Doku genişletici, çıkarma işlemi, fibröz kapsülün kompleksi eksizyonu dahil	500,34
336	600.550	Fasiyokütan flep		421,59
337	600.560	İki farklı doku içeren serbest kompozit flep	Latissimus dorsi kas deri flebi, fibula osteokütan flebi vb	3.111,30
338	600.570	İki loblu flep		350,25
339	600.580	İnterpolasyon flepleri, birinci seans	Kasık flebi, abdominal flep, subpektoral flep, infraklaviküler flep vb.	548,06
340	600.590	İnterpolasyon flepleri, ikinci seans	Kasık flebi, abdominal flep, subpektoral flep, infraklaviküler flep vb.	261,38
341	600.600	Kas flebi		725,13
342	600.610	Kas flebi ile birlikte deri grefti		677,91
343	600.620	Kas-deri flebi		816,19
344	600.630	K-M plasti		539,63
345	600.640	Limberg, Rhomboid, Karydakis flep ameliyatları		300,17
346	600.650	Mukoza flebi		408,09
347	600.660	Saçlı deri defektleri için rotasyon flebi		300,17
348	600.670	Saçlı deri defektleri için transpozisyon flebi ile birlikte deri grefti		573,36
349	600.680	Sakral defektler için bilateral V-Y ilerletme flebi		573,36
350	600.690	Tek bir doku içeren serbest flep	Fibula flebi, kasık flebi, Gracilis kas flebi vb.	2.234,40
351	600.700	Tek loblu lokal deri flebi	Nota flebi, Bamer flebi vb.	534,57
352	600.710	Üç farklı dokuya birlikte içeren serbest flep	Subskapüler arter tabanlı osteomuskülokütan flep	3.440,13
353	600.720	V-Y ilerletme deri flebi		475,55
354	600.730	Z-Plasti (Bir tek Z-plasti)		338,95
355		<b>LAZER TEDAVİ UYGULAMALARI</b>		
356	600.740	Vasküler lezyon, lazer	Medikal tedavi olmaksızın uygulanabilir. En fazla 5 seans ücreti faturalandırılır.	168,63
357	600.770	Vasküler lezyon, eksizyonel lazer		168,63
358	600.800	Deri tümörlerinde eksizyonel lazer		202,36
359	600.830	Pigmentli lezyon, eksizyonel olmayan lazer	Medikal tedavi sonrası uygulanabilir. Tümörül olmayan lezyonlar içindir. En fazla 3 seans ücreti faturalandırılır.	168,63
360		<b>6.2.BAŞ-BOYUN, KAS, İSKELET SİSTEMİ VE YUMUŞAK DOKU CERRAHİSİ</b>		
361		<b>BAŞ VE BOYUN CERRAHİSİ</b>		
362	600.860	'Blow-out' kirgiri, orbita tabanına greft veya biyomateryal yerleştirilmesi		500,34
363	600.870	Etmoidal arter ligasyonu	Aynı faturada ikiden fazla yer almaz.	300,17
364	600.880	Frontal kemik kirgiri, açık redüksiyon ve internal tespit		400,17

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
365	600.890	Fronto-orbital ilerletme	Kraniyal çatı bozuklukları, patolojik gelişim nedeni, kraniyal volüm artırım vb.	1.000,51
366	600.900	Habitüel Temporomandibüler (TMF) dislokasyonları için eminektomi		350,25
367	600.910	Kafatas kemigi ekstensif tümör ameliyatı		450,25
368	600.920	Kafatas kemigi basit (tümör) kitlenleri	Eksize edilen bitüen tümör kitlenleri dahil	168,63
369	600.930	Kalvaryal şekillendirme, total		1.554,81
370	600.940	Kistik lenfaniyom ekizyonu		800,34
371	600.950	Kondilektomi	Temporomandibüler eklem kondilür operasyon	400,17
372	600.960	Kraniyal ansefaloze ameliyatları, diğer	Nazal ansefaloze ameliyatları haricindekiler	600,34
373	600.970	Kraniyoplasti ameliyatları, otojen greft ile	Kostoplasti vb. Kot alınması hariç	600,34
374	600.980	Kraniyoplasti ameliyatları, yabancı cisim implantasyonu ameliyatları		400,17
375	600.990	Kraniyosinostoz ameliyatları, tek veya çok sayıda siltir ile		903,88
376	601.000	Kraniyal kemik defektlerinin kosta grefti ile rekonstrüksiyonu		800,34
377	601.010	Kraniyal kemik defektlerinin plaklar ile rekonstrüksiyonu		600,34
378	601.020	Le Fort II osteotomisi ve/veya kemik grefti		900,34
379	601.030	Le Fort I osteotomisi ve/veya kemik grefti		700,34
380	601.040	Le Fort III osteotomisi ve/veya kemik grefti		1.416,53
381	601.050	Maksilla veya mandibula kırığı, açık redüksiyon ve internal tespit		531,20
382	601.060	Maksilla veya mandibula kırığı, intermaksiller tespit		295,11
383	601.070	Maksillektomi, parsiyel		887,05
384	601.080	Maksillektomi, total		1.180,44
385	601.090	Mandibula veya maksilla rekonstrüksiyonu, kemik grefti ile		600,34
386	601.100	Mandibula veya maksilladaki kistik oluşumlara kibretaj		300,17
387	601.110	Mandibula veya maksilladan ameleblastoma rezeksiyonu		600,34
388	601.120	Mandibula veya maksilladan küçük çaplı tümör rezeksiyonu		350,25
389	601.130	Mandibuladan tümör rezeksiyonu ve plak ile rekonstrüksiyon		944,35
390	601.140	Mandibuladan tümör rezeksiyonu ve vaskülerize kemik grefti ile onarım		1.548,06
391	601.141	Maksillomandibüler ilerletme cerrahisi	Polisomnografi ile ağır derecede OSAS olduğunun tespiti halinde faturalandırılır.	1.548,00
392	601.150	Mandibuladan tümör rezeksiyonu ve eş zamanlı kemik grefti ile onarım		1.062,39
393	601.160	Mandibüler osteotomi, deformite onarımı için		600,34
394	601.170	Mandibüler osteotomi, tümör rezeksiyonu için		472,18
395	601.180	Nazo-ethmoid-orbital kırık, açık redüksiyon ve internal tespit		600,34
396	601.190	Orbital distopi düzeltilmesi		800,34
397	601.200	Orbital hipertelorizm düzeltilmesi		800,34
398	601.210	Nonradan kazanılmış nonradal fistüllerin kapatılması		1.200,51
399	601.220	Tiroglossal kist veya fistül ekizyonu		400,17
400	601.230	TMF ankilozu için 'gap' artroplastisi		600,34
401	601.240	TMF artroplastisi		590,22
402	601.250	TMF lüksasyonu kapalı redüksiyon		50,08
403	601.260	Vaskülerize kemik grefti ile mandibula rekonstrüksiyonu		1.090,51
404	601.270	Zigoma kırığı, açık redüksiyon ve internal tespit		400,17
405	601.280	Zigoma kırığı, kapalı redüksiyon		200,17
406		<b>Burun</b>	Burun tamponu konulması ve çıkarılması burun operasyonlarında ayrıca faturalandırılmaz.	
407	601.290	Açık rinoplasti ile total septal rekonstrüksiyon	601.430, 601.480 ve 601.620 ile birlikte faturalandırılmaz. Sağlık kurulu raporu ile tıbbi geçecek belirtilmelidir.	500,34
408	601.300	Alın flebi ile total burun kaybı onarımı, ikinci seans		400,17
409	601.310	Burun eksternal cerrahi onarımı, greft ve /veya flep ile	Rinofima, dermoid kist, bazal hücreli kanser, travma tanılarında.	400,17
410	601.320	Burun eksternal cerrahisi	Rinofima, dermoid kist, bazal hücreli kanser, travma tanılarında.	200,17
411	601.330	Burun içi konik elektrokoterizasyonu	Bir yıl içerisinde iki defadan fazla ve iki taraf için ayrı faturalandırılmaz.	150,08
412	601.340	Burun kırıklarının kapalı redüksiyonu		100,17
413	601.350	Burun mukozası koterizasyonu		20,07
414	601.360	Burun rekonstrüksiyonu, parsiyel	Sağlık kurulu raporu ile tıbbi geçecek belirtilmelidir.	400,17
415	601.370	Burun rekonstrüksiyonu, total	Sağlık kurulu raporu ile tıbbi geçecek belirtilmelidir.	706,02
416	601.390	Burun tamponu komması, arka	601.400 ile birlikte faturalandırılmaz.	100,17
417	601.400	Burun tamponu komması, ön	601.390 ile birlikte faturalandırılmaz.	10,12
418	601.410	Burundan yabancı cisim çıkarılması		40,13
419	601.420	Burundan yabancı cisim çıkarılması, cerrahi		150,08
420	601.430	Kemik ve kıkırdak kaybı içeren ağır 'saddle nose' deformitesi onarımı	601.290, 601.480 ve 601.620, 601.660 ile birlikte faturalandırılmaz. Sağlık kurulu raporu ile tıbbi geçecek belirtilmelidir.	600,34
421	601.440	Koanal atrezi düzeltilmesi, tek taraf		400,17
422	601.450	Konik lateralizasyonu	601.460, 601.470 ile birlikte faturalandırılmaz.	66,27
423	601.460	Konik submukozal rezeksiyonu, iki taraf	601.450, 601.470 ile birlikte faturalandırılmaz.	75,04
424	601.470	Konik submukozal rezeksiyonu, tek taraf	601.450, 601.460 ile birlikte faturalandırılmaz. Aynı faturada iki defa kodlanmaz.	50,59
425	601.480	Septal fraktür onarımı		320,40
426	601.490	Nazal ensefaloid, kraniyotomi ile	601.620 ile birlikte faturalandırılmaz.	750,42
427	601.500	Nazal fraktür onarımı		66,27
428	601.510	Nazal polipektomi	602.180, 602.190, 602.200, 602.210, 602.220, 602.230, 602.250, 602.260, 602.270, 602.280, 602.290, 602.300, 602.320, 602.330, 602.340 ile birlikte faturalandırılmaz.	200,17
429	601.520	Nazal septal perforasyon onarımı		400,17
430	601.530	Nazal septal buton tatbiki		70,15
431	601.540	Nazal valv cerrahisi, iki taraf		300,17
432	601.550	Nazal valv cerrahisi, tek taraf	Aynı faturada ikiden fazla yer almaz.	150,08



## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
433	601.560	Rinofima eksizyonu ve alın flebi, birinci seans		450,25
434	601.570	Rinofima eksizyonu ve alın flebi, ikinci seans		150,08
435	601.580	Rinofima eksizyonu ve deri grefti		350,25
436	601.590	Rinofima eksizyonu ve ikinilci iyileşmeye bırakılması		200,17
437	601.600	Rinoplasti komplike olmayan, greft kullanılmaksızın	Sağlık kurulu raporu ile tıbbi gereke belirtirilmelidir.	400,17
438	601.610	Rinoplasti komplike, greft ile	Sağlık kurulu raporu ile tıbbi gereke belirtirilmelidir.	600,34
439	601.620	Septoplasti veya submukozal rezeksiyon (SMR)	601.330 , 601.450 , 601.460 , 602.230 , 602.240 ile birlikte faturalandırılmaz.	300,17
440	601.630	Septorinoplasti	Sağlık kurulu raporu ile tıbbi gereke belirtirilmelidir.	500,34
441	601.640	Sinüsü, veb açılması		33,73
442	601.650	Total burun kaybı rekonstrüksiyonunda alın flebi ve iskelet yapı oluşturulması, birinci seans		800,34
443	601.660	Yalnızca kıvrıkard kaybı içeren 'saddle nose' deformitesi onarımı	601.290, 601.430, 601.480, 601.620 ile birlikte faturalandırılmaz.Sağlık kurulu raporu ile tıbbi gereke belirtirilmelidir.	400,17
444		<b>Boyun ve Larinks</b>		
445	601.670	Altar defleklerin rekonstrüksiyonu		400,17
446	601.680	Aritenoidektomi, endolaringeal		550,25
447	601.690	Boyun diseksiyonu, radikal veya fonksiyonel, tek taraf		700,34
448	601.700	Boyun ekspansiyonu		400,17
449	601.710	Brankial kist kisti veya sinüsü eksizyonu		600,34
450	601.720	Dımağ fistülü onarımı		350,25
451	601.730	Ekssternal karotid arter ligasyonu		300,17
452	601.740	Endolaringeal lazer cerrahisi		750,42
453	601.750	Endolaringeal mikrocerrahi ile larinks poliplerine girişim	Laringeal polip, nodül, kist, papillom eksizyonu, stripping vb için, yapılan eksizyon dahil.	300,17
454	601.760	Faringolarinjektomi	608.500 , 608.510 ile birlikte faturalandırılmaz.	900,34
455	601.770	Faringolaringoözofajektomi	608.500 , 608.510 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.500,67
456	601.780	Hiyoid suspansiyonu		600,34
457	601.790	Intralaringeal enjeksiyonla mediyallizasyon	601.900 ile birlikte faturalandırılmaz.	400,17
458	601.800	Kordektomi veya stripping		400,17
459	601.810	Kosta grefti alınması		200,17
460	601.820	Krikotiroidopeksi		600,34
461	601.830	Laringeal fraktür tedavisi, kapalı		200,17
462	601.840	Laringeal reinervasyonu, nöromusküler flep ile		700,34
463	601.850	Laringofissür	Kordektomi ve larinks papillom eksizyonu dahilidir, birlikte başka bir larinks operasyonu faturalandırılmaz.	500,34
464	601.860	Laringoplasti (Fraktür için açık redüksiyon)		450,25
465	601.870	Laringoplasti (Medializasyon, tek taraf)		600,34
466	601.880	Laringoplasti (Yanklar, rekonstrüksiyon)		600,34
467	601.881	Laringeal stenoz cerrahisi		600,00
468	601.890	Laringosel çıkarılması		600,34
469	601.900	Laringoskopi, direkt		151,77
470	601.901	Laringoskopi ve biyopsi		250,25
471	601.910	Laringoskopi, fleksible fiberoptik		50,59
472	601.920	Laringoskopi		40,13
473	601.930	Larinktektomi, parsiyel	608.500 , 608.510 ve 601.940 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.064,45
474	601.940	Larinktektomi, total	608.500 , 608.510 ve 601.930 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.004,70
475	601.950	Larinks biyopsisi, indirekt laringoskopi ile		86,17
476	601.960	Larinks papillomu		450,25
477	601.970	Larinksten yabancı cisim çıkarılması		180,10
478	601.971	Larinksten radyofrekans ile kitle eksizyonu		249,58
479	601.972	Larinkste radyofrekans ile kordotomi veya kordektomi		500,84
480	601.980	Latereal rinotomi ile yaklaşım		400,17
481	601.990	Maksiller arter ligasyonu		600,34
482	602.000	Obturator tabiki		20,07
483	602.010	Suprahoid boyun diseksiyonu		300,17
484	602.020	Tirovoid suspansiyonu		500,34
485	602.030	Tiroplasti		550,25
486	602.031	Trakoeözofajial fistül açılması, primer		130,19
487	602.032	Trakoeözofajial fistül açılması, sekonder		350,25
488	602.040	Tortikolis düzeltilmesi		300,17
489		<b>Paranasal Sinüsler</b>		
490	602.050	Antrokoanal cerrahi eksizyonu		200,17
491	602.060	BOS rinoresi cerrahisi, eksternal yaklaşım		500,34
492	602.070	Caldwell-Luc ameliyatı, tek taraf	602.080, 602.320, 602.330 ile birlikte faturalandırılmaz. Aynı faturada ikiden fazla yer almaz.	250,25
493	602.080	Caldwell-Luc ameliyatı, iki taraf	602.070, 602.320, 602.330 ile birlikte faturalandırılmaz.	350,25
494	602.090	Eksternal etmoidektomi		350,25
495	602.100	Frontal sinüzotomi, trepanasyon		250,25
496	602.110	Frontal sinüs cerrahisi, osteoplastik flep ile, iki taraf		500,34
497	602.120	Frontal sinüs cerrahisi, osteoplastik flep ile, tek taraf	Obliterasyon dahilidir.	400,17
498	602.130	Maksiller sinüs noksiyonu ve lavajı	Obliterasyon dahilidir. Aynı faturada iki defa kodlanmaz.	50,08
499	602.140	Ozempya cerrahi girişim		300,17
500	602.150	Pterigopalatin fossa cerrahisi		500,34
501	602.160	Transnasal etmoidektomi		350,25
502		<b>Endoskopi</b>		
503	602.180	Endoskopik BOS rinoresi cerrahisi	602.210 , 602.300 , 602.320 , 602.330 , 602.340 ile birlikte faturalandırılmaz.	600,34
504	602.190	Endoskopik burun ve nazofarinks tümör cerrahisi	602.210 , 602.300 , 602.320 , 602.330 , 602.340 ile birlikte faturalandırılmaz.	800,34
505	602.200	Endoskopik dakriyosistorinostomi (DSR)		400,17
506	602.210	Endoskopik frontal sinüs cerrahisi	602.300 , 602.320 , 602.330 , 602.340 ile birlikte faturalandırılmaz.	600,34
507	602.220	Endoskopik koanal atrezi açılması		450,25

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
508	602.230	Endoskopik konka büllöza rezeksiyonu		350,25
509	602.240	İndoskopik konka redüksiyonu		300,17
510	602.250	Endoskopik medial maksillektomi	602.210 , 602.300 , 602.320 , 602.330 , 602.340 ile birlikte faturalandırılmaz.	500,34
511	602.260	Endoskopik meningeal, ensefalosel cerrahisi	602.210 , 602.300 , 602.320 , 602.330 , 602.340 ile birlikte faturalandırılmaz.	500,34
512	602.270	Endoskopik optik sinir dekompresyonu	Aynı taraf için 602.370, 602.300, 602.360 ile birlikte faturalandırılmaz.	700,34
513	602.280	Endoskopik orbita dekompresyonu	Aynı taraf için 602.330 ile birlikte faturalanamaz	700,34
514	602.290	Endoskopik septoplasti		350,25
515	602.300	İndoskopik sfenoid sinüs cerrahisi	Aynı taraf için 602.280, 602.330, 602.360, 602.370 ile birlikte faturalandırılmaz.	500,34
516	602.310	Fleksibl fiberoptik nazofaringoskopi	602.350 ile birlikte faturalandırılmaz.	33,73
517	602.320	Fonksiyonel endoskopik sinüs cerrahisi, iki taraf	602.070, 602.080, 602.180, 602.190, 602.200, 602.210, 602.240, 602.250, 602.260, 602.270, 602.280, 602.310 ile birlikte faturalandırılmaz.	500,34
518	602.330	Fonksiyonel endoskopik sinüs cerrahisi, tek taraf	602.070, 602.080, 602.180, 602.190, 602.200, 602.210, 602.240, 602.250, 602.260, 602.270, 602.280, 602.310 ile birlikte faturalandırılmaz.	350,25
519	602.340	Maksiller sinüse endoskopik müdahale		300,17
520	602.350	Nazofarinks biyopsisi	602.310 ile birlikte faturalandırılmaz.	75,04
521	602.360	Temporomandibuler eklemler endoskopisi, diyagnostik	Aynı taraf için 602.280, 602.300, 602.370 ile birlikte faturalandırılmaz.	140,13
522	602.370	Temporomandibuler eklemler endoskopisi, cerrahi	Aynı taraf için 602.280, 602.300, 602.360 ile birlikte faturalandırılmaz.	350,25
523		<b>Ağız, Dudak, Dil ve Farinkse Yönelik Girişimler</b>		
524	602.380	Adenoidektomi	602.390, 603.080, 603.090, 603.100, 603.110 ile birlikte faturalandırılmaz.	200,17
525	602.390	Adenoidektomi ve tıp	602.380, 603.080, 603.090, 603.100, 603.110 ile birlikte faturalandırılmaz.	300,17
526	602.400	Ağız içi ve etrafı benign tümörlerinin rezeksiyonu		250,25
527	602.410	Ağız içinde malign tümörlerin eksizeyonu ve lokal flep uygulaması		400,17
528	602.420	Ağız tabanı ve dil laserasyonları onarımı		100,17
529	602.430	Ağız ve çenenin kemik rezeksiyonu gerektiren malign tümörleri		850,42
530	602.440	Ağız vestibülü apse, kist veya hematom drenajı		100,17
531	602.450	Ağız vestibülü mukozasınm donör greft olarak eksizeyonu ve onarımı		300,17
532	602.460	Ağız vestibülündeki lezyonların fizik yöntemlerle destrüksiyonu	Lazer, şimik, termal	100,17
533	602.470	Ağız vestibülünden mukozaya ve submukozaya eksizeyonu ve onarımı		150,08
534	602.480	Alveolar yarık onarımı	601.210, 601.720, 602.490, 602.950, 602.970, 603.000 ile birlikte faturalandırılmaz.	472,18
535	602.490	Anterior damak fistülü onarımı		472,18
536	602.500	Damağa radyofrekans uygulaması	Polisomnograf raporu gerekir. RF ve lazer uygulamaları için yılda 3 uygulamadan fazlası faturalandırılmaz.	150,08
537	602.510	Damak ve uvula lezyonlarının eksizeyonu		150,08
538	602.520	Damak ve uvula lezyonlarının onarımı, flep ile		300,17
539	602.530	Damak yarığı onarımı ve faringeal flep		600,34
540	602.540	Damak yarığı onarımı, inkomplet		400,17
541	602.550	Damak yarığı onarımı, komplet		450,25
542	602.560	Deri grefti kullanılarak sulkoplasti		300,17
543	602.570	Deri grefti kullanılmaksızın posterior dudak sulkusu açılması		200,17
544	602.580	Dil köküne radyofrekans uygulaması		150,08
545	602.590	Dil kökü suspansiyonu ve/veya dil kökünden doku çıkarılması		400,17
546	602.600	Dil lezyonu eksizeyonu		200,17
547	602.610	Dil lezyonu eksizeyonu ve onarımı, dil flebi ile		400,17
548	602.620	Dil ve ağız tabanından apse, kist, hematom vb. çıkarılması		100,17
549	602.630	Dudak adezyonu		250,25
550	602.640	Dudak malign tümör rezeksiyonu ve suprahoid boyun diseksiyonu, Estlander, Bernard vb. flep ile		750,42
551	602.650	Dudak malign tümör rezeksiyonu veya biyopsisi ve Estlander, Bernard vb. flep kullanımı		550,25
552	602.660	Dudak malign tümör wedge rezeksiyonu veya biyopsisi		350,25
553	602.670	Dudak veya dilden kuma seklinde doku rezeksiyonu ve primer onarım		350,25
554	602.680	Dudak yarığı burnu onarımı, osteotomisiz		350,25
555	602.690	Dudak yarığı burnu onarımı, osteotomi ile		400,17
556	602.700	Dudak yarığı onarımı, tek taraf		573,36
557	602.710	Dudak yarığı onarımı, iki taraf		413,15
558	602.720	Dudaktan büyük tümör rezeksiyonu ve lokal flepler ile onarımı		649,24
559	602.730	Dudaktan büyük tümör rezeksiyonu, lokal flepler ile onarımı ve LAP biyopsisi		708,26
560	602.740	Faringeal flep		400,17
561	602.750	Farinks duvarının rezeksiyonu ve onarımı, miyokütan flep ile		1.000,51
562	602.760	Frenulum linguale plastijği		100,17
563	602.770	Genioglossal ilerletme		400,17
564	602.780	Genioplasti, implant ile		350,25
565	602.790	Genioplasti, osteotomi ile		400,17
566	602.800	Glossektomi, parsiyel	608.500, 608.510 ile birlikte faturalandırılmaz.	350,25
567	602.810	Glossektomi, total	608.500, 608.510 ile birlikte faturalandırılmaz.	850,42
568	602.820	Hemiglossektomi	608.500, 608.510 ile birlikte faturalandırılmaz.	500,34
569	602.830	Hipertrofik lingual frenulum düzeltilmesi		200,17
570	602.840	Işık çalan ağız deformitesi onarımı		300,17
571	602.850	Kolumella uzatılması		300,17
572	602.860	Intraoral tümör eksizeyonu, mandibula rezeksiyonu ve boyun diseksiyonu (Komando ameliyatı)	601.690 ile birlikte faturalandırılmaz.	850,42
573	602.870	Lateral faringeal duvar ve piriform sinüs rezeksiyonu		950,42
574	602.880	Lazer asiste uvulektomi		300,17

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
575	602.890	Lazer asiste uvulopalatofaringoplasti		400,17
576	602.900	Lingual tonsil eksişyonu		270,15
577	602.910	Mentoplasti	Sağlık kurulu raporu ile tbbi gereke belirtimeldir.	700,34
578	602.920	Nadir yüz yarığı onarımı		600,34
579	602.930	Nazofaringeal lezyon eksişyonu, infratemporal fossaya yaklaşım		1.500,67
580	602.940	Nazofaringeal lezyon eksişyonu, transpalatal		400,17
581	602.950	Nazolabial fistül onarımı		300,17
582	602.960	Onarılmış dudak yarığı revizyonu		350,25
583	602.970	Oro-antral fistüllerin onarımı		350,25
584	602.980	Orofaringeal ve nazofaringeal postoperatif kanama kontrolü		200,17
585	602.990	Peritonsiller apse açılması		100,17
586	603.000	Posterior damak fistülü onarımı		300,17
587	603.010	Premaksiller segmentin geri alınması		400,17
588	603.020	Ranülava girişim		300,17
589	603.030	Retrofaringeal veya parafaringeal apse drenajı		200,17
590	603.040	Sert damaktan tümör eksişyonu ve onarım, greft ile		800,34
591	603.050	Sert damaktan tümör eksişyonu, primer onarım		600,34
592	603.060	Siloid proses elongasyonu eksişyonu		420,24
593	603.070	Tonsil plikalar, retromolar trigon radikal rezeksiyonu, flepler ile		670,32
594	603.080	Tonsillektomi	602.380, 602.390, 603.090, 603.100, 603.110 ile birlikte faturalandırılmaz.	400,17
595	603.090	Tonsillektomi ve adenoidektomi	602.380, 602.390, 603.080, 603.100, 603.110 ile birlikte faturalandırılmaz.	400,17
596	603.100	Tonsillektomi ve adenoidektomi ve tüp	602.380, 602.390, 603.080, 603.090, 603.110 ile birlikte faturalandırılmaz.	425,30
597	603.110	Tonsillektomi ve tüp	602.380, 602.390, 603.080, 603.090, 603.100 ile birlikte faturalandırılmaz.	400,17
598	603.120	Transpalatal ilerletme		500,34
599	603.130	Uvülektomi		380,27
600	603.140	Uvulofaringoplasti	602.380, 602.390, 603.090, 603.100, 603.110 ile birlikte faturalandırılmaz.	300,17
601	603.150	Vestibüloplastik, tek veya iki taraf	Submukozal veya açık girişim, kas ve cilt eksişyonu veya mukozal greft uygulanması işleme dahildir. 600.360 ile birlikte faturalandırılmaz. Aynı faturada birden fazla kodlanmaz.	250,25
602		<b>Salgı Bezlerine Yönelik Cerrahi</b>		
603	603.160	Minör tükürük bezi dokularının eksişyonu		300,17
604	603.170	Parotidektomi, total	Aynı taraf için 603.180 ile birlikte faturalandırılmaz.	600,34
605	603.180	Parotidektomi, yüzeyel	Aynı taraf için 603.170 ile birlikte faturalandırılmaz.	500,34
606	603.190	Parotis apse drenajı		100,17
607	603.200	Sivülolotomi, cerrahi		175,21
608	603.210	Sublingual tükürük bezi eksişyonu		300,17
609	603.220	Submaksiller veya sublingual apse drenajı		200,17
610	603.230	Submandibuler tükürük bezi eksişyonu		400,17
611	603.240	Tükürük bezinin plastik onarımı, sinodokoplasti		300,17
612		<b>6.3.GÖVDEDE YAPILAN CERRAHİLER</b>		
613		<b>TORAKS DUVARI</b>		
614	603.250	Geç sternal dehisescence onarımı	Mediastenin tekrar açılma işlemi ve tel uygulaması dahil	600,34
615	603.260	Fasyotomi		200,17
616	603.270	Göğüs duvarından olan akciğer hernisinin onarımı		480,27
617	603.280	Kot fraktürü tedavisi, açık	Herhangi bir seviye	300,17
618	603.290	Kot fraktürü tedavisi, kapalı	Herhangi bir seviye	50,08
619	603.300	Kot rezeksiyonu, ekstraplevral	Tüm seviyeler (Myoplasti için)	600,34
620	603.310	Kot rezeksiyonu, parsiyel		300,17
621	603.320	Mediastinal kist veya tümör eksişyonu	Sternotomi, torakotomi dahil	1.176,69
622	603.330	Mediastinal tümör eksişyonu, malign	Sternotomi, torakotomi dahil	1.416,53
623	603.340	Mediastinoskopi		236,09
624	603.350	Mediastinotomi ile eksplorasyon	Biyopsi, drenaj veya yabancı cisim çıkartılması için	600,34
625	603.360	Sternal debriman		400,17
626	603.370	Sternal rezeksiyon ve rekonstrüksiyon, protez ile	Ostcomylit ve tümör için	1.600,67
627	603.380	Sternal rezeksiyon ve rekonstrüksiyon, protezsiz	Ostcomylit ve tümör için	1.200,51
628	603.390	Sternal tel çıkarılması		100,17
629	603.400	Sternum fraktürü fiksasyonu, açık		500,34
630	603.410	Sternum fraktürü fiksasyonu, kapalı		250,25
631	603.420	Torakoplasti, bronkoplevral fistül kapatılması ile birlikte		1.200,51
632	603.430	Torakoplasti, Schvede tüpi veya ekstraplevral		800,34
633	603.440	Toraks duvarı deformiteleri, pectus excavatum, carinatum	Tüm seviyeler	1.421,08
634	603.450	Toraks duvarı rezeksiyonu ve rekonstrüksiyonu, protez ile		1.800,67
635	603.460	Toraks duvarı rezeksiyonu ve rekonstrüksiyonu, protezsiz		1.656,41
636	603.470	TOS, trans aksiller girişim, servikal kot ve/veya 1. kot rezeksiyonu	Skalen disseksiyon ve/veya fibröz bant disseksiyonu dahildir.	900,34
637	603.480	Tümör eksişyonu, intratorasik, ekstrapulmoner		800,34
638	603.490	Tümör veya kist eksişyonu	Yumuşak doku, subkütan, derin, subfasiyal, intramusküler (Benign cilt lezyonları hariç)	500,34
639		<b>GÖVDE VE KARIN ÖN DUVARINDA YAPILAN MÜDAHALELER</b>		
640	603.500	Abdominoplasti	Sağlık kurulu raporu ile tbbi gereke belirtimeldir. Karında vertikal, iki sıra deri görünümünde deri ve deri altı dokusu fazlalıkları vardır.	500,34
641	603.510	Gastrozisiz onarımı		1.200,51
642	603.520	Göbek granülomu veya polipi eksişyonu		50,08
643	603.530	Karın duvarı benign tümörleri için girişim	Deri hariç	200,17
644	603.540	Karın duvarı malign tümörleri için girişim	Deri hariç	300,17
645	603.550	Kloakal ekstrofi onarımı		2.000,84
646	603.560	Omfalomcezerentrik kanal açıklığı onarımı		500,34
647	603.570	Omfalomcezerentrik kanal kisti veya fistüllü eksişyonu		600,34
648	603.580	Omfaloseal primer onarımı	5 cm' den büyük çaplı	1.200,51

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
649	603.590	Rektus diyastazi onarımı		400,17
650	603.600	Rektus kılıfı hematomu için girişim		100,17
651		<b>Meme</b>		
652	603.610	Büyütmeye mamoplastisi, iki taraf	Sağlık kurulu raporu ile hipoplazik meme için tıbbi gerekçe belirtilmelidir.	500,34
653	603.620	Jinekomasti düzeltilmesi, iki taraf	603.630 ile birlikte faturalandırılmaz. Sağlık kurulu raporu ile tıbbi gerekçe belirtilmelidir.	500,34
654	603.630	Jinekomasti düzeltilmesi, tek taraf	603.620 ile birlikte faturalandırılmaz. Sağlık kurulu raporu ile hipoplazik meme için tıbbi gerekçe belirtilmelidir. Aynı faturada ikiden fazla yer almaz.	300,17
655	603.640	Küçültmeye mamoplastisi, iki taraf	Klinik bulgusu olan makromasti hastalarında yaş kısıtlaması olmaksızın, meme büyüklüğüne eşlik eden bulguların; "(N64.4), (L30.4), (M54), (M75.9), (M40.1) (M70.8), (E66.8) (E66.9)" ICD-10 kodlu hastalıklardan en az birinin veya "(Q83.9), (N60)" ICD-10 kodlu hastalıklardan en az birinin varlığının üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusunca düzenlenen sağlık kurulu raporunda belirtilmiş olması halinde Kurumca karşılanır.	750,42
656	603.650	Mastektomi, basit		500,34
657	603.660	Mastektomi, radikal	Aksiller diseksiyon dahil	1.004,70
658	603.670	Mastektomi, modifiye radikal	Aksiller diseksiyon dahil	750,42
659	603.680	Meme asimetrisinin düzeltilmesi	603.610, 603.630, 603.640 ve 603.760 ile birlikte faturalandırılmaz. Sağlık kurulu raporu ile tıbbi gerekçe belirtilmelidir.	600,34
660	603.690	Meme rekonstrüksiyonu, çift pediküllü TRAM flap ile		1.200,51
661	603.700	Meme rekonstrüksiyonu, latissimus dorsi kas deri flebi ve implant ile		1.000,51
662	603.710	Meme rekonstrüksiyonu, mikrovasküler anastomozlu		1.500,67
663	603.720	Meme rekonstrüksiyonu, sadece implant ile	Sağlık kurulu raporu ile nipple areolar kompleks için tıbbi gerekçe belirtilmelidir.	400,17
664	603.730	Meme rekonstrüksiyonu, tek pediküllü TRAM flebi ile		750,42
665	603.740	Meme ucu ve başı rekonstrüksiyonu	Sağlık kurulu raporu ile tıbbi gerekçe belirtilmelidir.	300,17
666	603.750	Segmental mastektomi	Parşiyel mastektomi, kadranektomi dahil Pataloji raporu gerekir.	413,15
667	603.751	Memedeki kist-benign tümör çıkarılması		134,91
668	603.752	Segmental mastektomi ile birlikte aksiller sentinel lenf nodu eksizyonu		537,00
669	603.753	Segmental mastektomi ile birlikte aksiller diseksiyon		537,00
670	603.754	Meme duktoskopisi ve duktal lavaj	Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından faturalandırılır.	200,17
671	603.755	Meme duktus eksizyonu	Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından faturalandırılır.	134,91
672	603.760	Tüberöz meme onarımı		600,34
673		<b>Herniler</b>	604.080 ile birlikte faturalanmaz	
674	603.770	Greftsiz inguinal herni onarımı, inkarsere veya strangüle		500,34
675	603.771	Greftli inguinal herni onarımı, inkarsere veya strangüle		500,00
676	603.780	Greftsiz inguinal herni onarımı, tek taraf		400,17
677	603.781	Greftli inguinal herni onarımı, tek taraf		400,17
678	603.782	Greftsiz inguinal herni onarımı, iki taraf		520,22
679	603.783	Greftli inguinal herni onarımı, iki taraf		600,00
680	603.790	Inguinal herni onarımı, tek taraf, laparoskopik		600,34
681	603.791	Inguinal herni onarımı, iki taraf, laparoskopik		961,21
682	603.800	Greftsiz insizyonel herni onarımı		400,17
683	603.801	Greftli insizyonel herni onarımı		400,00
684	603.802	Greftli femoral herni onarımı, tek taraf		500,00
685	603.803	Greftsiz femoral herni onarımı, tek taraf		500,00
686	603.804	Greftli femoral herni onarımı, iki taraf		650,00
687	603.805	Greftsiz femoral herni onarımı, iki taraf		650,00
688	603.806	Femoral herni onarımı, tek taraf, laparoskopik		500,00
689	603.807	Femoral herni onarımı, iki taraf, laparoskopik		650,00
690	603.810	Lomber herni onarımı	Petit: Inferior lomber triangle; Grynfelt: superior lomber triangle bölgelerinde oluşan hernileşme	300,17
691	603.820	Parastomal herniasyonda girişim		450,25
692	603.830	Spiegel hernisi onarımı		300,17
693	603.831	Spiegel hernisi onarımı, laparoskopik		300,00
694	603.840	Greftsiz umbilikal herni onarımı		350,25
695	603.841	Greftli umbilikal herni onarımı		350,00
696	603.842	Umbilikal herni onarımı, laparoskopik		454,00
697	603.843	Greftli epigastrik herni onarımı		440,00
698	603.844	Greftsiz epigastrik herni onarımı		440,00
699	603.845	Epigastrik herni onarımı, laparoskopik		650,00
700	603.846	Greftli perineal herni onarımı		600,00
701	603.850	Umbilikal kord hernisi onarımı		500,34
702	603.851	Greft/Mesh çıkarılması		200,00
703	603.860	Ventral herni onarımı	Omfalocele; gastroşizise veya bochdalek herni ameliyatlarına sekonder	2.360,88
704		<b>DIYAFRAGMA CERRAHİSİ</b>		
705	603.870	Bochdalek hernisi onarım, abdominal		1.000,51
706	603.880	Bochdalek hernisi onarım, torakal		1.000,51
707	603.890	Diyafragma laserasyonu, primer onarım		839,80
708	603.900	Diyafragmatik herni onarımı, kombine, torakoabdominal yaklaşımla	Özeftajiyal, hiatal	1.000,51
709	603.910	Diyafragmatik herni onarımı, transtorasik yaklaşımla	Özeftajiyal, hiatal	800,34
710	603.920	Diyafragmatik herni onarımı ( Travmatik, akut)	Yenidoğan dışında	897,13
711	603.930	Diyafragmatik herni onarımı ( Travmatik, kronik)	Yenidoğan dışında	1.000,51

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
712	603.940	Diyafragmatik herni onarımı, greft ile (Travmatik, kronik)	Yenidoğan dışında	1.200,51
713	603.950	Diyafragma evantrasyonu, primer onarım		708,26
714	603.960	Diyafragma rezeksiyonu ve rekonstrüksiyonu, protezli		1.200,51
715	603.970	Diyafragma rezeksiyonu ve rekonstrüksiyonu, protezsiz		848,23
716	603.980	Diyafragmatik puce uygulaması		750,42
717	603.990	Diyafragmada evisserasyon veya evantrasyonu düzeltilmesi		677,91
718	604.000	Morgagni hernisi onarımı		1.000,51
719		<b>PERİTON BOSLUĞU</b>		
720	604.010	Apendiks epiptoika torsiyonu		350,25
721	604.020	Laparoskopi, tanısal	Diğer laparoskopik işlemlerle birlikte faturalandırılmaz.	250,25
722	604.030	Laparotomi		350,25
723	604.040	Laparotomi, fermuar-mesh yöntemi		450,25
724	604.050	Laparotomi, intestinal obstrüksiyonlarda	Barsak yapışıklığı veya konjenital bantlara bağlı.	590,22
725	604.060	Laparotomi, organ biyopsisi amacıyla		413,15
726	604.070	Laparotomi, tanısal	Aynı seansta batin içi başka bir ameliyatla birlikte faturalandırılmaz.	250,25
727	604.071	Laparotomi- packing	Aynı seansta batin içi başka bir ameliyatla birlikte faturalandırılmaz.	250,00
728	604.080	Omentektomi	Omentum torsiyonunda,	400,17
729	604.090	Omentum kisti veya tümörü eksizeyonu		450,25
730	604.100	Periton lavajı, tanısal		100,17
731	604.110	Peritoneal tuvalet ve debrüman, her bir seans		300,17
732	604.120	Peritoneal veya mezenterik tümör, kist eksizeyonu		400,17
733	604.130	Peritoneo-vezik santı yapılması	Asit tedavisinde,	1.000,51
734	604.140	Plioperitoneal santı uygulaması		500,34
735	604.150	Radikal peritoneal debrüman, her bir seans		400,17
736	604.155	Sitoredüktif cerrahi ile birlikte hipertermik intraperitoneal kemoterapi	Sağlık Bakanlığında ve TSK'ya bağlı üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularına faturalandırılır.	1.541,82
737		<b>RETROPERİTON</b>		
738	604.160	Retroperitoneal tümörden biyopsi	Böbrek ve adrenal bez dışında. 618.590 ile birlikte faturalandırılmaz.	350,25
739	604.170	Retroperitoneal kist veya tümör eksizeyonu	Böbrek ve adrenal bez dışında. 618.600, 618.620 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.003,37
740		<b>6.4.KARDİYOVASKÜLER SİSTEM, KAN VE LENF SİSTEMİ CERRAHİSİ</b>		
741		<b>PERİKARD</b>		
742	604.180	Perikardiyosentez		100,17
743	604.190	Tüp perikardiyostomi	Perikardiyal tüp drenajı.	236,09
744	604.200	Pıhtı veya yabancı cisim çıkartılması için perikardiyotomi, primer	Diğer kardiyovasküler operasyonlarla birlikte faturalandırılmaz.	787,52
745	604.210	Perikardiyal pencere açılması veya parsiyel rezeksiyon	Drenaj için.	843,17
746	604.220	Perikardiyektomi, subtotal veya tam, kardiyo pulmoner by-pass olmaksızın	Diğer kardiyovasküler operasyonlarla birlikte faturalandırılmaz.	993,25
747	604.230	Perikardiektomi, kardiyo pulmoner by-pass ile		1.160,54
748	604.240	Perikardiyal kist veya tümör eksizeyonu	Diğer kardiyovasküler operasyonlarla birlikte faturalandırılmaz.	897,13
749		<b>KALP TÜMÖRLERİ</b>		
750	604.250	Intrakardiyak tümör eksizeyonu, kardiyo pulmoner by-pass ile	Miksooma vb.	2.000,84
751	604.260	Eksternal kardiyak tümör rezeksiyonu		1.416,53
752	604.270	Kardiyak kist hidatik eksizeyonu, kardiyo pulmoner bypass ile		1.400,67
753	604.280	Kardiyak kist hidatik eksizeyonu, kardiyo pulmoner bypass olmaksızın		1.416,53
754		<b>KALP PİLİ, OTOMATİK KARDİOVERTER-DEFİBRİLATÖR (AİCD)</b>		
755	604.290	AİCD yastıkları ve elektrotlarının revizyonu veya çıkarılması		880,44
756	604.300	Aritmjenik odağın veya yolun cerrahi ablasyonu, kardiyo pulmoner by-pass ile		920,40
757	604.310	Kalçer pacemaker çıkartılması		200,17
758	604.320	Kalçer pil ve epikardiyal elektrot yerleştirilmesi, torakotomi ile		991,57
759	604.330	Kalçer pil ve epikardiyal elektrot yerleştirilmesi, xiphoid yaklaşımı ile		708,26
760	604.340	Otomatik implantabl Kardioverter Defibrilatör yastıklarının implantasyonu	Sensing elektrotları ile birlikte veya değil	1.120,57
761	604.350	Otomatik Implantabl Kardioverter Defibrilatör yastıklarının implantasyonu	AİCD pulse jeneratörü yerleştirilmesi ile birlikte	1.280,61
762	604.360	Pacemaker onarımı, pulse jeneratörünün tekrar yerleştirilmesi ile birlikte		320,24
763	604.370	Pacemaker onarımı, sadece elektrotlar		280,27
764	604.380	Pil veya AİCD cebinin revizyonu veya relokasyonu		200,17
765	604.390	Sadece pil veya AİCD takılması veya tekrar yerleştirilmesi		240,13
766	604.400	Supraventriküler aritmjenik odağın veya yolun cerrahi ablasyonu, kardiyo pulmoner by-pass olmaksızın	604.560 ve 605.880 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.000,51
767	604.410	Supraventriküler aritmjenik odağın veya yolun cerrahi ablasyonu, kardiyo pulmoner by-pass ile birlikte	604.560 ve 605.880 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.280,61
768	604.430	Transvenöz elektrot çıkarılması, torakotomi ile, kardiyo pulmoner by-pass birlikte		1.300,51
769	604.440	Transvenöz elektrot çıkarılması, torakotomi ile		840,47
770		<b>KALP VE BÜYÜK DAMAR YARALANMALARI</b>		
771	604.450	Aort/büyük damarların stütür onarımı, kardiyo pulmoner by-pass ile birlikte		1.800,67
772	604.460	Aort/büyük damarların stütür onarımı, kardiyo pulmoner by-pass olmaksızın		1.440,64

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
773	604.470	Greft yerleştirilmesi, aort veya büyük damarlar, kardiyopulmoner by-pass ile		2.644,18
774	604.480	Greft yerleştirilmesi, aort veya büyük damarlar, kardiyopulmoner by-pass olmaksızın		1.800,67
775	604.490	Kalp yaralanması onarımı, kardiyopulmoner by-pass ile birlikte		1.320,57
776	604.500	Kalp yaralanması onarımı, kardiyopulmoner by-pass olmaksızın		1.133,22
777	604.510	Kalp yaralanması, koroner arter hasarı, koroner by-pass ile birlikte	Kardiyopulmoner by-pass ile veya değil	1.600,67
778	604.520	Kalp yaralanması, valvül hasarı, tamiri-replasmanı, koroner by-pass	Kardiyopulmoner by-pass ile veya değil	2.000,84
779	604.530	Kalp yaralanması, ventriküler septal defekt onarımı	Kardiyopulmoner by-pass ile	2.000,84
780	604.540	Kardiyotomi eksploratris, kardiyopulmoner by-pass ile birlikte	604.200 ile birlikte faturalandırılmaz. Yabancı cisim çıkarılmaması kapsar.	1.600,67
781	604.550	Kardiyotomi eksploratris, kardiyopulmoner by-pass olmaksızın	604.200 ile birlikte faturalandırılmaz. Yabancı cisim çıkarılmaması kapsar.	960,37
782		<b>KALP KAPAKLARI-AORTİK KAPAK</b>		
783	604.560	Aniko-aortik kondukt konstrüksiyonu		2.000,84
784	604.570	AVR, aortik anülüs genişletmesi ile birlikte, nonkoroner kusp		2.172,01
785	604.580	AVR, transventriküler aortik anülüs genişletmesi ile birlikte	Konno	2.000,84
786	604.590	Diskret subvalvüler aort darlığında subvalvüler rezeksiyon veya insizyon		1.700,67
787	604.600	IHSS (Asimetrik septal hipertrofi) (de ventrikülomyotomi (Myektomi))		1.700,67
788	604.610	Aort kapacı replasmanı (AVR) (Kardiyopulmoner by-pass ile birlikte)		1.801,00
789	604.620	Ross ameliyatı		2.501,01
790	604.630	Supravavülüler stenozda aortoplasti		1.700,67
791	604.640	Valvotomi, aort kapacı (Kommissurotomi)	Kardiyopulmoner by-pass ile birlikte	1.700,67
792	604.650	Valvüloplastisi, aort kapacı, açık	Kardiyopulmoner by-pass ile birlikte	1.600,67
793		<b>KALP KAPAKLARI-MİTRAL KAPAK</b>		
794	604.660	Valvotomi, mitral kapak, kapalı	Kommissurotomi	1.280,61
795	604.670	Valvotomi, mitral kapak, açık	Kardiyopulmoner by-pass ile birlikte	1.650,76
796	604.680	Valvüloplastisi, mitral kapak	Kardiyopulmoner by-pass ile birlikte	1.650,76
797	604.690	Valvüloplastisi, mitral kapak, prostetik ring ile	Kardiyopulmoner by-pass ile birlikte	1.650,76
798	604.700	Valvüloplastisi, mitral kapak, açık, radikal rekonstrüksiyon	Ring ile veya değil	1.650,76
799	604.710	Replasman, mitral kapak (MVR)	Kardiyopulmoner by-pass ile birlikte	1.700,67
800	604.711	Replasman mitral kapak ile birlikte triküspit annüloplastisi	Kardiyopulmoner by-pass ile birlikte	1.800,67
801		<b>KALP KAPAKLARI-TRİKÜSPİT KAPAK</b>		
802	604.720	Valvotomi, triküspit kapak	Kardiyopulmoner by-pass ile birlikte	1.600,67
803	604.730	Valvüloplastisi veya annüloplastisi, triküspit kapak	Kardiyopulmoner by-pass ile birlikte	1.600,67
804	604.740	Replasman, triküspit kapak		1.640,64
805	604.750	Ebstein anomalisinde triküspit kapak repozisyonu veya plikasyonu		1.900,84
806		<b>KALP KAPAKLARI-PULMONER KAPAK</b>		
807	604.760	Ana pulmoner arter veya dallarında darlık nedeniyle onarım		1.400,67
808	604.770	Aort root genişletmesi ile birlikte aort replasmanı, mitral kapak rekonstrüksiyonu		2.100,84
809	604.780	Aort root genişletmesi ile birlikte aort ve mitral kapak replasmanı		2.250,93
810	604.790	Çift kapak replasmanı		2.100,84
811	604.791	Bir kapak replasmanı ile birlikte bir kapak valvüloplastisi, ring ile birlikte veya değil		1.801,01
812	604.800	Infundibül stenozda sağ ventriküler rezeksiyon	Kommissurotomi ile birlikte veya değil	1.680,78
813	604.810	Outflow tract bypassı (Yama)	Valvotomi veya infundibül rezeksiyon ile birlikte veya değil	1.680,78
814	604.820	Pulmoner arter anevrizması		1.500,67
815	604.830	Üç kapak replasmanı		2.501,01
816	604.831	İki kapak replasmanı ile birlikte bir kapak valvüloplastisi, ring ile veya değil		2.300,17
817	604.840	Valvotomi, pulmoner kapak, açık	Kommissurotomi, kardiyopulmoner by-pass ile birlikte	1.600,67
818	604.850	Valvotomi, pulmoner kapak, açık, inflow oklüzyon ile	Kommissurotomi	1.639,12
819	604.851	Pulmoner kapak replasmanı	Kardiyopulmoner by-pass ile birlikte	1.700,67
820	604.860	Valvotomi, pulmoner kapak, kapalı (Transventriküler)	Kommissurotomi	1.400,67
821		<b>KORONER ARTER İLE İLGİLİ İŞLEMLER</b>		
822	604.870	Anormal koroner arter, greft ile	Epikrizde mutlaka by-pass yapılan damarlar açık olarak belirtilecek, aksi takdirde bir koroner by-pass karşılanacaktır.	1.240,47
823	604.880	Anormal koroner arter, greft ile	Kardiyopulmoner by-pass olmaksızın	1.600,67
824	604.890	Anormal koroner arter, ligasyon	Kardiyopulmoner by-pass ile birlikte	1.120,57
825	604.900	Koroner anjiyoplastisi, koroner by-pass ile birlikte	Endarterektomi	1.200,51
826	604.910	Koroner arter by-pass, karotid endarterektomi ile birlikte patch plasti		2.200,00
827	604.920	Koroner arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb), dört ve daha çok koroner grefti	Kardiyopulmoner by-pass olmaksızın	1.840,81
828	604.930	Koroner arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb), iki koroner grefti	Kardiyopulmoner by-pass olmaksızın	1.600,67
829	604.940	Koroner arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb), tek koroner grefti	Kardiyopulmoner by-pass olmaksızın	1.480,61
830	604.950	Koroner arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb), üç koroner grefti	Kardiyopulmoner by-pass olmaksızın	1.720,74
831	604.960	Koroner arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb), bey koroner grefti, kardiyopulmoner by-pass ile		2.000,84
832	604.970	Koroner arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb), beyten fazla koroner grefti, kardiyopulmoner by-pass ile		2.100,84
833	604.980	Koroner arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb), dört koroner grefti, kardiyopulmoner by-pass ile		1.900,84
834	604.990	Koroner arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb), iki koroner grefti, kardiyopulmoner by-pass ile		1.700,67

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
835	605.000	Koronar arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb.), tek koroner grefti, kardiyopulmoner by-pass ile		1.600,67
836	605.010	Koronar arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb), üç koroner grefti, kardiyopulmoner by-pass ile		1.800,67
837	605.020	Koronar arteriyovenöz veya arteriyokardiyak fistüli onarımı	Kardiyopulmoner by-pass ile birlikte	1.500,67
838	605.030	Myokardiyal rezeksiyon (ÖR/ Ventriküller anevrizmektomi)	Ek olarak yapılacak her by-pass için 100 puan eklenir.	1.840,81
839	605.040	Postinfarkt VSD onarımı, miyokardiyal rezeksiyon ile birlikte veya değil	Ek olarak yapılacak her by-pass için 100 puan eklenir.	2.360,88
840	605.050	Ventriküler küçültme ameliyatı (Batista)		2.951,10
841		<b>SEPTAL DEFEKT</b>		
842	605.060	Sekundum atriyal septal defekt onarımı, primer	605.070 ve 605.080 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.400,67
843	605.070	Sekundum atriyal septal defekt onarımı, yama ile	605.060 ve 605.080 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.656,41
844	605.080	Atriyal septal defekt ve sinüs venosus onarımı, primer veya yama ile	605.060, 605.070 ile birlikte faturalandırılmaz. Anormal pulmoner venöz drenaj var veya yok	1.480,61
845	605.090	Atriyal septal defekt ve VSD kombine onarımı, primer veya patch ile	605.175 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.500,67
846	605.100	Parsiyel A-V kanal defektli onarımı, yama ile	605.110, 605.120 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.720,74
847	605.110	Parsiyel A-V kanal defektli ve VSD onarımı, yama ile	Mitral ve/veya triküspid klefl onarımı varyoç.	1.880,78
848	605.120	Komplet atriyovenriküler kanal onarımı, prostetik kapak ile/olmaksızın	605.100, 605.110 ile birlikte faturalandırılmaz.	2.271,91
849	605.130	Ventriküller Septal Defekt (VSD) kapatılması, primer	605.140, 605.150, 605.160 ve 605.175 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.440,64
850	605.140	Ventriküller Septal Defekt (VSD) kapatılması, yama ile	605.130, 605.150, 605.160 ve 605.175 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.500,67
851	605.150	Asiyatik VSD kapatılması ve pulmoner valvotomi/infund. rezeksiyonu	605.130, 605.140, 605.150, 605.160 ve 605.175 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.760,71
852	605.160	VSD kapatılması ve pulmoner arter bantı çıkarılması, yama ile veya yama olmaksızın	605.130, 605.140, 605.150, 605.160 ve 605.175 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.760,71
853	605.170	Pulmoner arterin bantlanması		1.344,01
854	605.175	Kateeter ile ASD ve VSD kapatılması	605.090, 605.130, 605.140, 605.150, 605.160 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.000,51
855		<b>DİĞER DOĞUMSAL OLGULAR</b>		
856	605.180	Cor triatriatum		1.400,67
857	605.190	Triküspit atrezisi onarımı (ÖR/ Fontan, Modifiye Fontan işlemleri)		2.360,88
858	605.200	Korrektif TGA'da VSD		1.600,67
859	605.210	Korrektif TGA'da kapak plastisi		1.900,84
860	605.220	Korrektif TGA'da kapak replasmanı		1.900,84
861	605.230	Korrektif TGA'da PS ile birlikte VSD		2.360,88
862	605.240	Falot tetralojisi komplet onarımı, transantriler yama olmaksızın		2.077,57
863	605.250	Falot tetralojisi komplet onarımı, transantriler yama ile birlikte		2.124,79
864	605.260	Falot tetralojisi komplet onarımı, önceki shunfın kapatılması ile birlikte		2.487,35
865	605.270	Çift çıkışlı veya girişli sağ veya sol ventrikül cerrahisi		2.596,96
866		<b>SİNÜS VALSALVA</b>		
867	605.280	Sinüs valsalva fistülli onarımı, kardiyopulmoner by-pass ile birlikte		1.600,67
868	605.290	Sinüs valsalva fistülli onarımı, ventriküller septal defekt onarımı ile birlikte	605.130, 605.140 ve 605.150 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.760,71
869	605.300	Sinüs valsalva anevrizması onarımı	Kardiyopulmoner by-pass ile birlikte	1.640,64
870	605.310	Aortikovenriküler tünel onarımı		1.600,67
871		<b>TOTAL ANORMAL PULMONER VENÖZ DRENAJ</b>		
872	605.320	Anormal venöz dönüşün komplet onarımı	Suprakardiyak, intrakardiyak veya infrakardiyak tipler	2.065,77
873		<b>SHUNT İŞLEMLERİ</b>		
874	605.330	Atriyal septektomi veya septostomi, kapalı	Blalock-Hanlon tipi operasyon	1.477,23
875	605.340	Atriyal septektomi, açık		1.120,57
876	605.350	Shunt, subklavyen-pulmoner arter	Blalock- Taussig tipi operasyon	1.548,06
877	605.360	Shunt, asendan aorta-pulmoner arter	Waterston tipi operasyon	1.200,51
878	605.370	Shunt, desendan aorta-pulmoner arter	Potts-Smith tipi operasyon	1.548,06
879	605.380	Shunt, santral, prostetik greft		1.342,33
880	605.390	Shunt, vena cava-pulmoner arter	Glenn tipi operasyon	1.548,06
881	605.400	Bidirectional kavopulmoner anastomoz	Kardiyopulmoner by-pass ile birlikte	1.656,41
882		<b>BÜYÜK ARTERLERİN TRANZPOZİSYONU</b>		
883	605.410	Büyük arterlerin tranzpozisyonu onarımı, Atriyal Batifle işlemi, kardiyopulmoner by-pass ile birlikte		2.382,80
884	605.420	Büyük arterlerin tranzpozisyonu onarımı, Atriyal Batifle işlemi, pulmoner bantı çıkarılması ile birlikte		2.100,84
885	605.430	Büyük arterlerin tranzpozisyonu onarımı, Atriyal Batifle işlemi, ventriküller septal defekt kapatılması ile birlikte		2.716,69
886	605.440	Büyük arterlerin tranzpozisyonu onarımı, Atriyal Batifle işlemi, subpulmonik darlık onarılması ile birlikte		2.200,84
887	605.450	Büyük arterlerin tranzpozisyonu onarımı, arteryel rekonstrüksiyon (Jaten)		2.951,10
888	605.460	Büyük arterlerin tranzpozisyonu onarımı, pulmoner bant çıkarılması ile birlikte		3.010,12
889	605.470	Büyük arterlerin tranzpozisyonu onarımı, ventriküller septal defekt kapatılması		3.069,14
890	605.480	Büyük arterlerin tranzpozisyonu onarımı, subpulmonik darlık onarılması		2.551,10
891	605.490	Büyük arterlerin tranzpozisyonunda Rastelli operasyonu		2.951,10
892	605.500	Intraventriküler re-routing ameliyatları		2.601,01
893		<b>TRUNKUS ARTERIOSUS</b>		
894	605.510	Trunkus arteriosus, total onarım, Rastelli tipi ameliyat		2.655,99
895		<b>AORTİK ANOMALİLER</b>		

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
896	605.520	Aberan damar divizyonu	Vasküler ring	1.247,89
897	605.530	Aberan damar divizyonu, reanastomoz ile birlikte	Vasküler ring	1.458,68
898	605.540	Aort koarktasyonu eksiyonu ve greft ile rekonstrüksiyon (PDA var veya yok)		1.320,57
899	605.550	Aort koarktasyonu eksiyonu ve uç-uca anastomoz (PDA var veya yok)		1.561,55
900	605.560	Aort koarktasyonu onarımı, kardiyopulmoner by-pass ile birlikte		1.500,67
901	605.570	Aort koarktasyonu, greft ile by-pass		1.431,70
902	605.580	Aort koarktasyonu, prostetik materyal kullanarak plasti		1.716,69
903	605.590	Aort koarktasyonu, sol subklavyen arter ile flep aortoplasti		1.716,69
904	605.600	Aortopulmoner pencere kapatılması, kardiyopulmoner by-pass ile birlikte		1.560,71
905	605.610	Aortopulmoner pencere kapatılması, kardiyopulmoner by-pass olmaksızın		1.120,57
906	605.620	Hipoplastik sol kalp sendromu onarımı		2.362,56
907	605.630	Hipoplastik veya interrupted aortik ark, otojen veya prostetik materyal ile onarım		1.947,72
908	605.640	Patent Duktus Arteriosus (PDA) divizyonu		1.198,99
909	605.650	Patent Duktus Arteriosus (PDA) divizyonu, by-pass ile birlikte		1.520,57
910	605.660	Patent Duktus Arteriosus (PDA) ligasyonu, primer		910,62
911	605.670	Trakea dekompresyonu için aortik suspansiyon	Aortopeksi	800,34
912		<b>TORASİK AORT ANEVİZMASI ONARIMI</b>		
913	605.680	Asendan aorta grefti, kapak replasmanı ve transvers aort ark grefti, kardiyopulmoner by-pass ile birlikte, koroner implant var		2.701,01
914	605.690	Asendan aorta grefti, kardiyopulmoner by-pass ile, koroner implantasyonu dahil, kapak replasmanı olmadan		2.100,84
915	605.700	Asendan aorta grefti, kardiyopulmoner by-pass ile, koroner implant yok, kapak replasmanı olmadankapak suspansiyon varyok		2.145,19
916	605.710	Asendan aorta grefti, kardiyopulmoner by-pass ile, koroner implant yok, kapak replasmanı ile birlikte		2.200,84
917	605.720	Asendan aorta grefti, kardiyopulmoner by-pass ile, koroner implant var, kapak replasmanı ile birlikte		2.200,84
918	605.730	Asendan aorta grefti, kardiyopulmoner by-pass ile, koroner implant var, kapak suspansiyon var veya yok, kapak replasmanı olmadan ve transvers aort ark grefti, arkus damarlarına by-pass ile birlikte		2.701,01
919	605.740	Asendan aorta grefti, kardiyopulmoner by-pass ile, koroner implant yok, kapak replasmanı ile birlikte ve transvers aort ark grefti		2.601,01
920	605.750	Asendan aorta grefti, kardiyopulmoner by-pass ile, koroner implant var, kapak suspansiyon var veya yok, kapak replasmanı olmadan ve transvers aort ark grefti		3.069,14
921	605.760	Asendan aorta grefti, kardiyopulmoner by-pass ile, koroner implant var, kapak suspansiyon var veya yok, arkus damarlarına by-pass ile birlikte transvers aort ark grefti		2.601,01
922	605.770	Asendan aorta grefti, kardiyopulmoner by-pass ile, koroner implant yok, kapak suspansiyon var veya yok, kapak replasmanı olmadan ve transvers aort ark grefti		2.501,01
923	605.780	Asendan aorta grefti, kardiyopulmoner by-pass ile, koroner implant var, kapak replasmanı ile, arkus damarlarına by-pass ile birlikte transvers aort ark grefti		3.305,23
924	605.790	Desendan aortaya arkus aorta için den ulaşarak greft implantasyonu median sternotomi ve kardiyopulmoner by-pass ile ÖR/ Elephant trunk vb.		2.801,18
925	605.800	Desendan torasik aorta grefti, torasik insizyon ile, kardiyopulmoner by-pass var/yok		1.800,67
926	605.810	Torakoabdominal aort anevrizması,torasik veya torakoabdominal insizyonda, greftli, kardiyopulmoner by-pass var veya yok		2.000,84
927	605.820	Torasik aort anevrizmalarında endovasküler greft implantasyonu		1.416,53
928	605.830	Transvers ark grefti, kardiyopulmoner by-pass ile		2.240,98
929	605.840	Transvers ark grefti, kardiyopulmoner by-pass ile arkus damarlarına by-pass birlikte		2.401,01
930		<b>PULMONER ARTER</b>		
931	605.850	Pulmoner arter embolektomi, kardiyopulmoner by-pass ile birlikte	605.870 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.520,57
932	605.860	Pulmoner arter embolektomi, kardiyopulmoner by-pass olmaksızın		1.080,44
933	605.870	Pulmoner tromboendarerektomi, kardiyopulmoner by-pass ile birlikte	605.850 ile birlikte faturalandırılmaz. Embolektomi varyok.	1.720,74
934	605.880	Pulmoner banding		1.300,17
935		<b>DİĞER İŞLEMLER</b>		
936	605.910	IABP, arter onarımını da içerecek şekilde balon çıkarılması, greftli veya greftsiz		320,24
937	605.920	Intraaortik balon kontripsasyonu (IABP)	Sadece yerleştirme	400,17
938	605.930	Kalp transplantasyonu	Alıcıya kardiyektomi yapılmış veya değil	4.080,94
939	605.940	Kalp-akciğer transplantasyonu	Alıcıya kardiyektomi-pnömonektomi ile birlikte	5.438,45
940	605.950	Kardiyopulmoner yetmezlik nedeni ile uzamış ekstrakorporeal dolaşım	Günde en fazla bir defa faturalandırılır.	650,93
941	605.960	Kardiyopulmoner by-pass cerrahi işlemi, ilk gün pompa takibi dahil	Ek cerrahi işlem olmaksızın	993,25



## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
942	605.970	Sağ ve/veya sol ventriküle yardımcı cihaz takılması veya çıkarılması		1.475,55
943		<b>ARTERYEL EMBOLİKTOMİ VEYA TROMBEKTOMİ</b>		
944	605.980	Embolektomi veya trombektomi, karotid, subklavyen veya innominate arter boyun insizyonu ile, katater var veya yok		800,34
945	605.990	Embolektomi veya trombektomi, karotid, subklavyen veya innominate arter torasik insizyon ile, katater var veya yok		800,34
946	606.000	Embolektomi veya trombektomi, aksiller, brakial, innominate, subklavyen arter kol insizyonu ile, katater var veya yok		320,24
947	606.010	Embolektomi veya trombektomi, radial veya ulnar arter kol insizyonu ile, katater var veya yok		320,24
948	606.020	Embolektomi veya trombektomi, renal, çölyak, mezenter, aortoiyık arter abdominal insizyon ile, katater var veya yok		800,34
949	606.030	Embolektomi veya trombektomi, femoropopliteal, aortoiyık arter bacak insizyonu ile, katater var veya yok		475,55
950	606.040	Embolektomi veya trombektomi, popliteal, tibiyoperoneal arter, bacak insizyonu ile, katater var veya yok		720,07
951		<b>VENÖZ TROMBEKTOMİ</b>		
952	606.050	Trombektomi, vena kava, iliyak ven, abdominal insizyon ile	606.060, 606.070 ile birlikte faturalandırılmaz.	480,27
953	606.060	Trombektomi, vena cava, iliyak, femoropopliteal ven, bacak insizyonu ile	606.050, 606.070 ile birlikte faturalandırılmaz.	320,24
954	606.070	Trombektomi, vena kava, iliyak ven, femoropopliteal ven, bacak insizyonu ve abdominal insizyon ile	606.050, 606.060 ile birlikte faturalandırılmaz.	600,34
955	606.080	Trombektomi, subclavian ven, boyun insizyonu ile		400,17
956	606.090	Trombektomi, aksiller ve subklavyen ven, kol insizyonu ile		280,27
957	606.091	Trombektomi, diğer	Akut eksternal tromboze hemoroidde vb.	84,32
958		<b>VENÖZ REKONSTRÜKSİYON</b>		
959	606.100	Valvüloplasti, femoral ven		480,27
960	606.110	Venöz kapak transpozisyonu, herhangi bir döndür ven		600,34
961	606.120	Venöz sisteme cross-over ven grefti		1.000,51
962	606.130	Safenopopliteal ven anastomozu		680,27
963	606.140	Vena kava superior sendromunda by-pass		1.000,51
964		<b>DİREKT ANEVİZİMA ONARIMI VEYA EKKSİYONU</b>		
965	606.150	Abdominal aort anevrizmalarında endovasküler greft implantasyonu		1.500,67
966	606.160	Abdominal aort dallarının veya periferik arterlerin anevrizmalarında endovasküler greft implantasyonu		800,34
967	606.170	Anevrizma veya oklüziv hastalık, aksiller-brakial arter, kol insizyonu ile		720,40
968	606.180	Anevrizma, false anevrizma veya oklüziv hastalık, visseral damarları da içeren abdominal aorta lezyonu	Mezenterik, çölyak, renal	1.600,67
969	606.190	Anevrizma, false anevrizma veya oklüziv hastalık	Common femoral arter, profunda femoris, superficial femoral arter	720,40
970	606.200	Anevrizma, false anevrizma veya oklüziv hastalık, iliyak damarları da içeren abdominal aorta lezyonu	Common, hipogastrik, eksternal	1.500,67
971	606.210	Anevrizma, false anevrizma veya oklüziv hastalık, iliyak arter	Common, hipogastrik, eksternal	1.000,51
972	606.220	Anevrizma, false anevrizma veya oklüziv hastalık, vertebra arter		500,34
973	606.230	Anevrizma, false anevrizma veya oklüziv hastalık, innominate arter, subklavyen arter, torasik insizyon ile		720,40
974	606.240	Anevrizma, false anevrizma veya oklüziv hastalık, abdominal aorta		1.400,67
975	606.250	Anevrizma, false anevrizma veya oklüziv hastalık, diğer arterler		720,40
976	606.260	Anevrizma, false anevrizma veya oklüziv hastalık, hepatic, çölyak, renal, mezenterik arter		1.200,51
977	606.270	Anevrizma, false anevrizma veya oklüziv hastalık, popliteal arter		800,34
978	606.280	Anevrizma, false anevrizma veya oklüziv hastalık, radial, ulnar arter		720,40
979	606.290	Anevrizma, false anevrizma veya oklüziv hastalık, splenik arter		900,34
980	606.300	Direkt anevrizma veya false anevrizma onarımı veya ekksizyonu, parysiyel veya total ve greft yerleştirilmesi, karotid veya subklavyen arterde anevrizma veya oklüziv hastalık, patch greft ile veya değil, boyun insizyonu ile		800,34
981	606.310	Rüptüre anevrizma, common-profunda-süperfişyel-femoral arter		880,44
982	606.320	Rüptüre anevrizma, abdominal aorta		1.900,84
983	606.330	Rüptüre anevrizma, aksiller-brakial arter, kol insizyonu ile		920,40
984	606.340	Rüptüre anevrizma, diğer arterler		720,40
985	606.350	Rüptüre anevrizma, hepatic-çölyak-renal veya mezenterik arter		1.400,67
986	606.360	Rüptüre anevrizma, iliyak arter	Common, hipogastrik, eksternal	1.120,57
987	606.370	Rüptüre anevrizma, iliyak damarları da içeren abdominal aorta lezyonu	Common, hipogastrik, eksternal	2.000,84
988	606.380	Rüptüre anevrizma, innominate, subklavyen arter, torasik insizyon ile		920,40
989	606.390	Rüptüre anevrizma, karotid-subklavyen art, boyun insizyonu ile		1.000,51
990	606.400	Rüptüre anevrizma, popliteal arter		1.000,51
991	606.410	Rüptüre anevrizma, splenik arter		1.300,51
992	606.420	Rüptüre anevrizma, visseral damarları da içeren abdominal aorta lezyonu	Mezenterik, çölyak, renal	2.000,84
993		<b>ARTERİYOVENÖZ FİSTÜL ONARIMI</b>		
994	606.430	Arteriyovenöz fistül onarımı, konjenital, baş ve boyun		800,34
995	606.440	Arteriyovenöz fistül onarımı, konjenital, toraks ve abdomen		1.040,47
996	606.450	Arteriyovenöz fistül onarımı, konjenital, ekstremiteler		800,34
997	606.460	Arteriyovenöz fistül onarımı, edinsel veya travmatik, baş ve boyun		880,44
998	606.470	Arteriyovenöz fistül onarımı, edinsel veya travmatik, toraks ve abdomen		1.280,61

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
999	606.480	Arteriyovenöz fistül onarımı, edinsel veya travmatik, ekstremite ler		880,44
1000	606.490	Arteriyovenöz fistüllerinde endovasküler greft implantasyonu		800,34
1001		<b>FİSTÜL DİŞINDA DAMAR ONARIMI</b>	Patch greft ile veya değil	
1002	606.500	Damar onarımı, direkt, boyun		840,47
1003	606.510	Damar onarımı, direkt, üst ekstremite		758,85
1004	606.520	Damar onarımı, direkt, el, parmak		991,57
1005	606.530	Damar onarımı, direkt, intratorasik, by-pass ile		1.320,57
1006	606.540	Damar onarımı, direkt, intratorasik, by-pass ile değil		960,37
1007	606.550	Damar onarımı, direkt, intraabdominal		1.274,87
1008	606.560	Damar onarımı, direkt, alt ekstremit e		640,30
1009	606.570	Ven grefti ile damar onarımı, boyun		1.040,47
1010	606.580	Ven grefti ile damar onarımı, üst ekstremit e		1.040,47
1011	606.590	Ven grefti ile damar onarımı, intratorasik, by-pass ile		1.480,61
1012	606.600	Ven grefti ile damar onarımı, intratorasik, by-pass ile değil		1.000,51
1013	606.610	Ven grefti ile damar onarımı, intraabdominal		1.300,51
1014	606.620	Ven grefti ile damar onarımı, alt ekstremit e		900,34
1015	606.630	Ven dışında başka bir greftle damar onarımı, boyun		640,30
1016	606.640	Ven dışında başka bir greftle damar onarımı, üst ekstremit e		640,30
1017	606.650	Ven dışında başka bir greftle damar onarımı, intratorasik, by-pass ile		1.280,61
1018	606.660	Ven dışında başka bir greftle damar onarımı, intratorasik, by-pass yapılmaksızın		880,44
1019	606.670	Ven dışında başka bir greftle damar onarımı, intraabdominal		800,34
1020	606.680	Ven dışında başka bir greftle damar onarımı, alt ekstremit e		760,37
1021		<b>TROMBOENDARTEKTOMİ</b>		
1022	606.690	Tromboendarterektomi, karotit, vertebral, subklavyen, boyun insizyonu ile, patch greft ile veya değil		1.180,44
1023	606.700	Tromboendarterektomi, subklavyen, innominate, torasik insizyon ile		1.000,51
1024	606.710	Tromboendarterektomi, aksiller, brakial		720,40
1025	606.720	Tromboendarterektomi, abdominal aorta		960,37
1026	606.730	Tromboendarterektomi, mezenterik, göbük veya renal		880,44
1027	606.740	Tromboendarterektomi, iliyak		880,44
1028	606.750	Tromboendarterektomi, iliyofemoral		920,40
1029	606.760	Tromboendarterektomi, kombine aortiliyak		960,37
1030	606.770	Tromboendarterektomi, kombine aortiliyofemoral		1.040,47
1031	606.780	Tromboendarterektomi, common femoral		720,40
1032	606.790	Tromboendarterektomi, derin (Profunda) femoral		760,37
1033	606.800	Tromboendarterektomi, femoral ve/veya popliteal ve/veya tibiyoperoneal		800,34
1034	606.810	Tromboendarterektomi, femoral stüptisyal, lokalize		720,40
1035		<b>BY-PASS GREFT-VEN</b>		
1036	606.820	By-pass greft, ven ile, karotit		900,34
1037	606.830	By-pass greft, ven ile, karotit-subklavyen		900,34
1038	606.840	By-pass greft, ven ile, subklavyen-karotit		900,34
1039	606.850	By-pass greft, ven ile, karotit-subklavyen		900,34
1040	606.860	By-pass greft, ven ile, karotit-karotit		900,34
1041	606.870	By-pass greft, ven ile, subklavyen-subklavyen		900,34
1042	606.880	By-pass greft, ven ile, subklavyen-vertebral		900,34
1043	606.890	By-pass greft, ven ile, subklavyen-aksiller		900,34
1044	606.900	By-pass greft, ven ile, aksiller-aksiller		900,34
1045	606.910	By-pass greft, ven ile, aksiller-femoral		1.000,51
1046	606.920	By-pass greft, ven ile, aortosubklavyen veya karotit		1.200,51
1047	606.930	By-pass greft, ven ile, aortogöbük veya aortomezenterik		1.200,51
1048	606.940	By-pass greft, ven ile, aksiller-femoral-femoral		1.200,51
1049	606.950	By-pass greft, ven ile, splenorenal		1.100,51
1050	606.960	By-pass greft, ven ile, aortiliyak		1.000,51
1051	606.970	By-pass greft, ven ile, aortiofemoral veya bifemoral		1.000,51
1052	606.980	By-pass greft, ven ile, aortiliyofemoral, tek taraf		1.040,47
1053	606.990	By-pass greft, ven ile, aortiliyofemoral, iki taraf		1.120,57
1054	607.000	By-pass greft, ven ile, aortiofemoral-popliteal		1.200,51
1055	607.010	By-pass greft, ven ile, femoral-popliteal		1.040,47
1056	607.020	By-pass greft, ven ile, femoral-femoral		880,44
1057	607.030	By-pass greft, ven ile, aortorenal		1.100,51
1058	607.040	By-pass greft, ven ile, iliyofemoral		960,37
1059	607.050	By-pass greft, ven ile, iliyofemoral		1.100,51
1060	607.060	By-pass greft, ven ile, femoral-anteriör tibiyal, posteriör tibiyal, peroneal arter veya distal damarlar		1.040,47
1061	607.070	By-pass greft, ven ile, popliteal-tibiyal, peroneal arter veya diğer distal damarlar		1.000,51
1062		<b>İNSİTÜ VEN BY-PASS</b>		
1063	607.080	İnsitu ven by-pass, aortiofemoral-popliteal	Sadece femoropopliteal kısmı insitu	960,37
1064	607.090	İnsitu ven by-pass, femoral-popliteal		920,40
1065	607.100	İnsitu ven by-pass, femoral-anteriör tibiyal, posteriör tibiyal veya peroneal arter		960,37
1066	607.110	İnsitu ven by-pass, popliteal-tibiyal, peroneal		960,37
1067		<b>BY-PASS GREFT, VEN DİŞINDAKİLERE</b>		
1068	607.120	By-pass greft, ven dışındakilerle, karotit		960,37
1069	607.130	By-pass greft, ven dışındakilerle, karotit-subklavyen		960,37
1070	607.140	By-pass greft, ven dışındakilerle, subklavyen-subklavyen		960,37
1071	607.150	By-pass greft, ven dışındakilerle, subklavyen-aksiller		960,37
1072	607.160	By-pass greft, ven dışındakilerle, aksiller-femoral		960,37
1073	607.170	By-pass greft, ven dışındakilerle, aortosubklavyen veya karotit		1.120,57
1074	607.180	By-pass greft, ven dışındakilerle, aortomezenterik, aortorenal		1.120,57
1075	607.190	By-pass greft, ven dışındakilerle, splenorenal		1.120,57

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
1076	607.200	By-pass grefti, ven dışındakilerle, vertebral-karotit transpozisyonu		960,37
1077	607.210	By-pass grefti, ven dışındakilerle, vertebral-subklavyen transpozisyonu		960,37
1078	607.220	By-pass grefti, ven dışındakilerle, aortiliyak		1.280,61
1079	607.230	By-pass grefti, ven dışındakilerle, karotit-vertebral		1.280,61
1080	607.240	By-pass grefti, ven dışındakilerle, subklavyen-vertebral		1.280,61
1081	607.250	By-pass grefti, ven dışındakilerle, aortofemoral veya bifemoral		1.400,67
1082	607.260	By-pass grefti, ven dışındakilerle, aksiller-aksiller		880,44
1083	607.270	By-pass grefti, ven dışındakilerle, aortofemoral-popliteal		1.300,51
1084	607.280	By-pass grefti, ven dışındakilerle, aksiller-femoral-femoral		1.120,57
1085	607.290	By-pass grefti, ven dışındakilerle, femoral-popliteal		1.000,51
1086	607.300	By-pass grefti, ven dışındakilerle, femoral-femoral		800,34
1087	607.310	By-pass grefti, ven dışındakilerle, iliyoiliyak		960,37
1088	607.320	By-pass grefti, ven dışındakilerle, iliyo-femoral		960,37
1089	607.330	By-pass grefti, ven dışındakilerle, femoral-anterior tibiyal, posterior tibiyal veya peroneal		1.040,47
1090	607.340	By-pass grefti, ven dışındakilerle, popliteal-tibiyal veya peroneal arter		960,37
1091	607.350	By-pass grefti, kompoziti (Graft + ven)		960,37
1092		<b>EKSPLORAYSON</b>		
1093	607.360	Eksplorasyon, cerrahi onarım yapılmayan, arter diseksiyonu ile birlikte/değil		260,20
1094	607.370	Eksplorasyon, cerrahi onarım yapılmayan, karotit arter		180,10
1095	607.380	Eksplorasyon, cerrahi onarım yapılmayan, femoral arter		180,10
1096	607.390	Eksplorasyon, cerrahi onarım yapılmayan, popliteal arter		180,10
1097	607.400	Eksplorasyon, cerrahi onarım yapılmayan, diğer damarlar		220,24
1098		<b>POSTOPERATİF EKSPLORAYSON</b>	Kanama, tromboz veya enfeksiyon için	
1099	607.410	Arteriyel veya venöz greftile trombektomi ve/veya onarım		520,24
1100	607.420	Enfekte greftin eksiyonu, abdominal		600,34
1101	607.430	Enfekte greftin eksiyonu, ekstremité		320,24
1102	607.440	Enfekte greftin eksiyonu, revaskülarizasyon ile birlikte		1.000,51
1103	607.450	Enfekte greftin eksiyonu, revaskülarizasyon ile birlikte femoral-anterior tibiyal, posterior tibiyal veya peroneal arter		1.040,47
1104	607.460	Enfekte greftin eksiyonu, revaskülarizasyon ile birlikte popliteal-tibiyal veya peroneal arter		960,37
1105	607.470	Graft-enterik fistül onarımı		1.400,67
1106	607.480	Postoperatif eksplorasyon, abdomen		600,34
1107	607.490	Postoperatif eksplorasyon, boyun		400,17
1108	607.500	Postoperatif eksplorasyon, ekstremité		360,20
1109	607.510	Postoperatif eksplorasyon, göğüs		800,34
1110		<b>INTRAVASKÜLER KANÜLASYON VE SHUNT (AYRI İŞLEM)</b>		
1111	607.530	Arteriyovenöz anevrizmanın plastik onarımı		840,47
1112	607.560	Arteriyovenöz fistül revizyonu, trombektomi ile veya değil, otojen veya nonotojen grefti ile		560,37
1113	607.600	Hemodiyaliz amacıyla A-V fistül/şant yapılması veya kapatılması		350,25
1114	607.640	Kardiyopulmoner yeimezlikte uzamış ekstrakorporal dolaşım için kanül (leri) yerleştirilmesi (ECMO)		440,30
1115	607.680	Uzamış ekstrakorporal dolaşım bakımı		1.050,42
1116		<b>TRANSKATETER TEDAVİSİ VE BİYOPSİ</b>		
1117	607.690	Transkateter biyopsi		320,24
1118	607.700	Transkateter tedavi, koroner dışımda tromboliz için infüzyon		480,27
1119	607.710	Transkateter tedavi, tromboliz dışında başka bir amaç için infüzyon	Herhangi bir tip, 7 günde en fazla bir defa faturalandırılır.	350,25
1120		<b>LİGASYON VE DİĞER İŞLEMLER</b>		
1121	607.720	Eski-yüzeyel varis, sklerozan madde enjeksiyonu, her bir enjeksiyon		8,09
1122	607.730	Internal juguler ven ligasyonu		400,17
1123	607.740	Interruption, parsiyel veya komplet, stitür, ligasyon, plikasyon, klip, ekstravasküler, intravasküler (Umbrella cihaz) vella vena ca		600,34
1124	607.750	Interruption, parsiyel/komplet, ligasyon, intravasküler cihaz ile femoral venin		280,27
1125	607.760	Interruption, parsiyel/komplet, ligasyon, intravasküler cihaz ile iliak venin		400,17
1126	607.770	Kanayan küçük arter, ven bağlanması		50,08
1127	607.780	Karotit body tümör çıkarılması		900,34
1128	607.790	Ligasyon veya biyopsi, temporal arter		70,83
1129	607.800	Ligasyon, eksternal karotit arter		300,17
1130	607.810	Ligasyon, internal veya common karotit arter	Kademeli oklüzyon ile Selverstone veya Crutchfield klempii kullanıldığı gibi	400,17
1131	607.820	Ligasyon, internal veya common karotit arter		320,24
1132	607.830	Ligasyon, major arter, abdomen		600,34
1133	607.840	Ligasyon, major arter, boyun		320,24
1134	607.850	Ligasyon, major arter, ekstremité		400,17
1135	607.860	Ligasyon, major arter, göğüs		400,17
1136	607.870	Linton tipi deri grefti ile perforatör venlerin ligasyonu, subfasiyal		800,34
1137	607.871	Perforatör venlerin ligasyonu, subfasiyal, her biri	En fazla 4 ligasyon faturalandırılır.	50,00
1138	607.880	Rekürren veya sekonder variköz venlerin ligasyonu, ve/veya divizyonu		50,08

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
1139	607.890	Safenofemoral birleşim yerinde vena safena magna ligasyonu ve divizyonu veya distal interseksiyonlar		160,20
1140	607.900	V. safena magna ve parvarının ligasyonu (ikişi birden), divizyon ve komplet strippingi		400,17
1141	607.910	Varislerde lokal pake eksizyonu, her biri	En fazla 4 pake faturalandırılır.	100,17
1142	607.920	Varislerde sklerozan madde enjeksiyonu, her bir seans		40,13
1143	607.930	Vena safena magna/parvarının ligasyonu, divizyon ve komplet strippingi		300,17
1144	607.931	Vena safena magna ve /veya parvarının endovenöz ablasyonu (RT/lazer)		300,00
1145	607.940	Vena safena magna/parvarının ligasyonu, divizyon ve komplet strippingi ile birlikte radikal tılsir eksizyonu ve deri grefti ve/veya alt ekstremite komünikasyon venterini bağlanması, derin fascia eksizyonu ile birlikte		700,34
1146	607.950	Vena safena parvarının safenopoplital birleşim yerinde ligasyonu ve divizyonu	Ayrı işlem	80,10
1147		<b>KAN VE LENF SİSTEMLERİ</b>		
1148		<b>DALAK</b>		
1149	607.960	Splenorafi	607.970, 607.980 ile birlikte faturalandırılmaz.	858,35
1150	607.970	Splenektomi, parsiyel	607.960, 607.980 ile birlikte faturalandırılmaz.	937,61
1151	607.971	Splenektomi, parsiyel, laparoskopik		937,61
1152	607.980	Splenektomi, total	607.960, 607.970 ile birlikte faturalandırılmaz.	600,34
1153	607.981	Splenektomi, total, laparoskopik		600,34
1154		<b>LENF NODLARI VE LENFATİK KANALLAR</b>		
1155		<b>İNSİZYON</b>		
1156	607.990	Boyun diseksiyonu, tek taraf		826,31
1157	608.000	Thyroginial lenf nodu diseksiyonu		500,34
1158	608.010	Koltuk altı diseksiyonu		354,13
1159	608.020	Lenf nodu apsisi veya lenfadenit drenajı, basit		40,13
1160	608.030	Lenf nodu apsisi veya lenfadenit drenajı, yaygın		80,10
1161	608.040	Lenfanjyotomi veya lenf kanallarına diğer işlemler		200,17
1162	608.050	Retropertitoneal lenf bezi diseksiyonu		1.200,51
1163	608.060	Sentinel lenfadenektomi		236,09
1164	608.070	Toraksik duktusun siltir ve/veya ligasyonu, abdominal yaklaşım ile		560,37
1165	608.080	Toraksik duktusun siltir ve/veya ligasyonu, servikal yaklaşım ile		200,17
1166	608.090	Toraksik duktusun siltir ve/veya ligasyonu, toraksik yaklaşım ile		560,37
1167		<b>EKSİZYON</b>		
1168	608.100	Diseksiyon, derin jugiller nodlar		283,31
1169	608.110	Evreledirme için sınırlı lenfadenektomi (Ayrı işlem), pelvik ve paraaortik		400,17
1170	608.120	Kistik hijroma eksizyonu, basit	Derin nörovasküler diseksiyon olmadan	323,78
1171	608.130	Kistik hijroma eksizyonu, kompleks		519,39
1172	608.140	Lenf nodları biyopsi veya eksizyonu, derin aksiller nodlar		177,07
1173	608.150	Lenf nodları biyopsi veya eksizyonu, internal mammary nodlar (Ayrı işlem)	603.650, 603.660, 603.670, 603.750 ile birlikte faturalandırılmaz.	275,21
1174	608.160	Lenf nodları biyopsi veya eksizyonu, skalen yağ yastığı eksizyonu ile birlikte derin servikal nodlar		259,70
1175	608.161	Yüzeysel lenf bezi biyopsisi veya eksizyonu		96,12
1176		<b>ALT EKSTREMİTEYE YÖNELİK GİRİŞİMLER</b>		
1177	608.170	Tek yanlı süperfişiyel inguinal lenf bezi diseksiyonu		590,22
1178	608.180	Tek yanlı süperfişiyel ile birlikte derin inguinal lenf bezi diseksiyonu		708,26
1179	608.190	Lenfödem tedavisi için Charles ameliyatı, tüm uyuk bölgesinde		1.416,53
1180	608.200	Lenfödem tedavisi için Charles ameliyatı, sınırlı bir alanda		472,18
1181	608.210	Lenfödem tedavisi için Thompson ameliyatı		600,34
1182	608.220	Lenfödemde lenfadenovenöz veya lenfatikovenöz şant		600,34
1183	608.230	Lenfödem için Charles radikal eksizyon ve deri grefti		900,34
1184	608.240	Lenfödem için omentum transpozisyonu		750,42
1185		<b>MİKROCERRAHİ</b>		
1186	608.250	Damar onarımı		758,85
1187	608.260	Damar grefti kullanılarak yapılan vasküler girişimler		1.318,72
1188		<b>6.5.SOLUNUM SİSTEMİ CERRAHİSİ</b>		
1189		<b>TRAKEA VE BRONŞ</b>		
1190	608.270	Bronkobilyer fistül onarımı		1.500,67
1191	608.280	Bronkoplasti, stenoz veya tümör eksizyonu ve anastomoz, greft onarımı var veya yok		1.416,53
1192	608.290	Bronkoplasti, travmatik rüptür		1.180,44
1193	608.300	Bronkoplasti, bronşyal fistül kapama amaçlı	Fibrin glue, sianokrilat vb	354,13
1194	608.310	Bronkoplasti, tamsal (fleksible/rijit), bronşal lavaj ile birlikte veya değil	Genel anestezi ile yapıldığında anestezi ücreti faturalandırılır.	177,07
1195	608.320	Bronkoplasti, biyopsi veya yabancı cisim çıkarılması amacıyla		295,11
1196	608.330	Bronkoplasti, lazer veya koter veya diatermi veya kriyoterapi	608.310 ile birlikte faturalandırılmaz. Bronkoplasti işlem puanı dahil	590,22
1197	608.340	Bronkoplasti, eksizyon dışı bir metotla tümör destrüksiyonu veya stenozun açılması		708,26
1198	608.350	Bronkoplasti, trakeal dilatasyon ve trakeal stent yerleştirilmesi ile birlikte		472,18
1199	608.360	Bronkoplasti, trakeal veya bronşyal dilatasyon ile birlikte		295,11
1200	608.370	Bronkoplasti, trakeobronşyal ağacın terapötik aspirasyonu ile birlikte		150,08
1201	608.371	Bronkoplasti, volüm azaltıcı girişim	Bronkoplasti ayrıca faturalandırılmaz.	500,00
1202	608.372	Bronkoplasti, fırçalama	Bronkoplasti ayrıca faturalandırılmaz.	295,00
1203	608.373	Transkarinal/bronşyal iğne aspirasyonu	Bronkoplasti ayrıca faturalandırılmaz.	295,00
1204	608.380	Cerrahi trakeostomi veya fistül kapatılması, plastik onarım ile birlikte		236,09

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
1205	608.390	Cerrahi trakeostomi veya fistül kapatılması, plastik onarım olmadan		141,65
1206	608.400	Eksternal trakeal yaralanma, primer sütür		1.298,48
1207	608.410	Karinal rekonstrüksiyon		2.360,88
1208	608.420	Pretrakeal fasya açılması	Ciddi mediastinal amfizemde	118,04
1209	608.430	Trakeal stenoz eksiyonu ve anastomoz, servikal, greft onarımı var veya yok		1.416,53
1210	608.440	Trakeal stenoz eksiyonu ve anastomoz, torasik, greft onarımı var veya yok		1.400,67
1211	608.450	Trakeal stenoz eksiyonu ve anastomoz,servikal, greft onarımı var veya yok		1.416,53
1212	608.460	Trakeal tümör veya karsinoma eksiyonu, torasik, greft onarımı var veya yok		1.652,61
1213	608.470	Trakofaringeal fistül onarımı		1.416,53
1214	608.480	Trakeoözefajial fistül primer onarımı		1.416,53
1215	608.490	Trakeostomi stenozu açılması		236,09
1216	608.500	Trakotomi açılması, acil		295,11
1217	608.510	Trakotomi açılması, planlı		236,09
1218		<b>AKCİĞERLER VE PLEVRA</b>		
1219	608.520	Akciğer ile birlikte karaciğer hidatik kisti, aynı seans, frenotomi ile		1.500,67
1220	608.530	Akciğer rezeksiyonu ve mediastinal lenf nodu diseksiyonu		1.920,74
1221	608.540	Akciğer rezeksiyonu, göğüs duvarı rezeksiyonu ve rekonstrüksiyonu, protezli veya protezsiz		1.920,74
1222	608.550	Akciğer transplantasyonu, global		11.000,00
1223	608.560	Amplyem keseei enkleasyonu (Amplyemektomi)		1.000,51
1224	608.570	Bronkial levele lobektomi	608.280 , 608.290 , 608.690 , 608.700 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.600,67
1225	608.580	Bronkovasküler sleeve lobektomi	608.280 , 608.290 ile birlikte faturalandırılmaz.	2.000,84
1226	608.590	Dekortikasyon, pulmoner, parsiyel		839,80
1227	608.600	Dekortikasyon, pulmoner, total		1.198,99
1228	608.620	Ekstended akciğer rezeksiyonları	Göğüs duvarı, diyafragma, perikard vb.	2.160,20
1229	608.630	Intrapleural lavaj, her tür teknikle		300,17
1230	608.640	Kateter torakostomi, kapalı sistem uygulama		178,75
1231	608.650	Kimyasal plöredez, ayrıca tüp torakostomi veya kateter torakostomi eklenecek		100,17
1232	608.660	Kist hidatik ameliyatları, akciğer		887,05
1233	608.670	Kist hidatik ameliyatları, akciğer, mediyan sternotomi ile, iki taraf		1.799,33
1234	608.680	Konjenital akciğer malformasyonları rezeksiyonu		1.290,05
1235	608.690	Lobektomi, konkomitan dekortikasyon ile birlikte		1.639,12
1236	608.700	Lobektomi veya segmentektomi		1.176,69
1237	608.710	Major bronşial fistülün açık cerrahi ile kapatılması		1.200,51
1238	608.720	Neoadjuvan kemoradyoterapi sonrası akciğer rezeksiyonları		2.160,20
1239	608.730	Pnömonektomi		1.654,30
1240	608.740	Pnömonektomi ekstrapleval		2.040,47
1241	608.750	Pnömonektomi ve major damar cerrahisi	VCS ve aorta rezeksiyonu ve rekonstrüksiyonu ile birlikte	3.541,32
1242	608.760	Pnömonostomi, apse veya kistin açık drenajı ile birlikte		700,34
1243	608.770	Sleeve pnömonektomi	608.280 , 608.290 ile birlikte faturalandırılmaz.	3.000,00
1244	608.780	Torakoskopi, eksploratris, biyopsi, drenaj ile birlikte		300,17
1245	608.790	Torakotomi, bül eksiyou-plikasyonu ile birlikte	Plevral işlem var veya yok	959,53
1246	608.800	Torakotomi, intrapleval yabancı cisim		839,80
1247	608.810	Torakotomi, intrapulmoner yabancı cisim çıkartılması ile birlikte		944,35
1248	608.820	Torakotomi, kanama kontrolü ve/veya akciğer yırtığı onarımı		832,73
1249	608.830	Torakotomi, kardiyak masaj ile birlikte		944,35
1250	608.840	Torakotomi, major, eksplorasyon ve biyopsi ile birlikte		720,07
1251	608.850	Torakotomi, postoperatif kanama, hava kaçağı kontrolü		720,07
1252	608.860	Torakotomi, sınırlı, akciğer veya plevra biyopsisi için	608.960 ile birlikte faturalandırılmaz.	600,34
1253	608.870	Torakotomi, volüm küçültücü ameliyat, tek taraf		1.440,13
1254	608.880	Tüp torakostomi, tek taraf (Göğüs tüpüyle su alrı drenajı)	Torakal cerrahi işlemlerle birlikte faturalandırılmaz.	300,17
1255	608.890	Tüp ve kateter torakostomi takibi	Günlük 1 kez faturalandırılır. Pansuman dahil	25,13
1256	608.900	Videotorakoskopi, bül eksiyonu ile birlikte		839,80
1257	608.910	Videotorakoskopi, eksploratris	Biyopsi, drenaj ve diğer videotorakoskopik işlemlerle birlikte faturalandırılmaz.	600,34
1258	608.920	Videotorakoskopi, lobektomi		1.400,67
1259	608.930	Videotorakoskopi, pnömonektomi		1.600,67
1260	608.940	Videotorakoskopi, torakal sempatektomi	Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularına faturalandırılır. Hiperhidroz için sağlık kurulu raporu ile tıbbi gerekçe belirtilmelidir.Diğer endikasyonlar hariç	832,73
1261	608.950	Videotorakoskopi, wedge rezeksiyon		1.079,26
1262	608.960	Wedge rezeksiyon, tek veya çok sayıda	608.860 ile birlikte faturalandırılmaz.Aynı faturada bir defadan fazla kodlanmaz.	900,51
1263	608.961	Plevra biyopsisi, perkütan		210,00
1264	608.962	Transbronşiyal akciğer biyopsisi	Bronkoskopi ayrıca faturalandırılmaz.	379,00
1265		<b>6.6. SİNDİRİM SİSTEMİ CERRAHİSİ</b>		
1266		<b>KARACİĞER</b>		
1267	608.980	Hepatik arter ligasyonu veya kateterizasyonu		300,17
1268	608.990	Hepatikojejunostomi		1.004,70
1269	609.000	Intrahepatik biliyoenterik diversiyonlar		1.250,59
1270	609.010	Karaciğerin safra sistemi ile ilişkili çok sayıda apsesinin (Komplike) drenajı, laparotomi ile		800,34
1271	609.020	Karaciğer tek basit apse drenajı, laparotomi ile		400,17
1272	609.030	Karaciğer Kist hidatidinde dtsa drenajı		450,25
1273	609.040	Karaciğer Kist hidatidinde internal drenajı		500,34
1274	609.050	Karaciğer Kist hidatidinde kistotomi veya kistektomi ile birlikte poş küçültücü işlemler	Kapitonaj, omentopeksi	600,34

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
1275	609.051	Karaciğer Kist hidatidinde total perikistektomi		600,00
1276	609.052	Karaciğer hemangiyomunda enkleazyon		600,00
1277	609.060	Karaciğer konjenital kistlerinde internal veya eksternal drenaj veya kistektomi		750,42
1278	609.070	Karaciğer segmentektomi, her bir segment	Patoloji raporu ile segmentektominin teyidi gerekir. Üçten fazla olması halinde 609.111 üzerinden faturalandırılır.	1.185,73
1279	609.071	Karaciğer segmentektomi, her bir segment, laparoskopik	Patoloji raporu ile segmentektominin teyidi gerekir. Üçten fazla olması halinde 609.111 üzerinden faturalandırılır.	1.185,73
1280	609.080	Karaciğer Transplantasyonu	Tüm cerrahi işlemler dahil	4.080,94
1281	609.090	Karaciğer basit yaralanmalarında primer sütür, tek laserasyon		350,25
1282	609.100	Karaciğerin büyük damar veya safra yolu ile ilişkili yaralanmalarında primer sütür, çok sayıda		750,42
1283	609.101	Karaciğer tümörlerinde laparoskopi veya laparotomi ile radyofrekans ablasyonu		845,40
1284	609.110	Lobektomi veya hepatektomi, subtotal		2.000,84
1285	609.111	Lobektomi veya hepatektomi, subtotal, laparoskopik		2.000,84
1286	609.120	Metastazektomi, her bir metastaz	Aynı faturada iki defadan fazla kodlanmaz.	400,17
1287	609.121	Metastazektomi, her bir metastaz, laparoskopik	Aynı faturada iki defadan fazla kodlanmaz.	520,00
1288	609.122	Karaciğer biyopsisi		280,00
1289	609.130	Portocenterostomi		1.500,67
1290		<b>SAFRA YOLLARI</b>		
1291	609.140	Intraoperatif kolanjyografi		50,08
1292	609.150	Intraoperatif koledokoskopi		150,08
1293	609.160	Intraoperatif safra yolları hasarını çalışması		70,15
1294	609.170	Intraoperatif ultrasonografi		70,15
1295	609.180	Koledok darlıkları ve kisti için girişimler		750,42
1296	609.190	Koledokostenotomi		1.500,67
1297	609.191	Ekstrahepatik safra yolu tımbırları için rezeksiyon ve rekonstrüksiyon		1.500,00
1298	609.200	Koledokotomi – koledokoduodenostomi		800,34
1299	609.210	Koledokotomi – sfinkterotomi veya sfinkteroplasti		800,34
1300	609.220	Koledokotomi ile birlikte T- drenaj		600,34
1301	609.230	Kolesistektomi		500,34
1302	609.235	Kolesistektomi, laparoskopik		625,30
1303	609.240	Kolesistoenterostomi		400,17
1304	609.250	Kolesistostomi		350,25
1305	609.260	Safra fistülleri için girişimler, basit		750,42
1306	609.270	Safra fistülleri için girişimler, komplekse		1.000,51
1307	609.280	Safra kesesi ve safra yolları yaralanmaları için girişimler		750,42
1308		<b>PANKREAS</b>		
1309	609.290	Aberan pankreas eksizyonu		800,34
1310	609.300	Adacik hücre transplantasyonu		1.359,19
1311	609.310	Akut pankreatitte, debriman, lavaj ve drenaj		600,34
1312	609.320	Distal pankreatektomi, parsiyel		887,02
1313	609.330	Kronik pankreatitte pankreatikojejunostomi		900,51
1314	609.340	Pankreas adenomlarında total ekizyon		1.079,26
1315	609.341	Pankreas adenomlarında total ekizyon, laparoskopik		1.079,00
1316	609.350	Pankreas fistüllü onarımı		1.000,51
1317	609.360	Pankreas kistlerinde eksternal drenaj		450,25
1318	609.370	Pankreas kistlerinde internal drenaj		600,34
1319	609.380	Pankreas kistlerinde total ekizyon		750,42
1320	609.390	Pankreas transplantasyonu, total	Tüm işlemler dahil	3.399,66
1321	609.400	Pankreas yaralanmalarında drenaj		600,34
1322	609.410	Pankreas yaralanmalarında pankreatektomi, subtotal		1.180,44
1323	609.420	Pankreas yaralanmalarında pankreatektomi, total		1.250,59
1324	609.430	Pankreas yaralanmalarında pankreatikojejunostomi		1.000,51
1325	609.440	Pankreatektomi, subtotal		1.770,66
1326	609.450	Pankreatektomi, total duodenektomiyle birlikte		2.065,77
1327	609.451	Pankreatektomi, total duodenektomiyle birlikte, laparoskopik		2.065,77
1328	609.460	Whipple operasyonu	Tüm işlemler dahil	2.362,43
1329		<b>ÖZEFAGUS</b>		
1330	609.470	Asitte peritoneovenöz şant uygulaması		600,34
1331	609.480	Distal özefagus rezeksiyonu ve rekonstrüksiyonu sol torakofrenotomi ve intratorasik anastomoz ile		1.856,66
1332	609.490	Özefajektomi, transhiatal		1.726,81
1333	609.491	Özefajektomi, laparoskopik		1.726,81
1334	609.500	Özefajiyal tüp veya balon uygulaması, özefagus varis kanamasında		190,56
1335	609.510	Özefagogastrik devaskülarizasyon, portal hipertansiyonda		1.198,99
1336	609.520	Özefagogastrotomi		905,56
1337	609.521	Özefagogastrotomi, laparoskopik	Heller ameliyatı; abdominal ya da torakal yolla fundoplikasyon ile birlikte veya değil	905,00
1338	609.530	Özefagostomi, servikal	Heller ameliyatı; abdominal ya da torakal yolla fundoplikasyon ile birlikte veya değil	1.198,99
1339	609.540	Özefagus atrezisi primer onarımı		1.421,08
1340	609.550	Özefagus cerrahisi, benign patolojiler için		1.679,60
1341	609.551	Krikofaringeal myotomi		700,00
1342	609.560	Özefagus darıklarında cerrahi girişim		1.200,51
1343	609.570	Özefagus divertikül ekizyonu, servikal		700,34
1344	609.580	Özefagus divertikül ekizyonu, torakal		900,34
1345	609.590	Özefagus fistüllü onarımı, servikal, torakal		1.200,51
1346	609.600	Özefagus perforasyonu onarımı, servikal, torakal		1.419,90
1347	609.610	Özefagus replasmanı için interpozisyon ameliyatları		2.950,78
1348	609.620	Özefagus varisinde koroner ven ligasyonu ve splenektomi	607.960 , 607.970 , 607.980 ile birlikte faturalandırılmaz.	720,07
1349	609.630	Özefagus varisinde özefajiyal transeksion		1.000,51

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	ACIKLAMA	İŞLEM PUANI
1350	609.640	Ozefajektomi, transtorikal		1.774,08
1351	609.650	Parsiyel özefajektomi ve rekonstrüksiyon	1.aparotomi ve sağ torakotomi ile intratorasik anastomoz	2.053,96
1352	609.660	Portosistemik şantlar, portal hipertansiyonda		2.000,84
1353	609.670	Total faringolaringoözefajektomi ve gastrik veya kolon rekonstrüksiyonu	608.500, 608.510 ile birlikte faturalandırılmaz.1.aparotomi, servikal kesi ve transmediyastinal yaklaşımla ile kalite: trakeostomi ve servikal anastomoz	2.925,80
1354	609.680	Totale yakın özefajektomi ve rekonstrüksiyon	Sağ torakotomi, 1.aparotomi ve servikal kesi ile servikal anastomoz	2.281,62
1355	609.690	Transözefajyal varis ligasyonu		539,63
1356		<b>MİDE-DUODENUM</b>		
1357	609.700	Bezuar veya yabancı cisim çıkarılması, 1.aparotomi ile		550,25
1358	609.710	Pepik ülsere bağlı duodenum perforasyonunda primer onarım		659,36
1359	609.711	Pepik ülsere bağlı duodenum perforasyonunda primer onarım, laparoskopik		505,90
1360	609.720	Travmatik duodenum perforasyonunda primer onarım		659,36
1361	809.730	Dumping veya diyarede reverse loop operasyonları		1.000,51
1362	609.740	Duodenoenterostomi		959,53
1363	609.750	Duodenum divertiküllü eksizyonu		959,53
1364	609.760	Duodenum varılanmasında primer onarım		900,51
1365	609.770	Duodenumdan lokal tümör eksizyonu		959,53
1366	609.780	Fundoplikasyon		1.000,51
1367	609.781	Fundoplikasyon, laparoskopik	1.F.S gevşekliğinde, krural posterior dahil.	1.000,51
1368	609.782	Hiyatal herni operasyonu, laparoskopik	Fundoplikasyon dahil.	1.534,57
1369	609.790	Gastrektomi radikal, total	607.960 , 607.970 , 607.980 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.475,38
1370	609.791	Gastrektomi radikal, subtotal		1.176,69
1371	609.792	Gastrektomi radikal, total, laparoskopik		2.107,93
1372	609.800	Gastrektomi subtotal		1.004,70
1373	609.801	Gastrektomi subtotal, laparoskopik		1.905,56
1374	609.810	Gastroenterostomi		651,70
1375	609.820	Gastropeksi, mide volülüsünde		1.198,09
1376	609.830	Gastratomi veya gastrostomi, cerrahi		539,63
1377	609.840	Mide divertiküllü eksizyonu		659,36
1378	609.850	Midede wedge rezeksiyon		600,34
1379	609.851	Midede wedge rezeksiyon, laparoskopik		725,13
1380	609.860	Mideden benign tümör eksizyonu		659,36
1381	609.871	Obezite, by-pass	BMI $\geq$ 40 kg/m2 olan kişilerde. Tıbbi endikasyonun endokrinoloji uzman hekiminin de yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi halinde faturalandırılır.	2.529,51
1382	609.872	Obezite, sleeve	BMI $\geq$ 40 kg/m2 olan kişilerde. Tıbbi endikasyonun endokrinoloji uzman hekiminin de yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi halinde faturalandırılır.	1.736,93
1383	609.873	Obezite, banding	BMI $>$ 40 kg/m2 olan kişilerde. Tıbbi endikasyonun endokrinoloji uzman hekiminin de yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi halinde faturalandırılır.	1.264,76
1384	609.877	Duodenal switch ve biliopankreatik diversiyon	BMI $\geq$ 40 kg/m2 olan kişilerde. (Diyabetli hastalarda uygulanması halinde BMI dikkate alınmaz.) Tıbbi endikasyonun endokrinoloji uzman hekiminin de yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi halinde faturalandırılır.	1.000,00
1385	609.880	Nüks ülsere, dumping veya reflü gastritte rezeksiyon		1.060,51
1386	609.890	Pepik ülsere bağlı veya travmatik gastroduodenal perforasyonlarda primer onarım		659,36
1387	609.891	Pepik ülsere bağlı veya travmatik gastroduodenal perforasyonlarda primer onarım, laparoskopik		857,00
1388	609.900	Pepik ülsere bağlı perforasyonlarda primer onarım, trunkal vagotomi ve drenaj		1.020,24
1389	609.910	Piloroektomi, hipertrofik pilor stenozunda		500,34
1390	609.911	Gastroduodenal arter ligasyonu veya duodenotomi ile birlikte arter ligasyonu		500,00
1391	609.920	Selektif vagotomi ve antrektomi		1.020,24
1392	609.930	Selektif vagotomi ve drenaj		839,80
1393	609.940	Yüksek selektif vagotomi		839,80
1394	609.941	Trunkal vagotomi ve drenaj		839,80
1395		<b>JEJUNUM VEYA İLEUM</b>		
1396	609.950	Konjenital atrezi düzeltilmesi, jejunum ve ileal		1.198,99
1397	609.960	Beslenme jejunotomisi		539,63
1398	609.961	Beslenme jejunotomisi, laparoskopik		701,00
1399	609.970	Bilir intestinal diversiyonlar		1.799,33
1400	609.980	Enterokülan fistül ameliyatları		1.198,99
1401	609.990	Gastrointestinal diversiyonlar		1.799,33
1402	610.000	Gastrointestinal fistül ameliyatları, internal		900,51
1403	610.010	İnce barsak perforasyonunda primer stütür		590,22
1404	610.020	İnce barsak transplantasyonu		11.000,00
1405	610.030	İnvajinasyon rezeksiyonu		1.020,24
1406	610.040	İnvajinasyonda mandel redüksiyon		478,92
1407	610.050	Jejunum veya ileum duplikasyonları, total eksizyon		600,34
1408	610.060	Jejunum veya ileum rezeksiyonu, subtotal		887,05
1409	610.061	Jejunum veya ileum rezeksiyonu, segmenter		720,07
1410	610.062	Jejunum veya ileum rezeksiyonu, segmenter, laparoskopik		936,00
1411	610.063	Striktüroplasti		659,00
1412	610.070	Jejunum, ileum enterostomi kapatılması		659,36

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
1413	610.080	Jcjunum, ileum enterotomi veya enterostomi		539,63
1414	610.090	İ addi bantı eksişyonu, malrotasyonlarda		900,51
1415	610.100	Brid ileusta laparotomi ve bridektomi		500,34
1416	610.101	Brid ileusta bridektomi, laparoskopik		650,00
1417	610.110	Laparotomi, ileusta		400,17
1418	610.111	Midgut volvulus (Orta barsak) düzeltilmesi		1.150,00
1419	610.120	Meckel divertikülü eksişyonu		500,34
1420		<b>APPENDİKS</b>		
1421	610.130	Appendektomi	Akut apendisit, perfore veya periapendiküler apse drenajı ile birlikte. Bu endikasyonlar dışında herhangi bir cerrahi işleme ek olarak yapıldığında faturalandırılmaz.	420,24
1422	610.131	Appendektomi, laparoskopik		630,35
1423		<b>KOLON</b>		
1424	610.150	Hemikolektomi, sağ veya sol	610.290 ile birlikte faturalandırılmaz.	986,51
1425	610.151	Hemikolektomi, sağ veya sol, laparoskopik	610.290 ile birlikte faturalandırılmaz.	986,51
1426	610.152	Segmenter kolon rezeksiyonu	610.290 ile birlikte faturalandırılmaz.	690,00
1427	610.153	Segmenter kolon rezeksiyonu, laparoskopik	610.290 ile birlikte faturalandırılmaz.	690,00
1428	610.160	Kolektomi subtotal	610.290 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.185,73
1429	610.170	Kolektomi subtotal ve ileoprotostomi	610.290 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.303,41
1430	610.171	Kolektomi subtotal ve ileoprotostomi, laparoskopik	610.290 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.303,00
1431	610.180	Kolektomi total ve ileal poş yapılması	610.290 ile birlikte faturalandırılmaz.	2.065,77
1432	610.181	Kolektomi total ve ileal poş yapılması, laparoskopik		2.065,77
1433	610.190	Kolektomi total ve ileoanal anastomoz		1.770,66
1434	610.191	Kolektomi total ve ileoanal anastomoz, laparoskopik		1.770,66
1435	610.200	Kolektomi total ve terminal ileostomi	610.080 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.593,59
1436	610.201	Kolektomi total ve terminal ileostomi, laparoskopik	610.080 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.593,59
1437	610.210	Kolektomişiz fistül kapatılması		900,34
1438	610.220	Kolon duplikasyonu total eksişyonu	610.290 ile birlikte faturalandırılmaz.	500,34
1439	610.230	Kolon invajinasyonunda manüel redüksiyon		400,17
1440	610.240	Kolon perforasyonunda primer stitir		500,34
1441	610.250	Kolon Pull-through, abdominoperineal veya perineal yaklaşımla	610.080 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.000,51
1442	610.260	Kolon Pull-through, sakroabdominoperineal yaklaşımla		1.500,67
1443	610.270	Kolon Pull-through, sakroperineal yaklaşımla		1.500,67
1444	610.280	Kolonda detorsiyon ve peksi operasyonları		354,13
1445	610.290	Kolostomi açılması	Kolektomi operasyonlarıyla birlikte faturalandırılmaz.	649,24
1446	610.291	Kolostomi revizyonu	Mevcut kolostominin revize edilmesi	239,46
1447	610.300	Kolostomi bakımı		15,01
1448	610.310	Kolostomi kapatılması		649,24
1449	610.320	Kolotomi ile polip veya yabancı cisim çıkarılması		550,25
1450	610.330	Sigmoid volvulus redüksiyonu		400,17
1451	610.340	Total barsak irrigasyonu	Preoperatif mekanik temizlik amacıyla yitksek sulu lavman	50,08
1452		<b>REKTUM</b>		
1453	610.348	Abdominoperineal rezeksiyon, laparoskopik		1.477,00
1454	610.349	Abdominoperineal rezeksiyon		1.477,23
1455	610.350	Perirektal enjeksiyon, rektal prolapsusta		100,17
1456	610.360	Rektal polip eksişyonu, anal yolla		150,08
1457	610.361	Rektal Myektomi- Hirschsprung Hast		1.000,00
1458	610.370	Rektal tuşe ile yabancı cisim veya dışkı taşı çıkarılması		50,08
1459	610.380	Rektosigmoid tümörlerinde anterior rezeksiyon		1.004,70
1460	610.390	Rektum tümöründe abdominosakral rezeksiyon		1.475,38
1461	610.400	Rektum tümöründe lokal terapötik işlemler		250,25
1462	610.410	Low anterior rezeksiyon	610.290 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.475,38
1463	610.411	Low anterior rezeksiyon, laparoskopik	610.290 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.475,38
1464	610.420	Rektal prolapsusta sakroperineal onarım		500,34
1465	610.430	Rektal prolapsusta sörklaj veya Tiersch ameliyatı		200,17
1466	610.440	Rektal prolapsusta transabdominal onarım		500,34
1467	610.441	Rektal prolapsusta transabdominal onarım, laparoskopik		500,00
1468	610.450	Transanal rektal prolapsus tamiri		400,17
1469		<b>ANÜS</b>		
1470	610.460	Anal stenozda dilatasyon		59,19
1471	610.470	Anal ve perineal benign lezyonların lokal eksişyonu		200,17
1472	610.480	Anoplasti		400,17
1473	610.490	Fisülekotomi	610.610 ile birlikte faturalandırılmaz.	200,17
1474	610.500	Hemoroidde elektrokoagülasyon		100,17
1475	610.510	Hemoroidde lastik band ligasyonu		75,04
1476	610.520	Hemoroidde sklerozan madde ile tedavi, her biri		30,02
1477	610.530	Hemoroidotomi	Tüm peşeler fistaya dönüldür.	275,21
1478	610.531	Hemoroidotomi, sfinkterotomi	610.490, 610.610 ile birlikte faturalandırılmaz. 610.490, 610.610, 610.530, 610.531 ile birlikte faturalandırılmaz.	286,68
1479	610.532	Hemoroidopeksi	Grade 3 veya 4 hemoroide veya rektal mukozal prolapsusta faturalandırılır.	275,21
1480	610.540	Infrared ile hemoroid tedavisi		75,04
1481	610.550	Inkontinans tedavisinde kas transpozisyonu		1.198,99
1482	610.560	Perianal apse drenajı		250,25
1483	610.570	Perianal fistülotomi veya fistilektomi		400,17
1484	610.575	Anal fistülide seton uygulaması		400,00
1485	610.580	Perianal sinüs eksişyonu	610570 ile birlikte faturalandırılmaz.	300,17
1486	610.590	Perineoplasti		750,42
1487	610.600	Sfinkteroplasti, komplet perine yırtıklarında veya inkontinans		500,34
1488	610.610	Sfinkterotomi	610.490 ile birlikte faturalandırılmaz.Hipertrofik cilt pisi eksişyonu dahil.	150,08
1489	610.620	Sfinkterotomi ile anıtsten yabancı cisim çıkarma		200,17
1490	610.621	Anal transpozisyon operasyonu	Konjenital anomalilerde	1.000,00
1491	610.625	Pilonidal sinüs eksişyonu		200,17
1492		<b>6.7.KEMİK VE EKLEM HASTALIKLARI CERRAHİSİ</b>		



## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
1493		<b>Büyük Kemikler:</b> Skapula, humerus, radius, ulna, pelvis, femur, tibia		
1494		<b>Orta Kemikler:</b> Tarsal, karpal, klavikula, patella, fibula		
1495		<b>Küçük Kemikler:</b> Metatars, metakarp ve parmak kemikleri		
1496		<b>Büyük Eklem:</b> Omuz, dirsek, el bileği, kalça, symfisis pubis, sakroilyak, diz, ayak bileği		
1497		<b>Orta Eklem:</b> Intertarsal, interkarpal, akromioklavikular, tibiofibular sindezmaz, distal radioulnar, proksimal radioulnar, sternoklavikular, kostasternal		
1498		<b>Küçük Eklem:</b> Metatarsofalangeal, interfalangeal		
1499		<b>ALÇI ve ATELLER</b>		
1500	610.630	Gövede alçısı (Minerva)		100,17
1501	610.640	Gövede-ekstremité alçısı	Torakobrakial	150,08
1502	610.650	Pelvipedal alçı (10 yaş altı)		150,08
1503	610.660	Pelvipedal alçı (10 yaş üstü)		200,17
1504	610.670	Kısa kol alçı (Dirsek altı)		50,08
1505	610.680	Kısa kol alçı (Dirsek üstü)		40,13
1506	610.690	Uzun kol alçı (Dirsek üstü)		70,15
1507	610.700	Uzun kol alçı (Dirsek üstü)		60,03
1508	610.710	Kısa bacak alçı (Diz altı)		70,15
1509	610.720	Kısa bacak alçı (Diz üstü)		60,03
1510	610.730	Uzun bacak alçı (Diz üstü)		100,17
1511	610.740	Uzun bacak alçı (Diz üstü)		70,15
1512	610.750	Parmak ateli (Alüminyum) veya alçısı		10,12
1513	610.760	Çağ-brace		150,08
1514	610.770	PTB alçısı		80,10
1515	610.780	Alçı çıkarma		15,01
1516	610.790	Sekiz bandajı	Jones bandajı dahil	40,13
1517	610.800	Velpeau (Kol gövde) Bandajı	610.810 ile birlikte faturalandırılmaz.	40,13
1518	610.810	U ateli veya atel + velpeau	610.800 ile birlikte faturalandırılmaz.	80,10
1519	610.820	ESWT	Ekstrakorporal şok dalgası, toplam tedavi	67,45
1520		<b>TRAKSİYON</b>		
1521	610.830	İskelet traksiyonu geçilmesi		100,17
1522	610.840	Çift traksiyonu uygulanması		30,02
1523	610.850	Halo-femoral veya halo traksiyon		200,17
1524		<b>ÇIKIKLARIN KAPALI REDÜKSİYONU</b>		
1525	610.860	Küçük eklem çıkığı kapalı redüksiyonu	610.640, 610.650, 610.660, 610.670, 610.690, 610.700, 610.710, 610.730, 610.750, 610.770, 610.790, 610.800 ile birlikte faturalandırılmaz. Alçı, sargı dahil	59,02
1526	610.870	Orta eklem çıkığı kapalı redüksiyonu (Bakır direği dahil)	610.640, 610.650, 610.660, 610.670, 610.690, 610.700, 610.710, 610.730, 610.750, 610.770, 610.790, 610.800 ile birlikte faturalandırılmaz. Alçı, sargı dahil	119,73
1527	610.880	Büyük eklem çıkığı kapalı redüksiyonu	610.640, 610.650, 610.660, 610.670, 610.690, 610.700, 610.710, 610.730, 610.750, 610.770, 610.790, 610.800 ile birlikte faturalandırılmaz. Alçı, sargı dahil	200,17
1528		<b>KIRIKLARIN KAPALI REDÜKSİYONU</b>		
1529	610.890	Küçük kemik kırığı kapalı redüksiyonu	610.640, 610.650, 610.660, 610.670, 610.690, 610.700, 610.710, 610.730, 610.750, 610.770, 610.790, 610.800 ile birlikte faturalandırılmaz. Alçı, sargı dahil	59,02
1530	610.900	Orta kemik kırığı kapalı redüksiyonu	610.640, 610.650, 610.660, 610.670, 610.690, 610.700, 610.710, 610.730, 610.750, 610.770, 610.790, 610.800 ile birlikte faturalandırılmaz. Alçı, sargı dahil	119,73
1531	610.910	Büyük kemik kırığı kapalı redüksiyonu	610.640, 610.650, 610.660, 610.670, 610.690, 610.700, 610.710, 610.730, 610.750, 610.770, 610.790, 610.800 ile birlikte faturalandırılmaz. Alçı, sargı dahil	200,17
1532		<b>ANESTEZİ ALTINDA EKLEM MOBİLİZASYONU</b>		
1533	610.920	Küçük eklem anestezisi altında mobilizasyonu		59,02
1534	610.930	Orta eklem anestezisi altında mobilizasyonu		119,73
1535	610.940	Büyük eklem anestezisi altında mobilizasyonu		239,46
1536		<b>KIRIKLARIN CERRAHİ TEDAVİSİ</b>		
1537	610.950	Açık kırıklarda kapalı kırık haline getirme, küçük	1 cm'ye kadar	119,73
1538	610.960	Açık kırıklarda, debrüman dahil kapatılması, büyük	10 cm'den büyük	300,17
1539	610.970	Açık kırıklarda, debrüman dahil kapatılması, orta	1-10 cm arası	200,17
1540	610.980	Bimalleolar kırık cerrahi tedavisi	Perkütan pinleme dahil	500,34
1541	610.990	Büyük kemik kırıkları cerrahi tedavisi, açık IMN	Plak, tel, unilaterale eksternal fiksator, perkütan pinleme dahil	588,53
1542	611.000	Büyük kemik kırıkları cerrahisi, kapalı IMN	Minimal invaziv, sirküler fiksator, perkütan pinleme dahil	738,62
1543	611.010	Büyük kemik kırıkları cerrahisi ve damar sinir eksplorasyonu	Perkütan pinleme dahil	832,73
1544	611.020	Büyük kemik parçalı kırıkları cerrahisi, açık IMN	Plak, tel, unilaterale eksternal fiksator, perkütan pinleme dahil	742,23
1545	611.030	Büyük kemik parçalı kırıkları cerrahisi, kapalı IMN	Minimal invaziv, sirküler fiksator, perkütan pinleme dahil	775,72
1546	611.040	Büyük kemik psödotrozi cerrahi tedavisi	Perkütan pinleme ve enstrüman çıkarma dahil	829,11
1547	611.050	Küçük kemik kırıkları cerrahi tedavisi	Perkütan pinleme dahil	359,19

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
1548	611.060	Küçük kemik parçaları kırıkları cerrahi tedavisi	Perkütan pınleme dahil	450,25
1549	611.070	Küçük kemik psödoartroz cerrahi tedavisi	Perkütan pınleme ve enstrüman çıkarma dahil	478,92
1550	611.080	Orta kemik kırıkları cerrahi tedavisi	Perkütan pınleme dahil	419,90
1551	611.090	Orta kemik parçaları kırıkları cerrahi tedavisi	Perkütan pınleme dahil	527,82
1552	611.100	Orta kemik psödoartroz cerrahi tedavisi	Perkütan pınleme ve enstrüman çıkarma dahil	539,63
1553	611.110	Onkol çift kemik kırığı	Perkütan pınleme dahil	839,80
1554	611.120	Pilon kırığı cerrahi tedavisi	Perkütan pınleme dahil	839,80
1555	611.130	Tek malloel veya epikondil kırığı cerrahi tedavisi	Perkütan pınleme dahil	419,90
1556	611.140	Trimalloel kırık cerrahi tedavisi	Perkütan pınleme dahil	720,07
1557		<b>ÇIKIKLARIN CERRAHİ TEDAVİSİ</b>		
1558	611.150	Küçük eklem çıkığı açık redüksiyon		300,17
1559	611.160	Küçük eklem kırıklı çıkığı açık redüksiyon ve fiksasyon	Aynı anatomik alan için 611.150 ile birlikte faturalandırılmaz.	450,25
1560	611.170	Orta eklem çıkığı açık redüksiyon		350,25
1561	611.180	Orta eklem kırıklı çıkık açık redüksiyon ve fiksasyon	Aynı anatomik alan için 611.170 ile birlikte faturalandırılmaz.	440,30
1562	611.190	Büyük eklem çıkığı açık redüksiyon		500,34
1563	611.200	Büyük eklem kırıklı çıkık veya sinir eksplorasyonu çıkık cerrahisi		700,34
1564	611.210	Çıkık, geçikmiş olgularda (3 hafta ve üzeri ) ilave edilecek puan		200,17
1565		<b>AMPUTASYON, DEZARTİKÜLASYON</b>		
1566	611.220	Büyük kemik ve eklem amputasyonu, dezartikülasyonu		600,34
1567	611.230	Orta kemik ve eklem amputasyonu, dezartikülasyonu		419,90
1568	611.240	Küçük kemik ve eklem amputasyonu, dezartikülasyonu		359,19
1569	611.250	Kalça dezartikülasyonu amputasyonu, dezartikülasyonu		600,34
1570	611.260	Hindquarter amputasyonu amputasyonu, dezartikülasyonu		900,51
1571	611.270	Hemipelvektomi, eksternal		1.079,26
1572	611.280	Hemipelvektomi, internal		1.440,13
1573		<b>OSTEOTOMİLER</b>		
1574	611.290	Büyük kemik osteotomi ve fiksasyon		590,22
1575	611.300	Orta kemik osteotomi ve fiksasyon		400,17
1576	611.310	Küçük kemik osteotomi ve fiksasyon		300,17
1577		<b>İMLANT ÇIKARMA</b>		
1578	611.320	Pin çıkarma		119,73
1579	611.330	Eksternal fiksator çıkarma		239,46
1580	611.340	Büyük kemik implant çıkarma	612.010 ile birlikte faturalandırılmaz.	300,17
1581	611.350	Büyük kemik sinir eksplorasyonu gerektiren implantların çıkartılması	612.010 ile birlikte faturalandırılmaz.	359,19
1582	611.360	Orta kemik implant çıkarma	612.010 ile birlikte faturalandırılmaz.Malleolus veya epikondilden implant çıkarma	225,13
1583	611.370	Küçük kemik implant çıkarma	612.010 ile birlikte faturalandırılmaz.	150,08
1584		<b>YUMUŞAK DOKU LASERASYONU CERRAHİSİ</b>		
1585	611.380	Yumuşak doku laserasyonu, cilt grefti ile fasyotomi kapatılması		600,34
1586	611.390	Yumuşak doku laserasyonu, derin yabancı cisimler	Tendon kılıfı, eklem içi , derin adele içi	300,17
1587	611.400	Yumuşak doku laserasyonu, fasyotomi kapatma		359,19
1588	611.410	Yumuşak doku laserasyonu, tek kompartman fasyotomisi		359,19
1589	611.420	Yumuşak doku laserasyonu, skopi eşliğinde yabancı cisim çıkarılması		150,08
1590	611.430	Yumuşak doku laserasyonu, yabancı cisim çıkarılması		100,17
1591		<b>EL VE MİKROCERRAHİ, EKSTREMİTE CERRAHİSİ</b>		
1592	611.450	Kemik grefti alınması		200,17
1593	611.460	Kıkırdak grefti alınması		200,17
1594	611.470	Akut düğme ilügi deformitesi için santralizasyon		300,17
1595	611.480	Ampute parmak için güdük onarımı	Kemige müdahale halinde	239,46
1596	611.500	Ampute uzun heterotopik revaskülarizasyonu		1.568,30
1597	611.520	Ayaktan ele parmak nakli		3.440,13
1598	611.530	Baş parmak veya parmak rekonstrüksiyonu		450,25
1599	611.540	Botulinium toksini uygulama derin kas, her bir kas için	Genel anestezi altında	50,08
1600	611.550	Botulinium toksini uygulama yüzeyel kas, her bir kas için		30,02
1601	611.560	Bunion-Bunionette eksizyonu	Bu kod halluks valgus cerrahisinde birinci metatarsın osteotomisini ve ayrıca greftli olduğu durumlarda internal fiksasyonunu içermektedir.	300,17
1602	611.570	Bunionier deformitesi, "swan neck" deformitesi cerrahisi		359,19
1603	611.580	Çekiç parmak için açık redüksiyon		350,25
1604	611.590	Çekiç parmak için kapalı redüksiyon		200,17
1605	611.600	Eski ampute edilmiş ekstremitele güdük onarımı		600,34
1606	611.620	Distal Radio-Ulnar Eklem (DRUE) operasyonları		400,17
1607	611.630	Dupuytren cerrahisi		419,90
1608	611.640	Eklem faresi çıkartılması		250,25
1609	611.650	El bileği ganglion eksizyonu		300,17
1610	611.680	Flep ayrılması		345,70
1611	611.690	Ganglion eksizyonu, büyük eklem		275,21
1612	611.691	Ganglion eksizyonu, küçük eklem		241,15
1613	611.700	Güdük kapatılması		178,75
1614	611.710	Halluks valgus yumuşak doku ameliyatları	Bunyonektomi dahil	450,25
1615	611.720	Heterotopik revaskülarize uzun ortotopik transplantasyonu		2.436,76
1616	611.730	Inguinal ve subpektoral lambdo		1.175,38
1617	611.740	Karpal instabilite cerrahisi		600,34
1618	611.750	Karpal kemik rezeksiyonları		600,34

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	ACIKLAMA	İŞLEM PUANI
1619	611.760	Kontraktür açılması, büyük eklem		600,34
1620	611.770	Kontraktür açılması, küçük eklem		359,19
1621	611.800	Kontraktür açılması, orta eklem		478,92
1622	611.790	Majör replantasyonlar	El bileği, ayak bileği veya üstü replantasyonlar majör replantasyon olarak kabul edilir.	3.642,50
1623	611.800	Mallet finger cerrahisi		328,84
1624	611.810	Minör replantasyonlar	MP eklemden el ve/veya ayak bileği arası olan replantasyonlar minör replantasyon olarak kabul edilir.	2.892,07
1625	611.840	Parmak replantasyonu, tek bir parmak	Mikro cerrahi, MP ekleme kadar olan replantasyonlar parmak replantasyonu olarak kabul edilir.	2.225,97
1626	611.850	Parmak replantasyonu, ilave her parmak için	611.840 işleminde ilave olarak faturalandırılır.	1.357,50
1627	611.860	Parmak ucu amputasyonlarında lokal flep uygulamaları		446,88
1628	611.870	Pedikütlü kas ve kemik nakli		2.133,22
1629	611.880	PFV rekürrens yumuşak doku ameliyatı		893,76
1630	611.890	Pollisizasyon		720,07
1631	611.900	Pulley rekonstrüksiyonu		100,17
1632	611.910	Pulley sistemi kaybının onarımı		300,17
1633	611.920	Rhizotomi		1.500,67
1634	611.930	Serbest doku nakilleri	Kemik, kas ve ayaktan etc nakiller	3.119,73
1635	611.940	Servikal kosta ve diğer torasik çıkış sendromu girişimleri		720,07
1636	611.950	Tendon grefti ile onarım, tek bir tendon için		250,25
1637	611.951	Fleksör tendon onarımı, tek bir tendon için		290,05
1638	611.952	Ekstensör tendon onarımı, tek bir tendon için		219,22
1639	611.960	Aşil/patellar/quadriceps tendon onarımı, tek bir tendon için		436,76
1640	611.961	Tendon onarımı, ilave her tendon için	611.951, 611.952 işlemlerine ilave olarak faturalandırılır.	75,04
1641	611.970	Tendon protezi uygulaması		600,34
1642	611.980	Tendon transferi, tek tendon		600,34
1643	611.990	Tendon transferi, ilave her tendon için	611.980 işleminde ilave olarak faturalandırılır.	150,08
1644	612.000	Tenodesiz		400,17
1645	612.010	Tenoliz		300,17
1646	612.020	Tenoplasti myoplasti, fasiya gevşetilmesi, tek	612.020 ile birlikte faturalandırılmaz.	359,19
1647	612.030	Tenoplasti myoplasti, fasiya gevşetilmesi, çok	612.030 ile birlikte faturalandırılmaz.	600,34
1648	612.040	Tenotomi, myotomi		328,84
1649	612.050	Tetik parmak cerrahi tedavisi		200,17
1650	612.060	Tırnak çekilmesi, her biri		75,04
1651	612.070	Tırnak yatak revizyonu, her biri		50,00
1652	612.080	Topuk defektleri için lateral kalkaneal flep		809,44
1653	612.090	Topuk defektleri için ters akımı sural flep		809,44
1654	612.100	Tuzak nöropati, cerrahi tedavi (Kübital ve tarsal tünel vb.)	612.650 ile birlikte faturalandırılmaz. Endoskopi dahil.	400,17
1655	612.110	Vasküler sapha ada flebi		973,02
1656	612.120	Volkmann iskemik kontraktürü cerrahisi		900,51
1657	612.130	Yerleşik düğme iliği deformitesi onarımı		400,17
1658	612.140	Yumuşak doku sinovektomileri		300,17
1659		<b>KOMJENİTAL ANOMALİLER</b>		
1660	612.150	Komjenital büyük eklem çıkığı rekonstrüksiyonu		900,51
1661	612.160	Komjenital küçük eklem çıkığı rekonstrüksiyonu		359,19
1662	612.170	Komjenital orta eklem çıkığı rekonstrüksiyonu		600,34
1663	612.180	Makrodaktili cerrahi tedavileri		383,47
1664	612.190	Polidaktili ekizyonu, basit		300,17
1665	612.200	Polidaktili ekizyonu, komplike		674,54
1666	612.210	Radial club hand cerrahi tedavileri		1.340,64
1667	612.220	Sindaktili düzeltilmesi, basit		387,86
1668	612.230	Sindaktili düzeltilmesi, komplike		590,22
1669	612.240	Ulnar agenezisi cerrahi tedavileri		720,07
1670	612.250	Yüksek skapula rekonstrüksiyonu		1.357,50
1671		<b>ARTROPLASTİLER</b>		
1672	612.260	Antibiyotikli hazır spacer uygulanması		150,08
1673	612.270	Antibiyotikli imalat spacer uygulanması, ameliyathanede		200,17
1674	612.280	Ayak bileği artroplastisi revizyonu, total		1.000,51
1675	612.290	Ayak bileği artroplastisi, total		800,34
1676	612.300	Ayak bileği artroplastisi, total, çıkartma	612.280 ile birlikte faturalandırılmaz.	400,17
1677	612.310	Basit Core-dekompresyon ameliyatı		500,34
1678	612.320	Büyük eklem parsiyel protezleri, primer		769,38
1679	612.330	Büyük eklem rezeksiyon interpozisyon artroplastisi		600,34
1680	612.340	Kalça eklemi total protezleri, primer		1.043,84
1681	612.350	Büyük trokanterin osteomisi ve transferi		478,92
1682	612.360	Core-dekompresyon ve greftleme		700,34
1683	612.370	Core-dekompresyon ve vaskularize greft		1.500,67
1684	612.380	Dirsek artroplastisi çıkartma, total		400,17
1685	612.390	Dirsek artroplastisi revizyonu, total		1.250,59
1686	612.400	Dirsek artroplastisi, total		900,34
1687	612.410	Dirsek artroplastisi, total, 10 dereceden az hareketli dirsekte veya 20 dereceden fazla kemik deformitesi varsa	612.400 ile faturalandırılmaz. Bu kod dirsek artroplastisinin çıkarılmasını da içermektedir.	1.000,51
1688	612.420	Diz artroplastisi, total		989,88
1689	612.430	Diz artroplastisi, total protez çıkartma		478,92
1690	612.440	Diz revizyon artroplastisi, total		1.475,38
1691	612.441	Diz revizyon artroplastisi, parsiyel	Tibiyal veya femoral komponent	875,21
1692	612.460	Diz artroplastisi, total, polietilen değiştirme		400,17
1693	612.470	Kalça artroplastisi, asetebular liner değiştirilmesi, total	612.471, 612.472, 612.480, 612.490 ile birlikte faturalandırılmaz.	500,34
1694	612.471	Kalça asetebular revizyonu, parsiyel	612.470, 612.472, 612.480, 612.490 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.050,42
1695	612.472	Kalça femoral sistem revizyonu, parsiyel	612.470, 612.471, 612.480, 612.490 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.050,42

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
1696	612.480	Kalça revizyon artroplastisi, total	612.470, 612.471, 612.472, 612.490 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.774,08
1697	612.490	Kalça revizyon artroplastisi, total, her iki komponent allogrefti veya metal kafesler kullanılarak	612.470, 612.471, 612.472, 612.480 ile birlikte faturalandırılmaz.	2.009,43
1698	612.500	Kalçadan hemiartroplasti protezi çıkartılması	613.030, 613.140, 613.220 ile birlikte faturalandırılmaz.	450,25
1699	612.510	Kısalma ve/veya asetabular greft ile yapılan kalça artroplastisi		1.210,79
1700	612.520	Küçük eklem rezeksiyonu, interpozisyon artroplastisi		359,19
1701	612.530	Omuz artroplastisi çıkartılması		600,34
1702	612.540	Omuz artroplastisi revizyonu		1.475,70
1703	612.550	Omuz total artroplastisi		1.062,39
1704	612.560	Orta eklem rezeksiyonu, interpozisyon artroplastisi		500,34
1705	612.570	Orta eklem ve küçük eklem protezleri, primer		400,17
1706	612.580	Unikompartmental diz artroplastisi		650,25
1707		<b>ARTRODEZLER</b>		
1708	612.590	Büyük eklem artrodezi		750,42
1709	612.600	Orta eklem artrodezi		500,34
1710	612.610	Küçük eklem artrodezi		359,19
1711		<b>OSTEOMYELIT</b>	Drenaj, sekestrektomi, dekontikasyon, fenestrasyon v.b.	
1712	612.620	Büyük kemik osteomyelit tedavisi		531,20
1713	612.630	Orta kemik osteomyelit tedavisi		359,19
1714	612.640	Küçük kemik osteomyelit tedavisi		239,46
1715		<b>ARTROSKOPLER</b>		
1716	612.650	Artroskopi, tanısal	Aynı seansta aynı bölgeye yapılması halinde 612.651, 612.710, 612.720, 612.730, 612.740, 612.760, 612.770, 612.810, 612.820, 612.830, 612.840, 612.850, 612.860, 612.870, 612.880, 612.890, 612.900, 612.910, 612.920, 612.930, 612.940, 612.950, 612.960, 612.970 ile birlikte faturalandırılmaz.	350,25
1717	612.651	Girişimsel artroskopi	612650, 612710, 612720, 612730, 612740, 612760, 612770, 612810, 612820, 612830, 612840, 612850, 612860, 612870, 612880, 612890, 612900, 612910, 612920, 612930, 612940, 612950, 612960, 612970 ile birlikte faturalandırılmaz.	623,95
1718	612.710	Artroskopik mozaikplasti	612650, 612651 ile birlikte faturalandırılmaz.	750,42
1719	612.720	Artroskopik Osteo Kondritis Dissekans (OCD) fiksasyonu	612650, 612651 ile birlikte faturalandırılmaz.	600,34
1720	612.730	Artroskopik eklem kıkırdığı debrütmanı ile birlikte drill ya da mikrokirik	612650, 612651, 612710, 612720, 612740, 612760, 612770, 612810, 612820, 612830, 612840, 612850, 612860, 612870, 612880, 612890, 612900, 612910, 612920, 612930, 612940, 612950, 612960, 612970 ile birlikte faturalandırılmaz.	500,34
1721	612.740	Artroskopik artrodezi	612650, 612651, 612710, 612720, 612730, 612760, 612770, 612810, 612820, 612830, 612840, 612850, 612860, 612870, 612880, 612890, 612900, 612910, 612920, 612930, 612940, 612950, 612960, 612970 ile birlikte faturalandırılmaz.	600,34
1722		<b>Diz Artroskopisi</b>		
1723	612.760	Artroskopik menisküs onarımı, diz	612.650, 612.651 ile birlikte faturalandırılmaz.	550,25
1724	612.770	Artroskopik menisküs transplantasyonu, diz	612.650, 612.651 ile birlikte faturalandırılmaz.	900,34
1725	612.810	Artroskopik lateral gevşetme ve medial plikasyon, diz	612.650, 612.651 ile birlikte faturalandırılmaz.	550,25
1726	612.820	Artroskopik emineniya fiksasyonu, diz	612.650, 612.651 ile birlikte faturalandırılmaz.	750,42
1727	612.830	Artroskopik ön çapraz bağ rekonstrüksiyonu, diz	612.650, 612.651 ile birlikte faturalandırılmaz.	750,42
1728	612.840	Artroskopik ön çapraz bağ rekonstrüksiyonu revizyonu, diz	612.650, 612.651 ile birlikte faturalandırılmaz.	900,34
1729	612.850	Artroskopik arka çapraz bağ rekonstrüksiyonu, diz	612.650, 612.651 ile birlikte faturalandırılmaz.	900,34
1730	612.860	Artroskopik arka çapraz bağ rekonstrüksiyonu revizyonu, diz	612.650, 612.651 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.000,51
1731		<b>Omuz Artroskopisi</b>		
1732	612.870	Artroskopik SL AP onarımı, omuz	SL AP: Süperior labrum anteroposterior lezyonu, ankor ile	720,07
1733	612.880	Artroskopik kapsülüt kaydırma, omuz		720,07
1734	612.890	Artroskopik bankart onarımı, omuz		750,42
1735	612.900	Artroskopik notator kılıf debrütmanı, omuz		450,25
1736	612.910	Artroskopik notator kılıf onarımı, omuz	Debrütman dahil	750,42
1737	612.920	Artroskopik bursoskopi ve bursektomi, omuz		450,25
1738	612.930	Artroskopik akromioplasti, omuz	612.920 ile birlikte faturalandırılmaz, Bursektomi dahil	550,25
1739	612.940	Artroskopik akromioklaviküler eklem rezeksiyonu	612.920 ile birlikte faturalandırılmaz, Bursektomi dahil	550,25
1740		<b>Direk Ve El Bileği Artroskopisi</b>		
1741	612.950	Artroskopik radius başı rezeksiyonu		450,25
1742	612.960	Artroskopik Triangüler fibrokaritilaj kompleks (TFCC) debrütmanı		450,25
1743	612.970	Artroskopik Triangüler fibrokaritilaj kompleks (TFCC) onarımı		500,34
1744		<b>EKLEM ACIK CERRAHİ</b>		
1745	612.980	Akromioklaviküler eklem rezeksiyonu		450,25
1746	612.990	Akromioplasti		450,25
1747	613.000	Arka çapraz bağ rekonstrüksiyonu		750,42
1748	613.010	Ayak bileği kollateral ligament primer onarımı		450,25
1749	613.020	Ayak bileği kollateral ligament rekonstrüksiyonu		600,34
1750	613.030	Büyük eklem debrütmanı	613.140, 613.220 ile birlikte faturalandırılmaz.	450,25
1751	613.031	Yarı evantrasyonunda revizyon		139,97
1752	613.040	Direk kollateral ligament rekonstrüksiyonu		450,25
1753	613.050	Diz dış yan bağ primer onarımı		500,34
1754	613.060	Diz dış yan bağ rekonstrüksiyonu		750,42

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
1755	613.070	Diz iç yan bağ primer onarımı	Sadece diz çıkığında	400,17
1756	613.080	Diz iç yan bağ rekonstrüksiyonu		600,34
1757	613.090	Eklem ponksiyonu ve ilaç verme		20,07
1758	613.100	Eminensiya kırık fiksasyonu		500,34
1759	613.110	Greft alınması	Patieller tendon, hamstring, füsüya lata	300,17
1760	613.120	Kondral debrütman	Drill ve mikro kırık dahil	400,17
1761	613.130	Korakoakromial ligament rekonstrüksiyonu		450,25
1762	613.140	Küçük eklem debrütmanı		359,19
1763	613.150	Küçük eklem ligament rekonstrüksiyonu		359,19
1764	613.160	Menisektomi		359,19
1765	613.170	Menisküs kisti eksizyonu		359,19
1766	613.180	Menisküs onarımı		450,25
1767	613.190	Menisküs transplantasyonu		750,42
1768	613.200	Mozaikplasti		600,34
1769	613.210	On çapraz bağ rekonstrüksiyonu		600,34
1770	613.220	Orta eklem debrütmanı		419,90
1771	613.230	Patella distal ve proksimal dizilim cerrahisi		750,42
1772	613.240	Patella distal realınman		500,34
1773	613.250	Patella proksimal dizilim cerrahisi		500,34
1774	613.260	Rotator kılıf onarımı		500,34
1775	613.270	Septik artrit büyük eklem cerrahisi	613.030 ile birlikte faturalandırılmaz.	588,35
1776	613.280	Septik artrit küçük eklem cerrahisi	613.140 ile birlikte faturalandırılmaz.	178,75
1777	613.290	Septik artrit orta eklem cerrahisi	613.020 ile birlikte faturalandırılmaz.	419,90
1778	613.300	Sinovektomi, büyük eklem	613.030 ile birlikte faturalandırılmaz.	419,90
1779	613.310	Sinovektomi, küçük-orta eklem	613.140, 613.220 ile birlikte faturalandırılmaz.	328,84
1780		<b>TEKRARLAYAN ÇIKIKLARA REKONSTRÜKSİYON</b>		
1781	613.320	Büyük eklem habitüel çıkık onarımı		600,34
1782	613.330	Orta eklem habitüel çıkık onarımı		539,63
1783	613.340	Küçük eklem habitüel çıkık onarımı		419,90
1784		<b>PEDİYATRİK ORTOPEDİ</b>		
1785	613.350	Aşiloplasti		300,17
1786	613.360	Aşiloplasti ve posteriyör kapsül gevşetmesi	613.350 ile birlikte faturalandırılmaz.	400,17
1787	613.370	Ayak komplet subtalar gevşetme		850,42
1788	613.380	Ayak posteromediyal gevşetme		600,34
1789	613.390	Chiari osteotomisi		750,42
1790	613.400	Gelişimsel kalça çıkığı, açık redüksiyon		500,34
1791	613.410	Gelişimsel kalça çıkığı kapalı redüksiyonu ve pelvipedal alçı	610.880 , 610.650 , 610.660 ile birlikte faturalandırılmaz.	350,25
1792	613.420	Gelişimsel kalça çıkığında pelvik osteotomiler	611.190, 611.290 işlemleri ile birlikte faturalandırılmaz. Açık redüksiyon dahil	800,34
1793	613.430	Gelişimsel kalça çıkığında periasetbular osteotomiler	611.190, 611.290 işlemleri ile birlikte faturalandırılmaz. Ganz vb.	1.200,51
1794	613.440	Gelişimsel kalça çıkığı, radikal redüksiyon	611.190, 611.290 işlemleri ile birlikte faturalandırılmaz.Açık redüksiyon ile pelvik ve femoral osteotomiler dahil.	1.000,51
1795	613.450	Gelişimsel kalça çıkığında üçlü pelvik osteotomiler (Steel vb.)		900,34
1796	613.460	Osteoklazi		100,17
1797	613.470	PEV maniplasyon dahil alçı		125,13
1798	613.480	Planar füsüya ve addüktör tendonların gevşetilmesi		150,08
1799	613.490	Shell osteotomisi		500,34
1800	613.500	Üçlü artrodez		500,34
1801	613.510	Trokantar majör transferi		500,34
1802	613.520	Vertikal talus ameliyatları		750,42
1803		<b>PELVİS VE KALÇA EKLEMİ</b>		
1804	613.530	Tenotomi, kalça addüktörleri, kapalı, subkütan		250,25
1805	613.540	Tenotomi, kalça addüktörleri, açık		400,17
1806	613.550	Tenotomi, iliyospsuz, açık		400,17
1807		<b>OMURGA CERRAHİSİ</b>	Faset denervasyonu dahil	
1808		<b>Vertebra Enfeksiyonları</b>		
1809	613.560	Anteriyör girişim ile vertebra apse drenajı	Torakotomi, laparotomi dahil	750,42
1810	613.570	Anteriyör girişim ile vertebra apse drenajı ve korpektomi ile birlikte strut greftleme	613.560, 614.090, 616.060 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.500,67
1811	613.580	Anteriyör girişim ile vertebra apse drenajı ve anteriyör enstrümantasyon	613.560, 613.920, 613.930, 614.090, 616.060 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.750,76
1812	613.590	Anteriyör girişim ile vertebra apse drenajı ve posteriyör enstrümantasyon	613.560, 614.020, 614.030, 614.040, 614.050, 614.060, 614.090, 616.060 ile birlikte faturalandırılmaz.	2.000,84
1813	613.600	Posteriyör girişim ile vertebra apse drenajı		750,42
1814	613.610	Posteriyör girişim ile vertebra apse drenajı ve korpektomi ile birlikte strut greftleme	613.600, 614.090, 616.060 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.770,66
1815	613.620	Posteriyör girişim ile vertebra apse drenajı ve posteriyör enstrümantasyon	613.600, 614.020, 614.030, 614.040, 614.050, 614.060, 614.090, 616.060 ile birlikte faturalandırılmaz.	2.362,56
1816		<b>Osteotomi</b>		
1817	613.630	Posteriyör elemanların osteotomisi, tek vertebra segmenti		848,23
1818	613.640	Posteriyör elemanlar ve anterior korpusu da içeren osteotomiler		1.440,13
1819	613.650	Spinal osteotomi, tek vertebra segmenti, iliyospsuz ile		1.000,51
1820	613.660	Konkav veya konveks kostal osteotomisi, her seviye için		59,02
1821		<b>Omurga Kırık ve Çıkıklarının Tedavisi</b>		
1822	613.670	Vertebra kırıklarının redüksiyonu, maniplasyon veya traksiyonsuz		359,19
1823	613.680	Vertebra kırıklarının kapalı tedavisi, maniplasyon veya traksiyonla	Alçı veya brens, gerekiren ve içeren	478,92
1824	613.690	Vertebra kırık veya çıkığı tek seviye, posteriyör yaklaşımla enstrümantasyon 4 seviyeye kadar	Torakal ve/veya lomber vertebrada Posteriyör dekompresyon ve füzyon dahil	1.421,08
1825	613.700	Vertebra kırık veya çıkığı tek seviye, posteriyör yaklaşımla enstrümantasyon 4 seviyeden fazla	Torakal ve/veya lomber vertebrada Posteriyör dekompresyon ve füzyon dahil	1.799,33
1826	613.710	Vertebra kırık veya çıkığı tek seviye, enstrümantasyon 4 seviyeye kadar, anterior yaklaşımla	Torakal ve/veya lomber vertebrada Anteriyör dekompresyon ve füzyon dahil	1.770,66
1827	613.720	Vertebra kırık veya çıkığı tek seviye, anterior yaklaşımla enstrümantasyon 4 seviyeden fazla	Torakal ve/veya lomber vertebrada Anteriyör dekompresyon ve füzyon dahil	2.099,49

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
1828	613.730	Vertebra kırığı veya çıkığı tek seviye, anterior dekompresyon-enstrümantasyon ve flüzyon (4 seviyeye kadar) ile birlikte posterior enstrümantasyon ve flüzyon	Torakal ve/veya lomber vertebrada	2.322,09
1829		<b>Artrodez</b>		
1830	613.740	Ototograf alınması (liyak kanat)		300,17
1831	613.750	Nonvaskülerize fibular strut greft alınması		400,17
1832	613.760	Anterior artrodez, transoral veya ekstraoral yolla	Clivus, C1-C2 vertebrada odontoid proses eksiyonu yapılarak veya yapılmadan	1.200,51
1833	613.770	Anterior artrodez, interbody tekniği ile	C2 altı tüm vertebralar için tek seviye	839,80
1834	613.780	Her ek vertebra segmenti için anterior artrodez, interbody tekniği ile	C2 altı tüm vertebralar	350,25
1835		<b>Posterior posterolateral veya lateral transvers yaklaşım, servikal</b>		
1836	613.790	Kraniyoservikal artrodez, posterior teknik ile	Oksipital-C2 vertebra	959,53
1837	613.800	Atlas-aksis artrodez, posterior teknik ile	C1-C2 vertebra	959,53
1838	613.810	Servikal artrodez, posterior-posterolateral teknik ile	Tek seviye C2 altı vertebralar	720,07
1839	613.820	Her ek vertebra için artrodez, posterior-posterolateral teknik ile	C2 altı vertebralar	359,19
1840		<b>Anterior veya anterolateral yaklaşım, torakal-lomber-sakral</b>		
1841	613.830	Artrodez anterior, 3 vertebral segmente kadar		1.200,51
1842	613.840	Artrodez anterior, 4 veya daha fazla vertebral segment		1.500,67
1843	613.850	Kifotik deformite için anterior trikortikal strut greftleme		1.500,67
1844	613.860	Kifotik deformite için vaskülerize kosta ile greftleme		1.500,67
1845		<b>Posterior-posterolateral veya lateral transvers yaklaşım, torakal, lomber</b>		
1846	613.870	Artrodez posterior, 7 vertebral segmente kadar		843,17
1847	613.880	Artrodez posterior, 8 veya daha fazla vertebral segment		1.315,35
1848	613.890	Artrodez posterior, tek disk aralığı	Interbody veya transforminal interbody tekniği ile Aynı faturada 1 defadan fazla kodlanamaz. İlavce aralıklar 613.900 kodu üzerinden faturalandırılır.	500,34
1849	613.900	Artrodez posterior, her disk aralığı	Interbody veya transforminal interbody tekniği	250,25
1850	613.910	Spinal flüzyon eksplozasyonu		359,19
1851		<b>SPİNAL ENSTRÜMANTASYON</b>		
1852	613.920	Anterior enstrümantasyon; 3 vertebra segmentine kadar	Aynı faturada bir defadan fazla kodlanamaz.	1.194,79
1853	613.930	Anterior enstrümantasyon; 4 veya daha fazla vertebra segmenti	Aynı faturada bir defadan fazla kodlanamaz.	1.416,53
1854	613.940	Anterior odontoid fiksasyonu	Tek veya iki vida ile	1.000,51
1855	613.950	Anterior sakroliyak fiksasyon		1.000,51
1856	613.960	Crutchfield takılması		478,92
1857	613.970	Enstrümantasyon çıkarılması, 6 seviyeden fazla	Aynı faturada bir defadan fazla kodlanamaz.	1.198,99
1858	613.980	Enstrümantasyon çıkarılması, 6 seviyeye kadar	Aynı faturada bir defadan fazla kodlanamaz.	959,53
1859	613.990	Halo fiksasyonu uygulanması	Stabilizasyon veya traksiyon amaçlı	359,19
1860	614.000	Pelvik fiksasyon, sakrum dışında	Enstrümantasyonun alt ucuun pelvik kemik yapılarına tespiti	1.500,67
1861	614.010	Posterior C1-C2 enstrümantasyonu+ vida rod+ transartiküler vida + lamina, spinöz proses telleme		1.249,58
1862	614.020	Posterior oksipitoservikal enstrümantasyon	Servikal 0-2 vertebralarda	1.416,53
1863	614.030	Posterior sakroliyak fiksasyon	Perkütan veya açık	1.198,99
1864	614.040	Posterior segmental enstrümantasyon; 2 ila 6 vertebra segmenti	Aynı faturada bir defadan fazla kodlanamaz.	1.774,08
1865	614.050	Posterior segmental enstrümantasyon; 7 veya daha fazla vertebra segmenti	Aynı faturada bir defadan fazla kodlanamaz.	2.047,22
1866	614.060	Posterior segmental olmayan enstrümantasyon		300,17
1867	614.070	Spinöz proseslerin tellemesi ile internal spinal fiksasyon		1.000,51
1868	614.080	Translaminer faset eklem vida fiksasyonu, tek seviye		1.198,99
1869	614.090	Vertebra defektlerine, strüktürel, strut greft veya prostetik materyal yerleştirilmesi	Allogreft, otogreft, cage, çimento dahil	600,34
1870		<b>DİĞER İŞLEMLER</b>		
1871	614.100	Kifektomi	Vertebral segment rezeksiyonu, cisim ve posterior elemanlar dahil	2.099,49
1872	614.110	Spondilolizis pars kırık onarım		900,34
1873	614.120	Sakrektomi, parsiyel		1.200,51
1874	614.130	Sakrektomi, total		1.500,67
1875	614.140	Vertebroplastik, tek seviye		700,34
1876	614.150	Kifoplastik, her seviye için		600,34
1877	614.160	Faset eklem blokajı	Skopide faset eklem görülmüştü eklenmelidir. Tüm blokajı uygulamaları dahil	84,32
1878	614.170	Spondilolizis cerrahi redüksiyon	Diğer işlemler ilave faturalandırılır.	600,34
1879		<b>EKSTERNAL FİKSATÖR TEDAVİLERİ</b>		
1880	614.180	Büyük kemik bifokal		900,34
1881	614.190	Büyük kemik defektli psödoartroz	3 cm'den fazla	850,42
1882	614.200	Büyük kemik psödoartroz		750,42
1883	614.210	Kemik-kemik defektli psödoartroz	1 cm'den fazla	500,34
1884	614.220	Küçük kemik psödoartroz		450,25
1885	614.230	Orta kemik defektli psödoartroz	2 cm'den fazla	600,34
1886	614.240	Orta kemik psödoartroz		525,30
1887		<b>HİEMİKALLOTAZİS-KALLOTAZİS İLE DEFORMİTE DÜZELTİLMESİ</b>		
1888	614.250	Büyük kemik kallo-hemikallotazis ile deformite düzeltilmesi		600,34
1889	614.260	Orta kemik kallo-hemikallotazis ile deformite düzeltilmesi		500,34
1890	614.270	Küçük kemik kallo-hemikallotazis ile deformite düzeltilmesi		400,17
1891	614.280	Hemikondrodiastazis, büyük kemik		600,34
1892		<b>EKSTERNAL FİKSATÖR İLE EKLEM KONTRAKTÜRÜ AÇILMASI</b>		
1893	614.290	Büyük eklem kontraktürünün eksternal fiksatör ile açılması		600,34
1894	614.300	Küçük eklem kontraktürünün eksternal fiksatör ile açılması		400,17
1895	614.310	Eksternal fiksatör ile ayak deformitesi düzeltilmesi	Diğer açık girişimler dahil	959,53
1896		<b>EKSTERNAL FİKSATÖR İLE KEMİK UZATMA</b>		

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
1897	614.320	Büyük kemik eksternal fiksator ile uzatma		600,34
1898	614.330	Orta kemik eksternal fiksator ile uzatma		500,34
1899	614.340	Küçük kemik eksternal fiksator ile uzatma		400,17
1900		<b>ORTOPEDİK ONKOLOJİ</b>		
1901		<b>Örnekleme Yöntemi</b>		
1902	614.350	Kemik tümörü açık biyopsisi, pelvis veya vertebra		359,19
1903	614.360	Yumuşak doku tümörü açık biyopsisi, pelvis içi		269,81
1904	614.370	Yumuşak doku tümörü trokar veya iğne biyopsisi, pelvis içi		239,46
1905		<b>Rezeksiyonlar</b>		
1906	614.380	Benign yumuşak doku tümörü, derin		250,25
1907	614.390	Benign yumuşak doku tümörü, kompleks	Damar, sinir, kemik veya eklem tutumulu	900,51
1908	614.400	Benign yumuşak doku tümörü, pelvis içi		478,92
1909	614.410	Benign yumuşak doku tümörü, yüzeyel		150,08
1910	614.420	Büyük kemik malıgn tümörünün geniş veya radikal rezeksiyonu		1.062,39
1911	614.430	Büyük kemik benign tümörü veya kistinin küretaj veya rezeksiyonu		600,34
1912	614.440	Küçük kemik benign tümörü veya kistinin küretaj veya rezeksiyonu		200,17
1913	614.450	Küçük kemik malıgn tümörünün geniş veya radikal rezeksiyonu		478,92
1914	614.460	Malıgn yumuşak doku tümörü rezeksiyonu, derin		600,34
1915	614.470	Malıgn yumuşak doku tümörü rezeksiyonu, kompleks	Damar, sinir, kemik veya eklem tutumulu	1.332,21
1916	614.480	Malıgn yumuşak doku tümörü rezeksiyonu, pelvis içi		720,07
1917	614.490	Malıgn yumuşak doku tümörü rezeksiyonu, yüzeyel		300,17
1918	614.500	Orta kemik malıgn tümörünün geniş veya radikal rezeksiyonu		708,26
1919	614.510	Orta kemik benign tümörü veya kistinin küretaj veya rezeksiyonu		400,17
1920	614.520	Spine benign kemik tümörü veya kistinin küretaj veya rezeksiyonu	Pelvis veya vertebralarda	750,42
1921	614.530	Spine malıgn kemik tümörünün geniş veya radikal rezeksiyonu	Pelvis veya vertebralarda	1.300,17
1922	614.540	Total kapalı eklem rezeksiyonu, büyük eklem		1.100,51
1923	614.550	Total kapalı eklem rezeksiyonu, orta eklem		900,34
1924		<b>REKONSTRÜKSİYONLAR</b>		
1925		<b>Biyolojik Rekonstrüksiyonlar</b>		
1926	614.560	Damarlı kemik transplantasyonu	Aynı işlemi ayrı faturalandırılır.	1.300,51
1927	614.570	Eklem transplantasyonu, total		1.500,67
1928	614.580	Kemik defektlerinin yonga greft ile doldurulması		500,34
1929	614.590	Kemik kaydırma yöntemi ile rekonstrüksiyon		1.198,99
1930	614.600	Kısmi eklem transplantasyonu		1.200,51
1931	614.610	Masil allogreft ile rekonstrüksiyon		900,51
1932	614.620	Rezeksiyon artrodezi, büyük eklem		600,34
1933	614.630	Rezeksiyon artrodezi, küçük eklem		300,17
1934	614.640	Rezeksiyon artrodezi, orta eklem		500,34
1935	614.650	Segmental greft ile rekonstrüksiyon		600,34
1936		<b>Prostetik Rekonstrüksiyonlar</b>		
1937	614.660	Modüler tümör protezi ile rekonstrüksiyon		1.499,16
1938		<b>G.8.SİNİR SİSTEMİ CERRAHİSİ</b>		
1939		<b>ELEKTROFİZYOLOJİK TESTLER İÇİN CERRAHI</b>		
1940	614.670	Subdural pensiyon ve efüzyon aspirasyonu		25,13
1941	614.680	Ventriküller pensiyon		50,08
1942	614.690	Eksternal ventriküller drenaj sistemi yerleştirilmesi		100,17
1943	614.700	Intrakraniyal basınç monitörizasyon kateteri yerleştirilmesi		100,17
1944	614.710	Eksternal lomber drenaj sistemi yerleştirilmesi		75,04
1945	614.720	Uzun süreli video EEG için subdural elektrot koması için cerrahi girişim		600,34
1946	614.730	Uzun süreli video EEG amaçlı Foramen ovale elektrotu için cerrahi girişim	PEG elektrot	300,17
1947	614.740	Uzun süreli video EEG amaçlı derin elektrot koması için cerrahi girişim		600,34
1948	614.750	Kortikal stimülasyon		600,34
1949	614.760	Elektrokortikografi	Ameliyat işlemi başına ek faturalandırılır.	300,17
1950		<b>ORTA Kafa Çukuru Yaklaşımları</b>		
1951	614.770	Vestibüler nörektomi, transkanal		1.100,51
1952	614.780	MAI dekompresyonu		1.100,51
1953	614.790	BOS fistülünün onarımı		900,34
1954	614.800	Temporal kemik tümör eksizyonu		1.100,51
1955	614.810	Akustik tümör eksizyonu		1.620,57
1956		<b>RETRO LABİRENTER VE RETROSİGMOİD YAKLAŞIMLAR</b>		
1957	614.820	Vestibüler nörektomi, retrosigmoïd-retrolabirenter		1.100,51
1958	614.830	Dekompresyon ameliyatı (ALCA)		1.300,17
1959		<b>STEREOTAKTİK VE FONKSİYONEL NÖROŞİRÜRJİKAL AMELİYATLAR</b>		
1960	614.840	Açık kondotomi	Laminektomi birimine ek olarak	296,80
1961	614.850	Baklofen pompa implantasyonu		600,34
1962	614.860	Derin beyin nörostimülatörü implantasyonu, iki taraf		2.000,84
1963	614.870	Derin beyin nörostimülatörü implantasyonu, tek taraf		1.750,76
1964	614.880	Dorsal kolon stimülasyonu		419,90
1965	614.890	Eksternal radyoterapi		1.000,51
1966	614.900	Faset denervasyonu	Tüm denervasyon uygulamaları dahil	84,32
1967	614.910	Mikroelektrot kayıt	Ameliyat ve elektrot ücretine ek olarak faturalandırılır.	550,25
1968	614.920	Mikroelektrot kayıt eşliğinde pallidotomi, iki taraf	Aynı faturalarda bir defadan fazla kodlanmaz.	2.501,01
1969	614.930	Mikroelektrot kayıt eşliğinde pallidotomi, tek taraf	Aynı faturalarda bir defadan fazla kodlanmaz.	1.750,76
1970	614.940	Mikroelektrot kayıt eşliğinde talamotomi, iki taraf	Aynı faturalarda bir defadan fazla kodlanmaz.	2.501,01
1971	614.950	Mikroelektrot kayıt eşliğinde talamotomi, tek taraf	Aynı faturalarda bir defadan fazla kodlanmaz.	1.750,76
1972	614.960	Mikroelektrot kayıtlı nörostimülatör implantasyonu		2.501,01
1973	614.970	Mikrovasküler dekompresyon		1.198,99
1974	614.980	Nöronavigasyonla kitte rezeksiyonu		2.220,91

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
1975	614.990	Perikütan foramen ovale gasser gangliyon bloğu	X-ray hariç	239,46
1976	615.000	Perikütan foramen ovale gasser gangliyonu RF termokoagülasyonu	X-ray hariç	359,19
1977	615.010	Perikütan kordotomi	BT hariç	720,07
1978	615.020	Perikütan sempatik blokaj		300,17
1979	615.030	Perikütan traktotomi	BT hariç	600,34
1980	615.040	Selektif dorsal rizotomi	615.100 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.400,67
1981	615.050	Stereotaktik biyopsi	Radyoaktif seed ücreti hariç	839,80
1982	615.060	Stereotaktik brükiterapi	615.080 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.200,51
1983	615.070	Stereotaktik talamotomi, iki taraf	Aynı faturada bir defadan fazla kodlanmaz.	2.000,84
1984	615.080	Stereotaktik talamotomi, tek taraf	615.070 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.200,51
1985	615.090	Stereotaktik kateterizasyon	Aynı faturada bir defadan fazla kodlanmaz.	959,53
1986	615.100	Stereotaktik kraniyotomi	615.120 ile birlikte faturalandırılmaz.	2.072,78
1987	615.110	Stereotaktik palidotomi, iki taraf	Aynı faturada bir defadan fazla kodlanmaz.	2.000,84
1988	615.120	Stereotaktik palidotomi, tek taraf	615.110 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.200,51
1989	615.130	Stereotaktik singulotomi-kapsulotomi	Aynı faturada bir defadan fazla kodlanmaz.	1.300,51
1990	615.140	Trigeminal nörektomi		359,19
1991	615.150	Vestibüler nörotomi		800,34
1992		<b>KRANIYAL CERRAHİLER</b>		
1993	615.160	Hidrosefali şant ameliyatları		826,31
1994	615.170	Hidrosefali ameliyatları, third ventrikülostomi		1.198,99
1995	615.180	BOS fistülünün kraniyotomi ile ameliyatları, transkraniyal yolla		1.198,99
1996	615.190	BOS fistülü ameliyatları, transfenoidal yolla		1.079,26
1997	615.200	Kafa kaidesinde dura onarımı, kraniyotomi ile		1.440,13
1998	615.201	Dekompresif kraniektomi		2.000,00
1999	615.202	Chiari malformasyonu dekompresyon-duraplasti		1.250,00
2000	615.203	Kisto-peritoneal şant takılması		600,00
2001	615.204	Eksternal ventrikül veya lomber drenaj seti uygulanması		500,00
2002	615.205	Syringomyeli şantları		600,00
2003	615.210	Endoskopik tümör biyopsisi		1.198,99
2004	615.220	Endoskopik akuduktoplasti		1.198,99
2005		<b>KAFA TRAYMA AMELİYATLARI</b>		
2006	615.230	Burr Hole eksplorasyonu, tek		300,17
2007	615.240	Burr Hole eksplorasyonu, her bir ilave için		178,75
2008	615.250	Epidual hematom drenajı, kraniyotomi ile		359,19
2009	615.260	Epidual hematom drenajı, kraniyotomi ile	615.280 ile birlikte faturalandırılmaz.	478,92
2010	615.270	Subdural hematom kraniyotomi ile drenajı, tek taraf	Aynı faturada bir defadan fazla kodlanmaz.	708,26
2011	615.280	Subdural hematom kraniyotomi ile drenajı, iki taraf	615.270 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.180,44
2012	615.290	Subdural hematomun Burr Hole ile drenajı, tek taraf	615.300 ile birlikte faturalandırılmaz.	478,92
2013	615.300	Subdural hematomun Burr Hole ile drenajı, iki taraf	615.290 ile birlikte faturalandırılmaz.	839,80
2014	615.310	Depresyon fraktürü, basit		359,19
2015	615.320	Depresyon fraktürü, komplike		478,92
2016	615.330	Duraplasti, galeal greft ile		500,34
2017	615.331	Duraplasti, diğer greftler (Sentetik vb) ile		250,00
2018	615.340	Duraplasti, fasya lata grefti ile		720,07
2019		<b>KİTLE VE VASKÜLER AMELİYATLAR</b>		
2020	615.350	3. ventrikül içi tümörleri		1.770,66
2021	615.360	Anevrizma ameliyatları, aynı keside çoklu	Aynı faturada bir defadan fazla kodlanmaz.	2.082,63
2022	615.370	Anevrizma ameliyatları, ayrı keside çoklu	Aynı faturada bir defadan fazla kodlanmaz.	2.951,10
2023	615.380	Anevrizma ameliyatları, tek	Aynı faturada bir defadan fazla kodlanmaz.	1.774,08
2024	615.390	Arteriyovenöz malformasyon ameliyatları		1.845,83
2025	615.400	Beyin apsesi, Burr Hole ile aspirasyon		478,92
2026	615.410	Beyin apsesi cerrahisi, kraniyotomi ile		900,51
2027	615.420	Beyin intraparakimial kist hidatik çıkarılması		826,39
2028	615.430	Gliaal tümör eksizeyonu		774,44
2029	615.440	Gliaal tümör eksizeyonu, mikrosürjikal teknikle		1.176,69
2030	615.450	Gliaal tümör eksizeyonu, lobektomi ilavesiyle		1.062,39
2031	615.460	Intraorbital tümör eksizeyonu, kraniyotomi ile		1.180,59
2032	615.470	Intraserebral hematom boşaltılması, Burr Hole ile		478,92
2033	615.480	Intraserebral hematom boşaltılması, kraniyotomi ile		900,51
2034	615.490	Kalde tümörleri		1.421,08
2035	615.500	Karotid endarterektomi		1.198,99
2036	615.510	Karotidokavernöz fistül veya anevrizması	Servikal ve kraniyal yaklaşım ile	1.799,33
2037	615.520	Konveksite tümörleri cerrahisi		839,80
2038	615.530	Kışge tümörleri cerrahisi		1.774,08
2039	615.540	Lateral ventrikül içi tümörleri cerrahisi		1.625,77
2040	615.550	Parasagittal (Interhemisferik), tentoriyel açıklık vb yerleşimli tümörlerin cerrahisi		1.180,59
2041	615.560	Pineal kitle ameliyatları		1.770,79
2042	615.570	Posteriyör fossa tümörleri cerrahisi		1.475,38
2043	615.580	Sellar ve parasellar tümörleri cerrahisi		1.180,59
2044	615.581	Petroklival bölge tümör cerrahisi		1.475,00
2045	615.582	Kavernöz sinus tümör cerrahisi		1.475,00
2046	615.583	Kavernom ameliyatları		1.180,00
2047	615.584	Mikrocerrahi kist fenestasyonu		839,00
2048	615.585	Subdural /epidual absce ameliyatları		1.475,00
2049	615.586	Uyanık kraniyotomi ile tümör eksizeyonu		1.475,00
2050	615.590	Serebral by-pass ameliyatları		1.785,80
2051	615.600	Transfenoidal hipofizektomi	Adenomektomi	1.185,73
2052		<b>EPILEPSİ AMELİYATLARI</b>		
2053	615.610	Ekstratemporal rezeksiyonlar		900,51



## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
2054	615.620	Hcmidekortikasyon		1.500,67
2055	615.630	Hemisferektomi		2.399,66
2056	615.640	Korpus kallozotomi		1.198,99
2057	615.650	Selektif amigdalohipokampktomi		1.799,33
2058	615.660	Subpial insizyon		750,42
2059	615.670	Serebral lobektomi total, medial veya lateral		1.799,33
2060	615.680	Vagal stimülatör takılması		900,51
2061		<b>KONJENİTAL SPİNAL CERRAHI</b>		
2062	615.690	Spinal meningesel eksizyonu		478,92
2063	615.700	Spinal meningesel eksizyonu		832,73
2064	615.710	Spinal disrafizmi, kapalı ameliyatları	Diastematomyeli, lipomyelomeningosel, dermal sinüs, kısa filum terminale	839,80
2065	615.720	Sakrokoksigal teratom eksizyonu		1.198,99
2066		<b>INTRADURAL İNTRAMEDÜLLER SPİNAL CERRAHI</b>		
2067	615.730	Diskografi tek seviye		478,92
2068	615.750	Intradural, intramedüller vertebral apsesli drenajı		900,51
2069	615.760	Lomber intradural tümör eksizyonu	616.020 ile birlikte faturalandırılmaz.Korpektomi veya laminoplastisi ile yapılmışsa ilave edilir, laminotomi dahil	944,40
2070	615.770	Lomber spinal kord AVM eksizyonu	616.020 ile birlikte faturalandırılmaz.Korpektomi veya laminoplastisi ile yapılmışsa ilave edilir, laminotomi dahil	1.180,59
2071	615.780	Myelografi		478,92
2072	615.800	Servikal intradural ekstrapedüller tümör eksizyonu		959,53
2073	615.810	Servikal intramedüller tümör eksizyonu	616.070 ile birlikte faturalandırılmaz.Korpektomi veya laminoplastisi ile yapılmışsa ilave edilir, laminotomi dahil	1.180,59
2074	615.820	Servikal spinal kord AVM eksizyonu	616.070 ile birlikte faturalandırılmaz.Korpektomi veya laminoplastisi ile yapılmışsa ilave edilir, laminotomi dahil	2.399,66
2075	615.830	Spinal syringomyeli drenajı eksizyonu	616.020, 616.070, 616.110 ile birlikte faturalandırılmaz. Laminoplastisi ile yapılmışsa ilave edilir, laminotomi dahil	839,80
2076	615.831	Servikal anterior oblik korpektomi tek omurga		1.500,00
2077	615.840	Torakal intradural ekstrapedüller tümör eksizyonu	616.110 ile birlikte faturalandırılmaz.Korpektomi veya laminoplastisi ile yapılmışsa ilave edilir, laminotomi dahil	706,02
2078	615.850	Torakal intramedüller tümör eksizyonu	616.110 ile birlikte faturalandırılmaz.Korpektomi veya laminoplastisi ile yapılmışsa ilave edilir, laminotomi dahil	1.032,43
2079	615.860	Torakal spinal kord AVM eksizyonu	616.110 ile birlikte faturalandırılmaz.Korpektomi veya laminoplastisi ile yapılmışsa ilave edilir, laminotomi dahil	1.770,79
2080		<b>DİSK CERRAHİSİ</b>		
2081	615.880	Lomber diskektomi, tek seviye	Klasik, laminotomi ile birlikte	674,54
2082	615.890	Lomber diskektomi, tek seviye, iki taraf	Klasik, laminotomi ile birlikte. 615.880 ile birlikte faturalandırılmaz.	700,34
2083	615.900	Lomber laminotomi ve iki tarafı diskektomi	615.910, 616.020 ile birlikte faturalandırılmaz.	700,34
2084	615.910	Lomber laminotomi ve tek taraf diskektomi	615.900, 616.020 ile birlikte faturalandırılmaz.	674,54
2085	615.920	Lomber mikrocerrahi ile diskektomi, tek seviye	Klasik, laminotomi ile birlikte	700,34
2086	615.930	Lomber mikrocerrahi ile iki tarafı diskektomi, tek seviye	Klasik, laminotomi ile birlikte	800,34
2087	615.940	Anteriyör yaklaşım ve mikrocerrahi ile servikal diskektomi, tek mesafe	Servikal ve diğer omurlar	800,34
2088	615.950	Anteriyör yaklaşım ve mikrocerrahi ile servikal diskektomi ve intervertebral greft-kafes uygulanması, tek mesafe	Servikal ve diğer omurlar	1.050,42
2089	615.960	Servikal laminotomi ve disk boğaldrması	Tek mesafe disk	779,09
2090	615.970	Torakal disk eksizyonu	616.100, 616.110 ile birlikte faturalandırılmaz.Klasik, laminotomi veya laminotomi ile	720,07
2091	615.980	Torakal transtransverssektomi ile disk eksizyonu		1.198,99
2092	615.990	Torakal transtorasik disk eksizyonu		1.198,99
2093		<b>EKSİZYON VE DEKOMPRESYON</b>		
2094	616.000	Kraniyovertebral junction anomali ameliyatları veya dekompresyon		887,05
2095	616.010	Lomber hemilaminotomi - laminotomi, parsiyel /total, tek omurga		300,17
2096	616.020	Lomber laminotomi, tek omurga	615.900, 615.910 ile birlikte faturalandırılmaz.	337,27
2097	616.030	Lomber laminoplasti, tek omurga		400,17
2098	616.040	Lomber parsiyel korpektomi, tek omurga		750,42
2099	616.050	Servikal hemilaminotomi - laminotomi, tek omurga		500,34
2100	616.060	Servikal, torakal veya lomber korpektomi, tek omurga		1.000,51
2101	616.070	Servikal laminotomi, tek omurga		500,34
2102	616.080	Servikal laminoplasti, tek omurga		600,34
2103	616.090	Servikal veya torakal parsiyel korpektomi, tek omurga		750,42
2104	616.100	Torakal hemilaminotomi - laminotomi, tek omurga	615.970 ile birlikte faturalandırılmaz.	478,92
2105	616.110	Torakal laminotomi, tek omurga	615.970 ile birlikte faturalandırılmaz.	478,92
2106	616.120	Torakal laminoplasti, tek omurga		600,34
2107	616.130	Total omurga rezeksiyonu	Enblok spondilektomi	1.300,66
2108	616.140	Transoral odontoidektomi		1.416,59
2109		<b>FASİYAL PARALİZİNİN TEDAVİSİNE YÖNELİK İŞLEMLER</b>		
2110	616.150	Yalnozca deriye müdahale ile statik onarımlar		359,19
2111	616.160	Fasiyal veya tendon grefti ile askı ameliyatları		478,92
2112	616.170	Kas tranpozisyonu veya greft ile düzeltme		539,63
2113	616.180	Fasiyal sinir onarımı		720,07
2114	616.190	Fasiyal sinirli greftle onarımı		839,80
2115	616.200	Hipoglossal sinir tranpozisyonu		779,09
2116	616.210	Mikronörovasküler teknik ile kas transferi		1.799,33
2117	616.220	Yumuşak doku suspansiyonu		478,92
2118		<b>ÜST EKSTREMİTE</b>		
2119	616.230	Nöroliz		168,63
2120	616.231	Sempatektomi aksiller, tek taraf	Aynı faturada bir defadan fazla kodlanmaz.	359,19
2121	616.240	Sempatektomi lomber, tek taraf	Aynı faturada bir defadan fazla kodlanmaz.	359,19
2122	616.250	Sempatektomi lomber, iki taraf	Aynı faturada bir defadan fazla kodlanmaz.	720,07
2123	616.260	Sempatektomi servikal, tek taraf	Aynı faturada bir defadan fazla kodlanmaz.	478,92

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
2124	616.270	Sempatektomi servikal, iki taraf	Aynı faturada bir defadan fazla kodlanmaz.	959,53
2125	616.280	Periferik arter sklerozasyonu		600,34
2126	616.290	Torakal sempatektomi, tek taraf	Aynı faturada bir defadan fazla kodlanmaz.	600,34
2127	616.300	Torakal sempatektomi, iki taraf	Aynı faturada bir defadan fazla kodlanmaz.	1.198,99
2128		<b>PERİFERİK SINİR CERRAHİSİ</b>		
2129	616.310	Sinir grefti alınması		250,25
2130	616.320	Sinir için toraksık çıkım sendromu ameliyatları		900,51
2131	616.330	Brakiyal pleksus eksplorasyonları		1.264,76
2132	616.340	Lomber pleksus eksplorasyonları		1.386,17
2133	616.350	Her türlü periferik sinir eksplorasyonu, tek bir sinir	Traumatik, nöroma ekzisyonu, nörolizis ve basit nörorafi dahil	400,17
2134	616.360	Nervus medianus dekompresyonu		360,17
2135	616.370	Nervus ulnaris transpozisyonu		400,17
2136	616.380	Supraskapüler sinir kompresyon sendromu ve dekompresyon cerrahisi		478,92
2137	616.390	Nervus radialis posterior interosseus kompresyon sendromu, dekompresyon cerrahisi		478,92
2138	616.400	Meralgia paraesthetica dekompresyon ameliyatı		478,92
2139	616.410	Tarsal tünel sendromu dekompresyon ameliyatı		400,17
2140	616.420	Kraniyal sinirlerin mikrovasküler dekompresyon		1.198,99
2141		<b>MİKRO CERRAHI</b>		
2142	616.430	Sinir onarımı, tek bir sinir		674,54
2143	616.440	Sinir onarımı, greft ile, tek bir sinir		816,19
2144	616.450	Sinir onarımı, greft ile, ilave her bir sinir	616.440 işlemine ilaveten faturalandırılır.	337,50
2145	616.460	Dijital sempatektomi		500,34
2146		<b>6.9.GÖZ VE ADNEKSLERİ</b>	İşlem puanları tek göz içindir	
2147		<b>PERİOKÜLER BÖLGENİN CERRAHI GİRİŞİMLERİ</b>		
2148	616.470	Ayarlanabilir sütlür, pitozis		300,17
2149	616.480	Blefaroplasti, her bir göz kapağı için	Sağlık kurulu raporu ile tıbbi geçecek belirtilmelidir.	250,25
2150	616.490	Dermoid kist ekzisyonu		250,25
2151	616.500	Distikiyaziste uygulanan elektroliz ameliyatı	Her bir kapak kenarı için	100,17
2152	616.510	Ektropiyum için cerrahi girişim		250,25
2153	616.520	Entropiyum için cerrahi girişim		250,25
2154	616.530	Epikantus onarımı		250,25
2155	616.540	Frontale asma teknikleri, pitozis		300,17
2156	616.550	Görüş alanına engel yaratan psödoptoz tedavisi		300,17
2157	616.560	Göz kapağı deri defektlerinin rekonstrüksiyonu		300,17
2158	616.570	Göz kapağı tam kat defektlerinin rekonstrüksiyonu		450,25
2159	616.580	Göz kapağına altın implantasyonu	Fasiyal parafizi tedavisinde	250,25
2160	616.590	Kantoplasti		250,25
2161	616.600	Kapak kesisi sütlürasyonu, 1 cm'den fazla		100,17
2162	616.610	Kapak kesisi sütlürasyonu, 1 cm'ye kadar		75,04
2163	616.620	Kapak kesisi sütlüre edilmesi, kirpikli kenar, kaş veya tars onarımı		150,08
2164	616.630	Kapak rekonstrüksiyonu, greft veya flep ile		450,25
2165	616.640	Kapak tümörü ameliyatı		210,79
2166	616.670	Kapak veya konjonktiva biyopsisi		100,17
2167	616.680	Kapaklara kriyo aplikasyonu		60,03
2168	616.690	Kapakta kist ve salzsuyu ameliyatı		100,17
2169	616.700	Kermodenervasyon		75,04
2170	616.710	Levator prosedürleri, pitozis		300,17
2171	616.720	Rejional oküler anestezi		30,02
2172	616.730	Saçlı deriden ada flep yardımı ile kaş rekonstrüksiyonu		500,34
2173	616.740	Saçlı derinin kompozit greft olarak kullanıldığı kaş rekonstrüksiyonu		300,17
2174	616.750	Tarsorafı		125,13
2175	616.760	Telekanlıs onarımı		300,17
2176		<b>GÖZYAŞI DRENAJ YOLLARI İLE İLGİLİ İŞLEMLER</b>		
2177	616.770	Altı konka kırılması		60,71
2178	616.780	Dakriosistorinostomi (DSR), eksternal		450,25
2179	616.790	Dakriosistorinostomi (DSR), endonazal		450,25
2180	616.800	Göz yaşı yolları entübasyonu		300,17
2181	616.810	Göz yaşı yolları entübasyonu ve altı konka kırılması		400,17
2182	616.820	Kanalikül kesisi reperasyonu		300,17
2183	616.830	Kese ablasyonu		300,17
2184	616.840	Kese flegmonu drenajı		60,03
2185	616.850	Lakrimal uçağ yerleştirilmesi		40,13
2186	616.860	Nazal mukozaya ve cilt infiltrasyon anestezi		25,13
2187	616.870	Nazolakrimal balon uygulamaları		200,17
2188	616.880	Nazolakrimal kanal oklüzyonuna girişim-probing	Çocuk yaş grubunda anestezi ile yapılan sondalama	100,17
2189	616.890	Punktum açılması, dilatasyonu, lavajı	Punktumda kesecik kadar olan probnik ve dilatasyonu kapsar	18,21
2190	616.900	Tüp implantlı konjonktival rinosomi		500,34
2191		<b>SASILIK VE PEDIYATRİK OFTALMOLOJİ</b>		
2192	616.910	Rektuslara gerilme veya rezeksiyon, her biri		300,17
2193	616.920	Rektuslara gerilme ve rezeksiyon, aynı göz		400,17
2194	616.930	Her iki gözde birer rektusa gerilme ve/veya rezeksiyon		450,25
2195	616.940	Tenotomi, myotomi, yaylıktı		200,17
2196	616.950	Botulinium toksini enjeksiyonu	EMG eşliğinde her bir kas için	50,08
2197	616.960	Adele transpozisyonu		300,17
2198	616.970	Ayarlanabilir sütlür, şaşlık		300,17
2199	616.980	İaden ameliyatı		300,17
2200	616.990	Nistagmus cerrahisi, her iki gözde tüm horizontal kaslara gerilme		400,17
2201		<b>KONJONKTİVA-KORNEA-KONTAKT LENS-ÖNSEGMENT</b>		
2202	617.000	Amnion zarı ile yüzey rekonstrüksiyonu		300,17
2203	617.010	Delici göz yaralanmaları tamiri		470,67

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
2204	617.020	Fototerapötik keratektomi (PTK)		478,92
2205	617.030	Intraoküler yabancı cisimlerin çıkarılması		500,34
2206	617.040	Keratoplasti		706,02
2207	617.050	Keratoprotez uygulaması		779,09
2208	617.051	Korneal Cross-Linking uygulaması	Topografi ve pakimetre ile tanı konulmuş keratokonus, postlasik ektazi veya pellucid marjinal dejenorasyonda, Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti sunucuları ile Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularına faturalandırılır.	150,00
2209	617.052	Intrakorneal halka uygulaması	Topografi ve pakimetre ile tanı konulmuş keratokonus veya postlasik ektazide Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti sunucuları ile Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularına faturalandırılır.	300,00
2210	617.060	Konjonktiva örmesi		125,13
2211	617.070	Konjonktiva plastiği, grefl ile		200,67
2212	617.090	Konjonktivadan kist ve fibröz çıkarılması		150,08
2213	617.091	Konjonktiva kesisi siliyatasyonu		80,00
2214	617.100	Konjonktivadan yabancı cisim çıkarılması		30,02
2215	617.110	Konkresyon küretajı		30,02
2216	617.120	Kornea hazırlanması, transplantasyon için		507,35
2217	617.130	Kornea kesisi sütür edilmesi		200,17
2218	617.140	Korneadan yabancı cisim çıkarılması		30,02
2219	617.150	Korneal debrüman		30,02
2220	617.160	Korneal-Skleral sütür alınması		30,02
2221	617.170	Limbal kök hücre transplantasyonu		250,25
2222	617.180	Ön kamara ponsiyonu ve/veya enjeksiyonu, tamsal		50,08
2223	617.190	Ön kamara ile birlikte vitreus ponsiyon veya enjeksiyonu, tamsal		75,04
2224	617.200	Ön kamara lavajı		200,17
2225	617.210	Pterijum ameliyatı		101,18
2226	617.211	Otogreftli Pterijum ameliyatı		219,22
2227	617.220	Subkonjonktival ve subienon enjeksiyon	Gündü bir defadan fazla faturalandırılmaz.	25,13
2228		<b>REFRAKTİF CERRAHİ</b>	Bilateral -SD ve üzeri miyop olup, iki göz arasında en az 3D anizometriyi olan olgularda, bilateral +3D ve üzeri hipermetrop olup iki göz arasında en az 3D anizometriyi olan olgularda, bir gözü emetrop olup diğer gözünde 3D ve üzeri refraktif bozukluk olan olgularda, iki göz arasında 4D ve üzeri şerik fark olan olgularda sağlık kurulu raporu ile faturalandırılır.	
2229	617.230	Selüfler lens ekstraksiyonu		400,17
2230	617.240	Yüksek miyopide negatif lens implantasyonu		400,17
2231	617.250	Fotorefraktif keratoplasti (PRK), eximer lazer ile		300,17
2232	617.260	LASIK, LASEK		250,25
2233	617.270	Radial keratotomi		300,17
2234	617.280	Astigmatik keratotomi		300,17
2235		<b>İRİS VE LENS İLE İLGİLİ İŞLEMLER</b>		
2236	617.290	Açı revizyonu		140,13
2237	617.300	Dissizyon veya kapsülektomi	Aynı göz için 617.310, 617.320, 617.330 ile birlikte faturalandırılmaz.	92,92
2238	617.310	Dissizyon-lens aspirasyonu	Aynı göz için 617.300, 617.320, 617.330 ile birlikte faturalandırılmaz.	122,77
2239	617.320	Dissizyon-lens aspirasyonu ile birlikte ön vitrektomi	Aynı göz için 617.300, 617.310, 617.330 ile birlikte faturalandırılmaz.	409,27
2240	617.330	Dissizyon-lens aspirasyonu ve ön vitrektomi ile birlikte intraoküler lens implantasyonu	Aynı göz için 617.300, 617.310, 617.320 ile birlikte faturalandırılmaz.	539,80
2241	617.340	Fakoemülsifikasyon ve intraoküler lens implantasyonu		600,34
2242	617.341	Katarakta fakoemülsifikasyon ve intraoküler lens implantasyonu (Multifokal, astigmatik veya torik, multifokal ve torik)		600,34
2243	617.350	Iridodiyaliz dizektimesi, 3 saat kadranı kadar	Aynı faturada aynı göz için bir defadan fazla kodlanmaz.	84,49
2244	617.360	Iridodiyaliz dizektimesi, 4-6 saat kadranı kadar	Aynı faturada aynı göz için bir defadan fazla kodlanmaz.	110,62
2245	617.370	Iridodiyaliz dizektimesi, 6 saat kadranından çok	Aynı faturada aynı göz için bir defadan fazla kodlanmaz.	135,08
2246	617.380	Kapsül germe halkası yerleştirilmesi		101,52
2247	617.390	Kapsül içine sekonder intraoküler lens implantasyonu		186,00
2248	617.400	Lazer iridotomi		250,25
2249	617.410	Lazer kapsülotomi-sinejiotomi	617.340 işlemi yapılan hastaya işlem sonrası 3 (Üç) ay içinde aynı sağlık kurumunda yapılması halinde faturalandırılmaz.	200,17
2250	617.420	Lens ekstraksiyonu ve intraoküler lens implantasyonu		213,15
2251	617.430	Lens ekstraksiyonu, ekstrakapsüller		186,00
2252	617.440	Lens ekstraksiyonu, intrakapsüller		169,81
2253	617.441	Intraoküler lens (IOL) repozisyonu işlemi	617.330, 617.340, 617.380, 617.390, 617.420, 617.450, 617.470, 617.510 ile birlikte faturalandırılmaz.	90,00
2254	617.442	Intraoküler lens (IOL) çıkarılması	617.330, 617.340, 617.380, 617.390, 617.420, 617.450, 617.470, 617.510 ile birlikte faturalandırılmaz.	100,00
2255	617.450	Ön kamara veya sulkusa sekonder intraoküler lens implantasyonu		169,81
2256	617.451	Ön kamaradan silikon alınması		75,00
2257	617.460	Parsplana lensektomi		244,86
2258	617.470	Parsplana lensektomi ve intraoküler lens implantasyonu		335,75

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
2259	617.480	Periferik iridektomi		85,33
2260	617.490	Pupilloplastisi		85,33
2261	617.500	Sinejiotomi		77,15
2262	617.510	Sikleral fiksasyon ile sekonder intraoküler lens implantasyonu		268,55
2263	617.520	Travmatik paraliitik miyozis için pupilloplastisi		168,13
2264	617.525	Vitreus Wick sendromunda YAG lazer uygulaması		200,17
2265		<b>GLOKOM</b>		
2266	617.530	Ankiste bleb revizyonu		175,21
2267	617.540	Glokomla kombine katarakt ameliyatları		750,42
2268	617.550	Gonyotomi, trabekülotomi		400,17
2269	617.560	Lazer gonvoplasti, trabeküloplastisi		25,30
2270	617.570	Seton ameliyatı (Tıp, molteno vb.)		500,34
2271	617.580	Siklotiyaliz		250,25
2272	617.590	Siklototokogülasyon		125,13
2273	617.600	Siklotrioterapi		125,13
2274	617.610	Trabekülektomi		500,34
2275	617.620	Viskokanalotomi		500,34
2276		<b>RETİNA-VİTREUS</b>		
2277	617.630	Fotokoagülasyon, her bir seans	Beş seansın üzerinde sağlık kurulu raporu ile tbbi gerekeç belirtilmelidir. Her bir göz için.	150,08
2278	617.631	Prematüre retinopatisinde lazer tedavisi	Genel anestezi işlem puanı hariç.	421,59
2279	617.632	Yeni doğan fundoskopik inceleme	En fazla beş günde bir adet faturalandırılır.	101,18
2280	617.640	Vitrektomi, anterior		400,17
2281	617.650	Vitrektomi, pars planu		1.450,98
2282	617.660	Vitreoretinal cerrahi, tüm işlemler	Başka bir vitreoretinal cerrahi işlem ile birlikte faturalandırılmaz.	832,73
2283	617.661	Prematüre retinopatisinde vitreoretinal cerrahi	Başka bir vitreoretinal cerrahi işlem ile birlikte faturalandırılmaz.	1.247,89
2284	617.670	Pnömatik retinopeksi		478,92
2285	617.680	Dekolman ameliyatları, kriyo aplikasyonu		478,92
2286	617.690	Dekolman ameliyatları, sürklaj, lokul	Sürklaj dahil	500,34
2287	617.700	Makula dejenerasyonu için fotodinamik tedavi	Sağlık kurulu raporu ile tbbi gerekeç belirtilmelidir.	359,19
2288	617.710	Silikon yağı çıkarılması		478,92
2289	617.720	Intravitreal ponksiyon ve/veya enjeksiyon		50,08
2290	617.730	İkivatoryel kriyoterapi		150,08
2291		<b>ORBİTA-OKULER ONKOLOJİ</b>		
2292	617.740	Deri veya mukozal grefti kullanarak soket onarımı	600.300 , 600.330 , 600.360 , 600.370 ile birlikte faturalandırılmaz.	600,34
2293	617.750	Ekzanterasyon ve alın flebi ile birlikte deri grefti	600.300 , 600.330 , 600.370, 600.440, 600.450 ile birlikte faturalandırılmaz.	959,53
2294	617.760	Ekzanterasyon ve deri grefti	600.300 , 600.330 , 600.360 , 600.370 ile birlikte faturalandırılmaz.	720,07
2295	617.770	Ekzanterasyon ve temporal kas flebi ile birlikte deri grefti		959,53
2296	617.780	Ekzanterasyon ve küncel iyileşmeye bırakılmak		600,34
2297	617.790	Ekzoftalmus için orbital dekompresyon, iki taraf		959,53
2298	617.800	Enfeksiyon veya eviserasyon		359,19
2299	617.810	İhidroksiapatit implant için peg takılması		239,46
2300	617.820	Intraorbital tülme		659,36
2301	617.830	Intraorbital yabancı cisimlerin çıkarılması		600,34
2302	617.840	Mobil hidroksiapatit implantı		350,25
2303	617.850	Mobil implantlı enfilaksiyon		500,34
2304	617.860	Optik sinir dekompresyon operasyonu		649,29
2305	617.870	Orbita dekompresyon operasyonu		649,29
2306	617.880	Orbitotomi		600,34
2307	617.890	Protex yapılması		590,22
2308	617.900	Radyoaktif plak çıkarılması		300,17
2309	617.910	Radyoaktif plak uygulaması		600,34
2310	617.920	Retrobülber ve peribülber enjeksiyon		25,13
2311	617.930	Soket revizyonu	Enfilaksiyon sonrası geç dönem	600,34
2312	617.940	Sr90 Göz Aplikasyonu		50,08
2313	617.950	Stafilom tashihii	Fasiya lata, duramater v.b.	300,17
2314		<b>6.10.KULAK VE KULAK BÖLGESİNİN CERRAHİSİ</b>		
2315	617.960	Ampute kulak kepçesinin kompozit greft olarak sütüre edilmesi		400,17
2316	617.970	Aural polip eksizyonu		100,17
2317	617.980	Aurikula apse, hematom drenajı		70,15
2318	617.990	Aurikula eksizyonu, basit		200,17
2319	618.000	Aurikula eksizyonu, total		400,17
2320	618.010	Basit mastoidotomi		470,32
2321	618.020	Buson, lavaj ve maniplasyon		10,12
2322	618.021	Cannal Wall Down timpanoplastisi	618.010, 618.410 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.079,26
2323	618.030	Diş kulak yolu atrezisi		912,21
2324	618.040	Diş kulak yolu biyopsisi		75,04
2325	618.050	Diş kulak yolu, ekzositos eksizyonu		220,24
2326	618.060	Diş kulak yolu, maligen kısımları radikal eksizyonu	618.010 ile birlikte faturalandırılmaz.	551,43
2327	618.070	Diş kulak yolu, yabancı cisim çıkarılması		25,30
2328	618.080	Diş kulak yolu, yabancı cisim çıkarılması, cerrahi		160,20
2329	618.090	İksploratis timpanotomi	Diğer bir kulak bölgesi cerrahisi ile birlikte faturalandırılmaz.	478,92
2330	618.100	Endolenfatik sak operasyonu, şant ile	618.100, 618.190, 618.250, 618.340 ile birlikte faturalandırılmaz.	750,42
2331	618.110	Endolenfatik sak operasyonu, şant olmaksızın	618.090, 618.190, 618.250, 618.340 ile birlikte faturalandırılmaz.	700,34
2332	618.120	Fasiyal sinir dekompresyonu	618.010, 618.380 ile birlikte faturalandırılmaz.	839,80
2333	618.130	Fasiyal sinir sütürü	618.010, 618.380 ile birlikte faturalandırılmaz.	800,34
2334	618.140	Glomus tümör eksizyonu, genişletilmiş eksternal yaklaşım ile	Yaklaşım için kullanılan tüm girişimler dahil	1.320,40
2335	618.150	Glomus tümör eksizyonu, transmastoid yaklaşım ile	Mastoidotomi dahil	900,51
2336	618.160	Glomus tümör eksizyonu, transmeatal yaklaşım ile		600,34
2337	618.170	İki loblu kulak memesinin onarımı		300,17

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
2338	618.171	Infratemporal fossa tip A cerrahisi	Yaklaşım için kullanılan tüm girişimler dahil	1.500,67
2339	618.172	Infratemporal fossa tip B cerrahisi	Yaklaşım için kullanılan tüm girişimler dahil	1.900,84
2340	618.173	Infratemporal fossa tip C cerrahisi	Yaklaşım için kullanılan tüm girişimler dahil	2.200,84
2341	618.180	Kemik iletimi işleme dekompresyonu		419,90
2342	618.190	Keçpe kulak onarımı	18 yaşını doldurmuş kişiler için ilü ri ruh sağlığı ve hastalıkları uzman hekimince "major rühsal sorunlara neden olduğunun" bildirildiği sağlık kurulu raporu gerekir.	400,17
2343	618.200	Koklear implant yerleştirilmesi	618.021, 618.090, 618.100, 618.201, 618.202, 618.203, 618.250, 618.340, 618.410 ile birlikte faturalandırılmaz. Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularına faturalandırılır.	1.303,41
2344	618.201	Orta kulağa implante edilebilir işitme cihazları yerleştirilmesi	618.021, 618.090, 618.100, 618.200, 618.202, 618.203, 618.250, 618.340, 618.410 ile birlikte faturalandırılmaz. Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularına faturalandırılır.	1.079,26
2345	618.202	Kemige implante edilebilir işitme cihazları yerleştirilmesi	618.021, 618.090, 618.100, 618.200, 618.201, 618.203, 618.250, 618.340, 618.410 ile birlikte faturalandırılmaz.Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularına faturalandırılır.	700,34
2346	618.203	İşitsel beyin sapı implantı yerleştirilmesi	618.021, 618.090, 618.100, 618.200, 618.201, 618.202, 618.250, 618.340, 618.410 ile birlikte faturalandırılmaz. Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularına faturalandırılır.	1.620,57
2347	618.210	Kriptotia düzeltilmesi		400,17
2348	618.220	Kulak kepçesi replantasyonu		1.198,99
2349	618.230	Kulak kepçesinde yerleşik tümörler için tam kat rezeksiyon ve primer stiltir		478,92
2350	618.250	Kulak rekonstrüksiyonu, tek aşamalı		1.200,51
2351	618.260	Labirentektomi (TALK operasyonu)	618.090, 618.100, 618.190, 618.340 ile birlikte faturalandırılmaz.	400,17
2352	618.270	Labirentektomi, mastoidektomi ile	618.010, 618.380, 618.410 ile birlikte faturalandırılmaz.	900,51
2353	618.280	Labirentektomi, transokale		720,07
2354	618.290	Makrotia düzeltilmesi		400,17
2355	618.300	Mastoidektomi kavitesi debrifmanı		50,08
2356	618.310	Meatoplasti, stenozlarda		500,34
2357	618.320	Mikrotia onarımı için lobül transpozisyonu		239,46
2358	618.330	Mikrotia onarımı için posterior sulcus oluşturulması		600,34
2359	618.340	Mikrotia onarımı için kıkırdak çatı hazırlanması-yerleştirilmesi		600,34
2360	618.350	Miringoplasti	618.021, 618.090, 618.100, 618.190, 618.250, 618.390, 618.391 ve 618.410 ile birlikte faturalandırılmaz.	450,25
2361	618.360	Miringotomi		70,15
2362	618.370	Petrez apeks rezeksiyonu ve radikal mastoidektomi		1.079,26
2363	618.380	Radikal veya çoklu modifiye radikal mastoidektomi	618.021 ile birlikte faturalandırılmaz.	760,32
2364	618.390	Stapedektomi		839,80
2365	618.391	Koterizasyon ile kulak perforasyonu onarımı	TCA, patch, flat plasti vb	200,17
2366	618.400	Temporal kemik rezeksiyonu		1.250,59
2367	618.410	Timpanoplasti	618.010, 618.021 ile birlikte faturalandırılmaz.	700,34
2368	618.411	Ventilasyon tüpü uygulaması, tek taraf	Mastoidektomi ve kemikçik zincir onarımı dahil	
2369		<b>6.11. ENDOKRİN SİSTEM CERRAHİSİ</b>	Miringotomi dahil. 618.360 ile birlikte faturalandırılmaz.	239,46
2370	618.420	Timektomi, basit	618.430 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.000,51
2371	618.430	Timektomi, maksimal	618.420 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.440,13
2372	618.440	Substernal tiroidektomi, intratorasik	Sternal split veya total sternotomi	1.198,99
2373	618.450	Tiroid hipovizisi, cerrahi		239,46
2374	618.460	Tiroidektomi subtotal, tek taraf		500,34
2375	618.470	Tiroidektomi subtotal, iki taraf		575,38
2376	618.480	Tiroidektomi total, tek taraf		650,25
2377	618.490	Tiroidektomi total, iki taraf		850,42
2378	618.500	Tiroidektomi (Tek taraf total ve karşı taraf subtotal)		725,30
2379	618.510	Tiroidektomi (Tamamlayıcı, total)		959,53
2380	618.520	Paratiroid kas implantasyonu, otogreft		250,25
2381	618.530	Paratiroidektomi, adenom için		600,34
2382	618.540	Paratiroidektomi, hiperplazi veya kanser için		850,42
2383	618.550	Sürrenalektomi transperitoneal, tek taraf		1.198,99
2384	618.551	Sürrenalektomi transperitoneal, tek taraf, laparoskopik		1.200,00
2385	618.560	Sürrenalektomi lomber, ek sıra peritoneal, tek taraf		839,80
2386	618.570	Nöroblastom eksizyonu		1.290,66
2387		<b>6.12. ÜRİNER SİSTEM CERRAHİSİ</b>		
2388		<b>BÖBREK</b>		
2389	618.580	Atnalı böbrek revizyonu, istemektomi		1.200,51
2390	618.590	Böbrek biyopsisi, açık cerrahi		478,92
2391	618.600	Böbrek kisti rezeksiyonu		600,34
2392	618.610	Böbrek transplantasyonu		2.639,12
2393	618.620	Böbrek tümörü perkütan rezeksiyonu		1.440,13
2394	618.630	Endoppyelotomi	SU/Tun 2.4.4.A maddesine bakınız. İşlem puanlarına, tedavi sırasında yapılan tetkik, tabii ve röntgen için kullanılan ilaç ve her türlü malzeme bedeli dâhil olup, bunlar için ayrıca bir ödeme yapılmayacaktır.	1.000,51
2395	618.640	FSWL 1. seans	SU/Tun 2.4.4.A maddesine bakınız. İşlem puanlarına, tedavi sırasında yapılan tetkik, tabii ve röntgen için kullanılan ilaç ve her türlü malzeme bedeli dâhil olup, bunlar için ayrıca bir ödeme yapılmayacaktır.	257,34
2396	618.641	ESWL 2. seans	SU/Tun 2.4.4.A maddesine bakınız. İşlem puanlarına, tedavi sırasında yapılan tetkik, tabii ve röntgen için kullanılan ilaç ve her türlü malzeme bedeli dâhil olup, bunlar için ayrıca bir ödeme yapılmayacaktır.	192,07
2397	618.642	FSWL 3. seans	SU/Tun 2.4.4.A maddesine bakınız. İşlem puanlarına, tedavi sırasında yapılan tetkik, tabii ve röntgen için kullanılan ilaç ve her türlü malzeme bedeli dâhil olup, bunlar için ayrıca bir ödeme yapılmayacaktır.	128,16
2398	618.650	Laparoskopik nefrektomi		1.180,59
2399	618.660	Nefrektomi, basit		769,38
2400	618.670	Nefrektomi, canlı donör		1.000,51
2401	618.680	Nefrektomi, parsiyel		887,05

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	ACIKLAMA	İŞLEM PUANI
2402	618.690	Nefrektomi, radikal		1,091,06
2403	618.700	Nefrektomi, subkapstler		900,51
2404	618.710	Nefrokütanöz fistül onarımı		1,198,99
2405	618.720	Nefrolitotomi		800,34
2406	618.730	Nefrolitotomi, anatropik		1,559,87
2407	618.740	Nefrolitotomi, perkütan		1,296,80
2408	618.750	Nefropeksi		478,92
2409	618.760	Nefropyelolotomi		959,53
2410	618.770	Nefrostomi kapatılması		478,92
2411	618.780	Nefrostomi, açık cerrahi		720,07
2412	618.790	Nefroüretrektomi		865,09
2413	618.800	Nefroüretrektomi ve parsiyel sistektomi		1,620,57
2414	618.810	Nefrovezikal stent yerleştirilmesi, subkütan		1,440,13
2415	618.820	Perirenal apse drenajı, cerrahi		300,17
2416	618.830	Piyelolitomi		600,34
2417	618.840	Piyeloplasti	618.830 ve 619.070 ile birlikte faturalandırılmaz.	750,42
2418	618.850	Piyelostomi		450,25
2419	618.860	Renal arter plastik operasyonu		1,200,51
2420	618.861	Wilms tümörü çıkarılması		1,500,00
2421	618.870	Renal kist eksizyonu, laparoskopik		500,34
2422	618.880	Renal rijitür onarımı		1,198,99
2423	618.890	Retrograd piyelografi, endoskopi dahil		190,22
2424	618.900	Travmatik böbrek ruptüründe onarım		900,51
2425		<b>ÜRETER</b>		
2426	618.910	Endoskopik üreter taşı tedavisi	619.010 ve 619.560 ile birlikte faturalandırılmaz.	750,42
2427	618.920	Retrograd üreteral kateterizasyon		150,08
2428	618.930	Transüreteroureterostomi		839,80
2429	618.940	Urakus kist ve fistül eksizyonu		600,34
2430	618.950	Üreter tümöründe üreterektomi ve anastomoz		850,42
2431	618.960	Üreteral J Stent yerleştirilmesi	Endoskopi dahil	150,08
2432	618.970	Üreteral balon dilatasyonu		150,08
2433	618.980	Double J harici kalıcı üreteral stent yerleştirilmesi		300,17
2434	618.990	Üreteral stent çıkarılması	619.130 ile birlikte faturalandırılmaz.Sistoskopi ayrıca faturalandırılmaz.	150,08
2435	619.000	Üreteral substitüsyonlar (ileal üreter)	Barsak cerrahisi dahil	1,440,13
2436	619.010	Üretere basket konulması, transüreterolitotomi	618.910 ile faturalandırılmaz.Endoskopi dahil	539,63
2437	619.020	Üreterektomi		850,42
2438	619.030	Üreterokalisijel anastomoz		1,000,51
2439	619.040	Üreterokütaneostomi		700,34
2440	619.050	Üreterokütaneostomi kapatılması		500,34
2441	619.060	Üreterolitotomi		500,34
2442	619.070	Üreterolizis	619.060 ile birlikte faturalandırılmaz. Aynı faturada birden fazla kodlanmaz.	1,200,51
2443	619.080	Üreteroneostostomi, iki taraf	619.090 ile birlikte faturalandırılmaz. Aynı faturada birden fazla kodlanmaz.	1,000,51
2444	619.090	Üreteroneostostomi, tek taraf	619.080 ile birlikte faturalandırılmaz. Aynı faturada birden fazla kodlanmaz.	700,34
2445	619.100	Üreteroplasti		600,34
2446	619.110	Üreteroplasti, megalüreterde		600,34
2447	619.120	Üreterorenoskopi, biyopsi	619.130 ile birlikte faturalandırılmaz.	600,34
2448	619.130	Üreterorenoskopi, tanesal	618.990, 619.120 ile birlikte faturalandırılmaz.	400,17
2449	619.140	Üreterorenoskopi, tümör tedavisi	Lazer, kuterizasyon, rezeksiyon ve üreterorenoskopi işleme dahildir.	800,34
2450	619.150	Üreterosel eksizyonu veya insizyonu	619.530 ile birlikte faturalandırılmaz.	500,34
2451	619.160	Üreterosel, açık eksizyonel tedavi	619.530 ile birlikte faturalandırılmaz.	750,42
2452	619.170	Üreterosel, endoskopik tedavi		500,34
2453	619.180	Üreterosigmoidostomi		800,34
2454	619.190	Üreterostomi		500,34
2455	619.200	Üreteroureterostomi		600,34
2456	619.210	Üriner diversiyon, ileal loop	Barsak ameliyatı işlem puanı dahildir.	1,799,33
2457	619.220	Üriner diversiyon, kontinjan	Barsak ameliyatı işlem puanı dahildir.	2,192,24
2458	619.230	Üriner diversiyon, üreterokütanöz anastomoz		1,198,99
2459	619.240	Üriner diversiyon, üreterosigmoidostomi		1,799,33
2460		<b>MESANE</b>		
2461	619.250	Artifiyel sfinkter takılması		1,198,99
2462	619.260	Artifiyel sfinkter çıkarılması		959,53
2463	619.270	Augmentasyon sistoplasti	Barsak ameliyatı işlem puanı dahildir.	1,799,33
2464	619.280	Ekstrofi vezikaliz, mesane boynu onarımı		1,198,99
2465	619.290	Ekstrofi vezikaliz, primer onarım		1,198,99
2466	619.300	Ekstrofi vezikaliz, üreteroplasti		1,198,99
2467	619.310	Barsaktan mesane substitüsyonları		2,401,08
2468	619.320	Divertikülektomi		600,34
2469	619.330	Mesane suspansiyonu, laparoskopik		1,000,51
2470	619.340	Mesane boynu rezeksiyonu	621.420 ile birlikte faturalandırılmaz.	400,17
2471	619.350	Mesane boynuna inkontinjanca madde enjeksiyonu		720,07
2472	619.360	Mesane divertikülü eksizyonu		800,34
2473	619.370	Mesane perforasyonu onarımı		600,34
2474	619.380	Mesane ponsizyonu, suprapubik		35,67
2475	619.390	Mesane tümörü (TUR) (< 3 cm)	619.530 ile birlikte faturalandırılmaz.	823,68
2476	619.400	Mesane tümörü (TUR) (> 3 cm)	619.530 ile birlikte faturalandırılmaz.	1,176,69
2477	619.410	Mesane tümörü (TUR) biyopsisi	619.520, 619.530 ile birlikte faturalandırılmaz.	400,17
2478	619.420	Mesane tümörü rezeksiyonu, cerrahi		720,07
2479	619.430	Mesane tümörlerinde lazerle tedavi	619.530 ile birlikte faturalandırılmaz.	500,34
2480	619.440	Mesane nin prekanserizit lezyonlarında fulgurasyon	619.530 ile birlikte faturalandırılmaz.	500,34
2481	619.450	Mitrofanof veya Monti prosedürü	Barsak ameliyatı dahil	1,198,99
2482	619.460	Sakral implant yerleştirilmesi		1,200,51
2483	619.470	Sistektomi, basit		1,198,99

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
2484	619.480	Sistektomi, parsiyel		826,39
2485	619.490	Sistektomi, total	Prostatektomi ve kadında histerektomi, bilateral oofektomi ve vajen cuff'ı çıkarılması dahil. Yapılması durumunda pelvik lenf nodu diseksiyonu işleme dahildir.	2.200,67
2486	619.500	Sistototomi, açık cerrahi		450,25
2487	619.510	Sistototomi, endoskopik	619.530 ile birlikte faturalandırılmaz.	500,34
2488	619.520	Sistoskopi ve mesaneden "punch" biyopsi	619.410, 619.530 ile birlikte faturalandırılmaz.	175,21
2489	619.530	Sistoskopi, tansal	619150, 619160, 619390, 619400, 619410, 619430, 619440, 619510, 619520, 619760 ile birlikte faturalandırılmaz.	150,08
2490	619.540	Sistoskopi, açık		400,17
2491	619.550	Sistoskopi, perkütan		119,73
2492	619.560	Sistodüretroskopi		150,08
2493	619.570	Travmatik mesane rüptüründe onarım		600,34
2494	619.580	Vezikoplasti		959,53
2495	619.590	Vezikorektal fistül onarımı		1.161,43
2496	619.600	Vezikoservikal fistül onarımı		1.079,26
2497	619.610	Vezikovajinal fistül onarımı		1.079,26
2498	619.620	Vezikoskopi		300,17
2499	619.630	Vezikoskopi kapatılması		359,19
2500	619.640	Vezikointral reflüde subüreterik enjeksiyon, iki taraf		700,34
2501	619.650	Vezikointral reflüde subüreterik enjeksiyon, tek taraf		600,34
2502		<b>ÜRETRA</b>		
2503	619.660	Epispadias onarımı		880,27
2504	619.670	Hipospadias onarımı, distal		500,34
2505	619.681	Hipospadias onarımı, penoskrotal		1.053,39
2506	619.682	Hipospadias onarımı, perineal		1.053,39
2507	619.690	İnternal üretrotomi	619.750 ile birlikte faturalandırılmaz.	400,17
2508	619.700	Posterior üretral valv rezeksiyonu		350,25
2509	619.710	Distal üretra yaralanmalarında primer onarım		600,34
2510	619.720	Rail-road kateterizasyon (Travmatik üretra rüptüründe)		720,07
2511	619.730	Retropubik üreteropoksi ve sling ameliyatları		1.000,51
2512	619.740	Üretra yaralanmalarında transpubik onarım		1.198,99
2513	619.750	Üretra dilatasyonu		125,13
2514	619.760	Üretra veya mesaneden taş veya yabancı cisim çıkarılması	619.530 ile birlikte faturalandırılmaz.	202,36
2515	619.770	Üretral balon dilatasyonu ve/veya stent yerleştirilmesi		300,17
2516	619.780	Üretral divertikülektomi		400,17
2517	619.790	Üretral fistül onarımı		400,17
2518	619.800	Üretral instilasyon		59,02
2519	619.810	Üretral kord onarımı		450,25
2520	619.820	Üretekтоми		959,53
2521	619.830	Üretrolitozomi, açık		250,25
2522	619.840	Üretrolizis		959,53
2523	619.850	Üretroplastisi		959,53
2524	619.860	Üretroplastisi, flcp ile		1.198,99
2525	619.870	Üretroplastisi, transpubik		1.198,99
2526	619.880	Üretroplastisi, hipospadias-epispadias dışı		539,63
2527	619.890	Üretroskopi		350,25
2528	619.900	Üretrovajinal fistül operasyonu		900,34
2529		<b>6.13.KADIN GENİTAL VE ÜREME SİSTEMİ UYGULAMALARI</b>		
2530		<b>DOĞUM İŞLEM PUANLARI</b>	Bebeğe yapılan işlemler ayrıca faturalandırılır. Bu başlık altındaki işlemler birlikte faturalandırılmaz.	
2531	619.910	Müdahaleli vajinal doğum		185,50
2532	619.911	Müdahaleli vajinal doğum (İlk doğum)		231,87
2533	619.912	Müdahaleli vajinal doğum (Çoğul gebelik)		231,87
2534	619.913	Müdahaleli vajinal ilk doğum (Çoğul gebelik)		241,15
2535	619.920	Normal vajinal doğum		185,50
2536	619.921	Normal vajinal doğum (İlk doğum)		231,87
2537	619.922	Epidural anestezi ile vajinal doğum		185,50
2538	619.923	Epidural anestezi ile vajinal doğum (Çoğul gebelik)		231,87
2539	619.925	Suda vajinal doğum		185,50
2540	619.926	Normal vajinal doğum (Çoğul gebelik)		231,87
2541	619.927	Normal vajinal ilk doğum (Çoğul gebelik)		241,15
2542	619.929	Sezaryen (Çoğul gebelik)		303,54
2543	619.930	Sezaryen		303,54
2544		<b>GEBELİKTE TEŞHİS VE TEDAVİ İÇİN YAPILAN GİRİŞİMLER</b>		
2545	619.940	Amniyomiyotomi		150,08
2546	619.950	Amniosentez		100,17
2547	619.960	Fetal kan numunesi (Kordosentez)		200,17
2548	619.970	Fetosid	Her bir fetüs için, perinatoloji ünitesinde uygulandığında.	80,10
2549	619.980	Intrauterin cerrahi		500,34
2550	619.990	Intrauterin transfüzyon		260,25
2551	620.000	Korion villus alınnması		178,75
2552	620.010	McDonald-Schroeder		239,46
2553		<b>JINEKOLOJİ</b>		
2554	620.020	Bartholin kisti çıkarılması		150,08
2555	620.030	Douglas ponksiyonu		20,07
2556	620.040	Eksfoliyatif sitoloji (Sıncar alınması)		10,12
2557	620.050	Endometriyal biyopsi	620.970 ile birlikte faturalandırılmaz. Tanı amacıyla yapılan tüm kitleteşah.	47,22
2558	620.060	Imperforatör himen açılması		250,25
2559	620.070	Kolpotomi		125,13
2560	620.080	Krivoterapi, jinekoloji		40,13
2561	620.090	Labiyal füzyon açılması		100,17
2562	620.101	Bumun kitleteşah		125,13
2563	620.110	Servikal biyopsi		60,03

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
2564	620.120	Servikal biyopsi ve tanısal küretaj		125,13
2565	620.130	Servikal koterizasyon	Smear testi sonuç belgesi ile faturalandırılır.	50,08
2566	620.140	Servikal polip çıkartılması		125,13
2567	620.150	Servikal polipektomi ve tanısal küretaj		150,08
2568	620.160	Terapötik küretaj, teşhis ve tedavi amaçlı	Düğümler dahil	84,32
2569	620.170	Vajinadan yabancı cisim çıkartılması		20,07
2570	620.190	Vulvar koterizasyon		50,08
2571		<b>VAJİNAL OPERASYONLAR</b>		
2572	620.200	Anal sfinkter yetmezliği operasyonu		359,19
2573	620.210	Bartholin apse drenajı		134,91
2574	620.220	Bartholin kisti koterizasyonu, gümtüç nitrat ile		100,17
2575	620.230	Gartner veya inklizyon kisti eksizyonu		200,17
2576	620.240	Kolposkopi	Sağlık kurulu raporu ile tıbbi gereke belirtilebilir.	35,41
2577	620.250	Kondiom koterizasyonu	Birden fazla faturalandırılmaz.	200,17
2578	620.260	Konizasyon operasyonu		178,75
2579	620.270	LITP operasyonu		178,75
2580	620.280	Manchester-Fothergill operasyonu		359,19
2581	620.290	Pelvis ağsının vajinal yolla drenajı		250,25
2582	620.300	Perniplasti		250,25
2583	620.310	Rektosel		300,17
2584	620.320	Servikal stump çıkartılması		300,17
2585	620.321	Servikosakropeksi		450,00
2586	620.330	Sistorektosel operasyonu		300,17
2587	620.340	Sistosel operasyonu		250,25
2588	620.350	Skinning vulvektomi		605,41
2589	620.360	Stundorf operasyonu		250,25
2590	620.370	Tıbbi nedeni tahliye (10 hafta ve daha üstü)	Sağlık kurulu raporu ile tıbbi gereke belirtilebilir.	300,17
2591	620.380	Tıbbi nedeni tahliye (10 haftadan küçük)	Sağlık kurulu raporu ile tıbbi gereke belirtilebilir.	150,08
2592	620.390	Üretral karunkül operasyonu		150,08
2593	620.400	Üretral kist operasyonu		150,08
2594	620.410	Vajen darlığının genişletilmesi, cerrahi		150,08
2595	620.411	Vajene doğmuş myomon çıkartılması		150,00
2596	620.419	Vajinal histerektomi		450,25
2597	620.420	Vajinal histerektomi rektosel operasyonu	620.419, 620.310, 620.330 ile birlikte faturalandırılmaz.	585,40
2598	620.421	Vajinal histerektomi ve sistosel operasyonu	620.419, 620.340 ile birlikte faturalandırılmaz.	596,00
2599	620.430	Vajinal histerektomi ve salpingooferektomi (Tek veya iki taraf)	620.419, 620.630 ile birlikte faturalandırılmaz.	877,99
2600	620.440	Vajinal histerektomi ve sistorektosel operasyonu	620.419, 620.330 ile birlikte faturalandırılmaz.	565,99
2601	620.450	Vajinal yolla enterosel tamiri		359,19
2602	620.460	Vajinektomi		900,51
2603	620.461	Klitroplastisi	Konjenital anomalilerde	600,00
2604	620.462	Labioplastisi	Konjenital anomalilerde	500,00
2605	620.470	Vajina rekonstrüksiyonu, deri grefti ile	600.300 ile birlikte faturalandırılmaz.	600,34
2606	620.480	Vajina rekonstrüksiyonu, deri flepleri ile		779,09
2607	620.490	Vajina rekonstrüksiyonu, barsak segmenti transferi ile		1.290,66
2608		<b>ABDOMİNAL OPERASYONLAR</b>		
2609	620.500	Baldy Webster susansiyon		300,17
2610	620.510	Diş açicilik operasyonu		300,17
2611	620.520	Endometriyoma ve endometriyozis operasyonu		400,17
2612	620.530	Histerektomi, abdominal (TAH)		397,40
2613	620.540	Histerektomi ile birlikte salpingo-ooferektomi, abdominal (TAH-USO veya TAH+BSO)	620.530 ile birlikte faturalandırılmaz.	699,83
2614	620.560	İfip ligasyonu		250,25
2615	620.570	Myomektomi		450,25
2616	620.580	Ooferektomi (Tek veya iki taraf)		300,17
2617	620.590	Over transpozisyonu	Radyouterapi alacak hastalarda	300,17
2618	620.591	Over detorsiyonu		300,00
2619	620.600	Overyel veya paraoveryel kist eksizyonu		300,17
2620	620.610	Over Wedge rezeksiyonu (Tek taraf veya iki taraf)		300,17
2621	620.620	Postpartum ifip ligasyonu	Sağlık kurulu raporu ile tıbbi gereke belirtilebilir.	250,25
2622	620.630	Salpingo-ooferektomi (Tek taraf veya iki taraf)		550,25
2623	620.640	Salpinjektomi (Tek taraf veya iki taraf)		300,17
2624	620.650	Sterilizasyon operasyonları		286,68
2625	620.660	Subtotal histerektomi		450,25
2626	620.661	Subtotal histerektomi ve salpingooferektomi (Tek taraf veya iki taraf)	620.660, 620.630 ile birlikte faturalandırılmaz.	649,24
2627	620.662	Üterus perforasyonunun / rüptürasyonunun onarımı		250,00
2628	620.670	Üterosakral ligamentin kısıltılması		300,17
2629		<b>ÖZELLİĞİ OLAN OPERASYONLAR</b>		
2630	620.680	Abdominal ve kombine enterosel tamiri		600,34
2631	620.690	Burch operasyonu		600,34
2632	620.701	Debulking ameliyatı		1.500,67
2633	620.710	Double needel operasyonu		500,34
2634	620.720	Hipogastrik arter ligasyonu		800,34
2635	620.730	Kudonji		400,17
2636	620.740	Laparoskopik histerektomi		800,34
2637	620.750	Lash operasyonu		500,34
2638	620.760	Le Forte operasyonu (Kolpoektomi)		590,40
2639	620.770	Marshall- Marchetti Kranz operasyonu		600,34
2640	620.771	Paravajinal onarım	Sağ veya sol her biri	400,17
2641	620.780	Pereyra operasyonu		600,34
2642	620.790	Periaortik pelvik lenf diseksiyonu		900,34
2643	620.800	Postoperatif cuff prolapsus tamiri (Abdominal fasyal susansiyon ile kolpopleksisi)		600,34
2644	620.810	Vajinal sakrospinöz ligamentopeksi		600,34
2645	620.820	Presakral nörektomi		900,34
2646	620.821	Promontofiksasyon		300,17
2647	620.830	Radikal anterior rezeksiyon		1.200,51



## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
2648	620.840	Radikal posterior rezeksiyon		1.200,51
2649	620.850	Radikal vulvektomi		1.198,99
2650	620.860	Raz operasyonu		600,34
2651	620.870	Rektovajinal fistül		900,34
2652	620.880	Richardson kompozit operasyonu		900,34
2653	620.890	Sakrokolpopexi		450,25
2654	620.900	Shaurot Emerichh operasyonu		1.000,51
2655	620.910	Sling operasyonu (İVS-TVT dahil)		750,42
2656	620.920	Total pelvik rezeksiyon		1.185,73
2657	620.921	Transobturator tape uygulaması		500,34
2658	620.940	Vulvektomi		1.079,26
2659	620.950	Wertheim ameliyatı (Radikal histerektomi)	Pelvik veya paraaortik lenf nodu diseksiyonu hariç	1.421,08
2660	620.951	Radikal parametektomi	Geçirilmiş basit histerektomi sonrasında ve patoloji sonucunda kanser tespit edilmiş durumunda uygulanır. Lenf nodu diseksiyonu dahil.	1.421,00
2661	620.960	William Dolores suspansiyon		150,08
2662		<b>INFERTİLİTE AMELİYATLARI</b>		
2663	620.970	Histeroskopi, diyagnostik	620.050, 620.980 ile birlikte faturalandırılmaz.	100,17
2664	620.980	Histeroskopi, operatif	620.970 ile birlikte faturalandırılmaz.	200,17
2665	620.990	Laparoskopi, tanısal	Obstrüktif ve inelektolik endikasyonlar için	150,08
2666	621.000	Infertilitede laparoskopik cerrahi	620.990 ile birlikte faturalandırılmaz.	300,17
2667	621.010	Metroplastisi, her biri		300,17
2668	621.020	Mikrocerrahi ile miyomektomi, her biri		450,25
2669	621.030	Tuboplasti		450,25
2670	621.040	Vajinal rekonstrüksiyon (Mc Indoe)		900,34
2671	621.045	Invitro fertilizasyon (İVF)		691,40
2672	621.046	Freezing işlemi uygulanan embriyonun transferi		337,27
2673		<b>6.14.ERKEK GENİTAL SİSTEMİ CERRAHİSİ</b>		
2674		<b>PENİS</b>		
2675	621.050	Ekspoze olmuş penis implantın çıkarılması		300,17
2676	621.060	Ekspoze olmuş penis implantın üzerine örtülmesi		350,25
2677	621.070	Fimozis aşılması	621071 ile birlikte faturalandırılmaz.	50,08
2678	621.071	Sünnet	621070 ile birlikte faturalandırılmaz.	50,08
2679	621.080	Korpus kavernozum drenajı (Priapismus)		239,46
2680	621.090	Meatotomi	Üretradan yapılan endoskopik cerrahilerle ayrıca faturalandırılmaz.	50,59
2681	621.100	Mikrocerrahi ile penis rekonstrüksiyonu ve penis implant yerleştirilmesi		1.500,67
2682	621.110	Parafimozis redüksiyonu		125,13
2683	621.120	Penektomi, pürsiyel		1.198,99
2684	621.130	Penil dorsal ven ligasyonu		500,34
2685	621.140	Penil pırlıksı onarımı		750,42
2686	621.150	Penil pırlıksı		500,34
2687	621.160	Çok parçalı penis protezin çıkarılması	621.170 ile birlikte faturalandırılmaz.	700,34
2688	621.170	Tek parçalı penis protezin çıkarılması	621.160 ile birlikte faturalandırılmaz.	500,34
2689	621.180	Çok parçalı penis protez implantasyonu	621.190 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.000,51
2690	621.190	Tek parçalı penis protez implantasyonu	621.180 ile birlikte faturalandırılmaz.	800,34
2691	621.200	Penil revaskülarizasyon		1.200,51
2692	621.210	Penis rekonstrüksiyonu, mikrocerrahi gerektiren bir teknik ile	621.220 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.250,59
2693	621.220	Penis rekonstrüksiyonu, reyonel flep ile	621.210 ile birlikte faturalandırılmaz.	750,42
2694	621.230	Penis replantasyonu		1.250,59
2695	621.240	Penis uzatma	Sağlık kurulu raporu ile tıbbi geçecek belirtilmelidir.	500,34
2696	621.250	Peyronie plak eksiyonu	621.260 ile birlikte faturalandırılmaz.	750,42
2697	621.260	Peyronie plak eksiyonu, greft ile	621.250 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.198,99
2698	621.270	Radikal penektomi		1.500,67
2699	621.280	Reyonel flep ile penis rekonstrüksiyonu ve penis protez implantasyonu	621.180, 621.190, 621.220 ile birlikte faturalandırılmaz.	850,42
2700	621.290	Safeno-kavernozal şant (Priapismus)		1.020,24
2701	621.300	Spongio-kavernozal şant (Priapismus)		900,51
2702		<b>PROSTAT</b>		
2703	621.310	Prostat apsesinin perineal drenajı		800,34
2704	621.320	Prostat iğne biyopsisi, çuklu		70,15
2705	621.330	Prostat iğne biyopsisi, ultrason kılavuzluğunda, çuklu	803.540 ile birlikte faturalandırılmaz.	100,17
2706	621.340	Prostat kanserinde laparoskopik lenfadenektomi, iki taraf		1.000,51
2707	621.350	Prostat masajı, her bir seans		10,12
2708	621.360	Prostata laser tedavisi	619520, 619530, 619750, 621090, 621380, 621390, 621391, 621400, 621410 ile birlikte faturalandırılmaz.	800,34
2709	621.370	Prostata termoterapi		400,17
2710	621.380	Prostata TUNA	619.520, 619.530, 619.750, 621.090, 621.360, 621.390, 621.391, 621.400, 621.410 ile birlikte faturalandırılmaz.	400,17
2711	621.390	Prostatektomi, unipolar TUR	619.520, 619.530, 619.750, 621.090, 621.360, 621.380, 621.391, 621.400, 621.410 ile birlikte faturalandırılmaz.	800,34
2712	621.391	Prostatektomi, bipolar TUR	619.520, 619.530, 619.750, 621.090, 621.360, 621.380, 621.390, 621.400, 621.410 ile birlikte faturalandırılmaz.	800,00
2713	621.400	Prostatektomi, açık	619.500, 619.520, 619.530, 619.750, 621.090, 621.360, 621.380, 621.391, 621.390, 621.410 ile birlikte faturalandırılmaz.	800,34
2714	621.410	Prostatektomi, radikal	608.000, 619.520, 619.530, 619.750, 620.790, 621.090, 621.360, 621.380, 621.391, 621.390, 621.400 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.981,45
2715	621.420	Transüretal prostat insizyonu	619.340 ile birlikte faturalandırılmaz.	500,34
2716	621.430	Intraprostatik stent yerleştirilmesi		300,17
2717		<b>TESTİS-EPİDİDİM-SKROTUM</b>		
2718	621.440	Ejakülator kanal rezeksiyonu		500,34
2719	621.450	Epididim kisti eksiyonu	621.510, 621.520 ile birlikte faturalandırılmaz.	400,17
2720	621.460	Epididimektomi		400,17
2721	621.470	Fourmier gangreni için debrütman		1.185,73

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	ACIKLAMA	İŞLEM PUANI
2722	621.480	Funiküler kist eksizyonu		400,17
2723	621.490	Hematoselektomi		350,25
2724	621.500	Hermiskrotektomi		500,34
2725	621.510	İlidroselektomi, tek taraf	621.450 ve 621.660 ile birlikte faturalandırılmaz.	400,17
2726	621.520	İlidroselektomi ve hernioplastisi	621.450 ve 621.660 ile birlikte faturalandırılmaz.	500,34
2727	621.530	Inguinal eksplorasyon		400,17
2728	621.540	Inguinal orşiektomi, tek taraf		300,17
2729	621.550	İnmemiş testis cerrahisi	621.530, 621.510, 621.450, 621.670, 621.680 ile birlikte faturalandırılmaz.Herni onarımı dahil	500,34
2730	621.560	İnmemiş testis cerrahisi iki taraf, herni onarımı iki taraf	621.530, 621.510, 621.450, 621.670, 621.680 ile birlikte faturalandırılmaz.	800,34
2731	621.570	İnmemiş testis cerrahisi iki taraf, herni onarımı tek taraf	621.530, 621.510, 621.450, 621.670, 621.680 ile birlikte faturalandırılmaz.	700,34
2732	621.580	İnmemiş testis cerrahisi tek taraf, herni onarımı iki taraf	621.530, 621.510, 621.450, 621.670, 621.680 ile birlikte faturalandırılmaz.	700,34
2733	621.590	Kord eksizyonu		400,17
2734	621.600	Laparoskopik ektopik testis araştırılması	621.610 ile birlikte faturalandırılmaz.	750,42
2735	621.610	Laparoskopik orşiopeksi	621.600, 621.670, 621.680 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.198,99
2736	621.620	Mikrocerrahi epididimal sperm aspirasyonu		478,92
2737	621.630	Perkütan epididimal sperm aspirasyonu		300,17
2738	621.640	Ön üretral papillom koterizasyonu		250,25
2739	621.650	Seminal vezikülektomi		500,34
2740	621.651	Skrotal orşiektomi, tek taraf		300,17
2741	621.652	Skrotal orşiektomi, iki taraf		420,24
2742	621.660	Spermatozelektomi		400,17
2743	621.670	Testiküler fiksasyon, iki taraf	621.610 ile birlikte faturalandırılmaz.	500,34
2744	621.680	Testiküler fiksasyon, tek taraf	621.610 ile birlikte faturalandırılmaz.	350,25
2745	621.690	Testiküler sperm ekstraksiyonu (TFSE)		400,17
2746	621.700	Testis biyopsileri, açık		250,25
2747	621.710	Testis detorsiyonu, açık		300,17
2748	621.720	Testis detorsiyonu, kapalı		100,17
2749	621.730	Testis protezi yerleştirilmesi		350,25
2750	621.740	Varikoselektomi, tek taraf		300,17
2751	621.770	Varikoselektomi, iki taraf		500,34
2752	621.780	Vazektomi		150,08
2753	621.790	Vazopididimostomi		500,34
2754	621.800	Vazovazostomi		500,34
2755		<b>7. TIBBİ UYGULAMALAR</b>		
2756		<b>7.1.DERMİS VE EPİDERMİS</b>		
2757	700.010	Akne tedavisi, komedon, kist ve püstül temizlenmesi	Sağlık kurulu raporu ile tıbbi gereke belirtimelidir.	20,07
2758	700.020	Botulinum toksin enjeksiyonu, bölgesel	Sağlık kurulu raporu ile tıbbi gereke belirtimelidir.	43,09
2759	700.030	Deri lezyonların kürtajı, her bir seans	İlaç hariç	20,07
2760	700.040	Deri pH ölçülmesi, deri tipi tıyını		15,01
2761	700.050	Deri prick testi	Ayrıntılı sonuç belgesi istenir.En fazla 10 adet faturalandırılır. Sadece dermatoloji, göğüs hastalıkları, erişkin/ çocuk allerji veya immünoloji uzman hekimlerince yapılması halinde faturalandırılır.	10,12
2762	700.060	Deri ve mukozada mantar aranması	Tüm uygulamalar dahil	10,12
2763	700.070	Deri ve mukozda smearleri	Giemsa, wright,gram, vs.	20,07
2764	700.080	Deri yama testi, her biri	Ayrıntılı sonuç belgesi istenir. Sadece dermatoloji, erişkin/ çocuk allerji veya immünoloji uzman hekimlerince yapılması halinde faturalandırılır.	8,09
2765	700.090	Dermatolojik banyo tedavisi, her bir seans	Sağlık kurulu raporu ile tıbbi gereke belirtimelidir. İlaç hariç	20,07
2766	700.100	Dermatoskopi	Bilgisayarlı uygulamalar da dahil	20,07
2767	700.130	ElektroLazer epilasyon, cm2 başına	Sağlık kurulu raporu ile tıbbi gereke belirtimelidir.	10,12
2768	700.140	Elektrokoterizasyon, her bir seans	Seans, her bir anatomik bölge için ayrı kabul edilir.Günde en fazla 3 farklı anatomik bölge faturalandırılır.	30,02
2769	700.160	Fotodinamik tedavi, her bir seans	İlaç hariç	100,17
2770	700.170	Fotokemoterapi (PUVA) genel, her bir seans	700.180 ile birlikte faturalandırılmaz.	25,13
2771	700.180	Fotokemoterapi (PUVA) lokal, her bir seans	700.170 ile birlikte faturalandırılmaz.	15,01
2772	700.190	Foterapi (dBUV) genel, her bir seans		15,01
2773	700.200	İlaç ve gıdalarla provokasyon testi, her biri	Sadece dermatoloji, göğüs hastalıkları, erişkin/ çocuk allerji veya immünoloji uzman hekimlerince yapılması halinde faturalandırılır.	30,02
2774	700.210	Intralazyoner enjeksiyon		15,01
2775	700.220	İntraözefal (Hiperhidrozis tedavisi için)	Kortikosteroid, bleomycin, vs.	15,01
2776	700.230	Karanlık saha testi (Spiroket aranması)		7,08
2777	700.240	Kimyasal koterizasyon	Tüm koterizasyon uygulamaları dahil	20,07
2778	700.250	Kimyasal peeling bölgesel, her bir seans	Sağlık kurulu raporu ile tıbbi gereke belirtimelidir. İlaç dahil	25,89
2779	700.260	Kimyasal peeling tüm yüz, her bir seans	Sağlık kurulu raporu ile tıbbi gereke belirtimelidir. İlaç dahil	51,77
2780	700.270	Kriyoterapi benign lezyonlar, her bir seans		20,07
2781	700.280	Kriyoterapi malign lezyonlar, her bir seans		25,13
2782	700.290	Kültür, fungal izolasyon, her bir bölge	700.060 ile birlikte faturalandırılmaz.	20,07
2783	700.350	Minimal eritem dozu tıyını		7,08
2784	700.360	Paterji testi		7,08
2785	700.370	Triklorasetik asit, podofilin atuşmanı veya benzeri uygulamalar, her bir seans		20,07
2786	700.380	Trikogram, her biri		15,01
2787	700.390	Wood ışığı muayenesi	Aynı faturada bir defadan fazla kodlanmaz.	7,08
2788		<b>7.2.KARDİYOVASKÜLER SİSTEM</b>	Çocuk hastalarda genel anestezi altında yapılan işlemlerde ayrıca anestezi işlem puanı toplam puanına eklenir.	

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
2789	700.400	Enfekte periferik vaskülitin tedavisi	Tromboflebit, arterit, lenfanjit vb.	300,17
2790	700.410	Jobbst uygulaması, her bir seans	Intern. pozitif basınç	10,12
2791		<b>KLİNİK KARDİYOLOJİ</b>		
2792	700.420	Kardiyoversiyon		50,08
2793	700.430	Elektriksele kardiyoversiyon	Anestezi haric	50,08
2794	700.440	Noninvaziv Kardiyak Hemodinami	Yoğun bakım şartlarında izlenmesi ve tedavisi gereken hastalar için (NIKAH) (Bomed)	70,15
2795	700.450	NIKAH + SaO <sub>2</sub>	Yoğun bakım şartlarında izlenmesi ve tedavisi gereken hastalar için	80,10
2796	700.460	NIKAH + SaO <sub>2</sub> + ET CO <sub>2</sub>	Yoğun bakım şartlarında izlenmesi ve tedavisi gereken hastalar için	80,10
2797	700.470	Ambulatuvar kan basıncı ölçümü (24 saat)	Herhangi bir sarf/malzeme faturalandırılmaz. F.n az 22 saatlik kaydın olması durumunda ve aynı sağlık hizmeti sunucusuna yılda bir kez faturalandırılır.	90,05
2798	700.480	Ankle-Branchial İndeksi (ABI)	Bütün ekstremiteleler	25,13
2799		<b>ELEKTROKARDİYOGRAFI (EKG)</b>		
2800	700.490	Elektrokardiogram, evde çekim		24,11
2801	700.491	Elektrokardiogram, < 4 yaş çocuk	Sedasyon işlemi dahil	45,26
2802	700.500	Telefonik ya da telemetrik ritm EKG (1 kez)	Aynı faturaları bir defadan fazla kodlanmaz.	21,92
2803	700.510	Telemetrik kardiyak monitorizasyon (24 saat)	Herhangi bir sarf/malzeme faturalandırılmaz. F.n az 22 saatlik kaydın olması durumunda faturalandırılır.	92,75
2804	700.520	Telefonik kardiyak monitorizasyon (1 kez)		25,30
2805	700.530	Kardiyovasküler stress test	İzodamil, bisiklet, farmakolojik	70,83
2806	700.540	24 saat EKG kaydı (Holter)	F.n az 22 saatlik kaydın olması durumunda ve aynı sağlık hizmeti sunucusuna yılda bir kez faturalandırılır.	101,18
2807	700.550	Head-up tilt test	Provokator ilaç haric.	101,18
2808	700.560	Geç potansiyel (LP) ve/veya kalp hızı değişkenliği (HRV)		21,92
2809	700.570	Event recorder (Gün başına)	Günde bir defadan fazla faturalandırılmaz.	9,27
2810	700.580	Kalp pili veya ICD kontrolü	6 ayda bir defa faturalandırılır 6 aydan kısa stredde kontrol gerekmesi halinde sağlık kurulu raporu ile tıbbi gerekçe belirtilmelidir.	40,47
2811		<b>EKOKARDİYOGRAFI</b>		
2812	700.590	Kontrast ekokardiyografi		64,42
2813	700.600	Transtorasik ekokardiyografi		44,18
2814	700.601	Transtorasik ekokardiyografi, < 4 yaş çocuk	Sedasyon işlemi dahil	76,12
2815	700.610	Transözofajiyal ekokardiyografi		120,07
2816	700.611	Transözofajiyal ekokardiyografi, çocuk	Genel anestezi haric	160,20
2817	700.620	Ekzersiz (Eforlu) veya farmakolojik stres ekokardiyografi		120,07
2818	700.630	Fötal ekokardiyografi		120,07
2819		<b>KALP PİLİ (PACEMAKER) VE ICD</b>		
2820	700.640	Geçici transvenöz kalp pili; atiyal veya ventriküler, ilk işlem	Çocuk hastalarda genel anestezi altında yapılan işlemlerde ayrıca anestezi işlem puanı toplam puanı eklenir.	100,17
2821	700.650	Geçici kalp pili elektrotunun yeniden yerleştirilmesi, her bir uygulama	Elektrotlar dahil	50,08
2822	700.660	Kalıcı kalp pili takılması, atriyal veya ventriküler, ilk işlem		550,25
2823	700.670	Kalıcı kalp pili takılması, atriyoventriküler		650,25
2824	700.680	Kalıcı kalp pili takılması biventriküler, 3 elektrotlu		800,34
2825	700.690	Kalıcı kalp pili değiştirilmesi, jeneratör		400,17
2826	700.691	Kalıcı kalp pili veya ICD elektrotu değiştirilmesi		500,34
2827	700.700	ICD (Implantable Cardioverter Defibrillator) takılması, tek elektrot		750,42
2828	700.710	ICD (Implantable Cardioverter Defibrillator) takılması, iki elektrot		994,94
2829	700.720	ICD bataryası değiştirilmesi		300,17
2830	700.730	Biventriküler ICD takılması, ilk elektrot		1.000,51
2831	700.731	Kalıcı kalp pili lead çıkarılması	Lazer veya RF kateter haric	700,34
2832		<b>TANISAL KALP KATERİZASYONU</b>		
2833	700.740	Sağ kalp kateterizasyonu	700.760, 700.780 ile birlikte faturalandırılmaz.	126,48
2834	700.750	Endomiyokardiyal biyopsi		301,01
2835	700.760	Sol kalp kateterizasyonu	700.740, 700.780 ile birlikte faturalandırılmaz.	126,48
2836	700.770	Transseptal sol kalp kateterizasyonu		252,95
2837	700.780	Sağ ve sol kalp kateterizasyonu	700.740, 700.760 ile birlikte faturalandırılmaz.	252,95
2838	700.800	Kardiyak debi ve indeks ölçümü		86,00
2839	700.801	Pulmoner vasküler reaktivite değerlendirilmesi	700.846 ile birlikte faturalandırılmaz.Sağ-sol kalp kateterizasyonuna ek olarak, %100 Oksijen veya vasodilatör ilaç öncesi ve sonrası 2 defa kardiyak debi ve indeks ölçümü, vasodilatör ilaç haric	170,32
2840	700.810	Selektif koroner anjiyografi		296,80
2841	700.811	Basınç veya Doppler teli ile intrakoroner hemodinamik çalışmaya	Basınç ve Doppler teli haric, tanısal veya terapötik girişime ek olarak	170,32
2842	700.820	Selektif koroner anjiyografi ve ventrikülografi ve/veya aortografi	700.760, 700.810 ile birlikte faturalandırılmaz.	340,64
2843	700.830	Selektif sağ-sol koroner anjiyografi ve by-pass kontrolü	700.810, 700.820 ile birlikte faturalandırılmaz.	387,86
2844	700.840	Selektif koroner anjiyografi, sağ ve sol kalp kateterizasyonu	700.810, 700.820 ile birlikte faturalandırılmaz.	430,02
2845		<b>Doğumsal kalp hastalıklarında (DKH) tanisal kateterizasyon</b>		
2846	700.841	Asiyenotik doğumsal kalp hastalığında tanisal kateterizasyonu	Çocuk hastalarda genel anestezi altında yapılan işlemlerde ayrıca anestezi işlem puanları toplam puanlara eklenir.	590,40
2847	700.842	Siyenotik doğumsal kalp hastalığında tanisal kalp kateterizasyonu	700.740, 700.760, 700.780, 700.810, 700.820 ile birlikte faturalandırılmaz.	767,30
2848	700.843	2 yaş altı doğumsal kalp hastalıklarında tanisal kalp kateterizasyonu	700.740, 700.760, 700.780, 700.810, 700.820 ile birlikte faturalandırılmaz.	767,30
2849	700.844	Yenidoğan doğumsal kalp hastalıklarında tanisal kalp kateterizasyonu	700.740, 700.760, 700.780, 700.810, 700.820 ile birlikte faturalandırılmaz.	826,39
2850	700.845	Doğumsal kalp hastalıklarında tanisal kalp kateterizasyonu ve selektif koroner anjiyografi	700.740, 700.760, 700.780, 700.810, 700.820 ile birlikte faturalandırılmaz.	826,39
2851	700.846	Kardiyak debi ve indeks ölçümü	Tanisal kalp kateterizasyonuna ek olarak	60,71

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
2852	700.847	Pulmoner vasküler reaktivite değerlendirilmesi	700.846 ile birlikte faturalandırılmaz. Tansal kalp kateterizasyonuna ek olarak, %100 Oksijen veyâ vasodilatör ilaç öncesi ve sonrası 2 defa kardiyak debi ve indeks ölçümü, vazodilatör ilaç hariç.	150,08
2853		<b>TEDAVİ AMAÇLI KALP KATETERİZASYONU</b>	Tansal amaçlı Koroner Anjiyografi Tetkikleri ile birlikte yapıldığı durumlarda anjiyografi tetkiklerinin %25'i faturalandırılır.	
2854	700.850	Trombolitik (Fibrinolitik) tedavi, intrakoronar	700.810 ile birlikte faturalandırılmaz. Fibrinolitik ilaç hariç.	500,34
2855	700.860	Trombolitik tedavi (Diğer arterler-pulmoner vb.)	700.740, 700.810 ile birlikte faturalandırılmaz. Fibrinolitik ilaç hariç.	300,17
2856	700.870	Trombolitik tedavi uygulaması, venöz yoldan	Fibrinolitik ilaç hariç.	50,08
2857	700.880	Perikütan transluminal koroner anjiyoplasti, tek damar (Balon)	Balon kateteri dahil. Aynı faturada birden fazla kodlanmaz.	600,34
2858	700.890	Perikütan transluminal koroner anjiyoplasti, ilave her damar için	Yeni balon kullanılırsa ek olarak faturalandırılır.	100,17
2859	700.900	Perikütan transluminal koroner arterektomi, balon anjiyoplasti dahil	700.880 ile birlikte faturalandırılmaz.	750,42
2860	700.910	Perikütan transluminal koroner anjiyoplasti ve stent, tek damar	700.880 ile birlikte faturalandırılmaz. Balon dahil	750,42
2861	700.920	Perikütan transluminal koroner anjiyoplasti ve stent, ilave her damar için	700.880 ile birlikte faturalandırılmaz.	150,08
2862	700.921	Perikütan transluminal koroner artere direkt stent	Aynı faturada birden fazla kodlanmaz.	750,42
2863	700.922	Perikütan transluminal koroner artere direkt stent, ilave her damar için		100,17
2864	700.923	Perikütan transkateter antiembolik filtre uygulaması, balon ve/veya stente ek olarak		100,17
2865	700.930	Perikütan balon valvüloplasti, mitral kapak için		750,42
2866	700.940	Perikütan balon valvüloplasti, cinsel aort stenozu için		885,50
2867	700.941	Transkateter protez kapak implantasyonu (Replaman)		1.200,51
2868	700.942	Perikütan perikarı sıvı drenajı (Floroskopi veya ekokardiyografi altında)	700.590, 700.600, 700.601, 700.610, 700.611, 700.620, 801.570 ile birlikte fatura edilemez.	295,30
2869	700.943	Perikütan mitral kapak onarımı	Sağlık Bakanlığında ve Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı üstünce basamak sağlık hizmeti sunucularınca faturalandırılır.	1.517,71
2870	700.990	Lazer anjiyoplasti, koroner arter		750,42
2871	700.991	Perikütan septal alkol ablasyonu, hipertrofik kardiyomyopati	Balon, geçici pH ve ekokardiyografik kontrast madde dahil	1.200,51
2872	701.000	Perikütan intraaortik balon yerleştirilmesi		300,17
2873		<b>Doğumsal kalp hastalıkları (DKH)'nda tedavi amaçlı girişimsel kateterizasyon</b>	Çocuk hastalarda genel anestezi altında yapılan işlemlerde ayrıca anestezi işlem puanları toplam puanlara eklenir.	
2874	701.001	Perikütan pulmoner balon valvüloplasti		600,34
2875	701.002	Perikütan pulmoner balon valvüloplasti, yenidoğan		885,50
2876	701.003	Perikütan aort balon valvüloplasti		885,50
2877	701.004	Perikütan aort balon valvüloplasti, yenidoğan		1.180,59
2878	701.005	Doğumsal kalp hastalıklarında perikütan balon anjiyoplasti, preoperatif veya postoperatif		708,40
2879	701.006	Doğumsal kalp hastalıklarında perikütan balon anjiyoplasti, yenidoğan, preoperatif veya postoperatif		826,39
2880	701.007	Doğumsal kalp hastalıklarında perikütan balon anjiyoplasti ve stent uygulaması, preoperatif veya postoperatif		750,42
2881	701.008	Balon atriyal septostomi	Tansal kalp kateteri dahil	826,39
2882	701.009	Balon atriyal septoplasti ve septostomi		826,39
2883	701.012	Blade atriyal septostomi ve balon septostomi		700,34
2884	701.013	Perikütan transkateter PDA kapatılması (Ductus oklüzyonu)		826,39
2885	701.014	Perikütan trans kateter aortopulmoner kollateral, venöz kateter kollateral veya arteriyovenöz fistül oklüzyonu		800,34
2886	701.015	Perikütan transkateter koroner-kameral fistül oklüzyonu		1.000,51
2887	701.016	Perikütan transkateter guide-wire ile atriik kapak perforasyonu ve balon valvüloplasti	701.001, 701.002, 701.003, 701.004 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.416,59
2888	701.017	Perikütan transkateter atriik kapak perforasyonu ve balon valvüloplasti ile duktal stent implantasyonu	701.001, 701.002, 701.003, 701.004 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.400,67
2889	701.018	Perikütan duktus atriyovüosa stent implantasyonu		1.121,50
2890	701.019	Perikütan transkateter device ile ASD veya PFO kapatılması		950,42
2891	701.021	Perikütan transkateter device ile VSD kapatılması		1.000,51
2892	701.022	Periventriküler transkateter device ile VSD kapatılması		1.100,51
2893		<b>ELEKTROFİZYOLOJİK ÇALIŞMA (EFC) VE ABLASYON</b>	12 yaş altında herhangi bir endikasyon sınırlaması olmaksızın, 12 yaş üstünde ise; septal kökenli supraventriküler taşikardilerde, frenik sinire yakın fokal atrial taşikardilerde, koroner sinüs bölgesi ile HIS bölgesine yakın ventriküler taşikardilerde, epikardiyal aksesuar yollarda yapılan Kriyoablasyon işlemleri faturalandırılır. 701031, 701041, 701062, 701063 işlemleri üstünce basamak sağlık kurumlarında faturalandırılır.	
2894	701.010	Temel lanusal elektrofizyolojik çalışma	Programlı stimülasyonu dahil	400,17
2895	701.011	Transözofajyal elektrofizyolojik çalışma		300,17
2896	701.030	Radyofrekans kateter ile ablasyon, supraventriküler	701.010, 701.011 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.150,08
2897	701.031	Kriyoablasyon, supraventriküler	701.010, 701.011 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.150,08
2898	701.040	Radyofrekans kateter ile ablasyon, ventriküler	701.010, 701.011 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.000,51
2899	701.041	Kriyoablasyon, ventriküler	701.010, 701.011 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.000,51
2900	701.050	AV nod ablasyonu	701.010, 701.011 ile birlikte faturalandırılmaz.	944,40
2901	701.060	Radyofrekans kateter ile ablasyon, atriyal fibrilasyon, pulmoner ven izolasyonu	701.010, 701.011 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.200,51
2902	701.061	Kompleks haritalama yöntemiyle yapılan RF kateter ablasyonu	701010, 701011 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.000,51
2903	701.062	Kriyobalon ile ablasyon, atriyal fibrilasyon, pulmoner ven izolasyonu	701.010, 701.011, 701.030, 701.040, 701.060, 701.061 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.200,51
2904	701.063	Kompleks haritalama yöntemiyle yapılan kriyoablasyon	701.010, 701.011 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.000,51
2905		<b>7.3.SOLUNUM SİSTEMİ</b>		

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
2906	701.075	Astımlı hasta eğitimi	Bir hasta için ömür boyunca bir defa faturalandırılır.	3,04
2907	701.076	KOAH'lı hasta eğitimi	Bir hasta için ömür boyunca bir defa faturalandırılır.	3,04
2908	701.077	İnhale cihaz eğitimi	Bir hasta için ömür boyunca bir defa faturalandırılır.	10,12
2909	701.078	Konsantratif cihaz eğitimi	Bir hasta için ömür boyunca bir defa faturalandırılır.	10,12
2910	701.079	Noninvasif cihaz eğitimi (BİBAP, CPAP, OTO-CPAP vs.)	Bir hasta için ömür boyunca bir defa faturalandırılır.	10,12
2911	701.080	Bronkoalveoler lavaj		75,04
2912	701.081	Total akciğer lavajı		120,00
2913	701.090	Intrabronşiyal kateter yerleştirilmesi		25,13
2914	701.100	Buhar tedavisi	4 saatlik	7,08
2915	701.110	COhb, MF1hb ve SUI1hb düzeyleri		25,13
2916	701.120	Eforlu solunum testi		52,82
2917	701.130	Egzersiz testi (6 dakika)		50,08
2918	701.131	Ekspiryum havasında karbonmonoksit		42,16
2919	701.140	GÖĞÜS İÇİ BASINÇ ÖLÇÜLMESİ		15,01
2920	701.150	İnlaym dilatasyon testi		75,04
2921	701.160	In vitro İbaroziti1 degranülasyon testi		75,04
2922	701.161	Karbonmonoksit difüzyon testi		75,04
2923	701.170	Pliseozis		40,13
2924	701.180	Plevra boşluğundan lavajı		40,13
2925	701.190	Plevral drenaj, pleurocean ile	530.420 ile birlikte faturalandırılmaz.	60,03
2926	701.200	PPD testi uygulaması ve değerlendirilmesi		5,06
2927	701.210	Provokasyonlu solunum testleri		64,62
2928	701.220	Solunum fonksiyon testleri	701.210 ve 701.230 ile birlikte faturalandırılmaz.	42,16
2929	701.221	İndükte balgam örneği alınması		16,86
2930	701.222	Endobronşiyal Ultrasonografi (Tanısal)	Bronkoskopi ayrıca faturalandırılmaz.	200,00
2931	701.223	Endobronşiyal Ultrasonografi (Biyopsi veya yabancı cisim çıkarılması amacıyla)	608.320 ve 608310 ile birlikte faturalandırılmaz.	300,00
2932	701.230	Solunum fonksiyonları ile reversibilite testi		52,82
2933		<b>7.4.SİNDİRİM SİSTEMİ</b>	Ancetezi harç	
2934	701.250	24 saatlik pH monitörizasyon veya 24 saatlik empedans ölçümlü uygulaması		70,15
2935	701.260	Akalyazyada balon dilatasyonu	701.540 ile birlikte faturalandırılmaz.	258,21
2936	701.270	Alt ve/veya üst GIS kanallarında heater prob veya injeksiyon tedavisi veya klip uygulaması		119,73
2937	701.280	Duodenum, ince barsak (Özel kapstille) biyopsisi		51,96
2938	701.281	Kapsül endoskopi	3 gastroenteroloji uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporu ile tıbbi gerekçe belirtilmelidir. Tüm malzemeler dahil	674,54
2939	701.282	Çift balonlu enteroskopi	3 gastroenteroloji uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporu ile tıbbi gerekçe belirtilmelidir. Tüm malzemeler dahil	850,00
2940	701.290	Endoskopik beslenme tüpü yerleştirilmesi		86,17
2941	701.300	Endoskopik biliyer dilatasyon		322,23
2942	701.310	Endoskopik biliyer endoprotez yerleştirilmesi		359,19
2943	701.320	Endoskopik biliyer stend yerleştirilmesi	701.540 ile birlikte faturalandırılmaz.	354,82
2944	701.330	Endoskopik kisto-duodenostomi		389,21
2945	701.340	Endoskopik kisto-gastrotomi		400,17
2946	701.350	Endoskopik perkütan gastrotomi		297,81
2947	701.360	Endoskopik retrograd kolanjyopankreatografi		478,92
2948	701.370	Endoskopik sfinkterotomi		300,17
2949	701.380	Endosonografi eşliğinde aspirasyon biyopsisi		220,24
2950	701.390	Rektoskopi ve/veya sigmoidoskopi		110,12
2951	701.400	Rektoskopi ve /veya sigmoidoskopi ile biyopsi	701.390 ile birlikte faturalandırılmaz.	135,92
2952	701.410	Gastrooskopik polipektomi		143,34
2953	701.411	Endoskopik mukoza rezeksiyonu		143,00
2954	701.420	Gastrointestinal sistem darlıklarında balon veya buji dilatasyonu		239,46
2955	701.430	GIS darlıklarında stent yerleştirilmesi		389,21
2956	701.440	Koledoktan balon veya baskette taş çıkarılması		235,35
2957	701.450	Kolonoskopi, total	701.460 ile birlikte faturalandırılmaz.	200,17
2958	701.460	Kolonoskopik polipektomi	701.450 ile birlikte faturalandırılmaz.	200,17
2959	701.470	Mekamik litirajı		300,17
2960	701.480	Mide/ Safra tıbbi		15,01
2961	701.490	Nasobiliyer drenaj		100,17
2962	701.500	Nazo nasalektik drenaj		200,17
2963	701.510	Özel kolon temizliği (Lavman haric)	GIS hastalıkları ve ameliyatlarında faturalandırılır.	70,15
2964	701.520	Ozefajiyal motilite		110,12
2965	701.530	Ozefagoskopi, gastroskopi ile yabancı cisim çıkarılması		300,17
2966	701.540	Ozefagoskopi, gastroskopi, duodenoskopi (biri veya herpsi)	701.550 ile birlikte faturalandırılmaz.	110,12
2967	701.550	Ozefagoskopi, gastroskopi, duodenoskopi ile biyopsi alınması	701.540 ile birlikte faturalandırılmaz.	120,07
2968	701.560	Ozofagus /Mide/ İntestinal / Kolon motilitesi	Aynı faturada en fazla bir defa kodlanır.	110,12
2969	701.570	Ozefagus varislerinde sklerozan tedavi, her bir seans	Endoskopi işlem puanı haric	353,00
2970	701.572	Ozefagus varislerinde bant liyasyonu	Endoskopi işlem puanı haric	300,17
2971		<b>7.5.FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON</b>	Hu başlık altındaki işlemler aksi belirtilmedikçe yalnızca Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon uzman hekimince uygulandığında faturalandırılır.	
2972		<b>Değerlendirmeler</b>	701.580-701.730 arasındaki işlemler aynı bayırurda bir defadan fazla faturalandırılmaz.	
2973	701.580	Adale testi	Ortopedi ve Travmatoloji, Nöroloji, Spor hekimliği, Tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji uzman hekimlerince uygulandığında faturalandırılır.	8,09
2974	701.590	Ampute değerlendirilmesi	Tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji uzman hekimlerince uygulandığında faturalandırılır.	25,13
2975	701.600	Bilgisayarlı izokinetik test	Spor hekimliği, Tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji uzman hekimlerince uygulandığında faturalandırılır.	25,13

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
2976	701.610	Denge/koordinasyon testleri	Nöroloji, Beyin cerrahi, spor hekimi, KBB, Tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji uzman hekimlerince uygulandığında faturalandırılır.	25,13
2977	701.620	Duy-u-algu-motor değerlendirilmesi	Nöroloji, Beyin cerrahi, spor hekimi, Tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji uzman hekimlerince uygulandığında faturalandırılır.	25,13
2978	701.630	Eklem hareket açıklığı ölçümü	Ortopedi ve Travmatoloji, Romatoloji, Spor hekimi, Tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji uzman hekimlerince uygulandığında faturalandırılır.	15,01
2979	701.640	El beceri testleri	Nöroloji ve Tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji uzman hekimlerince uygulandığında faturalandırılır.	25,13
2980	701.650	Elektrodiagnostik testler	Spor hekimi ve Tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji uzman hekimlerince uygulandığında faturalandırılır.	25,13
2981	701.660	Günlük yaşam aktiviteleri testi	Nöroloji, Tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji ve Geriatri uzman hekimlerince uygulandığında faturalandırılır.	25,13
2982	701.670	Kas gücünün dinamometre ile ölçümü (Tek ekstremite)	Ortopedi ve Travmatoloji, Nöroloji, Spor hekimi, Tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji ve Geriatri uzman hekimlerince uygulandığında faturalandırılır.	25,13
2983	701.680	Mesleki değerlendirme	Tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji uzman hekimlerince uygulandığında faturalandırılır.	25,13
2984	701.690	Nörofizyolojik değerlendirme	Spor hekimi ve Tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji uzman hekimlerince uygulandığında faturalandırılır.	25,13
2985	701.700	Postur Analizi	Ortopedi ve Travmatoloji, Romatoloji, Spor hekimi, Nöroloji ve Tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji uzman hekimlerince uygulandığında faturalandırılır.	25,13
2986	701.710	Skolyoz değerlendirilmesi	Ortopedi ve Travmatoloji, Tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji uzman hekimlerince uygulandığında faturalandırılır.	25,13
2987	701.720	Yürüme analizi	Spor hekimi, Nöroloji, Geriatri ve Tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji uzman hekimlerince uygulandığında faturalandırılır.	25,13
2988	701.730	Yürüme analizi (Bilgisayar sistemli kinetik-kinematik analiz)	Spor hekimi ve Tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji uzman hekimlerince uygulandığında faturalandırılır.	30,02
2989		<b>Fizik tedavi uygulamaları</b>	701.740, 701.770, 701.830, 701.880, 701.890, 701.900, 701.910, 701.950, 701.960, 701.970, 701.990 kod numaralı işlemler, spor hekimleri tarafından yapılması halinde de faturalandırılır.	
2990	701.740	Coldpack		4,05
2991	701.741	Soğuk tedavi termik şok yöntemi	Medikal gaz ile uygulanması halinde	50,59
2992	701.750	Diyanamik akım		4,05
2993	701.760	Dört hücre galvanisi		6,07
2994	701.770	Fanfaraj		4,05
2995	701.780	Fango, lokal		5,06
2996	701.790	Faradizasyon		5,06
2997	701.800	FES	FES: fonksiyonel elektriksel stimülasyon	18,04
2998	701.810	Fluïdoterapi		10,12
2999	701.820	Galvanik akım		4,05
3000	701.830	Hotpack		4,05
3001	701.840	Işık banyosu (Baker)		4,05
3002	701.850	İnterferansiyel akım		4,05
3003	701.860	İyontoforez	Ultrason veya elektroterapi ile	8,09
3004	701.870	Kısa dalga diatermi		6,07
3005	701.880	Lazer		6,07
3006	701.890	Klasik masaj, bölgesel		6,07
3007	701.900	Klasik masaj, tüm vücut		25,13
3008	701.910	Konvektif doku masajı		25,13
3009	701.920	Mikrodalga (Radar)		6,07
3010	701.930	Paleïdoterapi (Çamur tedavisi)		5,06
3011	701.940	Parafin		4,05
3012	701.950	TENS		4,05
3013	701.960	Terapötik Elektrik Stimülasyon		5,06
3014	701.970	Traksiyon, elektrikli		6,07
3015	701.980	Traksiyon, mekanik		3,04
3016	701.990	Ultrason		5,06
3017	702.000	Ultraviyole		5,06
3018	702.010	Vibrasyon masajı		3,04
3019		<b>Hidroterapi - Balneoterapi</b>	Bu başlık altındaki işlemler tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji uzman hekimleri tarafından, 702.030, 702.040, 702.080 kod numaralı işlemler, spor hekimleri tarafından yapılması halinde de faturalandırılır.	
3020	702.020	Banyo-kaplıca		4,05
3021	702.030	Girdap banyosu	Sağlık kurulu raporu ile tıbbi gereke belirtimlidir.	15,01
3022	702.040	Kontrast banyo		3,04
3023	702.050	Sauna ve tazyikli duş		3,04
3024	702.060	Stangerbath		4,05
3025	702.070	Su içi basınçlı masaj		25,13
3026	702.080	Su içi egzersiz		25,13
3027		<b>Rehabilitasyon uygulamaları</b>	702.130, 702.140, 702.170, 702.210, 702.230, 702.270, 702.290, 702.310, 702.400, 702.410, 702.490 kod numaralı işlemler, spor hekimleri tarafından yapılması halinde de faturalandırılır.	
3028	702.090	Ampute rehabilitasyonu	Bunlarla birlikte diğer rehabilitasyonlar faturalandırılmaz.	25,13
3029	702.100	Biofeedback		5,06
3030	702.110	Bel - Boyun Okulu	Bel, boyun problemi olan hastalarda grup olarak eğitim verilmesi ve ayrıca grup egzersizlerinin yapılması işlemleri. (Her beş kişilik grup için ayrıca kodlanır)	15,01
3031	702.120	EMG biofeedback		18,04
3032	702.130	Denge/koordinasyon eğitimi		25,13

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
3033	702.140	Devamlı pasif hareket cihazı ile egzersiz	CMP: Continuous Passive Motion	10,12
3034	702.150	Ergometrik egzersizi		8,09
3035	702.160	Eklem enjeksiyonları		15,01
3036	702.170	İklim hareket açıklığı egzersizi		7,08
3037	702.180	Eklem lavajı		50,08
3038	702.190	El rehabilitasyonu	Bununla birlikte diğer rehabilitasyonlar faturalandırılmaz.	25,13
3039	702.200	Elektrotterapi	Bununla birlikte 701.750, 701.760, 701.790, 701.820, 701.850, 701.950 faturalanamaz.	25,13
3040	702.210	Ev programı/aile eğitimi	Fiziksel tıp ve rehabilitasyon programları	14,17
3041	702.220	Geriatrik rehabilitasyon	65 yaş üstü hastalarda, bununla diğer rehabilitasyonlar faturalandırılmaz.	25,13
3042	702.230	Germe egzersizi		8,09
3043	702.240	Gevşeme egzersizleri		25,13
3044	702.250	Görme özifirli rehabilitasyonu	Bununla birlikte diğer rehabilitasyonlar faturalandırılmaz.	25,13
3045	702.260	Gözetmeli grup egzersizi	Gruplar halinde yapılan egzersizlerdir. Her 5 kişilik grup için ayrıca kodlanır.	8,09
3046	702.270	İzometrik egzersizler		25,13
3047	702.280	İş-üçraşı tedavisi		25,13
3048	702.290	Kardiyak rehabilitasyon	Bununla birlikte diğer rehabilitasyonlar faturalandırılmaz.	25,13
3049	702.300	Kognitif (Bilişsel) rehabilitasyon		25,13
3050	702.310	Mekamik Egzersiz İstasyonu		20,07
3051	702.320	Manipülasyon	Ayda en fazla üç defa faturalandırılır.	25,13
3052	702.330	Nörofizyolojik egzersizler		25,13
3053	702.340	Nörolojik rehabilitasyon	Bununla birlikte diğer rehabilitasyonlar faturalandırılmaz.	25,13
3054	702.350	Obstetrik / Jinekolojik rehabilitasyon	Bununla birlikte diğer rehabilitasyonlar faturalandırılmaz.	25,13
3055	702.360	Ortopedik rehabilitasyon	Bununla birlikte diğer rehabilitasyonlar faturalandırılmaz.	25,13
3056	702.370	Protex eğitimi		10,12
3057	702.380	Postür egzersizi		6,07
3058	702.390	Postürel drenaj		25,13
3059	702.400	Progresif dirençli egzersiz		6,07
3060	702.410	Propioseptif eğitim		10,12
3061	702.420	Propioseptif nöromusküler fastilasyon (PNF)		6,07
3062	702.430	Pulmoner rehabilitasyon	Göğüs hastalıkları uzmanı hekimlerince yapılması halinde faturalandırılır. Bununla birlikte diğer rehabilitasyonlar faturalandırılmaz.	25,13
3063	702.440	Rehabilitasyon amacıyla kullanılan yardımcı cihaz eğitimi		10,12
3064	702.450	Romatizmal hastalıklarda rehabilitasyon	Bununla birlikte diğer rehabilitasyonlar faturalandırılmaz.	25,13
3065	702.460	Serebral palsi rehabilitasyonu	Bununla birlikte diğer rehabilitasyonlar faturalandırılmaz.	25,13
3066	702.470	Skolyoz egzersizleri		17,03
3067	702.480	Solunum egzersizleri		25,13
3068	702.490	Spor sakatlıkları rehabilitasyonu	Bununla birlikte diğer rehabilitasyonlar faturalandırılmaz.	25,13
3069	702.500	Yutkunma Rehabilitasyonu	KBB uzman hekimlerince yapılması halinde faturalandırılır.	17,03
3070	702.510	Yürüme egzersizleri		25,13
3071		<b>7.6.SU ALTI HEKİMLİĞİ VE HİPERBARİK TIP UYGULAMALARI</b>	SUT'un 2.4.4.B maddesine bakınız.	
3072	702.520	Rekompresyon tedavisi, Tip I Dekompresyon Hastalığı		200,17
3073	702.530	Rekompresyon tedavisi, Tip II Dekompresyon Hastalığı, birinci seans		300,17
3074	702.550	Rekompresyon tedavisi, karışım gazla Tip I Dekompresyon Hastalığı		200,17
3075	702.560	Rekompresyon tedavisi, karışım gazla Tip II Dekompresyon Hastalığı		300,17
3076	702.570	Rekompresyon tedavisi, arteriyel gaz embolisi		300,17
3077	702.580	Hiperbarik oksijen tedavisi, 1-2 ATA seansı		42,16
3078	702.590	Hiperbarik oksijen tedavisi, 2-3 ATA seansı		84,32
3079	702.591	Karbonmonoksit zehirlenmesinde hiperbarik oksijen tedavisi, birinci seans		198,99
3080	702.600	Hiperbarik ortamda transkutanöz pO <sub>2</sub> (TcPO <sub>2</sub> ) ölçümü		14,33
3081	702.610	Oksijen tolerans testi		14,33
3082	702.620	Basınç testi		20,07
3083	702.630	Tıp havası analizi, her parametre		10,12
3084	702.640	Sualtı hekimliği danışmanlık saati		10,12
3085	702.650	İntermittan basınç siplintli her ekstremité		10,12
3086		<b>7.7.SINIR SİSTEMİ</b>		
3087		<b>PSİKİYATRİK ÇALIŞMALAR</b>	702.660-702.810 arası çalışmalar Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzman hekimini bulanan sağlık hizmeti sunucularınca yapıldığında faturalandırılır. Özel dal psikiyatrisi hastanelerinde işlem puanlarına %30 ilave edilir.	
3088	702.660	Aile görüşme- değerlendirme	Psikoz, bipolar bozukluk, yaygın gelişimsel bozukluklar, zeka geriliği tanımlarında ve 18 yaş altında her görüşme için, diğer tanımlarda yılda en fazla üç kere faturalandırılır. "Acil serviste intihar girişimlerine psikososyal destek ve kriz müdahale" birimi bulunan devlet hastaneleri acil servislerinde de faturalandırılması mümkündür.	21,08
3089	702.670	Aile tedavisi	Bir ay içinde en fazla üç defa faturalandırılır.Acil serviste intihar girişimlerine psikososyal destek/kriz müdahale kapsamındaki devlet hastaneleri acil servislerinde de faturalandırılması mümkündür.	30,02
3090	702.680	Aile, iş yeri ya da okul ziyareti	Bir yılda en fazla bir defa faturalandırılır.	30,02
3091	702.690	Anestezi EKT protokolü, EKT/EEG		60,03
3092	702.700	Bireysel psikoterapi, her bir seans	Seans süresi 30 dakikadan az olamaz. 10 günde bir adetten fazla faturalandırılmaz.	29,51
3093	702.710	Elektrokonyülsiyon tedavisi, EK T		40,13
3094	702.711	EKT sonrası bilinç ve oryantasyon takibi	EKT sonrası bir adet faturalandırılır.	25,30

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
3095	702.712	Transkranyal manyetik stimülasyon (TMS)	Üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularında, ruç ruş sağlığı ve hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile tıbbi gerekçe belirtilmelidir.	40,00
3096	702.720	Gelişim testler, her biri	702.760 ile birlikte faturalandırılmaz.	20,07
3097	702.730	Grup Psikoterapisi, kişi başına her biri		10,12
3098	702.740	Kişilik testleri, her biri	Bir adden fazla faturalandırılmaz.	25,30
3099	702.750	Klinik değerlendirme ölçekleri, her biri		10,12
3100	702.760	Nöropsikolojik test bataryası	702.770 ile birlikte faturalandırılmaz.	59,02
3101	702.770	Nöropsikolojik testler, her biri	702.760 ile birlikte faturalandırılmaz.	15,01
3102	702.780	Projektif testler, her biri		20,07
3103	702.790	Psikiyatrik değerlendirme	520.030 ile birlikte faturalandırılmaz.	15,01
3104	702.800	Psikiyatrik tanı koydurucu ölçekler	Bir adden fazla faturalandırılmaz.	15,01
3105	702.810	Zeka testleri, her biri	702.760 ile birlikte faturalandırılmaz. Bir defadan fazla kodlanmaz.	25,30
3106		<b>Laboratuvarda Yapılan Uyku Araştırmaları</b>	Yatak ilereci dahil, EEG, EOG, EMG, EKG dahil. Tüm gece laboratuvarda	
3107	702.820	Poligrafik uyku tekniği		214,50
3108	702.830	Poligrafik uyku tekniği + Solunum kayıtları		250,25
3109	702.840	Poligrafik uyku tekniği + Baecak EMG kaydı		250,25
3110	702.850	Poligrafik uyku tekniği + Solunum kayıtları + CPAP tirasyonu		416,37
3111	702.860	Poligrafik uyku tekniği + Noktürnal Penil Tümesans (NPT)		250,25
3112	702.870	Poligrafik uyku tekniği + Aktivasyon amaçlı EEG		290,25
3113	702.880	Poligrafik uyku tekniği + Solunum kayıtları + Baecak EMG kaydı		285,83
3114	702.890	Poligrafik uyku tekniği + Solunum kayıtları + NPT		285,83
3115	702.900	Poligrafik uyku tekniği + Solunum kayıtları + Aktivasyon amaçlı EEG		285,83
3116	702.910	Poligrafik uyku tekniği + Baecak EMG kaydı + NPT		285,83
3117	702.920	Poligrafik uyku tekniği + Baecak EMG kaydı + Aktivasyon amaçlı EEG		285,83
3118	702.930	Poligrafik uyku tekniği + Aktivasyon amaçlı EEG + NPT		285,83
3119	702.940	İlk Gece uyku apnesi tanısı alanların CPAP/ BPAP tirasyonu yönüyle izlemi		200,17
3120	702.950	NR-EEG 1400 (Brain mapping)		75,04
3121		<b>Evdde Yapılan Uyku Araştırmaları</b>		
3122	702.960	2 – 4 kanal arası poligrafik uyku tekniği		110,12
3123	702.970	5 – 8 kanal arası poligrafik uyku tekniği		160,20
3124	702.980	8 kanaldan fazla poligrafik uyku tekniği		250,25
3125	702.990	Auto-CPAP ile tirasyon		100,17
3126		<b>Elektroensefalografik İncelemeler</b>		
3127	703.000	Aktivasyonlu EEG (Farmakolojik aktivasyon)		70,15
3128	703.010	Ameliyatta EEG monitörizasyonu (Elektrokortikografi)		150,62
3129	703.020	Rutin EEG (Çocuk-büyük)		50,08
3130	703.050	EEG veya Serebral fonksiyon (aEEG) monitörizasyonu	Gündüz bir defadan fazla faturalandırılmaz.	113,14
3131	703.060	Uyku aktivasyonu	1 saatlik kayıt	85,16
3132	703.070	Video-EEG monitörizasyonu	Girdi veya derinlik veya kombine elektrodlarla	396,29
3133	703.080	Video-EEG, sfenoidal elektrodlar ile	24 saat	396,29
3134	703.090	Video-EEG, skalp elektrodları ile	24 saat	337,27
3135	703.100	Video-EEG, subdural stripeler ile	24 saat	450,25
3136	703.110	Video-EEG + kortikal stimülasyon ve beyin haritalama	24 saat	450,25
3137	703.120	Wada testi sırasında EEG kaydı		85,16
3138		<b>Elektromiyografik İncelemeler</b>		
3139	703.130	EMG, genel taranma (Üç ekstremite)	Diğer EMG teklifleri ile birlikte faturalandırılmaz.	150,08
3140	703.140	EMG, hareket hastalığı protokolu	Diğer EMG teklifleri ile birlikte faturalandırılmaz.	85,16
3141	703.150	EMG, kraniyal nöropati protokolu		50,08
3142	703.160	EMG, motor nöron hastalığı protokolu	Diğer EMG teklifleri ile birlikte faturalandırılmaz.	110,12
3143	703.170	EMG, myastenî protokolu	Diğer EMG teklifleri ile birlikte faturalandırılmaz.	150,08
3144	703.180	EMG, myopati protokolu	Diğer EMG teklifleri ile birlikte faturalandırılmaz.	60,03
3145	703.190	EMG, periferik paralizî protokolu	Diğer EMG teklifleri ile birlikte faturalandırılmaz.	85,16
3146	703.200	EMG, polinöropati protokolu	Diğer EMG teklifleri ile birlikte faturalandırılmaz.	85,16
3147	703.210	EMG, radikulopati ve pleksus protokolu	Diğer EMG teklifleri ile birlikte faturalandırılmaz.	85,16
3148	703.220	EMG tuzak nöropati protokolu, iki taraf	Diğer EMG teklifleri ile birlikte faturalandırılmaz.	50,08
3149	703.230	EMG, distoni protokolu	Diğer EMG teklifleri ile birlikte faturalandırılmaz.	50,08
3150	703.240	Refleks çalışmaları, her bir refleks		30,02
3151	703.250	Repetitif sinir uyarımı		60,03
3152	703.260	R-R interval varyasyonu analizi		30,02
3153	703.270	Rutin EMG taranması / Elektrodijagnostik konsültasyon		30,02
3154	703.280	Sempatik deri cevapları		30,02
3155	703.290	Sinir iletim çalışması		30,02
3156	703.300	Tek lif EMG'si		85,16
3157	703.310	Tremor kaydı		30,02
3158	703.320	Tremor kaydı ve spektral frekans analizi		85,16
3159		<b>Uyarılmış Potansiyeller (UP)</b>		
3160	703.341	Ameliyatta SEP veya BAEP veya VEP monitörizasyonu	Nöroloji ve fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimleri tarafından uygulanması halinde faturalandırılır.	100,00
3161	703.342	Ameliyatta periferik/kraniyal sinir monitörizasyonu	Nöroloji ve fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimleri tarafından uygulanması halinde faturalandırılır.	100,00
3162	703.350	Ameliyatta MEP monitörizasyonu		100,17
3163	703.361	Ameliyatta EMG monitörizasyonu		100,00
3164	703.365	Intraoperatif nöromonitörizasyon	Sadece EK-2/7D-4 Listesinde yer alan işlemlerde ayrıca faturalandırılır.	100,17
3165	703.370	İşitsel beyinsıpaı UP (İBA-UP)		70,15
3166	703.371	Vestibüler uyartılmış myojenik potansiyeller (VEMP)		70,00
3167	703.372	İşitsel devamlı durum cevapları (ASSR)		70,00
3168	703.380	Kraniyal sinir SEP		50,08
3169	703.390	Motor uyarılmış potansiyeller (MEP), üst ve alt ekstremiteler	703.400 ile birlikte faturalandırılmaz.	50,08
3170	703.400	Motor uyarılmış potansiyeller (MEP), üst veya alt ekstremiteler	703.390 ile birlikte faturalandırılmaz.	50,08
3171	703.410	P 300		50,08



## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
3172	703.420	Somatosensoyuel UP (SEP), üst ve alt ekstremiteler	703.430 ile birlikte faturalandırılmaz.	50,08
3173	703.430	Somatosensoyuel UP (SEP), üst veya alt ekstremiteler	703.420 ile birlikte faturalandırılmaz.	50,08
3174	703.440	Vizüel UP (VFP)		70,15
3175	703.450	Penil Uyarılmış Potansiyeller		60,03
3176		<b>Diğer</b>		
3177	703.460	Botulinum toksini enjeksiyonu, bölgesel	Sağlık kurulu raporu ile tıbbi gereke belirtilmelidir. İlaç hariç	85,16
3178	703.470	Botulinum toksini enjeksiyonu, EMG eşliğinde	Sağlık kurulu raporu ile tıbbi gereke belirtilmelidir. İlaç hariç	110,12
3179	703.480	Kas biyopsisi, herhangi bir kastan		70,15
3180	703.490	Kas-sinir biyopsisi		70,15
3181	703.500	Prostjemin / Tensilon testi	İlaç hariç	30,02
3182	703.510	Sinir fiit ayırımı (Nerve teasing)		30,02
3183	703.520	Tensilon testi	İlaç hariç	30,02
3184	703.530	Pozisyonel nistajusm araştırılması		30,02
3185	703.540	Okulo-motor testler	ENG kayıtlı	30,02
3186		<b>7.9.GÖZ VE ADNEKSLERİ</b>		
3187	703.550	100 Hue testi	FNG kayıtlı, saecale, tracking, optokinetik test	30,02
3188	703.560	Az görenlere yardım cihazı muayenesi		20,07
3189	703.570	Bilgişayarlı görme alanı incelenmesi	703.690 ile birlikte faturalandırılmaz.	50,08
3190	703.580	Biyometri		17,20
3191	703.590	Cam terapı, toplam tedavı		71,50
3192	703.600	Çocuklarda görme muayeneleri		30,02
3193	703.610	Ekzoftalmometri		6,07
3194	703.620	Elektroretinografi (ERG)-VER-FOG, her biri		35,75
3195	703.630	ERG-VER-I-OG (ikiş biriden)		65,09
3196	703.640	ERG-VER-EOG (Üçü biriden)		100,17
3197	703.650	Fluorescein Fundus anjiyografi (FFA), iki göz	I.V. Fluorescein ve Fundus fotoğrafı işleme dahildir.	100,17
3198	703.660	Fresnel Prizması Uygulaması		20,07
3199	703.670	Gonyoskopi ve kornea çapı ölçümü, bebek için	703.680 ile birlikte faturalandırılmaz.	50,08
3200	703.680	Gonyoskopi	703.670 ile birlikte faturalandırılmaz.	7,25
3201	703.690	Görme alanı incelenmesi (Manuel perimetri)	703.570 ile birlikte faturalandırılmaz.	30,02
3202	703.700	Göz içi basıncı ölçümü, bebek için		50,08
3203	703.710	Göz muayenesi, ultrason eşliğinde		50,08
3204	703.720	Göz muayenesi, bebek için, genel anestezi altında	520.070 ile birlikte faturalandırılmaz. Anestezi muayenesi dahil	50,08
3205	703.730	Hess perdesi incelenmesi		14,33
3206	703.740	ICG anjiyografisi, iki göz	ICG: Indocyanine Green Angiography.	100,17
3207	703.750	Terapötik Kontakt Lens muayene ve uygulaması, iki göz		40,13
3208	703.760	Kontrast Duyarlılık Testi		12,98
3209	703.770	Kornea topografisi		40,13
3210	703.780	Kuru göz teşhis testleri, her biri		12,98
3211	703.790	Nerve Fiber Analyzer (NFA)		43,00
3212	703.800	OCT (Optik Kohärens Tomografisi)		43,00
3213	703.810	On segment anjiyografisi, iki göz		28,67
3214	703.820	On ve uka segment renkli resmi		28,67
3215	703.830	Ortopatik tedavı, her bir seans		14,33
3216	703.840	Pakimetri		14,33
3217	703.850	Renk hissi muayenesi, iki göz		2,02
3218	703.860	Scanning lazer oftalmoskopi		57,17
3219	703.870	Sinoptophor muayenesi iki göz, her bir seans		15,01
3220	703.880	Speküler mikroskopi		30,02
3221	703.890	Tonografi		30,02
3222	703.900	Oküler ultrason ve biyometri, iki göz		65,09
3223	703.910	Ultrasonografik biyomikroskopi		25,00
3224		<b>7.9.SES VE İŞİTME İLE İLGİLİ ÇALIŞMALAR</b>		
3225	703.920	Aerodinamik ses analizi		25,13
3226	703.930	Akustik rinometri	704.150 ile birlikte faturalandırılmaz.	10,12
3227	703.940	Akustik ses analizi (Akustik refraktometri)		10,12
3228	703.950	Bekesy odyometresi, iki kulak		5,06
3229	703.960	Bein sapı ayarlanmış yamı odyometresi (BERA), iki taraf		30,02
3230	703.970	Çocuk odyometresi (Komple)	Diğer odyolojik tetkikler birlikte faturalandırılmaz.	30,02
3231	703.980	Elektrokoleografi		25,13
3232	703.990	FNG		25,13
3233	703.991	Videonistagnografi (VNG)		25,00
3234	704.000	ENOG		25,13
3235	704.010	İşitme cihazı tarbiki		9,11
3236	704.020	Çocuk işitme eğitimi, her bir seans		9,11
3237	704.030	Kalorik test (ENG kayıtlı), iki taraf		30,02
3238	704.040	Koku testleri		15,01
3239	704.050	Komple vestibüler inceleme, iki taraf		20,07
3240	704.060	Konjasma, protez değiştirilmesi		150,08
3241	704.070	Konjasma, protez uygulanması		250,25
3242	704.080	Konjasma terapisi ve fonasyon eğitimi (Seaus)		11,13
3243	704.090	Larinkjektomi uygulaması hastada konjasma tedavisi	Toplam eğitim	100,17
3244	704.100	Mikroskopi kulak muayenesi, iki taraf		10,12
3245	704.110	Odyometri ve timpanometri, iki taraf		30,02
3246	704.120	Odyolojik tetkik komple, iki taraf	Diğer odyolojik tetkikler birlikte faturalandırılmaz.	25,13
3247	704.130	Otoakustik emisyon, iki taraf		25,13
3248	704.140	Posturografi		30,02
3249	704.150	Rinomanometri, iki taraf	703.930 ile birlikte faturalandırılmaz.	10,12
3250	704.160	Odyolojik arastırma, iki taraf (Saf ses, tone decay ve sisi dahil)		20,07
3251	704.170	Saf ses odyometrisi, iki taraf		10,12
3252	704.180	Tinnitus tedavisi		35,08
3253	704.190	Timpanometrik inceleme, iki taraf		10,12
3254	704.200	Vestibüler rehabilitasyon		30,02
3255		<b>7.10.ÜRİNER SİSTEM-NEFROLOJİ-DİYALİZ</b>		

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
3256	704.230	Hemodiyaliz	SUT'un 2.4.4.D-1 numaralı maddesine bakınız. A-V fistüli iğnesi, A-V kan seti, diyalizör, serum, antikoagülan olarak kullanılan düşük moleküli ağırlıklılar dahil her türlü heparin, konsantré hemodiyaliz solüsyonu ve her türlü serum dahildir.	178,08
3257	704.231	Hemodiyaliz için kateter yerleştirilmesi		84,32
3258	704.232	Kalçer tüneli kateter yerleştirilmesi		168,63
3259	704.233	Lv hemodiyalizi	SUT'un 2.4.4.D-1 numaralı maddesine bakınız. 704.230 ile aynı gün faturalandırılmaz. A-V fistüli iğnesi, A-V kan seti, diyalizör, serum, antikoagülan olarak kullanılan düşük moleküli ağırlıklılar dahil her türlü heparin, konsantré hemodiyaliz solüsyonu ve her türlü serum dahildir.	178,08
3260	704.240	Hemoperfüzyon		80,10
3261	704.250	İzole ultrafiltrasyon		70,15
3262	704.260	Periton diyalizi takibi	Günde en fazla bir defa faturalandırılır.	17,74
3263	704.270	Peritoneal çitlenme testi (PET)	Sürekli Periton diyalizi işlemine başlandıktan veya peritoniti geçirdikten sonra bir ay içerisinde daha sonrada yılda bir kez kodlanır. Bivokimya testleri hariç.	21,72
3264	704.280	Rejyonel heparinizasyon		10,12
3265	704.290	Sürekli hemodiyalizasyon/ hemofiltrasyon tedavisi		134,87
3266	704.300	Başınç akım çalışması		100,17
3267	704.310	Boney ve Q tip testleri		8,09
3268	704.320	Elektroejakülasyon		100,17
3269	704.330	Empotanza nörolojik değerlendirmeler (BCP-SEPP)		75,04
3270	704.340	Empotanza uyku çalışmaları (NPI)		120,07
3271	704.350	İnkontinans tedavisinde magnetik innervasyon, her bir seans		25,13
3272	704.360	Intrakavertikal ilaç enjeksiyonu		25,13
3273	704.370	Intrakaviter kemo veya immünoterapi		50,08
3274	704.371	Intrakaviter kemo veya immünoterapi ile birlikte intrakaviter biyoterapi		168,63
3275	704.380	Kavernoziyografi		70,15
3276	704.390	Kavernoziyometri		70,15
3277	704.400	Penil arter basınç ölçümü (PBI)		50,08
3278	704.410	Perikülan sinir incelemesi (PNE), mesane için		600,34
3279	704.420	Seminal vezikülojiyografi		300,17
3280	704.430	Sistometri	704.440, 704.450 ile birlikte faturalandırılmaz.	25,13
3281	704.440	Sistometri ve EMG	704.440, 704.450 ile birlikte faturalandırılmaz.	75,04
3282	704.450	Sistometri ve Üroflowmetri	704.440, 704.450 ile birlikte faturalandırılmaz.	40,13
3283	704.460	Ürodinamik çalışma	704.440 ile birlikte faturalandırılmaz.	70,15
3284	704.470	Üroflowmetri	704.450 ile birlikte faturalandırılmaz.	20,07
3285	704.480	Yaza vezikülojiyografi, iki taraf	Aynı faturada bir defadan fazla kodlanmaz.	200,17
3286	704.490	Videoürodinami		100,17
3287	704.491	Prostat Mikrodalgalı Termoterapisi		143,00
3288		<b>7.11.KADIN GENİTAL VE ÜREME SİSTEMLERİ</b>		
3289		<b>Doğum öncesi tetkikler</b>		
3290	704.500	Fötal akustik stimülasyon		50,08
3291	704.510	Fötal elektrokardiyogram		15,01
3292	704.520	Fötal kan gazları		15,01
3293	704.530	Nonstres Test (NST)	Günde en fazla bir defa faturalandırılır.	15,01
3294	704.540	Oksitosin challenge test (OCT)		20,07
3295	704.541	Sürekli fötal monitörizasyon	Günde en fazla bir defa faturalandırılır.	40,13
3296		<b>İnfertilite tetkikleri ve işlemleri</b>		
3297	704.550	Antisperm antibody (ASA)	Aynı faturada bir defadan fazla kodlanmaz.	20,07
3298	704.560	Artifiyel inseminasyon, her bir seans		50,08
3299	704.570	Kruger testi		10,12
3300	704.580	Özel sperm tekliği		15,01
3301	704.590	Postkoital test		10,12
3302	704.600	Sperm mar testi		10,12
3303	704.610	Sperm penetrasyon testi (SPT)		13,15
3304	704.620	Sperm yıkama		20,07
3305	704.630	Sperma değerlendirilmesi (Bilgisayarla)		20,07
3306	704.640	Spermiogram		10,12
3307	704.641	Ösül Aspirasyonu		285,83
3308	704.642	Sperm-ösül hazırlanması ve inkübasyonu		643,17
3309	704.643	Embriyo Transferi		285,83
3310	704.644	İCSI (Mikro enjeksiyon)		500,34
3311	704.645	Embriyo Freezing	Bir hasta için ömür boyunca bir adet faturalandırılır.	321,59
3312		<b>7.12.HEMATOLOJİ-ONKOLOJİ-KEMOTERAPİ</b>		
3313	704.650	CD 34 seleksiyon işlemi		300,17
3314	704.660	Çoklu infüzyon kemoterapi	Günde en fazla bir defa faturalandırılır. Aynı gün intravenöz enjeksiyon ve intravenöz ilaç infüzyonu ile birlikte faturalandırılmaz.	87,69
3315	704.670	Devamlı infüzyon kemoterapi	Günde en fazla bir defa faturalandırılır. Aynı gün intravenöz enjeksiyon ve intravenöz ilaç infüzyonu ile birlikte faturalandırılmaz.	35,08
3316	704.680	İmmünoadsorbsiyon, her bir seans		120,07
3317	704.690	İnfüzyon kemoterapisi	Günde en fazla bir defa faturalandırılır. Aynı gün intravenöz enjeksiyon ve intravenöz ilaç infüzyonu ile birlikte faturalandırılmaz.	67,89
3318	704.700	Intrakaviter ve rejyonel kemoterapi, her bir seans		71,16
3319	704.710	Intratekal tedavi, her bir seans		75,04
3320	704.720	Kemik iliği aspirasyonu değerlendirilmesi	Hematoloji uzman beklimesince yapılması halinde faturalandırılır.	54,32
3321	704.730	Kemik iliği aspirasyonu		72,41
3322	704.740	Kemik iliği biyopsisi		126,73

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
3323	704.750	Kemik iliği imprint değerlendirilmesi	Hematoloji uzman hekinince yapılması halinde faturalandırılır.	45,26
3324	704.760	Lenf bezi aspirasyonu-punksiyonu		50,08
3325	704.770	Prüferik kan yayması değerlendirilmesi	903.020 ile birlikte faturalandırılmaz.	8,60
3326	704.780	Steril üniteye bakım hizmeti	Günde en fazla bir defa faturalandırılır.	100,17
3327	704.790	Terapötik lübozomu, her bir seans		20,07
3328	704.800	Türnike testi		5,06
3329		<b>Aferéz İşlemleri</b>	Aferéz işlemleri malzeme hariç fiyatlandırılmıyır	
3330	704.810	Aferéz, donör trombosit aferézi (1 seans)		100,17
3331	704.820	Aferéz, donör granülozit aferézi (1 seans)		100,17
3332	704.830	Aferéz, donör eritrosit aferézi (1 seans)		100,17
3333	704.840	Aferéz, lökosit (1 seans)		100,17
3334	704.850	Aferéz, donör plazma aferézi (1 seans)		100,17
3335	704.860	Aferéz, Hasta başı (nçil) hemaferezis işlemi farkı		50,08
3336	704.870	Aferéz, İgG (1 seans)	Kolon veya kaskad filtrasyon yöntemi ile	150,08
3337	704.880	Aferéz, lipid (1 seans)	Kolon veya kaskad filtrasyon yöntemi ile	150,08
3338	704.890	Aferéz, Stem hücre toplanması (1 seans)		150,08
3339	704.900	Aferéz, Terapötik eritrositoferez (1 seans)		150,08
3340	704.910	Aferéz, Terapötik lökoferez (1 seans)		181,03
3341	704.920	Aferéz, Terapötik plazma değişimi (1 seans)	Plazmaferezis	177,40
3342	704.930	Aferéz, Terapötik trombositoferez (1 seans)		150,08
3343	704.940	Aferéz, Fotoferezis (1 seans)		150,08
3344	704.941	Ekstrakorporeal Fotoferez Tedavisi (1 seans)	İşlem kiti, fiştil iğnesi, fotoferez tedavisi endikasyonu olan metoksiporolan, UV-A lambaları, izotonik serum, heparin, erişim kateteri ve her türlü tıbbi- teknik işlemler dahildir.	3.541,32
3345		<b>Kemik İliği Nakilleri</b>		
3346	704.950	Ameliyathanedeki genel anestezi altında allojenik kemik iliği alınması		500,34
3347	704.960	Hematopoietik kök hücre ayırımı		100,17
3348	704.970	Hematopoietik hücre nakli, allojenik (Kardeş veya akrabadan, HLA tam uyumlu)		500,34
3349	704.971	Hematopoietik hücre nakli, allojenik (Akraba dışından, HLA tam uyumlu)		1.045,53
3350	704.972	Haploidentik nakil, allojenik (Fn az 2 HLA antijeni uyumsuz nakiller)		1.045,53
3351	704.973	Kordon kanı nakli		1.045,53
3352	704.980	Hematopoietik hücre nakli, otoplog		500,34
3353	704.981	Mezenkimal kök hücre nakli (Mezenkimal kök hücre üretimi dahil)		20.657,67
3354	704.990	Kemik iliği nakli amaçlı hematopoietik kök hücre pozitif seçkisiyonu	CD 34 pozitif	125,13
3355	705.000	Kemik iliği nakli amaçlı kullanılmak üzere hematopoietik kök hücrelerin kanser hücrelerinden arıtılması		200,17
3356	705.010	Kemik iliği nakli-operasyon aşaması		500,34
3357	705.020	Kemik iliği ürltünden eritrosit değişiyonu		100,17
3358	705.030	Kordon kanından kök hücre nakli		500,34
3359	705.040	Kök hücre dondurulması	100 ml'ye kadar, malzeme hariç	200,17
3360	705.060	Kök hücre saklanması (Kord kanına uygulanmaz)	En fazla üç ay süreyle, hasta başına. Günde en fazla bir defa faturalandırılır.	10,12
3361	705.070	Kök hücre infüzyonu		75,04
3362	705.080	Kök hücre mobilizasyonu		125,13
3363	705.090	Yurt içi doku veri bankalarında uluslararası doku veri bankalarında akraba olmayan kemik iliği verici taraması	1. Aşama	20,07
3364	705.100	Yurt içi doku veri bankalarında uluslararası doku veri bankalarında akraba olmayan kemik iliği verici taraması	Adres serolojik yöntem doku tipi doğrulama ve onay alma dahil her donör için ayrı	320,24
3365	705.110	Yurt içi doku veri bankalarında yurt içindeki doku veri bankalarında akraba olmayan kemik iliği verici taraması	1. Aşama	20,07
3366	705.120	Yurt içi doku veri bankalarında yurt içindeki doku veri bankalarında akraba olmayan kemik iliği verici taraması	Adres serolojik yöntem doku tipi doğrulama ve onay alma dahil her donör için ayrı	320,24
3367		<b>Kan Bankası</b>		
3368	705.130	ABO-Rh tayini (Forward gruplama)-ABO reverse gruplama	705.140 ile birlikte fatura edilemez.	16,02
3369	705.140	ABO-Rh tayini (Forward gruplama)	705.130 ile birlikte fatura edilemez.	8,09
3370	705.150	Adsorbsiyon testi		72,18
3371	705.160	Alt kan grup tiplendirmesi (Her bir grup)	Minör kan grubu	12,14
3372	705.170	Anti-A, anti-B, veya Anti D-titrajı		30,02
3373	705.180	Antikor tanımlama		110,12
3374	705.190	Bully coat değişiyonu, her bir ünite		4,05
3375	705.200	Cross match		12,14
3376	705.210	Direkt coombs testi (Polispesifik)		9,11
3377	705.220	Direkt coombs testi (İg G)		9,11
3378	705.230	Direkt coombs (Kompleman)		9,11
3379	705.240	Donör muayenesi	705.370, 705.420, 705.430, 705.440 ile birlikte faturalandırılmaz.	5,06
3380	705.250	Ellisyon testi		40,13
3381	705.260	Fritrosit süspansiyonu yıkama		15,01
3382	705.270	Fibrin glae hazırlama		75,04
3383	705.280	Hemoglobin küveti ile otomatik sistemde hemoglobin tayini	705.370, 705.420, 705.430, 705.440 ile birlikte faturalandırılmaz.	2,87
3384	705.290	İndirekt coombs testi	Antikor tarama, 2 veya 3'lü lütere ile	11,13
3385	705.300	Lökositten arındırılmış kan ürünü hazırlama, her bir ünite		4,05
3386	705.310	Sellüler kan ürünlerinin işlenmesi, her bir ünite		18,04
3387	705.320	Soğuk aglütininer		10,12
3388	705.330	Steril lüp birleştirme, her bir bağlanıt		12,14
3389	705.340	Taze donmuş plazma- kriyopresipitat eritilmesi, her bir ünite		3,04

HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ				
SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PLANI
3390		<b>Kan Bileşenleri</b>	Fotkikler ve kan torbası bedelleri kan ve ürünleri için ayrıca faturalandırılmaz. Ototog fibrin yapıştırıcı aljeneknek olarak kullanılmaz ve faturalandırılmaz. Eritrosit ve tam kan transfüzyonu öncesi uygunluk testleriyle ilgili kan grubu testleri ayrıca faturalandırılır.	
3391	705.350	Aferез trombositi süspansiyonu	1 ünite tek donör trombositi, aferез işlemi dahil	150,08
3392	705.360	Aferез granülosit süspansiyonu	Aferез işlemi dahil	150,08
3393	705.370	Eritrosit Süspansiyonu	705.130, 705.140, 905.090, 906.290, 906.610, 906.620, 906.630, 906.640, 906.660, 906.670, 906.680, 906.690, 907.430, 907.440, 907.450, 907.460, 907.470, 907.480, 907.590, 907.600, 907.610, 705.240, 705.280 ile birlikte faturalandırılmaz.	157,17
3394	705.380	Granülosit süspansiyonu (Random donör, 1 ünite)	705.130, 705.140, 905.090, 906.290, 906.610, 906.620, 906.630, 906.640, 906.660, 906.670, 906.680, 906.690, 907.430, 907.440, 907.450, 907.460, 907.470, 907.480, 907.590, 907.600, 907.610 ile birlikte faturalandırılmaz.	12,14
3395	705.390	Kriyopresipitat	705.130, 705.140, 905.090, 906.290, 906.610, 906.620, 906.630, 906.640, 906.660, 906.670, 906.680, 906.690, 907.430, 907.440, 907.450, 907.460, 907.470, 907.480, 907.590, 907.600, 907.610 ile birlikte faturalandırılmaz.	70,15
3396	705.400	Ototog tam kan	705.130, 705.140, 905.090, 906.290, 906.610, 906.620, 906.630, 906.640, 906.660, 906.670, 906.680, 906.690, 907.430, 907.440, 907.450, 907.460, 907.470, 907.480, 907.590, 907.600, 907.610 ile birlikte faturalandırılmaz.	110,12
3397	705.410	Ototog fibrin yapıştırıcı	705.130, 705.140, 905.090, 906.290, 906.610, 906.620, 906.630, 906.640, 906.660, 906.670, 906.680, 906.690, 907.430, 907.440, 907.450, 907.460, 907.470, 907.480, 907.590, 907.600, 907.610 ile birlikte faturalandırılmaz.	150,08
3398	705.420	Tam kan (Torbada)	705.130, 705.140, 905.090, 906.290, 906.610, 906.620, 906.630, 906.640, 906.660, 906.670, 906.680, 906.690, 907.430, 907.440, 907.450, 907.460, 907.470, 907.480, 907.590, 907.600, 907.610, 705.240, 705.280 ile birlikte faturalandırılmaz.	97,13
3399	705.430	Taze donmuş plazma	705.130, 705.140, 905.090, 906.290, 906.610, 906.620, 906.630, 906.640, 906.660, 906.670, 906.680, 906.690, 907.430, 907.440, 907.450, 907.460, 907.470, 907.480, 907.590, 907.600, 907.610 ile birlikte faturalandırılmaz.	75,04
3400	705.440	Trombositi süspansiyonu (1 ünite random donör trombositi)	705.130, 705.140, 905.090, 906.290, 906.610, 906.620, 906.630, 906.640, 906.660, 906.670, 906.680, 906.690, 907.430, 907.440, 907.450, 907.460, 907.470, 907.480, 907.590, 907.600, 907.610 ile birlikte faturalandırılmaz.	75,04
3401		<b>7.13 Çeşitli testler ve uygulamalar</b>		
3402	705.450	L-dopa ile Bilyime hormonu testi	Endokrinoloji ve Metabolizma uzman hekimleri tarafından uygulandığında faturalandırılır.	20,07
3403	705.460	İnsülin-Bilyime hormonu testi	Endokrinoloji ve Metabolizma uzman hekimleri tarafından uygulandığında faturalandırılır.	20,07
3404	705.470	İnsülin-Kortizol testi	Endokrinoloji ve Metabolizma uzman hekimleri tarafından uygulandığında faturalandırılır.	20,07
3405	705.480	L-dopa- Prolaktin baskılama testi	Endokrinoloji ve Metabolizma uzman hekimleri tarafından uygulandığında faturalandırılır.	20,07
3406	705.490	Su kısıtlama testi	Endokrinoloji ve Metabolizma uzman hekimleri tarafından uygulandığında faturalandırılır.	20,07
3407		<b>ORGAN TRANSPLANTASYONU</b>		
3408	750.000	Ekstremité nakli (Tek kol veya tek bacak)	Aynı gün EK-2/B Listesindeki başka işlemler faturalandırılmaz.	32.040,47
3409	750.010	Yüz Nakli	Aynı gün EK-2/B Listesindeki başka işlemler faturalandırılmaz.	37.942,66
3410		<b>8. RADYOLOJİK GÖRÜNTÜLEME VE TEDAVİ</b>		
3411		<b>8.1. RADYASYON ONKOLOJİSİ</b>		
3412		<b>8.1.1. KLİNİK ONKOLOJİK DEĞERLENDİRME</b>	Hastanın Radyasyon Onkoloğu tarafından ilk konsültasyonu, hastanın tedavi öncesi değerlendirilmesi, tedavi kararının verilmesi ve tedavi bitimine kadar olan bakım ve kontroller ile "9. Laboratuvar İşlemleri" başlığındaki işlemleri kapsar. Tüm tedavi boyunca bir kez faturalandırılır.	
3413	800.010	10 tedavi günü ve altındaki tedaviler		394,82
3414	800.020	11-20 tedavi günü süreli tedaviler		620,20
3415	800.030	21-30 tedavi günü süreli tedaviler		825,85
3416	800.040	30 tedavi gündünden uzun süreli tedaviler		935,92
3417	800.050	Brakiterapi	Eksternal tedavisiz tek başına uygulaması	414,55
3418	800.060	Streotaktik radyoterapi	Tek veya çok fraksiyon	1.185,73
3419		<b>8.1.2. Radyoterapi tasarımı</b>		
3420		<b>8.1.2.A. Eksternal radyoterapi tasarımı</b>	Tüm tedavi stresine (a), (b), (c), (d) ve (e) işlemleri birlikte faturalandırılmaz. Her bir işlem en fazla bir kez faturalandırılır.	
3421	800.070	a) Basit eksternal radyoterapi tasarımı	Bir tedavi volumüne ile ilgili tek veya karşılıklı paralel alanlardan bloklu veya tek bloklu tedavi planlarını içerir.	100,17
3422	800.080	b) Orta eksternal radyoterapi tasarımı	Aynı volumine yontendirilmiş üç veya daha fazla alanlar ve/veya iki farklı tedavi volumünü ve/veya multipl blok ve/veya koruyucu bölme olmayan fraksiyon şemalarını içerir.	150,08

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
3423	800.090	c) Kompleks eksternal radyoterapi tasarımı	Hastaya özel blok yapımı ve/veya tanjansiyel alanlar ve/veya özel wedge'ler ve/veya kompanzatuvar filtre uygulamaları ve/veya üç veya daha fazla tedavi volümü ve/veya rotasyonel tedaviler ve/veya multileaf kolimatör uygulamaları ve/veya değişik tedavi modalitelerini içerir.	250,25
3424	800.100	d) Konformal eksternal radyoterapi tasarımı	Kişiyi özel blok veya multileaf kolimatörle yapılan hedefe yönelik üç boyutlu tedaviler. Tüm vücut ışınlamada bu grupta değerlendirilir.	300,17
3425	800.110	e) IMRT veya Tomoterapi uygulamalarında eksternal radyoterapi tasarımı	Inverse planning ve farklı doz yoğunlukları ile yapılan çok alanlı tedavileri içerir. Stereotaktik radyoterapi bu grupta değerlendirilir.	900,34
3426		<b>8.1.2.B. Brakiterapi tasarımı</b>	Tüm tedavi süresince (a), (b), (c) ve (d) işlemleri birlikte faturalandırılmaz. Her bir işlem en fazla bir kez faturalandırılır.	
3427	800.111	a) Basit brakiterapi tasarımı	Tek kanallı intrakaviter uygulamalar	100,17
3428	800.112	b) Orta brakiterapi tasarımı	Çok kanallı iki boyutlu planlanmalı tedaviler.10 dan az kaynak- tel aplikasyonu, 12'den az kaynakla yapılan afterloading tedaviler.	150,08
3429	800.113	c) Kompleks brakiterapi tasarımı	Multiplan izodoz planı, 10'dan fazla kaynak- tel aplikasyonu veya 12'den fazla kaynakla yapılan afterloading tedaviler.	250,25
3430	800.114	d) Konformal brakiterapi tasarımı	BT, MR görüntüleri klavuzluğunda hedef ve kritik organların kontrolünaarak 3 boyutlu ve Doz Vollüm Histogram (DVH) araçları ile uygulanan tedaviler.	300,17
3431		<b>8.1.3. Radyoterapi planlama (Simülasyon)</b>	Tüm tedavi süresince (a), (b), (c), (d) ve (e) işlemleri birlikte fatura edilmese, (a), (b), (c) işlemleri en fazla bir kez, (d) ve (e) işlemleri gerekçe belirtilmek kaydıyla toplam en fazla 3 kez ücretlendirilebilir. Konvansiyonel röntgen cihazları ile yapılan simülasyonlar basit kategoride faturalandırılır.	
3432	800.120	a) Basit radyoterapi planlama	Tek tedavi volümü, tek alan veya karşılıklı paralel alanlardan tek bloklu veya bloksuz alanlarla simülasyon işlemi	130,19
3433	800.130	b) Orta radyoterapi planlama	Üç veya daha fazla alanlardan tek tedavi volümünün ve/veya iki farklı tedavi volümünün ve/veya multipl bloklu alanların simülasyonlarını içerir.	300,17
3434	800.140	c) Kompleks radyoterapi planlama	Tanjansiyel alanları ve/veya üç veya daha fazla tedavi volümünü ve/veya hastaya özgü koruma bloklamaları alanları ve/veya brakiterapi kaynak teyit işlemini ve/veya hipertermi probe teyit işlemi ve/veya rotasyon veya ark tedavi ve/veya kontrast materyal kullanılarak yapılan simülasyonları içerir.	534,03
3435	800.150	d) Üç boyutlu (Konformal) radyoterapi planlama	Direkt BT veya MR yardımıyla aynı veya farklı planlar kullanılarak, tümör volümü ve çevre kritik normal yapıların bilgisiyle yeniden üç-boyutlu oluşturulması. Simülasyonda hareketli veya multipl sabit alanların üç boyutlu "beam's-eye-view" doz-volüm histogramları kullanılır. Üç boyutlu volüme dair dökümanlar ve doz dağılımları ödeme için gereklidir. Tüm vücut ışınlama da bu grupta değerlendirilir.	879,80
3436	800.160	e) IMRT veya Tomoterapi uygulamalarında Radyoterapi planlama	Hacimsel yoğunluk ayarlı ark tedavisi, stereotaktik radyoterapi bu grupta değerlendirilir.	1.171,25
3437		<b>8.1.4. Medikal radyasyon fiziği, dozimetre, tedavi aletleri ve özel hizmetler</b>		
3438		<b>8.1.4.A. Eksternal radyoterapi doz hesapları</b>	Tüm tedavi süresince; (b), (c) ve (d) işlemleri birlikte faturalandırılmaz. (a), (b), (c) ve (d) en fazla bir kez faturalandırılır. (e) ve (f) planlama sayısı kadar faturalandırılır.	
3439	800.170	a) Temel radyasyon doz hesapları	Santral aks derin doz ve tedavi süresi hesapları ve/veya TDF, NDS, gap hesapları ve/veya santral aks dışı hesaplar ve/veya doku inhomojenite faktörü hesapları gibi temel radyoterapi fiziğini kapsar.	40,13
3440	800.180	b) Basit eksternal radyoterapi doz hesapları	Tek alanla veya tek volüme yönelik karşılıklı paralel alanlardan yapılan işinlamaların izodoz planları	80,10
3441	800.190	c) Orta eksternal radyoterapi doz hesapları	Tek bir tedavi volümüne yönelik üç veya daha fazla alandan yapılan tedavilerin izodoz planları ve/veya wedge kullanılan alanlar	150,08
3442	800.200	d) Kompleks eksternal radyoterapi doz hesapları	Mantle ve/veya ters-Y ve/veya tanjansiyel alanlar ve/veya kompanzatuvar filtre kullanımı ve/veya rotasyonel tedavi ve/veya irregüler alan blok hesapları ve/veya multi-leaf kolimatör hesapları	180,10
3443	800.210	e) Konformal eksternal radyoterapi doz hesapları		350,25
3444	800.220	f) IMRT veya Tomoterapi uygulamalarında eksternal radyoterapi doz hesapları	Hacimsel yoğunluk ayarlı ark tedavisi, stereotaktik radyoterapi bu grupta değerlendirilir.	700,34
3445	800.230	g) Özel eksternal radyoterapi doz hesapları	Özel teleterapi planı (Paryaçık –nötron, proton gibi-ışınları ve/veya varın vücut ve/veya tüm vücut işinlamaları)	350,25
3446		<b>8.1.4.B. Brakiterapi doz hesapları</b>	Tüm tedavi süresince; (b), (c) ve (d) işlemleri birlikte faturalandırılmaz. (a), (b), (c) ve (d) en fazla bir kez faturalandırılır.	
3447	800.235	a) Temel radyasyon doz hesapları	Santral aks derin doz ve tedavi süresi hesapları ve/veya TDF, NDS, gap hesapları ve/veya santral aks dışı hesaplar ve/veya doku inhomojenite faktörü hesapları gibi temel radyoterapi fiziğini kapsar.	40,13
3448	800.240	b) Basit brakiterapi doz hesapları	Bir planda 1-4 arası kaynak veya tel aplikasyonu veya 1-8 arası kaynaklı afterloading uygulamalarının izodoz hesapları.	100,17
3449	800.250	c) Orta brakiterapi doz hesapları	Multiplan doz hesapları, 5-10 kaynak veya tel aplikasyonu veya 9-12 kaynaklı afterloading uygulamalarının izodoz hesapları.	160,20

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
3450	800.260	d) Kompleks brakiterapi doz hesapları	Multiplan İzdoz Planı, 10' dan fazla kaynak-tel uygulaması veya 12' den fazla kaynakla yapılan afterloading doz hesapları.	230,19
3451		<b>8.1.4.C. Özel hizmetler ve yardımcı aletler</b>		
3452	800.270	Özel dozimetre: TLD, mikrodozimetre	Sadece tüm beden ışınlanmasında ve tüm beden elektron tedavisinde en fazla bir defa faturalandırılır.	50,08
3453	800.280	Basit tedavi aletleri tasarımı ve yapımı	Termoplastik Fiksasyon Maskeleri	60,03
3454	800.290	Orta tedavi aletleri tasarımı ve yapımı	Kişiyi özgül blok yapımı ve/veya kişiyi özgül protez yapımı veya kişiyi özgül holus üretimi ve/veya tüm vücut fiksasyonuna yönelik kalıp tasarımı ve yapımı, her bir malzeme için. Plantama sayısı kadar faturalandırılır.	90,05
3455	800.300	Kompleks tedavi aletleri tasarımı ve yapımı	Kişiyi özel kompozit/taahür filtre yapımı ve/veya mould uygulamaları, her bir malzeme için. Plantama sayısı kadar faturalandırılır.	145,19
3456		<b>8.1.4.D. Portal görüntüleme</b>		
3457	800.310	Film	Bu başlık altındaki işlemlerin toplam sayısı fraksiyon sayısını geçmez. 800-320 ile birlikte faturalandırılmaz.	40,13
3458	800.320	Digital	800-310 ile birlikte faturalandırılmaz. Faturalandırılma için görüntülenmenin yapıldığı tarih ve sayıların bilgisayara çıkması gerekir.	40,13
3459		<b>8.1.5. Radyoterapi uygulamaları</b>		
3460		<b>8.1.5.A. Yüzeysel ve orta voltaj X-Ray cihazları ve/veya telesezyum veya telekobalt cihazları ile radyoterapi uygulamaları</b>		
3461	800.330	Basit eksternal radyoterapi uygulaması	Tek bir tedavi volümünün tek veya paralel karşılıklı alanlarda bloksuz veya tek bloklu tedavilerinin bir fraksiyonu	15,01
3462	800.340	Orta eksternal radyoterapi uygulaması	İki farklı tedavi volümü ve/veya tek tedavi volümünün 3 veya daha fazla alanlarla tedavisi multi blok ve/veya kişiyi özel blok kullanılan tedavilerin bir fraksiyonu	20,07
3463	800.350	Kompleks eksternal radyoterapi uygulaması	Üç veya daha fazla farklı tedavi volümünün tedavisi ve/veya kişiyi özel blok kullanılan tedavilerin ve/veya mantle veya ters-Y tedavilerinin ve/veya tanjansiyel alanların veya wedge'lerin veya kompozit/taahür filtrelerin kullanıldığı tedavilerin her bir fraksiyonu	25,13
3464	800.360	Tek fraksiyonlu radyoterapi uygulaması		100,17
3465	800.370	Özel tedavi uygulamaları: tüm vücut yarım vücut ışınlamaları	Bir tedavi sürecinde en fazla bir adet faturalandırılır.	300,17
3466		<b>8.1.5.B. Linear akseleratör (Foton veya elektron) ile yapılan radyoterapi uygulamaları</b>		
3467	800.380	Basit linear akseleratör radyoterapi uygulaması	Tek bir tedavi volümünün tek veya paralel karşılıklı alanlarda bloksuz veya tek bloklu tedavilerinin bir fraksiyonu	30,02
3468	800.390	Orta linear akseleratör radyoterapi uygulaması	İki farklı tedavi volümü ve/veya tek tedavi volümünün 3 veya daha fazla alanlarla tedavisi, multi blok ve/veya özel blok kullanılan tedavilerin bir fraksiyonu	40,13
3469	800.400	Kompleks linear akseleratör radyoterapi uygulaması	Üç veya daha fazla farklı tedavi volümünün tedavisi ve/veya kişiyi özel blok kullanılan tedavilerin ve/veya mantle veya ters-Y tedavilerinin ve/veya tanjansiyel alanların veya wedge'lerin veya kompozit/taahür filtrelerin veya multi-leaf kollimatör işlemlerinin kullanıldığı tedavilerin her bir fraksiyonu	50,08
3470	800.410	Konformal linear akseleratör radyoterapi uygulaması	3 boyutlu völmü dâir dâkkünmalar ve doz dağılımları faturalandırma için gereklidir.	80,10
3471	800.420	Tek fraksiyonlu linear akseleratör radyoterapi uygulaması		150,08
3472	800.430	Özel tedavi uygulamaları: tüm vücut yarım vücut ışınlamaları	Bir tedavi sürecinde en fazla bir adet faturalandırılır.	380,27
3473	800.440	Linear akseleratör radyoterapi ile IMRT veya Tomoterapi uygulamaları, her bir seans	Hacimsel yoğunluk ayarları ark. tedavisi, stereotaktik radyoterapi uygulamaları bu grupta değerlendirilir.	180,10
3474		<b>8.1.5.C. Hipertermi</b>		
3475	800.450	Eksternal yüzeysel hipertermi	4 cm derinliğe kadar olan	155,14
3476	800.460	Eksternal derin hipertermi	4 cm'den fazla derinlikte	200,17
3477	800.470	İnterisyel hipertermi (5 veya daha az aplikatör)		150,08
3478	800.480	İnterisyel hipertermi (5 den fazla aplikatör)		200,17
3479	800.490	Intrakaviter hipertermi		150,08
3480		<b>8.1.5.D. Brakiterapi</b>		
3481		<b>8.1.5.D.1. Intrakaviter veya interisyel brakiterapi uygulamaları</b>		
3482	800.500	Basit intrakaviter brakiterapi uygulaması	Bu grup işlemlerden bir hastaya her seans için sadece bir tanesi faturalandırılır.	225,13
3483	800.510	Orta intrakaviter brakiterapi uygulaması	1-4 arası kaynak pozisyonu/teel uygulamanın seansı	340,13
3484	800.520	Kompleks intrakaviter brakiterapi uygulaması	5-10 arası kaynak pozisyonu/teel uygulamanın seansı	450,25
3485	800.530	Basit interisyel brakiterapi uygulaması	10'dan çok kaynak pozisyonu/teel uygulamanın seansı	260,20
3486	800.540	Orta interisyel brakiterapi uygulaması	1-4 arası kateter / özel iğne uygulaması, seansı	380,27
3487	800.550	Kompleks interisyel brakiterapi uygulaması	5-10 arası kateter / özel iğne uygulaması, seansı	550,25
3488		<b>8.1.5.D.2. After-Loading brakiterapi uygulamaları</b>		
3489	800.560	After-loading brakiterapi uygulaması:1-4 arası kaynak pozisyonlu uygulamaların seansı	Bu grup işlemlerden bir hastaya her seans için sadece bir tanesi faturalandırılır.	580,27
3490	800.570	After-loading brakiterapi uygulaması:5-8 arası kaynak pozisyonlu uygulamaların seansı		620,24
3491	800.580	After-loading brakiterapi uygulaması: 9-12 arası kaynak pozisyonlu uygulamaların seansı		680,27
3492	800.590	After-loading brakiterapi uygulaması:12'den fazla kaynak pozisyonlu uygulamaların seansı		720,40
3493		<b>8.1.5.D.3. Diğer brakiterapi uygulamaları</b>		

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
3494	800.600	Yüzeysel radyoaktif element uygulaması		60,03
3495	800.610	Radyoaktif elementin hazırlanması ve uygulanması		60,03
3496		<b>8.1.6. STEREOTAKTİK RADYOCERRAHI</b>		
3497	800.615	Gammaknife		2.529,51
3498	800.616	Cyberknife		3.372,68
3499		<b>8.2.NÜKLEER TIP GÖRÜNTÜLEME VE TEDAVİ</b>	Nükleer tıp uzman hekim raporu ile faturalandırılır. Kullanılan radyofarmasötikler işlem puanlarına dahildir.	
3500		<b>Solunum Sistem</b>		
3501	800.620	Akeiğer Perfüzyon Sintigrafisi, Planar		147,11
3502	800.640	Akeiğer Perfüzyon Sintigrafisi, SPECT	Akeiğer perfüzyon sintigrafisi, planar'a eklenir.	190,56
3503	800.641	Akeiğer Perfüzyon Sintigrafisi, Kuantitatif		142,89
3504	800.660	Akeiğer Ventilasyon Sintigrafisi, Planar (Acrosol)		138,32
3505	800.661	Akeiğer Ventilasyon Sintigrafisi, SPECT (Acrosol)	Akeiğer Ventilasyon Sintigrafisi, Planar'a (Acrosol) eklenir.	190,56
3506	800.670	Akeiğer Ventilasyon Sintigrafisi, Planar (Technegas)		574,03
3507	800.671	Akeiğer Ventilasyon Sintigrafisi, SPECT (Technegas)	Akeiğer Ventilasyon Sintigrafisi, Planar'a (Technegas) eklenir.	190,56
3508		<b>Santral Sinir Sistemi</b>		
3509	800.680	Beyin Perfüzyon SPECT (Tc-99m HMPAO)		654,09
3510	800.681	Beyin Perfüzyon SPECT (Tc-99m ECD)		882,29
3511	800.682	Beyin Perfüzyon SPECT, İktal çalşıma (Tc-99m FCD)		1.306,91
3512	800.690	Beyin PET		1.647,22
3513	800.710	Konvansiyonel Beyin Sintigrafisi	BT ayrıca faturalandırılmaz.	161,21
3514	800.720	Sistemografi (In-111 DTPA)	Lomber ponksiyon ayrıca faturalandırılır.	2.526,81
3515	800.730	Sistemografi (Tc-99m DTPA)	Lomber ponksiyon ayrıca faturalandırılır.	144,01
3516	800.735	Beyin Reseptör Çalışması, SPECT (I-123 İHVM)	Nükleer Tıp Uzman hekiminin yer aldığı üç imzalı rapor ile tıbbi gereke belirtilmelidir.	16.946,37
3517	800.740	Ventriküler Sant Açıklığının Araştırılması		139,80
3518		<b>Kardiyovasküler Sistem</b>		
3519	800.750	Miyokard Perfüzyon SPECT (TI-201)		574,38
3520	800.755	Miyokard Sempatik İnervasyon Sintigrafisi (I-123 MIBG)	Nükleer Tıp Uzman hekiminin yer aldığı üç imzalı rapor ile tıbbi gereke belirtilmelidir.	7.181,96
3521	800.760	Radyonüklid Ventrikülografi (MUGA), istirahat		82,12
3522	800.770	Radyonüklid Ventrikülografi (MUGA), SPECT	Radyonüklid Ventrikülografi (MUGA), istirahat'e eklenir.	190,56
3523	800.781	Miyokard Perfüzyon SPECT, reenjeksiyon (TI-201)	Miyokard Perfüzyon SPECT (TI-201)'e eklenir.	193,88
3524	800.800	Miyokard Perfüzyon SPECT, GATED (Tc-99m kompleksleri)	Miyokard Perfüzyon SPECT (Tc-99m kompleksleri)'ne eklenir.	134,91
3525	800.810	Miyokard Perfüzyon SPECT, GATED (TI-201)	Miyokard Perfüzyon SPECT (TI-201)'e eklenir.	134,91
3526	800.830	Miyokard Perfüzyon SPECT (Tc-99m kompleksleri)		370,83
3527	800.840	Miyokard PET, vübhütle çalışması	BT ayrıca faturalandırılmaz.	1.561,55
3528	800.841	Miyokard PET, perfüzyon çalışması	BT ayrıca faturalandırılmaz. N-13, Rb-82 veya O-15 ile. EK-2/D-1'e bakınız.	1.561,55
3529	800.851	Radyonüklid Venografi		204,05
3530	800.860	Radyonüklid Ventrikülografi (MUGA), stres		276,56
3531	800.861	Radyonüklid Ventrikülografi (MUGA)SPECT, stres	Radyonüklid Ventrikülografi (MUGA), Stres'e eklenir.	190,56
3532	800.862	Farmakolojik STRES	Dozbutamin, adozinin ve dipiridamol kullanılarak yapılan farmakolojik stres için geçerlidir. Miyokard perfüzyon sintigrafisine eklenir.	40,47
3533	800.863	Miyokard Attenfasyon düzeltme	Miyokard perfüzyon sintigrafisine eklenir.	20,24
3534		<b>İskelet Sistemi</b>		
3535	800.870	Artrosintigrafisi		91,60
3536	800.880	Kemik Sintigrafisi, üç fazlı		91,60
3537	800.890	Kemik Sintigrafisi, tüm vücut		148,13
3538	800.900	Kemik Sintigrafisi, SPECT	Tüm Vücut veya Üç Fazlı Kemik Sintigrafisine eklenir.	170,15
3539	800.901	Kemik PET	EK-2/D-1'e bakınız.	1.736,93
3540	800.902	Anatomik korelasyon iskelet sistemi uygulamaları için	SPECT-BT cihazları için geçerlidir. Kemik SPECT'e eklenir.	99,49
3541		<b>Endokrin Sistem</b>		
3542	800.920	Perklorat kovma testi		57,84
3543	800.930	Adrenal Korteks Sintigrafisi (I-131 Norkolesterol)		5.073,52
3544	800.940	Paratiroid Sintigrafisi, Dual Faz (Tc-99m MIBI)		213,49
3545	800.942	Paratiroid Sintigrafisi, SPECT (Tc-99m MIBI)	Paratiroid Sintigrafisi, Dual Faz'a (Tc-99m MIBI) eklenir.	168,63
3546	800.950	Tiroid Sintigrafisi		40,81
3547	800.951	Tiroid ince iğne aspirasyon biyopsisi, görüntüleme yöntemleri eşliğinde		50,08
3548	800.960	Tiroid Uptake Çalışması (Tc-99m Perketnetat)		35,08
3549	800.970	Tiroid Uptake Çalışması (I-131)		76,39
3550	800.971	Anatomik korelasyon tiroid ve paratiroid sintigrafileri için	Tiroid ve paratiroid sintigrafisi ile birlikte yapılan korelatif USG uygulamaları için geçerlidir.	14,33
3551		<b>Gastrointestinal Sistem</b>		
3552	800.990	Gastrointestinal Kanama Çalışması (Tc-99m Kolloid)		145,31
3553	800.991	Gastrointestinal Kanama Çalışması (Tc-99m RBC)		184,57
3554	800.995	Gastrointestinal Protein Kaybı Çalışması		734,57
3555	801.010	Gastroözofajyal Reflü Çalışması		139,97
3556	801.020	Hepatobilyer Sintigrafisi		327,15
3557	801.030	Karaciğer Dalak Sintigrafisi, Planar		121,42
3558	801.031	Karaciğer Dalak Sintigrafisi, SPECT	Karaciğer Dalak Sintigrafisi, Planar'a eklenir.	190,56
3559	801.040	Mekkel Divertikülü Araştırması		62,06
3560	801.050	Mide Boşalma Çalışması		131,53
3561	801.060	Özefagus Transit Çalışması		53,12
3562	801.070	İntraköz Bezleri Sintigrafisi		75,21
3563		<b>Genitüriner Sistem</b>		
3564	801.090	Böbrek Sintigrafisi, Dinamik (Tc-99m DTPA)		263,91
3565	801.091	Böbrek Sintigrafisi, Dinamik (Tc-99m MAG-3)		393,76
3566	801.092	Böbrek Sintigrafisi, Dinamik (Tc-99m EC)		398,39
3567	801.110	Böbrek Parankim Sintigrafisi, SPECT (Tc-99m DMSA)	Böbrek Parankim Sintigrafisi, Planar'a (Tc-99m DMSA) eklenir.	190,56
3568	801.120	GFR Ölçümü, In vitro (Tc-99m kompleksleri)		140,98
3569	801.121	GFR Ölçümü, Kamera Metodu (Tc-99m kompleksleri)	Dinamik Böbrek sintigrafisine eklenir.	140,98

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
3570	801.122	GFR Ölçümü, İn vitro (Cr-51 EDTA)		439,04
3571	801.140	Böbrek Sintigrafisi, ACE İnhibitörlü (Tc-99m MAG-3)	Çift çalışıma.	886,96
3572	801.141	Böbrek Sintigrafisi, ACE İnhibitörlü (Tc-99m DTPA)	Çift çalışıma.	404,70
3573	801.150	Verikötreteral Reflü Sintigrafisi, direkt		39,29
3574	801.160	Verikötreteral Reflü Sintigrafisi, indirekt	Dinamik Böbrek sintigrafisine eklenir.	30,02
3575	801.170	Böbrek Parankim Sintigrafisi, Planar (Tc-99m DMSA)		91,48
3576	801.180	Testis Sintigrafisi		53,63
3577		<b>Enfeksiyon Görüntüleme</b>		
3578	801.190	Enfeksiyon Odağı Araştırması, İşaretili Lökosit		800,67
3579	801.191	Enfeksiyon Odağı Araştırması, SPECT	Tüm vücut enfeksiyon odağı çalışmalarına eklenir.	190,56
3580	801.200	Enfeksiyon Odağı Araştırması (Tc-99m HIG)		788,36
3581	801.210	Enfeksiyon Odağı Araştırması (Tc-99m Nanokolloid)		241,48
3582	801.211	Lökosit İşaretleme	İşaretili Lökosit ile yapılan enfeksiyon odağı araştırmasına eklenir.	135,92
3583		<b>Nükleer Hematoloji</b>		
3584	801.220	Dalak Sekestrasyonu Çalışması		417,62
3585	801.230	Eritrosit Yaşam Süresi Saptanması		417,62
3586	801.240	Eritrosit/Plazma/Total Kan Völümü Tayini		391,82
3587	801.260	Hepatik Arter Perfüzyon Çalışması		178,75
3588	801.271	Hemanjiyom görüntüleme, SPECT, işaretili eritrosit ile		281,62
3589	801.280	Kemik iliği sintigrafisi		137,61
3590	801.290	Lenfosintigrafi		137,61
3591	801.310	Selektif Dalak Sintigrafisi (Tc-99m işaretili denatüre eritrosit)		100,34
3592		<b>Nükleer Onkoloji</b>		
3593	801.330	Tümör Görüntüleme, tüm vücut (Tc-99m V-DMSA)		136,93
3594	801.331	Tümör Görüntüleme, SPECT (Tc-99m V-DMSA)	Tc-99m V DMSA tümör görüntülemesine eklenir.	190,56
3595	801.340	Tümör Görüntüleme, tüm vücut (Ga-67)		1.298,48
3596	801.341	Tümör Görüntüleme, SPECT (Ga-67)	Ga-67 tüm vücut taramasına eklenir.	190,56
3597	801.350	İyot-131 Tüm Vücut Tarama, tanısal		583,47
3598	801.351	İyot-131 Tüm Vücut Tarama, tedavi sonrası		249,58
3599	801.360	Tümör Görüntüleme, Tüm Vücut (In-111 Oktreotid)		6.028,21
3600	801.361	Tümör Görüntüleme, SPECT (In-111 Oktreotid)	In-111 Oktreotid ile tümör görüntülemesine eklenir.	190,56
3601	801.362	Tümör Görüntüleme, tüm vücut (Tc-99m işaretili peptid)		3.531,20
3602	801.363	Tümör Görüntüleme, SPECT (Tc-99m işaretili peptid)	Tc-99m işaretili peptid ile tümör görüntülemesine eklenir.	190,56
3603	801.364	Onkolojik PET (Ga-68 peptid)	FK-2/D-Te bakırız. BT ayrıca faturalandırılmaz.	7.099,49
3604	801.370	Intraoperatif Gamma Propl Uygulanması		2.666,44
3605	801.380	Tümör Görüntüleme, Tüm Vücut (I-131 MIBG)		2.466,10
3606	801.381	Tümör Görüntüleme, SPECT (I-131 MIBG)	I-131 MIBG sintigrafisine eklenir.	190,56
3607	801.382	Tümör Görüntüleme, Tüm Vücut (I-123 MIBG)		7.125,46
3608	801.383	Tümör Görüntüleme, SPECT (I-123 MIBG)	I-123 MIBG sintigrafisine eklenir.	190,56
3609	801.390	Tümör Görüntüleme, tüm vücut (Tc-99m Kompleksleri ile)		292,07
3610	801.391	Tümör Görüntüleme, SPECT (Tc-99m Kompleksleri ile)	Tc-99m MIBI veya Tc-99m tetrolosmin ile tümör görüntülemesine eklenir.	190,56
3611	801.400	Radyonükleosintigrafi, tüm vücut	Nükleer Tıp Uzman hekiminin yer aldığı üç imzalı rapor ile tıbbi gereke belirtir. Bir ve/veya daha fazla görüntüleme dahil.	1.531,20
3612	801.401	Radyonükleosintigrafi, SPECT	Nükleer Tıp Uzman hekiminin yer aldığı üç imzalı rapor ile tıbbi gereke belirtir. Bir ve/veya daha fazla görüntüleme dahil. Radyonükleosintigrafie eklenir.	190,56
3613	801.410	Sentinel Lenf Nodu Çalışması		189,21
3614	801.420	Meme Sintigrafisi	Bölgesel ve/veya SPECT	141,99
3615	801.430	Tümör Görüntüleme, tüm vücut (Tl-201)		545,54
3616	801.431	Tümör Görüntüleme, SPECT (Tl-201)	Tl-201 tümör görüntülemeye eklenir.	190,56
3617	801.440	Onkolojik PET (F-18 FDG)	EK-2/D-1'e bakırız. BT ayrıca faturalandırılmaz.	1.736,93
3618		<b>Radyonükleid Tedavi</b>		
3619	801.460	Radyonükleid Sinovektomi	Bir eklemin için	2.833,05
3620	801.470	Radyonükleid Tedavi, I-131	5	300,17
3621	801.471	Radyonükleid Tedavi, I-131	10	345,70
3622	801.472	Radyonükleid Tedavi, I-131	15	369,31
3623	801.473	Radyonükleid Tedavi, I-131	20	392,92
3624	801.474	Radyonükleid Tedavi, I-131	30	416,53
3625	801.475	Radyonükleid Tedavi, I-131	50	580,71
3626	801.476	Radyonükleid Tedavi, I-131	75	624,45
3627	801.480	Radyonükleid Tedavi, I-131	100	701,92
3628	801.481	Radyonükleid Tedavi, I-131	125	756,28
3629	801.482	Radyonükleid Tedavi, I-131	150	787,22
3630	801.483	Radyonükleid Tedavi, I-131	200	927,49
3631	801.490	Radyonükleid Tedavi, I-131 MIBG	50	11.332,21
3632	801.491	Radyonükleid Tedavi, I-131 MIBG	100	15.042,16
3633	801.500	Radyonükleid Tedavi, P-32		2.895,45
3634	801.510	Radyonükleid Tedavi, Re-186		6.096,12
3635	801.520	Radyonükleid Tedavi, Sm-153		6.096,12
3636	801.530	Radyonükleid Tedavi, Sr-89		6.096,12
3637	801.540	Radyonükleid Tedavi, Y-90 anti CD-20 antikor	Nükleer Tıp Uzman hekiminin yer aldığı üç imzalı rapor ile tıbbi gereke belirtir.	43.497,81
3638	801.541	Somatostatin Reseptör Tedavisi (In-111 Pentetreotide)	Nükleer Tıp Uzman hekiminin yer aldığı üç imzalı rapor ile tıbbi gereke belirtir.	26.642,83
3639	801.542	Radyonükleid tedavi radyasyon monitörizasyonu	Yatan hasta için günde 1 kez	42,16
3640	801.543	Radyonükleid Tedavi, İntraarteriyel, I-131 Lipiodol	Nükleer Tıp Uzman hekiminin yer aldığı üç imzalı rapor ile tıbbi gereke belirtir.	7.325,13
3641	801.544	Radyonükleid Tedavi, İntraarteriyel, Y-90 mikroküre	Nükleer Tıp Uzman hekiminin yer aldığı üç imzalı rapor ile tıbbi gereke belirtir.	45.674,20
3642	801.545	Somatostatin Reseptör Tedavisi (Y-90 veya Lu-177 işaretili peptid)	Nükleer Tıp Uzman hekiminin yer aldığı üç imzalı rapor ile tıbbi gereke belirtir.	29.003,71
3643	801.546	Radyonükleid tedavi planlama, dozimetri		84,32



## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
3644	801.547	Radyonüklü tedavi uygulamaları için radyofarmasötik hazırlama hizmeti	Sadece 801.490, 801.491, 801.540, 801.541, 801.543, 801.544, 801.545 kodlu tedavilerin uygulandığı hastalar için geçerlidir.	84,32
3645		<b>Dijer İncelemeler</b>		
3646	801.550	Dakriosintigrafi		49,41
3647	801.557	Organ Kan Akımı Çalışması (Tc-99m kompleksleri ile)		107,59
3648		<b>8.3.RADYOLOJİK GÖRÜNTÜLEME VE TEDAVİ</b>		
3649		<b>A-Direkt Grafiler</b>		
3650	801.560	El-bilek grafisi (Tek film)		10,12
3651	801.561	Kemik yaşı tayini	801.560 ile birlikte faturalandırılmaz	10,12
3652	801.570	Fluoriskopi		17,20
3653	801.580	Kemik survey		125,80
3654	801.590	Mammografi (Tek meme)		28,67
3655	801.600	Mandibula (Tek yön)		10,12
3656	801.610	Schuller grafisi (Mukayeseli)		25,80
3657	801.620	Sella spot grafisi		10,12
3658	801.630	Sinüs (Waters) grafisi (Tek yön)		10,12
3659	801.640	Skoliyoz tetkiki	Skoliyoz kaset ve filmi ile	64,42
3660	801.650	Stenvez grafisi (Mukayeseli)		18,72
3661	801.660	Temperamandibular eklem	Mukayeseli/ağuz A-K	25,80
3662	801.670	Uzun kemikler (Tek film) (Tek yön)		12,98
3663	801.680	Kopya film (Her bir film için)	Film ücreti hasta tarafından karşılanır	10,12
3664		<b>Akciğer grafileri</b>		
3665	801.690	Akciğer grafisi (iki yön)		21,59
3666	801.700	Akciğer grafisi (Üç yön) barıumlu		34,40
3667	801.710	Akciğer grafisi (Üç yön)		24,45
3668	801.720	Akciğer grafisi P.A. (Tek yön)		11,47
3669		<b>Bacak uzunluk grafileri</b>		
3670	801.730	Bacak uzunluk grafisi		20,07
3671		<b>Düz karın grafisi</b>		
3672	801.740	Düz karın grafisi		12,98
3673		<b>Eklemeler</b>		
3674	801.750	Eklem grafisi (iki yön) mukayeseli		24,45
3675	801.760	Eklem grafisi (Tek yön) mukayeseli		12,98
3676	801.770	Eklem grafisi (Tek yön) tek eklem		10,12
3677	801.780	Eklem grafisi (iki yön) tek eklem		12,98
3678	801.790	Eklem grafisi (Üç yön)		20,07
3679		<b>Kafa grafileri</b>		
3680	801.800	Kafa grafisi (dört yön)		27,32
3681	801.810	Kafa grafisi (iki yön)		18,72
3682	801.820	Kafa grafisi (Tek yön)		10,12
3683		<b>Kalp telokardiogramlar</b>		
3684	801.830	Kalp teleradyogramlar (iki yön)		22,93
3685	801.840	Kalp teleradyogramlar (Tek yön)		12,98
3686	801.850	Kalp teleradyogramlar (Üç yön) barıumlu		34,40
3687	801.860	Kalp teleradyogramlar (Üç yön)		24,45
3688		<b>Pelvis grafileri</b>		
3689	801.870	Pelvis grafisi (Tek yön)		12,98
3690	801.880	Pelvis grafisi (Üç yön)		24,45
3691	801.890	Pelvimetri (iki yön)		18,72
3692		<b>Vertebra grafileri</b>		
3693	801.900	Vertebra grafileri, servikal (dört yön)		27,32
3694	801.910	Vertebra grafileri, servikal (iki yön)		17,20
3695	801.920	Vertebra grafileri, servikal (Tek yön)		10,12
3696	801.930	Vertebra grafileri, servikal (Üç yön)		25,80
3697	801.940	Vertebra grafileri, dorsal veya lomber (dört yön )		43,00
3698	801.950	Vertebra grafileri, dorsal veya lomber (iki yön )		20,07
3699	801.960	Vertebra grafileri, dorsal veya lomber (Tek yön )		12,98
3700	801.970	Vertebra grafileri, dorsal veya lomber (Üç yön )		27,32
3701	801.980	1.5-S1 spot grafisi		11,47
3702		<b>B-Kontrastlı tetkikler</b>		
3703	801.990	Anterograd pyelografi, var olan kateterden		25,80
3704	802.000	Anterograd pyelografi, ince iğne ile, işlemin tümü		350,25
3705	802.010	Artrografi		64,42
3706	802.020	Bronkografi		50,08
3707	802.030	Çift kontrast kolon tetkiki		157,34
3708	802.040	Çift kontrast mide tetkiki		107,25
3709	802.050	Dakriosistografi		50,08
3710	802.060	Defekografi		107,25
3711	802.070	Distal kolon grafisi		64,42
3712	802.080	Duktografi-galaktoğrafi		64,42
3713	802.090	Enteroklizis		157,34
3714	802.100	Faringografi		27,32
3715	802.110	Faringo-özefagoğrafi		32,88
3716	802.120	Fistüloğrafi		48,74
3717	802.130	Histerosalpingografi (HSG)		43,00
3718	802.140	Intraventöz Pyelografi (IVP)		54,47
3719	802.150	Intraventöz Pyelografi (IVP), dakikalık		65,77
3720	802.160	İnce barsak tetkiki		571,17
3721	802.170	Kolon tetkiki		120,07
3722	802.180	Laringografi		64,42
3723	802.190	Lenfajyografi		278,75
3724	802.200	Mide duodenum tetkiki		70,15
3725	802.210	Miyelografi		214,50
3726	802.220	Oral kolestografi		27,32
3727	802.230	Özefagoğrafi		27,32

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
3728	802.240	Peroperatuar kolanjyografi		34,40
3729	802.250	Poş grafisi		34,40
3730	802.260	Retrograd piyelografi	Endoskopi hariç	25,80
3731	802.270	Retrograd üreterografi		50,08
3732	802.280	Sialografi (iki taraf)	802.290 ile birlikte faturalandırılmaz.	43,00
3733	802.290	Sialografi (tek taraf)	802.280 ile birlikte faturalandırılmaz.	25,80
3734	802.300	Sine özçagografi	Anjiyo sırasında	117,20
3735	802.310	Sistogram (Üç film)		27,32
3736	802.320	T tüp kolanjyografi		34,40
3737	802.330	Velofarıngeal sineroforoskopi		71,50
3738	802.340	Voiding sistoüretrografi		107,25
3739		<b>C-Anjiyografik tetkikler</b>		
3740		<b>Normal anjiyografik tetkikler</b>		
3741	802.350	Aorta-femoro-popliteal arteriyografi	Stepping	228,67
3742	802.351	Bronşial arteriyografi		200,00
3743	802.360	Aortografi, torakal		228,67
3744	802.370	Aortografi, abdominal		228,67
3745	802.380	Çoliak anjiyografisi ve arteriel portografi		271,67
3746	802.390	Selektif renal anjiyografisi, iki taraf		271,67
3747	802.400	Inferior mezenterik anjiyografisi		228,67
3748	802.430	Pelvik arteriyografisi		228,67
3749	802.440	Pulmoner anjiyografisi		143,00
3750	802.450	Superior mezenterik anjiyografisi		228,67
3751	802.460	Üst ekstremité arteriyografisi, tek taraf		228,67
3752	802.470	Femoro-popliteal arteriyografisi, tek taraf		228,67
3753	802.480	Selektif renal anjiyografisi, tek taraf		228,67
3754	802.490	Translomber aorta-femoro-popliteal arteriyografisi		228,67
3755	802.500	Transplant renal anjiyografisi		228,67
3756		<b>Nöroradyolojik anjiyografik tetkikler</b>		
3757	802.510	Amytal Testi (VADA)		228,67
3758	802.520	Arkus aortografisi		228,67
3759	802.530	Selektif karotid anjiyografisi, iki taraf		350,25
3760	802.540	4 sistem selektif serebral anjiyografisi	802.530, 802.570, 802.590 ile birlikte faturalandırılmaz.	450,25
3761	802.550	Orbital flebografi		157,34
3762	802.560	Petrozal sinüs kan örnekleme		271,67
3763	802.570	Selektif vertebral anjiyografisi, iki taraf		350,25
3764	802.580	Spinal anjiyografik tarama		450,25
3765	802.590	Selektif karotid anjiyografisi, tek taraf		228,67
3766		<b>Venografik tetkikler</b>		
3767	802.600	Diyaliz fistülogram		85,83
3768	802.610	Hepatik venografi ve wedje venografi		150,08
3769	802.620	Sürenal venografi, iki taraf		150,08
3770	802.630	Gonadal venografi, iki taraf		150,08
3771	802.640	Inferior veya superior vena kavagrafi		150,08
3772	802.650	Portal venöz kan örnekleme		085,90
3773	802.660	Renal venografi ve renal ven kan örnekleri alınması		150,25
3774	802.670	Santral venöz kateter patensi kontrastlı değerlendirilmesi		85,83
3775	802.680	Splenoportografi		150,08
3776	802.690	Sürenal venografi, tek taraf		107,25
3777	802.700	Gonadal venografi, tek taraf		107,25
3778	802.701	Adrenal venöz örnekleme		107,00
3779	802.702	Paratiroid venöz örnekleme		107,00
3780	802.703	Pelvik venografi, iki taraf		107,00
3781	802.710	Venografi, alt ekstremité, tek taraf		65,77
3782	802.720	Venografi, üst ekstremité, tek taraf		65,77
3783		<b>Vasküler girişimsel radyolojik tedavi işlemleri</b>		
3784	802.730	Aortik stent-greft uygulaması		1.429,17
3785	802.740	Beyin AVM embolizasyonu / AV Fistül Tedavileri		1.683,58
3786	802.750	Diğer organ ve Tümör Embolizasyon Tedavileri		841,79
3787	802.760	Endovasküler Serebral Anevrizma Tedavisi		1.683,58
3788	802.770	Geçici Kateter Yerleştirilmesi		100,17
3789	802.780	Perkütan Translüminal Anjiyoplasti (PTA) İşlemleri		414,50
3790	802.790	Pseudoanevrizma tedavisi, renkli Doppler ile		100,17
3791	802.800	Selektif Trombolitik Tedavi İşlemleri		643,17
3792	802.810	Subkütan Port Çıkarılması		85,83
3793	802.820	Subkütan Port Yerleştirilmesi		177,00
3794	802.830	Supraaortik / Visseral Intravasküler Stent Yerleştirilmesi		841,79
3795	802.831	Infraaortik stent yerleştirilmesi		841,00
3796	802.840	Transarteriyel Kemo-Embolizasyon Tedavileri (TAKE)		643,17
3797	802.850	Transjuguler İntrahepatik Porto-Sistemik Sant (TIPS)		1.071,84
3798	802.860	Tünelli Kateter Çıkarılması		85,83
3799	802.870	Tünelli Kateter Yerleştirilmesi		300,17
3800	802.880	Vena Kavaya Filtre / Stent Yerleştirilmesi		714,67
3801	802.890	Pterilerik atelektazi, rombektomi veya lazer, tek lezyon	Varis işlemleri bu koddan faturalandırılmaz.	714,67
3802		<b>D-Kemik dansitometresi</b>		
3803	802.900	Kemik dansitometresi (Lokal)	802.910 ile birlikte faturalandırılmaz.	30,02
3804	802.910	Kemik dansitometresi, tüm vücut	Birden fazla lokal bölge için yapılan kemik dansitometrelerinde sadece "Kemik dansitometresi, tüm vücut" bedeli faturalandırılır.	40,13
3805		<b>E-Nonvasküler girişimsel radyolojik tedaviler</b>		
3806	802.920	Dakriyosistoplasti, balon ile		428,84
3807	802.930	Görüntüleme eşliğinde biyopsi (Kalın ya da ince iğne)		90,52
3808	802.940	Gastrointestinal stent yerleştirilmesi		714,67
3809	802.950	İnvajinasyon, baryumlu kolon ile redüksiyon		347,57
3810	802.960	İnvajinasyon, ultrason eşliğinde redüksiyon		347,57
3811	802.970	Nazolakrimal kanala stent yerleştirilmesi		428,84

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
3812	802.971	Nazojejunal beslenme tüpü yerleştirilmesi, floroskopi eşliğinde		214,50
3813	802.980	Ozofagus dilatasyonu.		214,50
3814	802.990	Perikütan akciğer absesi drenajı		714,67
3815	803.000	Perikütan alkol ablyosyon tedavisi		643,17
3816	803.010	Perikütan ampivem drenajı		428,84
3817	803.020	Perikütan apse drenajı		428,84
3818	803.030	Perikütan asit, plevral eflüzyon drenajı		428,84
3819	803.040	Perikütan bilier drenaj		714,67
3820	803.050	Perikütan bilier stent konması		714,67
3821	803.060	Perikütan bilier taş çıkarılması		714,67
3822	803.070	Perikütan çölyak ganglion blokajı		571,67
3823	803.080	Perikütan enterik fistül tedavisi		428,84
3824	803.090	Perikütan gastrojejunostomi		857,50
3825	803.100	Perikütan gastrotomi		714,67
3826	803.110	Perikütan kist hidatik tedavisi, tek lezyon		857,50
3827	803.120	Perikütan kolekok dilatasyonu		857,50
3828	803.130	Perikütan koleksiyon/kist tedavisi		428,84
3829	803.140	Perikütan lenfösel tedavisi		714,67
3830	803.150	Perikütan ncfrostomi		428,84
3831	803.160	Perikütan nonrenal kanal girişimleri		857,50
3832	803.170	Perikütan pnömotoraks tedavisi		428,84
3833	803.180	Perikütan pnödokist tedavisi		714,67
3834	803.190	Perikütan ablyosyon tedavisi	RI , mikrodalgı, kriyo, lazer yöntemiyle	845,40
3835	803.200	Perikütan renal kist ponksiyon ve tedavisi		428,84
3836	803.210	Perikütan safra kesesi drenajı		428,84
3837	803.220	Perikütan sistostomi		114,33
3838	803.230	Perikütan sistüretrografi		428,84
3839	803.240	Perikütan stenoz dilatasyonu		428,84
3840	803.250	Perikütan transhepatik kolanjiyografi (PTK)		841,79
3841	803.260	Perikütan üretral stent konması		857,50
3842	803.270	Stent yerleştirilmesi		857,50
3843	803.280	Stereotaktik meme isaretleme		221,59
3844	803.281	Stereotaktik vakumlu kor meme biyopsisi	803.280 ile birlikte faturalandırılmaz.Malzeme dahil	500,00
3845	803.290	Ultrasonografi eşliğinde parasentez (Tanusal)	530.380 ile birlikte aynı gün içinde faturalandırılmaz. Günde en fazla 1 defa faturalandırılır.	50,08
3846	803.291	Ultrasonografi eşliğinde parasentez (Terapötik)	530.381 ile birlikte aynı gün içinde faturalandırılmaz.	100,00
3847	803.292	Ultrasonografi eşliğinde torasentez (Tanusal)	530.420 ile birlikte aynı gün içinde faturalandırılmaz. Günde 1 defa faturalandırılır.	50,00
3848	803.293	Ultrasonografi eşliğinde torasentez (Terapötik)	530.421 ile birlikte aynı gün içinde faturalandırılmaz.	100,00
3849	803.300	Vertebroplasti		929,01
3850		<b>F-Ultrasonografik tetkikler</b>		
3851	803.310	3-Boyutlu ultrasonografi	20-22 hıfda gebelik boyunca bir defa, anomali riskinin yüksek olduğu durumlarda	65,77
3852	803.320	Boyun US	803.510, 803.600 ile birlikte faturalandırılmaz.	24,45
3853	803.330	Renal US, dinamik		41,48
3854	803.340	Eklemler US ( Tek taraf)		12,98
3855	803.350	Endoskopik US	Endoskopik işlem ayrıca faturalandırılmaz.	95,95
3856	803.360	Follikülometri (transabdominal follikülometri)	803.370 ile birlikte faturalandırılmaz.	40,13
3857	803.370	Follikülometri (Transvajinal follikülometri)	803.360 ile birlikte faturalandırılmaz.	40,13
3858	803.380	Kontrastlı Doppler harmonik ultrasonografi (Her bir bölge için)		64,42
3859	803.390	İlepatobilier US	Tüm batın USG leri ve/veya üst batın USG leri ile birlikte faturalandırılmaz.	17,20
3860	803.400	Intravasküler US (IVUS)		107,25
3861	803.410	İntroperatif US		59,19
3862	803.420	Kalça eklemleri US ( Tek taraf )		14,33
3863	803.430	Meme US (Bilateral)	803.440, 803.600, 803.700 ile birlikte faturalandırılmaz.	25,80
3864	803.440	Meme US (Unilateral)	803.430, 803.600, 803.700 ile birlikte faturalandırılmaz.	12,98
3865	803.441	Elastografi US	Sadece 803.430, 803.510, 803.602 ile birlikte faturalandırılır.	24,00
3866	803.450	Obstetrik US	803.710 ile birlikte faturalandırılmaz	25,80
3867	803.460	Orbita US (Bilateral) (A veya B mod)		25,80
3868	803.470	Parotis bezi US	803.320 ile birlikte faturalandırılmaz.	12,98
3869	803.480	Renal US	803.570, 803.580 ve 803.590 ile birlikte faturalandırılmaz.	17,20
3870	803.490	Skrotal US		20,07
3871	803.500	Submandibuler bez US	803.320 ile birlikte faturalandırılmaz.	12,98
3872	803.510	Tiroid US	803.320, 803.600 ile birlikte faturalandırılmaz.	24,45
3873	803.520	Toraks US		20,07
3874	803.530	Transkranial veya transfontanel US		20,07
3875	803.540	Transrektal US		32,88
3876	803.550	Transvajinal US		25,80
3877	803.560	Suprapubik pelvik US	803.730 ve diğer abdominal Ultrasonografiler ile birlikte faturalandırılmaz.	25,80
3878	803.570	Abdomen US, tüm	Diğer abdominal Ultrasonografiler ile birlikte faturalandırılmaz.	40,13
3879	803.580	Üriner sistem US	Diğer abdominal Ultrasonografiler ile birlikte faturalandırılmaz.	25,80
3880	803.590	Abdomen US, üst	803.480 ve diğer abdominal Ultrasonografiler ile birlikte faturalandırılmaz.	25,80
3881	803.600	Yüzeysel doku US	803.320, 803.470 ile birlikte faturalandırılmaz.	25,80
3882	803.601	Ultrason, diğer		20,07
3883	803.602	Ultrason, genel	Radyolog hariçindeki diğer hekimlerce yapılan US için (Radyolog tarafından yapılan US ile birlikte faturalandırılmaz.)	14,33
3884		<b>G-Renkli Doppler incelemeleri</b>		
3885	803.610	3-boyutlu renkli Doppler ultrasonografi		64,42
3886	803.620	Abdominal aorta renkli Doppler US		35,75
3887	803.630	Abdominal renkli Doppler US		35,75

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PLANI
3888	803.640	Alt ekstremite periferan ven renkli Doppler US, tek taraflı		35,75
3889	803.650	Fötal biyometri ve biyofizik skorlama		43,00
3890	803.670	Intraoperatif renkli Doppler US		50,08
3891	803.680	Karotis renkli Doppler US (Tek, bilateral)		35,75
3892	803.690	Kitle lezyonu renkli Doppler US		35,75
3893	803.700	Memme renkli Doppler US	803.430 ve 803.440 ile birlikte faturalandırılmaz.	35,75
3894	803.710	Obstetrik renkli Doppler US	803.450 ile birlikte faturalandırılmaz.	41,48
3895	803.720	Orbita renkli Doppler US	Her iki orbitayı içerir.	41,48
3896	803.730	Pelvik renkli Doppler US	803.560 ile birlikte faturalandırılmaz.	35,75
3897	803.740	Pencil renkli Doppler US		41,48
3898	803.750	Portal ven renkli Doppler US		35,75
3899	803.760	Renal renkli Doppler US (Bilateral)		43,00
3900	803.770	Skrotal renkli Doppler US	Her iki skrotal bölge birlikte incelenir. 803.490 ile birlikte faturalandırılmaz.	35,75
3901	803.780	Alt ekstremite arteriel sistem RDU/S, tek taraflı		35,75
3902	803.790	Alt ekstremite venöz sistem RDU/S, tek taraflı		35,75
3903	803.800	Üst ekstremite arteriel sistem RDU/S, tek taraflı		35,75
3904	803.810	Üst ekstremite venöz sistem RDU/S, tek taraflı		35,75
3905	803.820	Tiroid bezli renkli Doppler US	803.510 ile birlikte faturalandırılmaz.	35,75
3906	803.830	Transkraniyal veya transfontanel renkli Doppler		35,75
3907	803.840	Transsektal renkli Doppler		35,75
3908	803.850	Vertebral arter renkli Doppler US (Tek, bilateral)		35,75
3909	803.860	Vezikotriretal reflüks renkli Doppler US		35,75
3910	803.861	Doppler US, diğer		35,00
3911		<b>H-Bilgisayarlı tomografiler</b>	Radyoloji uzman hekim raporu ile faturalandırılır. Bu başlık altında yer alan her bir tetkik aynı sağlık hizmet sunucusunda acil haller hariç olmak üzere ayakta tedavide aynı hasta için bir ayda en fazla bir defa faturalandırılır. Aynı gün, bu başlık altında yer alan işlemlerden birden fazla yapılması halinde işlem puanı yüksek olanın tamamı, diğerlerinin her birinin % 50'si faturalandırılır.	
3912	803.870	H1, 3 boyutlu görüntüleme		92,75
3913	803.880	BT, anjiyografi, tek anatomik bölge için	803.970 ile birlikte faturalandırılmaz.	92,75
3914	803.890	BT, abdomen, alt		92,75
3915	803.900	BT, beyin (Aksiyel+koronal)		125,80
3916	803.910	H1, beyin		92,75
3917	803.920	BT, boyun	803.980 ile birlikte faturalandırılmaz.	92,75
3918	803.930	BT, dental tomografi		92,75
3919	803.940	BT, ekstremite (20-50cm bölge)		92,75
3920	803.950	H1, hava veya opaklı sisternografi		92,75
3921	803.960	BT, hipofiz		92,75
3922	803.970	BT, kantitatif tomografi (Kals.skor., BTBMD gibi)	803.880 ile birlikte faturalandırılmaz.	92,75
3923	803.980	BT, larenks	803.920 ile birlikte faturalandırılmaz.	92,75
3924	803.990	H1, maksillofasial tomografi, aksiyel	804.000 ile birlikte faturalandırılmaz.	92,75
3925	804.000	BT, maksillofasial tomografi, koronal	803.990 ile birlikte faturalandırılmaz.	92,75
3926	804.010	BT, nazofarinks	804.030 ile birlikte faturalandırılmaz.	92,75
3927	804.020	BT, orbita		92,75
3928	804.030	BT, paranasal sinüs	804.010 ile birlikte faturalandırılmaz.	92,75
3929	804.040	BT, radyoterapi planlaması için tomog.		72,85
3930	804.050	BT, tempomandibüler ekleim	Sağ sol, ağız açık kapalı dahil	112,48
3931	804.060	H1, temporal kemik YRBT, tek düzlem		92,75
3932	804.070	BT, toraks		92,75
3933	804.080	BT, tomografi, diğer		92,75
3934	804.090	BT, üst abdomen	804.140 ile birlikte faturalandırılmaz.	92,75
3935	804.100	H1, vertebra, servikal		92,75
3936	804.101	BT, vertebra torakal		92,75
3937	804.102	BT, vertebra lumbal		92,75
3938	804.103	BT, artrografi		92,00
3939	804.110	H1, eşliğinde girişimsel tetkik		119,06
3940	804.120	BT perfluzon çalışmaları		92,75
3941	804.130	BT saral endoskopi		119,06
3942	804.140	BT, dinamik, triplazik, bifazik inceleme	804.090 ile birlikte faturalandırılmaz.	119,06
3943	804.150	H1, yüksek rezolüsyonlu akciğer		92,75
3944	804.160	BT, yüksek rezolüsyonlu akciğer, eksprattur		92,75
3945		<b>I-Manyetik Rezonans Görüntüleme</b>	Radyoloji uzman hekim raporu ile faturalandırılır. Bu başlık altında yer alan her bir tetkik aynı sağlık hizmet sunucusunda acil haller hariç olmak üzere ayakta tedavide aynı hasta için bir ayda en fazla bir defa faturalandırılır. Aynı gün, bu başlık altında yer alan işlemlerden birden fazla yapılması halinde işlem puanı yüksek olanın tamamı, diğerlerinin her birinin % 50'si faturalandırılır.	
3946	804.170	MR, akciğer ve mediasten		109,61
3947	804.180	MR, abdomen, alt		109,61
3948	804.190	MR, beyin		109,61
3949	804.200	MR, BOS akımı		109,61
3950	804.210	MR, boyun		109,61
3951	804.220	MR, difüzyon	Diğer MR işlemleri ile birlikte yapılması halinde işlem puanının % 50'si faturalandırılır.	109,61
3952	804.230	MR, dinamik	804.270 ile birlikte faturalandırılmaz.	109,61
3953	804.240	MR, Eklem tek		109,61
3954	804.250	MR, ekstremite tek taraflı		109,61
3955	804.260	MR, fonksiyonel		109,61
3956	804.270	MR, hipofiz	804.230 ile birlikte faturalandırılmaz.	109,61
3957	804.280	MR, kardiyak		109,61
3958	804.281	MR I2 * kardiyak		109,00

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
3959	804.290	MR, kardiyak fonksiyon		109,61
3960	804.300	MR, kardiyak perfüzyon		109,61
3961	804.310	MR, kulak		109,61
3962	804.320	MR, vertebra, lomber		109,61
3963	804.330	MR, meme		109,61
3964	804.340	MR Anjiyografi		109,61
3965	804.350	MR Kolanjyografi		109,61
3966	804.360	MR Myelografi		109,61
3967	804.370	MR Spektroskopi (Tek voksel tek eko)		103,04
3968	804.380	MR Spektroskopi (Multivoksel tek eko)		109,61
3969	804.390	MR ürografi		109,61
3970	804.400	MR arthrografi		109,61
3971	804.410	MR, diğer		109,61
3972	804.411	MR T2 * karaciğer		109,00
3973	804.412	MR Enteroklizis		109,00
3974	804.413	MR, Fetel		109,00
3975	804.414	MR Sisticmografi		109,00
3976	804.415	MR Difüzyon Tensör Görüntüleme, Traktografi		109,00
3977	804.416	MR 3-boyutlu Görüntüleme		109,00
3978	804.420	MR, Nazofarinks		109,61
3979	804.430	MR, Orbita		109,61
3980	804.440	MR, Perfüzyon		109,61
3981	804.450	MR, Vertebra, servikal		109,61
3982	804.460	MR, Temporomandibuler eklem (Tek eklem)	Ağız açık/ kapalı dahil	109,61
3983	804.470	MR, Vertebra, torakal		109,61
3984	804.480	MR, Abdomen, üst		109,61
3985	804.490	MR, tüm vücut metastaz tarama, hareketli masu ile		109,61
3986	804.500	MR, Girişimsel		109,61
3987	804.510	MR, Yüz		109,61
3988		<b>9. LABORATUVAR İŞLEMLERİ</b>		
3989	900.010	1,25-Dihidroksi Vitamin D		43,00
3990	900.020	1,4-Delta androstenedion		14,00
3991	900.030	2,3-difosfolisferik asit		17,20
3992	900.040	3-alfa Androstenedion glukuronid		4,38
3993	900.050	5' Pridimidin nükleotidaz		5,73
3994	900.060	5-fosforibozil-4-(n-succinilcarboxamide)-5-aminoinozidol	SAICAR	8,60
3995	900.070	5' Nükleotidaz		14,00
3996	900.080	6-Keto prostaglandin F1		34,40
3997	900.090	7-Dehidrokolesterol (GC/MS)	Gas kromatografisi/kütle spektromet	25,80
3998	900.100	11-Deoksikortizol		14,00
3999	900.110	17-Hidroksikortikoidler (HPLC)		64,42
4000	900.120	17-Hidroksi progesteron		14,00
4001	900.130	25-Hidroksi Vitamin D		43,00
4002	900.135	5 Hidroksi İndol Asetik Asit		43,00
4003	900.140	ACTH stimülasyon testi		45,87
4004	900.160	Adenozin deaminaz aktivitesi (ADA)		17,20
4005	900.170	Adenozin nükleotid fosforilaz		12,98
4006	900.180	Adrenokortikotropik hormon (ACTH)		17,20
4007	900.190	Aerotolerans testi		57,17
4008	900.200	Alanin aminotransferaz (ALT)		1,85
4009	900.210	Albumin		1,69
4010	900.220	Aldolaz		4,38
4011	900.230	Aldosteron		25,30
4012	900.240	Alfa-atriyal natriüretik peptid (ANP)		35,75
4013	900.250	Alfa-feto protein (AFP)		10,96
4014	900.260	Alfa-fukozidaz		34,40
4015	900.270	Alfa-galaktozidaz		34,40
4016	900.280	Alfa-glukozidaz		34,40
4017	900.290	Alfa-İ-CG		8,60
4018	900.310	Alfa-1 antitripsin		14,00
4019	900.320	Alfa-1 asitglkoprotein		14,00
4020	900.330	Alfa-1 mikroglobulin		17,20
4021	900.340	Alkalen fosfataz		1,85
4022	900.350	Alkalen fosfataz (Ketijçe spesifik)		43,00
4023	900.360	Alkalen fosfataz izoenzimleri		35,75
4024	900.361	Aliminyum (Atomik absorpsiyon)		28,67
4025	900.370	Amilaz		2,36
4026	900.380	Amino asit (Her biri)		3,71
4027	900.410	Amonyak (NH3)		8,60
4028	900.420	Anti beta-2 glikoprotein 1 IgA		25,80
4029	900.430	Anti beta-2 glikoprotein 1 IgG		25,80
4030	900.440	Anti beta-2 glikoprotein 1 IgM		25,80
4031	900.450	Anti diüretik hormon (ADH)		17,20
4032	900.460	Anti glomerul bazal membran		20,07
4033	900.470	Anti hemofilik globulin (AHG)		7,25
4034	900.475	Antimüllerien Hormon	Kadın Hastalıkları ve Doğum, Pediatrik Endokrinoloji, Endokrinoloji uzman hekimleri tarafından istenilmesi halinde faturalandırılır.	17,20
4035	900.480	Anti TPO		14,33
4036	900.490	Apolipoprotein A altı grupları, her biri		14,00
4037	900.500	Apolipoprotein B altı grupları, her biri		14,00
4038	900.510	Ariil sülfataz A		34,40
4039	900.511	Arsenik (Atomik absorpsiyon)		59,02
4040	900.520	Asit beta galaktosidaz		34,40
4041	900.530	Asit esteraz		4,38
4042	900.540	Asit fosfataz		8,60

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
4043	900.550	Asit seramidaz		43,00
4044	900.560	ASO (Lateks aglutinasyon)		2,53
4045	900.570	ASO (Türbidimetrik)		4,22
4046	900.571	ASO (Nefelometrik)		7,59
4047	900.580	Aspartat transaminaz (AST)		1,69
4048	900.585	Anti skin antikor		35,75
4049	900.590	Bakır		17,20
4050	900.610	Bence-Jones proteini		4,38
4051	900.620	Beta-2 mikroglobulin	Serum ve vücut sıvılarında	15,85
4052	900.630	Beta-galaktozidaz		34,40
4053	900.640	Beta-glukozidaz		34,40
4054	900.650	Beta-hCG (Total hCG)	903.440 ile birlikte faturalandırılmaz.	10,96
4055	900.660	Beta-hidroksi bütirat		7,25
4056	900.670	Bevaz küre sayımı	Kan dışı vücut sıvılarında	2,87
4057	900.680	BH 4 yüklem testi		2,87
4058	900.681	Bilkarbonat		2,87
4059	900.690	Bilirubin (Total,direkt), her biri		1,69
4060	900.700	Biotinidaz aktivitesi		3,71
4061	900.710	BOS İmmünelektroforez		71,50
4062	900.720	Höbrek tısi analizi		8,60
4063	900.740	Böyümec hormonu		14,33
4064	900.750	C peptit		14,00
4065	900.760	C1 esteraz inhibitörü		14,00
4066	900.770	Üre nefes testi	Teftikte kullanılan her türlü ilaç dâhildir.	85,00
4067	900.780	C3e	Nefelometrik veya türbidimetrik	14,00
4068	900.790	C4	Nefelometrik veya türbidimetrik	14,00
4069	900.800	C5a aktivitesi		8,60
4070	900.810	CA-125		13,49
4071	900.820	CA-15-3		13,49
4072	900.830	CA-19-9		13,49
4073	900.840	CA-72-4		14,00
4074	900.850	Cephalin kolesterol (CCF)		3,71
4075	900.860	CH 50 Kompleman aktivitesi		7,25
4076	900.870	Cholecystokinin		38,62
4077	900.871	Cıva (Atomik absorpsiyon)		28,67
4078	900.880	CK-MB	İmmün inhibisyon	8,43
4079	900.890	CRP, lateks		2,53
4080	900.900	CRP,türbidimetrik		4,22
4081	900.901	CRP, nefelometrik		7,59
4082	900.930	Cyclosporin A	901.790, 901.791 ile birlikte faturalandırılmaz.	37,10
4083	900.940	Cytokeratin 21	RIA hariç yöntem	21,59
4084	900.950	Cıno		17,20
4085	900.970	Çok uzun zincirli yağ asitleri (C:22,C:24,C:26) analizi (GC/MS)	Gaz kromatografisi/kütle spektromet.	77,23
4086	900.990	Dehidroepiandrosteron (DHEA)		17,20
4087	901.000	Dehidroepiandrosteron sulfat (DHEA-SO4)		14,00
4088	901.010	Dchidrotosteron (DHT)		25,80
4089	901.020	Demir (Serum)		1,85
4090	901.030	Demir 3 klorür (FeCl3) (İdrarda)		3,71
4091	901.040	Demir bağlama kapasitesi		1,85
4092	901.050	Doksipiridinolün (DPD) (İdrar)		43,00
4093	901.060	Deksametazon supresyon testi, her biri	1, 2, 8 mg	21,59
4094	901.061	Desmoglein 1 (Dsg1)		25,80
4095	901.062	Desmoglein 3 (Dsg3)		25,80
4096	901.070	Dışkıda hHb (Monoklonal)		14,33
4097	901.080	Diepoksi butazon (DEB) testi		43,00
4098	901.090	Doku laktik dehidrogenaz		25,80
4099	901.100	Doku transglutaminaz İg A		21,59
4100	901.110	Doku transglutaminaz İg G		21,59
4101	901.120	Down sendrom1 (PAPP-A) Serbest beta HCG)	900.650, 903.440 ve 902.950 ilebirlikte faturalandırılmaz. Sonuç belgesi ile bir kez faturalandırılır.	35,75
4102	901.130	D-xylose	İlaç hariç	5,73
4103	901.140	Elastin		6,58
4104	901.145	Elektroforez, İzoelektrik odaklama İİOS	Sadece üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından faturalandırılır.	57,00
4105	901.146	Elektroforez, Kapiller İmmun çikarım	Sadece üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından faturalandırılır.	57,00
4106	901.150	Fritrosil plasmalogen analizi (C:16 DMA,C:DMA) (GC/MS)	Gaz kromatografisi/kütle spektromet	34,40
4107	901.160	Estradiol		10,12
4108	901.170	Estriol (E3)		10,12
4109	901.180	Etanol		25,80
4110	901.190	Famul jel testi		4,38
4111	901.200	Ethosuximide		14,00
4112	901.201	Everolimus	901.790 ,901.791 ile birlikte faturalandırılmaz.	59,02
4113	901.210	Fenilalanin yüklem testi		21,59
4114	901.220	Ferritin		8,43
4115	901.221	FFN (fötal fibronektin) testi		21,59
4116	901.230	Fitanik asit analizi (GC/MS)	Gaz kromatografisi/kütle spektromet	25,80
4117	901.240	Folat		10,96
4118	901.250	Fosfolipid		3,71
4119	901.260	Fosfor (P)		1,69
4120	901.270	Fruktozamin		7,25
4121	901.280	FSH		10,12
4122	901.290	Fumaril asetoasetaz	Tirozinemi tip 1 vakalarında	34,40
4123	901.300	Gaita steatokrit		3,71
4124	901.310	Gaitada nitrojen tayini (24 saatlik)		4,38
4125	901.320	Gaitada pH		2,19
4126	901.330	Gaitada sindirim durumu		4,38

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
4127	901.340	Gaitada ster kobilin aranması		7,25
4128	901.350	Gaitada şeker kronotografisi (Her biri)		4,38
4129	901.370	Galaktoz		8,60
4130	901.380	Gamma naphthil c-butirat esteraz		8,60
4131	901.390	Gamma glutamil transferaz (GGT)		1,85
4132	901.400	Gastrin		14,00
4133	901.420	Gebelik testi (İdrarda)		5,90
4134	901.430	Gıda katkı maddeleri provokasyon testleri		12,98
4135	901.440	Glikojen (Lökosit veya karaciğer)		34,40
4136	901.450	Glikolize hemoglobin (Hb A1C), HPLC yöntemi ile		28,67
4137	901.460	Glikolize hemoglobin (Hb A1C)		6,75
4138	901.470	Glukagon		8,60
4139	901.480	Glukagon testi		43,00
4140	901.490	Gluko test (Hastabası, glukometrik)		2,53
4141	901.500	Glukoz		1,69
4142	901.510	Glukoz 6-fosfat dehidrogenaz, (G-6-PD)		9,75
4143	901.520	Glukoz Tolerans testi	Oral veya İntravenöz	25,80
4144	901.530	Glukoz-6-fosfataz		21,59
4145	901.540	Glukoz-STH testi		34,40
4146	901.550	Lapto globin		14,00
4147	901.560	HbA2		8,60
4148	901.570	hCG testi		5,90
4149	901.580	HDL kolesterol		2,70
4150	901.590	İlekozaminidaz A		34,40
4151	901.600	Hematokrit (Manuel)		1,52
4152	901.610	Hemoglobin (İdrarda)		4,38
4153	901.620	Tam Kan (Hemogram)		5,06
4154	901.630	5 Hidroksitriptamin (Serotonin)		35,75
4155	901.640	Hidroksipirolin		28,67
4156	901.650	High resolution boyama tekniği		34,40
4157	901.660	High resolution protein elektroforezi	Sadece üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından faturalandırılır.	28,67
4158	901.670	Histamin		10,12
4159	901.680	Homosistein		33,73
4160	901.690	İluman plasental laktोज		12,98
4161	901.700	Hücre sayımı (Vücut sıvıları)		2,87
4162	901.710	Ig D		15,85
4163	901.720	IgG indext		28,67
4164	901.730	İdrar mikroskobisi		3,04
4165	901.740	İdrar ozmolaritesi		3,04
4166	901.750	İdrar tekli (Strip ile)	901.770 ve 901.780 ile birlikte faturalandırılmaz.	2,02
4167	901.770	İdrar tekli (Tam otomatik taranma amaçlı)	901.730,901.750 ve 901.780 ile birlikte faturalandırılmaz.	6,75
4168	901.780	İdrar tekli (Tam otomatik, idrar biyokimyası ve mikroskopisi)	901.730, 901.750ve 901.770 ile birlikte faturalandırılmaz.	8,43
4169	901.790	İlaç düzeyi (TPA, EMIT, Nefelometrik) (Her bir ilaç için)	Aynı ilaç için 901.791 ile birlikte faturalandırılmaz.	16,86
4170	901.791	İlaç düzeyi (HPLC)	901.790 ile birlikte faturalandırılmaz.	30,35
4171	901.800	İmmün kompleks (Her biri)		25,80
4172	901.810	İmmün yetmezlik paneli		92,92
4173	901.820	İmmünoфикasyon elektroforezi		57,17
4174	901.830	İnhibin A		35,75
4175	901.840	İnşülin		8,60
4176	901.850	İnşülin like growth faktör bağlayan protein-3		21,59
4177	901.860	İnşülin-ACTH-kortizol testi		78,75
4178	901.870	İnşülin-STH testi		50,08
4179	901.880	İyonize kalsiyum		4,38
4180	901.890	İyot (İdrarda)		20,07
4181	901.900	Kalsitonin		21,59
4182	901.910	Kalsiyum (Ca)		1,85
4183	901.920	Kan gazları	Tüm parametreler dahil	8,60
4184	901.940	Kan üre azotu (BUN)		1,85
4185	901.950	Karütitatif aminoasit analizi (20 aminoasit)	Tandem MS	40,13
4186	901.960	Kapiller serum protein elektroforezi		43,00
4187	901.970	Kappa hafif zincir (Total, serbest), her biri		21,59
4188	901.980	Karanlık alan inclemesi		7,25
4189	901.990	Karboksihemoglobin		14,00
4190	902.000	Karma antijen komple imünizasyonu		11,47
4191	902.010	Karmitin		5,73
4192	902.020	Karmitin/açilkarmitin analizi (Tandem MS)		32,88
4193	902.030	Karsinoembriyonik antijen (CEA)		11,80
4194	902.040	Karekollaminler ve metabolitleri		34,40
4195	902.050	Ketosisitler		5,71
4196	902.060	Keton		5,73
4197	902.070	Kinidin		17,20
4198	902.080	Klonidin ya da L-Dopa ile biyüme testi		20,07
4199	902.090	Klor (Cl)		1,69
4200	902.100	Kloproprazin ile prolaktin stimülasyon testi (ilaç hariç)		43,00
4201	902.110	Kolesterol		1,85
4202	902.120	Kollegen tip I N terminal (NTx) (Serum, idrar) her biri; Ctx (İdrar)		50,08
4203	902.130	Kompleman antijenleri (Her biri)		12,98
4204	902.140	Kompleman komponent faktör H.		7,25
4205	902.150	Kompleman komponent faktör I.		7,25
4206	902.160	Kompleman komponent properdin		7,25
4207	902.170	Kortizol		10,96
4208	902.180	Kreatin		3,71
4209	902.190	Kreatin kinaz (CK)		2,36
4210	902.200	Kreatin kinaz izoenzimleri		34,40
4211	902.210	Kreatinin		1,85
4212	902.220	Kreatinin klrens testi		5,73

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
4213	902.221	Krom (Atomik absorpsiyon)		28,67
4214	902.231	Kürsun		17,20
4215	902.240	Kütle CK-MB		17,20
4216	902.250	Laktat		11,47
4217	902.260	Laktik Dehidrogenaz (LDH)		1,69
4218	902.270	Lambda hafif zincir (Total, serbest), her biri		21,59
4219	902.280	LDH izoenzimleri (Elektroforez)		38,62
4220	902.290	LDL kolesterol		4,22
4221	902.300	L-dopa-prolaktin supresyon testi		43,00
4222	902.310	Lesitin sfingomyelin (L/S)amniyon sıvısı		11,47
4223	902.320	Lipaz		3,54
4224	902.330	Lipid elektroforezi		11,47
4225	902.340	Lipoprotein a		8,60
4226	902.350	Lityum		10,12
4227	902.360	Lizozomal prenatal tani, en az 5 test	Total heksosaminidaz, heksosaminidaz A, Beta galaktosidaz, Alfa galaktosidaz, aril sülfataz A, galaktosil seramidaz, glikosil seramidaz testlerinden en az 5'i	350,25
4228	902.370	Lökosit sayımı (Manuel)		2,87
4229	902.380	Lökosit izolasyonu, her numune için		30,02
4230	902.390	Lösin amino peptidaz		5,06
4231	902.400	LRH testi		43,00
4232	902.410	Lüteleştirin hormon (LH)		10,12
4233	902.420	Magnezyum		4,38
4234	902.450	Mannitol klirensi (CMN)		3,71
4235	902.460	Melatonin		21,59
4236	902.470	Methotrexat		35,75
4237	902.480	Metil malonik asit		3,71
4238	902.490	Metil malonik asit (Özel kromatografi)		21,59
4239	902.500	Mctirapon testi		30,02
4240	902.510	MIF testi		8,60
4241	902.520	Mide suyu analizi		5,06
4242	902.540	Mikroalbumin		10,12
4243	902.550	Mikroprotein		8,60
4244	902.570	Miyogloblin		17,20
4245	902.580	Morfin aranması (Özel kit ile)		3,71
4246	902.590	Mukopolisakkaridöz tip IX-L-Idurinidaz enzim tayini		11,47
4247	902.600	Mukopolisakkarit		3,71
4248	902.610	Mukopolisakkarit analizi (İdrarda)(yüksek rezolüsyonlu elektroforez)		50,59
4249	902.620	Mukopolisakkarit tayini (İdrarda)(semikantitatif)		14,33
4250	902.630	NaOH testi		5,73
4251	902.640	Naphthol-as-A2asetil-esteraz		17,20
4252	902.650	N-acetilglukoz aminidaz (NAG)		14,00
4253	902.660	Nazal provokasyon testleri		43,00
4254	902.670	Nazal sekresyon incelenmesi		4,38
4255	902.680	NBT (Kalitatif)		5,73
4256	902.690	NBT (Kantitatif)		17,20
4257	902.700	Neonatal bilirubin		6,58
4258	902.710	Neonatal TSH		10,12
4259	902.720	Nikel		51,60
4260	902.730	Nitrik oksit		12,98
4261	902.740	Nitroprussid testi		3,71
4262	902.750	Nöromiyelitis Optikta IgG(NMO IgG)	Nöroloji, Pediatrik Nöroloji, Göz Hastalıkları uzman bekimlerinde istenmesi halinde faturalandırılır.	20,00
4263	902.760	Nöron spesifik enolaz		21,59
4264	902.770	Nötralizasyon testi		8,60
4265	902.780	Nükleer matriks protein (NMP 22)		57,17
4266	902.790	Oksalat		25,80
4267	902.800	Oligoklonal İBOs, immünglobulin bant elektroforezi		28,67
4268	902.810	Oligosakkarit analizi	Kromatografi	14,00
4269	902.820	Organik asitlerin prenatal tamları (GC/MS)	Gaz kromatografisütle spektro	77,23
4270	902.830	Organik asit analizi (İdrarda)		66,95
4271	902.840	Organik asitler (Özel kromatografi)(Her biri)		4,38
4272	902.850	Oritin karbamil transferaz		5,06
4273	902.860	Oritin tayini (İdrarda)		3,71
4274	902.870	Orotik asit tayini (İdrarda)		3,71
4275	902.880	Osteokalsin		31,53
4276	902.890	Osmadografi		343,00
4277	902.900	Ozmolarite		8,60
4278	902.910	Ostron		11,47
4279	902.920	Özel kromatografi (Her biri)		4,38
4280	902.940	Pankreas amilaz		7,25
4281	902.950	PAPP-A (Pregnant Associated Plasma Protein A)		21,59
4282	902.980	Parathormon (PTH)		11,80
4283	903.000	PCO2	901 920 ile birlikte faturalandırılmaz.	4,38
4284	903.010	Performe 17-ketosteroidler		4,38
4285	903.020	Periferik yayma (Formül lökosit) (Manuel)		1,69
4286	903.030	Peroxisomal hastalıkların prenatal tamları (GC/MS)	Gaz kromatografisütle spektro	77,23
4287	903.040	Piruvat		21,59
4288	903.050	Pitresin ACTH kortizol (6 ACTH, 6 kortizol)		77,23
4289	903.060	Pitresin S/H testi (6 HGH)		25,80
4290	903.070	PO2	901 920 ile birlikte faturalandırılmaz.	4,38
4291	903.080	Polyansature yağ asitleri (PUFA) analizi (GC/MS)	Gaz kromatografisütle spektro	34,40
4292	903.090	Porfirin (Kalitatif)		11,47
4293	903.100	Porfirin (Kantitatif)		35,75
4294	903.110	Porfobilinojen (Kantitatif) (İdrarda)		35,75



## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
4295	903.120	Post prandial kan şekeri (tokluk kan şekeri)		1,85
4296	903.130	Potasyum		1,85
4297	903.140	Prealbumin		14,00
4298	903.150	Pristanik asit analizi (GC/MS)	Gaz kromatografisi/kütle spektro	25,80
4299	903.160	Pro-BNP(pro-brain natriuretic peptide), BNP (brain natriuretic peptide)	Dahiliye, Göğüs Hastalıkları, Kardiyoloji, Çocuk Hastalıkları, Kardiyovasküler Cerrahi veya Göğüs Cerrahi uzman hekimlerince istenilmesi halinde faturalandırılır.	50,59
4300	903.170	Procacitonin		43,00
4301	903.180	Progesteron		11,80
4302	903.200	Prokolajen III (N terminal propeptid)		25,80
4303	903.210	Prolaktin		11,80
4304	903.220	Prostat spesifik antijen (PSA)		10,96
4305	903.230	Prostatik asit fosfataz (PAP)		14,33
4306	903.240	Protein (Serum ve vücut sıvıları, herbiri)		1,85
4307	903.250	Protein elektroforezi (Serum ve vücut sıvıları)		18,72
4308	903.260	Protein kantitatif (İdrarda)		2,87
4309	903.280	PSA (Serbest)		17,20
4310	903.290	Pseudokolin esteraz		8,60
4311	903.300	QT dispersiyon değerlendirilmesi		14,33
4312	903.310	Radio-alerjen sorbent test (RAST) spesifik IgE, tek allerjen ile		21,59
4313	903.320	Radyoaktif invitro globin zincir sentezi		400,17
4314	903.330	Remin		21,59
4315	903.340	Retinol Binding Protein (RBP)		17,20
4316	903.350	Revers T-3 (R-T-3)		7,59
4317	903.360	Ring testi		4,38
4318	903.370	Rivalla		4,38
4319	903.380	Romatoid faktör (RF) (Titridimetrik)		4,22
4320	903.381	Romatoid faktör (RF) (Nefelometrik)		7,59
4321	903.390	Rotavirüs RNA elektroforezi		45,87
4322	903.399	S100 proteini		77,23
4323	903.400	Sedimentasyon		2,87
4324	903.410	Seks hormon bağlayıcı globulin (SHBG)		21,59
4325	903.420	Selenyum		12,98
4326	903.430	Sensitif CRP, Mikro CRP	Normal CRP değeri cut off değerinin altında ise talep edilebilir.	15,18
4327	903.440	Serbest beta HCG	900.650 ile birlikte faturalandırılmaz.	14,33
4328	903.450	Serbest Hemoglobin		3,71
4329	903.460	Serbest kortizol (İdrar)		6,58
4330	903.470	Serbest T3		7,59
4331	903.480	Serbest T4		7,59
4332	903.490	Serbest testosteron		14,33
4333	903.500	Serbest Tirotksin İndeksi (FTI)		10,12
4334	903.510	Serebrosid beta galaktosidaz		30,02
4335	903.520	Seruloplazmin (Nefelometri dışı)		3,37
4336	903.530	Seruloplazmin (Nefelometrik)		10,12
4337	903.540	Serum ACE düzeyi		14,33
4338	903.550	Serum Amiloid A		20,07
4339	903.560	Serum immünelektroforezi		85,83
4340	903.570	Serumda prolin tayini		3,71
4341	903.580	Setling testi		3,71
4342	903.590	Sfingomyelinaz		34,40
4343	903.600	Shwartz-Watson testi		3,71
4344	903.610	Sialik asit		14,33
4345	903.620	Sifrat(Cyfra)		28,67
4346	903.630	Sistatin C		14,33
4347	903.640	Sistin (İdrarda)		11,47
4348	903.660	Sitrat (İdrarda)		21,59
4349	903.670	Sodyum (Na) (Serum ve vücut sıvılarında, herbiri)		1,85
4350	903.680	Somatomedin-C		28,67
4351	903.690	Somatotropin (S111)		14,33
4352	903.710	Spesifik IgE (5H mikS)	Strip testler faturalandırılmaz. Sadece göğüs hastalıkları, erişkin/çocuk allerji veya immünoloji uzman hekim tarafından istenilmesi halinde, test sonuçlarına ait orijinal cihaz çıkışının imzalı fotokopisi ile en fazla iki adet faturalandırılır.	35,75
4353	903.720	Spesifik IgE:	Strip testler faturalandırılmaz. 700.050 deri prick testinin sonucunun pozitif olduğunun belgelenmesi halinde; sadece göğüs hastalıkları erişkin/çocuk allerji veya immünoloji uzman hekim tarafından istenilmesi halinde, test sonuçlarına ait orijinal cihaz çıkışının imzalı fotokopisi ile en fazla iki adet faturalandırılır.	28,67
4354	903.750	Su kıyaslama testi		20,07
4355	903.760	Su vükleleme testi		43,00
4356	903.780	Sükröz gradient testi		5,73
4357	903.790	Şeker kromatografisi her biri, idrarda		4,38
4358	903.800	Şeker su testi		5,73
4359	903.805	Siroliimus kan düzeyi tayini	901.790, 901.791 ile birlikte faturalandırılmaz.	59,02
4360	903.810	Takrolimus (FK 506)	901.790, 901.791 ile birlikte faturalandırılmaz.	59,02
4361	903.820	Tesfilin süpresor		8,60
4362	903.830	Tiroglobulin		14,33
4363	903.840	Tiroid stimüle edici immunglobulin (TSI)		43,00
4364	903.850	Tirotksın bağlayan globulin (TBG)		14,33
4365	903.860	Tirotksın bağlayan inhibitör immünoglobulin (TIBI)		17,20
4366	903.870	Tolbutamid testi		25,80

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
4367	903.880	Total anti-oksidan aktivite (TAOA)		14,33
4368	903.890	Total Igt:	Bir adet faturalandırılır.	15,18
4369	903.900	Total lipid		2,87
4370	903.930	Total testesteron		8,43
4371	903.950	Transferrin		14,33
4372	903.960	TRF testi		5,06
4373	903.970	TRH prolaktin testi		14,00
4374	903.980	TRH stimülasyon testi		35,75
4375	903.990	Trigliserid		2,02
4376	903.991	Tripsinojen-2, idrarda		21,59
4377	904.000	Triptaz		21,59
4378	904.010	Troponin I		15,18
4379	904.020	Troponin T		16,86
4380	904.030	TSH		7,59
4381	904.040	TSH reseptör bloke edici antikor (TRB)		21,59
4382	904.050	TSH stimülasyon testi		14,33
4383	904.060	TSH stimülasyon testi	İlaç dahil	34,40
4384	904.070	Tuz yüklemesi testi		4,38
4385	904.075	Ter testi		57,17
4386	904.080	Uzun zincirli yağ asitleri, her biri		17,20
4387	904.090	Uçlül testi (U3-İHG-A1P)	900.250, 901.170, 901.570 ile birlikte faturalandırılmaz.	57,17
4388	904.100	Üre klirensi		7,25
4389	904.110	Üreaz testi (Helicobacter pylori)		7,25
4390	904.120	Ürik asit		1,85
4391	904.130	Vanil mandelik asit (VMA)		28,67
4392	904.140	Vitamin A (karoten)		28,67
4393	904.150	Vitamin B12		8,43
4394	904.160	Vitamin C		35,75
4395	904.170	Vitamin E		35,75
4396	904.200	Vücut sıvılarının PH ölçümü		3,71
4397	904.210	Weinberg testi		8,60
4398	904.220	Yağ asidi (Gaz kromatografisi)	Her bir örnek için	5,73
4399	904.230	Yenidoğan taraması (Tandem MS)		43,00
4400	904.240	aCPT (CARD test)		12,14
4401	904.250	Alfa-2 antiplazmin		17,20
4402	904.260	Alfa-2 antiplazmin - plazmin kompleks		17,20
4403	904.270	Alfa-2 makroglobulin		10,12
4404	904.280	Aktive protein C rezistansı		43,00
4405	904.290	APTT		9,11
4406	904.300	APTT-LA		20,07
4407	904.310	APTT (CARD Test)		9,11
4408	904.320	Anormal hemogloblin taraması		43,00
4409	904.330	Anti Faktör II a		43,00
4410	904.340	Anti Faktör X a		43,00
4411	904.350	Anti Thrombin 3 Aktivitesi		20,07
4412	904.360	Antijene özgün sitotoksik yamıt, tetramer ile		257,34
4413	904.370	Asit hemoliz testi (Asit Ham testi)		7,25
4414	904.380	Beta-tromboglobulin		37,27
4415	904.390	D-dimer, kalitatif		17,20
4416	904.400	D-dimer, kantitatif		37,27
4417	904.410	Demir boyası		10,12
4418	904.420	Demir, idrarda		4,05
4419	904.430	Doku Plazminojen aktivatör (TPA)		43,00
4420	904.440	Dört basamaklı doku tiplendirme (Kök hücre nakli,her tokus için)	Doku Tiplendirme Laboratuvar Merkez/leri tarafından çalışılabilir.Sonuç belgesi istendiği takdirde Kuruma ibraz etmek üzere saklanmak kaydıyla, yapılan işlemlere ait teknik açıklamayı içeren ayrıntılı raporla faturalandırılır.İşlem basamakları dahildir.İşlem Basamakları olarak Moleküler kodlar ile faturalandırılmaz. (Preimplantasyon Genetik Testikler ,Hematolojik Maljeniteler için moleküler test çalışmaları yapıldığında moleküler kodlarla faturalandırılır.)	714,67
4421	904.445	Donör Spesifik Antikor (DSA)	Doku Tiplendirme Laboratuvar Merkez/leri tarafından çalışılabilir.Sonuç belgesi istendiği takdirde Kuruma ibraz etmek üzere saklanmalıdır.İşlem basamakları dahildir.	100,00
4422	904.450	Eozinofil katyonik protein		50,08
4423	904.460	Eozinofil sayımı		4,05
4424	904.470	Eritropoetin		37,27
4425	904.480	Eritrosit sayısayımı		5,73
4426	904.490	Eritrosit enzim paneli		17,20
4427	904.500	Euglobulin lizis		4,38
4428	904.510	F8 antikorlu		20,07
4429	904.520	F9 antikorlu		20,07
4430	904.530	Faktör 2-13 (Her bir faktör için)		34,40
4431	904.540	Faktör 7 antijeni		34,40
4432	904.550	Faktör inhibitör tayini		28,67
4433	904.560	Fetal hemoglobin (HbF-Singer testi)		4,38
4434	904.570	Fetal hemoglobin boyası		5,73
4435	904.580	Fetal hücre		21,59
4436	904.590	Fibrin monomerleri		5,73
4437	904.600	Fibrin yıkım ürünleri (Kantitatif)		10,12
4438	904.610	Fibrinojen		10,12
4439	904.620	Fibrinopeptidaz		11,47
4440	904.630	Fibronektin		17,20
4441	904.640	Global fibrinolitik kapasite		143,00

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
4442	904.650	1Ib II Boyası		4,38
4443	904.660	1Ib S		17,20
4444	904.670	1IbII (Alfa talasemi paneli)		34,40
4445	904.680	Heinz-body aranması		5,73
4446	904.690	Hemogloblin elektroforezi 1IPLC ile		64,42
4447	904.700	Hemogloblin elektroforezi Agar jel ile		43,00
4448	904.710	Hemogloblin zincir analizi (HPLC)		64,42
4449	904.720	Heparin		10,79
4450	904.730	Heparin kofaktör II		8,60
4451	904.740	IILA-ABC, serolojik	Doku Tipendirme Laboratuvar Merkezleri tarafından çalıştırılır.Sonuç belgesi istendiği takdirde Kuruma ibraz etmek üzere saklanmak kaydıyla, yapılan işlemlere ait ayrıntılı teknik açıklamayı içeren rapora faturalandırılır.İşlem basamakları dahildir.İşlem Basamakları olarak Moleküler kodlar ile faturalandırılmaz. (Preimplantasyon Genetik Tetkikler ,Hematolojik Maligniteler için moleküler test çalışmaları yapıldığında moleküler kodlarla faturalandırılır. (A için bir adet, B için bir adet,C için bir adet faturalandırılır)	59,02
4452	904.750	HLA-DR,DQ serolojik	Doku Tipendirme Laboratuvar Merkezleri tarafından çalıştırılır.Sonuç belgesi istendiği takdirde Kuruma ibraz etmek üzere saklanmak kaydıyla, yapılan işlemlere ait ayrıntılı teknik açıklamayı içeren rapora faturalandırılır.İşlem basamakları dahildir.İşlem Basamakları olarak Moleküler kodlar ile faturalandırılmaz. (Preimplantasyon genetik tetkikler, hematolojik maligniteler için moleküler test çalışmaları yapıldığında moleküler kodlarla faturalandırılır.) (DR için bir adet, DQ için bir adet faturalandırılır.)	59,02
4453	904.760	HLA A, B, C moleküler yüksek çözünürlükte	Doku Tipendirme Laboratuvar Merkezleri tarafından çalıştırılır.Sonuç belgesi istendiği takdirde Kuruma ibraz etmek üzere saklanmak kaydıyla, yapılan işlemlere ait ayrıntılı teknik açıklamayı içeren rapora faturalandırılır.İşlem basamakları dahildir.İşlem Basamakları olarak Moleküler kodlar ile faturalandırılmaz. (Preimplantasyon genetik tetkikler, hematolojik maligniteler için moleküler test çalışmaları yapıldığında moleküler kodlarla faturalandırılır.) (A için bir adet, B için bir adet,C için bir adet faturalandırılır)	227,66
4454	904.770	HLA B27	Sonuç raporu ile birlikte faturalandırılır.	22,93
4455	904.780	HLA DP, DR, DQ moleküler yüksek çözünürlükte	Doku Tipendirme Laboratuvar Merkezleri tarafından çalıştırılır.Sonuç belgesi istendiği takdirde Kuruma ibraz etmek üzere saklanmak kaydıyla, yapılan işlemlere ait ayrıntılı teknik açıklamayı içeren rapora faturalandırılır.İşlem basamakları dahildir.İşlem Basamakları olarak Moleküler kodlar ile faturalandırılmaz. (Preimplantasyon Genetik Tetkikler ,Hematolojik Maligniteler için moleküler test çalışmaları yapıldığında moleküler kodlarla faturalandırılır.) (DP için bir adet,DR için bir adet,DQ için bir adet faturalandırılır)	227,66
4456	904.790	HLA uygun donör taranması, aile içi	Doku Tipendirme Laboratuvar Merkezleri tarafından çalıştırılır.Sonuç belgesi istendiği takdirde Kuruma ibraz etmek üzere saklanmak kaydıyla, yapılan işlemlere ait ayrıntılı teknik açıklamayı içeren rapora faturalandırılır.İşlem basamakları dahildir.İşlem Basamakları olarak Moleküler kodlar ile faturalandırılmaz. (Preimplantasyon genetik tetkikler, hematolojik maligniteler için moleküler test çalışmaları yapıldığında moleküler kodlarla faturalandırılır.)	228,67
4457	904.800	IILA-A, B, C moleküler düşük çözünürlükte	Doku Tipendirme Laboratuvar Merkezleri tarafından çalıştırılır.Sonuç belgesi istendiği takdirde Kuruma ibraz etmek üzere saklanmak kaydıyla, yapılan işlemlere ait ayrıntılı teknik açıklamayı içeren rapora faturalandırılır.İşlem basamakları dahildir. İşlem Basamakları olarak Moleküler kodlar ile faturalandırılmaz. (Preimplantasyon Genetik Tetkikler ,Hematolojik Maligniteler için moleküler test çalışmaları yapıldığında moleküler kodlarla faturalandırılır. (A için bir adet,B için bir adet,C için bir adet faturalandırılır.)	168,63

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
4458	904.810	H1A-DR, DP, DQ moleküller düşük çözünürlükte	Doku Tipendirme Laboratuvar Merkezleri tarafından çalıştırılır.Sonuç belgesi istendiği takdirde Kuruma ibraz etmek üzere saklanmak kaydıyla, yapılan işlemlere ait ayrıntılı teknik açıklamayı içeren raporla faturalandırılır.İşlem basamakları dahildir.İşlem Basamakları olarak Moleküller kodlar ile faturalandırılmaz. (Preimplantasyon genetik tetkikler, hematolojik maligniteler için moleküller test çalışmaları yapıldığında moleküller kodlarla faturalandırılır.) (DR için bir adet, DP için bir adet, DQ için bir adet faturalandırılır.)	168,63
4459	904.820	In vitro doku kültürü (semi solid agar)		51,60
4460	904.830	In vitro doku kültürü değerlendirilmesi, her bir koloni tipi		25,80
4461	904.840	İn vitro ilaç duyarlılığı, her bir ilaç		107,25
4462	904.850	Kanamama zamanı		2,87
4463	904.860	Kemotaksis (nötrofil-monosit)		8,60
4464	904.870	Koagülasyon faktör inhibitör testi		34,40
4465	904.880	Kollajen ADP (Tam otomatik cihazda trombosit agregasyonu)		60,03
4466	904.890	Kollajen epinephrin (1 tam otomatik cihazda trombosit agregasyonu)		60,03
4467	904.900	Krivo fibrinojen tayini		8,60
4468	904.910	Krivo globulin		8,60
4469	904.920	Lenfosit alt grupları	Ayrıntılı sonuç raporu ile en fazla bir adet faturalandırılır. 905,080 ile birlikte faturalandırılmaz.	143,00
4470	904.930	Lenfosit izolasyonu		11,47
4471	904.940	Lenfosit kemotaksis		25,80
4472	904.950	Lenfosit transformasyon (Komple)		20,07
4473	904.960	Lökosit adhezivite		7,25
4474	904.970	Lökosit fonksiyonları testi		14,33
4475	904.980	Lökosit sistin izolasyonu (HPLC)		64,42
4476	904.990	Lökositlerin antijen histamin salınımı		17,20
4477	905.000	Lupus antikoagülan (Doğrulama testi ile)		34,40
4478	905.010	Lupus antikoagülan taraması		10,12
4479	905.020	Lupus eritematozis (LE) hücresi		2,87
4480	905.030	Lymphokine Activated Killer (LAK)		34,40
4481	905.040	Mikst lenfosit kültürü (Her bir donör için)		34,40
4482	905.050	Minor HLA antijenleri (Her biri)		24,45
4483	905.060	Methemoglobin redüktaz		4,38
4484	905.070	Methemoglobin tayini		5,73
4485	905.080	Monoklonal antikor (Her biri)	Ayrıntılı sonuç raporu ile en fazla bir adet faturalandırılır. 904,920 ile birlikte faturalandırılmaz.Akım sitometresi	50,08
4486	905.090	Nükleik asit teknolojisi ile (NAI) HBS, HCV, HIV1 tayini		100,17
4487	905.100	Oksihemoglobin		14,00
4488	905.110	Oraklaşma testi		7,25
4489	905.120	Ozmotik frajilite testi		14,33
4490	905.130	Özel hematolojik boyalar PAS, Peroksidad, Sudan Black, LAP,vb)	Periferik kan, Kemik iliği her biri	14,33
4491	905.140	PAC-1 kompleksi (Flow sitometri)		55,82
4492	905.150	PAI-1 (Plazminojen aktivatör inhibitör 1)		28,67
4493	905.160	Panel reaktif antikor (PRA) Class I Antijene spesifik	Doku Tipendirme Laboratuvar Merkezleri tarafından çalıştırılır.Sonuç belgesi istendiği takdirde Kuruma ibraz etmek üzere saklanmak kaydıyla, yapılan işlemlere ait ayrıntılı teknik açıklamayı içeren raporla faturalandırılır. İşlem basamakları dahildir.İşlem Basamakları olarak Moleküller kodlar ile faturalandırılmaz. (Preimplantasyon genetik tetkikler, hematolojik maligniteler için moleküller test çalışmaları yapıldığında moleküller kodlarla faturalandırılır.)	126,48
4494	905.170	Panel reaktif antikor (PRA) Class I tarama	Doku Tipendirme Laboratuvar Merkezleri tarafından çalıştırılır.Sonuç belgesi istendiği takdirde Kuruma ibraz etmek üzere saklanmak kaydıyla, yapılan işlemlere ait ayrıntılı teknik açıklamayı içeren raporla faturalandırılır.İşlem basamakları dahildir.İşlem Basamakları olarak Moleküller kodlar ile faturalandırılmaz. (Preimplantasyon Genetik Tetkikler ,Hematolojik Maligniteler için moleküller test çalışmaları yapıldığında moleküller kodlarla faturalandırılır.)	77,23
4495	905.180	Panel reaktif antikor (PRA) Class II Antijene spesifik	Doku Tipendirme Laboratuvar Merkezleri tarafından çalıştırılır.Sonuç belgesi istendiği takdirde Kuruma ibraz etmek üzere saklanmak kaydıyla, yapılan işlemlere ait ayrıntılı teknik açıklamayı içeren ayrıntılı raporla faturalandırılır.İşlem Basamakları olarak Moleküller kodlar ile faturalandırılmaz. (Preimplantasyon genetik tetkikler, hematolojik maligniteler için moleküller test çalışmaları yapıldığında moleküller kodlarla faturalandırılır.)	126,48

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
4496	905.190	Panel reaktif antikor (PRA) Class II tarama	Doku Tipiendirme Laboratuvar Merkezleri tarafından çalışılabilir. Sonuç belgesi istendiğinde Kuruma ibraz etmek üzere saklanmak kaydıyla, yapılan işlemlere ait ayrıntılı teknik açıklanmayıp içeren ayrıntılı raporla faturalandırılır. İşlem Basamakları olarak Moleküller kodları ile faturalanamaz. (Prcimplantasyon genetik tetkikler, hematolojik maligniteler için moleküler test çalışmalarını yapıldığında moleküller kodlarıyla faturalandırılır.)	77,23
4497	905.195	PRA(anti-HLA antikoruna) High Resolution	Doku Tipiendirme Laboratuvar Merkezleri tarafından çalışılabilir. Sonuç belgesi istendiğinde Kuruma ibraz etmek üzere saklanmak kaydıyla, yapılan işlemlere ait ayrıntılı teknik açıklanmayıp içeren ayrıntılı raporla faturalandırılır. İşlem Basamakları olarak Moleküller kodları ile faturalanamaz. (Prcimplantasyon genetik tetkikler, hematolojik maligniteler için moleküler test çalışmalarını yapıldığında moleküller kodlarıyla faturalandırılır.)	150,00
4498	905.200	PbHt retraksiyonu		2,87
4499	905.210	PbHtlaşma zamanı		2,87
4500	905.220	Piruvat kinaz		5,73
4501	905.230	Platelet F4		71,50
4502	905.240	Plazminojen		28,67
4503	905.250	Plazminojen Aktivatör (PA)		24,45
4504	905.260	Protein C		64,42
4505	905.270	Protein C antijeni		43,00
4506	905.280	Protein S		64,42
4507	905.290	Protrombin fragman 1+2		43,00
4508	905.300	Protrombin kompleksi		10,12
4509	905.310	Protrombin kompleksi		34,40
4510	905.320	Protrombin zamanı (Kuşağılometre)		10,12
4511	905.330	Rekalsifikasyon zamanı		2,87
4512	905.340	Reptilaz zamanı		28,67
4513	905.350	Retikülosit sayısı		5,73
4514	905.360	Retikülosit sayısı (Otomatik sistem)		14,33
4515	905.370	Serum opsonik aktivite		10,12
4516	905.380	Sitotoksik lenfosit ait grupları (Panel)		111,64
4517	905.390	T ve B Lenfosit çapraz karşılaştırma, total, tek donör	Doku Tipiendirme Laboratuvar Merkezleri tarafından çalışılabilir. Sonuç belgesi istendiğinde Kuruma ibraz etmek üzere saklanmaktadır. İşlem basamakları dahildir. (T için bir adet, B için bir adet)	25,80
4518	905.395	T ve B Lenfosit çapraz karşılaştırma, tek donör (Akum sitometresi)	Doku Tipiendirme Laboratuvar Merkezleri tarafından çalışılabilir. İşlem basamakları dahildir ve orijinal cihaz çıkışı ile faturalandırılır. T ve B için ayrı ve 905 080 ile birlikte faturalandırılmaz.	150,00
4519	905.400	Stem hücre viyabilite testi		25,80
4520	905.410	Tissue factor pathway inhibitor (TFPI), serbest		71,50
4521	905.420	Tissue factor pathway inhibitor (TFPI), total		71,50
4522	905.430	Trombin aktive fibrinolitik inhibitörü (TAFI)		71,50
4523	905.440	Trombin zamanı		10,12
4524	905.450	Trombin ve Anti-Trombin kompleksi (Tat)		7,25
4525	905.460	Tromboelastogram, her bir kartuş		43,00
4526	905.470	Trombomodulin		28,67
4527	905.480	Tromboplastin jenerasyonu testi (TGT)		8,60
4528	905.490	Trombopocitin		28,67
4529	905.500	Trombosit adezivite testi		4,38
4530	905.510	Trombosit faktör 3 veya faktör 4		11,47
4531	905.520	Trombosit fonk.agregasyon (Her bir agregan için)		35,75
4532	905.530	Trombosit fonk.sekresyon (Her bir agregan için)		35,75
4533	905.540	Trombosüdin		8,60
4534	905.550	Trombosüan		35,75
4535	905.560	Unstabil hemoglobin-S presipitasyonu testi		3,71
4536	905.570	von Willebrand Faktör antijeni		35,75
4537	905.580	von Willebrand faktör, ristosetin kofaktör		57,17
4538	905.590	Actinomyces kültürü		43,00
4539	905.600	Anacrob kültürü		43,00
4540	905.610	Antibiyotik duyarlılık testi	Üreme var ise kültür sonucu ile faturalandırılır.	12,98
4541	905.640	Antifungal duyarlılık (F test), her biri		25,80
4542	905.650	Antifungal duyarlılık testi, her biri		5,73
4543	905.660	Antitüberküloz duyarlılık (E test), her biri		25,80
4544	905.661	Aspirat Kültürü		5,00
4545	905.670	Boğaz kültürü		2,53
4546	905.671	İdrar Kültürü		4,22
4547	905.672	Gaiata kültürü		5,06
4548	905.673	Kulak kültürü		4,22
4549	905.674	Yara kültürü		4,22
4550	905.675	Balgam Kültürü		4,22
4551	905.676	Vaggen cerviks		5,06
4552	905.677	Burun kültürü		4,22
4553	905.679	Konjunktiva kültürü		4,22
4554	905.680	Bakteri tanımlanması	Üreme var ise kültür sonucu ile faturalandırılır. 905.690, 905.700, 905.710, 905.720,906.040 ile birlikte faturalandırılmaz.	11,47
4555	905.690	Bakteri tanımlanması (Otomatik sistem )	Üreme var ise kültür sonucu ile faturalandırılır. 905.680, 905.700, 905.710, 905.720, 906.040 ile birlikte faturalandırılmaz.	16,86
4556	905.691	Otomatik rezidüel antimikrobiel aktivite		33,73

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
4557	905.700	Bakteri tanımlanması (Yarı otomatik sistem)	Çreme var ise kültür sonucu ile faturalandırılır. 905.680, 905.690, 905.710, 905.720, 906.040 ile birlikte faturalandırılmaz.	16,86
4558	905.710	Bakteri tanımlanması ve duyarlılık testi (Otomatik sistem )	Çreme var ise kültür sonucu ile faturalandırılır.905.610,905.680, 905.690, 905.700,905.720 , 906.040 ile birlikte faturalandırılmaz.	30,35
4559	905.720	Bakteri tanımlanması ve duyarlılık testi (Yarı otomatik sistem)	Çreme var ise kültür sonucu ile faturalandırılır. 905.610,905.680, 905.690, 905.700,905.710, 906.040 ile birlikte faturalandırılmaz.	30,02
4560	905.730	Beyin omurilik sıvısı (BOS) kültürü (Özel zenginleştirme ile)		10,12
4561	905.740	Boğmaca kültürü		21,59
4562	905.750	BOS lateks aglütinasyon testi		8,60
4563	905.760	Boyalı mikroskopik inceleme (Gram, M.mavisii, Wright, Ziehl-Neelsen, vb)		5,90
4564	905.770	Boyasız direkt mikroskopik inceleme		5,90
4565	905.780	Campylobacter kültürü		43,00
4566	905.800	Chlamydia kültürü		43,00
4567	905.810	Clostridium difficile kültürü		35,73
4568	905.820	Cryptococcus neoformans antijeni		25,80
4569	905.830	Cryptosporidium antijeni		25,80
4570	905.840	Cevresel allerjenik mantar saptanması		5,73
4571	905.850	Diğerleri kültürü		43,00
4572	905.860	Doğrudan parazi inceleme, cihaz ile	905.870, 905.920 ile birlikte faturalandırılmaz.	9,27
4573	905.870	Doğrudan parazi inceleme, mantel	905.860, 905.920 ile birlikte faturalandırılmaz.	5,73
4574	905.871	Doku Biyopsi Kültürü		4,22
4575	905.880	E.coli O157 H7 kültürü		21,59
4576	905.881	Ekleme Sıvısı Kültürü		4,22
4577	905.890	Eritrosit antijenleri (C, c, K, E, e gibi), her bir antijen		5,73
4578	905.900	Ev tozu (Mite) akarlarının aranması		4,38
4579	905.920	Gaitada amib-gardia aranması	905.860, 905.870 ile birlikte faturalandırılmaz.	2,53
4580	905.930	Gaitada gizli kan aranması, mantel		3,37
4581	905.931	Gaitada gizli kan aranması, otomatik cihaz ile		5,90
4582	905.940	Gardnerella vaginalis kültürü		43,00
4583	905.950	Genişletilmiş spektrumlu beta laktamaz (ESBL )	905.960 ile birlikte faturalandırılmaz. Disk difüzyon	7,25
4584	905.960	Genişletilmiş spektrumlu beta laktamaz (ESBL) ve sinerji (E test)	905.950 ile birlikte faturalandırılmaz.	26,98
4585	905.970	Gonokok kültürü		43,00
4586	905.980	Grup A streptokok tayini (Lateks veya ELISA)		7,25
4587	905.990	Haemophilus kültürü		25,80
4588	906.000	Helicobacter pylori kültürü		43,00
4589	906.001	Kanda Parazit Arama		8,43
4590	906.010	Kan kültürü (Aerob-anaerob)	906.020 ile birlikte faturalandırılmaz.	17,20
4591	906.020	Kan kültürü (Aerob-anaerob) otomatik sistem	906.010 ile birlikte faturalandırılmaz.	16,86
4592	906.040	Katalaz testi		11,47
4593	906.041	Kateter Kültürü		4,22
4594	906.050	Kolmer kompleman fiksasyon (CCI)		4,38
4595	906.060	Kültür ve antibiyotik duyarlılık testi (KAHT)		10,12
4596	906.070	Legionella kültürü		43,00
4597	906.080	Leishmania (Kan yayması)		10,12
4598	906.090	Leishmania kültürü		43,00
4599	906.091	Mantar Aranması (KOH ile )		4,22
4600	906.120	Mantar kültürü		28,67
4601	906.130	Mantar tanımlanması (Otomatik sistem )		28,67
4602	906.140	Mantar tanımlanması ve antifungal duyarlılık testi (otomatik sistem )		51,60
4603	906.141	Mikobakteri Aranması (ARB) Direkt mikroskopü		11,80
4604	906.150	Mikobakteri antibiyotik duyarlılık testi (Otomatik sistem), her biri		57,17
4605	906.160	Mikobakteri kültürü		33,73
4606	906.170	Mikobakteri kültürü (Çreme kontrollü otomatik sistem)		33,73
4607	906.180	Mikobakteri tiplendirme		16,86
4608	906.190	Mikoplazma kültürü		43,00
4609	906.200	Mikroplazma kültürü		18,72
4610	906.210	Minimal bakteriyel konsantrasyon (MBC)		17,20
4611	906.220	Minimal inhibitör konsantrasyonu (I-testi ile)		32,88
4612	906.221	Nazofarenks Kültürü		4,22
4613	906.222	Periton Sıvı Kültürü		4,22
4614	906.223	Plevral Sıvı Kültürü		4,22
4615	906.224	Safra Sıvısı Kültürü		4,22
4616	906.240	Serum antibiyotik bakteriyel aktivite		11,47
4617	906.250	Solumun sekresyonlarının kantitatif kültürü		34,40
4618	906.260	Streptokok grup tayini		8,60
4619	906.270	Trichomonas kültürü		25,80
4620	906.271	Tricrom boyama		10,12
4621	906.280	Ureaplasma kültürü		43,00
4622	906.290	VDRI -RPR		5,73
4623	906.300	Virus izolasyonu ve tiplendirme (Her bir virus için)		20,07
4624	906.320	Adacık hücre antikoru (İslet cell antikoru-ICA)		25,80
4625	906.330	Adenovirus antijeni (DFA)		25,80
4626	906.340	Anti asetikolin reseptör antikoru		32,88
4627	906.350	Anti CMV IgG (ELISA)		7,08
4628	906.360	Anti CMV IgG (Mikropartikül immün assay-MEIA veya benzeri)		13,49
4629	906.370	Anti CMV IgM (Mikropartikül immün assay-MEIA veya benzeri)		13,49
4630	906.380	Anti CMV IgM (ELISA)		7,08

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
4631	906.390	Anti DNA		17,20
4632	906.400	Anti DNase B		25,80
4633	906.410	Anti ds DNA		14,33
4634	906.420	Anti dđz kas antikorı (ASMA)		21,59
4635	906.430	Anti endomisyum antikor		21,59
4636	906.440	Anti fosfatidilserin IgA		25,80
4637	906.450	Anti fosfatidilserin IgG		25,80
4638	906.460	Anti fosfatidilserin IgM		25,80
4639	906.470	Anti fosfolipid IgG		17,20
4640	906.480	Anti fosfolipid IgM		17,20
4641	906.490	Anti Gliadin IgA		17,20
4642	906.500	Anti Gliadin IgG		17,20
4643	906.510	Anti HAV IgG (Mikropartikül immün assay-MEIA veya benzeri)		13,49
4644	906.520	Anti HAV IgG (ELISA)		6,07
4645	906.530	Anti HAV IgM (Mikropartikül immün assay-MEIA veya benzeri)		13,49
4646	906.540	Anti HAV IgM (ELISA)		6,07
4647	906.550	Anti Hbc IgG (ELISA)		6,07
4648	906.560	Anti Hbc IgG (Mikropartikül immün assay-MEIA veya benzeri)		13,49
4649	906.570	Anti Hbc IgM (ELISA)		6,07
4650	906.580	Anti Hbc IgM (Mikropartikül immün assay-MEIA veya benzeri)		13,49
4651	906.590	Anti Hbe (ELISA)		6,07
4652	906.600	Anti Hbe (Mikropartikül immün assay-MEIA veya benzeri)		13,49
4653	906.610	Anti HBs (ELISA)		6,07
4654	906.620	Anti HBs (Mikropartikül immün assay-MEIA veya benzeri)		13,49
4655	906.630	Anti HCV (ELISA)		6,07
4656	906.640	Anti HCV (Mikropartikül immün assay-MEIA veya benzeri)		13,49
4657	906.650	Anti Hepatit I: (H:V)		8,43
4658	906.660	Anti HIV (ELISA)		6,07
4659	906.670	Anti HIV (Kemilüminesans veya benzeri)		12,65
4660	906.680	Anti HIV Core		10,12
4661	906.690	Anti HIV Envelope		10,12
4662	906.700	Anti histon antikor		21,59
4663	906.710	Anti insülin antikor		21,59
4664	906.720	Anti Jo-1		15,85
4665	906.730	Anti kardiyolipin IgG		19,39
4666	906.740	Anti kardiyolipin IgM		19,39
4667	906.750	Anti mikrozomal antikor		19,39
4668	906.760	Anti mitokondriyal antikor (AMA)		18,72
4669	906.770	Anti nörofil sitotoksik antikor profili		34,44
4670	906.780	Anti miğfer antikor (ANA)		14,33
4671	906.790	Anti pariyetal antikor (APA)		21,59
4672	906.800	Anti ribozomal P protein		25,80
4673	906.810	Anti rabella IgG (ELISA)		6,07
4674	906.820	Anti rabella IgG (Kemilüminesans veya benzeri)		12,65
4675	906.830	Anti rabella IgM (ELISA)		6,07
4676	906.840	Anti rabella IgM (Kemilüminesans veya benzeri)		12,65
4677	906.850	Anti Scl 70		21,59
4678	906.860	Anti sentromer (IFA)		14,33
4679	906.870	Anti Sm D1		25,80
4680	906.880	Anti tıroglobulin antikor		15,85
4681	906.890	Anti toxoplazma IgA		12,65
4682	906.900	Anti toxoplazma IgG (ELISA)		6,07
4683	906.910	Anti toxoplazma IgG (Kemilüminesans veya benzeri)		12,65
4684	906.920	Anti toxoplazma IgM (ELISA)		6,07
4685	906.930	Anti toxoplazma IgM (Kemilüminesans veya benzeri)		12,65
4686	906.940	Anti ironbin 3 antijeni		17,20
4687	906.950	Antifosfolipid antikor		17,20
4688	906.960	Anti-GAD antikor		28,67
4689	906.970	Anti-HCV (Doğrudan dahil)	906.630, 906.640 ile birlikte faturalandırılmaz.	34,40
4690	906.980	Anti-Jo1 (Immuno blotting)		25,30
4691	906.990	Anti-Scl 70 (Immuno blotting)		25,30
4692	907.000	Anti-Sm (Immuno blotting)		25,30
4693	907.010	Anti-Sm/RNP (Immuno blotting)		25,30
4694	907.020	Anti-SSA (Immuno blotting)		25,30
4695	907.021	Anti-SSA (ELISA)		10,12
4696	907.030	Anti-SSB (Immuno blotting)		25,30
4697	907.031	Anti-SSB (ELISA)		10,12
4698	907.040	Borrelia burgdorferi antikor (Western blot)		50,59
4699	907.050	Borrelia burgdorferi IgG		14,33
4700	907.060	Borrelia burgdorferi IgM		14,33
4701	907.070	Brucella aglütinasyon testi (Rose Bengal)		2,53
4702	907.080	Brucella aglütinasyonu (Coombs antiserumu ile)		10,12
4703	907.090	Brucella tip aglütinasyonu		4,38
4704	907.091	Brucella Ig G (ELISA)		6,07
4705	907.092	Brucella Ig M (ELISA)		6,07
4706	907.100	Cardiodomannan		64,42
4707	907.101	Cyclic citrullinated peptide (CCP)		21,59
4708	907.110	Chlamydia antijeni (CARD test)		30,02
4709	907.120	Chlamydia pneumonia IgA		21,59
4710	907.130	Chlamydia pneumoniae IgG		20,07
4711	907.140	Chlamydia pneumoniae IgM		20,07
4712	907.150	Chlamydia trachomatis (Df/A)		25,80
4713	907.160	Chlamydia trachomatis IgG		20,07
4714	907.170	Chlamydia trachomatis IgM		20,07

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
4715	907.180	Clostridium difficile toksin-A		28,67
4716	907.190	Clostridium difficile toksin-A ve B		28,67
4717	907.200	CMV antijenemisi viral yük (IFA)	Sonuç raporu ile birlikte faturalandırılır.	207,25
4718	907.210	CMV Early antijen		24,45
4719	907.220	CMV IgG avidite		27,32
4720	907.230	Delta antijeni		14,33
4721	907.240	Delta antikorü		14,33
4722	907.250	Difteri antitoksin		34,40
4723	907.260	E.coli O157 H7 (Lateks aglütinasyon)		14,33
4724	907.270	EA rozet testi		14,33
4725	907.280	E-BV EA		15,85
4726	907.290	EBV EBNA IgG		15,85
4727	907.300	EBV FBNA IgM		15,85
4728	907.310	E-BV VCA IgG		15,85
4729	907.320	EBV VCA IgM		15,85
4730	907.330	FluFC toksin		20,07
4731	907.340	Ekstrakte edilebilir nükleoer antijene karşı antikor (anti-ENA)		20,07
4732	907.350	Entamoeba histolytica adezin antijeni (Disko)		24,45
4733	907.360	Entamoeba histolytica antikor (HIA)		24,45
4734	907.370	Enterik adenovirüs antijeni		24,45
4735	907.380	E-rozet testi		8,60
4736	907.390	Galaktomannan antijeni	1 haftada en fazla 2 defa faturalandırılır.	64,42
4737	907.400	Giardia antijeni		25,80
4738	907.410	HBeAg (ELISA)		6,07
4739	907.420	HBeAg (Kemoluminesans veya benzeri)		12,65
4740	907.430	HBsAg (CARD test)		4,22
4741	907.440	HBsAg (ELISA)		4,89
4742	907.450	HBsAg (Kemoluminesans veya benzeri)		12,65
4743	907.460	HCV (CARD test)		4,22
4744	907.470	HCV (ELISA)		8,43
4745	907.480	HCV (Kemoluminesans veya benzeri)		16,86
4746	907.490	Helicobacter pylori direk antijen		25,80
4747	907.500	Helicobacter pylori IgA (I-ELISA)		9,61
4748	907.510	Helicobacter pylori IgG (ELISA)		5,90
4749	907.520	Herpes simpleks tip 1 IgG		20,07
4750	907.530	I Herpes simpleks tip 1 IgM		20,07
4751	907.540	Herpes simpleks tip 1/2 IgG		20,07
4752	907.550	Herpes simpleks tip 1/2 IgM		20,07
4753	907.560	Herpes simpleks tip 2 IgG		20,07
4754	907.570	Herpes simpleks tip 2 IgM		20,07
4755	907.580	Heisterofil antikor deneyi		5,73
4756	907.590	HIV 1/2 (Hızlı test)		6,07
4757	907.600	HIV doğrulama (Western-blot)		65,09
4758	907.610	HIV konfirmasyon		27,15
4759	907.620	IgA (Nefelometrik)		8,43
4760	907.621	IgA (Türbidimetrik)		4,22
4761	907.630	IgG (Nefelometrik)		8,43
4762	907.631	IgG (Türbidimetrik)		4,22
4763	907.640	IgM (Nefelometrik)		8,43
4764	907.641	IgM (Türbidimetrik)		4,22
4765	907.660	Influenza virus antijeni (DFA)		25,80
4766	907.680	Kabakulak antikorü (Hemagglütinasyon önlenim)		14,00
4767	907.690	Kabakulak IgG (ELISA)		8,43
4768	907.700	Kabakulak IgM (ELISA)		8,43
4769	907.710	Kızamık IgG		8,43
4770	907.720	Kızamık IgM		10,12
4771	907.730	Kist hidatik (İndirekt hemagglütinasyon)		15,85
4772	907.740	Kollajen Tip I C Terminal (CICP)		35,75
4773	907.750	Legionella antijeni (Ildrar)		57,17
4774	907.760	Legionella pneumophila (DFA)		20,07
4775	907.770	Legionella pneumophila IgG (ELISA)		9,61
4776	907.780	Legionella pneumophila IgM (ELISA)		9,61
4777	907.790	Ig G alt sınıfları		92,92
4778	907.800	Listeria aglütinasyonu		4,38
4779	907.810	Liver kidney mikrozomal antikor (IFA)		20,07
4780	907.820	Malaria hızlı test (Labor)		15,85
4781	907.830	Mono test (1 tan heterofil antikorlar)		4,38
4782	907.840	MPO ANCA		20,07
4783	907.850	Mycoplasma pneumonia (DFA)		25,80
4784	907.860	Mycoplasma pneumoniae IgG (ELISA)		8,43
4785	907.870	Mycoplasma pneumoniae IgM (ELISA)		8,43
4786	907.871	Nükleosom		15,85
4787	907.880	p-ANCA (Antimiyeloperoksidaz) (ELISA)		9,61
4788	907.890	Parainfluenza virus antijeni (DFA)		25,80
4789	907.900	Parvovirus B19 IgG		20,07
4790	907.910	Parvovirus B19 IgM		20,07
4791	907.920	Plasmodium artemisi (Kalın damla-periferik yayma)		8,60
4792	907.930	Pneumocystis carinii (DFA)		43,00
4793	907.940	Prnokok antikor		11,47
4794	907.950	PR3 ANCA		25,80
4795	907.970	Romatoid faktör (RF) (Lateks aglütinasyon)		2,53
4796	907.980	Rotavirus antijeni		28,67
4797	907.990	Rubella antikor	1 Hemagglütinasyon inhibisyon	12,98
4798	908.000	Rubella IgG avidite		25,80
4799	908.010	S-adezyon molekülleri (Her biri)		34,40
4800	908.030	Sitokin ölçümü (Her bir sitokin için)		15,85
4801	908.040	Solumun sinsiyal virüsü (RSV, DFA)		17,20



## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SİRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
4802	908.050	Tetanoz antikor		10,12
4803	908.060	Toxoplasma hemagglütinasyon testi		7,25
4804	908.070	Toxoplasma IgG avidite		28,67
4805	908.080	Toxoplasma immünfloresan		12,98
4806	908.090	Treponema pallidum hemagglütinasyon (TPHA)		17,20
4807	908.100	Variçella zoster virus (VZV) Ig G		17,20
4808	908.110	Variçella zoster virus (VZV) Ig M		17,20
4809		<b>9.A.- MOLEKÜLER MİKROBİYOLOJİ</b>	Bu grup işlemlerde sonucun elde edilmesi için yapılması gereken tüm işlemler fiyata dahildir. Sonuç belgesi ile faturalandırılır. Bu başlık altında yer alan işlemler aksi belirtilmedikçe ücretsiz basamak sağlık hizmeti sunucuları veya SUT'un (4.2.13) numaralı maddesinin birinci fıkrasında belirtilen ilgili uzmanlar tarafından istenilmesi halinde karşılır.	
4810	908.120	Candida PCR		143,00
4811	908.130	Chlamydia PCR		114,33
4812	908.140	CMV PCR		171,50
4813	908.150	HBV-DNA, kantitatif		171,50
4814	908.160	HCV genotiplendirme		168,00
4815	908.170	HCV-RNA, kantitatif		171,50
4816	908.171	HDV-RNA, kantitatif		172,01
4817	908.180	Helicobacter PCR		143,00
4818	908.190	Hepatit G PCR		143,00
4819	908.200	Herpes PCR (Her biri)		143,00
4820	908.210	HIV PCR		143,00
4821	908.220	HIV RNA, kantitatif		171,50
4822	908.230	Human papilloma virus (HPV)		100,17
4823	908.240	Hücre siklusu ve DNA paneli		100,17
4824	908.250	İnstitü hibridizasyon ve insitu PCR tetkikleri, testi başına		43,00
4825	908.280	Legionella PCR		114,33
4826	908.290	Mikobakteri (PCR)		143,00
4827	908.300	Mikobakteri üylenendirilmesi (PCR)		143,00
4828	908.310	Moleküler analiz öncesi lökosit alt grup sınıflama, her bir grup		100,17
4829	908.320	Mycoplasma PCR		143,00
4830	908.330	Parvovirus PCR		143,00
4831	908.340	PCR-mikrowell hibridizasyon yön. İle BOS'da CMV sapt.		100,17
4832	908.350	PCR-mikrowell hibridizasyon yön. İle BOS'da EBV sapt.		100,17
4833	908.360	PCR-mikrowell hibridizasyon yön. İle BOS'da HSV-1 sapt.		100,17
4834	908.370	PCR-mikrowell hibridizasyon yön. İle BOS'da HSV-2 sapt.		100,17
4835	908.380	PCR-mikrowell hibridizasyon yön. İle BOS'da HV-6 sapt.		100,17
4836	908.390	PCR-mikrowell hibridizasyon yön. İle BOS'da VZV sapt.		100,17
4837	908.400	Transformasyon Con A ile		8,60
4838	908.410	Transformasyon PHA ile		8,60
4839	908.420	Transformasyon PPD ile		7,25
4840	908.430	Transformasyon tetanoz toksini ile		4,38
4841		<b>9.B. SİTOGENETİK TETKİKLER</b>	Tüm aşamaları dahildir. Bkz. SUT 2.4.4.G-1 maddesi	
4842	908.441	Amniyon sıvısından kromozom analizi		404,72
4843	908.451	Düşük materyali/ Gonad biyopsisinden/diğer dokulardan kromozom analizi		320,40
4844	908.461	Fetal kandan kromozom analizi		303,54
4845	908.471	Kemik iliğinden kromozom analizi (Direkt/24,48,72 ve 96 saatlık kültür çalışmaları dahil)		303,54
4846	908.481	Koryon villus örneğinden kromozom analizi (Direkt/en az iki Kültür/bantlama ve en az 20 metafaz analiz dahil)		438,45
4847	908.491	Kromozomal kırık sendromları ve mutajenite çalışmaları için kromozom analizi	908.501 ile birlikte faturalandırılmaz.	269,81
4848	908.501	Periferik kandan kromozom analizi	908.491 ile birlikte faturalandırılmaz.	202,36
4849		<b>9.C.-MOLEKÜLER TETKİKLER</b>	Tüm aşamaları ve tüm problemler dahildir. Preimplantasyon genetik tetkikler, prenatal genetik tetkikler, hematolojik maligniteler, organ ve doku nakli merkezi bulunan sağlık hizmet sunucularında transplantasyon yapılaak ailesi ve verici adaylarına yapılan tetkikler hariç bu başlık altında yer alan kodlar birbiri ile faturalandırılmaz. Tıbbi endikasyonlara bağlı zorunluluklar dışında kişinin kendi isteğine bağlı olarak yapılan DNA testleri Kurumca karşılanmaz. Bkz. SUT 2.4.4.G-2 maddesi.	
4850	908.711	İlot analizi (southern, northern, western)	Bir adet faturalandırılır.	210,79
4851	908.712	DNA dizisi analizi 1 çift	Bir adet faturalandırılır.	118,04
4852	908.713	DNA dizisi analizi 1-5 çift	Bir adet faturalandırılır.	303,54
4853	908.714	DNA dizisi analizi 1-10 çift	Bir adet faturalandırılır.	539,63
4854	908.715	DNA dizisi analizi 1-15 çift	Bir adet faturalandırılır.	843,17
4855	908.716	DNA dizisi analizi 1-20 çift	Bir adet faturalandırılır.	1.180,44
4856	908.717	DNA dizisi analizi 21 ve üzeri çift	Bir adet faturalandırılır.	1.854,97
4857	908.718	FISH (2 bölgeye kadar)	Bir adet faturalandırılır.	286,68
4858	908.719	FISH (4 bölgeye kadar)	Bir adet faturalandırılır.	337,27
4859	908.720	FISH (6 bölgeye kadar)	Bir adet faturalandırılır.	503,90
4860	908.721	FISH (12 bölgeye kadar)	Bir adet faturalandırılır.	843,17
4861	908.722	FISH (16 bölgeye kadar)	Bir adet faturalandırılır.	1.180,44
4862	908.723	FISH (24 bölgeye kadar)	Bir adet faturalandırılır.	1.349,07
4863	908.724	MLPA	Bir adet faturalandırılır.	202,36
4864	908.725	PCR	Bir adet faturalandırılır.	67,45
4865	908.726	PCR Multiplex	Bir adet faturalandırılır.	168,63
4866	908.727	Real time PCR 1 çift	Bir adet faturalandırılır.	151,77
4867	908.728	Real time PCR 1-5 çift	Bir adet faturalandırılır.	236,09

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
4868	908.729	Real time PCR 1-10 çift	Bir adet faturalandırılır.	303,54
4869	908.730	Real time PCR 11 ve üzeri çift	Bir adet faturalandırılır.	370,99
4870	908.731	Reverse Transcriptase-PCR	Bir adet faturalandırılır.	219,22
4871	908.732	Reverse Transcriptase PCR Multiplex	Bir adet faturalandırılır.	370,99
4872	908.733	R1/P 1 enzim	Bir adet faturalandırılır.	75,89
4873	908.734	RFLP 2 ve üzeri	Bir adet faturalandırılır.	134,91
4874	908.735	Revers Dot Blot (1-5 mutasyon)	Bir adet faturalandırılır.	134,91
4875	908.736	Revers Dot Blot (1-12 mutasyon için)	Bir adet faturalandırılır.	168,63
4876	908.737	Revers Dot Blot (13 ve üzeri mutasyon için)	Bir adet faturalandırılır.	202,36
4877	908.738	STR analizi (1-5 STR aralığı için)	Bir adet faturalandırılır.	236,09
4878	908.739	STR analizi (1-8 STR aralığı için)	Bir adet faturalandırılır.	303,54
4879	908.740	STR analizi (1-16 STR aralığı için)	Bir adet faturalandırılır.	505,90
4880	908.741	STR analizi (17 ve üzeri STR aralığı için)	Bir adet faturalandırılır.	590,22
4881	908.742	Microarrav	Bir adet faturalandırılır.	700,00
4882	908.743	Array CGH	Bir adet faturalandırılır.	425,00
4883		<b>9.D.PATOLOJİ</b>	Patoloji raporu ile birlikte faturalandırılır. Aynı organın çoklu biyopsilerinde her bir lezyon için ya da her bir anatomik bölgeden olduğuna ilişkin patoloji raporunda ayrıntılı bilgi olması halinde birer adet faturalandırılabilir. Sitolojik incelemeler de bu kapsamda değerlendirilir. Onkolojik vakalarla sınırlı olmak üzere başka sağlık hizmeti sunucularına alınan patolojik materyalin (teçhizat) basamak sağlık hizmeti sunucularına yeniden değerlendirilmesi halinde 911.160, 911.180, 911.190, 911.210 kodlu işlemlerin bedeli Kuruma karşlanır.	
4884		<b>SİTOLOJİK MATERYALLER</b>		
4885	909.210	İnprim		17,20
4886	909.250	Filtre preparatı hazırlanması ve incelenmesi	Asıl tarifiye ek	10,12
4887	909.260	Hücre bloğu hazırlanması ve incelenmesi	Asıl tarifiye ek	10,12
4888	909.300	İnce içme aspirasyonu sitolojisinin değerlendirilmesi		50,08
4889	909.330	Sıvı bazlı sitoloji		34,00
4890	909.340	Servikal veya vajinal sitoloji		17,20
4891	909.360	Vücut sıvıları ve eksfoliyatif sitoloji		17,20
4892		<b>HİSTOPATOLOJİK İNCELEMELER</b>	Buradaki işlemler sadece standart patolojik incelemeleri kapsar. İmmünohistokimya gibi özel incelemeler ayrıca eklenir	
4893		<b>Birinci Düzey Histopatolojik İncelemeler</b>		
4894	909.410	Abortus		48,74
4895	909.430	Apse materyali		48,74
4896	909.440	Akciğer, transbronşiyal biyopsi		48,74
4897	909.450	Anevrizma, arteriyal/ventriküller		48,74
4898	909.460	Antis, polipoid gelişme (Tag)		48,74
4899	909.470	Aperidiks, insidental, asil ameliyatta ek		48,74
4900	909.480	Arter, aterom plağı		48,74
4901	909.490	Barbolin bezi kisti		48,74
4902	909.500	Bronküs, biyopsi		48,74
4903	909.510	Bursa/ sinovyal kist		48,74
4904	909.520	Burun mukozası, biyopsi		48,74
4905	909.530	Burun, sinüs polipleri inflammatuar		48,74
4906	909.540	Deri, punch/insizyonel/shave biyopsi		48,74
4907	909.550	Diyetrikül-özofagus/ince barsak		48,74
4908	909.560	Duodenum, biyopsi		48,74
4909	909.570	Dupuytren kontraktürü dokusu		48,74
4910	909.580	Eklem, gevşek cisim		48,74
4911	909.590	Endometrium, küretaj/biyopsi		48,74
4912	909.600	Endoserviks, küretaj/biyopsi		48,74
4913	909.610	Femur başı, kırık dışında		48,74
4914	909.620	Fistül/fistül		48,74
4915	909.630	Ganglion kisti		48,74
4916	909.640	Hematom		48,74
4917	909.650	Hemoroidler		48,74
4918	909.660	Herni kesesi, herhangi bir bölgede		48,74
4919	909.670	Hidroset kesesi		48,74
4920	909.680	İnce barsak, biyopsi		48,74
4921	909.690	İntervertebral disk		48,74
4922	909.700	Karpal tünel dokusu		48,74
4923	909.720	Kemik iliği biyopsisi, patoloji		48,74
4924	909.730	Kıkırdak, shaving		48,74
4925	909.740	Kolesteatoma		48,74
4926	909.750	Kolon, kolostomi stoması		48,74
4927	909.760	Kolon, biyopsi		48,74
4928	909.770	Konjonktiva, biyopsi/pterygium		48,74
4929	909.780	Kornea		48,74
4930	909.790	Larinks, biyopsi		48,74
4931	909.800	Menisküs		48,74
4932	909.810	Mesane, biyopsi		48,74
4933	909.820	Mide, biyopsi		48,74
4934	909.830	Mukosel, tükürük		48,74
4935	909.840	Nazofarinks/orofarinks, biyopsi		48,74
4936	909.850	Nöroma-morton/travmatik		48,74
4937	909.860	Özofagus, biyopsi		48,74
4938	909.870	Paranasal kistler (Morgagni hidati)		48,74
4939	909.880	Parmaklar, el / ayak, amputasyon, travmatik, iskemik		48,74
4940	909.890	Pilonidal kist/sinüs		48,74
4941	909.900	Plasenta		48,74

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
4942	909.910	Plevra/perikard-biyopsi		48,74
4943	909.920	Polip, kolorektal		48,74
4944	909.930	Polip, mide/mce barsak		48,74
4945	909.940	Polip, servikal/endometrial		48,74
4946	909.950	Prostat, iğne biyopsisi	1-4 kadran	48,74
4947	909.960	Safra kesesi		48,74
4948	909.970	Sempatik ganglion		48,74
4949	909.980	Sinir, vagotomi ve benzeri girişim		48,74
4950	909.990	Sinüs, paranasal biyopsi		48,74
4951	910.000	Spermatosel		48,74
4952	910.010	Sünnet dırısı		48,74
4953	910.030	Tendon/ tendon kılıfı, tümör dışı		48,74
4954	910.040	Testiküler apendiks		48,74
4955	910.050	Testis, kastrasyon		48,74
4956	910.060	Tonsil ve/veya adenoidler		48,74
4957	910.080	Trakea, biyopsi		48,74
4958	910.090	Trombüs veya embolus		48,74
4959	910.100	Tuba uterina, biyopsi ve sterilizasyon		48,74
4960	910.110	Üreter, biyopsi		48,74
4961	910.120	Üretra biyopsi		48,74
4962	910.130	Vajina, biyopsi		48,74
4963	910.150	Varikosel		48,74
4964	910.160	Yas deferens		48,74
4965	910.180	Ven, varis		48,74
4966	910.190	Yumuşak doku, dehidriyan		48,74
4967	910.200	Yumuşak doku lipom eksizyonu veya biyopsi		48,74
4968		<b>İkinci Düzey Histopatolojik İncelemeler</b>		
4969	910.220	Ağız mukozası/gingiva biyopsi		62,90
4970	910.230	Apendiks, insidental dışında		62,90
4971	910.240	Arter, biyopsi		62,90
4972	910.250	Beyin meninkşler, tümör rezeksiyonu dışında		62,90
4973	910.260	Böbrek, biyopsi iğne		62,90
4974	910.270	Deri, eksizyonel biyopsi		62,90
4975	910.280	Dil, biyopsi		62,90
4976	910.290	Diş / odontojenik kist		62,90
4977	910.300	Dudak, biyopsi/wedge (Kama) rezeksiyonu		62,90
4978	910.310	Eklemler, rezeksiyon		62,90
4979	910.320	Fksiremite, amputasyon, travmatik		62,90
4980	910.330	Femur başı, kırık		62,90
4981	910.340	Hipofiz tümörü		62,90
4982	910.350	Kalp kapakçığı		62,90
4983	910.360	Karaciğer, biyopsi iğne / Wedge (Kama)		62,90
4984	910.370	Kas, biyopsi		62,90
4985	910.380	Kemik, ekzositoz		62,90
4986	910.390	Lenf düğümü, biyopsi		62,90
4987	910.400	Meme, biyopsi		62,90
4988	910.410	Meme/rezeksiyon mammoplasti		62,90
4989	910.420	Myom (lar), myonektomi, uterus hariç		62,90
4990	910.430	Omentum, biyopsi		62,90
4991	910.440	Over, biyopsi/wedge (Kama) rezeksiyonu		62,90
4992	910.450	Over (+/- Tuba), neoplastik değil		62,90
4993	910.460	Pankreas, biyopsi		62,90
4994	910.470	Paratroid bez		62,90
4995	910.480	Parmak el / ayak, amputasyon, travma dışı		62,90
4996	910.490	Periton, biyopsi		62,90
4997	910.491	Prostat, iğne biyopsisi	5-9-kadran	62,90
4998	910.500	Prostat, TUR		62,90
4999	910.505	Plevral dekortikasyon		62,90
5000	910.510	Serviks, biyopsi		62,90
5001	910.520	Sinir, biyopsi		62,90
5002	910.530	Synovium		62,90
5003	910.540	Testis, biyopsi		62,90
5004	910.550	Testis, tümör/biyopsi/kastrasyon dışında		62,90
5005	910.560	Tiroglossal kanal/brankial varik kisti		62,90
5006	910.570	Tuba uterina, ektopik gebelik		62,90
5007	910.580	Tükürük bezi, biyopsi		62,90
5008	910.590	Üterus, prolapsus için (+/- Tuba ve overler)		62,90
5009	910.600	Üreter, rezeksiyon		62,90
5010	910.610	Vulva/ labia, biyopsi		62,90
5011	910.620	Yumuşak doku basit eksiz. lipom hariç		62,90
5012		<b>Üçüncü Düzey Histopatolojik İncelemeler</b>		
5013	910.640	Adrenal (Sürrenal), rezeksiyon		67,28
5014	910.650	Akejiğer, kama biyopsisi		67,28
5015	910.660	Beyin/meninkşler, tümör rezeksiyonu		67,28
5016	910.670	Beyin, biyopsi		67,28
5017	910.680	Böbrek, parsiyel/total nefrektomi		67,28
5018	910.690	Dalak		67,28
5019	910.700	Gliz, emlik lenfositosis/evissirasyon		67,28
5020	910.710	İnce barsak, rezeksiyon, tümör dışında		67,28
5021	910.720	Karaciğer, kama rezeksiyon		67,28
5022	910.730	Kemik-biyopsi/ küretaj materyali		67,28
5023	910.740	Kemik fragmanları		67,28
5024	910.750	Kolon, segmental rezeksiyon, tümör dışı nedenle		67,28
5025	910.760	Larinks, parsiyel/total rezeksiyon		67,28
5026	910.770	Lenf düğümleri, regional rezeksiyon (Diseksiyon)		67,28
5027	910.780	Mediasten, kitle		67,28
5028	910.790	Meme,parsiyel/basit rezeksiyon		67,28

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
5029	910.800	Mesane, TUR		67,28
5030	910.810	Mide, subtotal/total rezeksiyon, tümör dışı nedende		67,28
5031	910.820	Myokard, biyopsi		67,28
5032	910.830	Odontojenik tümör		67,28
5033	910.840	Over, (+/- Tuba), neoplastik		67,28
5034	910.851	Prostat, iğne biyopsisi	10 ve üzeri kadın	67,28
5035	910.860	Prostat, radikal rezeksiyon dışında		67,28
5036	910.861	Sentinel lenf nodüllü inceleme		67,00
5037	910.870	Serviks, konizasyon		67,28
5038	910.871	Stereotaktik beyin biyopsisi		67,28
5039	910.880	Timus, tümör		67,28
5040	910.890	Tiroid, total/lobektomi		67,28
5041	910.900	Tükürük bezi (Tümör dahil)		67,28
5042	910.910	Uterus, (+/- Adneksler), tümör ve prolapsus hariç		67,28
5043		<b>Dördüncü Düzey Histopatolojik İncelemeler</b>		
5044	910.930	Akciğer, total/lob/segment rezeksiyonu		101,18
5045	910.940	Ağız/Dil/fonsil-tümör içeren rezeksiyon		101,18
5046	910.950	Ektremite, disartikülasyon		101,18
5047	910.951	Fpilepsi ameliyatları materyali inceleme		101,00
5048	910.960	Fetus, diseksiyonla inceleme		101,18
5049	910.961	Göz, eksentrasyon		101,18
5050	910.962	İnce barsak, tümör için rezeksiyon		101,18
5051	910.970	Kemik, rezeksiyon		101,18
5052	910.980	Kolon, total rezeksiyon		101,18
5053	910.990	Kolon, tümör için segmental rezeksiyon		101,18
5054	911.000	Larinks, parsiyel/total + boyun lenf nodulları		101,18
5055	911.001	Lobektomi hejiti		101,00
5056	911.005	Maksillobülektomi/maksillektomi, her biri		101,18
5057	911.010	Meme, mastektomi + aksilla lenf nodulları		101,18
5058	911.020	Mesane, parsiyel/total rezeksiyon		101,18
5059	911.030	Mide, tümör için subtotal/total rezeksiyon		101,18
5060	911.040	Özofagus, parsiyel/total rezeksiyon		101,18
5061	911.050	Pankreas, total/subtotal rezeksiyon		101,18
5062	911.060	Prostat, radikal rezeksiyon		101,18
5063	911.070	Testis, tümör		101,18
5064	911.080	Uterus, neoplastik (+/- Tubalar ve overler)		101,18
5065	911.090	Vulva, total/subtotal rezeksiyon		101,18
5066	911.100	Yumusak doku (tümör), geniş rezeksiyon		101,18
5067		<b>OTOPSİ MATERYALLERİNİN İNCELENMESİ</b>		
5068	911.110	Tahit		257,34
5069	911.120	Otopsi, tıbbi amaçlı	Fetus dışında	343,00
5070	911.130	Otopsi, fetus		85,83
5071		<b>ÖZEL PATOLOJİK TETKİKLER</b>	Patoloji raporu gerektirir. 911160, 911170, 911180 ve 911 201 kodlu işlemlerin karşlanması için her bir test ve boyama için değerlendirme sonuçlarının ayrı ayrı raporda belirtilmiş olması gerekmektedir.	
5072	911.150	Frozen İnceleme	Dondurma mikrotomunda kesit alma, ve/veya kazıma ya da dokudurma sitolojisi, ve/veya sadece makroskopik inceleme ile patolojik yorum kapsar. Frozen' izleyen operasyonla çıkarılan örneğin puanı normal tarifesine göre eklenir. Her ameliyat için sadece bir kez faturalandırılır.	64,42
5073	911.160	Histokimyasal Boyamalar	Her bir boyama için	41,48
5074	911.170	İmmünofloresan Mikroskopi	Her bir test için, frozen dahil	41,48
5075	911.180	İmmünohistokimyasal İnceleme	Her bir test için	45,03
5076	911.190	Hazır boyalı preparat ve/veya parafin blok	Bir hasta için sadece bir defa faturalandırılır.	25,13
5077	911.200	İn Situ Hibridizasyon için doku hazırlanması		45,03
5078	911.201	Kromojenik İn Situ Hibridizasyon	Sadece üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından faturalandırılır.	135,00
5079	911.210	Flow Sitometri İncelemesi için doku hazırlanması		25,13
5080		<b>ELEKTRON MİKROSKOPİK İNCELEMELER (EM)</b>	Elektron mikroskopi raporu ile birlikte faturalandırılır.	
5081	911.220	Bloktan Elektron Mikroskopik Kesit Hazırlanması	Sadece elektron mikroskopi için	45,03
5082	911.230	Bloktan Işık Mikroskopik Kesit Hazırlanması	Sadece elektron mikroskopi için	30,02
5083	911.240	Doku Örneğinin Blok Haline Getirilmesi	Sadece elektron mikroskopi için	30,02
5084	911.250	Kesit görüntülerinin basılması (Her Resim İçin)	Sadece elektron mikroskopi için	30,02
5085	911.260	Kesitlerin Elektron Mikroskopik İncelenmesi	Sadece elektron mikroskopi için	80,10
5086		<b>9.E. MESLEK HASTALIKLARI LABORATUVAR TETKİKLERİ</b>	Sağlık Bakanlığı meslek hastalıkları hastaneleri ile Kuruma sevk edilmiş hastalara devlet üniversite hastaneleri ve Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerine yapılmış halinde faturalandırılır. (Tarama ve Kuruma yapılan sevkler hariç periyodik amaçlı yapılan işlemler faturalandırılmaz.)	
5087	911.290	Kromatografi ile yapılan tetkikler (Her biri)		67,45
5088	911.300	İdrarda Hipp. Asit (Manuel)		5,06
5089	911.310	Kanda Methemoglobin		48,90
5090	911.320	Kanda Çinkoprotoporfirin		48,90
5091	911.330	Kanda siyanür		48,90
5092	911.340	Kanda CoHR tayini		48,90
5093	911.350	Kanda Asetil Kolinesteraz		48,90
5094	911.360	İdrarda ALA-PROTO-PORFO		48,90
5095	911.370	İdrarda TCA ve TCE		48,90
5096	911.380	İdrarda Fenol		48,90
5097	911.390	EDTA Provokasyon testi		194,94
5098	911.400	Hastane ve işyerinde provokasyon		194,94
5099	911.430	İdrarda İOD Asit		48,90
5100	911.440	Atomik Abs. Cihazı ile yap. Tetkik (Biyolojik sıvılarda)		28,00
5101	911.441	Atomik Abs. Cihazı ile yap. Tetkik (Dokuda)		59,02

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
5102		<b>10. TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI KURUMU REFERANS LABORATUVARI (REFİK SAYDAM HİFZISSİHHA) PANELİ</b>	Sadece Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Referans Laboratuvarına yapılmış halinde, sağlık kurumlarına faturalandırılır. Hızlıssihha sonuç raporu futarıya eklenir.	
5103		<b>MİKROBİYOLOJİK TESTLER</b>		
5104	912.000	Boğmaca İdentifikasyon Paneli	Kültür, DFA, Bordetella pertussis faz I antiserumu lam aglütinasyonu	72,51
5105	912.010	Bordetella ELISA IgG FIA	FİLSA	57,33
5106	912.020	Bordetella ELISA IgG PT	ELISA	57,33
5107	912.030	Clostridium difficile - doku kültürü toksin nötralizasyon testi		185,50
5108	912.040	Clostridium difficile Antijeni (Glutamat Dehidrogenaz)	ELISA	50,59
5109	912.050	Clostridium difficile Antijeni+ Toksin A		84,32
5110	912.060	Clostridium difficile Toksin B (Doku Kültürü)		121,42
5111	912.070	Diiferi Antikoru Doku Kültürü Nötralizasyon Testi	Doku Kültürü	168,63
5112	912.080	Diiferi ELISA IgG	FİLSA	57,33
5113	912.090	Diiferi İdentifikasyon Paneli	Kültür, Coryne APL, ELEK testi	97,81
5114	912.100	Doku Kültüründe In vitro Toksin Testleri (Diiferi Toksin Tesbiti)		116,36
5115	912.110	E.coli Serotiplendirme	Aglütinasyon	168,63
5116	912.120	ETEC Labil Toksin araştırılması		168,63
5117	912.130	ETEC Stabil Toksin araştırılması		138,27
5118	912.140	ETA-ABS	Floresan Antikor	59,02
5119	912.150	ETA-ABS IgM	Floresan Antikor	67,45
5120	912.160	Haemophilus influenzae antijenik tiplendirme		168,63
5121	912.170	Meningokok Kültürü		50,59
5122	912.180	Meningokok-Haemophilus hızlı antijen arama testi		53,96
5123	912.190	Neisseria meningitidis antijenik tiplendirme		168,63
5124	912.200	Neisseria-Haemophilus (NH) ileri identifikasyon testi		53,96
5125	912.210	Paul-Bunnell Testi	Lateks	16,86
5126	912.220	PFGE		168,63
5127	912.230	Plazmit Profil Analizi		84,32
5128	912.240	Salmonella serotiplenirilmesi		102,87
5129	912.250	Shigella serotiplenirilmesi		59,02
5130	912.260	Vibrio cholerae Kültürü		102,87
5131	912.270	Vibrio cholerae Toksin testi		158,52
5132	912.280	Wci-felix		16,86
5133	912.290	Yersinia enterocolitica kültürü		77,57
5134		<b>PARAZİTER VE BAKTERİYEL ZOOZOTİK HASTALIKLARA YÖNELİK TESTLER</b>		
5135	912.300	Filtre kağıdı kültürü- Harada Mori yöntemi (Nematod larvaları)		8,43
5136	912.310	Gaitada konsantrasyon yöntemi ile parazit aranması (Yüzdürme ve/veya çekirme)		8,43
5137	912.320	Kato-katz (Helminit yumurtaları)		13,49
5138	912.330	Modifiye asit fast boyama (Cryptosporidium, Isospora, Cyclospora)		16,86
5139		<b>İMMUNOLOJİK ANALİZLER (Serum, BOS, Vitrozöz Aqua vb.)</b>		
5140	912.340	Ascariis İHA		75,83
5141	912.350	Babesia İFAT IgG		59,02
5142	912.360	Babesia İFA T IgM		59,02
5143	912.370	Fasciola hepatica (Distomatöz) (İHA)		50,59
5144	912.380	Filaria (Wuchereria bancrofti) dipstick		84,32
5145	912.390	Kist Hidatik (Echinococcus) İFAT		33,73
5146	912.400	Kist Hidatik (Echinococcus) ELISA IgG		42,15
5147	912.410	Kist Hidatik (Echinococcus) Western Blot		84,32
5148	912.420	Leishmania Dipstick		67,45
5149	912.430	Leishmania ELISA IgM+IgG		75,88
5150	912.440	Leishmania FAST/DAT		67,45
5151	912.450	Leishmania İFA IgG		33,72
5152	912.460	Plasmodium dipstick		59,02
5153	912.470	Sabin Feldman Dye testi (Toxoplasma)		33,73
5154	912.480	Schistosoma İHA		84,32
5155	912.490	Toxocara canis ELISA IgG		50,59
5156	912.500	Trichinella spiralis ELISA IgG		42,15
5157		<b>ZOOZOTİK HASTALIKLARA YÖNELİK ANALİZLER</b>		
5158	912.510	Anaplasma İFA IgG		59,02
5159	912.520	Antraks-Sarhon Kültürü		79,25
5160	912.530	Bacillus anthracis ELISA IgG		67,45
5161	912.540	Bartonella henselae (Kedi tirmığı) İFA		50,59
5162	912.550	Bartonella ileri tanı paneli (Kültür, tiplendirme, antibiyotik duyarlılık)		101,18
5163	912.560	Bruceella ileri tanı paneli (Kültür, tiplendirme, antibiyotik duyarlılık)		84,32
5164	912.570	Coxiella burnetii (Q Fever) İFA IgG (faz II)		42,16
5165	912.580	Coxiella burnetii (Q Fever) İFA faz I+ faz II IgG		84,32
5166	912.590	Coxiella burnetii (Q Fever) İFA IgM (faz II)		42,16
5167	912.600	Erichia /Anaplasma İFA IgM		59,02
5168	912.610	Erichia İFA IgG		59,02
5169	912.620	Franciella tularensis Aglütinasyon Testi		20,23
5170	912.630	Franciella tularensis ELISA IgG		50,59
5171	912.640	Franciella tularensis ELISA IgM		50,59
5172	912.650	Franciella tularensis Kültür		77,57
5173	912.660	Leptospira ELISA IgG		37,09
5174	912.670	Leptospira ELISA IgM		43,84
5175		<b>VİROLOJİK TESTLER</b>		
5176	912.680	Anti-adenovirus IgG	ELISA	43,84
5177	912.690	Anti-adenovirus IgM	FİLSA	43,84
5178	912.700	Anti-RSV IgG	ELISA	43,84

## HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
5179	912.710	Anti-RSV IgM	ELISA	43,84
5180	912.720	BOS IgG (Tek bir virüse spesifik)	ELISA	77,57
5181	912.730	BOS IgM (Tek bir virüse spesifik)	ELISA	77,57
5182	912.740	Doku kültüründe kızamık antikor nötralizasyon Testi	Nötralizasyon Testi	261,38
5183	912.750	Doku kültüründe Polio antikor nötralizasyon Testi (Poliovirus tip 1, 2, 3)	Nötralizasyon Testi	261,38
5184	912.760	HIV p24 antijeni		94,44
5185	912.770	Kırım - Kongo kanamalı ateş ELISA antijen	ELISA	25,29
5186	912.780	Kırım - Kongo kanamalı ateş ELISA IgG	ELISA	25,29
5187	912.790	Kırım - Kongo kanamalı ateş ELISA IgM	ELISA	25,29
5188	912.800	Tick Borne Ensefalit Virus IgG	ELISA	25,29
5189	912.810	Tick Borne Ensefalit Virus IgM	ELISA	25,29
5190	912.820	Batu Nil Ateşi Virus IgG	ELISA	25,29
5191	912.830	Batu Nil Ateşi Virus IgM	ELISA	25,29
5192		<b>TÜBERKÜLOZ ARASTIRMA ANALİZLERİ</b>		
5193	912.840	Majör Anti-Tüberküloz İlaç Duyarlılık Testi (Her bir ilaç)	Lowenstein Jensen Proporsiyon Yöntemi	16,86
5194	912.850	Minör Anti-Tüberküloz İlaç Duyarlılık Testi (Her bir ilaç)	Lowenstein Jensen Proporsiyon Yöntemi	20,24
5195		<b>TOKSİKOLOJİK ANALİZLER</b>		
5196	912.860	Alkolit Grubu Tayini		67,45
5197	912.870	Barbitürat Grubu Tayini		67,45
5198	912.880	Kanda alkol tayini (GC-Head Space)		92,75
5199	912.890	Safesilat Düzeyi		67,45

NOT: Açıklama bölümünde yer alan düzenlemeler hariç olmak üzere Listedeki yer alan işlemlerin ilgili branşlar tarafından faturalandırılmasında bölüm başlıkları dikkate alınmaz.

## TANIYA DAYALI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	PAKET KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM GRUBU	İŞLEM PUANI
1		<b>YOĞUN BAKIM HİZMETLERİ</b>			
2		<b>ERİŞKİN-COCUK YOĞUN BAKIM HİZMETLERİ</b>			
3	P552001	Birinci basamak yoğun bakım hastası		*	337,27
4	P552002	İkinci basamak yoğun bakım hastası		*	716,69
5	P552003	Çeşneli basamak yoğun bakım hastası		*	1.350,00
6		<b>YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM HİZMETLERİ</b>			
7	P552006	Yenidoğan birinci basamak yoğun bakım hastası		*	337,27
8	P552007	Yenidoğan ikinci basamak yoğun bakım hastası		*	716,69
9	P552008	Yenidoğan üçüncü basamak yoğun bakım hastası		*	1.350,00
10		<b>6. CERRAHI UYGULAMALAR</b>			
11		<b>6.1.DERMİS VE EPİDERMİS CERRAHİSİ</b>			
12		<b>DERİ</b>			
13	P600040	Malın deri tümörlerinin eksizyonu	Yerli flep ile kapatılmayan tümörler için	B	990,39
14	P600050	Malın deri tümörlerinin eksizyonu, flep veya greft ile	P600300, P600330, P600370, P600430, P600550, P600560, P600570, P600580, P600590, P600600, P600610, P600640, P600650, P600660, P600670, P600690, P600700, P600710, P600720, P600730 ile birlikte faturalandırılmaz	C	996,96
15	P600060	Malın deri tümörlerinin eksizyonu, primer siltir il		D	514,50
16		<b>DERİ VE DERİALTI</b>			
17	P600150	Yanaktan tümör eksizyonu, primer onarım		D	384,82
18	P600160	Yanaktan tümör eksizyonu, flep ile onarım		B	1.180,44
19	P600170	Skar revizyonu		D	370,99
20	P600200	Hemanjiyom, lenfanjiyom veya vasküler malformasyon eksizyonu		D	512,98
21	P600230	Hemanjiyom, lenfanjiyom eksizyonu ve rekonstrüksiyonu, deri grefti ile		B	1.976,39
22		<b>GREFTLER</b>			
23	P600300	Kesmi kalınlıkta deri grefti ile defekt onarım	P620470 ile birlikte faturalandırılmaz	B	674,54
24	P600330	Kesmi kalınlıkta deri grefti ile defekt onarımı, ilav		E	89,04
25	P600350	Kompozit greft uygulaması		D	512,98
26	P600360	Mukoza grefti alınması		E	296,80
27	P600370	Tam kalınlıkta deri grefti ile defekt onarımı		C	803,38
28	P600400	Yağ grefti uygulaması		D	641,32
29		<b>FLEPLER</b>			
30	P600410	Abbe flebi, birinci seans	Dudak, göz kapığı gibi yapıların flep ile rekonstrüksiyonu birinci seans	C	734,57
31	P600420	Abbe flebi, ikinci seans	Dudak, göz kapığı gibi yapıların flep ile rekonstrüksiyonu ikinci seans	D	384,82
32	P600430	Ada flep şeklinde taşıyıcıdan fleple		B	1.433,39
33	P600440	Alın flebi, birinci seans		C	1.101,85
34	P600450	Alın flebi, ikinci seans		D	384,82
35	P600460	Aynı alanda çoklu Z plasti teknikler		C	890,39
36	P600470	Çapraz bacak flebi, birinci seans	Cross-leg flep	C	979,43
37	P600480	Çapraz bacak flebi, ikinci seans	Cross-leg flep	D	384,82
38	P600490	Çapraz parmak flebi, birinci seans	Cross-finger flep	C	758,85
39	P600500	Çapraz parmak flebi, ikinci seans	Cross-finger flep	D	384,82
40	P600510	Dil flebi, birinci seans		C	979,43
41	P600520	Dil flebi, ikinci seans		D	384,82
42	P600530	Doku genişletme uygulamaları, birinci seans	Doku genişletme ünitesinin uygulaması ve takip eden tüm genişletme enjeksiyonları dahildir	B	1.411,80
43	P600540	Doku genişletme uygulamaları, ikinci seans	Doku genişletici, çıkarma işlemi, fibröz kapsülün komplet eksizyonu	B	1.411,80
44	P600550	Fasivüksiyon flep		C	979,43
45	P600560	İki farklı doku içeren serbest kompozit flep	Larissimus derisi kas deri flebi, fibula osteokütan flebi v	A3	10.733,56
46	P600570	İki loblu flep		C	857,17
47	P600580	İnterpolasyon flepleri, birinci seans	Kasık flebi, abdominal flep, subpektoral flep, infraclaviküler flep vb.	C	1.349,07
48	P600590	İnterpolasyon flepleri, ikinci seans	Kasık flebi, abdominal flep, subpektoral flep, infraclaviküler flep vb.	D	674,54
49	P600600	Kas flebi		C	1.779,09
50	P600610	Kas flebi ile birlikte deri grefti		B	1.914,00
51	P600620	Kas-deri flebi		B	2.301,85
52	P600630	K-M plasti		C	979,43
53	P600640	Limberg, Rhomboid, Karydakis flep ameliyatları		C	720,40
54	P600650	Mukoza flebi		C	734,57
55	P600660	Saçlı deri defektleri için tasyon flep		C	937,27
56	P600670	Saçlı deri defektleri için transpozisyon flebi ile birlikte deri grefti		B	1.411,80
57	P600680	Sakral defektler için bilateral V-Y ilerletme flep		B	1.411,80
58	P600690	Tek bir doku içeren serbest flep	Fibula flebi, kasık flebi, Gracilis kas flebi v	A3	7.664,42
59	P600700	Tek loblu lokal deri flebi	Nota flebi, Banner flebi vb	C	1.026,98
60	P600710	Çe farklı dokuya birlikte içeren serbest flep	Subskapüler arter tabanlı osteomuskulokütan flep	A2	12.268,13
61	P600720	V-Y ilerletme deri flebi		C	734,57
62	P600730	Z-Plasti (Bir tek Z-plasti)		D	641,32
63		<b>LAZER TEDAVİ UYGULAMALARI</b>			
64	P600740	Vasküler lezyon, lazer	Medikal tedavi olmaksızın uygulanabilir. En fazla 5 seans ücreti faturalandırılır	D	168,63
65	P600770	Vasküler lezyon, ekzisyonel lazer		D	168,63
66	P600800	Deri tümörlerinde ekzisyonel lazer		D	927,49
67	P600830	Pigmentli lezyon, ekzisyonel olmayan lazer	Medikal tedavi sonrası uygulanabilir. Tümörün olmayan lezyonlar içindir. En fazla 3 seans ücreti faturalandırılır	D	210,79
68		<b>6.2.BAS-BOYUN, KAS, İSKELET SİSTEMİ VE YUMUŞAK DOKU CERRAHİSİ</b>			
69		<b>BAŞ VE BOYUN CERRAHİSİ</b>			
70	P600860	'Blow-out' kırığı, orbita tabanına greft veya biyomateriyel yerleştirilmesi	Greft ve biyomateriyel hariç	B	1.931,20
71	P600870	Etmoidal arter ligasyonu	Aynı faturalarda ikiden fazla yer almaz	C	937,27
72	P600880	Frontal kemik kırığı, açık reduksiyon ve internal tespi	Internal tespi hariç	C	1.249,92
73	P600890	Fronto-orbital ilerletme	Kraniyal çatı bozuklukları, patolojik gelişim nedeniyle, kraniyal volüm artırım vb	A3	3.345,87
74	P600900	Habituel Temporomandibüler (TME) dislokasyonları için eminektomi		C	1.093,59

## TANIYA DAYALI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	PAKET KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM GRUBU	İŞLEM PUANI
75	P600910	Kafatas kemiği elastensil tümör ameliyatı		C	1.406,07
76	P600920	Kafatas kemiği basit tümör kürekle	Eksize edilme bütün tümör kürekle dahi	C *	505,90
77	P600930	Kalvaryal şekillendirme, tota		A3	7.150,64
78	P600940	Kistik lenjyomun eksişyon		B	2.648,57
79	P600950	Kondilektomi	Temporomandibüler eklem kondilar operasyon	C	979,43
80	P600960	Kranial ensefalosel ameliyatları, diğ.	Nazal ensefalosel ameliyatları hariçindekili	B	1.986,34
81	P600970	Kraniyoplasti ameliyatları, otojen greft ile	Kostplastisi vb. Kot alınması hariç	B	1.986,34
82	P600980	Kraniyoplasti ameliyatları, yabancı cisim implantasyonu ameliyatları		C	1.249,92
83	P600990	Kraniyosinostoz ameliyatları, tek veya çok sayıda suture il		B	2.986,98
84	P601000	Kranial kemik defektlerinin kosta grefti ile rekonstrüksiyon		B	2.648,57
85	P601010	Kranial kemik defektlerinin plaklar ile rekonstrüksiyon	Plaklar hariç	B	1.986,34
86	P601020	Le Fort II osteotomisi ve/veya kemik greft		A3	2.250,59
87	P601030	Le Fort I osteotomisi ve/veya kemik greft		B	1.976,39
88	P601040	Le Fort III osteotomisi ve/veya kemik greft		A3	3.548,16
89	P601050	Maksilla veya mandibula kırığı, açık redüksiyon ve internal tespit	Internal tespit plağı hariç	C	1.214,00
90	P601060	Maksilla veya mandibula kırığı, intermaksiller tespit	Internal tespit plağı hariç	D	832,04
91	P601070	Maksillektomi, parsiyel		B	3.473,86
92	P601080	Maksillektomi, total		A3	4.380,89
93	P601090	Mandibula veya maksilla rekonstrüksiyonu, kemik grefti il		B	2.526,14
94	P601100	Mandibula veya maksilla'daki kistik oluşumlara kürekle		C	809,44
95	P601110	Mandibula veya maksilla'dan ameliyatsız osteo rezeksiyon		B	2.307,14
96	P601120	Mandibula veya maksilla'dan küçüklü çaplı tümör rezeksiyon		C	944,18
97	P601130	Mandibuladan tümör rezeksiyonu ve plak ile rekonstrüksiyon		B	3.368,30
98	P601140	Mandibuladan tümör rezeksiyonu ve vaskülerize kemik grefti ile onarım		A3	5.756,71
99	P601141	Maksillomandibüler ilerletme cerrahisi	Polisomnografi ile ağır derecede OSAS olduğunun tespiti halinde faturalandırılır	A3 *	5.756,00
100	P601150	Mandibuladan tümör rezeksiyonu ve eş zamanlı kemik grefti ile onarım		A3	3.852,61
101	P601160	Mandibüler osteotomi, deformite onarımı için		B	3.157,84
102	P601170	Mandibüler osteotomi, tümör rezeksiyonu için		C	1.079,09
103	P601180	Nazo-etmoid-orbital kırık, açık redüksiyon ve internal tespit	Internal tespit plağı hariç	B	2.117,54
104	P601190	Orbital disopsi düzeltilmesi		B	1.481,96
105	P601200	Orbital hiperplazi düzeltilmesi		A3	2.407,93
106	P601210	Sinüzal kaşınımın otozajal fistüllerin kapatılması		C	1.079,09
107	P601220	Tiroglossal kist veya fistül eksişyon		B	1.913,83
108	P601230	İME ankilozu için "gap" artroplastisi		B	1.647,05
109	P601240	İME artroplastisi		B	1.647,05
110	P601250	İME lüksasyonu kapalı redüksiyon		E	148,40
111	P601260	Vaskülerize kemik grefti ile mandibula rekonstrüksiyon		A3	2.500,67
112	P601270	Zigoma kırığı, açık redüksiyon ve internal tespit	Internal tespit plağı hariç	C	1.079,09
113	P601280	Zigoma kırığı, kapalı redüksiyon		D	665,43
114		<b>Burun</b>	Burun tamponu konulması ve çıkarılması burun operasyonlarında ayrıca faturalandırılmaz		
115	P601290	Açık rinoplasti ile total septal rekonstrüksiyon	P601430, P601480 ve P601620 ile birlikte faturalandırılmaz. Sağlık kurulu raporu ile tıbbi gerekece belirtilmelidir	B	2.105,23
116	P601300	Alın flebi ile total burun kaybı onarımı, ikinci sear		C	979,43
117	P601310	Burun eksternal cerrahi onarımı, greft ve/veya flep ile	Rinofima, dermoid kist, bazal hücreli kanser, travma tamlarında	C	1.079,09
118	P601320	Burun eksternal cerrahisi	Rinofima, dermoid kist, bazal hücreli kanser, travma tamlarında	D	665,43
119	P601330	Burun içi konika elektrokoterizasyonu	Bir yıl içerisinde iki defadan fazla ve iki taraf için ayrı faturalandırılmaz	D	252,95
120	P601360	Burun rekonstrüksiyonu, parsiyel	Sağlık kurulu raporu ile tıbbi gerekece belirtilmelidir	C	1.079,09
121	P601370	Burun rekonstrüksiyonu, total	Sağlık kurulu raporu ile tıbbi gerekece belirtilmelidir	B	2.779,09
122	P601420	Burundan yabancı cisim çıkarılması, cerrah		D	337,27
123	P601430	Kemik ve kırdak kaybı içeren ağır "saddle nose" deformitesi onarımı	P601290, P601480 ve P601620, P601660 ile birlikte faturalandırılmaz. Sağlık kurulu raporu ile tıbbi gerekece belirtilmelidir	B	2.526,14
124	P601440	Konial atrezi düzeltilmesi, tek taraf		C	1.079,09
125	P601450	Konika lateralizasyonu	P601460, P601470 ile birlikte faturalandırılmaz	E	66,27
126	P601460	Konika submaksözal rezeksiyonu, iki taraf	P601450, P601470 ile birlikte faturalandırılmaz	C *	337,27
127	P601470	Konika submaksözal rezeksiyonu, tek taraf	P601450, P601460 ile birlikte faturalandırılmaz. Aynı fatura'da iki defa kodlanmaz	D	252,95
128	P601480	Septal fraktür onarımı	P601620 ile birlikte faturalandırılmaz	C	801,01
129	P601490	Nazal ensefalosel, kraniyotomi il		B	3.157,84
130	P601500	Nazal fraktür onarım		F	66,27
131	P601510	Nazal polipektomi	P602180, P602190, P602200, P602210, P602220, P602230, P602250, P602260, P602270, P602280, P602290, P602300, P602320, P602330, P602340 ile birlikte faturalandırılmaz	D	665,43
132	P601520	Nazal septal perforasyon onarım		C	1.079,09
133	P601540	Nazal valv cerrahisi, iki taraf		C	809,44
134	P601550	Nazal valv cerrahisi, tek taraf		D	498,16
135	P601560	Rinofima eksişyonu ve alın flebi, birinci sear	Aynı fatura'da ikiden fazla verilmaz	C	1.214,00
136	P601570	Rinofima eksişyonu ve alın flebi, ikinci sear		D	498,16
137	P601580	Rinofima eksişyonu ve deri grefti		C	944,18
138	P601590	Rinofima eksişyonu ve ikinci iyileşmeye bırakılma		D	665,43
139	P601600	Rinoplasti komplike olmayan, greft kullanılmaksızın	Sağlık kurulu raporu ile tıbbi gerekece belirtilmelidir	C	1.079,09
140	P601610	Rinoplasti komplike, greft il	Sağlık kurulu raporu ile tıbbi gerekece belirtilmelidir	B *	1.865,09
141	P601620	Septoplasti veya submaksözal rezeksiyon (SMR)	P601330, P601430, P601460, P602230, P602240 ile birlikte faturalandırılmaz	C *	707,42
142	P601630	Septorinoplastisi	Sağlık kurulu raporu ile tıbbi gerekece belirtilmelidir	B	1.214,17
143	P601640	Şinisi, veb açılması		C	92,75
144	P601650	Total burun kaybı rekonstrüksiyonunda alın flebi ve iskelet yapı oturtulması, birinci sear		B	3.368,30
145	P601660	Yalnızca kırdak kaybı içeren "saddle nose" deformitesi onarımı	P601290, P601430, P601480, P601620 ile birlikte faturalandırılmaz. Sağlık kurulu raporu ile tıbbi gerekece belirtilmelidir.	C	1.079,09



## TANIYA DAYALI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	PAKET KODU	İŞLEM ADI	ACIKLAMA	İŞLEM GRUBU	İŞLEM PUANI
146		<b>Boyun ve Larinks</b>			
147	P601670	Alar de-feklerin rekonstrüksiyonu		C	1.079,09
148	P601680	Aritenoidektomi, endolarinegea		B	2.701,69
149	P601690	Boyun diseksiyonu, radikal veya fonksiyonel, tek tara		B	2.829,68
150	P601700	Boyun eksplorasyonu		C	1.079,09
151	P601710	Brankial kleft kisti veya sinüsü eksizyon		C	2.526,14
152	P601720	Damak fistülü onarım		B	944,18
153	P601730	Eksternal karotid arter ligasyonu		C	809,44
154	P601740	Endolarinegeal lazer cerrahisi		B	3.157,84
155	P601750	Endolarinegeal mikrocerrahi ile larinks poliplerine girişim	Laringeal polip, nodül, kist, papillom eksizyonu, stripping vb için, yapılan eksizyon dahil	C	707,42
156	P601760	Faringostomi/ektomi	P608500, P608510 ile birlikte faturalandırılmaz	A3	3.595,78
157	P601770	Faringostomi/özofajiektomi	P608500, P608510 ile birlikte faturalandırılmaz	A3	5.821,75
158	P601780	Hiyoid suspansiyonu	P608500, P608510 ile birlikte faturalandırılmaz	B	2.526,14
159	P601790	Intralaringeal enjeksiyonla mediyalizasyon		C	1.079,09
160	P601800	Kordektomi veya stripping		C	1.079,09
161	P601810	Kosta greffi alınması		D	665,43
162	P601820	Krikotiroidepeksi		F	2.526,14
163	P601830	Laringeal fraktür tedavisi, kapalı		D	665,43
164	P601840	Laringeal reinervasyon, nöromusküler flep ile		B	3.438,45
165	P601850	Laringofissür	Kordektomi, larenks papillom eksizyonu dahil, birlikte başka bir larinks operasyonu faturalandırılmaz	B	2.105,23
166	P601860	Laringoplasti (Fraktür için açık reduksiyon)		C	1.214,00
167	P601870	Laringoplasti (Mediyalizasyon, tek taraf)		B	2.526,14
168	P601880	Laringoplasti (Yamkalar, rekonstrüksiyon)		B	2.526,14
169	P601881	Laringeal stenoz cerrahisi		B	2.526,00
170	P601890	Laringeal çıkarılması		B	2.526,14
171	P601930	Larinktektomi, parsiye	P608500, P608510, P608940 ile birlikte faturalandırılmaz	A3	3.704,89
172	P601940	Larinktektomi, total	P608500, P608510, P608930 ile birlikte faturalandırılmaz	B	3.473,86
173	P601950	Larinks biyopsisi, indirekt laringoskopii ile		E	86,17
174	P601960	Larinks papillomu		C	1.214,00
175	P601970	Larinksten yabancı cisim çıkarılması		D	337,27
176	P601980	Lateral rinotomi ile yaklaşım	Tümör, perforasyon cerrahisi vb	C	1.079,09
177	P601990	Maksiller arter ligasyonu		B	2.526,14
178	P602010	Suprahiyoid boyun diseksiyonu		C	809,44
179	P602020	Tirovoid suspansiyon		B	2.105,23
180	P602030	Tiroplastisi		B	2.315,68
181	P602040	Tortikolis düzeltilmesi		C	921,25
182		<b>Paranasal Sinüsler</b>	Tüm burun ve paranasal sinüs ameliyatları aynı organın bölümleri kabul edilerek tüm ikincil ameliyatlarda %25 oranında faturalandırılmaz		
183	P602050	Antrokonal polip eksizyonu		D	665,43
184	P602060	BOS rinosere cerrahisi, eksternal yaklaşım		B	2.105,23
185	P602070	Caldwell-Luc ameliyatı, tek taraf	P602080, P602320, P602330 ile birlikte faturalandırılmaz. Aynı faturada İkiden fazla yer almaz.	D	832,04
186	P602080	Caldwell-Luc ameliyatı, iki tara	P602070, P602320, P602330 ile birlikte faturalandırılmaz	C	944,18
187	P602090	Eksternal etmoidtektomi		C	944,18
188	P602100	Frontal sinüzotomi, trepanasyon		D	832,04
189	P602110	Frontal sinüs cerrahisi, osteplastik flep ile, iki tara	Obliterasyon dahildir.	B	2.455,99
190	P602120	Frontal sinüs cerrahisi, osteplastik flep ile, tek tara	Obliterasyon dahildir. Aynı faturada iki defa kodlanmaz.	C	1.294,77
191	P602140	Ozenaya cerrahi girişim		C	971,16
192	P602150	Pterigopalatin fossa cerrahisi		B	2.455,99
193	P602160	Transnazal etmoidtektomi		C	1.133,05
194		<b>Endoskopi</b>			
195	P602180	Endoskopik BOS rinosere cerrahisi	P602210, P602300, P602320, P602330, P602340 ile birlikte faturalandırılmaz	B	2.065,77
196	P602190	Endoskopik burun ve nazofarinks tümör cerrahisi	P602210, P602300, P602320, P602330, P602340 ile birlikte faturalandırılmaz	B	1.721,08
197	P602200	Endoskopik dakriosistorinosotomi (DSR)		C	906,58
198	P602210	Endoskopik frontal sinüs cerrahisi	P602300, P602320, P602330, P602340 ile birlikte faturalandırılmaz.	B	2.065,77
199	P602220	Endoskopik konal atrezi açılması		C	1.021,08
200	P602230	Endoskopik konka bifloza rezeksiyonu		C	793,25
201	P602240	Endoskopik konka redüksiyonu		C	682,29
202	P602250	Endoskopik medial maksillektomi	P602210, P602300, P602320, P602330, P602340 ile birlikte faturalandırılmaz	B	1.721,08
203	P602260	Endoskopik meningeal, ensefaloseal cerrahisi	P602210, P602300, P602320, P602330, P602340 ile birlikte fatura edilemez.	B	1.517,71
204	P602270	Endoskopik optik sinir dekompresyonu	Aynı taraf için P602370, P602300, P602360 ile birlikte faturalandırılmaz	B	2.408,09
205	P602280	Endoskopik orbita dekompresyonu	Aynı taraf için P602320 ile birlikte faturalandırılmaz	B	2.408,09
206	P602290	Endoskopik septoplastisi		C	793,25
207	P602300	Endoskopik sfenoid sinüs cerrahisi	Aynı taraf için P602280, P602330, P602360, P602370 ile birlikte faturalandırılmaz	B	1.721,08
208	P602310	Fleksibl fiberoptik nazofaringoskop	Bypassı dahil.	D	33,73
209	P602320	Fonksiyonel endoskopik sinüs cerrahisi, iki taraf	P602070, P602080, P602180, P602190, P602200, P602210, P602240, P602250, P602260, P602270, P602280, P602310, P602330 ile birlikte faturalandırılmaz	B	1.127,32
210	P602330	Fonksiyonel endoskopik sinüs cerrahisi, tek taraf	P602070, P602080, P602180, P602190, P602200, P602210, P602240, P602250, P602260, P602270, P602280, P602310, P602320 ile birlikte faturalandırılmaz	C	793,25
211	P602340	Maksiller sinüse endoskopik müdahale		C	682,29
212	P602360	Temporomandibular eklem endoskopisi, diyagnostik	Aynı taraf için P602280, P602300, P602370 ile birlikte faturalandırılmaz	D	140,13
213	P602370	Temporomandibular eklem endoskopisi, cerrahi	Aynı taraf için P602280, P602300, P602360 ile birlikte faturalandırılmaz	C	793,25
214		<b>Ağız, Dudak, Dil ve Farinkse Yönelik Girişimler</b>			
215	P602380	Adenoidektomi	P602390, P605080, P605090, P603100, P603110 ile birlikte faturalandırılmaz	D	540,30

## TANIYA DAYALI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	PAKET KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM GRUBU	İŞLEM PUANI
216	P602390	Adenoidektomi ve tüp	P602380 , P603080 , P603090 , P603100 , P603110 ile birlikte faturalanmaz.	C	707,42
217	P602400	Ağız içi ve etrafı benign tümörlerinin rezeksiyon		D	998,31
218	P602410	Ağız içinde malign tümörlerin ekizyonu ve lokal flep uygulama		E	1.294,77
219	P602430	Ağız ve genenin kemik rezeksiyonu gerektiren malign tümörle		B	4.175,38
220	P602450	Ağız vestibülüne mukozasını donör greft olarak ekizyonu ve onarımı		C	971,16
221	P602470	Ağız vestibülünden mukozası ve submukoza ekizyonu ve onarım		D	598,99
222	P602480	Alveolar yarık onarımı	P601210, P601720, P602490, P602950, P602970, P60300 ile birlikte faturalandırılmaz	C	1.294,77
223	P602490	Anterior damak fistülli onarım		C	1.294,77
224	P602500	Damaga radyofrekans uygulaması		D	337,27
225	P602510	Damak ve uvula lezyonlarının ekizyonu	Polisomnografi raporu gerekir. RF ve lazer uygulamaları için yıldı uygulanmadan fazlası faturalandırılmaz.	D	387,86
226	P602520	Damak ve uvula lezyonlarının onarımı, flep ile		C	971,16
227	P602530	Damak yarışı onarımı ve faringeal fle		B	2.947,39
228	P602540	Damak yarışı onarımı, inkomple		C	1.175,38
229	P602550	Damak yarışı onarımı, komple		C	1.322,26
230	P602560	Deri grefti kullanarak sulkoplast		C	881,62
231	P602570	Deri grefti kullanmaksızın posterior dudak sulkusu açılması		D	615,51
232	P602580	Dil köküne radyofrekans uygulanması		D	337,27
233	P602590	Dil kökü suspansiyonu ve/veya dil kökünden doku çıkarılması		C	1.264,76
234	P602600	Dil lezyonu ekizasyonu		C	798,65
235	P602610	Dil lezyonu ekizasyonu ve onarımı, dil flebi ile		C	1.294,77
236	P602630	Dudak adeksiyonu		D	998,31
237	P602640	Dudak malign tümör rezeksiyonu ve supraliyoid boyun diseksiyonu, Estlander, Berdard vb. flep ile		B	3.683,98
238	P602650	Dudak malign tümör rezeksiyonu veya biyopsisi ve Estlander, Berdard vb. flep kullanımı		B	2.315,68
239	P602660	Dudak malign tümör wedge rezeksiyonu veya biyopsisi		C	944,18
240	P602670	Dudak veya dilden kama şeklinde doku rezeksiyonu ve primer onarım		C	944,18
241	P602680	Dudak yarışı burnu onarımı, osteotomisz		C	857,17
242	P602690	Dudak yarışı burnu onarımı, osteotomi ile		C	979,43
243	P602700	Dudak yarışı onarımı, tek tarafl		B	1.411,80
244	P602710	Dudak yarışı onarımı, iki tarafl		C	857,17
245	P602720	Dudaktan büyük tümör rezeksiyonu ve lokal flepler ile onarım		B	1.552,95
246	P602730	Dudaktan büyük tümör rezeksiyonu, lokal flepler ile onarımı ve LAP biyopsisi		B	1.693,93
247	P602740	Faringeal flep		C	979,43
248	P602750	Farinks duvarının rezeksiyonu ve onarımı, miyokütan flep ile		A3	3.709,95
249	P602770	Genioglossal ilerletim		C	1.079,09
250	P602780	Genioplasti, implant ile		C	944,18
251	P602790	Genioplasti, osteotomi ile		C	1.079,09
252	P602800	Glossektomi, pürsiye	P608500, P608510 ile birlikte faturalandırılmaz	C	944,18
253	P602810	Glossektomi, total	P608500, P608510 ile birlikte faturalandırılmaz	B	3.578,92
254	P602820	Hemiglossektomi	P608500, P608510 ile birlikte faturalandırılmaz	B	2.105,23
255	P602830	Hipertrofik lingual frenulum düzeltilmesi		D	590,22
256	P602840	İtlik salınan ağız deformitesi onarımı		C	809,44
257	P602850	Kolumella uzatılması		C	734,57
258	P602860	Intraoral tümör ekizasyonu, mandibula rezeksiyonu ve boyun diseksiyonu (Komando ameliyatı)	P601690 ile birlikte faturalandırılmaz.	B	3.578,92
259	P602870	Lateral faringeal duvar ve piriform sinüs rezeksiyon		A3	3.524,45
260	P602880	Lazer asiste uvulektomi		C	809,44
261	P602890	Lazer asiste uvulopalatofaringoplast		C	1.079,09
262	P602900	Lingual tonsil ekizyonu		D	898,48
263	P602910	Mentoplasti	Sağlık kurulu raporu ile tbbi gerekçe belirtilmelidir	B	2.947,39
264	P602920	Nadir yüz yarışı onarım		B	2.526,14
265	P602930	Nazofaringeal lezyon ekizyonu, infratemporal fossaya yaklaşı		A3	5.564,92
266	P602940	Nazofaringeal lezyon ekizyonu, transpalata		C	1.079,09
267	P602950	Nazolabial fistülli onarım		C	809,44
268	P602960	Onarımsız dudak yarışı revizyonu		C	944,18
269	P602970	Oronazal fistüliller onarım		C	944,18
270	P602980	Orofaringeal ve nazofaringeal postoperatif kanama kontrolü		D	665,43
271	P603000	Posterior damak fistülli onarım		C	809,44
272	P603010	Premaksiller segmentin geri alınması		C	1.079,09
273	P603020	Ramulaya girişim		C	809,44
274	P603030	Retrofaringeal veya parafaringeal apse drenaj		D	665,43
275	P603040	Scrt damaktan tümör ekizyonu ve onarım, greft ile		B	3.368,30
276	P603050	Scrt damaktan tümör ekizyonu, primer onarım		B	2.526,14
277	P603060	Stiloid prosedürlü ekizyonu		C	1.133,05
278	P603070	Tonsil plikalar, retromolar trijzon radikal rezeksiyonu, flepler ile		B	2.820,91
279	P603080	Tonsillektomi	P602380, P602390, P603090, P603100, P603110 ile birlikte faturalandırılmaz	C	964,76
280	P603090	Tonsillektomi ve adenoidektomi	P602380, P602390, P603080, P603100, P603110 ile birlikte faturalandırılmaz	C	964,76
281	P603100	Tonsillektomi ve adenoidektomi ve tüp	P602380, P602390, P603080, P603090, P603110 ile birlikte faturalandırılmaz	C	1.079,09
282	P603110	Tonsillektomi ve tüp	P602380, P602390, P603080, P603090, P603100 ile birlikte faturalandırılmaz	C	1.079,09
283	P603120	Transpalatal ilerletim		B	2.105,23
284	P603130	Uvulektomi		C	674,54
285	P603140	Uvulofaringoplasti	P602380, P602390, P603080, P603090, P603100, P603110 ile birlikte faturalandırılmaz	C	809,44
286	P603150	Vestibüloplastisi, tek veya iki tarafl	Submukozal veya açık girişim, kas ve eilt ekizyonu veya mukozal greft uygulanması işlem dahildir. P603060 ile birlikte faturalandırılmaz. Aynı faturada birden fazla kodlanmaz.	D	641,32
287		<b>Sağlı Berlerine Yinecik Cerrahi</b>			
288	P603160	Minör tükürük bezi dokularının ekizasyonu		C	809,44
289	P603170	Panoididektomi, total	Aynı tarafl için P603180 ile birlikte faturalandırılmaz.	B	2.526,14

## TANIYA DAYALI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	PAKET KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM GRUBU	İŞLEM PUANI
290	P603180	Parotidektomi, yüzeyel	Aynı taraf için P603170 ile birlikte faturalandırılma.		2.103,23
291	P603200	Siyalolitotomi, cerrah		D	582,29
292	P603210	Sublingual tükürük bezi eksizeyonu		C	809,44
293	P603220	Submaksiller veya sublingual apse drenajı		D	252,95
294	P603230	Submandibular tükürük bezi eksizeyonu		C	1.079,09
295	P603240	Tükürük bezinin plastik onarımı, sialodokoplasti		C	809,44
296		<b>6.3.GÖVDEDE YAPILAN CERRAHİLER</b>			
297		<b>TORAKS DUVARI</b>			
298	P603250	Çok sternal dehisescens onarım	Mediastinin tekrar açılma işlemi ve tel uygulaması dah	B	1.943,34
299	P603260	Fasiyotomi		D	763,74
300	P603270	Göğüs duvarından olan akciğer hernisinin onarım		C	1.833,22
301	P603280	Kot fraktürü tedavisi, açık	Herhangi bir seviye	C	1.145,87
302	P603290	Kot fraktürü tedavisi, kapalı	Herhangi bir seviye	F	191,06
303	P603300	Kot rezeksiyonu, ekstraplevral	Tüm seviyeler (Miyoplasti için)	B	1.943,34
304	P603310	Kot rezeksiyonu, parsiye		C	1.145,87
305	P603320	Mediastinal kist veya tümör eksizeyonu	Sternotomi, torakotomi dahil	A3	5.536,26
306	P603330	Mediastinal tümör eksizeyonu, madjen	Sternotomi, torakotomi dahil	A3	7.132,53
307	P603340	Mediastinoskopi		D	763,74
308	P603350	Mediastinotomi ile eksplorasyon	Biopsi, drenaj veya yabancı cisim çıkartılması iç	B	1.943,34
309	P603360	Sternal debrüman		C	1.527,66
310	P603370	Sternal rezeksiyon ve rekonstrüksiyon, protez ile	Osteomyelit ve tümör için	A3	5.856,83
311	P603380	Sternal rezeksiyon ve rekonstrüksiyon, proteziz	Protez hariç	A3	6.039,80
312	P603390	Sternal tel çıkartılması	Osteomyelit ve tümör için	F	381,96
313	P603400	Sternum fraktürü fiksasyonu, açık		B	1.619,56
314	P603410	Sternum fraktürü fiksasyonu, kapalı		D	954,81
315	P603420	Torakoplasti, bronkoplevral fistül kapatılması ile birlikte	A3	4.392,58	
316	P603430	Torakoplasti, Schedo tipi veya ekstraplevra	Tüm seviyeler	B	2.591,23
317	P603440	Toraks duvarı deorimanteleri, pectus excavatum, carinatum	A3	6.644,18	
318	P603450	Toraks duvarı rezeksiyonu ve rekonstrüksiyonu, protez ile	Protez hariç	A3	9.059,70
319	P603460	Toraks duvarı rezeksiyonu ve rekonstrüksiyonu, proteziz	A3	5.637,44	
320	P603470	TOS, trans aksiller girişim, servikal kot ve/veya I. kot rezeksiyonu	Skalen disseksiyon ve/veya fibröz bant disseksiyonu dahilidir.	A3	3.294,44
321	P603480	Tümör eksizeyonu, intratoraksik, ekstrapulmoner		B	2.591,23
322	P603490	Tümör veya kist eksizeyonu	Yumuşak doku, subkutan, derin, subfasiyal, intramusküler (Benign çilt lezyonları hariç)	B	1.619,56
323		<b>GÖVDE VE KARIN ÖN DUVARINDA YAPILAN MÜDAHALELER</b>			
324	P603500	Abdominoplasti	Sağlık kurulu raporu ile tıbbi gereke belirtilmelidir. Karında vertikal, iki sıra deri girintisinde deri ve deri altı dokusu fazlalıkları içindir.	B	1.516,36
325	P603510	Gastrostomi onarım:		A3	3.079,93
326	P603530	Karın duvarı benign tümörleri için girişim	Deri hariç	D	705,90
327	P603540	Karın duvarı malign tümörleri için girişim	Deri hariç	C	921,25
328	P603550	Kloakal ekstrofi onarım	A2	6.370,22	
329	P603560	Omfaloomezenterik kanal açıklığı onarım	B	1.516,36	
330	P603570	Omfaloomezenterik kanal kisti veya fistülü eksizeyonu	B	1.819,56	
331	P603580	Omfaloöl primer onarım	5 cm'den büyük çapı	A3	3.079,93
332	P603590	Rektus diastazisi onarım		C	1.228,33
333		<b>Meme</b>			
334	P603610	Büyütme mamoplastisi, iki taraf	Sağlık kurulu raporu ile hipoplazik meme için tıbbi gereke belirtilmelidir.	B	1.516,36
335	P603620	Jinekوماتisi düzeltilmesi, iki taraf	P603630 ile birlikte faturalandırılmaz. Sağlık kurulu raporu ile tıbbi gereke belirtilmelidir	B	1.516,36
336	P603630	Jinekوماتisi düzeltilmesi, tek taraf	P603620 ile birlikte faturalandırılmaz.Sağlık kurulu raporu ile hipoplazik meme için tıbbi gereke belirtilmelidir. Aynı faturada ikiden fazla yer almaz	C	921,25
337	P603640	Küçültme mamoplastisi, iki taraf	Klinik bulgusu olan makromasti hastalarında yaş kısıtlaması olmaksızın, meme büyüklüğüne eşlik eden bulgular; ("N64.4), (L30.4), (M51), (M75.9), (M40.1) (M70.8), (E66.8) (E66.9)" ICD-10 kodlu hastalıklardan en az üçünün veya ("Q83.9), (N60)" ICD-10 kodlu hastalıklardan en az birinin varlığını önüne basarak sağlık hizmeti sunucusuna düzenlenen sağlık kurulu raporunda belirtilmiş olması halinde Kuruma karşılır. Aynı faturada iki defa kodlanmaz.	B	2.274,54
338	P603650	Mastektomi, basit		B	1.516,36
339	P603660	Mastektomi, radikal	Aksiller disseksiyon dahi	B	3.041,28
340	P603670	Mastektomi, modifiye radika	Aksiller disseksiyon dahi	B	2.250,93
341	P603680	Meme asimetrisinin düzeltilmesi	P603610, P603630, P603640 ve P603760 ile birlikte faturalandırılmaz. Sağlık kurulu raporu ile tıbbi gereke belirtilmelidir	B	1.819,56
342	P603690	Meme rekonstrüksiyonu, çift pediküllü TRAM flep il		A3	3.079,93
343	P603700	Meme rekonstrüksiyonu, Latissimus dorsi kas deri flebi ve implant ile		A3	2.566,61
344	P603710	Meme rekonstrüksiyonu, mikrovasküler anastomozlu		A3	3.849,92
345	P603720	Meme rekonstrüksiyonu, sadece implant il	Sağlık kurulu raporu ile tıbbi gereke belirtilmelidir	C	1.228,33
346	P603730	Meme rekonstrüksiyonu, tek pediküllü TRAM flebi il		B	2.274,54
347	P603740	Meme ucu ve başı rekonstrüksiyonu	Sağlık kurulu raporu ile nipple areolar kompleks için tıbbi gereke belirtilmelidir	C	921,25
348	P603750	Segmental mastektomi	Parsiye mastektomi, kadranektomi dahil	C	1.074,87
349	P603751	Memedan kist-benign tümör çıkartılması		D	337,27
350	P603752	Segmental mastektomi ile birlikte aksiller sentinel lenf nodu eksizeyonu		C	1.400,00
351	P603753	Segmental mastektomi ile birlikte aksiller disseksiyon		C	1.400,00
352	P603755	Meme dokusu eksizeyonu	Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucular tarafından faturalandırılır.	D	337,27
353	P603760	Tüberöz meme onarım		B	1.819,56
354		<b>Herniler</b>	P604080 ile birlikte faturalandırılmaz.		
355	P603770	Greftsiz inguinal herni onarımı, incarsere veya strangülü		B	1.214,17
356	P603771	Grefitli inguinal herni onarımı, incarsere veya strangülü	Greff dahi	B	1.433,39
357	P603780	Grefitli inguinal herni onarımı, tek tara		C	1.096,12

## TANIYA DAYALI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	PAKET KODU	İŞLEM ADI	ACIKLAMA	İŞLEM GRUBU	İŞLEM PUANI
358	P603781	Greffli inguinal herni onarımı, tek tara	Greff dahil	C **	1.315,35
359	P603782	Greffsiz inguinal herni onarımı, iki tara	C **	1.686,34	
360	P603783	Greffli inguinal herni onarımı, iki tara	Greff dahil	C **	1.939,29
361	P603790	Inguinal herni onarımı, tek taraf, laparoskopli	Greff dahil	B **	1.770,66
362	P603791	Inguinal herni onarımı, iki taraf, laparoskopli	Greff dahil	B **	2.866,78
363	P603800	Greffsiz insizyonel herni onarım	C **	1.214,17	
364	P603801	Greffli insizyonel herni onarım	Greff dahil	C **	1.433,39
365	P603802	Greffli femoral herni onarımı, tek tara	Greff dahil	C **	1.644,00
366	P603803	Greffsiz femoral herni onarımı, tek tara	C **	1.370,00	
367	P603804	Greffli femoral herni onarımı, iki tara	Greff dahil	C **	2.423,00
368	P603805	Greffsiz femoral herni onarımı, iki tara	C **	2.107,00	
369	P603806	Femoral herni onarımı, tek taraf, laparoskopli	Greff dahil	C **	1.644,00
370	P603807	Femoral herni onarımı, iki taraf, laparoskopli	Greff dahil	C **	2.424,00
371	P603810	Lomber herni onarımı	Peti: Inferior lomber triangle; Gryn'elt: superior lomber triangle bölgelerinde oluşan hernileşm-	C	921,25
372	P603820	Parastomal herniasyonda girişin	C	1.381,96	
373	P603830	Spiegel hernisi onarım	C	921,25	
374	P603831	Spiegel hernisi onarımı, laparoskopli	Greff dahil	C **	921,00
375	P603840	Greffsiz umbikal herni onarım	C **	951,94	
376	P603841	Greffli umbikal herni onarım	Greff dahil	C **	1.100,67
377	P603842	Umbikal herni onarımı, laparoskopli	Greff dahil	C **	1.430,00
378	P603843	Greffli epigastrik herni onarımı	Greff dahil	C **	1.446,00
379	P603844	Greffsiz epigastrik herni onarımı	C **	1.205,00	
380	P603845	Epigastrik herni onarımı, laparoskopli	Greff Dahil	C **	1.446,00
381	P603846	Greffli perineal herni onarım	Greff dahil	C **	1.973,00
382	P603850	Umbikal kord hernisi onarım	B	1.516,36	
383	P603851	Greff-Mesh çıkartılması	D **	250,00	
384	P603860	Ventral herni onarımı	Omfalosele, gastrostizise veya Bochdalek herni ameliyatlarına sekonder	A2	4.912,67
385		<b>DIYAFRAGMA CERRAHİSİ</b>			
386	P603870	Bochdalek hernisi onarımı, abdomino		A3	3.529,09
387	P603880	Bochdalek hernisi onarımı, toraka		A3	3.529,09
388	P603890	Diyafragma laserasyonu, primer onarım		B	2.534,40
389	P603900	Diyafragmatik herni onarımı, kombiné, torakocabdöminal yaklaşımla	Özefijiyal, hiatal	A3	6.039,80
390	P603910	Diyafragmatik herni onarımı, transorasek yaklaşımlı	Özefajyal, hiata	B	2.858,35
391	P603920	Diyafragmatik herni onarımı ( Travmatik, akut	Yemidoğan dışıdır	B	2.733,54
392	P603930	Diyafragmatik herni onarımı ( Travmatik, kronik	Yemidoğan dışıdır	A3	3.529,09
393	P603940	Diyafragmatik herni onarımı, greff ile ( Travmatik, kronik)	Yemidoğan dışıdır Greff hariç	A3	6.039,80
394	P603950	Diyafragma evantrasyonu, primer onarım		B	2.136,14
395	P603960	Diyafragma rezeksiyonu ve rekonstrüksiyonu, protez	Protez hariç	A3	4.234,91
396	P603970	Diyafragma rezeksiyonu ve rekonstrüksiyonu, protezsiz		B	2.570,61
397	P603980	Diyafragmatik puce uygulaması		B	2.274,54
398	P603990	Diyafragmada cvsserasyonu veya evantrasyon düzeltilme:		B	2.570,61
399	P604000	Morgagni hernisi onarım		A3	3.529,09
400		<b>PERİTON BOSLUĞU</b>			
401	P604010	Apendiks epiptoika torsiyonu		C	1.074,87
402	P604030	Laparostomi		C	1.074,87
403	P604040	Laparotomi, fermuar-mesh yöntemi		C	1.381,96
404	P604050	Laparotomi, intestinal obstrüksiyonlarda	Barsak yığılması veya konjenital buntlara bağlı	B	1.516,36
405	P604060	Laparotomi, organ biyopsisi amacıyla	Başka bir operasyon eşliğ, etmesiz biyopsi amacıyla yapılan operasyonlardır. Ayrıca bir kod altında belirtilmemiş biyopsi işlemleri dahildir. Akut karın nedeniyle yapılan girişimlerde apendisit epiptoika ya da omentum torsiyonu gibi nedenlerle yapılan basit işlemler	C	1.074,87
406	P604070	Laparotomi, tanısal	Aynı sezansız batın içi başka bir ameliyatta birlikte faturalandırılmaz	D **	771,84
407	P604071	Laparotomi- packing	Aynı sezansız batın içi başka bir ameliyatta birlikte faturalandırılmaz	D **	771,00
408	P604080	Omentektomi	Omentum torsiyonunda	C	1.228,33
409	P604090	Omentum kisti veya tümörü eksizyonu		C	1.381,96
410	P604110	Peritoneal lavaj ve debrüman, her bir sezans		C	921,25
411	P604120	Peritoneal veya mezenterik tümör, kist eksizyonu		C	1.228,33
412	P604130	Peritoneo-venöz şanti yapılması	Asit tedavisinde	A3	2.566,61
413	P604140	Plöroperitoneal şanti uygulaması		B	1.619,56
414	P604150	Radikal peritoneal debrüman, her bir sezans		C	1.228,33
415	P604155	Şioredüktif cerrahi ile birlikte hipertermik intraperitoneal kemoterapi	Sağlık Bakanlığında ve TSK'ya bağlı ünitesi basamak sağlık hizmeti sunucularına faturalandırılır	A3	3.086,00
416		<b>RETROPERİTON</b>			
417	P604160	Retropertoneal tümörden biyopsi	Böbrek ve adrenal bez dışında. P618590 ile birlikte faturalandırılmaz	C	1.074,87
418	P604170	Retropertoneal kist veya tümör eksizyonu	Böbrek ve adrenal bez dışında. P618600, P618620 ile birlikte faturalandırılmaz	B	2.577,74
419		<b>6.4 KARDİYOVASKÜLER SİSTEM, KAN VE LENF SİSTEMİ CERRAHİSİ</b>			
420		<b>PERİKARD</b>			
421	P604180	Perikardiyosentez		E **	463,74
422	P604190	Tüp perikardiyostomi	Perikardiyal tüp drenajı Diğer kardiyovasküler operasyonlarla birlikte faturalandırılmaz.	D **	678,85
423	P604200	Pıhtı veya yabancı cisim çıkartılması için perikardiyotomi, primer		B **	2.389,58
424	P604210	Perikardiyal pencere açılması veya parsiyel rezeksiyon	Drenaj için Diğer kardiyovasküler operasyonlarla birlikte faturalandırılmaz.	B **	2.534,40
425	P604220	Perikardiyektomi, subtotal veya tam, kardiyopulmoner by-pass olmaksızın	Diğer kardiyovasküler operasyonlarla birlikte faturalandırılmaz.	B **	2.986,98
426	P604240	Perikardiyal kist veya tümör eksizyonu	Diğer kardiyovasküler operasyonlarla birlikte faturalandırılmaz.	B **	2.715,43
427		<b>KALP TÜMÖRLERİ</b>			
428	P604250	İntrakardiyak tümör eksizyonu, kardiyopulmoner by-pass il	Miksoma vb.	A3 **	12.247,05

## TANIYA DAYALI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	PAKET KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM GRUBU	İŞLEM PUANI
429	P604260	Eksternal kardiyak tımor rezeksiyonu		A3	** 6.897,20
430	P604280	Kardiyak kist hidatik oksizyonu, kardiyopulmoner bypass olmaksızın		A3	** 6.933,41
431		<b>KALP PİLİ, OTOMATİK KARDİOVERTER-DEFİBRİLATÖR (AİCD)</b>			
432	P604290	AİCD yastıkları ve elektrotlarının revizyonu veya çıkarılması		B	** 2.656,32
433	P604310	Kalici pacemaker çıkarılması		D	** 503,20
434	P604320	Kalici pil ve epikardiyal elektrot yerleştirilmesi, torakotomi ile	Pil ve elektrot hariç	B	** 3.005,08
435	P604330	Kalici pil ve epikardiyal elektrot yerleştirilmesi, xiphoid yaklaşımı ile	Pil ve elektrot hariç	B	** 2.136,14
436	P604340	Otomatik Implantabl Kardioverter Defibrilatör yastıklarının implantasyonu	Sensing elektrotları ile birlikte veya değil (AİCD hariç)	A3	** 5.475,04
437	P604350	Otomatik Implantabl Kardioverter Defibrilatör yastıklarının implantasyonu	AİCD pulse jeneratörü yerleştirilmesi ile birlikte (AİCD hariç)	A3	** 6.257,17
438	P604360	Pacemaker onarımı, pulse jeneratörünün tekrar yerleştirilmesi ile birlikte		C	** 804,89
439	P604370	Pacemaker onarımı, sadece elektrotları		D	** 704,38
440	P604380	Pil veya AİCD cebinin revizyonu veya relocasyon		D	** 503,20
441	P604390	Sadece pil veya AİCD takılması veya tekrar yerleştirilmesi	Pil ve AİCD hariç	D	** 603,71
442	P604440	Transvenöz elektrot çıkarılması, torakotomi ile		B	** 2.535,58
443		<b>KALP VE BÜYÜK DAMAR YARALANMALARI</b>			
444	P604470	Greft yerleştirilmesi, aort veya büyük damarlar, kardiyopulmoner by-pass ile	Greft hariç	A2	** 17.451,16
445	P604500	Kalp yaralanması onarımı, kardiyopulmoner by-pass olmaksızın		A3	** 3.349,04
446	P604520	Kalp yaralanması, valvül hasarı, tanımlanmamış, koroner by-pass	Kardiyopulmoner by-pass ile veya değil	A2	** 13.189,21
447	P604530	Kalp yaralanması, ventriküler septal defekt onarım	Kardiyopulmoner by-pass ile	A2	** 13.189,21
448	P604550	Kardiyotomi eksploratris, kardiyopulmoner by-pass olmaksızın	P604200 ile birlikte atanılmamıştır. Yabancı cisim çıkarılmasını kapsar	A3	** 3.877,74
449		<b>KALP KAPAKLARI-AORTİK KAPAK</b>			
450	P604560	Apiko-aortik kondukt konstruksiyonu		A2	** 13.189,21
451	P604570	AVR, aortik anülüsl genişletmesi ile birlikte, nonkoroner kuş		A3	** 13.189,21
452	P604580	AVR, transventriküler aortik anülüsl genişletmesi ile birlikt	Konno	A2	** 13.189,21
453	P604590	Discret subvalvüler aort darlığında subvalvüler rezeksiyon veya insizyon		A3	** 12.247,05
454	P604600	IHSS (Asimetrik septal hipertrofi) 'de ventrikülomey (Mylektomi)		A3	** 12.247,05
455	P604610	Aort kapagı replasmanı (AVR) (Kardiyopulmoner by-pass ile birlikte)		A3	** 12.247,00
456	P604620	Ross atelyat		A2	** 16.486,51
457	P604630	Supravavüler stenozda aortoplasti		A3	** 12.247,05
458	P604640	Valvotomi, aort kapagı (Komissurotomi)	Kardiyopulmoner by-pass ile birlikt	A3	** 12.247,05
459	P604650	Valvüloplastisi, aort kapagı, açık	Kardiyopulmoner by-pass ile birlikt	A3	** 12.247,05
460		<b>KALP KAPAKLARI-MİTRAL KAPAK</b>			
461	P604660	Valvotomi, mitral kapak, kapal	Komissurotomi	A3	** 3.877,74
462	P604670	Valvotomi, mitral kapak, açık	Kardiyopulmoner by-pass ile birlikte Kalp kapagı hariç	A3	** 12.247,05
463	P604680	Valvüloplastisi, mitral kapak	Kardiyopulmoner by-pass ile birlikt	A3	** 12.247,05
464	P604690	Valvüloplastisi, mitral kapak, prostetik ring ile	Kardiyopulmoner by-pass ile birlikt	A3	** 12.247,05
465	P604700	Valvüloplastisi, mitral kapak, açık, radikal rekonstruksiyon	Ring ile veya deht	A3	** 12.247,05
466	P604710	Replasman, mitral kapak (MVR)	Kardiyopulmoner by-pass ile birlikte Kalp kapagı hariç	A3	** 12.247,05
467	P604711	Replasman mitral kapak ile birlikte triküspit anülüloplastisi	Kardiyopulmoner by-pass ile birlikte Kalp kapagı hariç	A3	** 12.247,05
468		<b>KALP KAPAKLARI-TRİKÜSPİT KAPAK</b>			
469	P604720	Valvotomi, triküspit kapak	Kardiyopulmoner by-pass ile birlikt	A3	** 12.247,05
470	P604730	Valvüloplastisi veya anülüloplastisi, triküspit kapak	Kardiyopulmoner by-pass ile birlikt	A3	** 12.247,05
471	P604740	Replasman, triküspit kapak	Kalp kapagı hariç	A3	** 12.247,05
472	P604750	Ebstein anomalisinde triküspit kapak rezeksiyonu veya plikasyonu		A3	** 12.247,05
473		<b>KALP KAPAKLARI-PULMONER KAPAK</b>			
474	P604770	Aort root genişletmesi ile birlikte aort replasmanı, mitral kapak rekonstruksiyonu	Kalp kapagı hariç	A2	** 13.848,74
475	P604780	Aort root genişletmesi ile birlikte aort ve mitral kapak replasmanı	Kalp kapagı hariç	A2	** 14.837,94
476	P604790	Cilt kapak replasmanı	Kalp kapagı hariç	A2	** 13.848,74
477	P604791	Bir kapak replasmanı ile birlikte bir kapak valvüloplastisi, ring ile birlikte veya değil		A3	** 12.247,05
478	P604830	Üç kapak replasmanı	Kalp kapagı hariç	A2	** 16.486,51
479	P604831	İki kapak replasmanı ile birlikte bir kapak valvüloplastisi, ring ile veya değil		A2	** 15.177,07
480	P604840	Valvotomi, pulmoner kapak, açık	Komissurotomi, kardiyopulmoner by-pass ile birlikt	A3	** 12.247,05
481	P604850	Valvotomi, pulmoner kapak, açık, inflow okültasyonu il	Komissurotomi	A3	** 12.309,95
482	P604851	Pulmoner kapak replasmanı	Kardiyopulmoner by-pass ile birlikte Kalp kapagı hariç	A3	** 12.247,05
483		<b>KORONER ARTER İLE İLGİLİ İŞLEMLER</b>			
484	P604910	Koroner arter by-pass, karotid endarterektomi ile birlikte patch plasti		A2	** 11.000,00
485	P604920	Koroner arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb), dört ve daha çok koroner grefti	Kardiyopulmoner by-pass olmaksızın	A3	** 9.252,78
486	P604930	Koroner arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb), iki koroner grefti	Kardiyopulmoner by-pass olmaksızın	A3	** 7.829,34
487	P604940	Koroner arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb), tek koroner grefti	Kardiyopulmoner by-pass olmaksızın	A3	** 7.117,54
488	P604950	Koroner arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb), üç koroner grefti	Kardiyopulmoner by-pass olmaksızın	A3	** 8.541,15
489	P604960	Koroner arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb), bes koroner grefti, kardiyopulmoner by-pass ile		A2	** 13.189,21
490	P604970	Koroner arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb), beşten fazla koroner grefti, kardiyopulmoner by-pass ile		A2	** 14.837,94
491	P604980	Koroner arter by-pass, otojen greft (Safen/IMA vb), dört koroner grefti, kardiyopulmoner by-pass ile		A3	** 12.247,05

## TANIYA DAYALI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	PAKET KODU	İŞLEM ADI	ACIKLAMA	İŞLEM GRUBU	İŞLEM PUANI
492	P604990	Koronar arter by-pass, otojen greft (Safen/İMA vb.) için koroner grefti, kardiyopulmoner by-pass ile		A3	** 10.362,90
493	P605000	Koronar arter by-pass, otojen greft (Safen/İMA vb.) için koroner grefti, kardiyopulmoner by-pass ile		A3	** 7.117,54
494	P605010	Koronar arter by-pass, otojen greft (Safen/İMA vb.) için koroner grefti, kardiyopulmoner by-pass ile		A3	** 11.305,06
495	P605040	Postinfarkt VSD onarımı, miyokardiyal rezeksiyon ile birlikte veya değil	Ek olarak yapılacak her by-pass için 100 puan eklenir.	A2	** 15.177,07
496	P605050	Ventriküler küçültme ameliyatı (Batista)		A2	** 19.478,68
497		<b>SEPTAL DEFEKT</b>			
498	P605170	Pulmoner arterin bantlanması		A3	** 5.412,77
499	P605175	Kateter ile ASD ve VSD bantlanması	ASD ve VSD kateteri hariç	A3	** 3.877,74
500		<b>DIĞER DOĞUMSAL OLGULAR</b>			
501	P605190	Triküspit azezişi onarımı (ÖR: Fontan, Modifiye Fontan işlemleri)		A2	** 15.177,07
502	P605200	Korrekte TGA'da VSD		A3	** 12.247,05
503	P605210	Korrekte TGA'da kapak plastisi		A3	** 12.247,05
504	P605220	Korrekte TGA'da kapak replasmanı	Kalp kapığı hariç	A3	** 12.247,05
505	P605230	Korrekte TGA'da PS ile birlikte VSD		A2	** 15.586,58
506	P605240	Fallot tetralojisi komple onarımı, transkateter yama olmaksızın		A3	** 14.500,40
507	P605250	Fallot tetralojisi komple onarımı, transkateter yama ile birlikte	Greft hariç	A3	** 13.490,73
508	P605260	Fallot tetralojisi komple onarımı, önceki shut'ın kapatılması ile birlikte		A2	** 16.383,10
509	P605270	Cift çıkışlı veya girişli sağ veya sol ventrikül cerrahi		A2	** 17.197,72
510		<b>SİNÜS VALSALVA</b>			
511	P605290	Sinüs valsalva fistüli onarımı, ventriküler septal defekt onarımı ile birlikte		A3	** 12.247,05
512		<b>TOTAL ANORMAL PULMONER VENÖZ DRENAJ</b>			
513	P605320	Anormal venöz dönüşüm komple onarımı	Suprakardiyak, intrakardiyak veya infrakardiyak tipte	A3	** 14.500,40
514		<b>ŞHUNT İŞLEMLERİ</b>			
515	P605330	Atriyal septektomi veya septostomi, kapalı	Blalock-Hanlon tipi operasyon, septostomi kateteri hariç	A3	** 5.521,38
516	P605350	Şunt, subklavyen-pulmoner arter	Blalock-Taussig tipi operasyon	A3	** 4.996,39
517	P605360	Şunt, ascendan aorta-pulmoner arter	Waterson tipi operasyon	A3	** 3.877,74
518	P605370	Şunt, descendan aorta-pulmoner arter	Potts-Smith tipi operasyon	A3	** 4.996,39
519	P605380	Şunt, santral, prostetik greft		A3	** 4.996,39
520	P605390	Şunt, veno-veno-pulmoner arter	Glenn tipi operasyon	A3	** 4.996,39
521		<b>BÜYÜK ARTERLERİN TRANZPOZİSYONU</b>			
522	P605410	Büyük arterlerin tranzpozisyonu onarımı, Atriyal Baffle işlemi, kardiyopulmoner by-pass ile birlikte		A2	** 15.658,99
523	P605420	Büyük arterlerin tranzpozisyonu onarımı, Atriyal Baffle işlemi, pulmoner bant çıkarılması ile birlikte		A2	** 13.848,74
524	P605430	Büyük arterlerin tranzpozisyonu onarımı, Atriyal Baffle işlemi, ventriküler septal defeki kapatılması ile birlikte		A2	** 17.921,84
525	P605440	Büyük arterlerin tranzpozisyonu onarımı, Atriyal Baffle işlemi, subpulmonik darlık onarılması ile birlikte		A2	** 14.508,26
526	P605450	Büyük arterlerin tranzpozisyonu onarımı, arteriyel rekonstrüksiyon (Jaten)		A2	** 19.551,10
527	P605460	Büyük arterlerin tranzpozisyonu onarımı, pulmoner bant çıkarılması ile birlikte		A2	** 19.913,15
528	P605470	Büyük arterlerin tranzpozisyonu onarımı, ventriküler septal defeki kapatılması		A2	** 20.275,21
529	P605480	Büyük arterlerin tranzpozisyonu onarımı, subpulmonik darlık onarılması		A2	** 16.816,19
530	P605490	Büyük arterlerin tranzpozisyonunda Rastelli operasyonu		A2	** 19.551,10
531	P605500	Intraventriküler re-routing ameliyatları		A2	** 17.146,04
532		<b>TRUNKUS ARTERİOSUS</b>			
533	P605510	Trunkus arteriosus, total onarım, Rastelli tipi ameliya		A2	** 17.559,78
534		<b>AORTİK ANOMALİLER</b>			
535	P605520	Aberan damar divizyonu	Vasküler ring	A3	** 5.032,60
536	P605530	Aberan damar divizyonu, reanastomoz ile birlikte	Vasküler ring	A3	** 5.032,60
537	P605540	Aort koarktasyonu eksiyonu ve greft ile rekonstrüksiyon (PDA var veya yok)	Greft hariç	A3	** 3.877,74
538	P605550	Aort koarktasyonu eksiyonu ve üç-üç anastomoz (PDA var veya yok)		A3	** 5.032,60
539	P605570	Aort koarktasyonu, greft ile by-pass	Greft hariç	A3	** 5.032,60
540	P605580	Aort koarktasyonu, prostetik materyal kullanılarak plastisi	Prostetik materyal hariç	A3	** 5.032,60
541	P605590	Aort koarktasyonu, sol subklavyen arter ile flap aortoplastisi		A3	** 5.032,60
542	P605610	Aortopulmoner pencere kapatılması, kardiyopulmoner by-pass olmaksızın		A3	** 3.877,74
543	P605620	Hipoplastik sol kalp sendromu onarımı		A2	** 15.568,47
544	P605630	Hipoplastik veya interrupted aortik ark, otojen veya prostetik materyal ile onarım	Prostetik materyal hariç	A3	** 14.500,40
545	P605640	Patent Duktus Arteriosus (PDA) divizyonu		B	** 3.638,68
546	P605660	Patent Duktus Arteriosus (PDA) ligasyonu, primer		B	** 2.733,54
547	P605670	Traken dekompresyonu için aortik suspansiyon	Aortopeksi	B	** 2.414,84
548		<b>TORASİK AORT ANEVİZMİZİ ONARIMI</b>			
549	P605680	Asendan aorta grefti, kapak replasmanı ve transvers aort ark grefti, kardiyopulmoner by-pass ile birlikte, koroner implant var	Kalp Kapığı ve Greft Hariç	A2	** 17.805,40
550	P605690	Asendan aorta grefti, kardiyopulmoner by-pass ile, koroner implantasyonu dahil, kapak replasmanı olmadan	Greft hariç	A2	** 13.848,74
551	P605710	Asendan aorta grefti, kardiyopulmoner by-pass ile, koroner implant yok, kapak replasmanı ile birlikte	Kalp kapığı ve greft hariç	A2	** 14.508,26
552	P605720	Asendan aorta grefti, kardiyopulmoner by-pass ile, koroner implant var, kapak replasmanı ile birlikte	Kalp kapığı ve greft hariç	A2	** 14.508,26
553	P605730	Asendan aorta grefti, kardiyopulmoner by-pass ile, koroner implant var, kapak suspansiyon var veya yok, kapak replasmanı olmadan ve transvers aort ark grefti, arkus damarlarına by-pass ile birlikte	Greft hariç	A2	** 17.805,40
554	P605740	Asendan aorta grefti, kardiyopulmoner by-pass ile, koroner implant yok, kapak replasmanı ile birlikte ve transvers aort ark grefti	Kalp kapığı ve greft hariç	A2	** 17.146,04

## TANIYA DAYALI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	PAKET KODU	İŞLEM ADI	ACIKLAMA	İŞLEM GRUBU	İŞLEM PUANI
555	P605750	Asendan aorta grefti, kardiyopulmoner by-pass ile, koroner implant var, kapak suspansiyon var veya yok, kapak replasmanı olmadan ve transvers aort ark grefti	Greft hariç	A2	* 20.248,06
556	P605760	Asendan aorta grefti, kardiyopulmoner by-pass ile, koroner implant var, kapak suspansiyon var veya yok, arkus damarlarına kardiyopulmoner by-pass ile birlikte transvers aort ark grefti	Greft hariç	A2	* 17.146,04
557	P605770	Asendan aorta grefti, kardiyopulmoner by-pass ile, koroner implant yok, kapak suspansiyon var veya yok, kapak replasmanı olmadan ve transvers aort ark grefti	Greft hariç	A2	* 16.486,51
558	P605780	Asendan aorta grefti, kardiyopulmoner by-pass ile, koroner implant var, kapak replasmanı ile, arkus damarlarına by-pass ile birlikte transvers aort ark grefti	Kalp kapagı ve greft hariç	A2	* 21.813,96
559	P605790	Desendan aortaya arkus aorta için deniz aşarak greft implantasyonu median sternotomi ve kardiyopulmoner by-pass ile ÖR/ Elephant trunk vb.	Greft Hariç	A2	* 18.464,92
560	P605810	Torakoabdominal aort anevrizması, toraksık veya torakobdominal insizyonla, greftli, kardiyopulmoner by-pass var veya yok	Greft hariç	A2	* 13.189,21
561	P605820	Toraksık aort anevrizmalarında endovasküler greft implantasyonu	Greft hariç	A3	* 4.580,03
562	P605830	Transvers ark grefti, kardiyopulmoner by-pass ile	Greft hariç	A2	* 14.771,84
563	P605840	Transvers ark grefti, kardiyopulmoner by-pass ile arkus damarlarına by-pass birlikte	Greft hariç	A2	* 15.827,15
564		<b>PULMONER ARTER</b>			
565	P605860	Pulmoner arter embolektomi, kardiyopulmoner by-pass olmaksızın		A3	* 3.877,74
566	P605880	Pulmoner banding		A3	* 4.580,03
567		<b>DIĞER İŞLEMLER</b>			
568	P605910	IABP, arter onarımı da içerecek şekilde balon çıkartılması, greftli veya greftsiz	Greft hariç	C	* 804,89
569	P605920	Intraaortik balon kontrolsasyonu (IABP)	Sadece yerleştirme	C	* 1.006,24
570	P605930	Kalp transplantasyonu	Ayrıca kardiyotomi yapılmış veya deg	A1	* 94.856,66
571	P605940	Kalp-akciğer transplantasyonu	Ayrıca kardiyotomi-pnömonektomi ile birliki	A1	* 110.666,10
572	P605950	Kardiyopulmoner yeimezlik nedeni ile uzamış ekstrakorporeal dolaşım	Güncel bir defa faturalandırılır.	B	* 1.946,05
573	P605960	Kardiyopulmoner by-pass cerrahi işlemi, ilk gün pompa takibi dahil	Fk cerrahi işlem olmaksızın	B	* 2.986,98
574	P605970	Sağ veya sola ventriküle yardımcı cihaz takılması veya çıkartılması	Fk cerrahi işlem olmaksızın	A3	* 4.580,03
575		<b>ARTERYEL EMBOLİKTOMİ VEYA TROMBEKTOMİ</b>			
576	P605980	Embolektomi veya trombektomi, karotid, subklavyen veya innominate arter boyun insizyonu ile, katater var veya yok		B	* 2.414,84
577	P605990	Embolektomi veya trombektomi, karotid, subklavyen veya innominate arter toraksık insizyon ile, katater var veya yok		B	* 2.414,84
578	P606000	Embolektomi veya trombektomi, aksiller, brakial, innominate, subklavyen arter kol insizyonu ile, katater var veya yok		C	* 804,89
579	P606010	Embolektomi veya trombektomi, radial veya ulnar arter kol insizyonu ile, katater var veya yok		C	* 804,89
580	P606020	Embolektomi veya trombektomi, renal, gölyak, mezenter, aortolyak arter abdominal insizyon ile, katater var veya yok		B	* 2.414,84
581	P606030	Embolektomi veya trombektomi, femoropoplital, aortolyak arter bacak insizyonu ile, katater var veya yok		C	* 1.194,79
582	P606040	Embolektomi veya trombektomi, popliteal, tibiyoperoneal arter, bacak insizyonu ile, katater var veya yok		C	* 1.689,71
583		<b>VENÖZ TROMBEKTOMİ</b>			
584	P606050	Trombektomi, vena kava, iliyak ven, abdominal insizyon ile	P606060, P606070 ile birlikte faturalandırılmaz	C	* 1.207,42
585	P606060	Trombektomi, vena cava, iliyak, femoropoplital ven, bacak insizyonu ile	P606050, P606070 ile birlikte faturalandırılmaz.	C	* 804,89
586	P606070	Trombektomi, vena kava, iliyak ven, femoropoplital ven, bacak insizyonu ve abdominal insizyon ile	P606050, P606060 ile birlikte faturalandırılmaz.	B	* 1.811,13
587	P606080	Trombektomi, subklavyen ven, boyun insizyonu ile		C	* 1.006,24
588	P606090	Trombektomi, aksiller ve subklavyen ven, kol insizyonu ile		D	* 704,38
589	P606091	Trombektomi, diğer	Akut ekstenal tromboze hemoroidik vb.	D	* 241,48
590		<b>VENÖZ REKONSTRÜKSİYON</b>			
591	P606100	Valvüloplasti, femoral ven		C	* 1.207,42
592	P606110	Venöz kapak transpozisyonu, herhangi bir donör ven		B	* 1.811,13
593	P606120	Venöz sisteme cross-over ven grefti		A3	* 4.888,36
594	P606130	Safemopoplital ven anastomozu		B	* 2.052,78
595	P606140	Vena kava superior sendromunda by-pass		A3	* 4.888,36
596		<b>DİREKT ANEVİZMA ONARIMI VEYA EKKSİZYONU</b>			
597	P606150	Abdominal aort anevrizmalarında endovasküler greft implantasyonu		A3	* 7.332,55
598	P606160	Abdominal aort dallarının veya periferik arterlerin anevrizmalarında endovasküler greft implantasyonu		B	* 2.414,84
599	P606170	Anevrizma veya oklüzyon hastalığı, aksiller-brakial arter, kol insizyonu ile		B	* 2.173,52
600	P606180	Anevrizma, false anevrizma veya oklüzyon hastalığı, visseral damarları da içeren abdominal aorta lezyonu	Mezenterik, gölyak, renal	A3	* 7.821,42
601	P606190	Anevrizma, false anevrizma veya oklüzyon hastalığı	Common femoral arter, profunda femoris, superficial femoral arter	B	* 2.173,52
602	P606200	Anevrizma, false anevrizma veya oklüzyon hastalığı, iliyak damarları da içeren abdominal aorta lezyonu	Common, hipogastrik, eksternal	A3	* 7.332,55
603	P606210	Anevrizma, false anevrizma veya oklüzyon hastalığı, iliyak arteri	Common, hipogastrik, eksternal	A3	* 4.888,36
604	P606220	Anevrizma, false anevrizma veya oklüzyon hastalığı, vertebral arter		B	* 1.509,27
605	P606230	Anevrizma, false anevrizma veya oklüzyon hastalığı, innominate arter, subklavyen arter, toraksık insizyon ile		B	* 2.173,52
606	P606240	Anevrizma, false anevrizma veya oklüzyon hastalığı, abdominal aorta		A3	* 6.843,84
607	P606250	Anevrizma, false anevrizma veya oklüzyon hastalığı, diğer arterler		B	* 2.173,52
608	P606260	Anevrizma, false anevrizma veya oklüzyon hastalığı, hepatic, gölyak, renal, mezenterik arter		A3	* 5.866,10
609	P606270	Anevrizma, false anevrizma veya oklüzyon hastalığı, popliteal arter		B	* 2.414,84
610	P606280	Anevrizma, false anevrizma veya oklüzyon hastalığı, radial, ulnar arter		B	* 2.173,52
611	P606290	Anevrizma, false anevrizma veya oklüzyon hastalığı, splenik arter		A3	* 4.399,49

## TANIYA DAYALI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	PAKET KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM GRUBU	İŞLEM PUANI
612	P606300	Direkt anevrizma veya false anevrizma oranımı veya eksiyonu, parsiyel veya total ve greff yerleştirilmesi, karotid veya subklavyen arterde anevrizma veya oklüzyon hastalığı, patch greff ile veya değıl, boyun insizyonu ile		B	** 2.414,84
613	P606310	Rüptüre anevrizma, common-profunda-süperfişyel-femoral arter		B	** 2.656,32
614	P606320	Rüptüre anevrizma, abdominal aorta		A3	** 9.288,03
615	P606330	Rüptüre anevrizma, aksiller-brakiyal arter, kol insizyonu ile		A3	** 4.497,30
616	P606340	Rüptüre anevrizma, diğer arterler		B	** 2.173,52
617	P606350	Rüptüre anevrizma, hepatic-çölyak-renal veya mezenterik arter		A3	** 6.843,84
618	P606360	Rüptüre anevrizma, iliyak arterler	Common, hipogastrik, eksternal	A3	** 5.475,04
619	P606370	Rüptüre anevrizma, ilyak damarlar da içeren abdominal aorta lezyonu	Common, hipogastrik, eksternal	A2	** 13.189,21
620	P606380	Rüptüre anevrizma, inöminat, subklavyen arter, torasik insizyon ile		A3	** 4.497,30
621	P606390	Rüptüre anevrizma, karotit-subklavyen art, boyun insizyonu ile		A3	** 4.888,36
622	P606400	Rüptüre anevrizma, popliteal arter		A3	** 4.888,36
623	P606410	Rüptüre anevrizma, splenik arter		A3	** 6.354,81
624	P606420	Rüptüre anevrizma, visseral damarları da içeren abdominal aorta lezyonu	Mezenterik, çölyak, renal	A2	** 13.189,21
625	<b>ARTERYOVENÖZ FİSTÜL ONARIMI</b>				
626	P606430	Arteriyovenöz fistül onarımı, konjenital, buş ve boyun		B	** 2.414,84
627	P606440	Arteriyovenöz fistül onarımı, 5.083,98		A3	** 5.083,98
628	P606450	Arteriyovenöz fistül onarımı, konjenital, ekstremite		B	** 2.414,84
629	P606460	Arteriyovenöz fistül onarımı, edinsel veya travmatik, buş ve boyun		B	** 2.656,32
630	P606470	Arteriyovenöz fistül onarımı, edinsel veya travmatik, toraks ve abdomen		A3	** 6.257,17
631	P606480	Arteriyovenöz fistül onarımı, edinsel veya travmatik, ekstremiteler		B	** 2.656,32
632	P606490	Arteriyovenöz fistüllerde endovasküler greff implantasyonu		B	** 2.414,84
633	<b>FİSTÜL DİŞİNDA DAMAR ONARIMI</b>		Patch greff ile veya değı		
634	P606500	Damar onarımı, direkt, boyun		B	** 2.535,58
635	P606510	Damar onarımı, direkt, üst ekstremite		B	** 2.535,58
636	P606520	Damar onarımı, direkt, el, parmak		B	** 3.005,08
637	P606530	Damar onarımı, direkt, intratorasik, by-pass ile		A3	** 6.452,61
638	P606540	Damar onarımı, direkt, intratorasik, by-pass ile değı		A3	** 4.692,75
639	P606550	Damar onarımı, direkt, intraabdominal		A3	** 6.245,50
640	P606560	Damar onarımı, direkt, alt ekstremite		B	** 1.931,87
641	P606570	Ven greffli ile damar onarımı, boyun		A3	** 5.083,98
642	P606580	Ven greffli ile damar onarımı, üst ekstremite	Greff dahil	A3	** 4.399,49
643	P606590	Ven greffli ile damar onarımı, intratorasik, by-pass ile		A3	** 7.234,74
644	P606600	Ven greffli ile damar onarımı, intratorasik, by-pass ile değı		A3	** 4.888,36
645	P606610	Ven greffli ile damar onarımı, intraabdominal		A3	** 6.354,81
646	P606620	Ven greffli ile damar onarımı, alt ekstremite	Greff dahil	A3	** 3.618,89
647	P606630	Ven dışında başka bir greffle damar onarımı, boyun	Greff hariç	B	** 1.931,87
648	P606640	Ven dışında başka bir greffle damar onarımı, üst ekstremite	Greff hariç	B	** 1.931,87
649	P606650	Ven dışında başka bir greffle damar onarımı, intratorasik, by-pass ile	Greff hariç	A3	** 6.257,17
650	P606660	Ven dışında başka bir greffle damar onarımı, intratorasik, by-pass yapılmaksızın	Greff hariç	B	** 2.656,32
651	P606670	Ven dışında başka bir greffle damar onarımı, intraabdominal	Greff hariç	B	** 2.414,84
652	P606680	Ven dışında başka bir greffle damar onarımı, alt ekstremite	Greff hariç	B	** 2.294,27
653	<b>TROMBOENDARTEREKTOMİ</b>				
654	P606690	Tromboendarterektomi, karotit, vertebral, subklavyen, boyun insizyonu ile, patch greff ile veya değı	Greff hariç	A3	** 5.792,92
655	P606700	Tromboendarterektomi, subklavyen, inöminat, torasik insizyon ile		A3	** 4.888,36
656	P606710	Tromboendarterektomi, aksiller-brakiyal		B	** 2.173,52
657	P606720	Tromboendarterektomi, abdominal aorta		A3	** 4.692,75
658	P606730	Tromboendarterektomi, mezenterik, çölyak veya rena		B	** 2.656,32
659	P606740	Tromboendarterektomi, iliyak		B	** 2.656,32
660	P606750	Tromboendarterektomi, iliofemoral		A3	** 4.497,30
661	P606760	Tromboendarterektomi, kombine aortiliyak		A3	** 4.692,75
662	P606770	Tromboendarterektomi, kombine aortiliyofemoral		A3	** 5.083,98
663	P606780	Tromboendarterektomi, common femoral		B	** 2.173,52
664	P606790	Tromboendarterektomi, derin (Profunda) femoral		B	** 2.294,27
665	P606800	Tromboendarterektomi, femoral ve/veya popliteal ve/veya tibiyoperoneal		B	** 2.414,84
666	P606810	Tromboendarterektomi, femoral süperfişyel, lokalize		B	** 2.173,52
667	<b>BY-PASS GREFF-VEN</b>				
668	P606820	By-pass greff, ven ile, karotit		A3	** 4.399,49
669	P606830	By-pass greff, ven ile, karotit-subklavyen		A3	** 4.399,49
670	P606840	By-pass greff, ven ile, subklavyen-karotit		A3	** 4.399,49
671	P606850	By-pass greff, ven ile, karotit-subklavyen		A3	** 4.399,49
672	P606860	By-pass greff, ven ile, karotit-karotit		A3	** 4.399,49
673	P606870	By-pass greff, ven ile, subklavyen-subklavyen		A3	** 4.399,49
674	P606880	By-pass greff, ven ile, subklavyen-venöz		A3	** 4.399,49
675	P606890	By-pass greff, ven ile, subklavyen-aksille		A3	** 4.399,49
676	P606900	By-pass greff, ven ile, aksiller-aksille		A3	** 4.399,49
677	P606910	By-pass greff, ven ile, aksiller-femoral		A3	** 4.888,36
678	P606920	By-pass greff, ven ile, aortosubklavyen veya karotit		A3	** 5.866,10
679	P606930	By-pass greff, ven ile, aortoçölyak veya aortomezenterik		A3	** 5.866,10
680	P606940	By-pass greff, ven ile, aksiller-femoral-femoral		A3	** 5.866,10
681	P606950	By-pass greff, ven ile, splenofemoral		A3	** 2.823,27
682	P606960	By-pass greff, ven ile, aortiliyak		A3	** 4.888,36
683	P606970	By-pass greff, ven ile, aortifemoral veya bifemoral		A3	** 4.888,36
684	P606980	By-pass greff, ven ile, aortiliyofemoral, tek taraflı		A3	** 5.083,98
685	P606990	By-pass greff, ven ile, aortiliyofemoral, iki taraflı		A3	** 5.475,04
686	P607000	By-pass greff, ven ile, aortifemoral-popliteal		A3	** 5.866,10
687	P607010	By-pass greff, ven ile, femoral-popliteal		A3	** 5.083,98
688	P607020	By-pass greff, ven ile, femoral-femoral		B	** 2.656,32
689	P607030	By-pass greff, ven ile, aortorena		A3	** 5.377,23
690	P607040	By-pass greff, ven ile, iliyotiliyalı		A3	** 4.692,75



## TANIYA DAYALI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	PAKET KODU	İŞLEM ADI	ACIKLAMA	İŞLEM GRUBU	İŞLEM PUANI
691	P607050	By-pass grefti, ven ile, iliyofemoral		A3	** 5.377,23
692	P607060	By-pass grefti, ven ile, femoral-anterior tibiyal, posterior tibiyal, peroneal arter veya distal damarlar		A3	** 5.083,98
693	P607070	By-pass grefti, ven ile, popliteal-tibiyal, peroneal arter veya diğer distal damarlar		A3	** 4.888,36
694		<b>İNSİTU VEN BY-PASS</b>			
695	P607080	İnsitu ven by-pass, aortofemoral-popliteal	Sadece femoropopliteal kısmı insitu	A3	** 4.692,75
696	P607090	İnsitu ven by-pass, femoral-popliteal		A3	** 4.497,30
697	P607100	İnsitu ven by-pass, femoral-anterior tibiyal, posterior tibiyal veya peroneal arter		A3	** 4.692,75
698	P607110	İnsitu ven by-pass, popliteal-tibiyal, peroneal		A3	** 4.692,75
699		<b>BY-PASS GREFT, VEN DİŞİNDAKİLERLE</b>	Bu başlık altında yer alan işlemlerde greft ayrıca faturalandırılır.		
700	P607120	By-pass grefti, ven dışındakilerle, karotit		A3	** 4.692,75
701	P607130	By-pass grefti, ven dışındakilerle, karotit-subklavye		A3	** 4.692,75
702	P607140	By-pass grefti, ven dışındakilerle, subklavye-subklavye		A3	** 4.692,75
703	P607150	By-pass grefti, ven dışındakilerle, subklavye-aksilla		A3	** 4.692,75
704	P607160	By-pass grefti, ven dışındakilerle, aksilla-femoral		A3	** 4.692,75
705	P607170	By-pass grefti, ven dışındakilerle, aortosubklavye veya karotit		A3	** 5.475,04
706	P607180	By-pass grefti, ven dışındakilerle, aortoöföyöz, aortomezenterik, aortorenal		A3	** 5.475,04
707	P607190	By-pass grefti, ven dışındakilerle, splenorenal		A3	** 5.475,04
708	P607200	By-pass grefti, ven dışındakilerle, vertebral-karotit transpozisyonu		A3	** 4.692,75
709	P607210	By-pass grefti, ven dışındakilerle, vertebral-subklavye transpozisyonu		A3	** 4.692,75
710	P607220	By-pass grefti, ven dışındakilerle, aortiliyal		A3	** 6.257,17
711	P607230	By-pass grefti, ven dışındakilerle, karotit-vertebral		A3	** 6.257,17
712	P607240	By-pass grefti, ven dışındakilerle, subklavye-vertebral		A3	** 6.257,17
713	P607250	By-pass grefti, ven dışındakilerle, aortofemoral veya bifemoral		A3	** 6.843,84
714	P607260	By-pass grefti, ven dışındakilerle, aksilla-aksilla	B	** 2.656,32	
715	P607270	By-pass grefti, ven dışındakilerle, aortofemoral-popliteal	A3	** 6.354,81	
716	P607280	By-pass grefti, ven dışındakilerle, aksilla-femoral-femoral	A3	** 5.475,04	
717	P607290	By-pass grefti, ven dışındakilerle, femoral-popliteal	A3	** 4.888,36	
718	P607300	By-pass grefti, ven dışındakilerle, femoral-femoral	B	** 2.414,84	
719	P607310	By-pass grefti, ven dışındakilerle, iliyofemoral	A3	** 4.692,75	
720	P607320	By-pass grefti, ven dışındakilerle, iliyofemoral	A3	** 4.692,75	
721	P607330	By-pass grefti, ven dışındakilerle, femoral-anterior tibiyal, posterior tibiyal veya peroneal	A3	** 5.083,98	
722	P607340	By-pass grefti, ven dışındakilerle, popliteal-tibiyal veya peroneal arter	A3	** 4.692,75	
723	P607350	By-pass grefti, kompozit (greft + ven)	A3	** 4.692,75	
724		<b>EKSPLORASYON</b>			
725	P607360	Eksplorasyon, cerrahi onarım yapılmayan, arter diseksiyonu ile birlikte/deği	D	** 653,96	
726	P607370	Eksplorasyon, cerrahi onarım yapılmayan, karotit arte	D	** 452,78	
727	P607380	Eksplorasyon, cerrahi onarım yapılmayan, femoral arte	D	** 452,78	
728	P607390	Eksplorasyon, cerrahi onarım yapılmayan, popliteal arte	D	** 452,78	
729	P607400	Eksplorasyon, cerrahi onarım yapılmayan, diğer damarlar	D	** 553,46	
730		<b>POSTOPERATİF EKSPLORASYON</b>	Kanama, tromboz veya enfeksiyon için		
731	P607410	Arteriyel veya venöz greftle trombektomi ve/veya onarım	B	** 1.569,65	
732	P607420	Enfekte greftin eksişyonu, abdomina	B	** 1.811,13	
733	P607430	Enfekte greftin eksişyonu, ekstremiteler	C	** 804,89	
734	P607440	Enfekte greftin eksişyonu, revaskülarizasyon ile birlikte	A3	** 4.888,36	
735	P607450	Enfekte greftin eksişyonu, revaskülarizasyon ile birlikte femoral-anterior tibiyal, posterior tibiyal veya peroneal arte	A3	** 5.083,98	
736	P607460	Enfekte greftin eksişyonu, revaskülarizasyon ile birlikte popliteal-tibiyal veya peroneal arter	A3	** 4.692,75	
737	P607470	Greft-entirik fistül onarım	A3	** 6.843,84	
738	P607480	Postoperatif eksplorasyon, abdomen	B	** 1.811,13	
739	P607490	Postoperatif eksplorasyon, boyun	C	** 1.006,24	
740	P607500	Postoperatif eksplorasyon, ekstremiteler	C	** 905,56	
741	P607510	Postoperatif eksplorasyon, pđfütis	B	** 2.414,84	
742		<b>İNTRAVASKÜLER KANÜLASYON VE SHUNT (AYRI İŞLEM)</b>			
743	P607530	Arteriyel/venöz anevrizmanın plastik onarım	B	** 2.535,58	
744	P607560	Arteriyel/venöz fistül revizyonu, trombektomi ile veya değil, otojen veya nonotojen greft ile	B	** 1.690,39	
745	P607600	Hemodiyaliz amacıyla A-V fistül/şanti yapılması veya kapatılması	C	** 880,44	
746	P607640	Kardiyopulmoner yetmezlikte nazams ekstrakorporeal dolaşım için kanitlerci yerleştirilmesi (ECMO)	C	** 1.106,75	
747	P607680	Uzama ekstrakorporeal dolaşım bakımı	A3	** 5.132,88	
748		<b>TRANSKATETER TEDAVİSİ VE BİYOPSİ</b>			
749	P607690	Transkateter biyopsi	C	** 337,27	
750	P607700	Transkateter tedavi, koroner dışındaki tromboliz için infüzyon	C	** 505,90	
751	P607710	Transkateter tedavi, tromboliz dışında başka bir amaç için infüzyon	C	** 421,59	
752		<b>LİGASYON VE DİĞER İŞLEMLER</b>			
753	P607730	İnternal juguler ven ligasyonu	C	** 505,90	
754	P607740	İnterruption, parsiyel veya komplet, sđfütir, ligasyon, plikasyon, klip, ekstravasküler, intravasküler (i/mbrealla cihaz) yolla veya c	B	** 1.811,13	
755	P607750	İnterruption, parsiyel/komplet, ligasyon, intravasküler cihaz ile femoral venin	D	** 704,38	
756	P607760	İnterruption, parsiyel/komplet, ligasyon, intravasküler cihaz ile iliyak venin	C	** 1.006,24	
757	P607770	Kanayan küçük arter, ven bağlanması	E	** 101,18	
758	P607780	Karotit body tümör çıkarılması	A3	** 4.399,49	
759	P607790	Ligasyon veya biyopsi, temporal arter	E	** 278,25	
760	P607800	Ligasyon, eksternal karotit arter	C	** 754,61	
761	P607810	Ligasyon, internal veya common karotit arter	C	** 1.006,24	

Kademeli okütüyon ile Selverstone veya Crutchfield klempki kullanılığı gibi

## TANIYA DAYALI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	PAKET KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM GRUBU	İŞLEM PUANI
762	P607820	Ligasyon, internal veya common karotid arteri		C	804,89
763	P607830	Ligasyon, major arter, abdomen		B	1.811,13
764	P607840	Ligasyon, major arter, boyun		C	804,89
765	P607850	Ligasyon, major arter, ekstremité		C	1.006,24
766	P607860	Ligasyon, major arter, göğüs		C	1.006,24
767	P607870	Linton tipi deri grefti ile perforatör venlerin ligasyonu, subfasiyi		B	2.414,84
768	P607871	Perforatör venlerin ligasyonu, subfasiyal, her biri	En fazla 4 ligasyon faturalandırılır	B	* 300,00
769	P607880	Rektörün veya sekonder variköz venlerin ligasyonu, ve/veya divizyonu		F	231,87
770	P607890	Safenofemoral birleşim yerinde vena safena magna ligasyonu ve divizyonu veya distal interuptyonları		D	402,53
771	P607900	V. safena magna ve parvanın ligasyon (kisi birden), divizyon ve komplet strippingi		E	1.006,24
772	P607910	Varislerde lokal pake eksizyonu, her biri	En fazla 4 pake faturalandırılır	C	* 252,95
773	P607920	Varislerde sklerozan madde enjeksiyonu, her bir sean		F	50,59
774	P607930	Vena safena magna/parvanın ligasyonu, divizyon ve komplet strippingi		C	754,64
775	P607931	Vena safena magna ve /veya parvanın endovenöz ablasyonu (RF/lazer)	Tüm malzemeler dahil	C	* 2.000,00
776	P607940	Vena safena magna/parvanın ligasyonu, divizyon ve komplet strippingi ile birlikte radikal ülser eksizyonu ve deri grefti ve/veya alt ekstremité komünikan venlerin bağlanması, derin fasya eksizyonu ile birlikte		B	2.112,98
777	P607950	Vena safena parvanını safenopopliteal birleşim yerinde ligasyonu ve divizyonu	Ayrı işlem	E	370,99
778	<b>KAN VE LENF SİSTEMLERİ</b>				
779	<b>DALAK</b>				
780	P607960	Splenorafi	P607970, P607980 ile birlikte faturalandırılmaz	B	2.172,34
781	P607970	Splenektomi, parsiyel	P607960, P607980 ile birlikte faturalandırılmaz	B	2.624,92
782	P607971	Splenektomi, parsiyel, laparoskopik	Tüm malzemeler dahi	B	* 3.294,27
783	P607980	Splenektomi, total	P607960, P607970 ile birlikte faturalandırılmaz	B	1.821,25
784	P607981	Splenektomi, total, laparoskopik	Tüm malzemeler dahi	B	* 3.372,68
785	<b>LENF NODULARI VE LENFATİK KANALLAR</b>				
786	<b>İNŞİZYON</b>				
787	P607990	Boyan di-eksizyonu, tek taraf		B	3.349,04
788	P608000	İliyoinguinal lenf nodu disseksiyon		B	1.516,36
789	P608010	Koltuk altı disseksiyon		C	921,25
790	P608040	Lenfanjiyotomi veya lenf kanallarına diğer işlem		D	705,90
791	P608050	Retropitoneal lenf bezi disseksiyon		A3	3.079,93
792	P608060	Sentinel lenfadenektomi		D	705,90
793	P608070	Toraksik duktusun stütür ve/veya ligasyonu, abdominal yaklaşımla		B	1.698,31
794	P608080	Toraksik duktusun stütür ve/veya ligasyonu, servikal yaklaşımla		D	705,90
795	P608090	Toraksik duktusun stütür ve/veya ligasyonu, toraksik yaklaşımla		B	1.698,31
796	<b>EKSİZYON</b>				
797	P608100	Disseksiyon, derin jugüller nodlar		D	847,05
798	P608110	Evrelendimede için sınırlı lenfadenektomi (Ayrı işlem), pelvik ve paraaortik		C	1.228,33
799	P608120	Kistik biyomra eksizyonu, bığı	Derin nörovasküler disseksiyon olmadan	D	1.149,53
800	P608130	Kistik biyomra eksizyonu, komplek		C	1.584,00
801	P608140	Lenf nodları biyopsisi veya eksizyonu, derin ak-siller nodla		D	529,34
802	P608150	Lenf nodları biyopsisi veya eksizyonu, internal mammary nodlar (Ayrı işlem)	P603650, P603660, P603670, P603750 ile birlikte faturalandırılmaz.	D	970,66
803	P608160	Lenf nodları biyopsisi veya eksizyonu, skalen yağ yastığı eksizyonu ile birlikte derin servikal nodlar		D	705,90
804	P608161	Yüzeyel lenf bezi biyopsisi veya eksizyon		D	286,68
805	<b>ALT EKSTREMİTEYE YÖNELİK GİRİŞİMLER</b>				
806	P608170	Tek yanlı süperfişiyel inguinal lenf bezi disseksiyon		B	1.516,36
807	P608180	Tek yanlı süperfişiyel ile birlikte derin inguinal lenf bezi disseksiyonu		B	1.819,56
808	P608190	Lenfödem tedavisi için Charles ameliyatı, tüm üyruk bölge için		A3	3.000,84
809	P608200	Lenfödem tedavisi için Charles ameliyatı, sınırlı bir alan için		C	979,43
810	P608210	Lenfödem tedavisi için Thompson ameliyat		B	1.693,93
811	P608220	Lenfödemde lenfadenovenöz veya lenfatikovenöz şar		B	1.693,93
812	P608230	Lenfödem için Charles radikal eksizyon ve deri greft		A3	2.250,59
813	P608240	Lenfödem için ornatiun transpozisyonu		B	2.117,54
814	<b>MİKROCERRAHI</b>				
815	P608250	Damar onarım		B	2.301,85
816	P608260	Damar grefti kullanılarak yapılan vasküler girişimli		B	3.988,20
817	<b>6.SSOLUNUM SİSTEMİ CERRAHİSİ</b>				
818	<b>TRAKEA VE BRONS</b>				
819	P608270	Bronkobiliyer fistül onarımı		A3	5.490,73
820	P608280	Bronkoplasi, stenoz veya tümör eksizyonu ve anastomoz, greft onarımı var veya yok	Greft hariç	A3	4.392,58
821	P608290	Bronkoplasi, travmatik rüptür		A3	3.660,37
822	P608300	Bronkopski, bronşyal fistül kapama amaçlı	Fibrin gluan, slyonokrilat v)	C	1.145,87
823	P608310	Bronkopski, tanusal (fleksible/rijit), bronşyal lavaj ile birlikte veya değil	Genel anestezi ile yapıldığında anestezi ücreti faturalandırılır.	D	572,85
824	P608320	Bronkopski, biyopsi veya yabancı cisim çıkarılması amacıyla		D	954,81
825	P608330	Bronkopski lazer veya koter veya diatermi veya kriyoterapi	P608310 ile birlikte faturalandırılmaz. Bronkopski işlem puanı dahil	B	1.619,56
826	P608340	Bronkopski, eksizyon dışı bir metotla tümör destrüksiyonu veya stenozun açılması		B	1.943,34
827	P608350	Bronkopski, trakeal dilatasyon ve trakeal stent yerleştirilmesi ile birlikte	Stent hariç	C	1.527,66
828	P608360	Bronkopski, trakeal veya bronşyal dilatasyon ile birlikte		D	954,81
829	P608370	Bronkopski, trakeobronşyal ağacın terapötik aspirasyonu ile birlikte		D	* 643,17
830	P608380	Cerrahi trakeostomi veya fistül kapatılması, plastik onarım ile birlikte		D	763,74
831	P608390	Cerrahi trakeostomi veya fistül kapatılması, plastik onarım olmadan		E	458,18
832	P608400	Eksternal trakeal yaralanma, primer stütü		A3	5.536,64

## TANIYA DAYALI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	PAKET KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM GRUBU	İŞLEM PUANI
833	P608410	Karinal rekonstrüksiyon		A2	9.641,23
834	P608420	Prerakeal fasya açılması	Ciddi mediastinal amfizem	E	381,96
835	P608430	Trakeal stenoz ekizyonu ve anastomoz, servikal, greft onarımı var veya yok		A3	4.392,58
836	P608440	Trakeal stenoz ekizyonu ve anastomoz, torasik, greft onarımı var veya yok		A3	5.124,62
837	P608450	Trakeal stenoz ekizyonu ve anastomoz, servikal, greft onarımı var veya yok		A3	4.392,58
838	P608460	Trakeal tümör veya karsinoma ekizyonu, torasik, greft onarımı var veya yok		A3	7.046,35
839	P608470	Trakeofaringeal fistül onarım		A3	4.392,58
840	P608480	Trakeofrenajal fistül primer onarım		A3	4.392,58
841	P608490	Trakeostomi stenozu açılması		D	665,43
842	P608500	Trakeostomi açılması, acil		D	832,04
843	P608510	Trakeostomi açılması, planlı		D	665,43
844		<b>AKCİĞERLER VE PLEVRA</b>			
845	P608520	Akciğer ile birlikte karaciğer hidatik kisti, aynı seans, frenotomi ile		A3	5.490,73
846	P608530	Akciğer rezeksiyonu ve mediastinal lenf nodu diseksiyonu		A3	8.053,14
847	P608540	Akciğer rezeksiyonu, göğüs duvarı rezeksiyonu ve rekonstrüksiyonu, protezli veya protezsiz		A3	9.504,01
848	P608550	Akciğer transplantasyonu, global		A1 *	129.848,23
849	P608560	Ampiyem kesesi entileasyonu (Ampiyemektomi)		A3	5.033,01
850	P608570	Bronkial sleeve lobektomi	P608280 , P608290 , P608690 , P608700 ile birlikte faturalandırılmaz	A3	5.856,83
851	P608580	Bronkovasiküler sleeve lobektomi		A2	9.641,23
852	P608590	Dekortikasyon, pulmoner, parsiyel	P608280 , P608290 ile birlikte faturalandırılmaz	B	2.267,28
853	P608600	Dekortikasyon, pulmoner, total		A3	5.033,01
854	P608620	Ekstende akciğer rezeksiyonları	Göğüs duvarı, diyafragma, perikard vb	A3	9.059,70
855	P608630	Intrapleural lavaj, her tür kistiklik		C	1.145,87
856	P608640	Kateter torakostomi, kapalı sistem uygulaması		D	572,85
857	P608650	Kimyasal pleürodeks, ayrıca tıpa torakostomi veya kateter torakostomi eklenecek		E	381,96
858	P608660	Kist hidatik ameliyatları, akciğer		B	2.672,85
859	P608670	Kist hidatik ameliyatları, akciğer, mediyan sternotomi ile, iki taraf		A3	5.490,73
860	P608680	Konjenital akciğer malformasyonları rezeksiyonu		A3	4.724,86
861	P608690	Lobektomi, konkomitan dekortikasyonu ile birlikte		A3	5.973,95
862	P608700	Lobektomi veya segmentektomi		A3	5.611,89
863	P608710	Major bronşial fistülün açık cerrahi ile kapatılması		A3	6.039,80
864	P608720	Neoadjuvan kemoterapi sonrası akciğer rezeksiyonları		A3	6.588,87
865	P608730	Pnömonektomi		A3	8.327,32
866	P608740	Pnömonektomi ekstrapleval		A3	6.222,77
867	P608750	Pnömonektomi ve major damar cerrahisi	VCS ve aorta rezeksiyonu ve rekonstrüksiyonu ile birlikte	A1 *	23.280,29
868	P608760	Pnömonektomi, apse veya kistin açık drenajı ile birlikte		B	2.267,28
869	P608770	Sleeve pnömonektomi	P608280 , P608290 ile birlikte faturalandırılmaz	A2	12.051,54
870	P608780	Torakoskopi, eksplozör, biyopsi, drenaj ile birlikte		D	954,81
871	P608790	Torakotomi, bil ekizyonu-plikasyonu ile birlikte	Pleval işlem var veya yok	B	2.591,23
872	P608800	Torakotomi, intrapleval yabancı cisim		B	2.267,28
873	P608810	Torakotomi, intrapulmoner yabancı cisim çıkartılması ile birlikte		B	3.059,39
874	P608820	Torakotomi, kanamı kontrolü ve/veya akciğer yırtığı onarım		B	2.624,92
875	P608830	Torakotomi, kardiyak masaj ile birlikte		B	3.059,39
876	P608840	Torakotomi, major, eksplorasyon ve biyopsi ile birlikte		B	1.943,34
877	P608850	Torakotomi, postoperatif kanama, hava kaçağı kontrolü		B	1.943,34
878	P608860	Torakotomi, santral, akciğer veya plevra biyopsisi için	P608960 ile birlikte faturalandırılmaz	B	1.619,56
879	P608870	Torakotomi, volüm küçültme ameliyatı, tek taraflı		A3	6.039,80
880	P608900	Videotorakoskopi, bil ekizyonu ile birlikte		B	2.267,28
881	P608910	Videotorakoskopi, ekploratör	Biyopsi, drenaj ve diğer videotorakoskopik işlemlerle birlikte faturalandırılmaz.	B	1.619,56
882	P608920	Videotorakoskopi, lobektomi		A3	5.124,62
883	P608930	Videotorakoskopi, pnömonektomi		A3	5.856,83
884	P608940	Videotorakoskopi, torakal sempaktomi	Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca faturalandırılır. 1)Hiperhidroz için sağlık kurulu raporu ile tıbbi gerekçe belirtilmelidir.2)Diğer endikasyonlar hariç	B	2.495,78
885	P608950	Videotorakoskopi, wedge rezeksiyon		A3	3.294,44
886	P608960	Wedge rezeksiyonu, tek veya çok sayıda	608.860 ile birlikte faturalandırılmaz. Aynı faturalarda bir defadan fazla kodlanmaz.	B	2.429,34
887		<b>6.5.SİNDİRİM SİSTEMİ CERRAHİSİ</b>			
888		<b>KARACİĞER</b>			
889	P608980	Hepatik arter ligasyonu veya kateterizasyon		C	921,25
890	P608990	Hepatikojejunostomi		B	3.042,16
891	P609000	Intrahepatik biliyenterik diversiyon		A3	4.411,36
892	P609010	Karaciğerin safra sistemi ile ilişkili çok sayıda apsesinin (Komplikte) drenajı, laparotomi ile		B	2.426,14
893	P609020	Karaciğer tek basit apse drenajı, laparotomi ile		C	1.228,33
894	P609030	Karaciğer Kist hidatidinde dışa drena		C	1.381,96
895	P609040	Karaciğer Kist hidatidinde internal drena		B	1.516,36
896	P609050	Karaciğer Kist hidatidinde kistotomi veya kistektomi ile birlikte poş küçültücü işlemler	Kapitonaj, omentopeksi	B	1.819,56
897	P609051	Karaciğer Kist hidatidinde total perikistektomi		B *	1.819,00
898	P609052	Karaciğer hemanjyomunda enkleazyon		B *	1.819,00
899	P609060	Karaciğer konjenital kistlerinde internal veya eksternal drenaj veya kistektomi		B	2.274,54
900	P609070	Karaciğer segmentektomi, her bir segment	Patoloji raporu ile segmentektominin teyidi gerekir. Üçten fazla olması halinde 609.111 üzerinden faturalandırılır.	A3	4.163,66
901	P609071	Karaciğer segmentektomi, her bir segment, laparoskopik	Patoloji raporu ile segmentektominin teyidi gerekir. Üçten fazla olması halinde 609.111 üzerinden faturalandırılır. Tüm mazeretler dahil.	A3 *	3.794,27
902	P609080	Karaciğer Transplantasyonu	Tüm cerrahi işlemler dahi	A1 *	129.848,23
903	P609090	Karaciğer basit yaralanmalarında primer siltir, tek laserazya		C	1.074,87

## TANIYA DAYALI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	PAKET KODU	İŞLEM ADI	ACIKLAMA	İŞLEM GRUBU	İŞLEM PUANI
904	P609100	Karaciğerin büyük damar veya safra yolu ile ilişkili yaralanmalarında primer sülür, çok sayıda		B	2.274,54
905	P609110	Lobektomi veya hepatektomi, subtotal		A2	6.370,22
906	P609111	Lobektomi veya hepatektomi, subtotal, laparoskopik	Tüm malzemeler dahil	A2	** 8.010,12
907	P609120	Metastazektomi, her bir metastaz	Aynı faturada iki defadan fazla kodlanmaz	C	1.228,33
908	P609121	Metastazektomi, her bir metastaz, laparoskopik	Aynı faturada iki defadan fazla kodlanmaz	C	** 1.228,00
909	P609130	Portoenterostomi		A3	3.849,92
910		<b>SAFRA YOLLARI</b>			
911	P609150	Intraoperatif kolesistokopi		D	529,34
912	P609180	Koledok darlıkları ve kisti için girişimle		B	2.274,54
913	P609190	Koledokösterostomi		A3	5.293,63
914	P609191	Ekstrahepatik safra yolu tümörleri için rezeksiyon ve rekonstrüksiyon		A3	** 5.293,00
915	P609200	Koledokotomi koledokoduodenostomi		B	2.274,54
916	P609210	Koledokotomi - sfinkterotomi veya sfinkteroplast		B	2.426,14
917	P609220	Koledokotomi ile birlikte T- drena		B	1.819,56
918	P609230	Kolesistektomi		B	** 1.214,17
919	P609235	Kolesistektomi, laparoskopik		B	** 1.602,02
920	P609240	Kolesistektomi, laparoskopik		C	1.228,33
921	P609250	Kolesistostomi		C	1.074,87
922	P609260	Safra fistülleri için girişimle, bas		B	2.274,54
923	P609270	Safra fistülleri için girişimle, komplik		A3	3.529,09
924	P609280	Safra kesesi ve safra yolları yaralanmaları için girişimle		B	2.274,54
925		<b>PANKREAS</b>			
926	P609290	Aberant pankreas rezeksiyon		B	2.426,14
927	P609300	Adacık liresi transplantsasyonu		A3	3.499,16
928	P609310	Akut pankreatite, debriman, lavaj ve drena		B	1.819,56
929	P609320	Distal pankreatotomi, parşevle		B	2.679,22
930	P609330	Kronik pankreatitte pankreokojunostomi		B	2.274,54
931	P609340	Pankreas adenomlarında total eksizezyon		A3	2.309,95
932	P609341	Pankreas adenomlarında total eksizezyon, laparoskopik		A3	** 2.309,00
933	P609350	Pankreas fistülü onarım		A3	2.566,61
934	P609360	Pankreas kistlerinde eksternal drena		C	1.381,96
935	P609370	Pankreas kistlerinde internal drena		B	1.819,56
936	P609380	Pankreas kistlerinde total eksizezyon		B	2.274,54
937	P609390	Pankreas transplantsasyonu, total	Tüm işlemler dahi	A2	** 23.709,95
938	P609400	Pankreas yaralanmalarında drena		B	1.819,56
939	P609410	Pankreas yaralanmalarında pankreatektomi, subtotal		A3	3.032,23
940	P609420	Pankreas yaralanmalarında pankreatektomi, total		A3	3.208,26
941	P609430	Pankreas yaralanmalarında pankreokojunostomi		A3	2.566,61
942	P609440	Pankreatektomi, subtotal		A3	6.263,58
943	P609450	Pankreatektomi, total duodenektomiyle birlikte		A3	7.293,46
944	P609451	Pankreatektomi, total duodenektomiyle birlikte, laparoskopik	Tüm malzemeler dahil	A3	** 8.010,12
945	P609460	Whipple operasyonu	Tüm işlemler dahi	A2	7.241,15
946		<b>ÖZEFAGUS</b>			
947	P609470	Asitit peritonovenöz şant uygulaması		B	1.819,56
948	P609480	Distal özefagus rezeksiyonu ve rekonstrüksiyonu sol torakofenotomi ve intratorasik anastomoz ile		A3	6.788,58
949	P609490	Özefajektomi, transhiatal		A3	6.064,47
950	P609491	Özefajektomi, laparoskopik	Tüm malzemeler dahil	A3	** 9.096,46
951	P609500	Özefajyal tıp veya balon uygulaması, özefagus varis kanamasında	Balon hariç	D	669,81
952	P609510	Özefagogastrik devaskülarizasyon, portal hipertansiyonda		A3	2.566,61
953	P609520	Özefagogastrotomyotomi	Hefler ameliyatı; abdominal ya da torakal yolla fundoplikasyon ile birlikte veya değil	B	2.733,00
954	P609521	Özefagogastrotomyotomi, laparoskopik	Hefler ameliyatı; abdominal ya da torakal yolla fundoplikasyon ile birlikte veya değil	B	** 2.733,00
955	P609530	Özefagotomi, servikal		A3	2.566,61
956	P609540	Özefagus atrezisi primer onarım		A3	4.996,63
957	P609550	Özefagus cerrahisi, benign patolojiler için		A3	4.940,73
958	P609551	Krikofaringeal myotomi		A3	** 2.122,00
959	P609560	Özefagus darlıklarında cerrahi girişimle		A3	4.234,91
960	P609570	Özefagus divertikül eksizezyonu, servikal		B	2.122,93
961	P609580	Özefagus divertikül eksizezyonu, torakal		A3	3.294,44
962	P609590	Özefagus fistülü onarımı, servikal, torakal		A3	6.039,80
963	P609600	Özefagus perforasyonu onarımı, servikal, torakal		A3	4.392,58
964	P609610	Özefagus replasmanı için interpozisyon ameliyatı		A2	9.431,60
965	P609620	Özefagus varisinde koroner ven ligasyonu ve splenektomi	P607960, P607970, P607980 ile birlikte faturalandırılmaz	B	1.819,56
966	P609630	Özefagus varisinde özefajyal transeksiyon		A3	2.566,61
967	P609640	Özefajektomi, transtorakal		A3	4.543,00
968	P609650	Parşevle özefajektomi ve rekonstrüksiyon	Laparotomi ve sağ torakotomi ile intratorasik anastomoz	A3	7.241,15
969	P609660	Portosistemik şantlar, portal hipertansiyonda		A2	6.370,22
970	P609670	Total faringolaringözefajektomi ve gastrik veya kolon rekonstrüksiyonu	P608500, P608510 ile birlikte faturalandırılmaz. Laparotomi, servikal kesi ve transmediastinal yaklaşımler kalıcı trakeostomi, servikal anastomoz	A2	14.120,24
971	P609680	Total yakın özefajektomi ve rekonstrüksiyon	Sağ torakotomi, laparotomi ve servikal kesi ile servikal anastomoz	A2	7.241,15
972	P609690	Transözefajyal varis ligasyonu		C	1.381,96
973		<b>MİDE-DUODENUM</b>			
974	P609700	Bezoar veya yabancı cisim çıkarılması, laparotomi ile		B	1.667,96
975	P609710	Peptik ülserle bağlı duodenum perforasyonunda primer onarım		B	1.667,96
976	P609711	Peptik ülserle bağlı duodenum perforasyonunda primer onarım, laparoskopik	Tüm malzemeler dahil.	B	** 1.517,71
977	P609720	Trinvatrik duodenum perforasyonunda primer onarım		B	1.667,96
978	P609730	Dumping veya divaride reverse loop operasyonlar		A3	3.529,09
979	P609740	Duodenoenterositomi		B	2.426,14
980	P609750	Duodenomü divertikül eksizezyonu		B	2.426,14
981	P609760	Duodenomü yaralanmasında primer onarım		B	2.274,54
982	P609770	Duodenitidde lokal tümör eksizezyonu		B	2.426,14
983	P609780	Fundoplikasyon		A3	2.566,61

## TANIYA DAYALI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	PAKET KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM GRUBU	İŞLEM PUANI
984	P609781	Fundoplikasyon, laparoskopik	LES gevşekliğinde, kraniyal posterior dahil, Tüm malzemeler dahil.	A3	* 3.372,68
985	P609782	Hiyatal herni operasyonu, laparoskopik	Tüm malzemeler ve fundoplikasyon dah	A3	* 4.637,44
986	P609790	Gastrektomi radikal, total	P607960, P607970, P607980 ile birlikte faturalandırılmaz	A3	* 5.792,92
987	P609791	Gastrektomi radikal, subtotal		A3	* 4.634,33
988	P609792	Gastrektomi radikal, total, laparoskopik	Tüm malzemeler dahil	A3	* 6.323,78
989	P609800	Gastrektomi subtotal		B	* 3.258,52
990	P609801	Gastrektomi subtotal, laparoskopik	Tüm malzemeler dahil	B	* 5.733,56
991	P609810	Gastroenterostomi		B	* 1.667,96
992	P609820	Gastropexi, mide volvulusund.		A3	* 2.566,61
993	P609830	Gastrotomi veya gastrotomi, cerrahi		C	* 1.381,96
994	P609840	Mide divertikülü eksizyoni		B	* 1.667,96
995	P609850	Midede wedge rezeksiyon		B	* 1.516,36
996	P609851	Midede wedge rezeksiyon, laparoskopik	Tüm malzemeler dahil	B	* 2.192,24
997	P609860	Mideden benign tümör eksizyoni		B	* 1.667,96
998	P609871	Obezite, by-pass	BMI ≥ 40 kg/m2 olan kişilerde. (Tıbbi endikasyonun endokrinoloji uzman hekiminin de yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi halinde faturalandırılır.) Tüm malzemeler dahil.	A3	* 7.588,53
999	P609872	Obezite, sleeve	BMI ≥ 40 kg/m2 olan kişilerde. (Tıbbi endikasyonun endokrinoloji uzman hekiminin de yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi halinde faturalandırılır.) Tüm malzemeler dahil.	A3	* 5.227,66
1000	P609873	Obezite, banding	BMI ≥ 40 kg/m2 olan kişilerde. (Tıbbi endikasyonun endokrinoloji uzman hekiminin de yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi halinde faturalandırılır.) Tüm malzemeler dahil.	A3	* 3.794,27
1001	P609877	Duedenal switch-biliopancreatik diversion	BMI ≥ 40 kg/m2 olan kişilerde. (Diyetleli hastalarda uygulanması halinde BMI dikkate alınmaz.)(Tıbbi endikasyonun endokrinoloji uzman hekiminin de yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi halinde faturalandırılır.) Tüm malzemeler dahil	A3	* 1.800,00
1002	P609880	Nüks ülser, dumping veya reflü gastrit rezeksiyon		A3	* 3.529,09
1003	P609890	Peptik ülserle bağlı veya travmatik gastroduodenal perforasyonlarda primer onarım		B	* 1.667,96
1004	P609891	Peptik ülserle bağlı veya travmatik gastroduodenal perforasyonlarda primer onarım, laparoskopik		B	* 1.667,00
1005	P609900	Peptik ülserle bağlı perforasyonlarda primer onarım, trunkal vagotomi ve drenaj		B	* 2.577,74
1006	P609910	Piloromyotomi, hipertrofik pilor stenozu		B	* 2.172,34
1007	P609911	Gastroduodenal arter ligasyonu veya duodenotomi ile birlikte arter ligasyonu		B	* 2.172,00
1008	P609920	Selektif vagotomi ve antrektomi		B	* 2.577,74
1009	P609930	Selektif vagotomi ve drene		B	* 2.122,93
1010	P609940	Yüksek selektif vagotomi		B	* 2.122,93
1011	P609941	Trunkal vagotomi ve drenaj		B	* 2.122,93
1012		<b>JEJUNUM VEYA İLEUM</b>			
1013	P609950	Kojenital atrezî düzeltilmesi, jejunum ve ilea		A3	* 2.566,61
1014	P609960	Beslenme jejunotomisi		C	* 1.381,96
1015	P609961	Beslenme jejunotomisi, laparoskopik		C	* 1.381,00
1016	P609970	Bilier intestinal diversionlar		A3	* 6.246,21
1017	P609980	Enteroküdan fistül ameliyatlar		A3	* 3.529,09
1018	P609990	Gastrointestinal diversionlar		A3	* 5.293,63
1019	P610000	Gastrointestinal fistül ameliyatları, interni		B	* 2.274,54
1020	P610010	İnce barsak perforasyonunda primer stüti		B	* 1.792,19
1021	P610020	İnce barsak transplantasyonu		A1	* 129.848,23
1022	P610030	İnvainasyon rezeksiyonu		B	* 2.577,74
1023	P610040	İnvainasyonda mantel redüksiyö		C	* 1.228,33
1024	P610050	Jejunum veya ileum duplikasyonları, total eksizyö		B	* 1.516,36
1025	P610060	Jejunum veya ileum rezeksiyonu, subtot		B	* 2.688,28
1026	P610061	Jejunum veya ileum rezeksiyonu, segmenter		B	* 1.715,01
1027	P610062	Jejunum veya ileum rezeksiyonu, segmenter, laparoskopik		B	* 1.715,00
1028	P610063	Striktüroplasti		B	* 1.667,00
1029	P610070	Jejunum, ileum enterostomi kapatılması		B	* 1.667,96
1030	P610080	Jejunum, ileum enterotomi veya enterostom		C	* 1.381,96
1031	P610090	Lüld bantı eksizyonu, malotasyonlarda		B	* 2.274,54
1032	P610100	Brid ileusta laparotomi ve bridektom		B	* 1.414,84
1033	P610101	Brid ileusta bridektomi, laparoskopik		B	* 1.414,00
1034	P610110	Laparotomi, ileusta		C	* 1.228,33
1035	P610111	Midgut volvulus (Orta barsak) düzeltilmes		B	* 2.750,00
1036	P610120	Meckel divertikülü eksizyoni		B	* 1.516,36
1037		<b>APPENDİKS</b>			
1038	P610130	Appendektomi	Akut apendisit, perforö veya periapenditiksö apse drenajı ile birlikte Bu endikasyonlar dışında herhangi bir cerrahi işleml ek olarak yapıldığında faturalandırılmaz	C	* 674,54
1039	P610131	Appendektomi, laparoskopik		C	* 1.146,71
1040		<b>KOLON</b>			
1041	P610150	Hemikolektomi, sağ veya so	P610290 ile birlikte faturalandırılmaz	B	* 2.986,98
1042	P610151	Hemikolektomi, sağ veya sol, laparoskopik	Tüm malzemeler dahil	B	* 6.408,09
1043	P610152	Segmenter kolon rezeksiyonu	P610290 ile birlikte faturalandırılmaz	B	* 2.100,00
1044	P610153	Segmenter kolon rezeksiyonu, laparoskopik	P610290 ile birlikte faturalandırılmaz	B	* 2.100,00
1045	P610160	Kolektomi subtotal	P610290 ile birlikte faturalandırılmaz	B	* 2.706,58
1046	P610170	Kolektomi subtotal ve ileoproktostomi	P610290 ile birlikte faturalandırılmaz	A3	* 4.580,10
1047	P610171	Kolektomi subtotal ve ileoproktostomi, laparoskopik	P610290 ile birlikte faturalandırılmaz	A3	* 4.580,00
1048	P610180	Kolektomi total ve ileal poş yapılıms	P610290 ile birlikte faturalandırılmaz	A3	* 6.175,91
1049	P610181	Kolektomi total ve ileal poş yapılıms, laparoskopik	Tüm malzemeler dahil	A3	* 7.166,95
1050	P610190	Kolektomi total ve ileoanal anastomoz		A3	* 6.263,59
1051	P610191	Kolektomi total ve ileoanal anastomoz, laparoskopik		A3	* 5.480,61
1052	P610200	Kolektomi total ve terminal ileostom	P610080 ile birlikte faturalandırılmaz	A3	* 4.091,25
1053	P610201	Kolektomi total ve terminal ileostomi, laparoskopik	Tüm malzemeler dahil	A3	* 4.721,75
1054	P610210	Kolektütanöz fistül kapatılması	Tüm malzemeler dahil	A3	* 3.176,18

## TANIYA DAYALI İŞLEM PUAN LİSTESİ

ŞİRA NO	PAKET KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM GRUBU	İŞLEM PUANI
1055	P610220	Kolon duplikasyonu total ektomi	P610290 ile birlikte faturalandırılmaz	B	1.516,36
1056	P610230	Kolon invaziyonunda mantel redüksiyö		C	1.228,33
1057	P610240	Kolon perforasyonunda primer suture		B	1.516,36
1058	P610250	Kolon Pull-through, abdominoperineal veya perineal yaklaşımları	P610080 ile birlikte faturalandırılmaz	A3	3.529,09
1059	P610260	Kolon Pull-through, sakroabdominoperineal yaklaşımları		A3	5.293,63
1060	P610270	Kolon Pull-through, sakroperineal yaklaşımları		A3	5.293,63
1061	P610280	Kolonun detorsiyon ve peksi operasyonu		C	921,25
1062	P610290	Kolosotomi açılması	Kolektomi operasyonlarıyla birlikte faturalandırılmaz	B	1.667,96
1063	P610310	Kolosotomi kapatılması		B	1.667,96
1064	P610320	Kolosotomi ile pelvis veya yabancı cisim çıkarılma		C	1.667,96
1065	P610330	Sigmoid volvulus redüksiyonu		B	1.228,33
1066		<b>REKTUM</b>			
1067	P610348	Abdominoperineal rezeksiyon, laparoskopik		A3	5.213,03
1068	P610349	Abdominoperineal rezeksiyon		A3	5.213,03
1069	P610360	Rektal polip ektomisi, anal yolu		D	529,34
1070	P610361	Rektal Myektomi- Hirschsprung HS		A3	3.037,00
1071	P610380	Rektosigmoid tümörlerde anterior rezeksiyon		B	3.037,66
1072	P610390	Rektum tümöründe abdominosakral rezeksiyon		A3	5.213,03
1073	P610400	Rektum tümöründe lokal terapötik işlemi		D	882,46
1074	P610410	Low anterior rezeksiyon	P610290 ile birlikte faturalandırılmaz	A3	5.213,03
1075	P610411	Low anterior rezeksiyon, laparoskopik	P610290 ile birlikte faturalandırılmaz, Malzeme dah	A3	6.408,09
1076	P610420	Rektal prolapsusta sakroperineal onarım		B	1.516,36
1077	P610430	Rektal prolapsusta sirküler veya Tarsch anelli yaklaşımları		D	705,90
1078	P610440	Rektal prolapsusta transabdominal onarım		B	1.516,36
1079	P610441	Rektal prolapsusta transabdominal onarım, laparoskopik		B	1.516,00
1080	P610450	Transanal rektal prolapsus tamiri		C	1.228,33
1081		<b>ANÜS</b>			
1082	P610480	Anoplasti		C	1.228,33
1083	P610490	Fissirektomi	P610610 ile birlikte faturalandırılmaz	D	630,35
1084	P610530	Hemoroidektomi	Tüm pakeler fiyatı dahildir	D	762,73
1085	P610531	Hemoroidektomi, sfinkterotomi	P610490, P610610 ile birlikte faturalandırılmaz.	D	843,17
1086	P610532	Hemoroidopeksi	P610490, P610610, P610530, P610531 ile birlikte faturalandırılmaz Grade 3 veya 4 hemoroidde veya rektal mukozal prolapsusta faturalandırılır. Stapler dahil	D	762,73
1087	P610550	Inkontinans tedavisinde kas transpozisyonu		A3	2.566,61
1088	P610560	Perianal apse drenajı		D	421,59
1089	P610570	Perianal fistülotomi veya fistülektomi	P610490, P610610, P610530, P610531, P610532 ile birlikte faturalandırılmaz. Hipertrofik cilt plii ektomisi dah	C	1.157,67
1090	P610575	Anal fistülide seton uygulaması	P610570 ile birlikte faturalandırılmaz	A	1.157,00
1091	P610580	Perianal sinüs ektomisi		C	771,84
1092	P610590	Perineoplasti		B	2.274,54
1093	P610600	Sfinkteroplasti, komplet perine yırtılmada veya inkontinans		B	1.516,36
1094	P610610	Sfinkterotomi	P610490 ile birlikte faturalandırılmaz.Hipertrofik cilt plii ektomisi dahildir.	D	529,34
1095	P610620	Sfinkterotomi ile antisten yabancı cisim çıkarm		D	705,90
1096	P610621	Anal transpozisyon operasyonu	Konjenital anomalilerde.	B	5.213,00
1097	P610625	Pilonidal sinüs ektomisi		D	643,17
1098		<b>6.7.KEMİK VE EKLEM HASTALIKLARI CERRAHİSİ</b>			
1099		<b>Büyük Kemikler:</b> Skapula, humerus, radius, ulna, pelvis, femur, tibia			
1100		<b>Orta Kemikler:</b> Parsal, karpal, klavikula, patella, fibula			
1101		<b>Küçük Kemikler:</b> Metatars, metakarp ve parmak kemikleri			
1102		<b>Büyük Eklem:</b> Omuz, dirsek, el bileği, kalça, simfizis pubis, sakroilyak, diz, ayak bileği			
1103		<b>Orta Eklem:</b> Interskal, interkarpal, akromioklavikular, tibüföbular sindezmoz, distal radioulnar, proksimal radioulnar, sternoklavikular, kostasternal			
1104		<b>Küçük Eklem:</b> Metatarsofalangeal, interfalangeal			
1105		<b>ALCI ve ATELLER</b>			
1106	P610710	Kısa kol-bacak aleti dirsek-diz alt		E	180,10
1107	P610720	Kısa kol-bacak aleti dirsek-dizalt		E	180,10
1108	P610730	Uzun kol-bacak aleti dirsek-dizüstü		E	270,15
1109	P610740	Uzun kol-bacak aleti dirsek-diz üstü		E	205,90
1110	P610820	ESWT	Ekstrakorporal şok dalgası, toplam tedavi	E	210,79
1111		<b>ÇIKIKLARIN KAPALI REDÜKSİYONU</b>	P610710, P610720, P610730, P610740 ile birlikte faturalandırılmaz. Alçı, sarğı dahil		
1112	P610860	Küçük eklem çıkığı kapalı redüksiyonu		E	140,64
1113	P610870	Orta eklem çıkığı kapalı redüksiyonu (Balkıcı dirseği dahi)		E	281,11
1114	P610880	Büyük eklem çıkığı kapalı redüksiyonu		D	578,92
1115		<b>KIRIKLARIN KAPALI REDÜKSİYONU</b>	P610710, P610730 ile birlikte faturalandırılmaz. Alçı, sarğı dahil.		
1116	P610890	Küçük kemik kırığı kapalı redüksiyonu		E	140,64
1117	P610900	Orta kemik kırığı kapalı redüksiyonu		E	321,59
1118	P610910	Büyük kemik kırığı kapalı redüksiyonu		D	424,45
1119		<b>ANESTEZİ ALTINDA EKLEM MOBİLİZASYONU</b>			
1120	P610920	Küçük eklem anestezi altında mobilizasyonu		E	140,64
1121	P610930	Orta eklem anestezi altında mobilizasyonu		E	281,11
1122	P610940	Büyük eklem anestezi altında mobilizasyonu		D	681,11
1123		<b>KIRIKLARIN CERRAHİ TEDAVİSİ</b>			
1124	P610950	Açık kırıklarda kapalı kırık haline getirme, küçü	1 cm'ye kadar	E	281,11
1125	P610960	Açık kırıklarda, debrüman dahil kapatılması, büyü	10 cm'den büyük	C	806,78
1126	P610970	Açık kırıklarda, debrüman dahil kapatılması, ort	1-10 cm arası	D	681,11
1127	P610980	Bimalleolar kırık cerrahi tedavisi	Perkütan pinleme dahil, pin hari	B	1.707,08
1128	P610990	Büyük kemik kırıkları cerrahi tedavisi, açık IMN	Plak, tel, unilaterale eksternal fiksator, perkütan pinleme dahil (Plak, tel, unilaterale eksternal fiksator, perkütan pin hari)	B	2.082,63
1129	P611000	Büyük kemik kırıkları cerrahisi, kapalı IMN	Minimal sırayız, sirküler fiksator, perkütan pinleme dahil (Fiksator ve pin hari)	B	1.767,28
1130	P611010	Büyük kemik kırıkları cerrahisi ve damar sinir eksplorasyonu	Perkütan pinleme dahil, pin hari.	B	2.824,62
1131	P611020	Büyük kemik parçalı kırıkları cerrahisi, açık IMN	Plak, tel, unilaterale eksternal fiksator, perkütan pin hari	B	2.126,48

## TANIYA DAYALI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	PAKET KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM GRUBU	İŞLEM PUANI
1132	P611030	Büyük kemik parçaları kırıkları cerrahisi, kapalı IMN	Minimal invaziv, sirküler fiksator, perkütan pinleme dahil (Fiksator ve pin hariç)	B	3.440,13
1133	P611040	Büyük kemik psödotrozo cerrahi tedavisi	Perkütan pinleme, enstrüman çıkarma dahil, pin hari	* C	2.629,01
1134	P611050	Küçük kemik kırıkları cerrahi tedavisi	Perkütan pinleme dahil, pin hari	C	809,44
1135	P611060	Küçük kemik parçaları kırıkları cerrahi tedavisi	Perkütan pinleme dahil, pin hari	C	1.083,64
1136	P611070	Küçük kemik psödotrozo cerrahi tedavisi	Perkütan pinleme, enstrüman çıkarma dahil, pin hari	C	1.155,82
1137	P611080	Orta kemik kırıkları cerrahi tedavisi	Perkütan pinleme, pin hari	C	1.011,30
1138	P611090	Orta kemik parçaları kırıkları cerrahi tedavisi	Perkütan pinleme dahil, pin hari	C	1.271,33
1139	P611100	Orta kemik psödotrozo cerrahi tedavisi	Perkütan pinleme, enstrüman çıkarma dahil, pin hari	C	1.330,34
1140	P611110	Östet çivi kemik kırığı	Perkütan pinleme dahil, pin hari	B	2.390,05
1141	P611120	Pilon kırığı cerrahi tedavisi	Perkütan pinleme dahil, pin hari	B	2.390,05
1142	P611130	Tek malloleol veya epikondil kırığı cerrahi tedavisi	Perkütan pinleme dahil, pin hari	C	1.011,30
1143	P611140	Trimalloleol kırık cerrahi tedavisi	Perkütan pinleme dahil, pin hari	B	2.048,57
1144	<b>ÇIKIKLARIN CERRAHİ TEDAVİSİ</b>				
1145	P611150	Küçük eklem çıkığı açık redüksiyon		C	866,78
1146	P611160	Küçük eklem kırıklı çıkığı açık redüksiyon ve fiksasyon	Aynı anatomik alan için P611150 ile birlikte faturalandırılmaz. Fiksator hariç	C	1.083,64
1147	P611170	Orta eklem çıkığı açık redüksiyon		C	1.011,30
1148	P611180	Orta eklem kırıklı çıkık açık redüksiyon ve fiksasyon	Aynı anatomik alan için P611170 ile birlikte faturalandırılmaz. Fiksator hariç	C	1.271,33
1149	P611190	Büyük eklem çıkığı açık redüksiyon		B	1.707,08
1150	P611200	Büyük eklem kırıklı çıkık veya sinir eksplorasyonu çıkık cerrahisi		B	2.390,05
1151	P611210	Çıkık, geçicimsi olgularda (3 hafta ve üzeri) ilave edilmiş pua		D	681,11
1152	<b>AMPUTASYON, DEZARTİKÜLASYON</b>				
1153	P611220	Büyük kemik ve eklem amputasyonu, dezartikülasyonu		B	1.707,08
1154	P611230	Orta kemik ve eklem amputasyonu, dezartikülasyonu		C	1.011,30
1155	P611240	Küçük kemik ve eklem amputasyonu, dezartikülasyonu		C	866,78
1156	P611250	Kalça dezartikülasyonu amputasyonu, dezartikülasyonu		B	1.707,08
1157	P611260	Hindquarter amputasyonu amputasyonu, dezartikülasyonu		B	2.560,71
1158	P611270	Hemipektektomi, eksterna	A3	2.835,41	
1159	P611280	Hemipektektomi, interna	A3	3.780,61	
1160	<b>OSTEOTOMİLER</b>			Fiksator hariç	
1161	P611290	Büyük kemik osteotomi ve fiksasyon		B	2.018,47
1162	P611300	Orta kemik osteotomi ve fiksasyon		C	1.155,82
1163	P611310	Küçük kemik osteotomi ve fiksasyon		C	866,78
1164	<b>İMLANT ÇIKARMA</b>				
1165	P611320	Pin çıkarma		E	281,11
1166	P611330	Eksternal fiksator çıkarma		D	681,11
1167	P611340	Büyük kemik implant çıkarma	P612010 ile birlikte faturalandırılmaz	C	* 1.029,01
1168	P611350	Büyük kemik sinir eksplorasyonu gerektiren implantların çıkartılması	P612010 ile birlikte faturalandırılmaz.	B	1.707,08
1169	P611360	Orta kemik implant çıkarma	P612010 ile birlikte faturalandırılmaz.Malloleolun veya epikondil den implant çıkarma, tenelid dahi	D	766,44
1170	P611370	Küçük kemik implant çıkarma	P612010 ile birlikte faturalandırılmaz.	D	510,79
1171	<b>YUMUŞAK DOKU LASERASYONU CERRAHİSİ</b>				
1172	P611380	Yumuşak doku laserasyonu, cilt greli ile fasyotomi kapatılma		B	1.411,80
1173	P611390	Yumuşak doku laserasyonu, derin yabancı cisimler	Tendon kırılı, eklem içi, derin adele içi	D	641,32
1174	P611400	Yumuşak doku laserasyonu, fasyotomi kapatma		C	734,57
1175	P611410	Yumuşak doku laserasyonu, tek kompartman fasyotomis		C	734,57
1176	<b>EL VE MİKROCERRAHİ, EKSTREMİTE CERRAHİSİ</b>				
1177	P611450	Kemik grefti alınması		D	681,11
1178	P611460	Kirikard grefti alınması		D	681,11
1179	P611470	Akut dölme ilüzyi deformitesi için santralizasyon		C	866,78
1180	P611480	Amputasyon parmak için göldük onarım	Kemige midahale halinde	D	606,44
1181	P611500	Amputasyon uzun heterotopik revaskülarizasyonu		B	5.362,56
1182	P611520	Ayaktan ele parmak nakli		A2	12.268,13
1183	P611530	Baş parmak veya parmak rekonstrüksiyonu		C	1.300,34
1184	P611560	Bunion-Flunionette ekizyonu	Bu kod halluks valgus cerrahisinde birinci metatarsın osteotomisini ve ayrıca gerekli diğer durumlarda internal fiksasyonu	C	866,78
1185	P611570	Bunion deformitesi, "swan neck" deformitesi cerrahisi		C	866,78
1186	P611600	Fski amputasyon edilmiş ekstremitelelerde göldük onarım		B	1.707,08
1187	P611620	Distal Radio-Ulnar Eklem (DRUE) operasyonlar		C	1.155,82
1188	P611630	Dupuytren cerrahisi		C	857,17
1189	P611640	Eklem faresi çıkartılması		D	851,60
1190	P611650	El bileği ganglion ekizyonu		C	866,78
1191	P611680	Flap ayırılması		D	674,54
1192	P611690	Ganglion ekizyonu, büyük eklem		D	866,78
1193	P611691	Ganglion ekizyonu, küçük eklem		D	450,25
1194	P611700	Göldük kapatılması		D	510,79
1195	P611710	Halluks valgus yumuşak doku ameliyatları	Bunyonektomi dahi	C	1.300,34
1196	P611720	Heterotopik revaskülarizasyon ortopedik transplantasyonu		A3	7.664,42
1197	P611730	Inguinal ve subpektoral lambc		C	2.529,51
1198	P611740	Karpal instabilite cerrahisi		B	1.655,48
1199	P611750	Karpal kemik rezeksiyonlar		B	1.707,08
1200	P611760	Kontraktür açılması, büyük eklem		B	1.411,80
1201	P611770	Kontraktür açılması, küçük eklem		C	734,57
1202	P611780	Kontraktür açılması, orta eklem		C	979,43
1203	P611790	Majör replantasyonlar	El bileği, ayak bileği veya üstü replantasyonlar majör replantasyon olarak kabul edilir.	A2	13.030,35
1204	P611800	Malicel finger cerrahisi		D	705,56
1205	P611810	Minör replantasyonlar	MP eklemden el ve/veya ayak bileği arası olan replantasyonlar minör replantasyon olarak kabul edilir.	A3	9.964,59
1206	P611840	Parmak replantasyonu, tek bir parmak	Mikro cerrahi, MP eklemde kabul olan replantasyonlar parmak replantasyonu olarak kabul edilir.	A3	6.745,36
1207	P611850	Parmak replantasyonu, ilave her parmak için	P611840 işleminde ilave olarak faturalandırılır.	B	3.827,99

## TANIYA DAYALI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	PAKET KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM GRUBU	İŞLEM PUANI
1208	P611860	Parmak ucu amputasyonlarında lokal flep uygulanması		C	1.026,98
1209	P611870	Pedikülitis ve kemik nakli		A3	5.362,56
1210	P611880	PEV rekürrens yumuşak doku atelyat		B	3.060,71
1211	P611890	Pollisizasyon		B	1.693,93
1212	P611900	Pulley rekonstrüksiyonu		E	281,11
1213	P611910	Pulley sistemi kabının onarım		C	866,78
1214	P611920	Rhizotomi		A3	4.725,63
1215	P611930	Serbest doku nakilleri	Kemik, kas ve ayaktan ele nakille	A3	10.733,56
1216	P611940	Servikal kosta ve diğer toraks çıkış sendromu girişimler		B	1.303,34
1217	P611950	Tendon grefti ile onarım, tek bir tendon için	Tendon grefti alınması dahil	C	851,60
1218	P611951	Fleksör tendon onarım, tek bir tendon için		C	674,54
1219	P611952	Ekstensör tendon onarım, tek bir tendon için		D	505,90
1220	P611960	Aşıl patella/quadricpes tendon onarım, tek bir tendon için		D	1.011,80
1221	P611961	Tendon onarımı, ilave her tendon için	P611951, P611952 işleme ilave olarak faturalandırılır	E	192,41
1222	P611970	Tendon protezi uygulaması	Protez hariç	C	1.467,12
1223	P611980	Tendon transferi, tek tendon		B	1.411,80
1224	P611990	Tendon transferi, ilave her tendon için	P611980 işleme ilave olarak faturalandırılır	D	384,82
1225	P612000	Tenodezler		C	979,43
1226	P612010	Tenolizi		C	771,84
1227	P612020	Tenoplasti myoplasti, fascia gevşetilmesi, ve	P612030 ile birlikte faturalandırılmaz	C	734,57
1228	P612030	Tenoplasti myoplasti, fascia gevşetilmesi, ve	P612020 ile birlikte faturalandırılmaz	B	1.411,80
1229	P612040	Tenolomi, myotomi		D	705,56
1230	P612050	İçik parmak cerrahi tedavisi		D	450,25
1231	P612060	İmank çıkılması, her bir		E	100,00
1232	P612070	İmank yanak revizyonu, her bir		F	75,00
1233	P612080	Topuk defektleri için lateral kalkaneal flep		B	2.757,17
1234	P612090	Topuk defektleri için ters akmalı sural flep		B	2.757,17
1235	P612100	Tuzak nöropati, cerrahi tedavi (Kübital ve tarsal tünel vb.)	P612650 ile birlikte faturalandırılmaz. Endoskopik dahil	C	937,27
1236	P612110	Vasküler saplı ada fleb		B	2.445,19
1237	P612120	Volkmann iskemik kontraktürü cerrahisi		B	2.117,54
1238	P612130	Yerleşik düzleme ilhği deformitesi onarım		C	866,78
1239	P612140	Yumuşak doku sinovektomiler		C	866,78
1240		<b>KONJENİTAL ANOMALİLER</b>			
1241	P612150	Konjenital büyük eklem çıkığı rekonstrüksiyon		B	2.560,71
1242	P612160	Konjenital küçük eklem çıkığı rekonstrüksiyon		C	866,78
1243	P612170	Konjenital orta eklem çıkığı rekonstrüksiyon		B	1.707,08
1244	P612180	Makrodaktili cerrahi tedaviler		C	1.686,34
1245	P612190	Pulidaktili eksizeyomu, basi		C	505,90
1246	P612200	Pulidaktili eksizeyomu, kompleksi		C	1.011,80
1247	P612210	Radial club hand cerrahi tedaviler		B	4.595,28
1248	P612220	Sindaktili düzeltilmesi, basi		C	708,26
1249	P612230	Sindaktili düzeltilmesi, kompleksi		C	1.062,39
1250	P612240	Ulnar agenezisi cerrahi tedaviler		B	2.048,57
1251	P612250	Yüksek kapalı rekonstrüksiyonu		B	4.645,87
1252		<b>ARTROPLASTİLER</b>			
1253	P612260	Amfibiyotikli hazır spacer uygulaması	Spacer hariç	D	510,79
1254	P612270	Amfibiyotikli hazır spacer uygulaması, ameliyathane	Spacer hariç	D	681,11
1255	P612280	Ayak bileği artroplastisi revizyonu, tota		A3	3.150,59
1256	P612290	Ayak bileği artroplastisi, tota		C	2.731,37
1257	P612300	Ayak bileği artroplastisi, total, çıkartma	P612280 ile birlikte faturalandırılmaz	C	1.155,82
1258	P612310	Basit Core-dekompresyon ameliyat		B	1.707,08
1259	P612320	Büyük eklem parsiyel protezleri, prime	Protez hariç	B	2.441,82
1260	P612330	Büyük eklem rezeksiyon interpozisyon artroplastisi		B	2.048,57
1261	P612340	Kalça eklemi total protezleri, prime	Protez hariç	A3	4.131,53
1262	P612350	Büyük trokanterin osteotomi ve transferi		C	1.155,82
1263	P612360	Core-dekompresyon ve greftleme		B	2.390,05
1264	P612370	Core-dekompresyon ve vaskülarize greft		A3	6.497,74
1265	P612380	Direk artroplastisi çıkartma, total		C	1.155,82
1266	P612390	Direk artroplastisi revizyonu, total	Protez hariç	A3	3.938,11
1267	P612400	Direk artroplastisi, total	Protez hariç	A3	2.835,41
1268	P612410	Direk artroplastisi, total, 10 dereceden az hareketli direkte veya 20 dereceden fazla kemik deformitesi varsa.	P612400 ile faturalandırılmaz. Bu kod direkt artroplastisinin çıkartılması da içermektedir.Protez hariç	A3	3.150,59
1269	P612420	Diz artroplastisi, total	Protez hariç	A3	3.035,41
1270	P612430	Diz artroplastisi, total protez çıkartma		C	1.155,82
1271	P612440	Diz revizyon artroplastisi, total	Protez hariç	A3	4.330,52
1272	P612441	Diz revizyon artroplastisi, parsiyel	Tibiyal veya femoral komponent	B	2.887,02
1273	P612460	Diz artroplastisi, total, polietilen değiştirim	Protez hariç	C	1.155,82
1274	P612470	Kalça artroplastisi, asetebular liner değiştirilmesi, total	P612471, P612472, P612480, P612490 ile birlikte faturalandırılmaz	B	1.707,08
1275	P612471	Kalça asetebular revizyonu, parsiyel	P612470, P612472, P612480, P612490 ile birlikte faturalandırılmaz	A3	3.465,43
1276	P612472	Kalça femoral sistem revizyonu, parsiyel	P612470, P612471, P612480, P612490 ile birlikte faturalandırılmaz.Protez hariç	A3	3.465,43
1277	P612480	Kalça revizyon artroplastisi, total	P612470, P612471, P612472, P612490 ile birlikte faturalandırılmaz.Protez hariç	A3	5.197,30
1278	P612490	Kalça revizyon artroplastisi, total, her iki komponent allogreft veya metal kafesler kullanılarak	P612470, P612471, P612472, P612480 ile birlikte faturalandırılmaz.Protez hariç	A3	5.892,07
1279	P612500	Kalçadan hemiartroplasti protezi çıkartılması	P613030, P613140, P613220 ile birlikte faturalandırılmaz. Debrüman dahi	C	1.300,34
1280	P612510	Kısıtlama ve/veya asetebular greft ile yapılan kalça artroplastisi	Protez hariç	A3	3.801,60
1281	P612520	Küçük eklem rezeksiyon, interpozisyon artroplastisi		C	866,78
1282	P612530	Omuz artroplastisi çıkartılması		B	1.707,08
1283	P612540	Omuz artroplastisi revizyonu	Protez hariç	A3	4.647,55
1284	P612550	Omuz total artroplastisi	Protez hariç	A3	3.345,70
1285	P612560	Orta eklem rezeksiyon, interpozisyon artroplastisi		B	1.707,08
1286	P612570	Orta eklem ve küçük eklem protezleri, prime	Protez hariç	C	1.155,82
1287	P612580	Unikompartmanlı diz artroplastisi	Protez hariç	C	2.219,39
1288		<b>ARTRODEZLER</b>			
1289	P612590	Büyük eklem artrodezi		B	2.560,71



## TANIYA DAYALI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	PAKET KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM GRUBU	İŞLEM PUANI
1290	P612600	Orta eklem artrodezi		B	1.707,08
1291	P612610	Küçük eklem artrodezi		C	866,78
1292		<b>OSTEOMYELIT</b>	Drenaj, sekestrektomi, dekortikasyon, fenestasyon v.b		
1293	P612620	Büyük kemik osteomyelit tedavisi		C	1.538,75
1294	P612630	Orta kemik osteomyelit tedavisi		C	866,78
1295	P612640	Küçük kemik osteomyelit tedavisi		D	681,11
1296		<b>ARTROSKOPLER</b>			
1297	P612650	Artroskopi, tanısal	Aynı seansta aynı bölgeye yapılması halinde P612651, P612710, P612720, P612730, P612740, P612760, P612770, P612810, P612820, P612830, P612840, P612850, P612860, P612870, P612880, P612890, P612900, P612910, P612920, P612930, P612940, P612950, P612960, P612970 ile birlikte faturalandırılmaz.	C	1.011,30
1298	P612651	Girişimsel artroskopi	P612650, P612710, P612720, P612730, P612740, P612760, P612770, P612810, P612820, P612830, P612840, P612850, P612860, P612870, P612880, P612890, P612900, P612910, P612920, P612930, P612940, P612950, P612960, P612970 ile birlikte faturalandırılmaz.	B	* 1.706,58
1299	P612710	Artroskopik mozaikplastisi	P612650, P612651 ile birlikte faturalandırılmaz.	B	2.560,71
1300	P612720	Artroskopik Osteo Kondritis Dissekans (OCD) fiksasyonu	P612650, P612651 ile birlikte faturalandırılmaz.	B	2.048,57
1301	P612730	Artroskopik eklem kırığındaki debrimanı ile birlikte drill ya da mikrokirik	P612650, P612651, P612710, P612720, P612740, P612760, P612770, P612810, P612820, P612830, P612840, P612850, P612860, P612870, P612880, P612890, P612900, P612910, P612920, P612930, P612940, P612950, P612960, P612970 ile birlikte faturalandırılmaz.	B	1.707,08
1302	P612740	Artroskopik artrodezi	P612650, P612651, P612710, P612720, P612730, P612760, P612770, P612810, P612820, P612830, P612840, P612850, P612860, P612870, P612880, P612890, P612900, P612910, P612920, P612930, P612940, P612950, P612960, P612970 ile birlikte faturalandırılmaz.	B	2.048,57
1303		<b>Diz Artroskopsi</b>			
1304	P612760	Artroskopik menisküs onarımı, di.	P612650, P612651 ile birlikte faturalandırılmaz.	B	1.877,91
1305	P612770	Artroskopik menisküs transplantasyonu, di.	P612650, P612651 ile birlikte faturalandırılmaz.	A3	2.855,41
1306	P612810	Artroskopik lateral gevşetme ve medial plikasyon, di.	P612650, P612651 ile birlikte faturalandırılmaz.	B	1.877,91
1307	P612820	Artroskopik emniensiz fiksasyonu, di.	P612650, P612651 ile birlikte faturalandırılmaz.	B	2.560,71
1308	P612830	Artroskopik ön çapraz bağ rekonstrüksiyonu, diz	P612650, P612651 ile birlikte faturalandırılmaz.	B	* 2.173,69
1309	P612840	Artroskopik ön çapraz bağ rekonstrüksiyon revizyonu, diz	P612650, P612651 ile birlikte faturalandırılmaz.	A3	2.855,41
1310	P612850	Artroskopik arka çapraz bağ rekonstrüksiyonu, diz	P612650, P612651 ile birlikte faturalandırılmaz.	A3	* 2.173,69
1311	P612860	Artroskopik arka çapraz bağ rekonstrüksiyon revizyonu, diz	P612650, P612651 ile birlikte faturalandırılmaz.	A3	3.150,59
1312		<b>Omuz Artroskopsi</b>			
1313	P612870	Artroskopik SLAP onarımı, omuz	SLAP: Süperior labrum anteroposterior lezyonu, ankor ile	B	2.048,57
1314	P612880	Artroskopik kapsülde kaydırma, omuz		B	2.048,57
1315	P612890	Artroskopik bankart onarımı, omuz		B	2.560,71
1316	P612900	Artroskopik rotator kılıf debrimanı, omuz		C	1.300,34
1317	P612910	Artroskopik rotator kılıf onarımı, omuz	Debriman dahi	B	2.560,71
1318	P612920	Artroskopik bursoektomi ve bursektomi, omuz		C	1.300,34
1319	P612930	Artroskopik akromiyooplasti, omuz	P612920 ile birlikte faturalandırılmaz. Bursektomi dah	B	1.877,91
1320	P612940	Artroskopik akromiyoavülviküler eklem rezeksiyonu	P612920 ile birlikte faturalandırılmaz. Bursektomi dah	B	1.877,91
1321		<b>Direk Ye. El Bilgi Artroskopsi</b>			
1322	P612950	Artroskopik radius lüğü rezeksiyonu		C	1.300,34
1323	P612960	Artroskopik Triangular fibrokartilaj kompleks (TFCC) debrimanı		C	1.300,34
1324	P612970	Artroskopik Triangular fibrokartilaj kompleks (TFCC) onarımı		B	1.707,08
1325		<b>EKLEM AÇIK CERRAHİ</b>			
1326	P612980	Akromiyoavülviküler eklem rezeksiyonu		C	1.300,34
1327	P612990	Akromiyooplastisi		C	1.300,34
1328	P613000	Arka çapraz bağ rekonstrüksiyonu		B	2.560,71
1329	P613010	Ayak bileği kollateral ligament primer onarım		C	1.300,34
1330	P613020	Ayak bileği kollateral ligament rekonstrüksiyon		B	2.048,57
1331	P613030	Büyük eklem debriman	P613140, P613220 ile birlikte faturalandırılmaz.	C	* 1.286,34
1332	P613031	Yara evantrasyonunda revizyon		F	421,59
1333	P613040	Direk kollateral ligament rekonstrüksiyon		C	1.300,34
1334	P613050	Diz dış yan bağ primer onarım		B	1.707,08
1335	P613060	Diz dış yan bağ rekonstrüksiyon		B	2.560,71
1336	P613070	Diz iç yan bağ primer onarım	Sadece dış çıkıktadı	C	1.155,82
1337	P613080	Diz iç yan bağ rekonstrüksiyon		B	2.048,57
1338	P613100	Emniensiz kırık fiksasyonu		B	1.707,08
1339	P613110	Greft almama	Patella tendon, hamstring, fascia lata	C	866,78
1340	P613120	Kondral debriman	Drill ve mikro kırık dahi	C	1.155,82
1341	P613130	Korakoakromial ligament rekonstrüksiyon		C	1.300,34
1342	P613140	Küçük eklem debriman		C	866,78
1343	P613150	Küçük eklem ligament rekonstrüksiyon		C	866,78
1344	P613160	Meniskektomi		C	866,78
1345	P613170	Menisküs kisti ektizyonu		C	866,78
1346	P613180	Menisküs onarım		C	1.300,34
1347	P613190	Menisküs transplantasyonu		B	2.560,71
1348	P613200	Mozaikplastisi		B	2.560,71
1349	P613210	Ön çapraz bağ rekonstrüksiyonu		B	2.048,57
1350	P613220	Orta eklem debriman		C	1.011,30
1351	P613230	Patella distal ve proksimal dizilim cerrahi		B	2.560,71
1352	P613240	Patella distal realınma		B	1.707,08
1353	P613250	Patella proksimal dizilim cerrahi		B	1.707,08
1354	P613260	Rotator kılıf onarım		B	1.707,08
1355	P613270	Septik artrit büyük eklem cerrahi	P613030 ile birlikte faturalandırılmaz.	B	2.018,47
1356	P613280	Septik artrit küçük eklem cerrahi	P613140 ile birlikte faturalandırılmaz.	D	510,79
1357	P613290	Septik artrit orta eklem cerrahi	P613020 ile birlikte faturalandırılmaz.	C	1.011,30
1358	P613300	Sinovektomi, büyük eklem	P613030 ile birlikte faturalandırılmaz.	C	1.011,30
1359	P613310	Sinovektomi, küçük-orta eklem	P613140, P613220 ile birlikte faturalandırılmaz.	D	936,59
1360		<b>TEKRARIYAN ÇIKIKLARA REKONSTRÜKSİYON</b>			
1361	P613320	Büyük eklem habüneli çıkık onarım		B	2.048,57
1362	P613330	Orta eklem habüneli çıkık onarım		C	1.300,34
1363	P613340	Küçük eklem habüneli çıkık onarım		C	1.011,30

## TANIYA DAYALI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	PAKET KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM GRUBU	İŞLEM PUANI
1364		<b>PEDİYATRİK ORTOPEDİ</b>			
1365	P613350	Aşıloplasti		C	866,78
1366	P613360	Aşıloplasti ve posterior kapsül gevşetmesi	P613350 ile birlikte faturalandırılmaz	C	1.155,82
1367	P612370	Ayak komplektil subotalar gevşetme		B	2.902,19
1368	P613380	Ayak posteromedial gevşetme		B	2.048,57
1369	P613390	Chiari osteotomisi		B	2.560,71
1370	P613400	Gelişimsel kalça çıkığı, açık redüksiyon		B	1.707,08
1371	P613410	Gelişimsel kalça çıkığı kapalı redüksiyona ve pelvipedal al	P610880 ile birlikte faturalandırılmaz	C	1.011,30
1372	P613420	Gelişimsel kalça çıkığında pelvik osteotomiler	P611190, P611290 ile birlikte faturalandırılmaz. Açık redüksiyon dahi	B	2.731,37
1373	P613430	Gelişimsel kalça çıkığında periaasetabular osteotomi	P611190, P611290 ile birlikte faturalandırılmaz	A3	5.198,33
1374	P613440	Gelişimsel kalça çıkığı, radikal redüksiyon	P611190, P611290 ile birlikte faturalandırılmaz. Açık redüksiyon, pelvik ve femoral osteotomiler dahi	A3	4.332,06
1375	P613450	Gelişimsel kalça çıkığında üçlü pelvik osteotomiler (Steel vb.		A3	2.835,41
1376	P613460	Osteoklazi		E	281,11
1377	P613470	PEV maniplasyonu dahil ağı		E	351,43
1378	P613480	Plantar fasıya ve addüktör tendonların gevşetilmesi		D	510,79
1379	P613490	Shelf osteotomisi		B	1.707,08
1380	P613500	Üçlü artrodez		B	1.707,08
1381	P613510	Trokantar majör transferi		B	1.707,08
1382	P613520	Vertikal talus ameliyatları		B	2.560,71
1383		<b>PELVİS VE KALÇA EKLEMİ</b>			
1384	P613530	Tenotomi, kalça addüktörleri, kapalı, subkütan		D	851,60
1385	P613540	Tenotomi, kalça addüktörleri, açık		C	1.155,82
1386	P613550	Tenotomi, ilioyoşun açığı		C	1.155,82
1387		<b>OMURGA CERRAHİSİ</b>	Faset deenjasyonu dahi		
1388		<b>Vertebra Enfeksiyonları:</b>			
1389	P613560	Anterior girişim ile vertebra apse drenajı	Torakotomi, laparotomi dahil	B	2.560,71
1390	P613570	Anterior girişim ile vertebra apse drenajı ve korpektomi ile birlikte strü grefleme	P613560, P614090, P616060 ile birlikte faturalandırılmaz. Torakotomi, laparotomi dahil	A3	4.725,63
1391	P613580	Anterior girişim ile vertebra apse drenajı ve anterior enstrümantasyon	P613560, P613920, P613930, P614090, P616060 ile birlikte faturalandırılmaz. Torakotomi, laparotomi, korpektomi ve strüt grefti dahil	A3	5.513,32
1392	P613590	Anterior girişim ile vertebra apse drenajı ve posterior enstrümantasyon	P613560, P614020, P614030, P614040, P614050, P6144060, P614090, P616060 ile birlikte faturalandırılmaz. Torakotomi, laparotomi, korpektomi ve strüt grefti dahil	A2	9.330,29
1393	P613600	Posterior girişim ile vertebra apse drenajı		B	2.560,71
1394	P613610	Posterior girişim ile vertebra apse drenajı ve korpektomi ile birlikte strü grefleme	P613600, P614090, P616060 ile birlikte faturalandırılmaz.	A3	5.584,74
1395	P613620	Posterior girişim ile vertebra apse drenajı ve posterior enstrümantasyon	P613600, P614020, P614030, P614040, P614060, P614090, P616060 ile birlikte faturalandırılmaz. Korpektomi ve strü grefleme dahi	A2	11.042,75
1396		<b>Osteotomi</b>			
1397	P613630	Posterior elemanların osteotomisi, tek vertebra segmenti		B	2.896,46
1398	P613640	Posterior elemanlar ve anterior korpusu da içeren osteotomiler		A3	3.780,61
1399	P613650	Spinal osteotomi, tek vertebra segmenti, anterior yaklaşım il		A3	3.150,59
1400	P613660	Korikav veya konveks kostal osteotomi, her seviye için		B	1.409,64
1401		<b>Omurga Kırık ve Çıkıklarının Tedavisi</b>			
1402	P613670	Vertebra kırıklarının redüksiyonu, maniplasyonu veya traksiyonsuz		C	866,78
1403	P613680	Vertebra kırıklarının kapalı tedavisi, maniplasyonu veya traksiyonla	Ağı veya breys gerektiren ve içeren	C	1.155,82
1404	P613690	Vertebra kırık veya çıkığı tek seviye, posterior yaklaşım ile enstrümantasyon 4 seviyeye kadar	Fiksator hariç Torakal ve/veya lomber vertebrada Posterior dekompresyon ve füzon dahil	A3	5.716,69
1405	P613700	Vertebra kırık veya çıkığı tek seviye, posterior yaklaşım ile enstrümantasyon 4 seviyeden fazla	Fiksator hariç Torakal ve/veya lomber vertebrada Posterior dekompresyon ve füzon dahil	A3	6.497,74
1406	P613710	Vertebra kırık veya çıkığı tek seviye, enstrümantasyon 4 seviyeye kadar, anterior yaklaşım	Fiksator hariç Torakal ve/veya lomber vertebrada, Anterior dekompresyon ve füzon dahil	A3	5.575,68
1407	P613720	Vertebra kırık veya çıkığı tek seviye, anterior yaklaşım ile enstrümantasyon 4 seviyeden fazla	Fiksator hariç Torakal ve/veya lomber vertebrada Anterior dekompresyon ve füzon dahil	A3	7.580,82
1408	P613730	Vertebra kırığı veya çıkığı tek seviye, anterior dekompresyon-enstrümantasyon ve füzon (4 seviyeye kadar) ile birlikte posterior enstrümantasyon ve füzon	Fiksator hariç Torakal ve/veya lomber vertebrada	A2	10.861,72
1409		<b>Artrodez</b>			
1410	P613740	Otograf almaması (flivak kanat)		C	866,78
1411	P613750	Nonvaskularize fibular strüt greft alınması		C	1.155,82
1412	P613760	Anterior artrodez, transoral veya ekstraoral yolla	Clivus, C1-C2 vertebra odonoid proses ekzizyonu yapılarak veya yapılmaz	A3	3.780,61
1413	P613770	Anterior artrodez, interbody tekniği ile	C2 altı tüm vertebralar için tek seviye	B	2.300,05
1414	P613780	Her ek vertebra için artrodez, interbody tekniği ile	C2 altı tüm vertebralar	C	1.011,30
1415		<b>Posterior posterolateral veya lateral transvers yaklaşım, servikal</b>			
1416	P613790	Kraniyoservikal artrodez, posterior teknik ile	Oksiput-C2 vertebra	B	2.731,37
1417	P613800	Atlas-aksis artrodez, posterior teknik ile	C1-C2 vertebra	B	2.731,37
1418	P613810	Servikal artrodez, posterior-posterolateral teknik ile	Tek seviye C2 altı vertebralar	B	2.048,57
1419	P613820	Her ek vertebra için artrodez, posterior-posterolateral teknik ile	C2 altı vertebralar	C	866,78
1420		<b>Anterior veya anterolateral yaklaşım, torakal-lomber-sakral</b>			
1421	P613830	Artrodez anterior, 3 vertebral segmente kadar		A3	3.780,61
1422	P613840	Artrodez anterior, 4 veya daha fazla vertebral segment		A3	4.725,63
1423	P613850	Kifotik deformite için anterior trikortikal strüt greftleme		A3	4.725,63
1424	P613860	Kifotik deformite için vaskularize kostal ile greftleme		A3	4.725,63
1425		<b>Posterior-posterolateral veya lateral transvers yaklaşım, torakal, lomber</b>			

## TANIYA DAYALI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	PAKET KODU	İŞLEM ADI	ACIKLAMA	İŞLEM GRUBU	İŞLEM PUANI
1426	P613870	Artrozde posteriyör, 7 vertebral segmente kadar		A3	2.529,51
1427	P613880	Artrozde posteriyör, 8 veya daha fazla vertebral segmente		A3	3.035,41
1428	P613890	Artrozde posteriyör, tek disk aralığı	İnterbody veya transforaminal interbody tekniği ile Aynı faturada 1 defadan fazla kodlanmaz.	B	1.707,08
1429	P613900	Artrozde posteriyör, her disk aralığı	İnterbody veya transforaminal interbody tekniği	D	851,60
1430	P613910	Spinal filizyon eksplasyonu		C	866,78
1431		<b>SPİNAL ENSTRÜMANTASYON</b>	Fiksasyon Hariç		
1432	P613920	Anteriyör enstrümantasyon; 3 vertebral segmentine kadar		A3	3.258,52
1433	P613930	Anteriyör enstrümantasyon; 4 veya daha fazla vertebral segmente		A3	3.638,68
1434	P613940	Anteriyör odometri diskasyonu	Tek veya iki vüda ile	A3	3.150,59
1435	P613950	Anteriyör sakroliyalık fiksasyonu		A3	2.360,88
1436	P613960	Crutchfield takılması		C	1.249,92
1437	P613970	Enstrümantasyon çıkarılması, 6 seviyeden fazla		A3	4.332,06
1438	P613980	Enstrümantasyon çıkarılması, 6 seviyeye kadar		B	2.731,37
1439	P613990	Halo fiksasyon uygulaması	Stabilizasyon veya traksiyon amaçlı	C	866,78
1440	P614000	Pelvik fiksasyon, sakrum dışındadır	Enstrümantasyonun alt ucunun pelvik kemik yapılarına tespiti	A3	4.725,63
1441	P614010	Posteriyör C1-C2 enstrümantasyonu ; vüda rod ; transartiküler vüda ; lamina, spinöz proses tellerle		A3	5.430,86
1442	P614020	Posteriyör oksipitovertebral enstrümantasyon	Servikal 0-2 vertebralarda	A3	6.136,88
1443	P614030	Posteriyör sakroliyalık fiksasyon	Perkütan veya açık	A3	3.150,59
1444	P614040	Posteriyör segmental enstrümantasyon; 2 ila 6 vertebral segmente	Aynı faturada bir defadan fazla kodlanmaz.	A3	2.225,97
1445	P614050	Posteriyör segmental enstrümantasyon; 7 veya daha fazla vertebral segmente	Aynı faturada bir defadan fazla kodlanmaz.	A3	3.168,01
1446	P614060	Posteriyör segmental olmayan enstrümantasyon		C	866,78
1447	P614070	Spinöz proseslerin tellenmesi ile internal spinal fiksasyon		A3	1.349,07
1448	P614080	Translaminer faset eklem vüda vüda fiksasyonu, tek seviye		A3	1.686,34
1449	P614090	Vertebra defektlerine, striktürel, strut greft veya prostetik materyal yerleştirilmesi	Allo greft, otogreft, çacg, çimento dahil	B	2.048,57
1450		<b>DİĞER İŞLEMLER</b>			
1451	P614100	Kifektomi	Vertebral segment rezeksiyonu, cisim ve posteriyör elementler dahil	A3	5.513,32
1452	P614110	Spondilolizis pars kırık onarım		A3	3.898,69
1453	P614120	Sakrektomi, parsiyel		A3	5.198,33
1454	P614130	Sakrektomi, total		A3	4.725,63
1455	P614140	Vertebroplastisi, tek seviye	SUT 3.1.4. numaralı maddesi uygulanmaz. Tüm malzemeler dahil	B	3.709,95
1456	P614150	Kifoplasti, her seviye için	SUT 3.1.4. numaralı maddesi uygulanmaz. Tüm malzemeler dahil	B	7.335,58
1457	P614160	Faset eklem blokajı	Skopide faset eklem girişimi olduğu belirtilmez. Tüm blokaj uygulamaları dahil	C	252,95
1458	P614170	Spondilolizis cerrahi redüksiyon	Diğer işlemlere ilave faturalandırılır	B	1.707,08
1459		<b>EKSTERNAL FİKSATÖR TEDAVİLERİ</b>	Fiksasyon Hariç		
1460	P614180	Büyük kemik bifoka		A3	3.898,69
1461	P614190	Büyük kemik defektli psödoartroz	3 cm'den fazla	B	2.902,19
1462	P614200	Büyük kemik psödoartroz		B	2.560,71
1463	P614210	Kemik-kemik defektli psödoartroz	1 cm'den fazla	B	1.707,08
1464	P614220	Küçük kemik psödoartroz		C	1.300,34
1465	P614230	Orta kemik defektli psödoartroz	2 cm'den fazla	B	2.048,57
1466	P614240	Orta kemik psödoartroz		B	1.792,41
1467		<b>HEMİKALLOTAZİS-KALLOTAZİS İLE DEFORMİTE BİZEK FİKSASYONU</b>			
1468	P614250	Büyük kemik kalla-hemikallofazis ile deformite düzeltilme		B	2.048,57
1469	P614260	Orta kemik kalla-hemikallofazis ile deformite düzeltilme		B	1.707,08
1470	P614270	Küçük kemik kalla-hemikallofazis ile deformite düzeltilme		C	1.155,82
1471	P614280	Hemikomrodiazisiz, büyük kemik		B	2.048,57
1472		<b>EKSTERNAL FİKSATÖR İLE EKLEM KONTRAKTÜRÜ AÇILMASI</b>	Fiksasyon Hariç		
1473	P614290	Büyük eklem kontraktürünün eksternal fiksatör ile açılması		B	2.048,57
1474	P614300	Küçük eklem kontraktürünün eksternal fiksatör ile açılması		C	1.155,82
1475	P614310	Eksternal fiksatör ile ayak deformitesi düzeltilmesi	Diğer açık girişimler dahil	B	2.731,37
1476		<b>EKSTERNAL FİKSATÖR İLE KEMİK UZATMA</b>	Fiksasyon hariç		
1477	P614320	Büyük kemik eksternal fiksatör ile uzatma		B	2.048,57
1478	P614330	Orta kemik eksternal fiksatör ile uzatma		B	1.707,08
1479	P614340	Küçük kemik eksternal fiksatör ile uzatma		C	1.155,82
1480		<b>ORTOPTİK ONKOLOJİ</b>			
1481		<b>Örneklemme Yöntemi</b>			
1482	P614350	Kemik tümörü açık biyopsisi, pelvis veya vertebr		C	866,78
1483	P614360	Yumuşak doku tümörü açık biyopsisi, pelvis için		D	766,44
1484	P614370	Yumuşak doku tümörü trokar veya iğne biyopsisi, pelvis için		D	681,11
1485		<b>Rezeksiyonlu</b>			
1486	P614380	Benign yumuşak doku tümörü, deris		D	643,17
1487	P614390	Benign yumuşak doku tümörü, kompleks	Damar, sinir, kemik veya eklem tutulumu	B	2.560,71
1488	P614400	Benign yumuşak doku tümörü, pelvis için		C	1.155,82
1489	P614410	Benign yumuşak doku tümörü, yüzeysel		D	450,25
1490	P614420	Büyük kemik malign tümörünün geniş veya radikal rezeksiyonu	A3	4.616,24	
1491	P614430	Büyük kemik benign tümörü veya kistinin küretaj veya rezeksiyonu	B	2.048,57	
1492	P614440	Küçük kemik benign tümörü veya kistinin küretaj veya rezeksiyonu	D	681,11	
1493	P614450	Küçük kemik malign tümörünün geniş veya radikal rezeksiyonu	C	1.155,82	
1494	P614460	Maligen yumuşak doku tümörü rezeksiyonu, deris		B	1.707,08
1495	P614470	Maligen yumuşak doku tümörü rezeksiyonu, kompleks	Damar, sinir, kemik veya eklem tutulumu	A3	2.896,46
1496	P614480	Maligen yumuşak doku tümörü rezeksiyonu, pelvis için		B	2.048,57
1497	P614490	Maligen yumuşak doku tümörü rezeksiyonu, yüzeysel		D	851,60
1498	P614500	Orta kemik malign tümörünün geniş veya radikal rezeksiyonu		B	2.425,78
1499	P614510	Orta kemik benign tümörü veya kistinin küretaj veya rezeksiyonu		C	1.155,82
1500	P614520	Spine benign kemik tümörü veya kistinin küretaj veya rezeksiyonu	Pelvis veya vertebralarda	B	2.560,71
1501	P614530	Spine malign kemik tümörünün geniş veya radikal rezeksiyonu	Pelvis veya vertebralarda	A3	5.630,00
1502	P614540	Total kapalı eklem rezeksiyonu, büyük eklem		A3	3.465,43
1503	P614550	Total kapalı eklem rezeksiyonu, orta eklem		A3	2.835,41

## TANIYA DAYALI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	PAKET KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM GRUBU	İŞLEM PUANI
1504		<b>REKONSTRÜKSİYONLAR</b>			
1505		<b>Biyolojik Rekonstrüksiyonlar</b>			
1506	P614560	Damarlı kemik transplantasyonu	Alınış işlemi ayrı faturalandırılır	A3	4.095,62
1507	P614570	Eklemler transplantasyonu, total		A3	4.725,63
1508	P614580	Kemik defektlerinin yonga greft ile doldurulması		B	1.707,08
1509	P614590	Kemik kaydırma yöntemi ile rekonstrüksiyon		A3	3.150,59
1510	P614600	Kısmi eklem transplantasyonu		A3	3.780,61
1511	P614610	Masif allogreft ile rekonstrüksiyon		B	2.560,71
1512	P614620	Rezeksiyon artrodizi, bilyüv eklemi		B	2.048,57
1513	P614630	Rezeksiyon artrodizi, kalfel eklemi		C	3.866,78
1514	P614640	Rezeksiyon artrodizi, orta eklem		B	1.707,08
1515	P614650	Şamandıralı greft ile rekonstrüksiyon		B	2.048,57
1516		<b>Protetik Rekonstrüksiyonlar</b>			
1517	P614660	Modüler tıynetör protezi ile rekonstrüksiyon		A3	5.414,90
1518		<b>6.8.SİNİR SİSTEMİ CERRAHİSİ</b>			
1519		<b>ELEKTROFİZYOLOJİK TESTLER İÇİN CERRAHİ</b>			
1520	P614720	Uzun süreli video EEG için subdural elektrot komması için cerrahi girişim		B	1.655,48
1521	P614730	Uzun süreli video EEG amaçlı Foramen ovale elektrotu için cerrahi girişim	PEG elektrot	D	1.298,48
1522	P614740	Uzun süreli video EEG amaçlı derin elektrot komması için cerrahi girişim		B	1.655,48
1523	P614750	Kortikal stimülasyon		B	1.655,48
1524	P614760	Elektrokortikografi	Ameliyat işlemi punnma ek faturalandırılır	D	1.298,48
1525		<b>ORTA KAFA ÇUKURU YAKLAŞIMLARI</b>			
1526	P614770	Vestibüler nörektomi, transkana		A3	3.680,61
1527	P614780	MAI dekompresyonu		A3	3.680,61
1528	P614790	BOS fistülünün onarım		A3	4.140,54
1529	P614800	Temporal kemik tıynetör eksizyonu		A3	4.080,94
1530	P614810	Akustik tıynetör eksizyonu		A3	5.008,43
1531		<b>RETRO LABİRENTER VE RETROSGMOİD YAKLAŞIMLAR</b>			
1532	P614820	Vestibüler nörektomi, retrosigmoid-retrolabirenter		A3	3.680,61
1533	P614830	Dekompresyon ameliyatı (AICA)		A3	4.348,31
1534		<b>STEREOTAKTİK VE FONKSİYONEL NÖROŞİRÜRJİKAL AMELİYATLAR</b>			
1535	P614840	Açık kordotomi	Laminektomi birimine ek olarak	D	1.538,75
1536	P614850	Baklılen pompa implantasyonu	Pompa hariç	B	1.655,48
1537	P614860	Derin beyin nörostimülatörü implantasyonu, iki tara	Nörostimülatör seti hariç	A2	8.927,07
1538	P614870	Derin beyin nörostimülatörü implantasyonu, tek tara	Nörostimülatör seti hariç	A3	5.855,48
1539	P614880	Dorsal koton stimülasyonu	Nörostimülatör seti hariç	C	1.093,59
1540	P614890	Ektrenal radyosirtirji		A3	3.345,87
1541	P614900	Faset denervasyonu	Tüm denervasyon uygulamaları dahil	D	252,95
1542	P614910	Mikroelektrot kayıt	Ameliyat ve elektrot punnalarına ek olarak	B	1.820,91
1543	P614920	Mikroelektrot kayıt eşliğinde pallidotomi, iki tara	Aynı faturada bir defadan fazla kodlanmaz	A2	11.158,83
1544	P614930	Mikroelektrot kayıt eşliğinde pallidotomi, tek tara	Aynı faturada bir defadan fazla kodlanmaz	A3	5.855,48
1545	P614940	Mikroelektrot kayıt eşliğinde talamotomi, iki tara	Aynı faturada bir defadan fazla kodlanmaz	A2	11.158,83
1546	P614950	Mikroelektrot kayıt eşliğinde talamotomi, tek tara	Aynı faturada bir defadan fazla kodlanmaz	A3	5.855,48
1547	P614960	Mikroelektrot kayıtlı nörostimülatör implantasyonu	Nörostimülatör seti hariç	A2	11.158,83
1548	P614970	Mikroelektrot dekompresyonu		A3	4.600,57
1549	P614980	Nörotanjiyografiyle kille rezeksiyonu		A3	8.511,09
1550	P614990	Perkütan foramen ovale gasser gangliyonu bloğu	X-ray hariç	D	1.038,79
1551	P615000	Perkütan foramen ovale gasser gangliyonu RF termokojulasyonu	X-ray hariç	C	937,27
1552	P615010	Perkütan kordotomi	BT hariç	B	1.986,34
1553	P615020	Perkütan sempatik blokaj		C	937,27
1554	P615030	Perkütan traktotomi	BT hariç	B	1.986,34
1555	P615040	Selektif dorsal rizotomi		A3	6.440,94
1556	P615050	Stereotaktik biyopsi	P615100 ile birlikte faturalandırılmaz	B	2.317,54
1557	P615060	Stereotaktik brakiterapi	Radyoaktif seed ücreti hariç	A3	4.015,18
1558	P615070	Stereotaktik talamotomi, iki taraf	P615070 ile birlikte faturalandırılmaz	A2	8.927,07
1559	P615080	Stereotaktik kalotomiyi, tek taraf	P615080 ile birlikte faturalandırılmaz	A3	5.520,87
1560	P615090	Stereotaktik katektomiyi, iki taraf	P615070 ile birlikte faturalandırılmaz	B	2.648,57
1561	P615100	Stereotaktik kraniyotomi, tek taraf	P615050 ile birlikte faturalandırılmaz	A3	8.856,66
1562	P615110	Stereotaktik pallidotomi, iki taraf	P615120 ile birlikte faturalandırılmaz	A2	8.927,07
1563	P615120	Stereotaktik pallidotomi, tek taraf	P615110 ile birlikte faturalandırılmaz	A3	4.015,18
1564	P615130	Stereotaktik singulotomi-kapsulotomi		A3	4.349,75
1565	P615140	Trigeminal nörektomi		C	937,27
1566	P615150	Vestibüler nörotomi		B	3.368,30
1567		<b>KRANIYAL CERRAHİLER</b>			
1568	P615160	Hidrosetali şant ameliyatları	Şant aleti ücreti hariç	B	2.280,96
1569	P615170	Hidrosetali ameliyatları, third ventrikülostomi		A3	4.600,57
1570	P615180	BOS fistülünün kraniyotomi ile ameliyatları, transkraniyal yol		A3	4.600,57
1571	P615190	BOS fistülü ameliyatları, transfenoidal yol		A3	3.011,30
1572	P615200	Kafa kaidesinde dura onarımı, kraniyotomi il		A3	5.520,87
1573	P615201	Dekompresif Kraniyotomi		A2	** 4.015,00
1574	P615202	Çiftli malformasyonu dekompresyon-duraplast		A3	** 4.015,00
1575	P615203	Kristo-perforiyel şant takılması		B	** 1.986,00
1576	P615204	Ektrenal ventriküller veya lomber drenaj seti uygulanması		B	** 1.820,00
1577	P615205	Syringomyeli şantları		B	** 1.986,00
1578	P615210	Endoskopik tıynetör biyopsisi		A3	3.345,87
1579	P615220	Endoskopik aküaduktoplasti		A3	3.345,87
1580		<b>KAFA TRAVMA AMELİYATLARI</b>			
1581	P615230	Burr Hole eksplorasyonu, tek		D	1.298,48
1582	P615240	Burr Hole eksplorasyonu, her bir ilave için		D	779,09
1583	P615250	Epidural hematoma drenajı, kraniyotomi il		C	937,27
1584	P615260	Epidural hematoma drenajı, kraniyotomi il		C	1.249,92
1585	P615270	Subdural hematoma kraniyotomi ile drenajı, tek tara	P615280 ile birlikte faturalandırılmaz	B	2.344,32
1586	P615280	Subdural hematoma kraniyotomi ile drenajı, iki tara	P615270 ile birlikte faturalandırılmaz	A3	5.448,97
1587	P615290	Subdural hematoma Burr Hole ile drenajı, tek tara	P615300 ile birlikte faturalandırılmaz	C	1.249,92
1588	P615300	Subdural hematoma Burr Hole ile drenajı, iki tara	P615290 ile birlikte faturalandırılmaz	B	2.317,54

## TANIYA DAYALI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	PAKET KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM GRUBU	İŞLEM PUANI
1589	P615310	Depresyon fraktürü, basit		C	937,27
1590	P615320	Depresyon fraktürü, komple		C	1.249,92
1591	P615330	Duruplasti, galeal greft il.		B	** 1.672,18
1592	P615331	Duruplasti, diğer greftler (Sentetik vb) ile		D	** 851,00
1593	P615340	Duruplasti, fasya lata grefti il.		B	** 1.986,34
1594	<b>KİTLE VE VASKÜLER AMELİYATLAR</b>				
1595	P615350	3. ventrikül içi tümörler		A3	8.146,29
1596	P615360	Anevrizma ameliyatları, aynı keside çökü	Aynı faturada bir defadan fazla kodlanmaz	A3	13.939,21
1597	P615370	Anevrizma ameliyatları, aynı keside çökü	Aynı faturada bir defadan fazla kodlanmaz	A2	13.215,09
1598	P615380	Anevrizma ameliyatları, tek	Aynı faturada bir defadan fazla kodlanmaz. Klip ücreti hari	A3	8.164,40
1599	P615390	Anterior çevreli malformasyon ameliyatları		A3	8.508,25
1600	P615400	Beyin apsesi, Burr Hole ile aspirasyon		C	1.249,92
1601	P615410	Beyin apsesi cerrahisi, kraniyotomi ile		B	2.482,97
1602	P615420	Beyin intraparaklinal kist hidatik çıkarılma		B	2.742,58
1603	P615430	Gilial tümör eksizeyonu		B	2.570,61
1604	P615440	Gilial tümör eksizeyonu, mikrosürjikal teknik		A3	5.448,97
1605	P615450	Gilial tümör eksizeyonu, lobektomi ilavesiyle		A3	4.905,89
1606	P615460	Intraorbital tümör eksizeyonu, kraniyotomi ile		A3	5.448,97
1607	P615470	Intraserebral hematoma boşaltılması, Burr Hole ile		C	1.249,92
1608	P615480	Intraserebral hematoma boşaltılması, kraniyotomi ile		B	2.482,97
1609	P615490	Kaidé tümörleri		A3	7.413,12
1610	P615500	Karotid endarterektomi		A3	4.600,57
1611	P615510	Karotidokavernöz fistülü veya anevrizması	Servikal ve kraniyal yaklaşımla il	A3	5.018,89
1612	P615520	Koiveksite tümörleri cerrahisi		B	2.317,54
1613	P615530	Köşe tümörleri cerrahisi		A3	9.051,43
1614	P615540	Lateral ventrikül içi tümörleri cerrahisi		A3	7.413,12
1615	P615550	Parasagittal (mezenkemik), tentoriyel açıklık vb yerleşimli tümörlerin cerrahisi		A3	5.448,97
1616	P615560	Pineal kitle ameliyatları		A3	8.164,40
1617	P615570	Posteriör fossa tümörleri cerrahisi		A3	6.806,68
1618	P615580	Sellar ve parasellar tümörleri cerrahisi		A3	5.448,97
1619	P615581	Petroklival bölge tümör cerrahisi		A3	** 6.806,00
1620	P615582	Kavernöz sinüs tümör cerrahisi		A3	** 6.806,00
1621	P615583	Kavernöz ameliyatları		A3	** 6.806,00
1622	P615584	Mikrocerebral kist fonsirasyonu		A3	** 5.448,00
1623	P615585	Subdural epidural abse ameliyatları		A3	** 2.317,00
1624	P615586	Uyruk kraniyotomi ile tümör eksizeyonu		A3	** 6.806,00
1625	P615590	Serebral by-pass ameliyatları		A3	5.955,85
1626	P615600	Transfenoidal hipofizektomi	Adenomektomi	A3	5.059,02
1627	<b>KFİLİPS AMELİYATLARI</b>				
1628	P615610	Ekstratemoral rezeksiyonla		B	2.482,97
1629	P615620	Hamidektomiyasyon		A3	5.018,89
1630	P615630	Hemifarektomi		A2	8.927,07
1631	P615640	Korpus kalsözotomi		A3	3.345,87
1632	P615650	Selektif amigdalohipokampektomi		A3	5.018,89
1633	P615660	Subnial insizyon		B	2.482,97
1634	P615670	Serebral lobektomi total, medial veya latera		A3	6.900,97
1635	P615680	Vagal stimulator takılması	Stimülatör harıç	B	2.482,97
1636	<b>KONJENİTAL SPİNAL CERRAHİ</b>				
1637	P615690	Spinal meningeoel eksizeyonu		C	1.249,92
1638	P615700	Spinal meningeomiyel eksizeyonu		B	2.549,75
1639	P615710	Spinal disrafizyon, kapalı ameliyatları	Diestematomiyeli, lipomyelomeningoel, dermal sinüs, kusa filum terminale	B	2.317,54
1640	P615720	Sakrokoksigial tenton eksizeyonu		A3	2.566,61
1641	<b>INTRADURAL İNTRAMEDÜLLER SPİNAL CERRAHİ</b>				
1642	P615730	Diskografi, tek seviye		C	1.249,92
1643	P615750	Intradural, intramedüller vertebra apsesi drenajı		B	2.482,97
1644	P615760	Lomber intradural tümör eksizeyonu	P616020 ile birlikte faturalandırılmaz.Korpekotomi veya laminoplasti ile yapılmıssa ilave edilir, laminektomi dat	B	3.151,80
1645	P615770	Lomber spinal kord AVM eksizeyonu	P616020 ile birlikte faturalandırılmaz.Korpekotomi veya laminoplasti ile yapılmıssa ilave edilir, laminektomi dat	A3	5.448,97
1646	P615780	Myelografi		C	1.249,92
1647	P615800	Servikal intradural ekstramedüller tümör eksizeyonu	P616070 ile birlikte faturalandırılmaz.Korpekotomi veya laminoplasti ile yapılmıssa ilave edilir, laminektomi dat	B	2.648,57
1648	P615810	Servikal intramedüller tümör eksizeyonu	P616070 ile birlikte faturalandırılmaz.Korpekotomi veya laminoplasti ile yapılmıssa ilave edilir, laminektomi dat	A3	5.448,97
1649	P615820	Servikal spinal kord AVM eksizeyonu	P616070 ile birlikte faturalandırılmaz.Korpekotomi veya laminoplasti ile yapılmıssa ilave edilir, laminektomi dat	A2	8.927,07
1650	P615830	Spinal syringomyeli drenajı eksizeyonu	P616020, P616070, P616110 ile birlikte faturalandırılmaz. Laminoplasti ile yapılmıssa ilave edilir, laminektomi dat	B	2.317,54
1651	P615831	Servikal anterior oblik korpekotomi tek omurga		**	3.421,00
1652	P615840	Torakal intradural ekstramedüller tümör eksizeyonu	P616110 ile birlikte faturalandırılmaz.Korpekotomi veya laminoplasti ile yapılmıssa ilave edilir, laminektomi dat	B	2.185,50
1653	P615850	Torakal intramedüller tümör eksizeyonu	P616110 ile birlikte faturalandırılmaz.Korpekotomi veya laminoplasti ile yapılmıssa ilave edilir, laminektomi dat	B	3.421,45
1654	P615860	Torakal spinal kord AVM eksizeyonu	P616110 ile birlikte faturalandırılmaz.Korpekotomi veya laminoplasti ile yapılmıssa ilave edilir, laminektomi dat	A3	5.955,85
1655	<b>DISK CERRAHİSİ</b>				
1656	P615880	Lomber diskektomi, tek seviye	Klasik, laminotomi ile birlikte	B	** 1.800,67
1657	P615890	Lomber diskektomi, tek seviye, iki taraf	P615880 ile birlikte faturalandırılmaz.Klasik, laminotomi ile birlikte	B	2.317,54
1658	P615900	Lomber laminektomi ve iki taraflı diskektomi	P615910, P616020 ile birlikte faturalandırılmaz	B	** 1.929,34
1659	P615910	Lomber laminektomi ve tek taraflı diskektomi	P615900, P616020 ile birlikte faturalandırılmaz	B	** 1.672,18
1660	P615920	Lomber mikrocerebral ile diskektomi, tek seviye	Klasik, laminotomi ile birlikte	B	** 1.929,34
1661	P615930	Lomber mikrocerebral ile iki taraflı diskektomi, tek seviye	Klasik, laminotomi ile birlikte	B	2.648,57
1662	P615940	Anteriör yaklaşım ve mikrocerebral ile servikal diskektomi, tek mesafe	Servikal ve diğer omurlar	B	2.648,57
1663	P615950	Anteriör yaklaşım ve mikrocerebral ile servikal diskektomi ve intervertebral greft-kafe uygulaması, tek mesafe	Servikal ve diğer omurlar	A3	3.513,32
1664	P615960	Servikal laminektomi ve disk boşaltılması	Tek mesafe disk	B	2.151,94

## TANIYA DAYALI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	PAKET KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM GRUBU	İŞLEM PUANI
1665	P615970	Torakal disk eksizyonu	P616100, P616110 ile birlikte faturalandırılmaz.	B	1.986,34
1666	P615980	Torakal kostatransversektomi ile disk eksizyon	Klinik, laminotomi veya laminektomi ile	A3	3.345,87
1667	P615990	Torakal transorastik disk eksizyonu		A3	4.600,57
1668		<b>EKSİZYON VE DEKOMPRESYON</b>			
1669	P616000	Kraniyovertebral junction anomalisi ameliyatları veya dekompresyon		B	3.222,31
1670	P616010	Lomber hemilaminektomi - laminotomi, parsiyel /total, tek omurga		C	937,27
1671	P616020	Lomber laminektomi, tek omurga	P615900, P615910 ile birlikte faturalandırılmaz	C	937,27
1672	P616030	Lomber laminoplasti, tek omurga		C	1.153,82
1673	P616040	Lomber narsiyel korpektomi, tek omurga		B	2.482,97
1674	P616050	Servikal hemilaminektomi - laminotomi, tek omurga		B	1.655,48
1675	P616060	Servikal, torakal veya lomber korpektomi, tek omurga		A3	4.600,57
1676	P616070	Servikal laminektomi, tek omurga		B	1.655,48
1677	P616080	Servikal laminoplasti, tek omurga		B	1.986,34
1678	P616090	Servikal veya torakal parsiyel korpektomi, tek omurga		B	2.482,97
1679	P616100	Torakal hemilaminektomi - laminotomi, tek omurga	P615970 ile birlikte faturalandırılmaz	C	1.249,92
1680	P616110	Torakal laminektomi, tek omurga	P615970 ile birlikte faturalandırılmaz	C	1.249,92
1681	P616120	Torakal laminoplasti, tek omurga		B	1.655,48
1682	P616130	Total omurga rezeksiyonu	Enblok spondilektomi	A3	4.344,69
1683	P616140	Transoral odontoidektomi		A3	4.742,95
1684		<b>FASİYAL PARALİZİNİN TEDAVİSİNE YÖNELİK İŞLEMLER</b>			
1685	P616150	Yalnızca deriye müdahale ile statik onarım		C	937,27
1686	P616160	Fasiya veya tendon grefti ile aski ameliyatlar		C	979,43
1687	P616170	Kas transpozisyonu veya greft ile düzeltme		C	1.101,85
1688	P616180	Fasiyal sinir onarım		B	1.693,93
1689	P616190	Fasiyal sinirin greftli onarım		B	1.976,39
1690	P616200	Hipoglossal sinir transpozisyon		B	1.835,24
1691	P616210	Mikronörovasküler teknik ile kas transferi		A3	3.751,10
1692	P616220	Yumuşak doku suspansiyonu		C	979,43
1693		<b>ÜST EKSTREMİTE</b>			
1694	P616230	Nörolizi		C	421,59
1695	P616231	Semptomatiki aksiller, tek taraf	Aynı faturada bir defadan fazla kodlanmaz	C	937,27
1696	P616240	Semptomatiki lomber, tek taraf	Aynı faturada bir defadan fazla kodlanmaz	C	937,27
1697	P616250	Semptomatiki lomber, iki taraf	Aynı faturada bir defadan fazla kodlanmaz	B	1.819,56
1698	P616260	Semptomatiki servikal, tek taraf	Aynı faturada bir defadan fazla kodlanmaz	C	1.249,92
1699	P616270	Semptomatiki servikal, iki taraf	Aynı faturada bir defadan fazla kodlanmaz	B	2.648,57
1700	P616280	Periferik arter sklerozasyonu		B	1.693,93
1701	P616290	Torakal semptomatiki, tek taraf	Aynı faturada bir defadan fazla kodlanmaz	B	1.619,56
1702	P616300	Torakal semptomatiki, iki taraf	Aynı faturada bir defadan fazla kodlanmaz	A3	3.660,37
1703		<b>PERİFERİK SINİR CERRAHİSİ</b>			
1704	P616310	Sinir grefti alınması		D	1.298,48
1705	P616320	Sinir için toraks çıkım sendromu ameliyatı		B	1.943,34
1706	P616330	Brakial pleksus eksplorasyonları		B	2.782,46
1707	P616340	Lomber pleksus eksplorasyonları		B	2.782,46
1708	P616350	Her türlü periferik sinir eksplorasyonu, tek bir sinir	Traumatik, nöroma eksiyonu, nörolizis ve basit nöralji dahil	C	979,43
1709	P616360	Nervus medianus dekompresyon		C	748,57
1710	P616370	Nervus ulnaris transpozisyonu		C	937,27
1711	P616380	Supraskapüler sinir kompresyon sendromu ve dekompresyon cerrahisi		C	1.249,92
1712	P616390	Nervus radialis posterior interosseous kompresyon sendromu, dekompresyon cerrahisi		C	1.249,92
1713	P616400	Meralgia paresthetika dekompresyon ameliyatı		C	1.249,92
1714	P616410	Tarsal tunnel sendromu dekompresyon ameliyatı		C	937,27
1715	P616420	Kraniyal sinirlerin mikrovasküler dekompresyon		A3	4.600,57
1716		<b>MİKRO CERRAHİ</b>			
1717	P616430	Sinir onarımı, tek bir sinir		B	1.440,13
1718	P616440	Sinir onarımı, greft ile, tek bir sinir		B	2.301,85
1719	P616450	Sinir onarımı, greft ile, ilave her bir sinir	P616440 işlemine ilaveten faturalandırılır	B	505,90
1720	P616460	Diijital semptomatiki		B	1.655,48
1721		<b>6.9.GÖZ VE ADNEKSLERİ</b>	İşlem planları tek göz içinidir		
1722		<b>PERİOKÜLER BÖLGENİN CERRAHİ GİRİŞİMLERİ</b>			
1723	P616470	Ayarlanabilir sütit, pitozis		C	578,08
1724	P616480	Dermoid kist eksizyonu		D	517,71
1725	P616510	Ektropiyum için cerrahi girişim		D	517,71
1726	P616520	Entropiyum için cerrahi girişim		D	517,71
1727	P616530	Epikanthus onarımı		D	641,32
1728	P616540	Frontale asma teknikleri, pitozis		C	578,08
1729	P616550	Görüş alanına engel yaratan pödotipnoz tedavisi		C	578,08
1730	P616560	Göz kapaklı deri defektlerinin rekonstrüksiyonu		C	578,08
1731	P616570	Göz kapaklı nam kan defektlerinin rekonstrüksiyonu		C	867,13
1732	P616580	Göz kapaklı alın implantasyonu	Fasiyal paralizisi tedavisind	D	517,71
1733	P616590	Kantoplasti		D	641,32
1734	P616600	Kapak kesisi siltürasyonu, 1 cm'den fazla		E	254,97
1735	P616610	Kapak kesisi siltürasyonu, 1 cm'ye kadar		E	191,23
1736	P616620	Kapak kesisi siltüre edilmesi, kirpikli kenar, kaş veya tars onarımı		D	310,62
1737	P616630	Kapak rekonstrüksiyonu, greft veya flap ile		C	867,12
1738	P616640	Kapak tümörü ameliyatı		D	421,59
1739	P616670	Kapak veya konjonktiva biyopsisi		E	254,97
1740	P616680	Kapaklara kriyo uygulaması		E	152,95
1741	P616700	Kemodenervasyonu		E	191,23
1742	P616710	Levator prosedürleri, pitozis		C	578,08
1743	P616730	Saçlı deriden alın flap yardımı ile kaş rekonstrüksiyon		B	1.411,80
1744	P616740	Saçlı derinin kompozit greft olarak kullanıldığı kaş rekonstrüksiyonu		C	734,57
1745	P616750	Tarsorafı		E	318,72
1746	P616760	Telekanthos onarımı		C	578,08

## TANIYA DAYALI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	PAKET KODU	İŞLEM ADI	ACIKLAMA	İŞLEM GRUBU	İŞLEM PUANI
1747		<b>GÖZYAŞI DRENAJ YOLLARI İLE İLGİLİ İŞLEMLER</b>			
1748	P616770	Alt konka kırılması		D	414,17
1749	P616780	Dakriosistorinostomi (DSR), eksternal		C *	771,84
1750	P616790	Dakriosistorinostomi (DSR), endomazal		C	867,12
1751	P616800	Göz yağ yolları entübasyonu		C	578,08
1752	P616810	Göz yağ yolları entübasyonu ve alt konka kırılması		C	770,83
1753	P616820	Kanalikül kesisi replantasyonu		C	578,08
1754	P616830	Kese ablasyonu		C	578,08
1755	P616840	Kese beğenimi drenajı		E	152,95
1756	P616870	Nazolakrimal balon uygulamaları		D	414,17
1757	P616880	Nazolakrimal kanal oklüzyonuna girişim-probing	Çocuk yaş grubunda anestezi ile yapılan sondalam	E	254,97
1758	P616900	Ün implantlı konjonktival rinostomi		B	926,14
1759		<b>ŞAŞILIK VE PEDIYATRİK OFTALMOLOJİ</b>			
1760	P616910	Rektuslara gerileme veya rezeksiyon, her bir		C *	758,85
1761	P616920	Rektuslara gerileme ve rezeksiyon, aynı göz		C *	758,85
1762	P616930	Her iki gözde birer rektusa gerileme ve/veya rezeksiyon		C *	836,09
1763	P616960	Adele transpozisyonu		C	578,08
1764	P616970	Ayarlansızlıktır, şaşılık		C	578,08
1765	P616980	Faden ameliyat		C	578,08
1766	P616990	Nistagmus cerrahisi, her iki gözde tüm horizontal kaslara gerileme		C	770,83
1767		<b>KONJONKTİVA-KORNEA-KONTAKT LENS-ÖNSEGMENT</b>			
1768	P617000	Amnion zar ile yüzey rekonstrüksiyonu		D	517,71
1769	P617010	Dehidrasyon yaralanmaları tanımı		C	923,25
1770	P617020	Fototerapi keratotomi (PTK)		C	770,83
1771	P617030	Intraoküler yabancı cisimlerin çıkarılması		B	926,14
1772	P617040	Keratoplasti		B	1.629,26
1773	P617050	Keratoprotez uygulaması		B	1.203,88
1774	P617051	Korneal Cross-Linking uygulaması	Topografi ve pakimetre ile tanı konulmuş keratokonus, postlaskik etkisi veya pellucid marjinal dejenerasyonda, Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti sunucuları ile Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularına faturalandırılır.	E *	200,00
1775	P617052	Intrakorneal halka uygulaması	Topografi ve pakimetre ile tanı konulmuş keratokonus veya postlaskik etkide Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti sunucuları ile Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularına faturalandırılır.	D *	500,00
1776	P617060	Konjonktiva örtmesi		E	318,72
1777	P617070	Konjonktiva plastisi, greft ile		D	384,49
1778	P617090	Konjonktivadan kist ve tümör çıkarılması		D	310,62
1779	P617120	Kornea hazırlanması, transplantasyonu için		D	809,44
1780	P617130	Kornea kesisi suture edilmesi		D	414,17
1781	P617170	Limbal kök hücre transplantasyonu		D	517,71
1782	P617210	Pterijum ameliyat		E *	185,50
1783	P617211	Otogreftli Pterijum ameliyat		D *	354,13
1784		<b>REFRAKTİF CERRAHİ</b>	Bilateral -5D ve üzeri miyopi olup, iki göz arasında en az 3D anizometropi olan olgularda, bilateral +3D ve üzeri hipermetrop olup iki göz arasında en az 3D anizometropi olan olgularda, bir gözü emetrop olup diğer gözünde 3D ve üzeri refraktif bozukluk olan olgularda, iki göz arasında 4D ve üzeri sfirik fark olan olgularda sağlık kurulu raporu ile faturalandırılır.		
1785	P617230	Şeffaf lens ekstraksiyonu		C	421,59
1786	P617240	Yüksek miyopide negatif lens implantasyonu		C	421,59
1787	P617250	Fotorefraktif keratoplasti (PRK), eximer lazer ile		C	421,59
1788	P617260	LASIK, LASEK		C	421,59
1789	P617270	Radyal keratotomi		C	578,08
1790	P617280	Asigmatik keratotomi		C	578,08
1791		<b>İRİS VE LENS İLE İLGİLİ İŞLEMLER</b>			
1792	P617290	Ağı revizyonu		E	249,92
1793	P617300	Disizyon veya kapsülktomi	Aynı taraf göz için P617310, P617320, P617330 ile birlikte faturalandırılmaz.	D	290,05
1794	P617310	Disizyon-lens aspirasyonu	Aynı taraf göz için P617300, P617320, P617330 ile birlikte faturalandırılmaz.	C	404,72
1795	P617320	Disizyon-lens aspirasyonu ile birlikte ön vitrektomi	Aynı taraf göz için P617300, P617310, P617330 ile birlikte faturalandırılmaz.	C	607,08
1796	P617330	Disizyon-lens aspirasyonu ve ön vitrektomi ile birlikte intraoküler lens implantasyonu	P617300, P617310, P617320 ile birlikte faturalandırılmaz.	B	713,32
1797	P617340	Fakoemülsifikasyon ve intraoküler lens implantasyonu	Gözü için ücreti dahil	B	691,40
1798	P617341	Katarakta fakoemülsifikasyon ve intraoküler lens implantasyonu (Multifokal, astigmatik veya torik, multifokal ve torik)	Multifokal, astigmatik veya torik, multifokal ve torik göz için lens ücreti dahil	B *	691,40
1799	P617350	İridodiyaliz düzeltilmesi, 3 saat kadranı kadar	Aynı faturada aynı göz için bir defadan fazla kodlanmaz.	E	249,92
1800	P617360	İridodiyaliz düzeltilmesi, 4-8 saat kadranı kadar	Aynı faturada aynı göz için bir defadan fazla kodlanmaz.	D	290,05
1801	P617370	İridodiyaliz düzeltilmesi, 6 saat kadranından çok	Aynı faturada aynı göz için bir defadan fazla kodlanmaz.	C	424,96
1802	P617380	Kapsül germe halkası yerleştirilmesi		E	178,41
1803	P617390	Kapsül için sekonder intraoküler lens implantasyonu	Lens ücreti dahil	C	539,63
1804	P617400	Lazer iridotomi		D	362,39
1805	P617410	Lazer kapsülotomi-sinejiotomi	P617340 işlemi yapılan hastaya işlem sonrası 3 (üç) ay içinde aynı sağlık kurumunda yapılması halinde faturalandırılmaz.	D *	225,13
1806	P617420	Lens ekstraksiyonu ve intraoküler lens implantasyonu	Lens ücreti dahil	B *	585,16
1807	P617430	Lens ekstraksiyonu, ekstrakapsüler		C	539,63
1808	P617440	Lens ekstraksiyonu, intrakapsüler		C	472,01
1809	P617441	Intraoküler lens (IOL) repozisyonu işlemi	P617330, P617340, P617380, P617390, P617420, P617450, P617470, P617510 ile birlikte faturalandırılmaz.	D *	300,00
1810	P617442	Intraoküler lens (IOL) çıkarılması	P617.330, P617.340, P617.380, P617.390, P617420, P617.450, P617.470, P617.510 ile birlikte faturalandırılmaz.	D *	350,00
1811	P617450	Ön kamara veya sulkusa sekonder intraoküler lens implantasyonu	Lens ücreti dahil	C	472,01

## TANIYA DAYALI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	PAKET KODU	İŞLEM ADI	ACIKLAMA	İŞLEM GRUBU	İŞLEM PUANI
1812	P617451	Ön kamaradan silikon alınması		D	250,00
1813	P617460	Parsplana lensektom		B	648,40
1814	P617470	Parsplana lensektomi ve intraoküler lens implantasyon	Lens ücreti dahi	B	777,91
1815	P617480	Periferik tridektom		D	289,88
1816	P617490	Pupilloplast		D	289,88
1817	P617500	Sineyektomi		D	217,37
1818	P617510	Skleral fleksiyon ile sekonder intraoküler lens implantasyon	Lens ücreti dahi	B	648,23
1819	P617520	Traumatik paratetik miyoziyoz için pupilloplast		C	472,01
1820	P617525	Vitreus Wiek sendromunda YAG lazer uygulaması		D	289,88
1821		<b>GLİOKOM</b>			
1822	P617530	Ankizele bleb revizyon		D	362,39
1823	P617540	Glokomla kombiné katarakt ameliyatlar		B	1.157,67
1824	P617550	Gonyoskopi, trabekülotomi		C	770,83
1825	P617560	Lazer gonyoplastisi, trabeküloplastisi		D	50,59
1826	P617570	Seton ameliyatı (Tüp, molkeno vb.)	İmplant hariç	B	926,14
1827	P617580	Sikloiyali		D	517,71
1828	P617590	Siklototokongülasyon		E	318,72
1829	P617600	Sikloterapi		F	318,72
1830	P617610	Trabekülotomi		B	914,50
1831	P617620	Viskokanalostomi		B	926,14
1832		<b>RETİNA-VİTREUS</b>			
1833	P617640	Vitrektomi, anterior		C	770,83
1834	P617650	Vitrektomi, pars planu		B	1.981,45
1835	P617660	Vitroretinal cerrahi, tüm işlemler	Başka bir vitroretinal cerrahi işlem ile birlikte faturalandırılmaz.	B	2.782,46
1836	P617661	Prematür retinopatisinde vitroretinal cerrahi	Başka bir vitroretinal cerrahi işlem ile birlikte faturalandırılmaz	B	4.173,69
1837	P617670	Prümatik retinopedi		C	770,83
1838	P617680	Dekolman ameliyatları, kriyo aplikasyon		C	770,83
1839	P617690	Dekolman ameliyatları, şifalı, loka	Şifalı dahil	B	771,84
1840	P617700	Makula dejenerasyonu için fotodinamik tedav	Sağlık kurulu raporu ile tıbbi gereke belirtimelidir.İlaç hariç	C	578,08
1841	P617710	Silikon yağlı cıkarılması		C	770,83
1842	P617730	Flektoryel kriyoterapi		F	318,72
1843		<b>ORBİTA-OKÜLER ONKOLOJİ</b>			
1844	P617740	Deri veya mukozaya grefti kullanılarak soket onarımı	P600300, P600330, P600360, P600370 ile birlikte faturalandırılmaz	B	926,14
1845	P617750	Ekzanteryosun ve alın flebi ile birlikte deri grefti	P600300, P600330, P600370, P600440, P600450 ile birlikte faturalandırılmaz	B	1.481,96
1846	P617760	Ekzanteryosun ve deri grefti	P600300, P600330, P600360, P600370 ile birlikte faturalandırılmaz	B	1.111,30
1847	P617770	Flektanterosun ve temporal kas flebi ile birlikte deri greft		B	1.481,96
1848	P617780	Flektanterosun ve binçeliiylemeşeye brüloma		B	926,14
1849	P617790	Ekzozfalması için orbital dekompresyon, iki tara		B	1.481,96
1850	P617800	Enfleksyon veya evsseyosun		C	578,08
1851	P617810	Hidroksipatit implant için reçe talması		D	414,17
1852	P617820	Intraorbital tümör		B	1.018,72
1853	P617830	Intraorbital yabancı cisimlerin çıkarılması		B	926,14
1854	P617840	Mobil hidroksipatit implant		C	674,37
1855	P617850	Mobil implantli enfleksyon		B	926,14
1856	P617860	Optik sinir dekompresyon operasyonu		B	1.203,84
1857	P617870	Orbina dekompresyon operasyonu		B	1.203,84
1858	P617880	Orbitotomi		B	926,14
1859	P617900	Radyoaktif plak çıkarılması		D	517,71
1860	P617910	Radyoaktif plak uygulaması		B	926,14
1861	P617930	Soket revizyonu		B	926,14
1862	P617950	Statilon tashisi	Enfleksyon sonrası geç döner	D	517,71
1863		<b>6. İK KULAK VE KULAK BÖLGESİNİN CERRAHİSİ</b>	Fasiya lata, duranater v.b.		
1864	P617960	Amputé kulak kepçesinin kompozit greft olarak siltire edilimes		C	979,43
1865	P617990	Aurikula eksiyou, basi		D	512,98
1866	P618000	Aurikula eksiyou, total		C	979,43
1867	P618010	Basit mastoidektomi		C	1.267,96
1868	P618021	Canal Wall Down timpanoplasti	P618010, P618410 ile birlikte faturalandırılmaz	A3	2.698,15
1869	P618030	Diş kulak yolu atrezis		B	3.199,83
1870	P618050	Diş kulak yolu, ekzositoz eksiyou		D	732,04
1871	P618060	Diş kulak yolu, maligün kısımların radikal eksiyou	P618010 ile birlikte faturalandırılmaz	C	1.240,98
1872	P618080	Diş kulak yolu, yabancı cisim çıkarılması, cerrah		D	387,86
1873	P618090	Eksplozitis timpanotomi	Diğer bir kulak bölgesi cerrahisi ile birlikte faturalandırılmaz	C	1.079,09
1874	P618100	Endolenfatik sak operasyonu, şant ile	P618100, P618190, P618250, P618340 ile birlikte faturalandırılmaz	B	3.157,84
1875	P618110	Endolenfatik sak operasyonu, şant olmaksızın	P618090, P618190, P618250, P618340 ile birlikte faturalandırılmaz	B	2.947,39
1876	P618120	Fasiyal sinir dekompresyon	P618010, P618380 birlikte faturalandırılmaz	B	2.947,39
1877	P618130	Fasiyal sinir siltiri	P618010, P618380 birlikte faturalandırılmaz	B	3.368,20
1878	P618140	Glomus tümör eksiyou, genişletilmiş eksternal yaklaşım i	Yaklaşım için kullanılan tüm girişimler dah	A3	4.080,94
1879	P618150	Glomus tümör eksiyou, transmastoidal yaklaşım il	Mastoidektomi dahili	B	3.157,84
1880	P618160	Glomus tümör eksiyou, transneatal yaklaşım il		B	2.105,23
1881	P618170	İki loblu kulak memesinin onarım		C	734,57
1882	P618171	Infratemporal fossa tip A cerrahisi	Yaklaşım için kullanılan tüm girişimler dah	A3	4.573,19
1883	P618172	Infratemporal fossa tip B cerrahisi	Yaklaşım için kullanılan tüm girişimler dah	A3	4.859,02
1884	P618173	Infratemporal fossa tip C cerrahisi	Yaklaşım için kullanılan tüm girişimler dah	A2	7.074,18
1885	P618180	Kemik ilicimi işleme dekompresyon		C	944,18
1886	P618190	Keçpe kulak onarımı	18 yaşını doldurmuş kişiler için üç Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanı hekimine "majör ruhsal sorunların nedeni olduğunun" belirtildiği sağlık kurulu raporu gerekir.	C	1.079,09
1887	P618200	Koklear implant yerleştirilmesi	P618021, P618090, P618100, P618201, P618202, P618203, P618250, P618340, P618410 ile birlikte faturalandırılmaz. Üçüncü basamak sağlık kurumlarındanca faturalandırılır. İmplant hariç	A3	2.782,46
1888	P618201	Orta kulağa implante edilebilir işleme cihazları yerleştirilmesi	P618021, P618090, P618100, P618200, P618202, P618203, P618250, P618340, P618410 ile birlikte faturalandırılmaz. Üçüncü basamak sağlık kurumlarındanca faturalandırılır. İmplant hariç	A3	2.698,15



## TANIYA DAVALI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	PAKET KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM GRUBU	İŞLEM PUANI
1889	P618202	Kemije implante edilebilir içsime cihazları yerleştirilmesi	P618021, P618090, P618100, P618200, P618201, P618203, P618250, P618340, P618410 ile birlikte faturalandırılmaz. Üçüncü basamak sağlık kurumlarına faturalandırılır. İmplant hariç	B	* 1.929,34
1890	P618203	İşitme beyin sapı implantı yerleştirilmesi	P618021, P618090, P618100, P618200, P618201, P618202, P618250, P618340, P618410 ile birlikte faturalandırılmaz. Üçüncü basamak sağlık kurumlarına faturalandırılır. İmplant hariç	A3	* 5.008,43
1891	P618210	Kriptorli düzeltilmesi		C	1.079,09
1892	P618220	Kulak kepçesi replantasyonu		A3	2.500,67
1893	P618230	Kulak kepçesinde yerleşik tümörler için tam kat rezeksiyon ve primer sstir		C	979,43
1894	P618250	Kulak rekonstrüksiyonu, tek aşamalı		A3	4.451,94
1895	P618260	Labirentektomi (TALK operasyonu)		C	1.079,09
1896	P618270	Labirentektomi, mastoidektomi ili	P618090, P618100, P618190, P618340 ile birlikte faturalandırılmaz	B	3.157,84
1897	P618280	Labirentektomi, transkana		B	2.526,14
1898	P618290	Makrotia düzeltilmesi		C	1.079,09
1899	P618310	Mecatoplasti, stenozlarda		B	2.105,23
1900	P618320	Mikrotia onarımı için lobül transpozisyonu		D	665,43
1901	P618330	Mikrotia onarımı için posterior sulcus oluşturulması		B	2.105,23
1902	P618340	Mikrotia onarımı için kıkırdak çan hazırlanması-yerleştirilmesi		B	2.105,23
1903	P618350	Miringoplasti	P618090, P618100, P618190, P618250 ile birlikte faturalandırılmaz	C	1.214,00
1904	P618370	Petröz apeks rezeksiyonu ve radikal mastoidektomi		A3	4.591,06
1905	P618380	Radikal veya çoklu modifiye radikal mastoidektomi	P618021 ile birlikte faturalandırılmaz	B	2.318,72
1906	P618390	Stapedektomi	İçelton piston vb. protez dahil	B	2.698,15
1907	P618400	Temporal kemik rezeksiyonu		A3	4.637,44
1908	P618410	Timpanoplasti	P618010, P618021 ile birlikte faturalandırılmaz. Mastoidektomi ve kemikçik zincir onarımı dahil	B	* 1.929,34
1909	P618411	Ventilyasyon tüpü uygulaması, tek taraf	Miringotomi dahil	D	337,27
1910		<b>6.11.FENDOKRİN SİSTEM CERRAHİSİ</b>			
1911	P618420	Timektomi, bası	P618430 ile birlikte faturalandırılmaz	A3	3.660,37
1912	P618430	Tirektomi, maksilom	P618420 ile birlikte faturalandırılmaz	A3	6.030,80
1913	P618440	Subtotal tiroidektomi, intratorasik	Sternal split veya total sternotomi	A3	3.520,09
1914	P618450	Tiroid biyopsisi, cerrah		D	705,90
1915	P618460	Tiroidektomi subtotal, tek taraf		B	* 1.286,34
1916	P618470	Tiroidektomi subtotal, iki taraf		B	* 1.672,18
1917	P618480	Tiroidektomi total, tek taraf		B	* 1.414,84
1918	P618490	Tiroidektomi total, iki taraf		B	* 1.865,09
1919	P618500	Tiroidektomi (Tek taraf total ve karşı taraf subtotal)		B	* 1.607,76
1920	P618510	Tiroidektomi (Tamamlayıcı, total)		B	2.426,14
1921	P618520	Paratiroid kas implantasyonu, otorefti		D	882,40
1922	P618530	Paratiroidektomi, adenom için		B	1.819,56
1923	P618540	Paratiroidektomi, hiperplazi veya kanser için		B	2.577,74
1924	P618550	Sürensalektomi transperitoneal, tek taraf, laparoskopik		A3	3.118,91
1925	P618551	Sürensalektomi transperitoneal, tek taraf, laparoskopik		A3	* 3.118,90
1926	P618560	Sürensalektomi lomber, ekstra peritoneal, tek taraf		B	1.721,08
1927	P618570	Niroblastom ekizasyonu		A3	5.937,74
1928		<b>6.12.ÜRİNER SİSTEM CERRAHİSİ</b>			
1929		<b>BÖBREK</b>			
1930	P618580	Atmalı böbrek revizyonu, istemektomi		A3	3.742,88
1931	P618590	Böbrek biyopsisi, açık cerrah		C	938,11
1932	P618600	Böbrek kisti rezeksiyonu		B	1.229,17
1933	P618610	Böbrek transplantasyonu		A1	* 52.276,56
1934	P618620	Böbrek tümörü perkütan rezeksiyonu		A3	3.742,88
1935	P618630	Endoppyelotomi		A3	3.118,91
1936	P618640	ESWL 1. seans	SU'Tun 2.4.4.A maddesine bakınız. İşlem puanlarına, tedavi sırasında yapılan terkiht, tahli ve röntgen için kullanılan ilaç ve her türlü malzeme bedeli dâhil olup, bunlar için ayrıca bir ödeme yapılmayacaktır.	D	303,54
1937	P618641	ESWL 2. seans	SU'Tun 2.4.4.A maddesine bakınız. İşlem puanlarına, tedavi sırasında yapılan terkiht, tahli ve röntgen için kullanılan ilaç ve her türlü malzeme bedeli dâhil olup, bunlar için ayrıca bir ödeme yapılmayacaktır.	D	227,66
1938	P618642	ESWL 3. seans	SU'Tun 2.4.4.A maddesine bakınız. İşlem puanlarına, tedavi sırasında yapılan terkiht, tahli ve röntgen için kullanılan ilaç ve her türlü malzeme bedeli dâhil olup, bunlar için ayrıca bir ödeme yapılmayacaktır.	D	151,77
1939	P618650	Laparoskopik nefrektomi		A3	* 2.495,78
1940	P618660	Nefrektomi, bası		B	1.757,17
1941	P618670	Nefrektomi, canlı donör		A3	3.118,91
1942	P618680	Nefrektomi, parsiyel		B	2.028,67
1943	P618690	Nefrektomi, radikal		A3	* 4.721,75
1944	P618700	Nefrektomi, subkapsüler		B	1.843,84
1945	P618710	Nefrektomiz fistül onarımı		A3	2.268,30
1946	P618720	Nefrolitotomi		B	1.966,78
1947	P618730	Nefrolitotomi, anatrofik		A3	2.948,90
1948	P618740	Nefrolitotomi, perkütan		A3	* 4.047,22
1949	P618750	Nefropexisi		C	938,11
1950	P618760	Nefropyeklototomi		B	1.966,78
1951	P618770	Nefrotomi kapatılması		C	938,11
1952	P618780	Nefrotomi, açık cerrahi		B	1.475,04
1953	P618790	Nefroretrektomi		B	2.124,79
1954	P618800	Nefroretrektomi ve parsiyel sistektomi		A3	5.059,02
1955	P618810	Nefrovazikal stent yerleştirilmesi, subkütan		A3	2.722,09
1956	P618820	Perirenal apse drenajı, cerrah		C	703,71
1957	P618830	Piyelolitotomi		B	* 1.607,76
1958	P618840	Piyeloplasti	P618830 ve P619070 ile birlikte faturalandırılmaz	B	* 1.843,84

## TANIYA DAVALI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	PAKET KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM GRUBU	İŞLEM PUANI
1959	P618850	Pyelostomi		C	1.055,48
1960	P618860	Renal arter plastik operasyonu		A3	3.742,88
1961	P618861	Wilm's tümörü çıkarılması		B *	2.722,00
1962	P618870	Renal kist ektizyonu, laparoskopik		B	1.229,17
1963	P618880	Renal rüptür onarımı		A3	3.118,91
1964	P618890	Retrograd pyelografi, endoskopik dahil		D	465,09
1965	P618900	Travmatik böbrek rüptüründe onarım		B	1.843,84
1966		<b>ÜRETER</b>			
1967	P618910	Endoskopik üreter taşı tedavisi	P619010, P618970, P618980, P619560, P621090 ile birlikte faturalandırılmaz.	B *	1.286,34
1968	P618920	Retrograd üreteral kateterizasyon		D	367,28
1969	P618930	Transüretrotretrotomisi		B	1.721,08
1970	P618940	Urakus kist ve fistül ektizyonu		B	1.475,04
1971	P618950	Üreter tümöründe üreterektomi ve anastomoz		B	2.089,71
1972	P618960	Üreteral J Stent yerleştirilmesi	Endoskopik dahil, J Stent hariç	D	367,28
1973	P618970	Üreteral balon dilatasyonu	Balon hariç	D	367,28
1974	P618980	Double J hariç kalıcı üreteral stent yerleştirilmesi	Stent hariç	C *	578,92
1975	P618990	Üreteral stent çıkarılması	P619130 ile birlikte faturalandırılmaz. Sistoskopik ayrıca	D	367,28
1976	P619000	Üreteral substitüsyonlar (heal üreter)	Barsak cerrahisi dahil	A3	3.742,88
1977	P619010	Üretere baskı konulması, transüretrototomi	P618970 ve P619560 ile birlikte faturalandırılmaz	C	1.055,48
1978	P619020	Üreterektomi		B	2.089,71
1979	P619030	Üreterokajal anastomoz		A3	2.268,30
1980	P619040	Üreterokajastomisi		B	1.721,08
1981	P619050	Üreterokajastomisi kapatılması		B	1.229,17
1982	P619060	Üreterolitotomi		B *	1.221,92
1983	P619070	Üreterolitiz	P619060 ile birlikte faturalandırılmaz. Aynı faturada birden fazla kodlanmaz	A3	2.722,09
1984	P619080	Üreteroneostomisi, iki taraf	P619090 ile birlikte faturalandırılmaz	A3	3.118,91
1985	P619090	Üreteroneostomisi, tek taraf	P619080 ile birlikte faturalandırılmaz. Aynı faturada birden fazla kodlanmaz	B	1.721,08
1986	P619100	Üreteroplasti		B	1.475,04
1987	P619110	Üreteroplasti, megadivertezde		B	1.475,04
1988	P619120	Üreterorenostomi, biyopsi	P619150 ile birlikte faturalandırılmaz	B	1.475,04
1989	P619130	Üreterorenostomi, tamsal	P618990, P619120 ile birlikte faturalandırılmaz	C *	900,34
1990	P619140	Üreterorenostomi, tümör tedavisi	Lazer, koterizasyon, rezeksiyon ve üreterorenostomi işleme dahildir	B	1.966,78
1991	P619150	Üreteroselektizyonu veya insizyonu	P619530 ile birlikte faturalandırılmaz	B	1.229,17
1992	P619160	Üreteroselektizyonu, açık ekzizyonel tedav	P619530 ile birlikte faturalandırılmaz	B	1.843,84
1993	P619170	Üreteroselektizyonu, endoskopik tedav		B	1.229,17
1994	P619180	Üreterostomi, endoskopik		B	1.966,78
1995	P619190	Üreterostomi		B	1.229,17
1996	P619200	Üreterotektomisi		B	1.475,04
1997	P619210	Üriner diversion, ilical loop	Barsak ameliyatı işlem puanı dahildir	A3	3.402,53
1998	P619220	Üriner diversion, kontinans	Barsak ameliyatı işlem puanı dahildir	A2	6.070,83
1999	P619230	Üriner diversion, üreterokajal anastomoz		A3	2.268,30
2000	P619240	Üriner diversion, üreterostomi		A3	3.402,53
2001		<b>MESANE</b>			
2002	P619250	Artifiyel sfinkter takılması	Protez hariç	A3	2.268,30
2003	P619260	Artifiyel sfinkter çıkarılması		B	1.966,78
2004	P619270	Augmentasyon sistoplast	Barsak ameliyatı işlem puanı dahildir	A3	3.402,53
2005	P619280	Ekstrofi vezikalik, mesane boyunu onarım		A3	3.118,91
2006	P619290	Ekstrofi vezikalik, primer onarım		A3	3.118,91
2007	P619300	Ekstrofi vezikalik, türetilmiş		A3	3.118,91
2008	P619310	Barsaktan mesane substitüsyonları		A3	5.430,86
2009	P619320	Divertiküloktomi		B	1.475,04
2010	P619330	Mesane suspansiyonu, laparoskopik		A3	2.268,30
2011	P619340	Mesane boyunu rezeksiyonu	P621420 ile birlikte faturalandırılmaz	C	938,11
2012	P619350	Mesane boyunu likentiyonla madde enjeksiyonu		B	1.475,04
2013	P619360	Mesane divertikülü ektizyonu		B	1.966,78
2014	P619370	Mesane perforasyonu onarım		B	1.475,04
2015	P619390	Mesane tümörü (TLR) (< 3 cm)	P619530 ile birlikte faturalandırılmaz	B	1.352,45
2016	P619400	Mesane tümörü (TUR) (> 3 cm)	P619530 ile birlikte faturalandırılmaz	A3 *	2.160,20
2017	P619410	Mesane tümörü (TUR) biyopsi	P619520, P619530 ile birlikte faturalandırılmaz	C	938,11
2018	P619420	Mesane tümörü rezeksiyonu, cerrahi		B	1.475,04
2019	P619430	Mesane tümöründe lazerle tedav	P619530 ile birlikte faturalandırılmaz	B	1.229,17
2020	P619440	Mesaneğin prekanseröz lezyonlarında fulgurasyon	P619530 ile birlikte faturalandırılmaz	B	1.229,17
2021	P619450	Mitrofanof veya Monti prosedürü	Barsak ameliyatı dahil	A3	3.118,91
2022	P619460	Sakral implant yerleştirilmesi		A3	3.742,88
2023	P619470	Sistektomi, basit		A3	3.118,91
2024	P619480	Sistektomi, parsiyel		B	2.036,58
2025	P619490	Sistektomi, total	Prostatektomi ve kalında histerektomi, bilateral ooforektomi ve vajen cuff çıkarılması dahil. Yapılması durumunda pelvik lenf nodu diseksiyonu işleme dahildir	A2	6.155,14
2026	P619500	Sistotomisi, açık cerrahi		C	1.055,48
2027	P619510	Sistotomisi, endoskopik	P619530 ile birlikte faturalandırılmaz	B	1.229,17
2028	P619520	Sistotomisi ve mesaneden "punch" biyopsi	P619410, P619530 ile birlikte faturalandırılmaz	D *	386,00
2029	P619530	Sistoskopik, tamsal	P619150, P619160, P619390, P619400, P619410, P619430, P619440, P619510, P619520, P619760 ile birlikte faturalandırılmaz	D *	353,79
2030	P619540	Sistostomi, açık		C	938,11
2031	P619550	Sistostomi, perkütan		E	342,50
2032	P619560	Sistotretroskopisi		D	367,28
2033	P619570	Travmatik mesane rüptüründe onarım		B	1.475,04
2034	P619580	Vezikoplasti		B	1.966,78
2035	P619590	Vezikokajal fistül onarım		A3	3.620,57
2036	P619600	Vezikokajal fistül onarım		A3	4.245,57
2037	P619610	Vezikokajal fistül onarım		A3	4.245,57
2038	P619620	Vezikostomi		D	611,80
2039	P619630	Vezikostomi kapatılması		C	703,71
2040	P619640	Vezikotretretral reflüde subdirektik enjeksiyon, iki tara		B	1.721,08

## TANIYA DAVALI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	PAKET KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM GRUBU	İŞLEM PUANI
2041	P619650	Vezikötroteral reflüde subtretektomi, tek taraflı		B	1.475,04
2042		<b>URETRA</b>			
2043	P619660	Epispadias onarım		B	2.161,89
2044	P619670	Hipospadias onarımı, distal		B *	1.221,92
2045	P619681	Hipospadias onarımı, penoskrota		B *	2.268,00
2046	P619682	Hipospadias onarımı, perineca		B *	2.268,00
2047	P619690	İnternal üreterotomi	P619750 ile birlikte faturalandırılmaz	C *	964,76
2048	P619700	Posterior üretral valv rezeksiyonu		C	820,91
2049	P619710	Distal üretra varislanmalarında nömer onarım		B	1.239,17
2050	P619720	Rail-rodli kateterizasyon (Transmatik üretra tüpü ile)		B	1.475,04
2051	P619730	Retropubik üreteroplasti ve sling ameliyatları		A3	2.268,30
2052	P619740	Üretra varislanmalarında transpubik onarım		A3	3.118,91
2053	P619750	Üretra dilatasyonu		E	428,16
2054	P619760	Üretra veya mesaneden taş veya yabancı cisim çıkartılması	P619530 ile birlikte faturalandırılmaz	D	48,54
2055	P619770	Üretral balon dilatasyonu ve/veya stent yerleştirilmesi	Stent hariç	C *	703,71
2056	P619780	Üretral divertikülektomi		C	938,11
2057	P619790	Üretral fistül onarım		C	938,11
2058	P619800	Üretral insizilyon		E	171,33
2059	P619810	Üretral kordi onarım		C	1.055,48
2060	P619820	Üreterektomi		B	1.966,78
2061	P619830	Üreterolitotomi, açık		D	617,80
2062	P619840	Üreterolitizi		B	1.966,78
2063	P619850	Üreteroplasti		B	1.966,78
2064	P619860	Üreteroplasti, flep ile		A3	3.118,91
2065	P619870	Üreteroplasti, transpubik		A3	3.118,91
2066	P619880	Üreteroplastikler, hipospadias-epispadias dışı		C	1.055,48
2067	P619890	Üreterostomi		C	820,91
2068	P619900	Üretrovajinal fistül operasyonu		A3	4.245,57
2069		<b>6.13.KADIN GENİTAL VE ÖRME SİSTEMİ UYGULAMALARI</b>			
2070		<b>DOĞUM İŞLEM PUANLARI</b>	Bebeğe yapılan işlemler ayrıca faturalandırılır. Bu başlık altındaki işlemler birlikte faturalandırılmaz		
2071	P619910	Midabaleli vajinal doğum	Servikal prostaglandinler hariç	D *	674,54
2072	P619911	Midabaleli vajinal doğum (İlk doğum)	Servikal prostaglandinler hariç	D *	843,17
2073	P619912	Midabaleli vajinal doğum (Çoğul gebelik)	Servikal prostaglandinler hariç	D *	843,17
2074	P619913	Midabaleli vajinal ilk doğum (Çoğul gebelik)	Servikal prostaglandinler hariç	D *	876,00
2075	P619920	Normal vajinal doğum	Servikal prostaglandinler hariç, epizyotomi dahil	E *	674,54
2076	P619921	Normal vajinal doğum (İlk doğum)	Servikal prostaglandinler hariç, epizyotomi dahil	E *	843,17
2077	P619922	Epidural anestezi ile vajinal doğum	Servikal prostaglandinler hariç, epizyotomi dahil	D *	716,69
2078	P619923	Epidural anestezi ile vajinal doğum (Çoğul gebelik)	Servikal prostaglandinler hariç, epizyotomi dahil	D *	843,17
2079	P619925	Suda vajinal doğum	Servikal prostaglandinler hariç, epizyotomi dahil	E *	674,54
2080	P619926	Normal vajinal doğum (Çoğul gebelik)	Servikal prostaglandinler hariç, epizyotomi dahil	E *	843,17
2081	P619927	Normal vajinal ilk doğum (Çoğul gebelik)	Servikal prostaglandinler hariç, epizyotomi dahil	E *	876,00
2082	P619929	Sezaryen (Çoğul gebelik)		C *	876,00
2083	P619930	Sezaryen		C *	758,85
2084		<b>GEBELİKTE TEŞHİS VE TEDAVİ İÇİN YAPILAN GİRİŞİMLER</b>			
2085	P619940	Amniyocentez		D	461,05
2086	P619950	Amniyosentez	Prenatal genetik tetkikler hariç	E	316,53
2087	P619960	Fetal kan numunesi (Kardosentez)		D	614,67
2088	P619970	Fetosid	İler bir letüs için, perinatoloji ünitesinde uygulandığında	E	253,12
2089	P619980	Intrauterin cerrahi		B	1.566,27
2090	P619990	Intrauterin transfüzyon		D	768,47
2091	P620000	Korion villus alması		D	461,05
2092	P620010	McDonald-Schirodiak		D	614,67
2093		<b>JINEKOLOJİ</b>			
2094	P620020	Bartholin kisti çıkarılması		D	461,05
2095	P620050	Endometriyal biyopsi	P620970 ile birlikte faturalandırılmaz. Tanı amacıyla yapılan tüm kâretajlar.	E	151,77
2096	P620060	İmpertore himen açılması		D	768,47
2097	P620070	Kolpotoми		F	395,62
2098	P620090	Labiyal fizyon açılması		E	316,53
2099	P620101	Bunum kâretajı		E	395,62
2100	P620110	Servikal biyopsi		E	189,88
2101	P620120	Servikal biyopsi ve tanısal kâretaj		E	395,62
2102	P620130	Servikal koterizasyon	Smear testi sonuç belgesi ile faturalandırılır	F	158,35
2103	P620140	Servikal polip çıkarılması		E	252,95
2104	P620150	Servikal polipektomi ve tanısal kâretaj		D	461,05
2105	P620160	Terapötik kâretaj, teğis ve tedavi amaçlı	Düşükler dahil	E *	337,27
2106		<b>VAJİNAL OPERASYONLAR</b>			
2107	P620200	Anal sfinkter yemeyizli operasyonu		C	859,02
2108	P620220	Bartholin kisti koterizasyonu, gimilis nitrat ile		E	316,53
2109	P620230	Gartner veya inklüzyon kisti ekizyonu		D	614,67
2110	P620240	Kolposkopi	Sağlık kurulu raporu ile tıbbi gereke belirtirilmelidir	E	94,94
2111	P620250	Kondilom koterizasyonu	Birden fazla faturalandırılmaz	D	614,67
2112	P620260	Konizasyon operasyonu		D	461,05
2113	P620270	L.E.E.P operasyonu		D	461,05
2114	P620280	Manchester-Fothergill operasyonu		C	859,02
2115	P620290	Pelvis apsesinin vajinal yolla drene edilmesi		D	882,46
2116	P620300	Perinoplasti		D	768,47
2117	P620310	Rektosel		C	859,02
2118	P620320	Servikal stump çıkarılması		C	859,02
2119	P620321	Servikoskopropektisi		C *	1.288,00
2120	P620330	Sitostasez operasyonu		C	859,02
2121	P620340	Sitostel operasyonu		D	768,47
2122	P620350	Skinning vulvektomi		B	1.900,81
2123	P620360	Stundorf operasyonu		D	768,47
2124	P620370	Tıbbi nedenle tahliye (10 hafta ve daha üstü)	Sağlık kurulu raporu ile tıbbi gereke belirtirilmelidir	C *	514,50
2125	P620380	Tıbbi nedenle tahliye (10 haftadan küçük)	Sağlık kurulu raporu ile tıbbi gereke belirtirilmelidir	D *	321,59
2126	P620390	Üretral kâretaj operasyonu		D	461,05
2127	P620400	Üretral kist operasyonu		D	461,05

## TANIYA DAYALI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	PAKET KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM GRUBU	İŞLEM PUANI
2128	P620410	Vajen darlığına genişletilmesi, cerrah		D	461,05
2129	P620411	Vajene doğmuş myomun çıkarılması		D *	461,00
2130	P620419	Vajinal hisercetom		C	1.222,60
2131	P620420	Vajinal histerektomi rektosel operasyonu	P620419, P620310, P620330 ile birlikte faturalandırılmaz	B	1.683,58
2132	P620421	Vajinal histerektomi ve sistosel operasyonu	P620419, P620340 ile birlikte faturalandırılmaz	B	1.683,58
2133	P620430	Vajinal histerektomi ve salpingooforektomi (Tek veya iki taraf)	P620419, P620630 ile birlikte faturalandırılmaz	B *	2.172,34
2134	P620440	Vajinal histerektomi ve sistosel rektosel operasyonu	P620419, P620330 ile birlikte faturalandırılmaz	B	1.629,26
2135	P620450	Vajinal villa enterosel tamir		C	859,02
2136	P620460	Vajinektomi		B	2.349,41
2137	P620461	Klirotoplasti	Konjenital anomalilerde	B *	1.566,27
2138	P620462	Labioplasti	Konjenital anomalilerde	B *	1.879,43
2139	P620470	Vajina rekonstrüksiyonu, deri grefti ile	P600300 ile birlikte faturalandırılmaz	B	1.566,27
2140	P620480	Vajina rekonstrüksiyonu, deri flepli ile		B	2.036,09
2141	P620490	Vajina rekonstrüksiyonu, barsak segmenti transferi ile		A3	4.435,21
2142	<b>ABDOMİNAL OPERASYONLAR</b>				
2143	P620500	Baldı Webster suspansiyon		D	768,47
2144	P620510	Diş gebelik operasyonu		D	768,47
2145	P620520	Endometriyoma ve endometriyozis operasyonu		C	1.145,36
2146	P620530	Histerektomi, abdominal TAH		B *	1.574,96
2147	P620540	Histerektomi ile birlikte salpingo-öforektomi, abdominal (TAH+USO veya TAH+BSO)	P620530 ile birlikte faturalandırılmaz.	B *	1.686,34
2148	P620560	Tıp ligasyonu		D *	707,00
2149	P620570	Myomektomi		C *	1.221,92
2150	P620580	Öoforektomi (Tek veya iki taraf)		C	859,02
2151	P620590	Over transpozisyonu	Radyoterapi alacak hastalarda	C	859,02
2152	P620591	Over detorsiyonu		C *	859,00
2153	P620600	Ovaryel veya paraovaryel kist ektizyonu		C *	836,09
2154	P620610	Over Wedge rezeksiyonu (Tek taraf veya iki taraf)		C	859,02
2155	P620620	Postpartum tıp ligasyonu		D	768,47
2156	P620630	Salpingo-öforektomi (Tek taraf veya iki taraf)		B *	1.414,84
2157	P620640	Salpinjektomi (Tek taraf veya iki taraf)		C	859,02
2158	P620650	Sterilizasyon operasyonları		C	858,35
2159	P620660	Subtotal histerektomi		C	1.288,53
2160	P620661	Subtotal histerektomi ve salpingoöforektomi (Tek taraf veya iki taraf)	P620660, P620630 ile birlikte faturalandırılmaz.	B	1.686,34
2161	P620662	Uterus perforasyonunun / rüptürün onarımı		C	1.288,00
2162	P620670	Uterus sakral ligamentin kısıllanması		C	859,02
2163	<b>ÖZELLİĞİ OLAN OPERASYONLAR</b>				
2164	P620680	Abdominal veombine enterosel tamiri		B	1.879,43
2165	P620690	Burch operasyonu		B *	1.414,84
2166	P620701	Debulking ameliyatı		A3	3.087,69
2167	P620710	Double nesdele operasyonu		B	1.566,27
2168	P620720	Hipogastrik arter ligasyonu		B	2.506,07
2169	P620730	Kuldoplasti		C	1.145,36
2170	P620740	Laparoskopik histerektomi		B	2.506,07
2171	P620750	Lash operasyonu		B	1.566,27
2172	P620760	Le Forte operasyonu (Kolpoplekzis)		B	1.855,55
2173	P620770	Marshall- Marchetti Kranz operasyonu		B	1.879,43
2174	P620771	Paravajinal onarım	Sağ veya sol her bir	C	1.000,51
2175	P620780	Pereyra operasyonu		B	1.879,43
2176	P620790	Periaortik pelvik lenf diseksiyonu		A3	4.245,57
2177	P620800	Postoperatif cuff prolapsus tamiri (Abdominal fasyal suspansiyon ile kolpoplekzis)		B	1.566,27
2178	P620810	Vajinal sakrospinöz ligamentopeksi		B	1.566,27
2179	P620820	Presakral nörektomi		A3	3.087,69
2180	P620821	Promontoriksizasyonu		C	859,02
2181	P620830	Radikal anterior rezeksiyon		A3	3.430,86
2182	P620840	Radikal posterior rezeksiyon		A3	3.430,86
2183	P620850	Radikal vulvektomi		A3	4.717,43
2184	P620860	Raz operasyonu		B	1.879,43
2185	P620870	Rektovajinal fistü		A3	3.087,69
2186	P620880	Richardson kompozit operasyonu		A3	3.087,69
2187	P620890	Sakrokolpopeksi		C	1.288,53
2188	P620900	Shauna Emerich operasyonu		A3	3.430,86
2189	P620910	Sling operasyonu (TVS-TVY dahil)		B	2.349,41
2190	P620920	Total pelvik rezeksiyon		A3	4.073,15
2191	P620921	Transobstrator tape uygulaması		B	1.566,27
2192	P620940	Vulvektomi		A3	3.087,69
2193	P620950	Wertheim ameliyatı (Radikal histerektomi)	Pelvik veya paraaortik lenf nodu diseksiyonu hariç	A3	4.797,27
2194	P620951	Radikal parametrektomi	Geçirilmiş basit histerektomi sonrasında ve patoloji sonucunda kanser tespit edilmiş durumlarda uygulanır. Lenf nodu diseksiyonu dahildir	A3 *	4.797,00
2195	P620960	William Dolores suspansiyon		D	461,05
2196	<b>INFERTİLİTE AMELİYATLARI</b>				
2197	P620970	Histeroskopi, diyagnostik	P620050, P620980 ile birlikte faturalandırılmaz	E	316,53
2198	P620980	Histeroskopi, operatif	P620970 ile birlikte faturalandırılmaz	D	614,67
2199	P620990	İn vitro fertilizasyon	Obstetrik ve jinekolojik endikasyonlar için	D	461,05
2200	P621000	Infertilitede laparoskopik cerrah	P620990 ile birlikte faturalandırılmaz.	C	859,02
2201	P621010	Metroplastisi, her bir		C	859,02
2202	P621020	Mikrocerrahi ile miyomektomi, her bir		C	1.288,53
2203	P621030	Tubaglastisi		C	1.288,53
2204	P621040	Vajinal rekonstrüksiyon (Mc Indoe)		A3	3.087,69
2205	<b>INVITRO FERTİLİZASYON İŞLEMLERİ</b>				
2206	P621045	Invitro fertilizasyon (IVF)		B *	2.091,06
2207	P621046	Freezing işlemi uygulanan embriyonun transferi		B	1.011,80
2208	<b>6.14 ERKEK GENİTAL SİSTEMİ CERRAHİSİ</b>				
2209	<b>PENİS</b>				
2210	P621050	Ekspozis olumsuz penis implantını çıkarılması		C	703,71
2211	P621060	Ekspozis olumsuz penis implantını üzerinin örtülmesi		C	820,91
2212	P621070	Fincozis ektizması	P621071 ile birlikte faturalandırılmaz	E	59,02
2213	P621071	Sünet	P621070 ile birlikte faturalandırılmaz	E *	84,32

## TANIYA DAVALI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	PAKET KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM GRUBU	İŞLEM PUANI
2214	P621080	Korpus kavernozum drenajı (Priapismus)		D	489,54
2215	P621090	Meatotomi	Özetradan yapılan endoskopik cerrahilerle ayrıca faturalandırılmaz.	E	171,33
2216	P621100	Mikrocerrahi ile penis rekonstrüksiyonu ve penis implant yerleştirilmesi	Penil protez hariç	A3	3.402,53
2217	P621110	Parafimozis redüksiyonu		E	428,16
2218	P621120	Penektomi, parsiyel		A3	2.268,30
2219	P621130	Penil dorsal ven ligasyonu		B	1.239,17
2220	P621140	Penil fraktür onarımı		B	1.843,84
2221	P621150	Penil plikasyon		B	1.239,17
2222	P621160	Çok parçalı penil protezizin çıkarılması	P621170 ile birlikte faturalandırılmaz	B	1.721,08
2223	P621170	Tek parçalı penil protezizin çıkarılması	P621160 ile birlikte faturalandırılmaz	B	1.229,17
2224	P621180	Çok parçalı penil protez implantasyonu	P621190 ile birlikte faturalandırılmaz. Penil protez hari	A3	4.200,00
2225	P621190	Tek parçalı penil protez implantasyonu	P621180 ile birlikte faturalandırılmaz. Penil protez hari	B	4.200,00
2226	P621200	Penil revaskülarizasyon		A3	2.722,09
2227	P621210	Penis rekonstrüksiyonu, mikrocerrahi gerektiren bir teknik ile	P621220 ile birlikte faturalandırılmaz	A3	2.835,41
2228	P621220	Penis rekonstrüksiyonu, rejonel flep ile	P621210 ile birlikte faturalandırılmaz	B	1.843,84
2229	P621230	Penis replantasyonu		A3	3.898,69
2230	P621240	Penis uzatımı	Sajit kaudal raporu ile tibihi gerekecek belirlimeldi	B	1.239,17
2231	P621250	Pyrotic plak ekizyonu	P621260 ile birlikte faturalandırılmaz	B	1.843,84
2232	P621260	Pyrotic plak ekizyonu, greft ile	P621250 ile birlikte faturalandırılmaz	A3	2.268,30
2233	P621270	Radikal penektomi		A3	3.402,53
2234	P621280	Rejonel flep ile penis rekonstrüksiyonu ve penil protez implantasyonu	P621180, P621190, P621220 ile birlikte faturalandırılmaz. Penil protez hariç,	B	2.089,71
2235	P621290	Safeno-kavernozal şant (Priapismus)		B	2.089,71
2236	P621300	Spongio-kavernozal şant (Priapismus)		B	1.843,84
2237		<b>PROSTAT</b>			
2238	P621310	Prostat üpesisinin perineal drenajı		B	1.966,78
2239	P621320	Prostat iğne biyopsisi, çoklu		E	239,80
2240	P621330	Prostat iğne biyopsisi, ultrason klavuzluğunda, çoklu		E	342,50
2241	P621340	Prostat karsininde laparoskopik lenfadenektomi, iki tara		A3	2.268,30
2242	P621360	Prostata lazer tedavisi	P619520, P619530, P619750, P621090, P621380, P621390, P621391, P621400, P621410 ile birlikte faturalandırılmaz.	A3 *	2.023,61
2243	P621380	Prostata TUNA	P619520, P619530, P619750, P621090, P621360, P621390, P621391, P621400, P621410 ile birlikte faturalandırılmaz.	C	674,54
2244	P621390	Prostatektomi, unipolar TUR	P619520, P619530, P619750, P621090, P621360, P621380, P621391, P621400, P621410 ile birlikte faturalandırılmaz.	A3 *	1.686,34
2245	P621391	Prostatektomi, bipolar TUR	P619520, P619530, P619750, P621090, P621360, P621380, P621390, P621400, P621410 ile birlikte faturalandırılmaz.	A3 *	2.023,61
2246	P621400	Prostatektomi, açık	P619500, P619520, P619530, P619750, P621090, P621360, P621380, P621390, P621391, P621391, P621410 ile birlikte faturalandırılmaz.	A3 *	2.315,18
2247	P621410	Prostatektomi, radikal	P608000, P619520, P619530, P619750, P620790, P621090, P621360, P621380, P621390, P621391, P621400 ile birlikte faturalandırılmaz.	A2 *	4.473,86
2248	P621420	Transüretral prostat imizasyonu	P619340 ile birlikte faturalandırılmaz	B	1.475,04
2249	P621430	Intraprostatik stent yerleştirilmesi	Stent hariç	C *	5.800,00
2250		<b>TESTİS-EPİDİDİM-SKROTUM</b>			
2251	P621440	Ejakulatör kanal rezeksiyonu		B	1.229,17
2252	P621450	Epididim kist ekizasyonu	P621510, P621520 ile birlikte faturalandırılmaz	C	938,11
2253	P621460	Epididimektomi		C	938,11
2254	P621470	Fournier gangreni için debritleme		A3	3.430,02
2255	P621480	Funkitler kist ekizasyonu		C	938,11
2256	P621490	Hematoselotomi		C	820,91
2257	P621500	Hemiskrototomi		B	1.229,17
2258	P621510	Hidroselotomi, tek taraf	P621450, P621660 ile birlikte faturalandırılmaz	C *	820,91
2259	P621520	Hidroselotomi ve hernioplasti	P621450, P621660 ile birlikte faturalandırılmaz	B *	1.072,85
2260	P621530	Inguinal eksplozyon		C	938,11
2261	P621540	Inguinal orşiektomi, tek taraf		C	703,71
2262	P621550	İmmenjis testis cerrahisi	P621670, P621680, P621530, P621510, P621450 ile birlikte faturalandırılmaz. Herni onarımı dah	B *	1.157,67
2263	P621560	İmmenjis testis cerrahisi iki taraf, herni onarımı iki taraf	P621670, P621680, P621530, P621510, P621450 ile birlikte faturalandırılmaz	B	1.966,78
2264	P621570	İmmenjis testis cerrahisi iki taraf, herni onarımı tek taraf	P621670, P621680, P621530, P621510, P621450 ile birlikte faturalandırılmaz	B	1.721,08
2265	P621580	İmmenjis testis cerrahisi tek taraf, herni onarımı iki taraf	P621670, P621680, P621530, P621510, P621450 ile birlikte faturalandırılmaz	B	1.721,08
2266	P621590	Kord ekizasyonu		C	938,11
2267	P621600	Laparoskopik ektopik testis araştırılması	P621610 ile birlikte faturalandırılmaz	B	1.843,84
2268	P621610	Laparoskopik orşiektomi	P621600, P621670, P621680 ile birlikte faturalandırılmaz	A3	2.268,30
2269	P621620	Mikrocerrahi epididimal sperm aspirasyonu		C	938,11
2270	P621630	Periklan epididimal sperm aspirasyonu		C	703,71
2271	P621640	On üretral yapılmış koterizasyonu		D	611,80
2272	P621650	Seminal vezikülektomi		B	1.229,17
2273	P621651	Skrotal orşiektomi, tek taraf		C	578,41
2274	P621652	Skrotal orşiektomi, iki taraf		C	716,69
2275	P621660	Spermatoselektomi		C	938,11
2276	P621670	Testiküler fiksasyon, iki taraf	P621610 ile birlikte faturalandırılmaz	B	1.229,17
2277	P621680	Testiküler fiksasyon, tek taraf	P621610 ile birlikte faturalandırılmaz	C	820,91
2278	P621690	Testiküler sperm ekizasyonu (TESE)		C	938,11
2279	P621700	Testis biyopsileri, açık		D	611,80
2280	P621710	Testis detorsyonu, açık		C	703,71
2281	P621720	Testis detorsyonu, kapalı		F	342,50
2282	P621730	Testis protezi yerleştirilmesi	Testis Protezi Hariç	C	820,91
2283	P621740	Varikoselektomi, tek taraf		C *	578,92
2284	P621750	Varikoselektomi, iki taraf		B *	836,09
2285	P621780	Vazektomi		D	367,28

## TANIYA DAYALI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	PAKET KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM GRUBU	İŞLEM PUANI
2286	P621790	Vazoepididmofostom		B	1.229,17
2287	P621800	Vazovazostomi		B	1.229,17
2288		<b>KALP PİLİ (PACEMAKER) VE ICD</b>	Çocuk hastalarda genel anestezi altında yapılan işlemlerle ayrıca anestezi işlem paam toplama paam eklenir.		
2289	P700640	Geçici transvenöz kalp pili, arıyal veya ventriküler, ilk işlemler	elektrotrod dahil	E	100,17
2290	P700650	Geçici kalp pili elektrotlanan yeniden yerleştirilmesi, her bir uygulama		E	77,23
2291	P700660	Kalıcı kalp pili takılması, arıyal veya ventriküler, ilk işlemler	Kalp pili ve elektrotlar hariç	B	707,42
2292	P700670	Kalıcı kalp pili takılması, arıyeventrüküle	Kalp pili ve elektrotlar hariç	B	836,09
2293	P700680	Kalıcı kalp pili takılması ventrikülerler, 3 elektrotlu	Kalp pili ve elektrotlar hariç	B	1.221,92
2294	P700690	Kalıcı kalp pili değiştirilmesi, jeneratör	Jeneratör hariç	C	460,25
2295	P700691	Kalıcı kalp pili veya ICD elektrot değiştirilmesi	Elektrot hariç	B	533,90
2296	P700700	ICD (Implantable Cardioverter Defibrillator) takılması, tek elektrot	ICD ve elektrotlar hariç	B	771,84
2297	P700710	ICD (Implantable Cardioverter Defibrillator) takılması, iki elektrot	ICD ve elektrotlar hariç	B	955,67
2298	P700720	ICD hatırıya değiştirilmesi	ICD ve elektrotlar hariç	C	556,66
2299	P700730	Biventriküler ICD takılması, iki elektrot	ICD ve elektrotlar hariç	A3	1.591,80
2300	P700731	Kalıcı kalp pili lead çıkarılması	Lazer veya RF kateter hariç	B	771,84
2301		<b>TANISAL KALP KATERİZASYONU</b>			
2302	P700740	Sağ kalp kateterizasyonu	P700760, P700780 ile birlikte faturalandırılmaz	D	229,34
2303	P700750	Endomiyokardiyal biyopsi		C	715,06
2304	P700760	Sol kalp kateterizasyonu	P700740, P700780 ile birlikte faturalandırılmaz	D	229,34
2305	P700770	Transseptal sol kalp kateterizasyonu	Transseptal iğne ve seti hariç	C	382,80
2306	P700780	Sağ ve sol kalp kateterizasyonu	P700740, P700760 ile birlikte faturalandırılmaz	C	382,80
2307	P700800	Kardiyak debi ve indeks ölçümü		E	165,26
2308	P700801	Pulmoner vasküler reaktifite değerlendirilmesi	P700846 ile birlikte faturalandırılmaz.Sağ-sol kalp kateterizasyonuna ek olarak, %100 Oksijen veya vasodilatör ilaç öncesi ve sonrası 2 defa kardiyak debi ve indeks ölçümü, vasodilatör ilaç hariç	D	327,15
2309	P700810	Selektif koroner anjiyografi		C	699,83
2310	P700811	Başınç veya Doppler teli ile intrakoronere hemodinamik ölçümler	Başınç ve Doppler teli hariç, tansal veya terapötik girişime ek olarak	D	219,22
2311	P700820	Selektif koroner anjiyografi ve ventrikulografi ve/veya aortografi	P700760, P700810 ile birlikte faturalandırılmaz	C	789,21
2312	P700830	Selektif sağ-sol koroner anjiyografi ve by-pass koronari	P700810, P700820 ile birlikte faturalandırılmaz	C	929,17
2313	P700840	Selektif koroner anjiyografi, sağ ve sol kalp kateterizasyonu	P700810, P700820 ile birlikte faturalandırılmaz	B	929,17
2314		<b>Doğumsal kalp hastalıklarında (DKH) tansal kateterizasyon</b>	Çocuk hastalarda genel anestezi altında yapılan işlemlerle ayrıca anestezi işlem puanları toplam puanlara eklenir		
2315	P700841	Asiyanoetik doğumsal kalp hastalığında tansal kalp kateterizasyonu	P700740, P700760, P700810, P700810, P700820 ile birlikte faturalandırılmaz	B	1.294,35
2316	P700842	Siyanoetik doğumsal kalp hastalığında tansal kalp kateterizasyonu	P700740, P700760, P700780, P700810, P700820 ile birlikte faturalandırılmaz	B	1.484,44
2317	P700843	2 yaş altı doğumsal kalp hastalıklarında tansal kalp kateterizasyonu	P700740, P700760, P700780, P700810, P700820 ile birlikte faturalandırılmaz	B	1.484,44
2318	P700844	Yenidoğan doğumsal kalp hastalıklarında tansal kalp kateterizasyonu	P700740, P700760, P700780, P700810, P700820 ile birlikte faturalandırılmaz	B	1.593,05
2319	P700845	Doğumsal kalp hastalıklarında tansal kalp kateterizasyonu ve selektif koroner anjiyografi	P700740, P700760, P700780, P700810, P700820 ile birlikte faturalandırılmaz	B	1.593,05
2320	P700846	Kardiyak debi ve indeks ölçümü	Tansal kalp kateterizasyonuna ek olarak	E	165,26
2321	P700847	Pulmoner vasküler reaktifite değerlendirilmesi	P700846 ile birlikte faturalandırılmaz.Tansal kalp kateterizasyonuna ek olarak, %100 Oksijen veya vasodilatör ilaç öncesi ve sonrası 2 defa kardiyak debi ve indeks ölçümü, vasodilatör ilaç hariç	D	386,00
2322		<b>TEDAVİ AMAÇLI KALP KATERİZASYONU</b>	Tansal amaçlı Koroner Anjiyografi Tetiklikleri ile birlikte yapıldığı durumlarda anjiyografi tetikliklerinin %25'i faturalandırılır.		
2323	P700850	Trombolitik (Fibrinolitik) tedavi, intrakoronere	P700810 ile birlikte faturalandırılmaz.Selektif koroner sinerjiyografi dahil, fibrinolitik ilaç hariç	B	1.029,01
2324	P700860	Trombolitik tedavi (Diğer arterler-pulmoner vb.)	P700740, P700820 ile birlikte faturalandırılmaz.Sağ kalp kateteri ve diğer arteriyogramlar dahil, fibrinolitik ilaç hariç	C	707,42
2325	P700870	Trombolitik tedavi uygulaması, venöz yoldan	Fibrinolitik ilaç hariç	E	90,05
2326	P700880	Perkütan transluminal koroner anjiyoplasti, tek damar (Balon)	Balon kateteri dahil	B	1.736,42
2327	P700890	Perkütan transluminal koroner anjiyoplasti, ilave her damar için	Yeni balon kullanılması ek olarak, faturalandırılır	B	231,53
2328	P700900	Perkütan transluminal koroner arterektomi, balon anjiyoplasti dahil	Aterektomi cihazı hariç	B	1.479,26
2329	P700910	Perkütan transluminal koroner anjiyoplasti ve stent, tek damar	P700880 ile birlikte faturalandırılmaz.Balon dahil, stent hariç	B	1.736,42
2330	P700920	Perkütan transluminal koroner anjiyoplasti ve stent, ilave her damar için	P700880 ile birlikte faturalandırılmaz.Stent hariç	D	231,53
2331	P700921	Perkütan transluminal koroner artere direkt stent	Stent hariç	B	1.414,84
2332	P700922	Perkütan transluminal koroner artere direkt stent, ilave her damar için	Stent hariç	E	231,53
2333	P700923	Perkütan transkateter antitrombotik filtre uygulaması, balon ve/veya stent ek olarak	Embolik filtre hariç	E	244,52
2334	P700930	Perkütan balon valvüloplastisi, mitral kapak için	Transseptal iğne ve seti ile balon valvüloplastisi (INO) kateteri hariç	B	1.736,42
2335	P700940	Perkütan balon valvüloplastisi, diñsel aort stenozu için	Valvüloplastisi balon kateteri hariç	B	1.746,93
2336	P700941	Transkateter protez kapak implantasyonu (Replasanam)	Protez kapak, delivery sistem ve long sheath hariç	A3	2.263,74
2337	P700942	Perkütan perikard sıvısı drenajı (Floorskopiy veya ekokardiyografi altında)		D	570,24
2338	P700943	Perkütan mitral kapak onarımı	Sağlik Bakanlığında ve Türk Silahlı Kuvvetlerinde bağlı ölçümler basamak sağlık hizmeti sunucularınca faturalandırılır. Sistem seti ayrıca ödenir.	B	2.951,10
2339	P700990	Lazer anjiyoplastisi, koroner arter	Lazer kateteri hariç	B	1.736,42
2340	P700991	Perkütan septal alkol ablyasyonu, hipertrofik kardiyomyopati	Balon, geçici pili ve ekokardiyograf kontrast madde dahil	A3	3.183,37
2341	P701000	Perkütan intraaortik balon yerleştirilmesi	Intraaortik balon seti hariç	C	353,79
2342		<b>Doğumsal kalp hastalıklarında (DKH)'nda tedavi amaçlı girişimsel kateterizasyon</b>	Çocuk hastalarda genel anestezi altında yapılan işlemlerle ayrıca anestezi işlem puanları toplam puanlara eklenir		
2343	P701001	Perkütan pulmoner balon valvüloplastisi	Valvüloplastisi balon kateteri hariç	B	1.286,34
2344	P701002	Perkütan pulmoner balon valvüloplastisi, yenidoğan	Valvüloplastisi balon kateteri hariç	B	1.746,93
2345	P701003	Perkütan aort balon valvüloplastisi	Valvüloplastisi balon kateteri hariç	B	1.746,93

## TANIYA DAYALI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	PAKET KODU	İŞLEM ADI	ACIKLAMA	İŞLEM GRUBU	İŞLEM PUANI
2346	P701004	Perikütan aort balon valvüloplastisi, yenidoğan	Valvüloplastisi balon kateteri hariç	A3	** 2.054,67
2347	P701005	Doğumsal kalp hastalıklarında perikütan balon anjiyoplastisi, prooperatif veya postoperatif	Balon anjiyoplastisi kateteri hariç	B	** 1.520,64
2348	P701006	Doğumsal kalp hastalıklarında perikütan balon anjiyoplastisi, yenidoğan, prooperatif veya postoperatif	Balon anjiyoplastisi kateteri hariç	B	** 1.746,93
2349	P701007	Doğumsal kalp hastalıklarında perikütan balon anjiyoplastisi ve stent uygulaması, prooperatif veya postoperatif	Balon anjiyoplastisi kateteri ve stent hariç	B	** 1.672,18
2350	P701008	Balon atriyal septostom	Septostomi kateteri hariç, tansal kalp kateteri dahi	B	** 1.520,64
2351	P701009	Balon atriyal septoplastisi ve septostom	Anjiyoplastisi ve septostomi kateteri hariç	B	** 1.674,52
2352	P701012	Blade atriyal septostomi ve balon septostom	Blade kateter ve septostomi kateteri hariç	B	** 1.543,51
2353	P701013	Perikütan transkateter PDA kapatılması (Ductus oklüzyonu)	Coil-delivery sistem veya okluder device-delivery sistem hariç	B	** 1.746,93
2354	P701014	Perikütan trans kateter aortpulmoner kollateral, venovenöz kollateral veya arteriyovenöz fistül oklüzyonu	Coil-delivery sistem veya okluder device-delivery sistem hariç	B	** 1.350,59
2355	P701015	Perikütan transkateter koroner-kameral fistül oklüzyonu	Coil-delivery sistem veya okluder device-delivery sistem hariç	A3	** 1.865,09
2356	P701016	Perikütan transkateter guide-wire ile atriyel kapak perforasyonu ve balon valvüloplastisi	Stiff veya RF guide-wire, balon valvüloplastisi kateteri hariç, P701001, P701002, P701003, P701004 ile birlikte faturalandırılmaz	A3	** 2.507,25
2357	P701017	Perikütan transkateter atriyel kapak perforasyonu ve balon valvüloplastisi ile duktal stent implantasyonu	Stiff veya RF guide-wire, balon valvüloplastisi kateteri ve stent hariç P701001, P701002, P701003, P701004 ile birlikte faturalandırılmaz	A3	** 2.379,60
2358	P701018	Perikütan duktus arteriyozusu stent implantasyonu	Stent hariç	A3	** 2.208,55
2359	P701019	Perikütan transkateter device ile ASD veya PFO kapatılması	Okluder device, delivery sistem ve sizing balon hariç	A3	** 2.741,42
2360	P701021	Perikütan transkateter device ile VSD kapatılması	Okluder device, delivery sistem ve sizing balon hariç	A3	** 2.879,76
2361	P701022	Periventriküler transkateter device ile VSD kapatılması	Okluder device, delivery sistem ve sizing balon hariç	A3	** 2.122,26
2362		<b>ELEKTROFİZYOLOJİK ÇALIŞMA (EFC) VE ABLYASYON</b>	12 yaş altında herhangi bir endikasyonu sınırlanmış olmaksızın, 12 ve üstünde ise, septal kökenli supraventriküler taşikardilerde, frenik sinire yakın lokal atriyal taşikardilerde, koroner sinüs bölgesi ile HIS bölgesine yakın ventriküler taşikardilerde, epikardiyal aksesuar yollarında yapılan Kriyoablayson işlemleri faturalandırılır. P701031, P701041, P701062, P701063 işlemleri öncelikle basamak sağlık kurumlarında faturalandırılır.		
2363	P701010	Temel tansal elektrofizyolojik çalışma	Programlı stimülasyon dahi	C	** 964,76
2364	P701011	Transözofajyal elektrofizyolojik çalışma		B	** 386,00
2365	P701030	Radyofrekans kateter ile ablyasyon, supraventriküler	P701010, P701011 ile birlikte faturalandırılmaz. RF ablyasyon kateteri hariç	A3	** 1.929,51
2366	P701031	Kriyoablayson, supraventriküler	P701010, P701011 ile birlikte faturalandırılmaz. Kriyoablayson kateteri hariç	A3	** 1.929,51
2367	P701040	Radyofrekans kateter ile ablyasyon, ventriküler	P701010, P701011 ile birlikte faturalandırılmaz. RF ablyasyon kateteri hariç	A3	** 1.857,06
2368	P701041	Kriyoablayson, ventriküler	P701010, P701011 ile birlikte faturalandırılmaz, Kriyoablayson kateteri hariç	A3	** 1.857,06
2369	P701050	AV nod ablyasyonu	P701010, P701011 ile birlikte faturalandırılmaz. RF ablyasyon kateteri hariç	B	** 1.593,05
2370	P701060	Radyofrekans kateter ile ablyasyon, atriyal fibrilasyon, pulmoner ven izolasyonu	P701010, P701011 ile birlikte faturalandırılmaz. RF ablyasyon kateteri ve transseptal iğne ve set hariç	A3	** 1.414,84
2371	P701061	Kompleks haritalama yöntemiyle yapılan RF kateter ablyasyonu	P701010, P701011 ile birlikte faturalandırılmaz. Kompleks haritalama kateteri veya patchleri ve RF ablyasyon kateteri hariç	A3	** 2.122,32
2372	P701062	Kriyobalon ile ablyasyon, atriyal fibrilasyon, pulmoner ven izolasyonu	P701010, P701011, P701030, P701040, P701060, P701061 ile birlikte faturalandırılmaz. Kriyobalon ve transseptal iğne ve set hariç	A3	** 1.414,84
2373	P701063	Kompleks haritalama yöntemiyle yapılan kriyoablayson	P701010, P701011 ile birlikte faturalandırılmaz. Kompleks haritalama kateteri veya patchleri, kriyoablayson kateteri hariç	A3	** 2.122,32
2374		<b>7.4.SİNDİRİM SİSTEMİ</b>			
2375	P701260	Akalaziyada balon dilatasyonu		D	430,84
2376	P701270	Alt ve/veya üst GHS kanamalarında heater prob veya injeksiyon tedavisi veya klip uygulaması		F	500,00
2377	P701310	Endoskopik biyopsi endoprotez yerleştirilmesi	Endoprotez hariç	C	741,99
2378	P701350	Endoskopik perikütan gastroskopi		D	1.104,28
2379	P701360	Endoskopik retrograd kolanjyopankreatografi		C	1.298,48
2380	P701410	Gastroskopi polipektomi		E	556,49
2381	P701411	Endoskopik mukozal rezeksiyonu		E	556,00
2382	P701420	Gastrointestinal sistem darlıklarında balon veya buji dilatasyonu		D	556,49
2383		<b>7.6.SU ALTI HİKSİMLİĞİ VE HİPERBARİK TİP UYGULAMALARI</b>	SUT'un 2.4.4.B maddesine bakınız.		
2384	P702520	Rekompresyon tedavisi, Tip I Dekompresyon Hastalığı			200,17
2385	P702530	Rekompresyon tedavisi, Tip II Dekompresyon Hastalığı, birinci seans			300,17
2386	P702550	Rekompresyon tedavisi, karışım gazla Tip I Dekompresyon Hastalığı			200,17
2387	P702560	Rekompresyon tedavisi, karışım gazla Tip II Dekompresyon Hastalığı			300,17
2388	P702570	Rekompresyon tedavisi, arteriyel gaz embolisi			300,17
2389	P702580	Hiperbarik oksijen tedavisi, 1-2 ATA seans			42,16
2390	P702590	Hiperbarik oksijen tedavisi, 2-3 ATA seans			84,32
2391	P702591	Karbonmonoksit zehirlenmesinde hiperbarik oksijen tedavisi, birinci seans			198,99
2392		<b>7.5. FİZİK TEDAVİ VE REHABİLTASYON</b>	SUT'un 2.4.4.F maddesine bakınız.		
2393	P915030	Fizik tedavi ve rehabilitasyon	SUT eki EK-2/D-2 Listesi D grubunda yer alan hastalıklar için		18,60
2394	P915031	Fizik tedavi ve rehabilitasyon	SUT eki EK-2/D-2 Listesi C grubunda yer alan hastalıklar için		50,59
2395	P915032	Fizik tedavi ve rehabilitasyon	SUT eki EK-2/D-2 Listesi B grubunda yer alan hastalıklar için		143,34
2396	P915033	Fizik tedavi ve rehabilitasyon	SUT eki EK-2/D-2 Listesi A grubunda yer alan hastalıklar için		219,22
2397		<b>7.7. SINIR SİSTEMİ</b>			

TANIYA DAVALI İŞLEM PUAN LİSTESİ					
SIRA NO	PAKET KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM GRUBU	İŞLEM PUANI
2398		<b>YATARAK TEDAVİLERDE PSIKİYATRİ HİZMETLERİ</b>	Psikiyatri paket fiyatlarını muayene, konsültasyon, yatak ve refakat ücretleri, gerekli durumlarda psikolojik testler, EEG, EKG, BT, MR, EKG gerekli ilaçların hafiflik kan dizejleri, aile görüşmeleri, hastanın kişisel bakımı, grafiler, laboratuvar testleri, enjeksiyon vb. tıbbi işlem ve girişimlerle kullanılan tım ilaçlar dahildir. Tedavi amaçlı yapılan işlemlere ait komplikasyonların harcamaları paket işlem puanlarına dahildir. Ayrıca ücret kararlaştırılmaz. Ancak hastaların başka bir organ veya sistemini ilgilendiren hastalık ve operasyon çıkması halinde Tebliğ hükümleri doğrultusunda Kurumun faturalandırılmaz.		
2399	P702675	1. Grup psikiyatrik hasta günlük tedavisi	(F100-09) Semptomatik ve organik mental bozukluklar (F10-19) Psikokatif madde kullanımına bağlı zihin ve davranış bozuklukları, (F15, F17 kod grupları hariç) (F20-29) Sızofreni, şizofren ve delüzyonel bozukluklar (F30-39) Duygu durum [duygulanım] bozuklukları, (F32.1, F32.0, F33.0, F33.1 kodları hariç)		146,71
2400	P702676	2. Grup psikiyatrik hasta günlük tedavisi	F32.1 Orta depresif nöbet F33.1 Yineleyen depresif bozukluk, şimdiki nöbet orta şiddetli F34.0 Siklotimi (F40-48) Nöbet, strese ilgili ve somatoform bozukluklar, (F40, F45, F48 kod grupları hariç) F50 Yeme bozuklukları (F60-69) Fırışkin kişilik ve davranış bozuklukları (F70-79) Zeka geriliği F80 Konuşma ve dil özel gelişimsel bozukluklar F84 Yaygın gelişimsel bozukluklar F90 Hiperkinetik bozukluklar F91 Davranış bozuklukları F92 Davranış ve duygusal karma tip bozuklukları		129,85
2401	P702677	3. Grup psikiyatrik hasta günlük tedavisi	F15 Zihin ve davranış bozuklukları, kafein ve diğer stimulanların kullanımına bağlı F17 Zihin ve davranış bozuklukları, tütün kullanımına bağlı F32.0 Hafif depresif nöbet F33.0 Yineleyen depresif bozukluk, şimdiki nöbet hafif şiddetli F40 Fobik anksiyete bozuklukları F45 Somatoform bozukluklar F45 Nörotik bozukluklar, diğer (F50-59) Fizyolojik bozukluklar ve fizik faktörlerle birlikte seyreden davranış bozukluğu sendromları, (F50 kod grubu hariç) (F80-89) Psikolojik gelişim bozuklukları, (F80, F84 kod grupları hariç) (F90-98) Genellikle çocukluk ve adolesan döneminde başlayan davranışsal ve emosyonel bozukluklar, (F90, F91, F92 kod grupları hariç)		112,98
2402	P702678	4. Grup psikiyatrik hasta günlük tedavisi	Tanısına bakılmaksızın 45 gündün daha uzun yatan hastalar(45. gün kadar ilgili grup psikiyatrik hasta günlük tedavi işlem puanı üzerinden karşılır.)		96,12
2403	P702679	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmetleri	ICD-10 koda F20-F29 arasında olan tanılarda, Toplum Ruh Sağlığı Merkezilerinde yapıldığında bedeli Kurumca karşılır. Muayene, hasta ve ailesine yönelik psikoeğitim, sosyal beceri eğitimi, grup psikoterapisi, uğray terapileri, bu teraplilerde kullanılan sarf malzemeleri, yemek,yatak ve diğer hizmetler dahildir. Gündüz bir defa (en az 4 saat) faturalandırılır		80,94
2404		<b>7.10.ÜRİNER SİSTEM-NEFROLOJİ-DİYALİZ</b>			
2405	P704230	Hemodiyaliz	SUT'un 2.4.4.D.1 numaralı maddesine bakınız. A-V fistül iğnesi, A-V kan seti, diyalizör, serum, antikoagülan olarak kullanılan düşük molekül ağırlıklar dahil her türlü heparin, konsantrre hemodiyaliz solüsyonu, Sağlık Bakanlığınca yayımlanan Diyaliz Merkezleri Hakkındaki Yönetmelik gereğince yapılması zorunlu olan tetkikler ile kullanılan her türlü serum ve serum sırasında gelişen komplikasyonların tedavisinde kullanılan ilaçlar ve gündüz yatak ücreti dahildir.		244,52
2406	P704231	Hemodiyaliz için kateter yerleştirilme	Kateter dahil		252,95
2407	P704232	Kalça tüneli kateter yerleştirilme	Kateter dahil		505,90
2408	P704233	Ev hemodiyalizi	SUT'un 2.4.4.D.1-1 numaralı maddesine bakınız. A-V fistül iğnesi, A-V kan seti, diyalizör, serum, antikoagülan olarak kullanılan düşük molekül ağırlıklar dahil her türlü heparin, konsantrre hemodiyaliz solüsyonu (bazık ve asidik), Sağlık Bakanlığınca yayımlanan Diyaliz Merkezleri Hakkındaki Yönetmelik gereğince yapılması zorunlu olan tetkikler ile kullanılan her türlü serum ve serum sırasında gelişen komplikasyonların tedavisinde kullanılan ilaçlar dahildir.		244,52
2409		<b>7.12.HEMATOLOJİ-ONKOLOJİ-KEMOTERAPİ</b>			
2410		<b>Kemik İliği Nakilleri</b>	Kemik iliği paket fiyatlarını her türlü tetkik, tabii, işlem, kan ve kan bileşenleri, tıbbi malzeme, ilaç ve komplikasyon tedavisine ilişkin ücretler dahildir. Paket fiyat, nakil öncesi 15 günü ve nakil sonrası 60 günü kapsar.		
2411	P704951	Yurt içi kemik iliği bankalarından kemik iliği temini	Vericinin ileri testleri, sağlık kontrol masrafları, kemik iliğinin toplanması, saklanması, alınan kemik iliğinin yine Türkiye'deki bir nakil merkezine götürülmesi ve gerektiğinde vericinin ya da kemik iliğinin taşınması için görevlendirilen kuruyeni ulaşım ve konaklaması dahil.		25.295,11



## TANIYA DAVALI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	PAKET KODU	İŞLEM ADI	ACIKLAMA	İŞLEM GRUBU	İŞLEM PUANI
2412		<b>KEMİK İLİÇİ NAKLI</b>			
2413	P704970	Hematopoietik hücre nakli, allojenik (Kardeş veya akrabadan, HLA tam uyumlu)		A1	168.634,06
2414	P704971	Hematopoietik hücre nakli, allojenik (Akraha dışından, HLA tam uyumlu)		A1	354.131,53
2415	P704972	Haploidentik nakil, allojenik (Fn az 2 HLA antijeni uyumsuz nakiller)		A1	379.426,64
2416	P704973	Kırdon kamı nakli		A1	354.131,53
2417	P704980	Hematopoietik hücre nakli, alograf		A1	92.748,74
2418		<b>STEREOTAKTİK RADYOCERRAHI</b>			
2419	P800615	Gammanalini	Her türlü işlem dahil	A2	8.431,70
2420	P800616	Cyberknife	Her türlü işlem dahil	A1	10.118,04
2421		<b>PERİFERİK ANJİYOGRAFI</b>			
2422		<b>Normal anjiyografik tetkikler</b>			
2423	P802350	Aorta-femoro-popliteal arteriyograf	Stepping	D	822,93
2424	P802360	Aortografi, torakal		D	822,93
2425	P802370	Aortografi, abdominal		D	822,93
2426	P802380	Collak anjiyografi ve arterial portografi		D	883,64
2427	P802390	Selektif renal anjiyografi, iki tara		D	822,93
2428	P802400	Inferior mezenterik anjiyograf		D	822,93
2429	P802430	Pelvik arteriyograf		D	822,93
2430	P802440	Pulmoner anjiyograf		D	822,93
2431	P802450	Superior mezenterik anjiyograf		D	822,93
2432	P802460	Ud ekstremite arteriografi, tek taraf		D	672,85
2433	P802470	Femoro-popliteal arteriyografi, tek taraf		D	672,85
2434	P802480	Selektif renal anjiyografi, tek taraf		D	801,01
2435	P802490	Transkamber aorto-femoro-popliteal arteriyograf		D	801,01
2436	P802500	Transplant renal anjiyograf		D	801,01
2437		<b>Nöroradyolojik anjiyografik tetkikler</b>			
2438	P802510	Amytal Testi (VADA)		D	841,48
2439	P802520	Ariks aortografi		D	841,48
2440	P802530	Selektif karotid anjiyografi, iki tara		C	841,48
2441	P802540	A sistem selektif serebral anjiyograf	P802530, P802570, P802590 ile birlikte faturalandırılmaz	C	883,64
2442	P802550	Orbital flebograf		D	416,53
2443	P802560	Petrozal sinüs kan örnekleme		D	822,93
2444	P802570	Selektif vertebral anjiyografi, iki tara		C	801,01
2445	P802580	Spinal anjiyografik tarama		C	1.033,73
2446	P802590	Selektif karotid anjiyografi, tek taraf		D	801,01
2447		<b>Venografik tetkikler</b>			
2448	P802600	Divariz fistülograf		E	333,90
2449	P802610	Hepatik venografi ve wedge venograf		D	758,85
2450	P802620	Süperrenal venografi, iki taraf		D	758,85
2451	P802630	Gonadal venografi, iki taraf		D	758,85
2452	P802640	Inferior veya superior vena kavagrafi		E	627,32
2453	P802650	Portal venöz kan örnekleme		C	801,01
2454	P802660	Renal venografi ve renal ven kan örnekleri alınması		E	758,85
2455	P802670	Santral venöz kateter patensi kontrastlı değerlendirilmesi		E	333,90
2456	P802680	Splenoportografi		D	416,53
2457	P802690	Süperrenal venografi, tek taraf		E	627,32
2458	P802700	Gonadal venografi, tek taraf		E	627,32
2459	P802710	Venografi, alt ekstremite, tek taraf		E	333,90
2460	P802720	Venografi, üst ekstremite, tek taraf		E	333,90
2461		<b>ORGAN TRANSPLANTASYONU</b>			
2462	P750000	Ekstremité nakli (Tek kol veya tek bacak)		A3	* 64.924,11
2463	P750010	Yüz Nakli		A3	** 70.826,31
2464	P911146	Kadavra donör temini	Sadece kornen alınan kadavralar için uygulanmaz		20.236,09

NOT: Açıklama bölümünde yer alan düzenlemeler hariç olmak üzere listede yer alan işlemlerin ilgili branşlar tarafından faturalandırılmasında bõlüm başlıklarına dikkate alınmaz.

## DİŞ TEDAVİLERİ PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMALAR	İŞLEM PUANI
1		<b>1. TESHİS VE TEDAVİ PLANLAMASI</b>		
2	401.010	Diş hekimi muayenesi		11,80
3	401.030	Konsültan diş hekimi muayenesi		6,75
4	401.050	Periapikal film, her biri		6,75
5	401.060	Oklüzal film, her biri		5,06
6	401.070	Ekstra-oral film, her biri		10,96
7	401.080	Ortopantomografi (Panoramik) film		21,08
8	401.090	Sefalometrik film, her biri		15,18
9	401.100	Antero-posteriyor sefalometrik film, her biri		13,49
10	401.110	El-Bilek filmi, her biri		10,12
11	401.120	Temporomandibüler eklem (TME) filmi, her biri		15,18
12	401.130	Siyalografi, her biri		8,43
13	401.150	Bite-wing film, her biri		5,06
14	401.160	Dijital Radyografi		14,33
15		<b>2. TEDAVİ VE ENDODONTİ</b>		
16	402.010	Amalgam dolgu, bir yüzlü	Lokal anestezi ücreti dahil. Aynı diş için 180 gündен önce faturalandırılmaz. Aynı seasta aynı diş için 402.130 kodlu işlem ile birlikte faturalandırılmaz.	33,73
17	402.020	Amalgam dolgu, iki yüzlü	Lokal anestezi ücreti dahil. Aynı diş için 180 gündен önce faturalandırılmaz. Aynı seasta aynı diş için 402.130 kodlu işlem ile birlikte faturalandırılmaz.	40,47
18	402.030	Amalgam dolgu, üç yüzlü	Lokal anestezi ücreti dahil. Aynı diş için 180 gündен önce faturalandırılmaz. Aynı seasta aynı diş için 402.130 kodlu işlem ile birlikte faturalandırılmaz.	43,84
19	402.040	İnley dolgu, oklüzal	Lokal anestezi ücreti dahil. Aynı diş için 180 gündен önce faturalandırılmaz. Aynı seasta aynı diş için 402.130 kodlu işlem ile birlikte faturalandırılmaz.	13,49
20	402.050	İnley dolgu, iki yüzlü	Lokal anestezi ücreti dahil. Aynı diş için 180 gündен önce faturalandırılmaz. Aynı seasta aynı diş için 402.130 kodlu işlem ile birlikte faturalandırılmaz.	13,49
21	402.060	İnley dolgu, üç yüzlü	Lokal anestezi ücreti dahil. Aynı diş için 180 gündен önce faturalandırılmaz. Aynı seasta aynı diş için 402.130 kodlu işlem ile birlikte faturalandırılmaz.	16,86
22	402.070	Kompozit dolgu, ön diş	Lokal anestezi ücreti dahil. Aynı diş için 180 gündен önce faturalandırılmaz. Aynı seasta aynı diş için 402.130 kodlu işlem ile birlikte faturalandırılmaz.	35,41
23	402.080	Kompozit dolgu, arka diş	Lokal anestezi ücreti dahil. Aynı diş için 180 gündен önce faturalandırılmaz. Aynı seasta aynı diş için 402.130 kodlu işlem ile birlikte faturalandırılmaz.	35,41
24	402.090	İşnli kompozit dolgu, ön diş	Lokal anestezi ücreti dahil. Aynı diş için 180 gündен önce faturalandırılmaz. Aynı seasta aynı diş için 402.130 kodlu işlem ile birlikte faturalandırılmaz.	43,84
25	402.100	İşnli kompozit dolgu, arka diş, bir yüzlü	Lokal anestezi ücreti dahil. Aynı diş için 180 gündен önce faturalandırılmaz. Aynı seasta aynı diş için 402.130 kodlu işlem ile birlikte faturalandırılmaz.	43,84
26	402.110	İşnli kompozit dolgu, arka diş, iki yüzlü	Lokal anestezi ücreti dahil. Aynı diş için 180 gündен önce faturalandırılmaz. Aynı seasta aynı diş için 402.130 kodlu işlem ile birlikte faturalandırılmaz.	47,22
27	402.120	İşnli kompozit dolgu, arka diş, üç yüzlü	Lokal anestezi ücreti dahil. Aynı diş için 180 gündен önce faturalandırılmaz. Aynı seasta aynı diş için 402.130 kodlu işlem ile birlikte faturalandırılmaz.	50,59
28	402.130	Kuafaj	Lokal anestezi ücreti dahil Dolgu hariç	5,06
29	402.140	Amputasyon	Lokal anestezi ücreti dahil Dolgu hariç	13,49
30	402.150	Kanal tedavisi, tek kanal	402.152, 402.153, 402.154, 402.271, 402.272, 402.273 kodlu işlemlerle aynı seasta aynı diş için faturalandırılmaz. Üst dolgu hariç	77,57
31	402.152	Kanal tedavisi, iki kanal	402.150, 402.153, 402.154, 402.271, 402.272, 402.273 kodlu işlemlerle aynı seasta aynı diş için faturalandırılmaz. Üst dolgu hariç	106,24
32	402.153	Kanal tedavisi, üç kanal	402.150, 402.152, 402.271, 402.272, 402.273 kodlu işlemlerle aynı seasta aynı diş için faturalandırılmaz. Üst dolgu hariç	150,08
33	402.154	Kanal tedavisi, ilave her kanal	402.150, 402.152, 402.271, 402.272, 402.273 kodlu işlemlerle aynı seasta aynı diş için faturalandırılmaz.	45,53
34	402.160	Black 5 (Kole) dolgusu, amalgam	Lokal anestezi ücreti dahil. Aynı diş için 180 gündен önce faturalandırılmaz. Aynı seasta aynı diş için 402.130 kodlu işlem ile birlikte faturalandırılmaz.	10,12
35	402.170	Black 5 (Kole) dolgusu, cam iyonomer	Lokal anestezi ücreti dahil. Aynı diş için 180 gündен önce faturalandırılmaz. Aynı seasta aynı diş için 402.130 kodlu işlem ile birlikte faturalandırılmaz.	10,12
36	402.180	Black 5 (Kole) dolgusu, kompozit	Lokal anestezi ücreti dahil. Aynı diş için 180 gündен önce faturalandırılmaz. Aynı seasta aynı diş için 402.130 kodlu işlem ile birlikte faturalandırılmaz.	10,12
37	402.190	Cam iyonomer dolgu	Lokal anestezi ücreti dahil. Aynı diş için 180 gündен önce faturalandırılmaz. Aynı seasta aynı diş için 402.130 kodlu işlem ile birlikte faturalandırılmaz.	35,41
38	402.200	Dentin pini restorasyonu, her bir pin	Lokal anestezi ücreti dahil Dolgu hariç	11,80
39	402.240	Kanal içi post uygulaması, her bir diş	Lokal anestezi ücreti dahil Dolgu hariç	11,80
40	402.250	Aşırı kole hassasiyeti tedavisi, yarım çene	Lokal anestezi ücreti dahil Dolgu hariç	6,75

## DİŞ TEDAVİLERİ PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMALAR	İŞLEM PUANI
41	402.270	Gangren veya periapikal lezyon tedavisi, her bir kanal		21,08
42	402.271	Gangren veya periapikal lezyonlu dişte kanal tedavisi, tek kanal	402.272, 402.273 kodlu işlemler ile aynı seansta aynı diş için faturalandırılmaz. Üst dolgu hariç	82,63
43	402.272	Gangren veya periapikal lezyonlu dişte kanal tedavisi, iki kanal	402.271, 402.273 kodlu işlemler ile aynı seansta aynı diş için faturalandırılmaz. Üst dolgu hariç	117,20
44	402.273	Gangren veya periapikal lezyonlu dişte kanal tedavisi, üç kanal	402.271, 402.272 kodlu işlemler ile aynı seansta aynı diş için faturalandırılmaz. Üst dolgu hariç	156,83
45	402.300	Ekstirpasyon, her bir diş		18,55
46	402.320	Onley	Laboratuvar ücreti hariç	21,92
47	402.340	Kompozit veneer		52,28
48		<b>3. PEDODONTİ</b>		
49	403.010	Fissür örtülmesi (Sealant), her bir diş		11,80
50	403.020	Yerel flor uygulaması (Çürük profeksi), yarım çene		11,80
51	403.030	Prefabrik kron	Malzeme ücreti hariç	38,79
52	403.040	Yer tutucu, sabit	Teknisyen ücreti hariç	33,73
53	403.050	Yer tutucu, hareketli	Teknisyen ücreti hariç	33,73
54	403.060	Çocuk protezi bölümlü, akrilik	Tek çene, Teknisyen ücreti hariç	59,02
55	403.070	Çocuk protezi tam	Tek çene, Teknisyen ücreti hariç	59,02
56	403.080	Strip kron		20,24
57	403.090	Kompozit dolgu, her bir diş		35,41
58	403.100	Açık apeksli dişte kanal tedavisi, her bir kanal		42,16
59	403.110	Bilinçli sedasyon		30,35
60		(Bu bölüme yer verilmeyen tedaviler için bu listenin diğer bölümlerindeki fiyatlar uygulanır.)		
61		<b>4. PROTEZ</b>		
62	404.010	Akrilik tam protez, tek çene		252,95
63	404.020	Akrilik bölümlü protez, tek çene		252,95
64	404.030	Metal kaideli tam protez, tek çene		326,31
65	404.040	Metal kaideli bölümlü protez, tek çene		326,31
66	404.050	Akrilik immedat protez, tek çene		75,89
67	404.060	Rebazaj (Kaide yenileme), tek çene		43,84
68	404.070	Proteze yumuşak akrilik uygulaması		35,41
69	404.080	Besleme, tek çene		30,35
70	404.090	Akrilik protezde kırık veya çatlak tamiri		15,18
71	404.100	Kroşe ilavesi		15,18
72	404.110	Metal iskelet tamiri		20,24
73	404.120	Diş ilavesi, tek diş		15,18
74	404.130	Gnatoloji, IML-kas muayenesi (Okluzyon kontrolü)		20,24
75	404.140	Oklüzal aşındırmalar, tek çene		20,24
76	404.150	Gece plağı (Bruksizm için)		35,41
77	404.160	Pinley ve çeşitleri		22,77
78	404.170	Tek parça döküm kron		110,35
79	404.180	Veneer kron, akrilik		110,35
80	404.181	Veneer kron, seramik		144,08
81	404.190	Pivo (Çivili kron) veya post-core		67,45
82	404.200	Jaket kron, akrilik		35,41
83	404.201	Jaket kron, tam seramik (Metal desteksiz)		109,61
84	404.210	Teleskop primer kron, kopçingli		96,86
85	404.220	Maryland (Andhezh) köprü		81,69
86	404.230	Roach köprü		33,73
87	404.240	Geçici kron, her bir diş		13,49
88	404.250	Kron silindiri, her ayak üye için		6,75
89	404.260	Dışarı çık-köprü simantasyonu, her sabit tutucu için		6,75
90	404.270	Kron, köprü tamiri, her üye için		15,18
91	404.280	Damak yarığı protezi (Over-denture)		137,67
92	404.290	Yeni doğanda preoperatif aparat	"Veren" ücreti hariç	53,96
93	404.300	Velum uzantılı konuşma aparatı		144,18
94	404.310	Geçici opuratif (Cerrahi plaklar)		33,73
95	404.320	Basit çene defektlerine protetik tedavi		142,50
96	404.330	Komplik çene defektlerine protetik tedavi		182,97
97	404.340	Yüz protezleri		84,32
98	404.360	Hassas tutuculu kronlar		110,35
99	404.370	Hareketli periodontal protez, tek çene		162,73
100	404.380	Sabit periodontal protez, her üye için		73,25
101	404.390	Laminat veneer		30,35
102	404.400	İmplant üstü kron köprü, her üye için		112,04
103	404.410	İmplant üstü tam protez		252,95
104	404.420	İmplant üstü bölümlü protez		326,31
105		<b>5. AĞIZ DİŞ VE ÇENE CERRAHİSİ</b>		
106	405.010	Diş çekimi, infiltrasyon anestezi ile	İnfiltrasyon anestezi ücreti dahil. 405.080, 405.090, 405.100 kodlu işlemler ile birlikte aynı seansta aynı diş için faturalandırılmaz.	33,73
107	405.011	Diş çekimi, rejonel anestezi ile	Rejonel anestezi ücreti dahil. 405.080, 405.090, 405.100 kodlu işlemler ile birlikte aynı seansta aynı diş için faturalandırılmaz.	35,41
108	405.020	Komplikasyonlu diş çekimi, infiltrasyon anestezi ile	İnfiltrasyon anestezi ücreti dahil. 405.080, 405.090, 405.100 kodlu işlemler ile birlikte aynı seansta aynı diş için faturalandırılmaz.	33,73
109	405.021	Komplikasyonlu diş çekimi, rejonel anestezi ile	Rejonel anestezi ücreti dahil. 405.080, 405.090, 405.100 kodlu işlemler ile birlikte aynı seansta aynı diş için faturalandırılmaz.	42,16

## DİŞ TEDAVİLERİ PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMALAR	İŞLEM PUANI
110	405.030	Gömülü diş çekimi, muakoza retansiyonlu	Lokal anestezi ücreti dahil. 405.080, 405.090, 405.100 kodlu işlemler ile birlikte aynı seansa aynı diş için faturalandırılmaz.	109,61
111	405.040	Gömülü diş çekimi, kemik retansiyonlu	Lokal anestezi ücreti dahil. 405.080, 405.090, 405.100 kodlu işlemler ile birlikte aynı seansa aynı diş için faturalandırılmaz.	118,04
112	405.050	Gömülü kanin-premolar diş çekimi	Lokal anestezi ücreti dahil. 405.080, 405.090, 405.100 kodlu işlemler ile birlikte aynı seansa aynı diş için faturalandırılmaz.	118,04
113	405.060	Kök ucu rezeksiyonu, tek diş	Lokal anestezi ücreti dahil Dolgu harcı	118,04
114	405.070	Alveolit cerrahi tedavisi		16,86
115	405.080	Kanamamüdahalesi		15,18
116	405.090	Alveol plastisiği, yarım çene		59,02
117	405.100	Alveol düzeltilmesi, tek çene		67,45
118	405.110	Kist operasyonu, küçük		109,61
119	405.120	Kist operasyonu, büyük		126,48
120	405.130	Osteomyelit operasyonu, tek çene		79,26
121	405.140	Çene lüksasyonu, basit		28,67
122	405.150	Vesibüloplasti operasyonu		118,04
123	405.160	Sinüs plastisiği		84,32
124	405.170	Sert doku greftleme	Greft ücreti harcı	67,45
125	405.180	Biyopsi		12,65
126	405.190	Apse drenajı, ekstraoral		20,24
127	405.200	Fizik tedavi (Infraruj), her bir seans		5,06
128	405.210	Reimplantasyon, tek diş		30,35
129	405.220	Ototransplantasyon		30,35
130	405.230	Subperiosteal implant, tek ünite		168,63
131	405.240	Stomatit tedavisi, kısa süreli		33,73
132	405.250	Stomatit tedavisi, uzun süreli		47,22
133	405.260	Kemik içi implant uygulaması, tek ünite		202,36
134	405.270	Torus operasyonu, yarım çene		59,02
135	405.280	Odontojenik tümör operasyonu, küçük		118,04
136	405.290	Odontojenik tümör operasyonu, büyük		252,95
137	405.300	Cerrahi nevroji tedavisi		47,22
138	405.340	Narkozlu diş çekimi, genel anestezi ile		55,65
139	405.350	Oro-antral fistül tedavisi		134,91
140	405.360	Enjeksiyon		5,06
141	405.370	Premedikasyon ve sedasyon		13,49
142	405.380	Ortodontik tedavi amaçlı gömüllü dişlerin üzerinin açılması		32,04
143	405.390	Temporomandibüler eklemler mekanoterapi		32,04
144	405.400	Temporomandibüler eklemler için enjeksiyon, tek taraf		5,90
145	405.410	Artrrosentez, tek taraf		45,53
146	405.420	Lokal anestezi, infiltrasyon		5,06
147	405.430	Lokal anestezi, rijyonel		6,75
148		<b>6. PERİODONTOLOJİ</b>		
149	406.010	Periodontal apse tedavisi		16,86
150	406.020	Detraj (Diş taşı temizliği), alt sol çene	180 günden önce faturalandırılmaz.	21,92
151	406.021	Detraj (Diş taşı temizliği), alt sağ çene	180 günden önce faturalandırılmaz.	21,92
152	406.022	Detraj (Diş taşı temizliği), üst sol çene	180 günden önce faturalandırılmaz.	21,92
153	406.023	Detraj (Diş taşı temizliği), üst sağ çene	180 günden önce faturalandırılmaz.	21,92
154	406.030	Subgingival küretaj, alt sol çene	180 günden önce faturalandırılmaz.	26,98
155	406.031	Subgingival küretaj, alt sağ çene	180 günden önce faturalandırılmaz.	26,98
156	406.032	Subgingival küretaj, üst sol çene	180 günden önce faturalandırılmaz.	26,98
157	406.033	Subgingival küretaj, üst sağ çene	180 günden önce faturalandırılmaz.	26,98
158	406.040	Gingivektomi, yarım çene		28,67
159	406.050	Flep operasyonu, yarım çene		101,18
160	406.060	Hemiseksiyon (Kök amputasyonu)	Kanal tedavisi harcı	28,67
161	406.070	Serbest diş eti grefti, yarım çene		92,75
162	406.080	Koronale kayırdırma veya sliding flep, yarım çene		92,75
163	406.090	Periodontal sine (Splint), geçici tek çene		28,67
164	406.100	Periodontal sine (Splint), devamlı tek çene		131,53
165	406.110	Aşırı kole hassasiyet tedavisi, yarım çene		7,17
166	406.120	Frenklotomi		23,61
167	406.130	Gingivoplasti, yarım çene		11,80
168	406.140	Biyomateryal uygulaması, her bir diş		8,43
169	406.150	Tamam operasyonu, her bir diş		28,67
170	406.160	Membran uygulaması		16,86
171	406.170	Bağ dokusu grefti, her bir diş		45,53
172	406.180	Subgingival ilaç uygulaması		13,49
173		<b>7. ORTODONTİ</b>		
174	407.010	Sefalometrik film analizi	En fazla üç defa faturalandırılır.	8,43
175	407.020	Antero-posterior sefalometrik film analizi		8,43
176	407.030	Bilgisayarlı sefalometrik film analizi	En fazla üç defa faturalandırılır.	10,12
177	407.040	Bilgisayarlı büyük TME fonksiyon testi		55,65
178	407.050	Bilgisayarlı kas tonus analizi (EMG)		45,53
179	407.060	Kemik yastı tayini		8,43
180	407.070	Ortodontik fotoğraf		8,43
181	407.080	Ortodontik fotoğraf analizi		5,06
182	407.090	Ortodontik model yapımı	En fazla üç defa faturalandırılır.	8,43
183	407.100	(*) Ortodontik model analizi		8,43
184	407.110	(*) Angle sınıf 1,(class 1) anomalilerinin ortodontik tedavisi		303,54
185	407.120	(*) Angle sınıf 2,(class 2) anomalilerinin ortodontik tedavisi		379,43

## DIŞ TEDAVİLERİ PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMALAR	İŞLEM PUANI
186	407.130	(* Angle sınıf 3.(class 3) anomalilerin ortodontik tedavisi		455,31
187	407.140	(* Kısa süreli ortodontik tedavi		109,61
188	407.150	Önleyici ortodontik tedavisi (Dil paravanası)		28,67
189	407.160	(* Pekiştirme tedavisi		75,89
190	407.170	Pekiştirme aygıtı (Havley pi)		75,89
191	407.180	Sabit pekiştirme aygıtı (Lingual retainer)		37,10
192	407.190	(* Tek çeneyi ilgilendiren aparat yapımı		75,89
193	407.200	(* İki çeneyi ilgilendiren aparat yapımı (Aktivatör)		173,69
194	407.210	(* Ağız dış aparatı (Headgear-yüzarka)		75,89
195	407.220	(* Ağız dış aparatı (Chincape-çenelik)		75,89
196	407.230	Kayıp aparatın yeniden yapımı, tek çene		143,34
197	407.240	Aparat tamiri		8,43
198	407.250	(* Hızlı maksiller ekspansiyon aparatı		109,61
199	407.260	(* Arkteli tatbiki tek çene, her bir uygulama		20,24
200	407.270	(* Band (Braket) tatbiki, her bir diş		4,22
201	407.280	(* Sefelometrik cerrahi planı		10,96
202	407.290	(* Okluzal cerrahi splint		143,34
203	407.300	(* Ortodontik ameliyat arkt, tek çene		143,34
204	407.310	Çıkan bantın tatbiki		4,22
205	407.320	(* Açık kapanıŐ ortodontik tedavisi		354,13
206		<b>7. I Tamya dayalı ortodontik tedavi işlemleri</b>	Bu başlık altındaki işlemler birbirleri ve bu listenin "7. Ortodonti" başlığı altında yer alan işlemler ile birlikte faturalandırılmaz. Bu başlık altında yeralan işlemlerden herhangi biri, ömür boyu en fazla bir defa faturalandırılır.	
207	P407350	Sınıf I Ortodontik Tedavi	Open-bite, deep-bite, ekspansiyon tedavileri işlem puanına dahildir.	1.433,39
208	P407351	Sınıf II Ortodontik Tedavi	Tedavi paket fiyatı hem fonksiyonel hem de kamufaj tedavilerini içerir. Open-bite, deep-bite, ekspansiyon tedavileri işlem puanına dahildir.	2.107,93
209	P407352	Sınıf III Ortodontik Tedavi	Tedavi paket fiyatı hem ağız dış aparatı uygulamasını hemde kamufaj tedavisini içerir. Open-bite, deep-bite, ekspansiyon tedavileri işlem puanına dahildir.	2.529,51
210	P407353	Ortogonatik Cerrahide Ortodontik Tedavi	Open-bite, deep-bite, ekspansiyon tedavileri işlem puanına dahildir.	2.951,10

## DIŞ TEDAVİLERİ PUAN LİSTESİNE İLİŞKİN AÇIKLAMALAR

**MADDE 1.** SUT eki “Diş Tedavileri Puan Listesi” nde (EK-2/Ç), diş tedavilerine ilişkin tđm işlem basamakları ayrı ayrı ücretlendirilmiŐtir. Ancak, aşağıda yer alan tedaviler belirlenen ara işlem basamaklarını içerecek Şekilde ücretlendirilmiŐ olup, karŐılarında yer alan işlemler ayrıca faturalandırılmayacaktır.

**Kanal tedavisi;** Tek kanal, üst dolgusu hariç; extirpasyon (1 kanal), pansuman (2 adet), kanal dolgusu (1 kanal), periapikal röntgen (3 adet) ara işlemlerini içerecek Şekilde ücretlendirilmiŐ olup, 2 kanallı diş, 3 kanallı diş ve ilave her kanal için ayrı ücret belirlenmiştir.

**Gangren veya periapikal lezyonlu diş tedavisi;** tek kanal, üst dolgusu hariç; extirpasyon (1 kanal), pansuman (4 adet), kanal dolgusu (1 kanal), periapikal röntgen (3 adet) ara işlemlerini içerecek Şekilde ücretlendirilmiŐ olup, 2 kanallı diş, 3 kanallı diş ve ilave her kanal için ayrı ücret belirlenmiştir.

**Süt diŐlerinde prefabrike kron uygulamaları;** anestezi (1adet), dentin bağlayıcı (1 adet), periapikal röntgen (1adet) ve simantasyon (1 üye) ara işlemlerini içerecek Şekilde ücretlendirilmiŐtir.

**MADDE 2.** Birinci maddede yer verilen tedavilerin dişında kalan diğer tedaviler (özellikle bir dizi işlem aşaması gerektiren periodontal ve cerrahi operasyonlar) tedavinin seyrine uygun olarak yapılan işlem basamaklarını içerecek Şekilde faturalandırılacaktır.

**MADDE 3.** SUT eki EK-2/Ç Listesinde herhangi bir bölümde yer verilmeyen tedaviler için bu listenin diğer bölümlerindeki fiyatlar uygulanır.

**MADDE 4.** EK-2/Ç Listesinde yer alan işlemlerin genel anestezi ile yapılması durumunda işlem ücretinin % 30'u anestezi ücreti olarak alınır.

**MADDE 5.** SUT eki EK-2/Ç Listesinde bulunmayan işlemler için hizmet başına ödeme yöntemi uygulanır.

**MADDE 6.** 1, 2, 3, 4 ve 7 nolu bölümlerde klinik malzeme bedeli fiyatlara dahildir.

**MADDE 7.** 5 ve 6 nolu bölümlerde; yatak, laboratuvar, ileri tetkik ve ameliyatlarda kullanılan faturalandırılabilir greft materyalleri, membranlar, plaklar, her türlü Şant ve protezler ile ilaçlar ayrıca fatura edilebilecektir. Diğer malzemelerin bedeli fiyatlara dahildir.

**MADDE 8.** Ortodontik tedavide kullanılan braket ve ortodontik materyal hasta tarafından karşılanır.

**MADDE 9.** SUT eki EK-2/Ç Listesinde yer alan işlemlerde anestezi için kullanılan anestezik solüsyonlar işlem ücretine dahildir.

## DİŞ TEDAVİLERİ SEVK FORMU

SAĞLIK HİZMETİ SUNUCUSUNUN ADI		MUAYENE TARİHİ
Hasta Adı Soyadı		
T.C. Kimlik No.		
Provizyon numarası		
Hasta Telefon No.		
Hasta Adresi		
Sevk Tanısı		
Sevk Gerekçesi		

## HASTANIN MEVCUT AĞIZ ŞEMASI

			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

## YAPILMASI GEREKEN TEDAVİLER (AÇIKLAMALAR)

Protez	_____	_____
Cerrahi	_____	_____
Konservatif diş tedavisi	_____	_____
Endodonti tedavi	_____	_____
Röntgen	_____	_____
Pedodonti	_____	_____
Periodontoloji	_____	_____

... / ... / 20...

Sevki Yapan Diş Hekimi  
Adı-Soyadı, Kaşesi, İmzası

... / ... / 20...

Sevk formundaki işlemlerin yapıldığı görülmüştür.  
Kontrolü Yapan Diş Hekimi  
Adı-Soyadı, Kaşesi, İmzası

## TANIYA DAYALI ORTODONTİK TEDAVİ KONTROL FORMU

SAĞLIK HİZMETİ SUNUCUSUNUN ADI		MUAYENE TARİHİ	
Hasta Adı Soyadı			
T.C. Kimlik No.			
Provizyon numarası			
Rapor Tanısı		Sınıf I <input type="checkbox"/>	Sınıf II <input type="checkbox"/> Sınıf III <input type="checkbox"/> Ortognatik <input type="checkbox"/>
Radyolojik Görüntüleme		Panoramik film <input type="checkbox"/>	Sefalometrik film <input type="checkbox"/> Diğer .....

## YAPILAN TEDAVİLER (Başlangıç Aşaması)

Sınıf I <input type="checkbox"/>	Sınıf II <input type="checkbox"/>	Sınıf III <input type="checkbox"/>	Ortognatik <input type="checkbox"/>
----------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

Tanı veya Tedavi Uygulaması	Fotoğraf Adet (En az)	Açıklamalar	Kontrol
Ortodontik tanı fotoğrafı	3	Bütün tedavi gruplarında hastadan başlangıç kayıt işlemleri sırasında sentrik oklüzyonunda alınmış olan cephe, profil ve ağız içinden dişlerin kapanışta olduğunu gösteren fotoğraflarının bulunması gerekir.	
Çift çeneyi ilgilendiren aparey yapımı (Hareketli veya sabit)	1	Sınıf I-II-III ve Ortognatik tedavi gruplarında yandaki apareylerden herhangi birisinin uygulandığını gösteren ağız içi veya dışı fotoğrafın bulunması gerekir.	
Tek çeneyi ilgilendiren ortodontik aparey tatbiki			
Ağız dışı aparey tatbiki (Headgear, çenelik, yüz maskesi)			
Hızlı Maksiller genişletme apareyi			
Alt ve Üst çene dişlerine bant/braket tatbiki ile beraber ark teli uygulanması			

\*Vakanın sefalometrik analizi talep edilmesi halinde sunulur.

... / ... / 20..

**KONTROL**

Formdaki işlemlerin yapıldığı görülmüştür.

Kontrolü Yapan Diş Hekiminin Adı-Soyadı, Kaşesi, İmzası



**TANIYA DAYALI ORTODONTİK TEDAVİ KONTROL FORMU**

<b>SAĞLIK HİZMETİ SUNUCUSUNUN ADI</b>		<b>MUAYENE TARİHİ</b>	
<b>Hasta Adı Soyadı</b>			
<b>T.C. Kimlik No.</b>			
<b>Provizyon numarası</b>			
<b>Rapor Tanısı</b>	Sınıf I <input type="checkbox"/>	Sınıf II <input type="checkbox"/>	Sınıf III <input type="checkbox"/> Ortognatik <input type="checkbox"/>
<b>Radyolojik Görüntüleme</b>	Panoramik film <input type="checkbox"/> Sefalometrik film <input type="checkbox"/> Diğer ..... <input type="checkbox"/>		

**YAPILAN TEDAVİLER (Tedavi Aşaması)**

Sınıf I <input type="checkbox"/>	Sınıf II <input type="checkbox"/>	Sınıf III <input type="checkbox"/>	Ortognatik <input type="checkbox"/>
----------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

<b>Tedavi Uygulaması</b>	<b>Fotoğraf Adet (En az)</b>	<b>Açıklamalar</b>	<b>Kontrol</b>
Alt ve üst çene dişlerine bant/braket tatbiki ile beraber ark teli uygulanması	3	Sınıf I-II-III ve ortognatik tedavi gruplarından herhangi birisi için yandaki apareylerin uygulandığını gösteren tedavi aşamasının değerlendirilmesinde yardımcı olacak ağız içi fotoğrafın (okluzal dahil) bulunması gerekir ve başlangıç paketinden itibaren en erken 6 ay sonra faturalandırılabilir.	

\*Vakanın sefalometrik analizi talep edilmesi halinde sunulur.

... / ... / 20..

**KONTROL**

Formdaki işlemlerin yapıldığı görülmüştür.  
Kontrolü Yapan Diş Hekiminin Adı-Soyadı, Kaşesi, İmzası

**TANIYA DAYALI ORTODONTİK TEDAVİ KONTROL FORMU**

<b>SAĞLIK HİZMETİ SUNUCUSUNUN ADI</b>		<b>MUAYENE TARİHİ</b>	
<b>Hasta Adı Soyadı</b>			
<b>T.C. Kimlik No.</b>			
<b>Provizyon numarası</b>			
<b>Rapor Tanısı</b>	Sınıf I <input type="checkbox"/>	Sınıf II <input type="checkbox"/>	Sınıf III <input type="checkbox"/> Ortognatik <input type="checkbox"/>
<b>Radyolojik Görüntüleme</b>	Panoramik film <input type="checkbox"/>	Sefalometrik film <input type="checkbox"/>	Diğer ..... <input type="checkbox"/>

**YAPILAN TEDAVİLER (Pekiştirme Aşaması)**

Sınıf I <input type="checkbox"/>	Sınıf II <input type="checkbox"/>	Sınıf III <input type="checkbox"/>	Ortognatik <input type="checkbox"/>
----------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

<b>Tanı veya Tedavi Uygulaması</b>	<b>Fotoğraf Adet (En az)</b>	<b>Açıklamalar</b>	<b>Kontrol</b>
Pekiştirme tedavisi	3	Bütün tedavi gruplarında hastadan bitim kayıt işlemleri sırasında sentrik oklüzyonunda alınmış olan cephe, profil ve ağız içinden dişlerin kapanışta olduğunu gösteren fotoğraflarının bulunması gerekir.	
Pekiştirme aygıtı veya sabit pekiştirme aygıtı	1	Tedavi gruplarının hepsinde yandaki apareylerin uygulandığını gösteren ağız içi fotoğrafın bulunması gerekir.	

\*Vakanın sefalometrik analizi talep edilmesi halinde sunulur.

... / .... / 20..

**KONTROL**

Formdaki işlemlerin yapıldığı görülmüştür.  
Kontrolü Yapan Diş Hekiminin Adı-Soyadı, Kaşesi, İmzası

## TANIYA DAYALI ORTODONTİK TEDAVİ

Ortodontik tedavilerin faturalandırılması taniya dayalı olarak yapılacak ve ortodontik tedavide uygulanan bütün işlemler tedaviye dâhil edilmiş olur. Ortodontik tedaviler için dört temel taniya dayalı tedavi uygulamasına geçilmektedir. Fiyatlandırma taniya dayalı tedavi üzerinden yapılır.

- ✓ Sınıf I Ortodontik Tedavi,
- ✓ Sınıf II Ortodontik Tedavi,
- ✓ Sınıf III Ortodontik Tedavi,
- ✓ Ortognatik Cerrahide Ortodontik Tedavi.

### Her bir taniya dayalı ortodontik tedavi;

- ✓ Başlangıç aşaması,
- ✓ Tedavi aşaması,
- ✓ Pekiştirme aşaması,

olmak üzere üç tedavi aşamasından oluşmaktadır.

Hasta sağlık hizmet sunucularında ilk defa ortodontik tedaviye alınırken; SUT eki EK-2/Ç Listesindeki 7.1 başlığındaki taniya dayalı ortodontik tedaviler esas alınarak tedavi sınıfına göre sisteme işlenir. Open-bite, deep-bite ve ekspansiyon, taniya dayalı tedavi fiyatına dâhildir. Ayrıca her bir taniya dayalı tedavi; başlangıç aşaması, tedavi aşaması ve pekiştirme aşaması olmak üzere üç alt faturadan oluşmaktadır. Hasta için SGK tarafından yapılacak olan ödeme; ortodontik tedavinin adı geçen aşamalara geldiğinin gösterilmesi ve belgelenmesi durumunda yapılır. Belgeleme işlemi her aşama için kontrol formunda açıklanmış olup;

- **Başlangıç aşaması:** Hastanın ortodontik tanı ve tedavi planlaması yapıldıktan sonra ortodontik tedaviye alınarak tedavi mekaniklerinin uygulanmaya başlandığının gösterilmesi ve belgelenmesidir.
- **Tedavi aşaması:** Ortodontik tedavide uygulanan mekanikler sonrasında planlanan sonuçların alınmaya başlandığı veya belirli bir aşamaya gelindiğinin gösterilmesi ve belgelenmesidir.
- **Pekiştirme aşaması:** Ortodontik tedavinin tamamlandığının gösterilmesi ve belgelenmesidir.

Adı geçen aşamaların bedellerinin ödenebilmesi için, ortodontik tedavi kontrol formunda istenilen işlemlerin yapılmış olması ve fotoğrafla belgelenmesi gerekmektedir.

## POZİTRON EMİSYON TOMOGRAFİ (PET) GÖRÜNTÜLEME KLİNİK UYGULAMALARI

Bu bölüm pozitron yayıcı radyoizotoplar kullanılarak PET kamera (tarayıcı), kombine PET/BT tarayıcı veya koincidens gama kameralarda yapılan tanısal görüntüleme işlemlerini kapsar.

801.440 kodlu "Tüm vücut F-18 FDG-PET" in Tablo 1'de belirtilen "Onkolojik amaçlı tüm vücut F-18 FDG-PET endikasyonları" kapsamında bedelinin ödenebilmesi için aşağıdaki tanım ve şartlara uygun biçimde istenilmesi ve yapılması gereklidir.

### 1. Klinik endikasyonlar ile ilgili şartlar:

- Tanı amaçlı F-18 FDG PET (PET) çalışmaları genellikle diğer yöntemlerle tespit edilen malignite şüpheli kitlelerde (solter pulmoner nodül gibi) metabolik karakterizasyon amacıyla kullanılır. Bu tür endikasyonlarda PET sonuçlarının invaziv bir tanısal işlemin yapılmasını önlemeye yardımcı olması esası aranır. Ya da PET sonuçlarının invaziv tanısal bir işlem için yol gösterici olması (örneğin heterojen ve büyük kitlelerde ya da yeri belirlenemeyen tümörlerde biyopsi yerinin belirlenmesi) tanı amaçlı PET kullanımını için gereklidir. Bunların dışındaki tanısal uygulamalar ve özellikle kanser tarama amaçlı PET kullanımını halinde bedelleri ödenmez. Kanser şüpheli kitlelerde metabolik karakterizasyon amaçlı PET çalışması yapılabilmesi için kitle boyutunun (en uzun çap) asgari 1(bir) cm olması gereklidir.
- Evreleme, kanser tanısı almış hastalarda hastalığın yaygınlığının belirlenmesini ifade eder. PET sadece fluorodeoksiglukoz (FDG) afinitesi yüksek kanserlerde (Tablo 1) evreleme amacıyla kullanılabilir. Evreleme amaçlı PET yapılması için hastada kemoterapi (KT) ve/veya radyoterapi (RT) tedavilerine başlanmamış olması şartı aranır. Evreleme amaçlı PET endikasyonu olan ve RT uygulanması düşünülen tüm tümörlerde aynı zamanda RT planlama endikasyonu ile de PET uygulanabilir. Ancak RT planlama amaçlı PET uygulamalarının kombine PET/BT tarayıcılarda yapılması şartı aranır.
- Yeniden evreleme, kanserin ilk tedaviden sonraki takip aşamasında herhangi bir nüks (rekürrens) saptanması veya rekürrens lehine bulgular olması durumunda başka metastazların olup olmadığını araştırmaya ya da hastalığın yaygınlığını göstermeye yönelik bir ifadedir. Histolojik olarak kanıtlanmış rekürrens tanısı olmadan PET ile yeniden evreleme yapmak için ya diğer görüntüleme yöntemleri ile rekürrens veya rezidüel kitle gösterilmesi, ya da tümör belirteçlerinde rezidüel veya rekürrens hastalık düşündürülecek ölçütlere yükselme tespit edilmesi şartları aranır. Bunların haricinde rekürrens ve/veya metastaz potansiyeli yüksek olan orta-yüksek dereceli malign melanomlarda ilk 3 (üç) yıl ve yüksek grade'li non-Hodgkin lenfomalarda ilk 2 (iki) yıl takipte yukarıda belirtilen şartlar aranmaksızın yılda bir kez olmak üzere rekürrens/metastaz kontrol amaçlı rutin PET endikasyonu konabilir.
- Tedaviye yanıtın değerlendirilmesi, KT veya RT'nin tamamlanmasından sonra tümörün verdiği yanıt araştırmaya yönelik bir ifadedir. Bu amaçla PET endikasyonu konması için kemoterapi tamamlandıktan sonra en erken 2 (iki) hafta, radyoterapi tamamlandıktan sonra ise en erken 3 (üç) ay geçmiş olması gereklidir.
- Kemosensitivitenin belirlenmesi, sadece KT ile tedavi edilen ve alternatif KT protokolleri uygulanabilecek kanserlerde, tümörün uygulanan KT protokolüne erken dönemde (1-3. kür sonrası) verdiği yanıtı araştırmaya yönelik bir uygulamadır. Bu amaçla PET uygulanabilmesi için tedaviye başlanmadan önce PET ile evreleme çalışmasının da yapılmış olması gereklidir.

### 2. Diğer şartlar:

- PET çalışmasının tekrar yapılabilmesi için bir önceki PET çalışmasından sonra asgari 3 (üç) ay süre geçmiş olma şartı aranır. Ancak kanser tedavisi yanıtının belirlenmesi amacıyla ve nüks şüphesi nedeniyle erken dönemde yapılacak PET çalışmaları için bu şart aranmaz.
- Onkolojik amaçlı PET çalışmalarında tüm vücut tarama yapılır. Tüm vücut PET görüntüleme, kafa tabanı ile uyluk üst kısımlarına kadar olan mesafeyi kapsar. Beyin metastazlarının gösterilmesinde PET'in duyarlılığı düşük olduğu için standart onkolojik amaçlı PET çalışmasında kraniyal bölgenin görüntülemeye dahil edilmesi şart değildir. Metastaz potansiyeli çok yüksek olan malign melanom, nöroblastom ve multipl myelom gibi malignitelerde tüm vücut görüntülenmesine kraniyal bölge ve alt ekstremiteler dahil edilmelidir. Ayrıca klinik muayene veya diğer görüntüleme yöntemlerinde kraniyal veya periferik alt ekstremitte tümörü veya metastaz şüphesi olan olgularda da kraniyal bölge ve periferik ekstremiteler görüntülenmelidir.
- Tüm vücut PET çalışmalarında aynı seansta beyine veya myokarda yönelik görüntülemeler yapılsa dahi ayrıca fatura edilemezler.
- PET raporlaması nükleer tip uzmanlarınca yapılır. PET ile birlikte tanısal BT yapılması halinde BT raporlaması radyoloji uzman hekimince yapılır.
- PET sonuç raporunda tetkik endikasyonunun açık olarak (ICD 10 kodu ile) belirtilmesi gereklidir.

TABLO 1- ONKOLOJİK TÜM VÜCUT F-18 FDG-PET ENDİKASYONLARI

"801.440 Tüm vücut F-18 FDG-PET" kodu için geçerlidir"

Klinik Durum	ICD-10 kodu	PET endikasyonları	Açıklama ve sınırlamalar
Lenfoma (Hodgkin hastalığı ve nonHodgkin lenfoma-NHL)	C81 – C85	Evreleme	
		Yeniden evreleme	FDG tutmayan düşük grade'li NHL olguları hariç
		Tedaviye yanıt	FDG tutmayan düşük grade'li NHL olguları hariç
		Kemosensitivite	FDG tutmayan düşük grade'li NHL olguları hariç
Malign melanom	C43	Evreleme	Breslow kalınlığı $\geq 0.76$ mm ve/veya Clark level $\geq$ III olgularda geçerlidir
		Yeniden evreleme	
		Tedaviye yanıt	
Beyin tümörleri	C71	Tanı	Diğer yöntemlerle netice elde edilemeyen 1 cm'den büyük kitle lezyonların metabolik karakterizasyonu
		Yeniden evreleme	Radyasyon nekrozu-rekürren/rezidiv tümör ayırımı
Baş-boyun kanserleri (tiroid tümörleri hariç)	C00 – C14-C32	Tanı (primer odak arama)	Metastatik servikal lenf nodu varsa geçerlidir
		Evreleme	
		Yeniden evreleme	
		Tedaviye yanıt	
Tiroid kanserleri	C73	Yeniden evreleme	- İyi differansiye tiroid tümörlerinde tiroidektomi ve radyoyot ablasyon tedavisi sonrası takipte tüm vücut iyot-131 tarama tetkiki negatif olan ve serum tiroglobulin düzeyi artması durumunda uygulanır - Meduller kanserde tiroidektomi sonrası takipte diğer görüntüleme yöntemlerinin açıklayamadığı kalsitonin ve/veya CEA düzeyleri yükselmelerinde uygulanır.
		Evreleme	
Meme Kanseri	C50	Evreleme	
		Yeniden evreleme	
		Tedaviye yanıt	
Akciğer (Küçük hücreli dışı ve küçük hücreli)	C34	Tanı	Soliter pulmoner nodül değerlendirme ( $\geq 1$ cm)
		Evreleme	
		Yeniden evreleme	
		Tedaviye yanıt	
Plevral malignite (Mezotelyoma)	C45	Tanı	Kalsifiye olmayan plevral kalınlaşmalar ve/veya açıklanamayan efüzyonların değerlendirilmesi
		Evreleme	
		Yeniden evreleme	
		Tedaviye yanıt	
Mediasten-timüs-kalp tümörleri	C37 – C38	Tanı	Şüpheli kitlelerde metabolik karakterizasyon
		Evreleme	
		Yeniden evreleme	
		Tedaviye yanıt	
Özefagus kanseri	C-15	Evreleme	
		Yeniden evreleme	
		Tedaviye yanıt	
Mide kanseri	C-16	Evreleme	

Klinik Durum	ICD-10 kodu	PET endikasyonları	Açıklama ve sınırlamalar
Kolorektal kanser	C18 – C21	Yeniden evreleme	
		Tedaviye yanıt	
		Evreleme	
		Yeniden evreleme	
İnce barsak tümörleri	C17	Tanı	Şüpheli kitle gösterilmesi durumunda uygulanır
		Evreleme	
		Yeniden evreleme	
		Tedaviye yanıt	
Gastrointestinal stromal tümör	C26	Evreleme	
		Yeniden evreleme	
		Tedaviye yanıt	
Karaciğer ve safra yolları tümörleri	C22 – C24	Tanı	Karaciğer metastazlarında primer odak aramada geçerli
		Evreleme	
		Yeniden evreleme	
		Tedaviye yanıt	
Pankreas	C25	Tanı	BT veya MR'da pankreasta kitle varsa uygulanır
		Evreleme	
		Yeniden evreleme	
		Tedaviye yanıt	
Over kanseri	C56	Yeniden evreleme	CA 125 yükselmiş ise uygulanır
		Tedaviye yanıt	
Serviks kanseri	C53	Evreleme	
		Yeniden evreleme	
		Tedaviye yanıt	
Endometrium kanseri	C54 – C55	Evreleme	
		Yeniden evreleme	
		Tedaviye yanıt	
Vulva-vagen kanserleri	C51 – C52	Evreleme	
		Yeniden evreleme	
		Tedaviye yanıt	
Böbrek kanserleri	C64 – C65	Yeniden evreleme	
		Tedaviye yanıt	
Böbreküstü bezi kanserleri	C74	Tanı	BT veya MR'da 1 cm'den büyük kitle varsa
		Evreleme	
		Yeniden evreleme	
		Tedaviye yanıt	
Mesane-üreter kanserleri	C66 – C67	Yeniden evreleme	
		Tedaviye yanıt	
Penis ve diğer erkek genital kanserleri	C60	Evreleme	
		Yeniden evreleme	
		Tedaviye yanıt	
Testis kanserleri	C62	Evreleme	
		Yeniden evreleme	
		Tedaviye yanıt	
Primer kemik tümörleri	C40 – C41	Evreleme	
		Yeniden evreleme	

Klinik Durum	ICD-10 kodu	PET endikasyonları	Açıklama ve sınırlamalar
Multipl myelom veya plasmatisom	C90	Tedaviye yanıt	
		Evreleme	
		Yeniden evreleme	
		Tedaviye yanıt	
Yumuşak doku sarkomları	C49	Tanı	Biyopsi alınması zor kitlelerde metabolik karakterizasyon
		Evreleme	
		Yeniden evreleme	
		Tedaviye yanıt	
Nöroblastom	M9500	Evreleme	
		Yeniden evreleme	
		Tedaviye yanıt	
Primeri bilinmeyen metastatik tümörler	C80	Tanı	Primer tümör aranması
Paraneoplastik sendrom	D48.9	Tanı	Malign etyoloji aranması

**TABLO 2. BEYİN F-18 FDG-PET ENDİKASYONLARI**

“800.690 beyin F-18 FDG-PET kodu için geçerlidir”

Klinik durum	ICD kodu	PET endikasyonu	Açıklama ve sınırlamalar
Dirençli (Refrakter) Epilepsi Nöbetleri	G40	Epilepsi odağının belirlenmesi	Cerrahi yapılması planlanan hastalar
Alzheimer Hastalığı	G30	Alzheimer Hastalığı tanısının doğrulanması ve diğer demanslardan ayırıcı tanısı Alzheimer Hastalığının en erken evresinde (hafif kognitif bozukluk) hafif tesbiti	65 yaşın üstündeki veya genetik yatkınlığı olan hastalar

**TABLO 3. MİYOKARD FDG-PET ENDİKASYONLARI**

“800.840 miyokard PET (F-18 FDG ile) kodu için geçerlidir”

Klinik durum	ICD 10 Kodu	PET endikasyonu	Açıklama ve sınırlamalar
Miyokard Canlılığı (Viabilite)	I20 - I25	Enfarkt dokusunda miyokard canlılığının belirlenmesi Revaskülarizasyon ya da transplant öncesi miyokard canlılığının tayini	Miyokard perfüzyon SPECT ile tanı koyulamayan veya şüpheli sonuç alınan hastalarda

## DİĞER

Aşağıda belirtilen çalışmaların geri ödeme kapsamında olması için, bir üniversite veya eğitim hastanesinden alınan, biri nükleer tıp uzmanı, biri ilgili klinisyen hekim olmak üzere en az 3 hekim tarafından hazırlanan gerekçeli raporun olması şartı aranır.

- 1) Klinik olarak hastaya yapılmasının faydalı olacağı düşünülen, ancak Tablo 1, 2 ve 3'te belirtilmeyen onkoloji veya onkoloji dışı endikasyonlarla yapılan tüm vücut F-18 FDG çalışmaları [Tüm vücut F-18 FDG-PET (801,440)]
- 2) Miyokard perfüzyon PET (O-15, Rb-82 veya N-13 amonia ile) (800.841)

## FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON TANI LİSTESİ

A GRUBU		Açıklama
C71	Beyin malign neoplazmı	(*)
D33	Beynin ve merkezi sinir sistemi diğer kısımlarının benign neoplazmı	(*)
G11	Hereditör ataksi	(*)
G12.2	Motor nöron hastalığı	(*)
G20	Parkinson hastalığı	(*)
G24.0	Distoni, ilaca bağlı	(*)
G24.1	İdiopatik ailesel distoni	(*)
G24.8	Distoni, diğer	(*)
G24.9	Distoni, tanımlanmamış	(*)
G35	Multipl skleroz	(*)(**)
G80	Serebral palsi	(*)(**)
G81	Hemipleji	(*)(**)
G82	Parapleji ve tetrapleji	(*)
G93.1	Anoksik beyin hasarı, başka yerde sınıflanmamış	(*)(**)
S06	Kafa içi yaralanma	(*)(**)
S14.0	Servikal spinal kord konküzyon ve ödemi	(*)(**)
S14.1	Servikal spinal kord diğer ve tanımlanmamış yaralanmaları	(*)(**)
S24.0	Torasik spinal kord konküzyon ve ödemi	(*)(**)
S24.1	Torasik spinal kordun diğer ve tanımlanmamış yaralanmaları	(*)(**)
S34.0	Lomber spinal kord konküzyon ve ödemi	(*)(**)
S34.1	Lomber spinal kord diğer yaralanması	(*)(**)
B GRUBU		
B91	Poliomyelit sekeli	(*)
G54	Sinir kökü ve plexus bozuklukları	
G71.0	Musküler distrofi	(*)
G71.1	Miyotonik bozukluklar	(*)
G71.2	Konjenital miyopatiler	(*)
G71.3	Mitokondriyal miyopati, başka yerde sınıflanmamış	(*)
G91	Hidrocefali	(*)
I05	Romatizmal mitral kapak hastalığı	
I06	Romatizmal aort kapağı hastalıkları	
I07	Romatizmal trikuspid kapak hastalıkları	
I08	Birden fazla kapak hastalıkları	
I09	Romatizmal kalp hastalıkları diğer	(*)
I10	Esansiyel (primer) hipertansiyon	
I11	Hipertansif kalp hastalığı	
I12	Hipertansif böbrek hastalığı	
I13	Hipertansif kalp ve böbrek hastalığı	
I15.0	Renovasküler hipertansiyon	
I15.1	Sekonder hipertansiyon, diğer böbrek bozukluklarına bağlı	
I15.2	Sekonder hipertansiyon, endokrin hastalıklara bağlı	
I20.1	Angina pectoris, gösterilmiş spazm ile	
I20.8	Angina pectoris'in diğer formları	
I25.0	Aterosklerotik kardiyovasküler hastalık	(*)
I25.1	Aterosklerotik kalp hastalığı	
I25.2	Eski miyokard enfarktüsü	(*)
I25.6	Sessiz miyokardiyal iskemi	
I25.8	Kronik iskemik kalp hastalığının diğer formları	
I27	Pulmoner kalp hastalıkları, diğer	
I31	Perikardın diğer hastalıkları	



## FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON TANI LİSTESİ

I32*	Perikardit, başka yerde sınıflanmış hastalıklarda	
I34	Mitral kapak bozuklukları, romatizmal olmayan	
I35	Aortik kapak bozuklukları, romatizmal olmayan	
I36	Trikuspid kapak bozuklukları, romatizmal olmayan	
I37	Pulmoner kapak bozuklukları	
I42	Kardiyomiyopati	
I44	Atriyovenriküler ve sol anadal-dal bloğu	
I45	İleti bozuklukları diğer	
I48	Atrial fibrilasyon ve flutter	
I49	Kardiyak aritmiler, diğer	
I50	Kalp yetmezliği	
I70.0	Aorta ateroskleroza	
I70.1	Renal arter ateroskleroza	
I70.2	Ekstremiteler arterlerinin ateroskleroza	
I70.8	Arterlerin diğer ateroskleroza	
I73.0	Raynaud sendromu	
I73.1	Tromboanjitis obliterans [Buerger]	
I89	Lenfatik damarlar ve lenf nodlarının bozuklukları, diğer enfektif olmayan	
J42	Kronik bronşit, tanımlanmamış	(*)
J43	Amfizem	(*)
J44	Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, diğer	
J45	Astım	
J47	Bronşiektazi	(*)
J60	Kömür işçisi pnömokonyozu	
J61	Pnömokonyoz, asbest ve diğer mineral liflerine bağlı	
J62	Pnömokonyoz, silisyum içeren tozlara bağlı	
J63	Pnömokonyoz, diğer inorganik tozlara bağlı	
J64	Pnömokonyoz, tanımlanmış	
J65	Pnömokonyoz, tüberküloz ile birlikte	
J67	Hipersensitivite pnömoniti, organik tozlara bağlı	
J70.3	İntersitisyel akciğer bozuklukları, kronik ilaca bağlı	
J70.4	İntersitisyel akciğer bozukluğu, ilaca bağlı tanımlanmamış	
J84.1	İntersitisyel akciğer hastalığı, diğer, fibrozisli	
J84.8	İntersitisyel akciğer hastalıkları, diğer, tanımlanmış	
J94.1	Fibrotoraks	
J94.2	Hemotoraks	
J95.3	Kronik pulmoner yetmezlik, cerrahi sonrası	(*)
J95.9	Girişim sonrası solunum bozukluğu, tanımlanmamış	
J96.1	Kronik solunum yetmezliği	(*)
J98.5	Mediasten hastalıkları, başka yerde sınıflanmamış	
J98.6	Diyafragma bozuklukları	(*)
J99.0*	Romatoid akciğer hastalığı (M05.1†)	(*)
J99.1*	Solunum bozuklukları, diğer yaygın bağ dokusu bozukluklarında	
M89.0	Omuz el sendromu	
M89.0	sudek atrofisi	
M89.0	sempatik refleks distrofi	
P14.0	Doğum yaralanmasına bağlı Erb paralizi	(*)
P14.1	Doğum yaralanmasına bağlı klumpke paralizi	(*)
Q05	Meningomyelose	(*)
R06.0	Dispne	
R06.1	Stridor	
R06.2	Hırıltı (Wheezing)	

## FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON TANI LİSTESİ

R06.3	Periodik solunum	
R06.4	Hiperventilasyon	
S48.0	Omuz ekleminde travmatik amputasyon	
S48.1	Omuz ve dirsek arasında travmatik amputasyon	
S58.0	Dirsek düzeyinde travmatik amputasyon	
S58.1	Dirsek ve el bileği arasında travmatik amputasyon	
S78.0	Kalça ekleminde travmatik amputasyon	
S78.1	Kalça ve diz arasında travmatik amputasyon	
S88.0	Diz düzeyinde travmatik amputasyon	
S88.1	Diz ve ayak bileği arasında travmatik amputasyon	
S98.0	Ayağın ayak bileği düzeyinde travmatik amputasyonu	
S98.1	Bir ayak parmağının travmatik amputasyonu	
S98.2	İki veya daha çok ayak parmağının travmatik amputasyonu	
S98.3	Ayağın diğer kısımlarının travmatik amputasyonu	
Z94.1	Kalp nakli	
Z95	Kalp ve damar implant ve greftleri	
Z96.6	Ortopedik eklem implantı	
Z96.7	Kemik ve tendon implantları, diğer	
<b>C GRUBU</b>		
E10.5	İnsülin bağımlı diyabetes mellitus, periferik dolaşım komplikasyonu ile birlikte	
E13.5	Diyabetes mellitus, diğer tanımlanmış, periferik dolaşım komplikasyonu ile birlikte	
E66.0	Obezite, aşırı kaloriye bağlı (İç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimince son 3 ay içinde düzenlenmiş uzman hekim raporu ile)	
E66.1	Obezite, ilaçlara-bağılı (İç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimince son 3 ay içinde düzenlenmiş uzman hekim raporu ile)	
E78.0	Saf hiperkolesterolemi	
E78.1	Saf hipergliseridemi	
E78.2	Hiperlipidemi karma	
E78.3	Hiperşilomikronemi	
E78.4	Hiperlipidemi, diğer	
G51	Fasiyal sinir bozuklukları	
G56	Üst ekstremitte mononöropatileri	
G57	Alt ekstremitte mononöropatileri	
G58	Mononöropatiler, diğer	
G59*	Mononöropati, başka yerde sınıflanmış hastalıklarda	
G60	Kalıtımsal ve idiyopatik nöropati	
G61	Enflamatuvar polinöropati	
G62	Polinöropatiler, diğer	
G83.0	Üst ekstremitte diplejisi	
G83.1	Alt ekstremitte monoplejisi	
G83.2	Üst ekstremitte monoplejisi	
G83.3	Monopleji, tanımlanmamış	
G83.4	Kauda equina sendromu	(*)
G83.8	Paralitik sendromlar diğer, tanımlanmış	
G83.9	Paralitik sendrom, tanımlanmamış	
H81	Vestibüler fonksiyon bozuklukları	
M08	Juvenil artrit	(*)
M09*	Juvenil artrit, başka yerde sınıflanmış hastalıklarda	(*)
M21	Ekstremitelerin diğer kazanılmış deformiteleri	
M22	Patella bozuklukları	
M23	Dizin iç bozukluğu	

## FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON TANI LİSTESİ

M24	Özel eklem bozuklukları, diğer	
M25.3	Eklemde diğer instabilitesi	
M41	Skolyoz	
M43.6	Tortikollis	
M45	Ankilozan spondilit	(*)
M75	Omuz lezyonları	
M89.0	Algonörodistrofi	
M95.4	Göğüs ve kaburganın kazanılmış deformitesi	
R26	Yürüyüş ve hareket anormallikleri	
R42	Baş dönmesi (Vertigo)	
S42.0	Klavikula kırığı	
S42.1	Skapula kırığı	
S42.2	Humerus üst uç kırığı	
S42.3	Humerus shaft kırığı	
S42.4	Humerus alt uç kırığı	
S42.7	Klavikula, skapula ve humerus birden fazla kırıkları	
S42.8	Omuz ve üst kol diğer kısımlarının kırığı	
S43	Omuz kemeri eklem ve ligamentlerinin çıkık, burkulma ve gerilmesi	
S46	Omuz ve üst kol düzeyinde kas ve tendon yaralanması	
S52.0	Ulna üst uç kırığı	
S52.1	Radius üst ucu kırığı	
S52.2	Ulna shaft kırığı	
S52.3	Radius shaft kırığı	
S52.4	Ulna ve radius shaftlarının kırığı	
S52.5	Radius alt uç kırığı	
S52.6	Ulna ve radius alt uç kırığı	
S52.7	Ön kol birden fazla kırıkları	
S52.8	Ön kol diğer kısımlarının kırığı	
S53	Dirsek eklem ve ligamentlerinin çıkık, burkulma ve gerilmesi	
S62	El bileği ve el düzeyinde kırık	
S64.0	El bileği ve el düzeyinde ulnar sinir yaralanması	
S64.1	El bileği ve el düzeyinde median sinir yaralanması	
S64.2	El bileği ve el düzeyinde radial sinir yaralanması	
S64.3	Başparmak dijital siniri yaralanması	
S64.4	Parmağın dijital sinirinin diğer yaralanması	
S64.7	El bileği ve el düzeyinde birden fazla sinir yaralanması	
S64.8	El bileği ve el düzeyinde diğer sinirlerin yaralanması	
S66.0	El bileği ve el düzeyinde başparmak uzun fleksör kas ve tendonunun yaralanması	
S66.1	Parmağın fleksör kas ve tendonunun diğer yaralanması	
S66.2	El bileği ve el düzeyinde baş parmak ekstansör kas ve tendonunun yaralanması	
S66.3	El bileği ve el düzeyinde diğer parmak ekstansör kas ve tendonunun yaralanması	
S66.4	El bileği ve el düzeyinde baş parmak intrinsik kas ve tendonunun yaralanması	
S66.5	El bileği ve el düzeyinde diğer parmak intrinsik kas ve tendonunun yaralanması	
S66.6	El bileği ve el düzeyinde birden fazla fleksör kas ve tendonların yaralanması	
S66.7	El bileği ve el düzeyinde birden fazla ekstansör kas ve tendonların yaralanması	
S66.8	El bileği ve el düzeyinde diğer kas ve tendonların yaralanması	
S67	El bileği ve elin ezilme yaralanması	
S68	El bileği ve elin travmatik amputasyonu	
S72.0	Femur boyun kırığı	
S72.1	Pertrokanterik kırık	
S72.2	Subtrokanterik kırık	
S72.3	Femur shaft kırığı	

## FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON TANI LİSTESİ

S72.4	Femur alt uç kırığı	
S72.7	Femurun birden fazla kırıkları	
S72.8	Femur diğer kısımlarının kırıkları	
S73	Kalça eklem ve ligamentlerinin çıkık, burkulma ve gerilmesi	
S82.0	Patella kırığı	
S82.1	Tibia üst uç kırığı	
S82.2	Tibia shaft kırığı	
S82.3	Tibianın alt uç kırığı	
S82.4	Tek başına fibula kırığı	
S82.5	Medial malleol kırığı	
S82.6	Lateral malleol kırığı	
S82.7	Baldırın birden fazla kırıkları	
S82.8	Alt bacağın diğer kısımlarının kırıkları	
S83	Diz eklem ve ligamentlerinin çıkık, burkulma ve gerilmesi	
S92.0	Kalkaneus kırığı	
S92.1	Talus kırığı	
S92.2	Tarsal kemik(ler)in diğer kırığı	
S92.3	Metatarsal kemik kırığı	
S92.4	Ayak baş parmağı kırığı	
S92.5	Ayak parmağının diğer kırıkları	
S92.7	Ayağın birden fazla kırıkları	
T23.2	El bileği ve elin ikinci derece yanığı	
T23.3	El bileği ve elin üçüncü derece yanığı	
T23.6	El bileği ve elin ikinci derece korozyonlar	
T23.7	El bileği ve elin üçüncü derece korozyonlar	
<b>D GRUBU</b>		
	A-B-C Grubunda yer almayan tanı kodlarındaki fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları	
<p>Açıklama bölümündeki (*) işareti, bölge seans kontrolüne tabi olmayan tanıları gösterir.  Açıklama bölümündeki (**) işareti, robotik rehabilitasyon sistemi uygulamaları yapılabilecek tanıları gösterir.</p>		
<p><b>NOT:</b> Listede; ICD-10 kodları üç karakter olarak yer alıyorsa, bu hastalık sınıflamasının dört karakterli alt kırılımlarını da içermektedir. Ancak dört karakter olarak yer alıyorsa ise sadece o koda ait hastalık sınıflamasını içermektedir.</p>		

## Hiperbarik Oksijen Tedavisi Uygulama Listesi

Endikasyon	ICD - 10 Tam Kodları	İLK SEVKTE SEANS	MAKSİMUM TOPLAM SEANS SAYISI
Dekompresyon hastalığı	T70.3 Dalğc Hastalığı (Dekompresyon Hastalığı)	20	40
Hava veya gaz embolisi	T79.0 Hava Embolisi ( travmatik)	20	40
Karbonmonoksit, siyanid zehirlenmesi, akut daman inhalasyonu	T58 Karbonmonoksitin toksik etkisi T59 Gazlar Damamlar ve Buharların Diğer Toksik Etkisi	5	30
Gözlü gangren	I65.0 Siyanidlerin Toksik Etkisi A48.0 Gazlı Gangren	10	50
Yunnaşak dokunun nekrotizan enfeksiyonları (derialtı, kas, fasya)	M72.5 Fasiit, başka yerde sınırlanmamış L08.8 Deri ve Subkutan dokunun diğer tanımlanmış lokal enfeksiyonları T04 Birde fazla vücut kısımlarının erici yaralanmaları	20	50
Crushi yaralanmaları, kompartman sendromu, diğer akut travmatik iskemiler	T79.3 Travmatik sonrası yara enfeksiyonu, başka yerde sınırlanmamış T79.8 Travmanın diğer erken komplikasyonları T79.9 Travmanın tanımlanmamış erken komplikasyonu	20	50
Yara iyileşmesinin geciktirgi durumlar (diyabetik ve non-diyabetik)	W23 Cisimler arasında sıkıştırılma, yarkalanma, çizilme, basılma E10.5 İnsülin bağımlı DM, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte E10.6 İnsülin bağımlı DM, tanımlanmış diğer komplikasyonuyla birlikte E10.7 İnsülin bağımlı DM, birden fazla komplikasyonuyla birlikte E10.8 İnsülin bağımlı DM, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte E11.5 İnsülin bağımlı olmayan DM, periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte E11.6 İnsülin bağımlı olmayan DM, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte E11.7 İnsülin bağımlı olmayan DM, birden fazla komplikasyonuyla birlikte E11.8 İnsülin bağımlı olmayan DM, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte E13.5 DM, diğer tanımlanmamış periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte E13.6 DM, Diğer tanımlanmamış, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte E13.7 DM, diğer tanımlanmamış birden fazla komplikasyonuyla birlikte E13.8 DM, diğer tanımlanmamış, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte E14.5 DM, tanımlanmamış periferik dolaşım komplikasyonuyla birlikte E14.6 DM, tanımlanmamış, tanımlanmış diğer komplikasyonlarla birlikte E14.7 DM, tanımlanmamış, birden fazla komplikasyonuyla birlikte E14.8 DM, tanımlanmamış, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte I73.1 Trombozitis obliterans-Buerger ülseri I74.2 Üst ekstremit arterlerinin embolizm ve trombozu I74.3 Alt ekstremit arterlerinin embolizm ve trombozu I74.4 Ekstremit arterlerinin embolizm ve trombozu, tanımlanmamış I73.8 Periferik vasküler hastalıklar, diğer tanımlanmamış I73.9 Periferik vasküler hastalıklar, tanımlanmamış R83.0 Alt ekstremitenin variköz venleri, ülserli R83.2 Ülser ve enfeksiyonla birlikte alt ekstremitenin variköz venleri L97 Alt ekstremitenin ülseri, başka yerde sınırlanmamış L98.4 Derinin kronik ülseri, başka yerde sınırlanmamış I89 Dekübit ülseri S91 Ayak bileği ve ayakta açık yaralar T81.3 Operasyon yarısında açılma, başka yerde sınırlanmamış T81.4 Bir işlem sonrası enfeksiyon, başka yerde sınırlanmamış T81.5 Bir işlem sonrası operasyon yararı T81.7 Bir işlem sonrası vasküler komplikasyonlar, başka yerde sınırlanmamış	30	60

## Hiperbarik Oksijen Tedavisi Uygulama Listesi

Endikasyon	ICD - 10 Tam Kodları	İLK SEVKTE SEANS	MAKSİMUM TOPLAM SEANS SAYISI
Kronik refrakter osteomyelit	M60.2 Malign otitis eksterna	40	80
	M46.3 İntervertebral diskün enfeksiyonu (piyozjenik)		
	M46.4 Dissit tanımlanmamış		
	M86.3 Kronik multifokal osteomyelit		
	M86.4 Kronik osteomyelit, diene sınıs ile		
	M86.5 Kronik hematojenik osteomyelit, diğer		
	M86.6 Kronik Osteomyelit, diğer		
	M86.8 Osteomyelit, diğer		
	M86.9 Osteomyelit, tanımlanmamış		
	T84.5 İlg eklem protezine bağlı enfeksiyon ve inflamatuvar reaksiyon		
	T84.6 İnternal tesbit cihazından (herhangi yer) enfeksiyon ve inflamatuvar reaksiyon		
	T84.7 İnternal ortopedik protez cihazları implantları ve greftlerinin dolaylı diğer enfeksiyonları		
	T84.8 İnternal ortopedik protez cihazları implantları ve greftlerinin diğer komplikasyonları		
	T84.9 İnternal ortopedik protez cihazı, implant ve greftinin tanımlanmamış komplikasyonu		
T87.4 Amputasyon güdüğünün enfeksiyonu			
T87.5 Amputasyon güdüğünün nekrozu			
Radyasyon nekrozları	K62.7 Radyasyon proksitli	30	60
	L58.1 Uzun süreli radyodermatit		
	L58.9 Radyodermatit Tanımlanmamış.		
	N30.4 Radyasyon sistiti		
	T66 Radyasyonun tanımlanmamış etkileri		
Y84.2 Radyolojik uygulama ve radyoterapi sonrası anormal reaksiyon veya geç komplikasyon			
Tutması şüpheli deri flepler ve grefleri	Z94.5 Deri Nakli	20	30
Termal yanıklar	T29.0 Birden fazla bölge yanıkları, dercresi tanımlanmamış	20	30
	T35.1 Birden Fazla Vücut Bölgesinin Doku nekrozuyla birlikte olan donmuş	20	40
Beyin apsesi	G06.0 Kafa içi Apse ve Granülom	20	50
Anoksik ansefalopati	G93.1 Anoksik beyin hasarı, başka yerde sınıflanmamış	20	40
Ani işitme kaybı	H91.2 Ani işitme kaybı	20	40
Retinal arter oklüzyonu	H34.1 Santral Retinal Arter Tıkanıklığı	20	40
	H34.2 Retinal Arter Tıkanıklıkları		
	H34.8 Retinal Vasküler Tıkanıklıklar		
Kafa kemikleri, skranın ve vertebraların akut osteomyelitleri	M46.2 Vertebranın Osteomyelit	40	80
	M86.1 Akut Osteomyelit, Diğer		
	M86.2 Subakut osteomyelit		
Osteonekroz	M87.0 Kemigin İdiopatik Aseptik Nekrozu	30	60

**NOT:** Listede; ICD-10 kodları üç karakter olarak yer alıyorsa, bu hastalık sınıflamasının dört karakterli altı kırımlarında da içermektedir. Ancak dört karakter olarak yer alıyorsa ise sadece o koda ait hastalık sınıflamasını içermektedir.

## “İNTRAOPERATİF NÖROMONİTORİZASYON” İŞLEMİNİN AYRICA FATURALANABİLECEĞİ İŞLEMLER LİSTESİ

EK-2/C Kodu	EK-2/B Kodu	İşlem Adı
P614.050	614050	Posterior segmental enstrümantasyon; 7 veya daha fazla vertebra segmenti
P614.100	614100	Kifektomi
P614.120	614120	Sakrektomi, parsiyel
P614.130	614130	Sakrektomi, total
P614.530	614530	Spine malign kemik tümörünün geniş veya radikal rezeksiyonu
P614.810	614810	Akustik tümör eksizyonu
P615.040	615040	Selektif dorsal rizotomi
P615.530	615530	Köşe tümörleri cerrahisi
P615.610	615610	Ekstratemporal rezeksiyonlar
P615.620	615620	Hemidekortikasyon
P615.630	615630	Hemisferektomi
P615.640	615640	Korpus kallozotomi
P615.650	615650	Selektif amigdalohipokampektomi
P615.660	615660	Subpial insizyon
P615.670	615670	Serebral lobektomi total, mediyal veya lateral
P615.700	615700	Spinal meningomyelosel eksizyonu
P615.710	615710	Spinal disrafizm, kapalı ameliyatları
P615.720	615720	Sakrokoksigeal teratom eksizyonu
P615.750	615750	İntradural, intramedüller vertebra apsesi drenajı
P615.760	615760	Lomber intradural tümör eksizyonu
P615.770	615770	Lomber spinal kord AVM eksizyonu
P615.800	615800	Servikal intradural ekstrapmedüller tümör eksizyonu
P615.810	615810	Servikal intramedüller tümör eksizyonu
P615.820	615820	Servikal spinal kord AVM eksizyonu
P615.840	615840	Torakal intradural ekstrapmedüller tümör eksizyonu
P615.850	615850	Torakal intramedüller tümör eksizyonu
P615.860	615860	Torakal spinal kord AVM eksizyonu
P615.970	615970	Torakal disk eksizyonu
P615.980	615980	Torakal kostatransversektomi ile disk eksizyonu
P615.990	615990	Torakal transtorasik disk eksizyonu
P616.060	616060	Servikal, torakal veya lomber korpektomi, tek omurga
P616.130	616130	Total omurga rezeksiyonu

**YURT DIŞINA TEDAVİYE GÖNDERİLECEKLERE İLİŞKİN  
SAĞLIK KURULU RAPORU**

Raporu Düzenleyen Kurum:

Rapor Tarihi:...../...../.....

Rapor No:.....

Fotoğraf

Genel sağlık sigortalısımın Adı Soyadı : ..... T.C.Kimlik No.....

Hastanın Adı Soyadı : ..... T.C.Kimlik No.....

Hastanın Doğum Yeri / Tarihi : .....

Dosya No : ..... Protokol No : .....

Ana Bilim Dalı/Bilim Dalı/Klinik: .....

Klinik Bulgular:.....

Röntgen ve Laboratuvar Bulguları:.....

Tanı :

Önerilen Tedavi :

Önerilen Tedavinin

Türkiye'de Yapılamama Gerekçeleri:

Karar\* :

Gideceği Ülke :

Şehir:

Sağlık Kurumu :

Sağlık Kurulu Üyeleri

Başhekim

İMZA  
MÜHÜR

\*Bu bölümde tedavi süresi ve tedavi sırasında hastaya refakat gerekli olup olmadığı açıkça belirtilecektir.



## YURT DIŞI TETKİKE İLİŞKİN SAĞLIK KURULU RAPORU

Raporu Düzenleyen Kurum:

Fotoğraf

Rapor Tarihi:...../...../.....

Rapor No:.....

Genel sağlık sigortalısının Adı Soyadı : .....T.C.Kimlik No.....

Hastanın Adı Soyadı : ..... T.C.Kimlik No.....

Hastanın Doğum Yeri / Tarihi :.....

Dosya No : ..... Protokol No :.....

Ana Bilim Dalı/Bilim Dalı/Klinik: .....

Klinik Bulgular:.....

Röntgen ve Laboratuvar Bulguları:.....

Tanı :

Önerilen Tetkik :

Önerilen Tetkikin

Türkiye'de Yapılamama Gerekçeleri:

Karar\* :

Gideceği Ülke :

Şehir:

Sağlık Kurumu :

Sağlık Kurulu Üyeleri

Başhekim

İMZA  
MÜHÜR

\*Bu bölümde, tetkik için hasta yurt dışına gönderilecek ise tetkik süresi ve hastaya refakatin gerekli olup olmadığı açıkça belirtilecektir.

## YURT DIŞI TEDAVİ/ TETKİK İÇİN HASTA İZLEME ÇİZELGESİ

1	Genel Sağlık Sigortalısının Adı Soyadı	
2	Hastanın Adı Soyadı	
3	Hastanın T.C Kimlik No	
4	Yakınlığı	
5	Tanı	
6	Yurt Dışına	Gidiş Tarihi
		Dönüş Tarihi
7	Tedavi/ Tetkik Gideri	
8	Yol Gideri	Hasta
		Refakatçi
9	Gündelik Tutarı	Hasta
		Refakatçi
10	Toplam Ödeme Tutarı	

FORMU DÜZENLEYEN SAĞLIK HİZMETİ SUNUCUSU: .....

Sevk tarihi: ...../...../20....

Sevki yapan birim: .....

Genel sağlık sigortalısının adı soyadı : .....

T.C.Kimlik No : .....

Hastanın adı soyadı : .....

T.C.Kimlik No : .....

Hastanın doğum yeri / tarihi : .....

Dosya No : .....

Protokol No:.....

Tanı : .....

Sevk gerekçesi (\*) : .....

Sevk edildiği branş : .....

Gideceği şehir : .....

Sevk vasıtası : .....

Refakatçi gerekçesi (\*\*): .....

Sevk eden hekim:.....

Kaşe (\*\*\*\*)

İmza

MÜRACAAT EDİLEN SAĞLIK HİZMETİ SUNUCUSU: .....

Sevk nedeniyle müracaat edilen sağlık kurum/kuruluşuna başvuru tarihi :...../...../20...

Müracaat edilen sağlık kurum/kuruluşundan ayrılış tarihi :...../...../20...

...../...../20....- ...../...../20.... tarihleri arasında ayaktan tedavi görmüştür.

...../...../20....- ...../...../20.... tarihleri arasında yatarak tedavi görmüştür.

...../...../20....- ...../...../20.... tarihleri arasında istirahat raporu verilmiştir.

Refakatçi durumu (\*\*\*) : .....

Düzenleyen hekim : .....

Kaşe (\*\*\*\*)

İmza

**SEVK EDİLEN SAĞLIK HİZMETİ SUNUCUSUNA MÜRACAAT SÜRESİ ÜÇ (3) İŞ GÜNÜDÜR.**

(\*) Gerekli teşhis ve tedavi cihazlarının veya ilgili branş uzman hekiminin bulunmaması vb. tıbbi nedenlerin belirtilmesi gerekmektedir.

(\*\*) Refakatlin tıbben gerekli olduğunun gerekçesi ile birlikte belirtilmesi gerekmektedir.

(\*\*\*) Refakatli olarak geldiğinin/kalındığının hekim tarafından belirtilmesi gerekmektedir.

(\*\*\*\*) Kaşede yer alması gereken diğer bilgiler yanında hekimin çalıştığı sağlık hizmeti sunucusunun adının da yer alması (yoksa hekim tarafından elle yazılmış olması) gerekir.

SEVK FORMUNUN ASLI MÜRACAAT EDİLEN SAĞLIK KURUM/KURULUŞUNDAN AYRILIŞ AŞAMASINDA HASTAYA VERİLECEKTİR. (Ancak; 3816 sayılı "Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşlanması Hakkında Kanun" kapsamındaki kişilerin yerleşim yeri dışına yapılan sevklerinde bu sevk formu üç (3) nüsha düzenlenerek, 2 (iki) nüshası hastaya verilecektir.)

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYAT (TL)
	<b>AFEREZ VE KÖK HÜCRE TOPLAMA SETLERİ- FİLTRELERİ VE KAN KOMPOZENT AYIRMA KİTLERİ</b>	
300.010	LÖKOSİT FİLTRESİ ERİTROSİT SÜSPANSİYONU İÇİN	31,00
300.020	LÖKOSİT FİLTRESİ TROMBOSİT SÜSPANSİYONU İÇİN	55,00
300.030	AFEREZ SETİ KÖK HÜCRE TOPLAMA İÇİN	240,00
300.040	AFEREZ SETİ TERAPÖTİK İŞLEMLER İÇİN	240,00
300.050	AFEREZ SETİ TROMBOSİT İÇİN	240,00
300.060	MEMBRAN FİLTRELİ KAN KOMPOZENTİ AYRIŞTIRMA KİTİ-LÖKOSİT FİLTRELİ	209,00
300.070	MEMBRAN FİLTRELİ KAN KOMPOZENTİ AYRIŞTIRMA KİTİ-LÖKOSİT FİLTRESİZ	171,00
	<b>KAN VE KAN ÜRÜNÜ TORBALARI, HER TÜRÜ</b>	
300.130	TORBA, KEMİK İLİĞİ DONDURMA İÇİN	51,00
300.140	TORBA, KEMİK İLİĞİ İLİARVEST	50,00
300.150	TORBA SİSTEMİ HÜCRE YIKAMA İÇİN	15,00
(1) Kordon kanı allojenik amaçlı akrahasında kök hücre naklinde kullanılmak üzere toplanmalı ve bunu yapan merkezin kök hücre nakli yapıyor olması ve kordon kanı bankası olması gerekir. İşlemi yapan merkez hematoloji veya onkoloji merkezi olacak, kordon kanı topladığına dair ilgili merkezin sağlık kurulu rapuru doğum epikrizine eklenmelidir.		
300.110	KÖK HÜCRE TOPLAMA VE DONDURMA KİTİ HEMATOLOJİ İÇİN	800,00
300.120	KÖK HÜCRE TOPLAMA VE DONDURMA KİTİ ONKOLOJİ İÇİN	800,00
300.131	TORBA, KORDON KANI DONDURMA İÇİN	127,00
(1) Kordon kanı allojenik amaçlı akrahasında kök hücre naklinde kullanılmak üzere toplanmalı ve bunu yapan merkezin kök hücre nakli yapıyor olması ve kordon kanı bankası olması gerekir. İşlemi yapan merkez hematoloji veya onkoloji merkezi olacak, kordon kanı topladığına dair ilgili merkezin sağlık kurulu rapuru doğum epikrizine eklenmelidir.		
300.160	KORDON KANI TOPLAMA VE DONDURMA KİTİ	1.093,00
(1) Kordon kanı allojenik amaçlı akrahasında kök hücre naklinde kullanılmak üzere toplanmalı ve bunu yapan merkezin kök hücre nakli yapıyor olması ve kordon kanı bankası olması gerekir. İşlemi yapan merkez hematoloji veya onkoloji merkezi olacak, kordon kanı topladığına dair ilgili merkezin sağlık kurulu rapuru doğum epikrizine eklenmelidir.		
300.190	TORBA, POST OPERATİF OTOTRANSFÜZYON SETİ	116,00
	<b>ASPIRASYON SONDALARI VE SETLERİ</b>	
300.220	ASPIRASYON KATETERİ	0,20
300.230	ASPIRASYON KATETERİ VAKUM KONTROLLÜ	0,70
300.240	ASPIRASYON SONDASI KAPALI SİSTEM (YOĞUN BAKIM HASTALARI İÇİN)	20,00
300.250	ASPIRASYON KATETERİ KAPALI SİSTEM DİSTAL YIKAMAYA OLANAK SAĞLAYAN SİSTEM (YOĞUN BAKIM HASTALARI İÇİN)	27,00
300.270	ASPIRASYON TORBASI	1,75
300.280	ASPIRASYON SONDA SİSTEMİ (TORBA VE SONDA DAHİL)	4,70
	<b>NAZOGASTRİK SONDALAR</b>	
300.310	SONDA, NAZOGASTRİK	0,31
300.320	MİDE YIKAMA SONDALARI (BALONLU FOŞER SONDA)	7,33
	<b>NELATON SONDALAR</b>	
300.410	SONDA, NELATON	0,25
300.420	SONDA, NELATON KAÜÇÜK	2,90
	<b>ÜRİNER SİSTEM SONDA, TORBA VE KATETERLERİ</b>	
300.500	İDRAR TORBASI	0,30
300.510	İDRAR TORBASI MUSLUKLU 2000 CC.	0,27
300.520	İDRAR TORBASI STERİL MUSLUKLU 2000 CC.	1,50
300.530	İDRAR TORBASI 100 CC.ERKEK İÇİN STERİL	0,05
300.540	İDRAR TORBASI 100 CC.KIZ İÇİN STERİL	0,06
300.550	İDRAR TORBASI, SAATLİ	8,50
300.600	SONDA, PREZERVATİF	0,49
300.660	SONDA, HİDROFİLİK KENDİNDEN KAYGANLAŞTIRICILI	1,35
(1) Sağlık kurumlarına temin edilmiş halinde sağlık rapuru aranmaz.		
300.670	SONDA, HİDRO KİT (KENDİNDEN JELLİ)	2,85
300.680	SONDA, FOLEY İKİ YOLLU SİLİKOLATEX	8,00
300.700	SONDA, FOLEY İKİ YOLLU POLİVINİLKLORÜR	20,00
300.701	SONDA, FOLEY İKİ YOLLU LATEX	5,50
	<b>ENTERAL VE PARENTERAL BESLENME SONDA, TORBA VE SETLERİ</b>	
300.710	SET TRANSFER PARENTERAL BESLENME	45,00
300.720	TORBA, PARENTERAL BESLENME (150-250-500-1000-2000 ml.)	8,50
300.850	TORBA, PARENTERAL BESLENME (3000-4000 ml.)	8,50
300.770	ENTERAL BESLENME POMPA SETİ (TORBALI)	5,50
300.780	ENTERAL BESLENME POMPA SETİ (ŞİŞE KAPAKLI)	5,00
300.790	ENTERAL BESLENME SETİ GRAVİTE	3,50
300.810	BESLENME KATETERİ	0,25
300.820	TÜP NAZODUEDONAL BESLENME	12,00
300.830	BESLENME TÜPÜ	12,00
300.840	BESLENME TÜPÜ NAZOGASTRİK	9,00
	<b>AYARLAYICI MAYI VE KAN SETLERİ, HER TÜRÜ</b>	
300.910	DAMLA AYARLAYICISI	1,50
300.920	SET POMPA İŞİGA DİRENÇLİ	12,75
300.930	SET POMPA STANDART İNFÜZYON	8,82
300.940	POMPA İKİ GÜNLÜK	43,00
300.950	POMPA BEŞ GÜNLÜK	44,00
300.960	POMPA YEDİ GÜNLÜK	43,00
300.931	SET POMPA ENTERAL YIKAMALI	10,00
300.970	SET POMPA KAN VERME İÇİN	6,00
300.980	POMPA SET AĞRI İÇİN (HASTA KONTROLLÜ ANALJEZİ SİSTEMİ)	21,50
300.981	SET KAN VE SIVI İSTAMA İÇİN	37,83
300.982	POMPA, SABİT HIZLI İNFÜZYON İÇİN	60,00
300.986	VEN VALFİ, İĞNESİZ	2,75
300.987	ARTER VALFİ, İĞNESİZ	2,75
300.988	VEN VALFİ, İĞNESİZ, İKİLİ	7,50
300.989	VEN VALFİ, İĞNESİZ, ÜÇLÜ	10,50

300.990	SERUM VALFİ	6,00
300.991	DEFERAL POMPA SETİ (THALASEMİ İNFÜZYON SETİ)	4,72
(1) Sağlık kurumlarına temin edilmesi halinde sağlık raporu aranmaz.		
300.995	İNŞÜLİN RESERVOİR	2,54
300.983	POMPA, HASTA KONTROLLÜ SABİT HIZLI İNFÜZYON İÇİN	100,00
300.984	POMPA, HIZLI AYARLANABİLİR İNFÜZYON İÇİN	100,00
300.985	POMPA, HIZLI AYARLANABİLİR VE HASTA KONTROLLÜ İNFÜZYON İÇİN	140,00
<b>KOLOSTOMİ VE İLEOSTOMİ MALZEMELERİ</b>		
301.010	KOLOSTOMİ TORBASİ (TEK PARÇALI ALTTAN BOŞALTMALI)(FİLTRE DAHİL)	2,80
301.020	KOLOSTOMİ ADAPTÖRÜ	4,50
301.021	KOLOSTOMİ TORBASİ (ADAPTÖR İÇİN) (FİLTRE DAHİL)	2,80
301.030	İLEOSTOMİ TORBASİ (TEK PARÇALI ALTTAN BOŞALTMALI) (FİLTRE DAHİL)	2,80
301.040	İLEOSTOMİ ADAPTÖRÜ	4,50
301.041	İLEOSTOMİ TORBASİ (ADAPTÖR İÇİN) (FİLTRE DAHİL)	2,80
301.050	MACUN, İLEOSTOMİ	9,50
301.060	PASTA, KOLOSTOMİ	9,50
<b>LAVMAN SETLERİ</b>		
301.110	LAVMAN SETİ	0,50
<b>HASTA HİJYENİ İÇİN KULLANILAN BAKIM MALZEMELERİ</b>		
301.210	AĞIZ BAKIM SETİ (GÜNLÜK KULLANIM İÇİN)	2,00
301.211	VÜCUT BAKIM SETİ (REANİMASYONDA HAFTADA 2 KEZ)	21,00
301.220	HASTA ALT BEZİ (YATARAK TEDAVİLERDE EPIKRİZE GÖRE DEĞERLENDİRİLECEK)	0,60
301.221	HASTA İSİTMA BLANKETİ	38,00
<b>TOPIKAL NEGATİF BASINÇ MALZEMELERİ</b>		
(1) Değişim aralığı en az 48 (kırk sekiz) saat olmak şartıyla kaviter ve/veya ekodah kronik yaralarda kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.		
301.222	VAKUM YARDIMLI KÜÇÜK VE ORTA KAPAMA SETİ	135,00
301.223	VAKUM YARDIMLI BÜYÜK KAPAMA SETİ	200,00
301.224	VAKUM YARDIMLI TOPLAMA SETİ	210,00
<b>BIOPSİ İĞNESİ, HER TÜRLÜ</b>		
301.500	İĞNE, SONOPSİ	39,00
<b>PERİFERİK VE SANTRAL SİNİR BLOKLARI İĞNE VE KATETERLERİ</b>		
301.510	SET, EPİDURAL KATETER	22,00
301.520	SET, SPİNO EPIDURAL KOMBİNE	36,53
301.530	SET, PERİFERİK SİNİR BLOK KATETERİ	45,00
301.540	İĞNE, PERİFERİK SİNİR BLOĞU	20,00
301.720	İĞNE, SPİNAL QUINCKE UÇLU	1,40
301.730	İĞNE, SPİNAL (ATRAVMATİK)	21,00
<b>UMBİLİKAL KATETERLER</b>		
301.810	KATATER, UMBİLİKAL VEZOZ	2,88
301.820	KATATER, UMBİLİKAL ARTER	8,37
<b>BASINÇ İZLEME SETLERİ</b>		
302.110	BASINÇ SETİ TRANSDÜCERLİ (TEK Lİ)	14,16
302.120	BASINÇ SETİ TRANSDÜCERLİ (ÇİFT Lİ)	21,62
301.740	LP MANOMETRE PEDIATRİK DISP.	13,00
301.750	LP MANOMETRE CAM TEKLİ	1,49
301.760	MANOMETRE CVP	2,59
<b>CUT-DOWN KATETERLER</b>		
302.410	KATATER CUT-DOWN	3,47
<b>DİYALİZ SARF MALZEMELERİ</b>		
302.530	BAĞLANTI ADAPTÖRÜ, PERİTON DİYALİZ KATETERİ İÇİN, PLASTİK	19,80
302.531	BAĞLANTI ADAPTÖRÜ, PERİTON DİYALİZ KATETERİ İÇİN, İTANYUM	55,00
302.540	SET, ARA BAĞLANTI, PERİTON DİYALİZ KATETERİ İÇİN	22,20
302.541	PRİTON DİYALİZ MİNİ KAPAK	0,55
302.542	CYCLER DRENAJ SETİ	4,85
302.543	HOMECHOİCE ALETLİ PD SETİ	8,95
302.544	HOMECHOİCE DÜŞÜK RESÜRKÜLASYON HACİMLİ APD SETİ	8,95
302.545	SLEEP-SAFE SET PLUS	10,00
302.546	PD-NIGHT VARIO PLUSSYSTEM WITH PIN	10,00
302.547	SLEEP-SAFE SFT PAFD	10,00
302.510	KATETER, PERİTON DİYALİZ, ERİŞKİN	179,30
302.520	KATETER, PERİTON DİYALİZ, PEDIATRİK	115,00
<b>AIRWAY</b>		
302.610	AİR-WAY ORAL	0,30
302.620	AİR-WAY NAZAL	146,61
<b>VENTİLASYON, NEBÜLİZATÖR VE SOLUNUM CİHAZI SARF MALZEMELERİ</b>		
302.710	SET, NEBÜLİZER, ERİŞKİN	1,35
302.730	IIASTA DEVRESİ, PEDIATRİK	46,00
302.740	IIASTA DEVRESİ, ERİSKİN	46,00
302.750	IIHALASYON TEDAVİ CEMBERİ (AEROCİHAMBER)	19,36
302.790	SOLUNUM DEVRESİ (T-PIECE)	25,13
302.800	TRİFLU (SOLUNUM EGZERSİZ ALETİ)	3,75
302.810	FİLTRE, BAKTERİ, NEM TUTUCU (HMEF)	3,93
302.820	FİLTRE, VENTİLATOR İÇİN	5,92
302.830	FİLTRE, BAKTERİ	1,75
302.840	OKSİJEN GAZI 10 LT.	4,00
<b>KÜVÖZ SARF MALZEMELERİ</b>		
302.910	FİLTRE, BAKTERİ	26,22
302.920	İSİ NEM TUTUCU, NEONATAL	18,74
<b>ENDOTRAKEAL TÜP VE ENTÜBASYON TÜPLERİ, HER TÜRLÜ</b>		
303.120	TÜP, ENDOTRAKEAL, BALONLU	1,00
303.130	TÜP, ENDOTRAKEAL, BALONSUZ	0,73
303.140	TÜP, ENDOTRAKEAL, SİRALLI, BALONLU	10,18

303.150	TÜP. ENDOTRAKEAL. SİRALLI. BALONSUZ	10,47
303.200	TÜP. ENDOTRAKEAL. BALONLU. SUB GLOTTİK ASPIRASYON KANALI	20,00
<b>ENDOBRONŞİAL TÜP. HER TÜRLÜ</b>		
303.210	TÜP. ENDOBRONŞİAL. SAĞ-SOL	62,30
<b>LAPAROSKOPI SARF MALZEMELERİ. DİSPOSABLE OLANLAR</b>		
303.310	VİRFES İĞNESİ	25,00
303.320	TROKAR, 5MM	61,00
303.330	TROKAR, 10-11 MM ÇAP DÜŞÜRÜCÜLÜ	63,02
303.340	TROKAR, 12MM	80,00
303.450	ENDOSKOPIK SPESMEN TORBASI, KÜÇÜK	86,57
303.350	TROKAR, 15MM	138,57
303.360	ENDOSKOPIK MONOPOLAR MAKAS, 5MM	118,88
303.370	ENDOSKOPIK MONOPOLAR DİSEKTÖR, 5MM	166,00
303.380	ENDOSKOPIK GRASPER, 5MM	200,00
303.390	ENDOSKOPIK DIŞLI TUTUCU, 5MM (CLİNCH V.B)	152,00
303.400	ENDOSKOPIK BABCOCK, 10MM	227,00
303.410	ENDOSKOPIK ORGAN RETRAKTÖRÜ, 10MM	296,40
303.420	ENDOSKOPIK KLİP ATICI, 5MM	190,00
303.430	ENDOSKOPIK KLİP ATICI, 10MM ML (MEDIUM)	225,00
303.440	ENDOSKOPIK KLİP ATICI, 10MM L (LARGE)	223,00
303.460	ENDOSKOPIK SUCTION&İRRİGASYON, 5 MM	104,18
303.470	ENDOSKOPIK SUCTION&İRRİGASYON, 10 MM	131,36
<b>ABSORBE OLMAYAN CERRAHİ SÜTÜRLER</b>		
305.250	CERRAHİ SÜTÜR, POLİPROPİLEN, MONOFİLAMENT, NO:8-0, YUVARLAK ÇİFT İĞNE	25,00
305.260	CERRAHİ SÜTÜR, POLİPROPİLEN, MONOFİLAMENT, NO:5-0, TAPERGÜT ÇİFT İĞNE	16,60
305.261	CERRAHİ SÜTÜR, POLİPROPİLEN, MONOFİLAMENT, NO:5-0, KESKİN İĞNE	12,00
305.270	CERRAHİ SÜTÜR, POLİPROPİLEN, MONOFİLAMENT, NO:4-0, YUVARLAK ÇİFT İĞNE	9,00
305.271	CERRAHİ SÜTÜR, POLİPROPİLEN, MONOFİLAMENT, NO:4-0, KESKİN İĞNE	9,00
305.280	CERRAHİ SÜTÜR, POLİPROPİLEN, MONOFİLAMENT, NO:3-0, YUVARLAK ÇİFT İĞNE	6,50
305.281	CERRAHİ SÜTÜR, POLİPROPİLEN, MONOFİLAMENT, NO:3-0, KESKİN İĞNE	6,00
305.290	CERRAHİ SÜTÜR, POLİPROPİLEN, MONOFİLAMENT, NO:0	6,70
305.300	CERRAHİ SÜTÜR, POLİPROPİLEN, MONOFİLAMENT, NO:2-0, YUVARLAK ÇİFT İĞNE	7,50
305.301	CERRAHİ SÜTÜR, POLİPROPİLEN, MONOFİLAMENT, NO:2-0, KESKİN İĞNE	8,00
305.310	CERRAHİ SÜTÜR, POLİPROPİLEN, MONOFİLAMENT, NO:1	6,50
305.330	CERRAHİ SÜTÜR, POLİPROPİLEN, MONOFİLAMENT, 6/0 YUVARLAK ÇİFT İĞNE	9,00
305.331	CERRAHİ SÜTÜR, POLİPROPİLEN, MONOFİLAMENT, NO:6-0, KESKİN İĞNE	8,00
305.340	CERRAHİ SÜTÜR, POLİPROPİLEN, MONOFİLAMENT, 7/0 YUVARLAK ÇİFT İĞNE	13,48
305.350	CERRAHİ SÜTÜR, POLİPROPİLEN, MONOFİLAMENT, 10/0, ÇİFT İĞNE, 20 CM LOOP	33,46
305.360	CERRAHİ SÜTÜR, HEXAFOUROPROPLYNE-VDF, NO:7/0, 9 MM 75 CM	46,00
305.370	CERRAHİ SÜTÜR, HEXAFOUROPROPLYNE-VDF, NO:6/0, 9 MM 75 CM	44,92
305.380	CERRAHİ SÜTÜR, ÇELİK TEL, MONOFİLAMENT	8,45
305.390	CERRAHİ SÜTÜR, ÇELİK TEL, MONOFİLAMENT, 4/0 PULL OUT, TENDON DİKİSİ 26 MM TAPERÇUT EĞRİ, 15 MM DÜZ ÇİFT İĞNE	69,00
305.400	CERRAHİ SÜTÜR, POLİYESTER, ÖRGÜLÜ, NO:5 75 CM TAPERGÜT İĞNE 55 MM	21,19
305.410	CERRAHİ SÜTÜR, POLİYESTER, ÖRGÜLÜ, 5/0 45 CM SPATULA ÇİFT İĞNE 14, 8 MM, 340 MICRON	25,00
305.420	CERRAHİ SÜTÜR, POLİYESTER, ÖRGÜLÜ, NO:0, 90 CM TAPERÇUT ÇİFT İĞNE 25 MM.	11,44
305.430	CERRAHİ SÜTÜR, POLİYESTER, ÖRGÜLÜ, 2/0, YUVARLAK ÇİFT İĞNE	9,39
305.440	CERRAHİ SÜTÜR, POLİYESTER, ÖRGÜLÜ, 3/0, YUVARLAK ÇİFT İĞNE	9,00
305.450	CERRAHİ SÜTÜR, POLİYESTER, ÖRGÜLÜ, 4/0, TAPERÇUT ÇİFT İĞNE	10,00
305.460	CERRAHİ SÜTÜR, İPEK, ÖRGÜLÜ, NO:1 İLE 5/0 ARALIĞI, YUVARLAK VEYA KESKİN İĞNE	2,50
305.461	CERRAHİ SÜTÜR, İPEK, ÖRGÜLÜ, 6/0 İLE 7/0 ARASI, SPATULA ÇİFT İĞNE	26,00
305.462	CERRAHİ SÜTÜR, İPEK, ÖRGÜLÜ, İĞNESİZ	1,90
305.470	CERRAHİ SÜTÜR, POLİYAMİD YADA POLİVİNİLFLORİD, MONOFİLAMENT, NO:1 İLE 3/0 ARASI, YUVARLAK VEYA KESKİN İĞNE	6,00
305.480	CERRAHİ SÜTÜR, POLİYAMİD YADA POLİVİNİLFLORİD, MONOFİLAMENT, 4/0 -6/0 ARASI	6,00
305.490	CERRAHİ SÜTÜR, POLİYAMİD YADA POLİVİNİLFLORİD, MONOFİLAMENT, 7/0-8/0 ARASI	20,00
305.500	CERRAHİ SÜTÜR, POLİYAMİD YADA POLİVİNİLFLORİD, MONOFİLAMENT 9/0-10/0 ARASI	35,00
<b>ABSORBE OLAN CERRAHİ SÜTÜRLER</b>		
305.520	CERRAHİ SÜTÜR, POLİGLAKTİN VEYA LAKTOMER, EMİLEBİLEN, ÖRGÜLÜ, NO:2	6,71
305.530	CERRAHİ SÜTÜR, POLİGLAKTİN VEYA LAKTOMER, EMİLEBİLEN, ÖRGÜLÜ, NO:1	6,71
305.540	CERRAHİ SÜTÜR, POLİGLAKTİN VEYA LAKTOMER, EMİLEBİLEN, ÖRGÜLÜ, NO:0	6,50
305.550	CERRAHİ SÜTÜR, POLİGLAKTİN VEYA LAKTOMER, EMİLEBİLEN, ÖRGÜLÜ, NO:2:0	8,00
305.560	CERRAHİ SÜTÜR, POLİGLAKTİN VEYA LAKTOMER, EMİLEBİLEN, ÖRGÜLÜ, NO:3:0	8,00
305.580	CERRAHİ SÜTÜR, POLİGLAKTİN VEYA LAKTOMER, EMİLEBİLEN, ÖRGÜLÜ, NO:4:0	8,00
305.590	CERRAHİ SÜTÜR, POLİGLAKTİN VEYA LAKTOMER, EMİLEBİLEN, ÖRGÜLÜ, NO:5:0	9,50
305.600	CERRAHİ SÜTÜR, POLİGLAKTİN VEYA LAKTOMER, EMİLEBİLEN, ÖRGÜLÜ, 6/0, YUVARLAK VEYA KESKİN İĞNE	9,90
305.601	CERRAHİ SÜTÜR, POLİGLAKTİN VEYA LAKTOMER, EMİLEBİLEN, ÖRGÜLÜ, 6/0, SPATULA ÇİFT İĞNE	28,00
305.610	CERRAHİ SÜTÜR, POLİGLAKTİN VEYA LAKTOMER, EMİLEBİLEN, ÖRGÜLÜ, 12X45 VEYA 10X50	21,50
305.620	CERRAHİ SÜTÜR, POLİGLİKOLİK ASİT, EMİLEBİLEN, ÖRGÜLÜ, NO:1 İLE 3/0 ARASI	2,00
305.621	CERRAHİ SÜTÜR, POLİGLİKOLİK ASİT, EMİLEBİLEN, ÖRGÜLÜ, 4/0 İLE 8/0 ARASI	4,00
305.622	CERRAHİ SÜTÜR, POLİGLİKOLİK ASİT, EMİLEBİLEN, ÖRGÜLÜ, 7/0 İLE 8/0 ARASI	15,50
305.623	CERRAHİ SÜTÜR, POLİGLİKOLİK ASİT, EMİLEBİLEN, ÖRGÜLÜ, İĞNESİZ, 1,5 METRE	3,00
305.624	CERRAHİ SÜTÜR, POLİGLİKOLİK ASİT, EMİLEBİLEN, ÖRGÜLÜ, İĞNESİZ, 12X45 VEYA 10X50 (5 METRE)	22,00
305.625	CERRAHİ SÜTÜR, POLİGLAKTİN VEYA LAKTOMER ÖRGÜLÜ İĞNESİZ 1,5 METRE	7,00
305.626	CERRAHİ SÜTÜR, POLİGLAKTİN VEYA LAKTOMER ÖRGÜLÜ İĞNESİZ 12X45 VEYA 10X50	22,00
305.630	CERRAHİ SÜTÜR, POLİGLAKTİN, HIZLI EMİLEBİLEN, ÖRGÜLÜ	15,00
305.640	CERRAHİ SÜTÜR, POLİGLİTON 6211 VEYA ESDEĞERİ HIZLI EMİLEBİLEN, ÖRGÜSÜZ	18,00
305.710	CERRAHİ SÜTÜR, POLİDİYOKSANON, ÖRGÜSÜZ, NO:1 VE NO:0 (LOOP)	12,00
305.711	CERRAHİ SÜTÜR, POLİDİYOKSANON, ÖRGÜSÜZ, 2/0 İLE 4/0 ARASI	11,00
305.712	CERRAHİ SÜTÜR, POLİDİYOKSANON, ÖRGÜSÜZ, 5/0 İLE 7/0 ARASI	35,00
305.720	CERRAHİ SÜTÜR, POLİGLİKAPRON, ÖRGÜSÜZ	8,27
305.721	CERRAHİ SÜTÜR, POLİGLAKTİN, ANTİBAKTERİYEL	5,00
<b>KOTER İÇİN SARF MALZEMELER</b>		
306.010	KOTER PLAGI	2,43

306.020	KOTER UCU VE KALEMİ	2,00
	<b>CERRAHİ ELDİVENLER, STERİL</b>	
306.110	CERRAHİ ELDİVEN, LATEX İÇERMEYEN	6,00
306.120	CERRAHİ ELDİVEN, PUDRASIZ	0,50
306.130	CERRAHİ ELDİVEN	0,34
	<b>NAZAL MASKELER</b>	
306.220	MASKE, STANDART CPAP	40,00
306.260	MASKE, HAZNESİZ NFBULUZER	1,50
306.270	MASKE, HAZNELİ PEDIATRİK	2,75
306.280	MASKE, HAZNELİ -ERİŞKİN	2,80
306.221	SET CPAP (MASKE, PEEP VALVİ, SET)	140,00
306.230	MASKE, NAZAL BAĞLAMA SETLİ, NONİNVAZİV VENTİLYASYON İÇİN SİLİKON ESASLI (YOĞUN BAKIM VE GÖĞÜS HASTALIKLARINDA)	187,37
306.240	MASKE, NAZAL KÜÇÜK BOY BAĞLAMA SETLİ, NONİNVAZİV VENTİLYASYON İÇİN (YOĞUN BAKIM VE GÖĞÜS HASTALIKLARINDA)	111,00
306.250	MASKE, NAZAL ORTA BOY BAĞLAMA SETLİ, NONİNVAZİV VENTİLYASYON İÇİN	141,00
306.290	MASKE, ORA NAZAL BAĞLAMA SETLİ, NONİNVAZİV VENTİLYASYON İÇİN SİLİKON ESASLI (YOĞUN BAKIM VE GÖĞÜS HASTALIKLARINDA)	200,00
306.300	MASKE, ORA NAZAL KÜÇÜK BOY BAĞLAMA SETLİ, NONİNVAZİV VENTİLYASYON İÇİN (YOĞUN BAKIM VE GÖĞÜS HASTALIKLARINDA)	200,00
306.301	MASKE, ORA NAZAL ORTA BOY BAĞLAMA SETLİ, NONİNVAZİV VENTİLYASYON İÇİN (YOĞUN BAKIM VE GÖĞÜS HASTALIKLARINDA)	200,00
	<b>LUMBAL DRENAJ SETLERİ</b>	
306.320	DREN AJ SİSTEMİ 2000 CC.	8,00
306.330	DREN AJ SİSTEMİ 700 CC.	7,00
306.310	DREN AJ SETİ LUMBAL	230,00
	<b>KANAMA DURDURMADA KULLANILAN MALZEMELER</b>	
306.510	EMİLİBİLİR JELATİN SPONGE, (SPONGOSTAN VE HFNZERİ)	4,00
306.520	EMİLİBİLİR SELÜLOZ KANAMA DURDURUCU, (SURGİCEL vb) 5x35 CM	35,00
306.530	EMİLİBİLİR SELÜLOZ KANAMA DURDURUCU, (SURGİCEL vb) 5x7 CM	18,00
306.550	KEMİK MUMU 2,5 GR.	3,80
306.551	KANAMA DURDURUCU AJAN LİKİT (1cc'lik)	84,00
306.552	KANAMA DURDURUCU AJAN SPANCI	7,50
306.554	KANAMA DURDURUCU SWAP	1,50
306.540	EMİLİBİLİR SELÜLOZ KANAMA DURDURUCU, (SURGİCEL vb) 10.2x10.2 FİBRİLLER YAPIDA	148,00
306.553	KANAMA DURDURUCU AJAN SPREYİ (2,5cc'lik)	195,00
	<b>DRENLER</b>	
307.060	DREN, 30-50 ML.	3,60
307.070	DREN, 100-200 ML.	4,50
307.080	DREN, 300-500 ML.	5,86
	<b>GASTROENTEROLOJİ</b>	
308.010	SNARE POLİPEKTOMİ	43,00
308.020	İĞNE, SKLEROTERAPİ	38,00
308.040	KATETER, ERCP, STANDART	38,00
308.050	KATETER, ERCP, İNCE UÇLU (TAPERED)	48,00
308.100	SFINKTEROTOM, İĞNE UÇLU	91,00
308.190	STENT, BİLİER, PLASTİK	40,00
308.300	TÜP, SENGSTAKEN BLAKEMOORE	47,00
308.310	TÜP, REKTAL	1,60
308.330	KEMENT BİRAKILABİLİR (DETACHABLE)	71,00
308.340	CYANOACRYLAT 0,5 ML LİK (GASTROENTEROLOJİK AMAÇLI KULLANIM)	35,00
308.360	LİGASYON LASTİĞİ (HEMORİD)	1,30
308.030	HEATER KATETER PROB	1.330,00
308.060	SFINKTEROTOM, STANDART	224,00
308.070	SFINKTEROTOM, PRECUT	470,00
308.080	SFINKTEROTOM, İNCE UÇLU (TAPERED)	470,00
308.090	SFINKTEROTOM, PRECUT İNCE UÇLU (TAPERED)	109,00
308.110	SFINKTEROTOM, ÇİFT LÜMENLİ	156,00
308.120	KILAVUZ TEL, (ERCP İÇİN)	155,00
308.140	BASKET, ERCP İÇİN	245,00
308.150	SET LİTOTRİPSİ, (ENDOSKOP İÇİNDE LİTOTRİPSİ YAPAN)	460,00
308.160	BALON, ERCP İÇİN	148,00
308.170	BİLİER SİTOLOJİ FIRÇASI	113,00
308.180	SFINKTEROTOM BALONLU	335,00
308.200	STENT, BİLİER, METALİK, ENDOSKOPIK	733,79
308.210	TÜP, NAZO BİLİER	208,00
308.220	BİLİER DİLATASYON BALONU	228,00
308.230	PİLOR DİLATASYON BALONU	309,00
308.240	ÖZEFAGUS AKALASYA DİLATASYON BALONU	600,00
308.250	ÖZEFAGUS BAND LİGASYON SETİ, TEKLİ	350,00
308.260	ÖZEFAGUS BAND LİGASYON SETİ, ÇOKLU	224,00
308.280	STENT, ÖZEFAGUS, METALİK, ENDOSKOPIK	869,00
308.290	SET, GASTROSTOMİ PERKÜTAN ENDOSKOPIK	153,00
308.320	CLİPS ENDOSKOPIK	120,00
308.350	ENDOSKOPIK MARKER	150,00
308.370	KATETER, PH METRE	139,00
308.380	KATETER, ÖZEFAGUS MANOMETRE	587,29
308.390	KATETER, ANOREKTAL MANOMETRE	822,20
308.400	ENDOSONOĞRAFI BİOPSİ İĞNESİ	400,00
308.410	ENDOSONOĞRAFI BİOPSİ KATETERİ	2.900,00
	<b>YARA BAKIM ÜRÜNLERİ</b>	
380.010	HYDROCOLLOID İÇERİKLİ YARA ÖRTÜŞÜ KÜÇÜK	2,39

(1) Yüzeysel, az eksudalı yaralar ve/veya postoperatif dönemde dikişlerin üzerine kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır.	
380.011   HYDROCOLLOID İÇERİKLİ YARA ÖRTÜSÜ ORTA	4,02
(1) Yüzeysel, az eksudalı yaralar ve/veya postoperatif dönemde dikişlerin üzerine kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.	
380.012   HYDROCOLLOID İÇERİKLİ YARA ÖRTÜSÜ BÜYÜK	10,15
(1) Yüzeysel, az eksudalı yaralar ve/veya postoperatif dönemde dikişlerin üzerine kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.	
380.020   KÖPÜKLÜ VEYA FİBER İÇERİKLİ YARA ÖRTÜSÜ KÜÇÜK	3,25
(1) Bol eksudalı yaralar ve/veya masere yaralarda kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.	
380.021   KÖPÜKLÜ VEYA FİBER İÇERİKLİ YARA ÖRTÜSÜ ORTA	4,92
(1) Bol eksudalı yaralar ve/veya masere yaralarda kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır.	
380.022   KÖPÜKLÜ VEYA FİBER İÇERİKLİ YARA ÖRTÜSÜ BÜYÜK	11,33
(1) Bol eksudalı yaralar ve/veya masere yaralarda kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır.	
Tıbbi malzeme alan tanımına ait ödeme kriterleri ve/veya kuralları, bulunduğu satırın altında yer almaktadır. Tıbbi malzeme alan tanımlarını kapsayan başlığın altında yer alan ödeme kriterleri ve/veya kuralları, başlığın altındaki tüm malzeme alan tanımlarına aittir.	

**KURUMCA BEDELİ KARŞILANMAYAN TIBBİ MALZEMELER****EK-3B****EK-3/B-1: İŞLEM PUANINA DAHİL BASİT SİHHİ SARF MALZEMELER****EK-3/B-2: KURUMCA BEDELİ KARŞILANMAYAN DİĞER TIBBİ MALZEMELER**



İŞLEM PUANINA DAHİL BASİT SİHİHİ SARF MALZEMELER		AKIKLAMA
SIRA NO	TİBBİ MALZEME ADI	
1	Bistitri ucu veya disposable bistitri	Cerrahi malzemeler
2	Çam ağacı tek. çift taraflı	Cerrahi malzemeler
3	Fernöz dren	Cerrahi malzemeler
4	Eldiven (cerrahi steril eldiven hariç)	Cerrahi malzemeler
5	Aspiratör ucu ve başlı	Cerrahi malzemeler
6	Disposable kep, muske, gölge, örtü	Cerrahi malzemeler
7	İlastane tekstilli olan ürünler	Cerrahi malzemeler
8	Süt sağma seti	Cerrahi malzemeler
9	Keton sırtpleri	Cerrahi malzemeler
10	Disposable enjektör (1,2,5,10,20 ve 50 cc likler) (yatarak tedavilerde)	Enjeksiyon, kateter malzemesi ve amestezide kullanılan malzeme
11	Disposable enjektör- iğnesi	Enjeksiyon, kateter malzemesi ve amestezide kullanılan malzeme
12	Oksijen maskesi	Enjeksiyon, kateter malzemesi ve amestezide kullanılan malzeme
13	Türnikle	Sargı-panmuk-flaster-ateller ve diğer pansuman malzemesi
14	Gazlı bez ve çeşitleri	Sargı-panmuk-flaster-ateller ve diğer pansuman malzemesi
15	Fındık lampion	Sargı-panmuk-flaster-ateller ve diğer pansuman malzemesi
16	Her türlü flaster, sanifiks ve hipovalerlik flasterler, IV kateter sabitleyici v.b)	Sargı-panmuk-flaster-ateller ve diğer pansuman malzemesi
17	Kağıt bant	Sargı-panmuk-flaster-ateller ve diğer pansuman malzemesi
18	Lastik bant (esmach bandaj, elastik bandaj, turnike)	Sargı-panmuk-flaster-ateller ve diğer pansuman malzemesi
19	Mermereşahi	Sargı-panmuk-flaster-ateller ve diğer pansuman malzemesi
20	Ped	Sargı-panmuk-flaster-ateller ve diğer pansuman malzemesi
21	Panmuk ve çeşitleri	Sargı-panmuk-flaster-ateller ve diğer pansuman malzemesi
22	Sargı bezi ve çeşitleri	Sargı-panmuk-flaster-ateller ve diğer pansuman malzemesi
23	Alçı	Sargı-panmuk-flaster-ateller ve diğer pansuman malzemesi
24	Diyalizli hastalarda banyo bandı (opside bandı /sprey)	Sargı-panmuk-flaster-ateller ve diğer pansuman malzemesi
25	Çam tüp	Sargı-panmuk-flaster-ateller ve diğer pansuman malzemesi
26	İdrar dâmsinresi	Her türlü laboratuvar malzemesi
27	Kültür tüplü	Her türlü laboratuvar malzemesi
28	Lam	Her türlü laboratuvar malzemesi
29	Lamel	Her türlü laboratuvar malzemesi
30	Lancet	Her türlü laboratuvar malzemesi
31	Petri kutusu	Her türlü laboratuvar malzemesi
32	Spesmen kavanozu veya torbasi	Aseptik-antiseptik-serumlar ve diğer solüsyonlar
33	Alkol	Aseptik-antiseptik-serumlar ve diğer solüsyonlar
34	Her türlü el ve alet dezenfektanı	Aseptik-antiseptik-serumlar ve diğer solüsyonlar
35	Distile su	Aseptik-antiseptik-serumlar ve diğer solüsyonlar
36	Ether	Aseptik-antiseptik-serumlar ve diğer solüsyonlar
37	Formol	Aseptik-antiseptik-serumlar ve diğer solüsyonlar
38	İvot ve çözeltisi (mersol vb.)	Aseptik-antiseptik-serumlar ve diğer solüsyonlar
39	Oksijen (pansuman için)	Aseptik-antiseptik-serumlar ve diğer solüsyonlar
40	Her türlü antiseptik solüsyon (batticon, savlon, hibiscrup gibi)	Aseptik-antiseptik-serumlar ve diğer solüsyonlar
41	Puar	Aseptik-antiseptik-serumlar ve diğer solüsyonlar
42	Kan şekeri (yatarak tedavilerde) ve idrar ölçüm çubukları,	Aseptik-antiseptik-serumlar ve diğer solüsyonlar
43	Suni göz yaş solüsyonu	Aseptik-antiseptik-serumlar ve diğer solüsyonlar
44	A besleşiş (güi baskarı)	Diğer malzeme
45	Rondel	Diğer malzeme
46	Vazelin (katı ve sıvı)	Diğer malzeme
47	Disposable EKG elektrodu	Diğer malzeme
48	EKG kağıdı	Diğer malzeme
49	Fondoskobik tetkiklerde kullanılan her türlü kaydırıcı	Diğer malzeme
50	Beden derecesi	Diğer malzeme
51	Anne-bebek bileziği	Diğer malzeme

**KURUMCA BEDELİ KARŞILANMAYAN DİĞER TIBBİ MALZEMELER EK-3/B-2**

<b>SIRA NO</b>	<b>TIBBİ MALZEME ADI</b>
1	Viskosüplemantasyon ürünleri (SUT ve eki listelerde belirtilenler hariç)
2	İnflow kateter
3	Pelvik Taban Kas Çalıştırıcı
4	Dermis Yerine Geçen İnsan Kaynaklı Greftler
5	Vibroakustik Tedavi Cihazı
6	Manyetik Alanla Kemik Oluşumunu Stimüle Eden Cihazlar
7	Düşük Ultrasonlu Kemik İyileştirme Sistemleri
8	Fetal Membran Hızlı Test Kiti
9	Kranial Kemik Flep Sabitleyicileri
10	Kollajene Gentamisin Emdirilerek Hazırlanan Kanama Durdurucular
11	Spor protezi
12	Polivimil alkol içerikli kriojel sentetik kırıktaak implantı

## AYAKTA TEDAVİLERDE KULLANILAN TIBBİ MALZEMELER

EK-3/C

### EK-3/C-1: TIBBİ UYGUNLUK ARANACAK TIBBİ MALZEMELER

EK-3/C-2, EK-3/C-3 ve EK-3/C-4 listelerinde yer alan tıbbi malzemelerden Kurum tıbbi mevzuatı yönünden değeri indirilecek tıbbi malzemeleri kapsar.

### EK-3/C-2: EKSTERNAL ALT VE ÜST EKSTREMİTE/GÖVDE PROTEZ VE ORTEZLERİ

Bedeli Kurumca karşılanan eksternal alt ve üst ekstremitel/gövde protez ve ortezlerini kapsar.

### EK-3/C-3: DİĞER PROTEZ VE ORTEZLER

Bedeli Kurumca karşılanan eksternal alt ve üst ekstremitel/gövde protez ve ortezler hariç tıbbi malzemeleri kapsar.

### EK-3/C-4: TIBBİ SARF MALZEMELERİ

Bedeli Kurumca karşılanan tıbbi sarf malzemeleri kapsar.

### EK-3/C-5: ÖZEL HALLERDE KARŞILANAN TIBBİ MALZEMELER

3713 sayılı Kanuna göre aylık bağlanmış maluliler, 5434 sayılı Kanunun 56 nci maddesi veya 2330 sayılı Kanunun 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 vaziye ve harp malulileri için bedeli Kurumca karşılanacak tıbbi malzemeleri kapsar. Bu kapsamdaki kişilerin EK-3/C-2, EK-3/C-3 ve EK-3/C-4 listelerinde yer alan tıbbi malzemeleri de kullanmaları halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI
OP1034	KISA YÜRÜME ORTEZİ (METAL YAN BARLI, ORTOPEĞİK BOTA MONTELI)
OP1035	KISA YÜRÜME ORTEZİ (METAL YAN BARLI, ORTOPEĞİK BOTA MONTELI)
OP1036	KISA YÜRÜME ORTEZİ (METAL YAN BARLI, DERİ SANDALETE MONTELI)
OP1037	KISA YÜRÜME ORTEZİ (METAL YAN BARLI, YÜKSEK YOĞUNLUKLU PAFOYA MONTELI)
OP1038	KISA YÜRÜME ORTEZİ (PATLILAR TAMPONDAN YÜK TASIYICI)
OP1039	KLENZAK EKLEMLİ KISA YÜRÜME ORTEZİ (ORTOPEĞİK BOTA MONTELI)
OP1040	KLENZAK EKLEMLİ KISA YÜRÜME ORTEZİ (DERİ SANDALETE MONTELI)
OP1041	KLENZAK EKLEMLİ KISA YÜRÜME ORTEZİ BİLATERAL (ORTOPEĞİK BOTA MONTELI)
OP1042	KLENZAK EKLEMLİ KISA YÜRÜME ORTEZİ BİLATERAL (DERİ SANDALETE MONTELI)
OP1053	KENDİNDEN AFOLU BOT
OP1077	UZUN YÜRÜME ORTEZİ MODİFYE THOMAS (BEL KEMERLİ)
OP1078	UZUN YÜRÜME ORTEZİ THOMAS
OP1079	UZUN YÜRÜME ORTEZİ (MEKANİK KİLİTLİ + BEL KEMERLİ-ORTOPEĞİK BOTA MONTELI)
OP1080	UZUN YÜRÜME ORTEZİ (MEKANİK KİLİTLİ + BEL KEMERLİ-DERİ SANDALETE MONTELI)
OP1081	UZUN YÜRÜME ORTEZİ (MEKANİK KİLİTLİ + BEL KEMERLİ-YÜKSEK YOĞUNLUKLU PAFOYA MONTELI)
OP1082	UZUN YÜRÜME ORTEZİ (MEKANİK KİLİTLİ+ORTOPEĞİK BOTA MONTELI)
OP1083	UZUN YÜRÜME ORTEZİ (MEKANİK KİLİTLİ+DERİ SANDALETE MONTELI)
OP1084	UZUN YÜRÜME ORTEZİ (MEKANİK KİLİTLİ+YÜKSEK YOĞUNLUKLU PAFOYA MONTELI)
OP1085	UZUN YÜRÜME ORTEZİ (MEKANİK KİLİTLİ+ BEL KEMERLİ+İSKIAL DESTEKLI+ORTOPEĞİK BOTA MONTELI)
OP1086	UZUN YÜRÜME ORTEZİ (MEKANİK KİLİTLİ + BEL KEMERLİ+İSKIAL DESTEKLI+DERİ SANDALETE MONTELI)
OP1087	UZUN YÜRÜME ORTEZİ (MEKANİK KİLİTLİ + BEL KEMERLİ+İSKIAL DESTEKLI+YÜKSEK YOĞUNLUKLU PAFOYA MONTELI)
OP1088	UZUN YÜRÜME ORTEZİ (MEKANİK KİLİTLİ+İSKIAL DESTEKLI+ORTOPEĞİK BOTA MONTELI)
OP1089	UZUN YÜRÜME ORTEZİ (MEKANİK KİLİTLİ+İSKIAL DESTEKLI+DERİ SANDALETE MONTELI)
OP1090	UZUN YÜRÜME ORTEZİ (MEKANİK KİLİTLİ+İSKIAL DESTEKLI+YÜKSEK YOĞUNLUKLU PAFOYA MONTELI)
OP1091	UZUN YÜRÜME ORTEZİ BİLATERAL (MEKANİK KİLİTLİ+ORTOPEĞİK BOTA MONTELI)
OP1092	UZUN YÜRÜME ORTEZİ BİLATERAL (MEKANİK KİLİTLİ + BEL KEMERLİ+ORTOPEĞİK BOTA MONTELI)
OP1093	UZUN YÜRÜME ORTEZİ BİLATERAL (MEKANİK KİLİTLİ + BEL KEMERLİ+DERİ SANDALETE MONTELI)
OP1094	UZUN YÜRÜME ORTEZİ BİLATERAL (MEKANİK KİLİTLİ + BEL KEMERLİ+YÜKSEK YOĞUNLUKLU PAFOYA MONTELI)
OP1095	UZUN YÜRÜME ORTEZİ BİLATERAL (MEKANİK KİLİTLİ + BEL KEMERLİ+İSKIAL DESTEKLI+ORTOPEĞİK BOTA MONTELI)
OP1096	UZUN YÜRÜME ORTEZİ BİLATERAL (MEKANİK KİLİTLİ+İSKIAL DESTEKLI+ORTOPEĞİK BOTA MONTELI)
OP1097	UZUN YÜRÜME ORTEZİ BİLATERAL (MEKANİK KİLİTLİ + BEL KEMERLİ+İSKIAL DESTEKLI+DERİ SANDALETE MONTELI)
OP1098	UZUN YÜRÜME ORTEZİ BİLATERAL (MEKANİK KİLİTLİ + BEL KEMERLİ+İSKIAL DESTEKLI+YÜKSEK YOĞUNLUKLU PAFOYA MONTELI)
OP1099	UZUN YÜRÜME ORTEZİ BİLATERAL (MEKANİK KİLİTLİ + YÜKSEK YOĞUNLUKLU PLASTİK GÖVDE ORTEZİNE MONTELI+İSKIAL DESTEKLI+ORTOPEĞİK BOTA MONTELI)
OP1100	UZUN YÜRÜME ORTEZİ BİLATERAL (MEKANİK KİLİTLİ + YÜKSEK YOĞUNLUKLU PLASTİK GÖVDE ORTEZİNE MONTELI+İSKIAL DESTEKLI+ORTOPEĞİK BOTA MONTELI)(2-18 YAŞ ARASI HAŞTALAR İÇİN)
OP1101	UZUN YÜRÜME ORTEZİ BİLATERAL (MEKANİK KİLİTLİ + YÜKSEK YOĞUNLUKLU PLASTİK GÖVDE ORTEZİNE MONTELI+İSKIAL DESTEKLI+DERİ SANDALETE MONTELI)
OP1102	UZUN YÜRÜME ORTEZİ BİLATERAL (MEKANİK KİLİTLİ + YÜKSEK YOĞUNLUKLU PLASTİK GÖVDE ORTEZİNE MONTELI+İSKIAL DESTEKLI+DERİ SANDALETE MONTELI)(2-18 YAŞ ARASI HAŞTALAR İÇİN)
OP1103	UZUN YÜRÜME ORTEZİ BİLATERAL (MEKANİK KİLİTLİ +YÜKSEK YOĞUNLUKLU PLASTİK GÖVDE ORTEZİNE MONTELI+İSKIAL DESTEKLI+YÜKSEK YOĞUNLUKLU PAFOYA MONTELI)
OP1104	UZUN YÜRÜME ORTEZİ BİLATERAL (MEKANİK KİLİTLİ +YÜKSEK YOĞUNLUKLU PLASTİK GÖVDE ORTEZİNE MONTELI+İSKIAL DESTEKLI+YÜKSEK YOĞUNLUKLU PAFOYA MONTELI)(2-18 YAŞ ARASI HAŞTALAR İÇİN)
OP1158	CHOPART/BOYD/PROGOFF PROTEZİ (LAMİNASYON TEKNİĞİ İLE ÜRETİLMİŞ)
OP1160	DİZ ALTI PROTEZİ-ERKEN AMELİYAT MASASINDA
OP1161	DİZ ALTI PROTEZİ-GEÇİCİ
OP1162	DİZ ALTI PROTEZİ (GEÇİCİ) PROTEZ SONRASI UYGULANAN HAŞTALARDA
OP1163	ORTHO PROTEZ-DİZ ALTI MODÜLER (LAMİNASYON TEKNİĞİ İLE ÜRETİLEN)
OP1164	ORTHO PROTEZ-DİZ ALTI PLASTİK
OP1165	DİZ ALTI PROTEZİ (KLASİK)
OP1166	DİZ ALTI PROTEZİ (MODÜLER)
OP1167	PASİF VAKUM SİSTEMLİ SİLİKON SOKETLİ MODÜLER DİZ ALTI PROTEZİ
OP1168	DİZ ALTI PROTEZİ-SİLİKON LİNER PİN SİSTEMLİ
OP1169	SİLİKON LİNER PİN SİSTEMLİ DİZ ALTI PROTEZ SOKET DEĞİŞİMİ
OP1170	SİLİKON LİNER PİN SİSTEMLİ DİZ ALTI PROTEZ PİN SİSTEMİNİN DEĞİŞİMİ
OP1171	DİZ ALTI PROTEZ SİLİKON LİNER DEĞİŞİMİ
OP1172	DİZ ALTI PROTEZİ SOKET DEĞİŞİMİ
OP1173	SYME PROTEZİ SOKET DEĞİŞİMİ
OP1174	PASİF VAKUM SİSTEMLİ SİLİKON SOKETLİ MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ
OP1175	DİZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ (KLASİK)
OP1176	DİZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ (MEKANİK MODÜLER)
OP1177	DİZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ SOKET DEĞİŞİMİ
OP1178	DİZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ SİLİKON LİNER DEĞİŞİMİ
OP1179	PASİF VAKUM SİSTEMLİ SİLİKON SOKETLİ, MODÜLER DİZ ÜSTÜ PROTEZİ
OP1180	DİZ ÜSTÜ PROTEZİ-ERKEN AMELİYAT MASASINDA
OP1186	DİZ ÜSTÜ PROTEZİ-GEÇİCİ
OP1187	DİZ ÜSTÜ PROTEZİ ( GEÇİCİ) PROTEZ SONRASI UYGULANAN HAŞTALARDA
OP1188	DİZ ÜSTÜ PROTEZİ (KLASİK)
OP1189	DİZ ÜSTÜ PROTEZİ (MEKANİK-MODÜLER)
OP1190	DİZ ÜSTÜ PROTEZİ (MEKANİK-MODÜLER-SİLİKON LİNER PİN SİSTEMLİ)
OP1191	SİLİKON LİNER PİN SİSTEMLİ DİZ ÜSTÜ PROTEZ SOKET DEĞİŞİMİ
OP1192	SİLİKON LİNER PİN SİSTEMLİ DİZ ÜSTÜ PROTEZ PİN SİSTEMİNİN DEĞİŞİMİ
OP1193	DİZ ÜSTÜ PROTEZ SİLİKON LİNER DEĞİŞİMİ
OP1194	ORTHO PROTEZ-DİZ ÜSTÜ MODÜLER (LAMİNASYON TEKNİĞİ İLE ÜRETİLEN)
OP1195	ORTHO PROTEZ-DİZ ÜSTÜ PLASTİK
OP1196	DİZ ÜSTÜ PROTEZİ (MODÜLER-COCUK)
OP1197	DİZ ÜSTÜ SOKET DEĞİŞİMİ
OP1204	HEMİPELVETOMİ PROTEZİ (MODÜLER)
OP1205	KALÇA DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ (MODÜLER)
OP1208	KALÇA/HEMİPELVETOMİ SOKET DEĞİŞİMİ
OP1209	KALÇA PROTEZİ (MODÜLER-COCUK)
OP1210	ORTHO PROTEZ-KALÇA DEZARTİKÜLASYON MODÜLER (LAMİNASYON TEKNİĞİ İLE ÜRETİLEN)
OP1211	ORTHO PROTEZ-KALÇA DEZARTİKÜLASYON PLASTİK
OP1214	PARSİYEL AYAK PROTEZİ (DERİ PATİK)
OP1215	PARSİYEL AYAK PROTEZİ (PLASTİK ÖMURGALİ-KİLİFLİ)
OP1216	PARSİYEL AYAK PROTEZİ (PAFO TİPİ)
OP1217	PARSİYEL AYAK PROTEZİ (TABANLIKLIL-DOĞRU)
OP1221	SYME PROTEZİ
OP1223	UYUK KORSİSİ, LATERAL EKLEMLİ-DİZ ALTI PROTEZİ İLE ÖNGÖRÜLDÜĞÜNDEN
OP1224	DIRSEK ALTI PROTEZİ (MEKANİK FONKSİYONEL KLASİK)
OP1225	DIRSEK ALTI PROTEZİ (MEKANİK FONKSİYONEL-MODÜLER)
OP1226	DIRSEK ALTI PROTEZİ (PASİF)

OP1227	DİRSEK DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ (MEKANİK FONKSİYONEL KLASİK)
OP1228	DİRSEK DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ (MEKANİK FONKSİYONEL-MODÜLER)
OP1229	DİRSEK DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ (PASİF)
OP1232	DİRSEK ÜSTÜ PROTEZİ (MEKANİK FONKSİYONEL KLASİK)
OP1233	DİRSEK ÜSTÜ PROTEZİ (MEKANİK FONKSİYONEL-MODÜLER)
OP1234	DİRSEK ÜSTÜ PROTEZİ (PASİF)
OP1235	EL BİLEĞİ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ (MEKANİK FONKSİYONEL)
OP1236	EL BİLEĞİ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ (PASİF)
OP1239	FOREQUARTER PROTEZİ (MEKANİK FONKSİYONEL KLASİK)
OP1240	FOREQUARTER PROTEZİ (MEKANİK FONKSİYONEL MODÜLER)
OP1241	FOREQUARTER PROTEZİ (PASİF)
OP1243	OMUZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ (MEKANİK FONKSİYONEL KLASİK)
OP1244	OMUZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ (MEKANİK FONKSİYONEL MODÜLER)
OP1245	OMUZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ (PASİF)
OP1247	FOREQUARTER-OMUZ DEZARTİKÜLASYON DİRSEK ÜSTÜ DİRSEK DEZARTİKÜLASYON DİRSEK ALTI SOKET DEĞİŞİM
OP1248	PARMAK PROTEZİ (PROTEZ EL DİVENİNDEN)
OP1249	PARSİYEL EL PROTEZİ (PROTEZ EL DİVENİNDEN)
OP1250	DİNAMİK ÇİFT SOKETLİ PARSİYEL EL PROTEZİ LAMİNASYON TEKNİĞİ İLE ÜRETİLEN (PROTEZ EL DİVENİ)
OP1252	TRANSKARPAL AMPUTASYONU İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZ 2 KANAL TEK ELEKTROTLU
OP1254	TRANSKARPAL AMPUTASYONU İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZ 2 KANAL İKİ ELEKTROTLU
OP1255	EL BİLEĞİ DEZARTİKÜLASYONU İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZ 2 KANAL TEK ELEKTROTLU
OP1256	EL BİLEĞİ DEZARTİKÜLASYONU İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZ 2 KANAL İKİ ELEKTROTLU
OP1257	EL BİLEĞİ DEZARTİKÜLASYONU İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ ÇOCUK PROTEZ 2 KANAL SİSTEM
OP1258	DİRSEKALTI AMPUTASYONLARI İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZ 2 KANAL TEK ELEKTROTLU
OP1259	DİRSEKALTI AMPUTASYONLARI İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZ 2 KANAL İKİ ELEKTROTLU
OP1260	DİRSEKALTI AMPUTASYONLARI İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ ÇOCUK PROTEZ
OP1261	DİRSEKALTI AMPUTASYONLARI İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZ 4 KANAL SİSTEM
OP1262	DİRSEK DEZARTİKÜLASYONU İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZ 2 KANAL SİSTEM
OP1263	DİRSEK DEZARTİKÜLASYONU İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZ 4 KANAL SİSTEM
OP1264	DİRSEK ÜSTÜ AMPUTASYONU İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZİ 2 KANAL SİSTEM
OP1265	DİRSEK ÜSTÜ AMPUTASYONU İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ ÇOCUK PROTEZİ
OP1266	DİRSEK ÜSTÜ AMPUTASYONU İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZİ 4 KANAL SİSTEM
OP1253A	1 ADET MYOELEKTRİK EL
OP1253B	1 ADET TEK KANALLI ALGILAYICI ELEKTRO
OP1253C	1 ADET ELEKTROT BAĞLANTI KABLOSU
OP1253D	1 ADET BATARYA BAĞLANTI KABLOSU
OP1253E	2 ADET EN AZ 6 V BATARYA
OP1253F	1 ADET BATARYA YATAĞI
OP1253G	1 ADET SARJ ÇİHAZI
OP1253H	1 ADET KOZMETİK EL DİVEN
OP1255A	1 ADET MYOELEKTRİK EL
OP1255B	1 ADET TEK KANALLI ALGILAYICI ELEKTRO
OP1255C	1 ADET ELEKTROT BAĞLANTI KABLOSU
OP1255D	1 ADET BATARYA BAĞLANTI KABLOSU
OP1255E	2 ADET EN AZ 6 V BATARYA
OP1255F	1 ADET BATARYA YATAĞI
OP1255G	1 ADET SARJ ÇİHAZI
OP1255H	1 ADET KOZMETİK EL DİVEN
OP1255A	1 ADET MYOELEKTRİK EL
OP1255B	1 ADET TEK KANALLI ALGILAYICI ELEKTRO
OP1255C	1 ADET ELEKTROT BAĞLANTI KABLOSU
OP1255D	1 ADET BATARYA BAĞLANTI KABLOSU
OP1255E	2 ADET EN AZ 6 V BATARYA
OP1255F	1 ADET BATARYA YATAĞI
OP1255G	1 ADET SARJ ÇİHAZI
OP1255H	1 ADET KOZMETİK EL DİVEN
OP1258A	1 ADET MYOELEKTRİK EL
OP1258B	1 ADET TEK KANALLI ALGILAYICI ELEKTRO
OP1258C	1 ADET ELEKTROT BAĞLANTI KABLOSU
OP1258D	1 ADET BATARYA BAĞLANTI KABLOSU
OP1258E	2 ADET EN AZ 6 V BATARYA
OP1258F	1 ADET BATARYA YATAĞI
OP1258G	1 ADET SARJ ÇİHAZI
OP1258H	1 ADET EL BİLEĞİ ÜNİTİ
OP1258I	1 ADET KOZMETİK EL DİVEN
OP1261A	1 ADET MYOELEKTRİK EL
OP1261B	2 ADET ÇİFT KANALLI ALGILAYICI ELEKTRO
OP1261C	2 ADET ELEKTROT BAĞLANTI KABLOSU
OP1261D	1 ADET EL BİLEĞİ ÜNİTİ
OP1261E	1 ADET ELEKTRONİK EL BİLEĞİ ROTATÖRÜ
OP1261F	1 ADET BATARYA BAĞLANTI KABLOSU
OP1261G	2 ADET EN AZ 6 V BATARYA
OP1261H	1 ADET BATARYA YATAĞI
OP1261I	1 ADET SARJ ÇİHAZI
OP1261J	1 ADET KOZMETİK EL DİVEN
OP1262A	1 ADET MYOELEKTRİK EL
OP1262B	2 ADET TEK KANALLI ALGILAYICI ELEKTRO
OP1262C	2 ADET ELEKTROT BAĞLANTI KABLOSU
OP1262D	1 ADET EL BİLEĞİ ÜNİTİ
OP1262E	1 ADET BATARYA BAĞLANTI KABLOSU
OP1262F	2 ADET EN AZ 6 V BATARYA
OP1262G	1 ADET BATARYA YATAĞI
OP1262H	1 ADET SARJ ÇİHAZI
OP1262I	1 ADET KOZMETİK EL DİVEN
OP1262J	1 ADET PROTEZ BAĞ SİSTEMİ
OP1262K	2 ADET LATERAL DİRSEK EKLEMİ
OP1263A	1 ADET MYOELEKTRİK EL
OP1263B	2 ADET ÇİFT KANALLI ALGILAYICI ELEKTRO
OP1263C	2 ADET ELEKTROT BAĞLANTI KABLOSU
OP1263D	1 ADET EL BİLEĞİ ÜNİTİ
OP1263E	1 ADET ELEKTRONİK EL BİLEĞİ ROTATÖRÜ
OP1263F	2 ADET LATERAL DİRSEK EKLEMİ
OP1263G	1 ADET BATARYA BAĞLANTI KABLOSU
OP1263H	2 ADET EN AZ 6 V BATARYA
OP1263I	1 ADET BATARYA YATAĞI
OP1263J	1 ADET SARJ ÇİHAZI
OP1263K	1 ADET KOZMETİK EL DİVEN
OP1263L	1 ADET PROTEZ BAĞ SİSTEMİ
OP1264A	1 ADET MYOELEKTRİK EL
OP1264B	2 ADET TEK KANALLI ALGILAYICI ELEKTRO
OP1264C	2 ADET ELEKTROT BAĞLANTI KABLOSU
OP1264D	1 ADET EL BİLEĞİ ÜNİTİ
OP1264E	1 ADET DİRSEK EKLEMİ (MEKANİK)
OP1264F	1 ADET BATARYA BAĞLANTI KABLOSU

OP1264G	2 ADET EN AZ 6 V BATARYA
OP1264H	1 ADET BATARYA YATAĞI
OP1264I	1 ADET SARJ CİHAZI
OP1264J	1 ADET KOZMETİK EL DİVEN
OP1264K	1 ADET PROTEZ BAG SİSTEMİ
OP1266A	1 ADET MYOELEKTRİK EL
OP1266B	2 ADET ÇİFT KANALLI ALGIYAYICI ELEKTROD
OP1266C	2 ADET ELEKTROT BAĞLANTI KABLOSU
OP1266D	1 ADET EL BİLEĞİ ÜNİTİ
OP1266E	1 ADET ELEKTRONİK EL BİLEĞİ ROTATÖRÜ
OP1266F	1 ADET DİRSEK EKLEMİ(MEKANİK)
OP1266G	1 ADET BATARYA BAĞLANTI KABLOSU
OP1266H	2 ADET EN AZ 6 V BATARYA
OP1266I	1 ADET BATARYA YATAĞI
OP1266J	1 ADET SARJ CİHAZI
OP1266K	1 ADET KOZMETİK EL DİVEN
OP1266L	1 ADET PROTEZ BAG SİSTEMİ
OP1267	SOKET YENİLENMESİ
OP1291	OZELLİĞİ OLMIYAN MOTORSUZ TEKERLEKLI SANDAL YI
OP1292	OZELLİĞİ OLMIYAN MOTORSUZ TEKERLEKLI SANDAL YI
OP1295	AKÜLÜ TEKERLEKLI SANDAL YI
OP1294	TEKERLEKLI SANDAL YE ÖTURMA ADAPTASYONU
OP1295	STANDING TABLE(AYAKTA DIK KONUMLANDIRMA CİHAZI)
OP1296	STANDING TABLE(AYAKTA DIK KONUMLANDIRMA CİHAZI)
OP1297	AYAKTA DIK POZİSYONLAMA CİHAZI (PARAPODİUM CİHAZI/STAND UP WHEELCHAIR (MANUEL KALKIŞ MANUEL SÜRÜŞ
OP1302	AKTİF VAKUM SİSTEMLİ MODÜLER DİZALTI PROTEZİ
OP1303	AKTİF VAKUM SİSTEMLİ MODÜLER DİZÜSTÜ PROTEZİ
OP1304	PNOMATİK SWİNG FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYONU PROTEZ
OP1305	PNOMATİK SWİNG FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYONU PROTEZ
OP1306	PNOMATİK SWİNG FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZÜSTÜ PROTEZ
OP1307	PNOMATİK SWİNG FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZÜSTÜ PROTEZ
OP1308	DİZ EKLEMİ PNOMATİK SWİNG FAZ KONTROLLÜ MODÜLER KALÇA DEZARTİKÜLASYONU PROTEZ
OP1309	HİDROLİK SWİNG FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYONU PROTEZ
OP1310	HİDROLİK SWİNG FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYONU PROTEZ
OP1311	HİDROLİK SWİNG FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZÜSTÜ PROTEZ
OP1312	HİDROLİK SWİNG FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZÜSTÜ PROTEZ
OP1315	DİZ EKLEMİ HİDROLİK SWİNG FAZ KONTROLLÜ MODÜLER KALÇA DEZARTİKÜLASYONU PROTEZ
OP1314	PNOMATİK SWİNG-STANCE FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYONU PROTEZ
OP1315	PNOMATİK SWİNG-STANCE FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYONU PROTEZ
OP1316	PNOMATİK SWİNG-STANCE FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZÜSTÜ PROTEZ
OP1317	PNOMATİK SWİNG-STANCE FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZÜSTÜ PROTEZ
OP1318	DİZ EKLEMİ PNOMATİK SWİNG-STANCE FAZ KONTROLLÜ MODÜLER KALÇA DEZARTİKÜLASYONU PROTEZ
OP1319	HİDROLİK SWİNG-STANCE FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYONU PROTEZ
OP1320	HİDROLİK SWİNG-STANCE FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYONU PROTEZ
OP1321	HİDROLİK SWİNG-STANCE FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZÜSTÜ PROTEZ
OP1322	HİDROLİK SWİNG-STANCE FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZÜSTÜ PROTEZ
OP1323	DİZ EKLEMİ HİDROLİK SWİNG-STANCE FAZ KONTROLLÜ MODÜLER KALÇA DEZARTİKÜLASYONU PROTEZ
OP1324	ELEKTROMEKANİK SWİNG FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYONU PROTEZ
OP1325	ELEKTROMEKANİK SWİNG FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYONU PROTEZ
OP1326	ELEKTROMEKANİK SWİNG FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZÜSTÜ PROTEZ
OP1327	ELEKTROMEKANİK SWİNG FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZÜSTÜ PROTEZ
OP1328	ELEKTROMEKANİK SWİNG-STANCE FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYONU PROTEZ
OP1329	ELEKTROMEKANİK SWİNG-STANCE FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYONU PROTEZ
OP1330	DİZ EKLEMİ ELEKTROMEKANİK SWİNG-STANCE FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZÜSTÜ PROTEZ
OP1331	DİZ EKLEMİ ELEKTROMEKANİK SWİNG-STANCE FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZÜSTÜ PROTEZ
OP1332	DİZ EKLEMİ ELEKTROMEKANİK SWİNG-STANCE FAZ KONTROLLÜ MODÜLER KALÇA DEZARTİKÜLASYONU PROTEZ
OP1333	MİKRO İSLEMÇİLİ SWİNG-STANCE FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYONU PROTEZ
OP1334	MİKRO İSLEMÇİLİ SWİNG-STANCE FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYONU PROTEZ
OP1335	MİKRO İSLEMÇİLİ SWİNG-STANCE FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZÜSTÜ PROTEZ
OP1336	MİKRO İSLEMÇİLİ SWİNG-STANCE FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZÜSTÜ PROTEZ
OP1337	DİZ EKLEMİ MİKRO İSLEMÇİLİ SWİNG-STANCE FAZ KONTROLLÜ MODÜLER KALÇA DEZARTİKÜLASYONU PROTEZ
OP1338	FONKSİYONEL ELEKTRİK SİTÜMULASYONLU DÜŞÜK AYAK ORTEZ
OP1340	KARBON GRAFİT AFC
DO1004	DİJİTAL PROGRAMLANABİLİR İŞİTME CİHAZ
DO1006	KONUŞMA CİHAZI
DO1007	EV TİPİ ASPIRATÖR
DO1008	NEBÜLİZATÖR
DO1009	OKSİJEN KONSANTRATÖRÜ
DO1010	OKSİJEN TİPÜ VE MANOMETRESİ
DO1011	CPAP CİHAZI
DO1012	AUTO CPAP
DO1013	BPAP/BPAP S CİHAZI
DO1014	BPAP S/T
DO1015	BPAP S/T AVAPS
DO1016	ADAPTİF BASINÇ DESTEKLİ SERVO VENTİLYASYON (ASV) CİHAZ
DO1017	EV TİPİ MEKANİK VENTİLATÖR (EN AZ BASINÇ DESTEKLİ VENTİLYASYON (PSV) İLE BİRLİKTE VOLUM VE VEYA BASINÇ KONTROLLÜ VENTİLYASYON (VCV PCV) SAĞLAYAN VENTİLATÖRLEK
DO1018	PULSE OKSİMETRE CİHAZI
DO1019	DESFERAL POMPASI
DO1020	MİKRO İNFÜZYON POMPASI (İNSÜLİN POMPASI)
DO1021	GÖZ PROTEZLERİ
DO1024	İLEAL LOOP SETİ
DO1025	EL DİVEN (PARMAK UCU AÇIK/KAPALI)
DO1026	OMUZDAN DESTEKLİ KOLLUK BİLEĞE KADAF
DO1027	DİZ ALTI ÇORAP
DO1028	DİZ ÜSTÜ ÇORAP (SİLİKON DESTEKLİ)
DO1029	KÜLOTLU ÇORAP
DO1030	BELDEN DESTEKLİ TEK BACAK ÇORAP
DO1031	EL DİVEN (PARMAK UCU AÇIK/KAPALI)
DO1032	OMUZDAN DESTEKLİ KOLLUK BİLEĞE KADAF
DO1033	DİZ ALTI ÇORAP
DO1034	DİZ ÜSTÜ ÇORAP (SİLİKON DESTEKLİ)
DO1035	KÜLOTLU ÇORAP
DO1036	BİTEDEN DESTEKLİ TEK BACAK ÇORAP
DO1037	1 KANALLI LENF ÖDEM KOMPRESYON CİHAZI
DO1038	2 KANALLI LENF ÖDEM KOMPRESYON CİHAZ

DO1039	3 KANALI LENF ÖDEM KOMPRESYON CİHAZ
DO1040	4 KANALI LENF ÖDEM KOMPRESYON CİHAZ
DO1041	5 KANALI LENF ÖDEM KOMPRESYON CİHAZ
DO1042	6 KANALI LENF ÖDEM KOMPRESYON CİHAZ
DO1043	LENF ÖDEM KOMPRESYON CİHAZI UZUN KOL MANŞONLU
DO1044	LENF ÖDEM KOMPRESYON CİHAZI YARIM BACAĞI MANŞONLU
DO1045	LENF ÖDEM KOMPRESYON CİHAZI UZUN BACAĞI MANŞONLU
DO1046	BİLGİGE KADAR PARMAKLI EL DİVEĞİ
DO1047	TEK KOL (EL) HARİÇ
DO1048	TÜM GÖVDE (KOLLAR HARİÇ)
DO1049	TÜM GÖVDE (KOLLU)
DO1050	TÜM GÖVDE (KOLLU) ÇOCUK
DO1051	SORT (DİZALTI)
DO1052	SORT (DİZALTI) ÇOCUK
DO1053	BELDEN DİSTEKLİ TEK BACAĞI
DO1054	DİZALTI ÇORAP
DO1055	DİZALTI ÇORAP (PARMAKLI)
DO1056	AÇIK YÜZ MASKESİ
DO1057	KAPALI YÜZ MASKESİ
DO1058	BİLGİGE KADAR PARMAKLI EL DİVEĞİ
DO1059	TEK KOL (EL) HARİÇ
DO1060	TÜM GÖVDE (KOLLAR HARİÇ)
DO1061	TÜM GÖVDE (KOLLU)
DO1062	TÜM GÖVDE (KOLLU) ÇOCUK
DO1063	SORT (DİZALTI)
DO1064	SORT (DİZALTI) ÇOCUK
DO1065	BELDEN DİSTEKLİ TEK BACAĞI
DO1066	DİZALTI ÇORAP
DO1067	DİZALTI ÇORAP (PARMAKLI)
DO1068	AÇIK YÜZ MASKESİ
DO1069	KAPALI YÜZ MASKESİ
DO1070	1 CM2 SİLİKON TABAKA
A10000	ASPIRASYON KATİTERİ
A10001	SONDA, NAZOGASTRİK
A10002	SONDA, NELATON
A10003	SONDA, NELATON KAÜÇUK
A10004	IDRAR TORBASI
A10005	IDRAR TORBASI MUSLUKLU 2000 CC.
A10006	IDRAR TORBASI STERİL, MUSLUKLU 2000 CC.
A10007	IDRAR TORBASI 100 CC.ERKEK İÇİN STERİL
A10008	IDRAR TORBASI 100 CC.KIZ İÇİN STERİL
A10009	SONDA, PRİZERVATİF
A10010	SONDA, HİDROFİLİK KENDİNDEN KAYGANLAŞTIRICILI
A10011	SONDA, HİDRO KİT (KENDİNDEN JELİ)
A10012	SONDA, FOLEY İKİ YOLLU SİLİKOLATE)
A10013	SONDA, FOLEY İKİ YOLLU SİLİKON
A10014	SONDA, FOLEY İKİ YOLLU POLİVİNİLKLORÜF
A10015	SONDA, FOLEY İKİ YOLLU LATEX
A10016	SONDA, FOLEY ÜÇ YOLLU SİLİKOLATE)
A10017	SONDA, FOLEY ÜÇ YOLLU SİLİKON
A10018	SONDA, FOLEY ÜÇ YOLLU POLİVİNİLKLORÜF
A10019	SONDA, FOLEY ÜÇ YOLLU LATEX
A10020	SET TRANSFER PARENTERAL BESLENME
A10021	TORBA, PARENTERAL BESLENME (150-250-500-1000-2000 ml.)
A10022	ENTERAL BESLENME POMPA SETİ (TORBALI)
A10023	ENTERAL BESLENME POMPA SETİ (ŞİŞE KAPAKLI)
A10024	ENTERAL BESLENME SETİ GRAVİTİ
A10025	BESLENME KATİTERİ
A10026	TÜP NAZODİFONDONAL BESLENME
A10027	BESLENME TÜPÜ
A10028	BESLENME TÜPÜ NAZOGASTRİK
A10029	TORBA, PARENTERAL BESLENME (3000-4000 ml.)
A10030	SET POMPA ENTERAL YIKAMALI
A10031	ENJEKTÖR 50CC (BESLENME AMAÇLI-GÜN AŞIRI 1 ADET)
A10032	POMPA SET AĞRI İÇİN (HASTA KONTROLLÜ ANALJEZİ SİSTEMİ)
A10033	DEFERAL POMPA SETİ (TİALASFİM İNFÜZYON SETİ)
A10034	MICRO İNFÜZYON POMPA SETİ
A10035	İNSÜLİN RESERVOİR
A10036	KOLOSTOMİ TORBASİ (TFK PARÇALI ALTTAN BOŞALTMALI)FİLTRE DAHİL
A10037	KOLOSTOMİ ADAPTORU
A10038	KOLOSTOMİ TORBASİ (ADAPTOR İÇİN)FİLTRE DAHİL
A10039	İLEOSTOMİ TORBASİ (TEK PARÇALI ALTTAN BOŞALTMALI)FİLTRE DAHİL
A10040	İLEOSTOMİ ADAPTORU
A10041	SİLİKON
A10042	MACUN, İLEOSTOMİ
A10043	PASTA, KOLOSTOMİ
A10044	ÜROSTOMİ TORBASİ ÇEŞİTLERİ
A10045	ÜROSTOMİ ADAPTORU
A10046	PASTA, ÜROSTOMİ
A10047	STOMA CAP
A10048	AĞIZ BAKIM SETİ (GÜNLÜK KULLANIM İÇİN)
A10049	HASTA ALTI BEZİ
A10050	BAGLANTI ADAPTORU, PERİTON DİALİZ, KATİTERİ İÇİN, PLASTİK
A10051	BAGLANTI ADAPTORU, PERİTON DİALİZ, KATİTERİ İÇİN, TITANYUM
A10052	SET, ARA BAGLANTI, PERİTON DİALİZ KATİTERİ İÇİN
A10053	PERİTON DİALİZ MİNİ KAPAK
A10054	CYLER DRENAJ SETİ
A10055	HOMECHOİCE ALETLİ PD SETİ
A10056	HOMECHOİCE DÜŞÜK RESÜRKÜLASYON HACİMLİ APD SETİ
A10057	SLEEP-SAFE SET PLUS
A10058	PD-NIGHT VARIO PLUS SYSTEM WITH PIN
A10059	SLEEP-SAFE SET PAED
A10060	AIR-WAY ORAL
A10061	SET, NEBULİZER, ERİŞKİN
A10062	HASTA DEVRESİ, PEDIATRİK
A10063	HASTA DEVRESİ, ERİŞKİN

A10064	İNHALASYON TEDAVİ ÇEMBERİ (AFROCHAMBER)
A10065	SOLUNUM DEVRESİ (T-PIECE)
A10066	TRİFLÜ (SOLUNUM EGZERSİZ ALETTİ)
A10067	FİLTRE, BAKTERİ, NEM TUTUCU (HMEF)
A10068	FİLTRE, VENTİLATÖR İÇİN
A10069	FİLTRE, BAKTERİ
A10070	OKSİJEN GAZI 10 LT.
A10071	AMBU SETİ
A10072	MOUNT KATETER
A10073	MASKE, STANDART CPAP
A10074	SET CPAP (MASKE, PEEP VALVİ, SET)
A10075	MASKE, NAZAL BAĞLAMA SETLİ, NONİNVAZİV VENTİLYASYON İÇİN SİLİKON ESASLI
A10076	MASKE, NAZAL KÜÇÜK BOY BAĞLAMA SETLİ, NONİNVAZİV VENTİLYASYON İÇİN
A10077	MASKE, NAZAL ORTA BOY BAĞLAMA SETLİ, NONİNVAZİV VENTİLYASYON İÇİN
A10078	MASKE, HAZNESİZ NEBULİZER
A10079	MASKE, HAZNELİ PEDIATRİK
A10080	MASKE, HAZNELİ-ERİSKİN
A10081	MASKE, ORA NAZAL BAĞLAMA SETLİ, NONİNVAZİV VENTİLYASYON İÇİN SİLİKON ESASLI
A10082	MASKE, ORA NAZAL KÜÇÜK BOY BAĞLAMA SETLİ, NONİNVAZİV VENTİLYASYON İÇİN
A10083	MASKE, ORA NAZAL ORTA BOY BAĞLAMA SETLİ, NONİNVAZİV VENTİLYASYON İÇİN
A10084	SİLİKON
A10085	ÇİFT KAFLI
A10086	GÜMÜŞ
A10087	FOAM-KAFLI
A10088	FENESTRELİ
A10089	DREN, 30-50 ML.
A10090	DREN, 100-200 ML.
A10091	DREN, 300-500 ML.
A10092	STERİL ELİDİVEN (PUDRALI/PUDRASIZ)
A10093	KAN ŞEKERİ ÖLÇÜM CUBUĞU
A10094	KAN ŞEKERİ ÖLÇÜM CİHAZI
A10095	HYDROKOLLOİD İÇERİKLİ YARA ÖRTÜSÜ KÜÇÜK
A10096	HYDROKOLLOİD İÇERİKLİ YARA ÖRTÜSÜ ORTA
A10097	HYDROKOLLOİD İÇERİKLİ YARA ÖRTÜSÜ BÜYÜK
A10098	KÖPÜKLÜ VEYA FİBER İÇERİKLİ YARA ÖRTÜSÜ KÜÇÜK
A10099	KÖPÜKLÜ VEYA FİBER İÇERİKLİ YARA ÖRTÜSÜ ORTA
A10100	KÖPÜKLÜ VEYA FİBER İÇERİKLİ YARA ÖRTÜSÜ BÜYÜK
A10101	KOKLEAR İMPLANT PİLİ
A10102	KOKLEAR İMPLANT ARA KABLO BEDELİ (AKTARICIDAN BAĞIMSIZ) ARA KABLO
A10103	KOKLEAR İMPLANT KONUŞMA İSLEMÇİSİ
A10104	AKTARICI (BOBİN, TRANSMİTTER)
A10105	PİL YUVASI
A10106	İŞTİME CİHAZI PİLİ
A10107	İNTRATEKAL BAKLOFEN POMPASI DOLUM KİTİ



SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI		VENİLENME SÜRESİ	ÖZEL KOŞULLAR	AKTİVİTE SKORU	FİYAT (TL)
	<b>ALT EKSTREMİTE ORTEZLERİ</b>		<b>H</b>			
OP1000	ALÜMİNYUM KOLTUK DEĞNEĞİ (ADET FİYATIDIR)	*	2 yıl			9,00
OP1001	AYAK BİLEĞİ STABİLİZASYON ORTEZİ (HAVA, JEL VB. YASTIKLI)	A*	6 ay			80,00
OP1002	AYARLANABİLİR EKLEMLİ KONTRAKTÜR ORTEZİ (ALT EKSTREMİTE)	A	9 ay			193,00
OP1003	AYARLANABİLİR EKLEMLİ KONTRAKTÜR ORTEZİ (ALT EKSTREMİTE)	A	9 ay			148,00
OP1004	DİSTRAKSİYON SİSTEMLİ KONTRAKTÜR ORTEZİ ALT EKSTREMİTE	A	2 yıl			300,00
OP1005	KALÇA ABDÜKSİYON ORTEZİ/EKLEMLİ YETİŞKİMLER İÇİN	A	18 ay			242,00
OP1006	KALÇA ABDÜKSİYON ORTEZİ/EKLEMSİZ YETİŞKİMLER İÇİN	A	1 yıl			193,00
OP1007	BASTON (ADEDİ)	*	2 yıl			18,00
OP1008	BEL KEMERİ DEĞİŞİMİ	A*	1 yıl			50,00
OP1009	BEL KEMERİ VE EKLEMLİ DEĞİŞİMİ (FLEKSİYON-EKSTANSİYON, ABDÜKSİYON-ADDÜKSİYON)	A*	1 yıl			270,00
OP1010	BEL KEMERİ VE EKLEMLİ DEĞİŞİMİ (FLEKSİYON-EKSTANSİYON)	A*	1 yıl			150,00
OP1011	CANADJIAN (ALÜMİNYUM, ADEİD)	*	2 yıl			9,00
OP1012	YAN BARLI AYARLANABİLİR EKLEMLİ DİZ ORTEZİ	A	1 yıl			150,00
OP1013	YAN BARLI EKLEMLİ DİZ ORTEZİ (ÖLÇÜ VE PROVALI)	A	1 yıl			200,00
OP1014	YAN BARLI DİZ ORTEZİ (SABİTLEYİCİ/EKLEMSİZ)	A	1 yıl			75,00
OP1015	DENİS BROWNE ORTEZİ	A*	1 Defa			38,00
OP1016	DİZLİK YÜN	*	6 ay			7,00
OP1017	DİZLİK NEOPREN (PATELLA AÇIK/KAPALI)	A*	6 ay			60,00
OP1018	DİZ KAVESİ (İSVİÇ)	A*	1 yıl			250,00
OP1019	DİZLİK BANDI/CEKİTİRME	A*	6 ay			28,00
OP1020	DORSİ FLEKSÖR BANDI	A*	6 ay			50,00
OP1021	AYAK-AYAKKABI BAĞLANTILI DORSİ FLEKSİYON ORTEZİ (SOFT)	A*	6 ay			40,00
OP1022	EKİNOVARUS ORTEZİ (AYARLANABİLİR)	A*	6 ay			89,00

OP1023	ELASTİK AYAK BİLEKLİĞİ		*	H	6 ay		14,00
OP1024	FLEKSİBLE BALENLİ BLASTİK AYAK BİLEKLİĞİ		*	H	6 ay		30,00
OP1025	ELASTİK DİZLİK		*	H	6 ay		14,00
OP1026	EPİN YASTIĞI		*	H	6 ay		8,00
OP1027	FLEKSİBLE BALENLİ DİZLİK		*	H	6 ay		40,00
OP1028	HALLUKS VALGUS ATELLİ (ADEBİ)		*	H	6 ay		9,00
OP1029	HALLUKS VALGUS MAKARASI (ADEBİ)		*	H	6 ay		2,00
OP1030	KALÇA ABDÜKSİYONDKÇ ORTEZLERİ		A*	I	6 ay		83,00
OP1031	KALÇA ABDÜKSİYONDKÇ ORTEZLERİ		A*	H	6 ay		64,00
OP1032	KALKANAL KAP		*	H	6 ay		30,00
OP1033	KALKANAL KAP (ÖLÇÜ VE PROVALI)		*	I	6 ay		40,00
OP1034	KISA YÜRÜME ORTEZİ (METAL YAN BARLI, ORTOPEDİK BOTA MONTELLİ)		A	I	2 yıl	ortopedik bot fiyata dahil, süreye dahil değildir.	178,00
OP1035	KISA YÜRÜME ORTEZİ BİLATERAL (METAL YAN BARLI, ORTOPEDİK BOTA MONTELLİ)		A	I	2 yıl	ortopedik bot fiyata dahil, süreye dahil değildir.	306,00
OP1036	KISA YÜRÜME ORTEZİ (METAL YAN BARLI, DERİ SANDALETE MONTELLİ)		A	I	2 yıl	deri sandalet fiyata dahil süreye dahil değildir.	248,00
OP1037	KISA YÜRÜME ORTEZİ (METAL YAN BARLI, YÜKSEK YOĞUNLUKLU PAFOYA MONTELLİ)		A	I	2 yıl	Pafö fiyata dahil, süreye dahil değildir.	229,00
OP1038	KISA YÜRÜME ORTEZİ (PATELLAR TENDONDAN YÜK TAŞIYICI)		A	I	1 yıl		288,00
OP1039	KLENZAK EKLEMLİ KISA YÜRÜME ORTEZİ (ORTOPEDİK BOTA MONTELLİ)		A	I	2 yıl	ortopedik bot fiyata dahil, süreye dahil değildir. 18 Yaşından küçüklere Kurumca bedeli karşılanmaz.	450,00
OP1040	KLENZAK EKLEMLİ KISA YÜRÜME ORTEZİ (DERİ SANDALETE MONTELLİ)		A	I	2 yıl	Deri sandalet fiyata dahil, süreye dahil değildir. 18 Yaşından küçüklere Kurumca bedeli karşılanmaz.	500,00
OP1041	KLENZAK EKLEMLİ KISA YÜRÜME ORTEZİ BİLATERAL (ORTOPEDİK BOTA MONTELLİ)		A	I	2 yıl	ortopedik bot fiyata dahil, süreye dahil değildir. 18 Yaşından küçüklere Kurumca bedeli karşılanmaz.	850,00
OP1042	KLENZAK EKLEMLİ KISA YÜRÜME ORTEZİ BİLATERAL (DERİ SANDALETE MONTELLİ)		A	I	2 yıl	Deri sandalet fiyata dahil, süreye dahil değildir. 18 Yaşından küçüklere Kurumca bedeli karşılanmaz.	1.000,00
OP1043	KOMPLE DERİ DİĞİSİMİ (UZUN YÜRÜME ORTEZİ İÇİN)		A*	I	1 yıl		99,00
OP1044	KISALIK DESTEKLERİ HER BİR CM İÇİN		A*	I	6 ay		4,00

OP1045	ARK TAKVİYELİ TABANLIK (HASTAYA ÖZEL ÜRETİLMİŞ) (ÇİFT)	A*	I	6 ay		31,00
OP1046	ARK-EFİN TAKVİYELİ TABANLIK (HASTAYA ÖZEL ÜRETİLMİŞ) (ÇİFT)	A*	I	6 ay		40,00
OP1047	ARK-KAMA TAKVİYELİ TABANLIK (HASTAYA ÖZEL ÜRETİLMİŞ) (ÇİFT)	A*	I	6 ay		40,00
OP1048	EPİN TAKVİYESİ (ÇİFT)	A*	H	6 ay		20,00
OP1049	ARK TAKVİYELİ TABANLIK (ÇİFT)	A*	H	6 ay		25,00
OP1050	ÜLSERASYON VE VİEYA DEFORMASYONLU AYAK İÇİN HASTAYA ÖZEL ÜRETİLMİŞ TABANLIK (ADİEDİ)	A*	I	6 ay		80,00
OP1051	ORTOPEDİK BOT (ÇİFTİ)	A*	I	6 ay	Birlikte tabanlık ütüre edilemez.	50,00
OP1052	ORTOPEDİK BOT (ÇİFTİ)	A*	H	6 ay	Birlikte tabanlık ütüre edilemez.	50,00
OP1053	KENDİNDEN AFOLU BOT	A*	H	1 yıl		65,00
OP1054	PATELLAR TENDON BANDI	A*	H	6 ay		40,00
OP1055	SOFT KAPLAMA (PLASTAZOT-PEE-LİTE VB.KAPLAMA) (POLİETİLEN MÖLDÜ)	A*	I	6 ay		35,00
OP1056	PLASTİK DİZ ORTEZİ (YÜKSEK YOĞUNLUKLU)	A	I	2 yıl		120,00
OP1057	PLASTİK DİZ ORTEZİ (DÜŞÜK YOĞUNLUKLU)	A	I	2 yıl		95,00
OP1058	PLASTİK DİZ ORTEZİ (HARİCİ EKLEMLİ)	A	I	2 yıl		235,00
OP1059	PLASTİK DİZ ORTEZİ (KENDİNDEN EKLEMLİ)	A	I	2 yıl		188,00
OP1060	PLASTİK İSTRAHAT MÖLDÜ (PAFO)	A*	I	1 yıl		85,00
OP1061	PLASTİK İSTRAHAT MÖLDÜ (PKAFO)	A*	I	1 yıl		125,00
OP1062	YÜKSEK YOĞUNLUKLU PLASTİK YÜRÜYÜŞ MÖLDÜ (SUPRA MALLEOLAR) (AFODAFOSMAFO)	A	I	1 yıl		85,00
OP1063	YÜKSEK YOĞUNLUKLU PLASTİK YÜRÜYÜŞ MÖLDÜ (SUB MALLEOLAR)	A	I	1 yıl		85,00
OP1064	YÜKSEK YOĞUNLUKLU PLASTİK YÜRÜYÜŞ MÖLDÜ (PAFO)	A	I	1 yıl		100,00
OP1065	YÜKSEK YOĞUNLUKLU PLASTİK YÜRÜYÜŞ MÖLDÜ-KENDİNDEN EKLEMLİ (PAFO)	A	I	1 yıl		125,00
OP1066	YÜKSEK YOĞUNLUKLU PLASTİK YÜRÜYÜŞ MÖLDÜ-HARİCİ EKLEMLİ (PAFO)	A	I	1 yıl		145,00
OP1067	YÜKSEK YOĞUNLUKLU PLASTİK YÜRÜYÜŞ MÖLDÜ-HARİCİ ASİSTİF EKLEMLİ (PAFO)	A	I	1 yıl		158,00
OP1068	YÜKSEK YOĞUNLUKLU PLASTİK YÜRÜYÜŞ MÖLDÜ -FLEKSİYONU ENGELLEYEN (GRAFO)	A	I	1 yıl		285,00
OP1069	YÜKSEK YOĞUNLUKLU PLASTİK YÜRÜYÜŞ MÖLDÜ -EKSTANSİYONU ENGELLEYEN (GRAFO)	A	I	1 yıl		315,00
OP1070	YÜKSEK YOĞUNLUKLU PLASTİK KAFO KENDİNDEN EKLEMLİ	A	I	1 yıl		210,00

OP1071	POSTERİÖR SHELL				* I	1 yıl			39,00
OP1072	DERİ SANDALET DİĞİŞİMİ			A I	I	1 yıl	Yürüme Chazor Kullanım hastalarda ödenir.		125,00
OP1073	SCOTTISH RİTİ: ORTEZİ			A I	I	1 yıl			314,00
OP1074	TRİPOT (ALÜMİNYUM)			* H	H	2 yıl			29,00
OP1075	TWİSTER (ÇELİK YAYLI METAL BEL KEMERLİ)			A I	I	1 yıl			199,00
OP1076	TWİSTER (LASTİK VEYA ÖRGÜ KOLON)			A* I	I	6 ay			43,00
OP1077	UZUN YÜRÜME ORTEZİ MODİFİYE THOMAS (BEL KEMERLİ)			A I	I	2 yıl			613,00
OP1078	UZUN YÜRÜME ORTEZİ THOMAS			A I	I	2 yıl			452,00
OP1079	UZUN YÜRÜME ORTEZİ (MEKANİK KİLİTLİ + BEL KEMERLİ+ORTOPEDİK BOTA MONTELLİ)			A I	I	2 yıl	ortopedik bot fiyana dahil, süreye dahil değildir.		996,00
OP1080	UZUN YÜRÜME ORTEZİ (MEKANİK KİLİTLİ + BEL KEMERLİ+DERİ SANDALETE MONTELLİ)			A I	I	2 yıl	deri sandalet fiyana dahil süreye dahil değildir.		1.072,00
OP1081	UZUN YÜRÜME ORTEZİ (MEKANİK KİLİTLİ + BEL KEMERLİ+YÜKSEK YOĞUNLUKLU PAFOYA MONTELLİ)			A I	I	2 yıl	Pafo fiyana dahil, süreye dahil değildir.		1.046,00
OP1082	UZUN YÜRÜME ORTEZİ (MEKANİK KİLİTLİ+ORTOPEDİK BOTA MONTELLİ)			A I	I	2 yıl	ortopedik bot fiyana dahil, süreye dahil değildir.		888,00
OP1083	UZUN YÜRÜME ORTEZİ (MEKANİK KİLİTLİ+ DERİ SANDALETE MONTELLİ)			A I	I	2 yıl	deri sandalet fiyana dahil süreye dahil değildir.		965,00
OP1084	UZUN YÜRÜME ORTEZİ (MEKANİK KİLİTLİ +YÜKSEK YOĞUNLUKLU PAFOYA MONTELLİ)			A I	I	2 yıl	Pafo fiyana dahil, süreye dahil değildir.		938,00
OP1085	UZUN YÜRÜME ORTEZİ (MEKANİK KİLİTLİ + BEL KEMERLİ+İSKİAL-DESTEKLİ+ORTOPEDİK BOTA MONTELLİ)			A I	I	2 yıl	ortopedik bot fiyana dahil, süreye dahil değildir.		1.068,00
OP1086	UZUN YÜRÜME ORTEZİ (MEKANİK KİLİTLİ + BEL KEMERLİ+İSKİAL-DESTEKLİ+DERİ SANDALETE MONTELLİ)			A I	I	2 yıl	deri sandalet fiyana dahil süreye dahil değildir.		1.144,00
OP1087	UZUN YÜRÜME ORTEZİ (MEKANİK KİLİTLİ + BEL KEMERLİ+İSKİAL-DESTEKLİ+YÜKSEK YOĞUNLUKLU PAFOYA MONTELLİ)			A I	I	2 yıl	Pafo fiyana dahil, süreye dahil değildir.		1.118,00
OP1088	UZUN YÜRÜME ORTEZİ (MEKANİK KİLİTLİ+ORTOPEDİK BOTA MONTELLİ)			A I	I	2 yıl	ortopedik bot fiyana dahil, süreye dahil değildir.		953,00
OP1089	UZUN YÜRÜME ORTEZİ (MEKANİK KİLİTLİ+İSKİAL-DESTEKLİ+DERİ SANDALETE MONTELLİ)			A I	I	2 yıl	deri sandalet fiyana dahil süreye dahil değildir.		1.029,00
OP1090	UZUN YÜRÜME ORTEZİ (MEKANİK KİLİTLİ+İSKİAL-DESTEKLİ+YÜKSEK YOĞUNLUKLU PAFOYA MONTELLİ)			A I	I	2 yıl	Pafo fiyana dahil, süreye dahil değildir.		1.003,00
OP1091	UZUN YÜRÜME ORTEZİ BİLATERAL (MEKANİK KİLİTLİ +ORTOPEDİK BOTA MONTELLİ)			A I	I	2 yıl	ortopedik bot fiyana dahil, süreye dahil değildir.		1.726,00
OP1092	UZUN YÜRÜME ORTEZİ BİLATERAL (MEKANİK KİLİTLİ + BEL KEMERLİ+ORTOPEDİK BOTA MONTELLİ)			A I	I	2 yıl	ortopedik bot fiyana dahil, süreye dahil değildir.		2.052,00
OP1093	UZUN YÜRÜME ORTEZİ BİLATERAL (MEKANİK KİLİTLİ + BEL KEMERLİ+DERİ SANDALETE MONTELLİ)			A I	I	2 yıl	deri sandalet fiyana dahil süreye dahil değildir.		2.205,00
OP1094	UZUN YÜRÜME ORTEZİ BİLATERAL (MEKANİK KİLİTLİ + BEL KEMERLİ+YÜKSEK YOĞUNLUKLU PAFOYA MONTELLİ)			A I	I	2 yıl	Pafo fiyana dahil, süreye dahil değildir.		2.152,00
OP1095	UZUN YÜRÜME ORTEZİ BİLATERAL (MEKANİK KİLİTLİ + BEL KEMERLİ+İSKİAL-DESTEKLİ+ORTOPEDİK BOTA MONTELLİ)			A I	I	2 yıl	ortopedik bot fiyana dahil, süreye dahil değildir.		2.196,00
OP1096	UZUN YÜRÜME ORTEZİ BİLATERAL (MEKANİK KİLİTLİ+İSKİAL-DESTEKLİ+ORTOPEDİK BOTA MONTELLİ)			A I	I	2 yıl	ortopedik bot fiyana dahil, süreye dahil değildir.		1.856,00

OP1097	UZUN YÜRÜME ORTEZİ BEL-ATERAL (MEKANİK KİLİTLİ + BEL KİMERLİ+İSKİAL DESTEKLİ+DERİ SANDALETE MONTELİ)	A	I	2 yıl	deri sandalet fiyatta dahil süreye dahil değildir.	2.349,00
OP1098	UZUN YÜRÜME ORTEZİ BEL-ATERAL (MEKANİK KİLİTLİ + BEL KİMERLİ+İSKİAL DESTEKLİ+YÜKSEK YOĞUNLUKLU PAFOYA MONTELİ)	A	I	2 yıl	Pafu fiyatta dahil, süreye dahil değildir.	2.296,00
OP1099	UZUN YÜRÜME ORTEZİ BEL-ATERAL (MEKANİK KİLİTLİ + YÜKSEK YOĞUNLUKLU PLASTİK GÖVDE ORTEZİNE MONTELİ+İSKİAL DİSTEKLİ+ORTOPEDİK BOTA MONTELİ)	A	I	2 yıl	ortopedik bot fiyatta dahil, süreye dahil değildir.	2.316,00
OP1100	UZUN YÜRÜME ORTEZİ BEL-ATERAL (MEKANİK KİLİTLİ + YÜKSEK YOĞUNLUKLU PLASTİK GÖVDE ORTEZİNE MONTELİ+İSKİAL DESTEKLİ+ORTOPEDİK BOTA MONTELİ)(2-18 YAŞ ARASI HASTALAR İÇİN)	A	I	2 yıl	ortopedik bot ve gövde ortezi fiyatta dahil, süreye dahil değildir.	1.560,00
OP1101	UZUN YÜRÜME ORTEZİ BEL-ATERAL (MEKANİK KİLİTLİ + YÜKSEK YOĞUNLUKLU PLASTİK GÖVDE ORTEZİNE MONTELİ+İSKİAL DESTEKLİ+DERİ SANDALETE MONTELİ)	A	I	2 yıl	deri sandalet fiyatta dahil süreye dahil değildir.	2.469,00
OP1102	UZUN YÜRÜME ORTEZİ BEL-ATERAL (MEKANİK KİLİTLİ + YÜKSEK YOĞUNLUKLU PLASTİK GÖVDE ORTEZİNE MONTELİ+İSKİAL DESTEKLİ+DERİ SANDALETE MONTELİ)(2-18 YAŞ ARASI HASTALAR İÇİN)	A	I	2 yıl	Deri Sandalet ve gövde ortezi fiyatta dahil, süreye dahil değildir.	1.620,00
OP1103	UZUN YÜRÜME ORTEZİ BEL-ATERAL (MEKANİK KİLİTLİ +YÜKSEK YOĞUNLUKLU PLASTİK GÖVDE ORTEZİNE MONTELİ+İSKİAL DESTEKLİ+YÜKSEK YOĞUNLUKLU PAFOYA MONTELİ)	A	I	2 yıl	Pafu ve gövde ortezi fiyatta dahil, süreye dahil değildir.	2.416,00
OP1104	UZUN YÜRÜME ORTEZİ BEL-ATERAL (MEKANİK KİLİTLİ +YÜKSEK YOĞUNLUKLU PLASTİK GÖVDE ORTEZİNE MONTELİ+İSKİAL DESTEKLİ+YÜKSEK YOĞUNLUKLU PAFOYA MONTELİ)(2-18 YAŞ ARASI HASTALAR İÇİN)	A	I	2 yıl	Pafu ve gövde ortezi fiyatta dahil, süreye dahil değildir.	1.680,00
OP1105	WALKER (ALÜMİNYUM)HAREKETLİ+SABİT-TERS)	A	I	1 yıl		50,00
OP1106	WALKER (ALÜMİNYUM)HAREKETLİ+SABİT-TERS)	A	H	1 yıl		39,00
OP1107	WALKER (MODİFİYE; AKSİLLA DESTEKLİ, ÖNKÖL DESTEKLİ, VS)	A	I	1 yıl		179,00
OP1108	WALKER (MODİFİYE; AKSİLLA DESTEKLİ, ÖNKÖL DESTEKLİ, VS)	A	H	1 yıl		138,00
OP1109	X BAİN VEYA O BAİN ORTEZİ	A*	I	1 yıl		509,00
OP1110	TİBİA KIRIKLARI İÇİN SARMİENTO YÜRÜYÜŞ ORTEZİ	A*	I	1 defa		100,00
	<b>ÜST EKSTREMİTE ORTEZLERİ</b>					
OP1111	İNCE EL BECERİLERİNİ DESTEKLEYEN TUTMA VE KAVRAMA APARATLARI DİNAMİK	A	H	2 yıl	Bir yılda en fazla 6 farklı aparatın Kurumca beklendi karsılıdır.	125,00
OP1112	İNCE EL BECERİLERİNİ DESTEKLEYEN TUTMA VE KAVRAMA APARATLARI STATİK	A	H	2 yıl	Bir yılda en fazla 6 farklı aparatın Kurumca beklendi karsılıdır.	75,00
OP1113	KÖL ABDUKSİYON ORTEZİ STATİK-PELVİS DESTEKLİ (AİR PLANE VS)	A	I	1 yıl		200,00
OP1114	KÖL ABDUKSİYON ORTEZİ STATİK-GÖVDE DESTEKLİ (AİR PLANE VS)	A	I	1 yıl		150,00
OP1115	AYARLANABİLİR EKLEMLİ KONTRAKTÜR ORTEZİ (ÜST EKSTREMİTE)	A	H	9 ay		265,00
OP1116	AYARLANABİLİR EKLEMLİ KONTRAKTÜR ORTEZİ (ÜST EKSTREMİTE)	A	I	9 ay		300,00
OP1117	DİSTRAKSİYON SİSTEMLİ KONTRAKTÜR ORTEZİ ÜST EKSTREMİTE	A	I	2 yıl		450,00
OP1118	BASPARMAK BANDI	*	H	6 ay		14,00
OP1119	BRAKİAL PLEKSUS YARALANMA ORTEZİ	B*	I	1 yıl		200,00
OP1120	DİNAMİK DİRSÜK SPLİNTİ	A	I	6 ay		350,00
OP1121	DİNAMİK EL-BİLEK SPLİNTİ	A	I	6 ay		98,00

OP1122	DİNAMİK EL-BİLEK-PARMAK SPLİNTİ	A	I	6 ay		125,00
OP1123	DİNAMİK PARMAK SPLİNTİ	A	I	6 ay		50,00
OP1124	EL-BİLEĞİ BALENLİYÜN SPLİNT	*	H	6 ay		14,00
OP1125	ELASTİK DİRSEKLIK	*	H	6 ay		11,00
OP1126	EPİKONDİLİT BANDI	*	H	6 ay		13,00
OP1127	İNİHİTÖR EL-BİLEK SPLİNTİ	A*	I	6 ay		140,00
OP1128	KISA OPPONENS SPLİNTİ	A*	I	6 ay		63,00
OP1129	KISA OPPONENS SPLİNTİ LUMBRİCAL BARLI	A*	I	6 ay		76,00
OP1130	UZUN OPPONENS SPLİNTİ	A*	I	6 ay		94,00
OP1131	KILAVUKULA BANDAĞI-VALPAU BANDAĞI-KOL ASKISI-OMUZ ASKISI	*	H	6 ay		25,00
OP1132	FLEKSÖR TENDON KESİSİ SPLİNTİ	A*	I	1 yıl		112,00
OP1133	EKSTANÖR TENDON KESİSİ SPLİNTİ	A*	I	6 ay		112,00
OP1134	KOL ABDÜKSİYON ORTEZİ DİNAMİK	A	I	6 ay		225,00
OP1135	OMUZ RETRAKSİYON HARNESİ	A*	H	6 ay		69,00
OP1136	PARMAK KONTRAKTÖR ORTEZİ	A*	I	6 ay		60,00
OP1137	SOFT KAPLAMA (PLASTAZOT-PEE-LITE VB.,PLASTİK EL, EL-BİLEK, DİRSEK VE OMUZ ORTEZLERİ)	A*	I	6 ay		35,00
OP1138	POLİFORM ORTEZ (DİRSEK-EL-BİLEK)	A*	I	6 ay		75,00
OP1139	SARFİMENTO ORTEZİ (ÖLÇÜ VE PROVA İLE)	A*	I	1 yıl		226,00
OP1140	SARFİMENTO ORTEZİ	A*	H	1 yıl		170,00
OP1141	STATİK DİRSEK SPLİNTİ (ÖLÇÜ VE PROVALI)	A*	I	6 ay		83,00
OP1142	STATİK DİRSEK SPLİNTİ	A*	H	6 ay		60,00
OP1143	STATİK EL-BİLEK SPLİNTİ (ÖLÇÜ VE PROVALI)	A*	I	6 ay		55,00
OP1144	STATİK EL-BİLEK SPLİNTİ	A*	H	6 ay		40,00
OP1145	STATİK EL-BİLEK PARMAK SPLİNTİ (ÖLÇÜ VE PROVALI)	A*	I	6 ay		55,00
OP1146	STATİK EL SPLİNTİ (ÖLÇÜ VE PROVALI)	A*	I	6 ay		39,00
OP1147	STATİK EL SPLİNTİ	A*	H	6 ay		30,00

OP1148	STATİK PARMAC SPLİNTİ (ÖLÇÜ VE PROVALI)	A*	I	6 ay	Her parmak için bir adet Kurumca bedelli karşılıdır.	21.00
OP1149	STATİK PARMAC SPLİNTİ	A*	II	6 ay	Her parmak için bir adet Kurumca bedelli karşılıdır.	15.00
OP1150	STATİK EL-BİLEK-DİRSEK SPLİNTİ (ÖLÇÜ VE PROVALI)	A*	I	6 ay		125.00
OP1151	STATİK EL-BİLEK-DİRSEK SPLİNTİ	A*	H	2 yıl		100.00
OP1152	TENODEZİS SPLİNTİ PLASTİK	A*	I	6 ay		180.00
OP1153	TENODEZİS SPLİNTİ METAL	A*	I	6 ay		225.00
OP1154	ÖN KOL SUPINASYON/PRONASYON ORTEZİ STATİK	A	I	6 ay		161.00
OP1155	ÖN KOL ROTASYON ORTEZİ DİNAMİK	A	I	1 yıl		191.00
	<b>ALT EKSTREMİTE PROTEZLERİ</b>					
OP1156	AYAK BİLEĞİ EKLEMİ DEĞİŞİMİ-KONVANSİYONEL AYAK	A	I	3 yıl		237.00
OP1157	AYAK BİLEK BAĞLANTISI DEĞİŞİMİ-SACHLDINAMİK AYAK	A*	I	3 yıl		96.00
OP1158	CHOPART/BOYD/PROGOF PROTEZİ (LAMİNASYON TEKNİĞİ İLE ÜRETİLMİŞ)	A	I	5 yıl		1.072.00
OP1159	DİNAMİK/KONVANSİYONEL AYAK DEĞİŞİMİ	A	I	3 yıl		407.00
OP1160	DİZ ALTI PROTEZİ-ERKEN AMELİYAT MASASINDA	A*	I	1 Defa	Hünyesinde ortez protez merkezi olan hastanelere yapılmış halde Kurumca bedel karşılıdır.	750.00
OP1161	DİZ ALTI PROTEZİ-GEÇİCİ	A	I	1 Defa		790.00
OP1162	DİZ ALTI PROTEZİ ( GEÇİCİ PROTEZ SONRASI UYGULANAN HASTALARDA)	A	I	5 yıl		600.00
OP1163	ORTHO PROTEZ-DİZ ALTI MODÜLER (LAMİNASYON TEKNİĞİ İLE ÜRETİLEN)	A	I	5 yıl		2.000.00
OP1164	ORTHO PROTEZ-DİZ ALTI PLASTİK	A	I	5 yıl		900.00
OP1165	DİZ ALTI PROTEZİ (KLASİK)	A	I	5 yıl		1.072.00
OP1166	DİZ ALTI PROTEZİ (MODÜLER)	A	I	5 yıl		1.660.00
OP1167	PASİF VAKUM SİSTEMLİ SİLİKON SOKETLİ MODÜLER DİZALTI PROTEZİ	A	I	5 yıl	Bir çift silikon liner ile birlikte verilir.	2.500.00
OP1168	DİZ ALTI PROTEZİ-SİLİKON LİNER PİN SİSTEMLİ	A	I	5 yıl	Bir çift silikon liner ile birlikte verilir.	3.000.00
OP1169	SİLİKON LİNER PİN SİSTEMLİ DİZ ALTI PROTEZ SOKET DEĞİŞİMİ	A	I	18 ay		450.00
OP1170	SİLİKON LİNER PİN SİSTEMLİ DİZ ALTI PROTEZ PİN SİSTEMİNİN DEĞİŞİMİ	A	I	18 ay		230.00
OP1171	DİZ ALTI PROTEZ SİLİKON LİNER DEĞİŞİMİ	A	I	18 ay	Protez ile birlikte bir çift verildiğinden 2 yıldan önce Kurumca bedeli karşılılmaz.	475.00
OP1172	DİZ ALTI PROTEZİ SOKET DEĞİŞİMİ	A	I	18 ay		416.00

OP1173	SYME PROTEZİ SOKET DEĞİŞİMİ	A	I	18 ay			416,00
OP1174	PASİF VAKUM SİSTEMLİ SİLİKON SOKETLİ MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ	A	I	5 yıl	Bir çift silikon liner ile birlikte verilir.		4.000,00
OP1175	DİZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ (KLASİK)	A	I	5 yıl			1.735,00
OP1176	DİZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ (MEKANİK -MODÜLER)	A	I	5 yıl			3.622,00
OP1177	DİZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ-SOKET DEĞİŞİMİ	A	I	18 ay			584,00
OP1178	DİZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ SİLİKON LİNER DEĞİŞİMİ	A	I	18 ay	Protez ile birlikte bir çift verildiğinden 2 yıldan önce Kurumca bedeli karşılanmaz.		510,00
OP1179	PASİF VAKUM SİSTEMLİ SİLİKON SOKETLİ MODÜLER DİZ ÜSTÜ PROTEZİ	A	I	5 yıl	Bir çift silikon liner ile birlikte verilir.		3.500,00
OP1180	DİZ ÜSTÜ PROTEZİ-ERKEN AMELİYAT MASASINDA	I	I	1 Defa	Banyosunda ortez protez merkezi olan hastanelerde yapılması halinde Kurumca bedeli karşılanır.		1.680,00
OP1181	PROTEZ DİZ-LATERAL EKLEM DEĞİŞİMİ	A	I	2 yıl			680,00
OP1182	DİZ EKLEMİ AĞAÇ+PLASTİK DEĞİŞİMİ	A	I	2 yıl			1.062,00
OP1183	DİZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ- MODÜLER EKLEM DEĞİŞİMİ (POLİSENTRİK)	A	I	2 yıl			1.811,00
OP1184	DİZ ÜSTÜ PROTEZİ-MODÜLER EKLEM DEĞİŞİMİ (MONOSENTRİK)	A	I	2 yıl			925,00
OP1185	DİZ ÜSTÜ PROTEZİ-MODÜLER EKLEMİ DEĞİŞİMİ (ÇOCUK)	A	I	2 yıl			1.450,00
OP1186	DİZ ÜSTÜ PROTEZİ-GEÇİCİ	A	I	1 Defa			1.700,00
OP1187	DİZ ÜSTÜ PROTEZİ ( GEÇİCİ PROTEZ SONRASI UYGULANAN HASTALARDA)	A	I	5 yıl			800,00
OP1188	DİZ ÜSTÜ PROTEZİ (KLASİK)	A	I	5 yıl			1.838,00
OP1189	DİZ ÜSTÜ PROTEZİ (MEKANİK-MODÜLER)	A	I	5 yıl			2.676,00
OP1190	DİZ ÜSTÜ PROTEZİ (MEKANİK-MODÜLER-SİLİKON LİNER PİN SİSTEMLİ)	A	I	5 yıl	Bir çift silikon liner ile birlikte verilir.		3.750,00
OP1191	SİLİKON LİNER PİN SİSTEMLİ DİZ ÜSTÜ PROTEZ SOKET DEĞİŞİMİ	A	I	18 ay			600,00
OP1192	SİLİKON LİNER PİN SİSTEMLİ DİZ ÜSTÜ PROTEZ PİN SİSTEMİNİN DEĞİŞİMİ	A	I	18 ay			260,00
OP1193	DİZ ÜSTÜ PROTEZ SİLİKON LİNER DEĞİŞİMİ	A	I	18 ay	Protez ile birlikte bir çift verildiğinden 2 yıldan önce Kurumca bedeli karşılanmaz.		510,00
OP1194	ORTHO PROTEZ-DİZ ÜSTÜ MODÜLER (LAMİNASYON TEKNİĞİ İLE ÜRETİLEN)	A	I	5 yıl			2.800,00
OP1195	ORTHO PROTEZ-DİZ ÜSTÜ PLASTİK	A	I	5 yıl			1.600,00
OP1196	DİZ ÜSTÜ PROTEZİ (MODÜLER-ÇOCUK)	A	I	5 yıl	SUT noktalarına göre süresinden önce yenilenebilir.		3.320,00
OP1197	DİZ ÜSTÜ SOKET DEĞİŞİMİ	A	I	18 ay			584,00



OP1198	FOM ÇORABI DEĞİŞİMİ	A*	I	6 ay			-41,00
OP1199	DİZ ALTI PROTEZİ FOM, MIKA DEĞİŞİMİ	A	I	1 yıl			245,00
OP1200	DİZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ FOM, MIKA DEĞİŞİMİ	A	I	1 yıl			300,00
OP1201	DİZ ÜSTÜ PROTEZİ FOM, MIKA DEĞİŞİMİ	A	I	1 yıl			356,00
OP1202	KALÇA DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ FOM, MIKA DEĞİŞİMİ	A	I	1 yıl			409,00
OP1203	GÜDÜK ÇORABI	A*	I	6 ay			4,00
OP1204	HEMİPELVEKTOMİ PROTEZİ (MODÜLER)	A	I	5 yıl			3.471,00
OP1205	KALÇA DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ (MODÜLER)	A	I	5 yıl			3.522,00
OP1206	PROTEZ KALÇA EKLEME DEĞİŞİMİ (MODÜLER)	A	I	2 yıl			1.207,00
OP1207	PROTEZ KALÇA EKLEME DEĞİŞİMİ (MODÜLER- ÇOCUK)	A	I	2 yıl			1.861,00
OP1208	KALÇA-HEMİPELVEKTOMİ SOKET DEĞİŞİMİ	A	I	2 yıl			669,00
OP1209	KALÇA PROTEZİ (MODÜLER-ÇOCUK)	A	I	5 yıl	SUT hükümlerine göre stiresinden önce yenilenebilir.		4.528,00
OP1210	ORTHO PROTEZ-KALÇA DEZARTİKÜLASYON MODÜLER (LAMİNASYON TEKNİĞİ İLE ÜRETİLEN)	A	I	5 yıl			4.000,00
OP1211	ORTHO PROTEZ-KALÇA DEZARTİKÜLASYON PLASTİK	A	I	5 yıl			3.400,00
OP1212	MODÜLER PROTEZ TUP ADAPTÖRÜ DEĞİŞİMİ	A*	I	2 yıl			90,00
OP1213	MODÜLER PROTEZ ADAPTÖRLÜ TUP DEĞİŞİMİ	A*	I	2 yıl			112,00
OP1214	PARSİYEL AYAK PROTEZİ (DERİ PATİK)	A	I	5 yıl			357,00
OP1215	PARSİYEL AYAK PROTEZİ (PLASTİK OMURGALLI-KLİPİLİ)	A	I	5 yıl			575,00
OP1216	PARSİYEL AYAK PROTEZİ (PAFO TİPİ)	A	I	5 yıl			510,00
OP1217	PARSİYEL AYAK PROTEZİ (TABANLIKLI-DOLGU)	A	I	5 yıl			110,00
OP1218	SACLI AYAK DEĞİŞİMİ	A	I	2 yıl			300,00
OP1219	SOFT SOKET DEĞİŞİMİ-POLİFORM	A	I	1 yıl			104,00
OP1220	SUBAP DEĞİŞİMİ	A*	I	1 yıl			37,00
OP1221	SYME PROTEZİ	A	I	5 yıl			1.046,00
OP1222	UYLUK BANDI(Y BANDI/SİLESİAN BANT DEĞİŞİMİ)	A*	I	1 yıl			37,00
OP1223	UYLUK KORSESİ, LATERAL EKLEMLİ-DİZ ALTI, POTTEZİ İLE ÖNGÖRÜLDÜĞÜNDE	A	I	3 yıl			654,00

ÜST EKSTREMİTE PROTEZLERİ							
OP1224	DİRSEK ALTI PROTEZİ (MEKANİK FONKSİYONEL KLASİK)	A	I	5 yıl			1.737,00
OP1225	DİRSEK ALTI PROTEZİ (MEKANİK FONKSİYONEL-MODÜLER)	A	I	5 yıl			1.857,00
OP1226	DİRSEK ALTI PROTEZİ (PASİF)	A	I	5 yıl			1.390,00
OP1227	DİRSEK DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ (MEKANİK FONKSİYONEL KLASİK)	A	I	5 yıl			2.858,00
OP1228	DİRSEK DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ (MEKANİK FONKSİYONEL-MODÜLER)	A	I	5 yıl			2.958,00
OP1229	DİRSEK DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ (PASİF)	A	I	5 yıl			2.286,00
OP1230	DİRSEK EKLEMİ (MEKANİK FONKSİYONEL KLASİK) DEĞİŞİMİ	A	I	2 yıl			1.358,00
OP1231	DİRSEK EKLEMİ (MEKANİK FONKSİYONEL-MODÜLER) DEĞİŞİMİ	A	I	2 yıl			880,00
OP1232	DİRSEK ÜSTÜ PROTEZİ (MEKANİK FONKSİYONEL KLASİK)	A	I	5 yıl			2.918,00
OP1233	DİRSEK ÜSTÜ PROTEZİ (MEKANİK FONKSİYONEL-MODÜLER)	A	I	5 yıl			2.767,00
OP1234	DİRSEK ÜSTÜ PROTEZİ (PASİF)	A	I	5 yıl			2.334,00
OP1235	EL-BİLEĞİ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ (MEKANİK FONKSİYONEL)	A	I	5 yıl			1.730,00
OP1236	EL-BİLEĞİ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ (PASİF)	A	I	5 yıl			1.384,00
OP1237	EL-BİLEĞİ ÜNİTİ DEĞİŞİMİ	A*	I	2 yıl			100,00
OP1238	ÜST EKSTREMİTE PROTEZLERİ FOM DEĞİŞİMİ	A*	I	2 yıl			178,00
OP1239	FOREQUARTER PROTEZİ (MEKANİK FONKSİYONEL KLASİK)	A	I	5 yıl			3.170,00
OP1240	FOREQUARTER PROTEZİ (MEKANİK FONKSİYONEL MODÜLER)	A	I	5 yıl			3.341,00
OP1241	FOREQUARTER PROTEZİ (PASİF)	A	I	5 yıl			2.556,00
OP1242	HARNES DEĞİŞİMİ	A*	I	2 yıl			74,00
OP1243	OMUZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ (MEKANİK FONKSİYONEL KLASİK)	A	I	5 yıl			3.170,00
OP1244	OMUZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ (MEKANİK FONKSİYONEL MODÜLER)	A	I	5 yıl			3.341,00
OP1245	OMUZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ (PASİF)	A	I	5 yıl			2.694,00
OP1246	OMUZ EKLEMİ (MODÜLER) DEĞİŞİMİ	A	I	2 yıl			830,00
OP1247	FOREQUARTER-OMUZ DEZARTİKÜLASYON/DİRSEK ÜSTÜ/DİRSEK DEZARTİKÜLASYON/DİRSEK ALTI SOKET DEĞİŞİMİ	A	I	2 yıl			415,00
OP1248	PARMAK PROTEZİ (PROTEZ EL DİVENİNDEN)	A	I	5 yıl			150,00

OP1249	PARŞİYEL EL PROTEZİ (PROTEZ ELDİVENDEN)	A	I	5 yıl		362,00
OP1250	DİNAMİK ÇİFT SOKETLİ PARŞİYEL EL PROTEZİ LAMİNASYON TEKNİĞİ İLE ÜRETTİLEN (PROTEZ ELDİVENLİ)	A	I	5 yıl		1.222,00
OP1251	PROTEZ EL DEĞİŞİMİ	A	I	2 yıl		855,00
OP1252	PROTEZ ELDİVEN DEĞİŞİMİ	A	I	1 yıl		352,00
<b>MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZLER</b>						
1) Sağlık kurumu rapuru ile önerilen myoelektirik kontrollü kol protezleri; (a) Bilişimli üst ekstremitere amputasyonu/uzuv eksikliği olan hastaların her iki üst ekstremitesine.						
OP1253	TRANSKARPAL AMPUTASYONU İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZ 2 KANAL TEK ELEKTROTLU	A	I	10 yıl		11.050,00
OP1254	TRANSKARPAL AMPUTASYONU İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZ 2 KANAL İKİ ELEKTROTLU	A	I	10 yıl	parça değişiminde 2 adet algılayıcı elektrod, 2 adet elektrod bağlantı kablosu Kurumca bedeli karşılannr.	12.326,70
OP1255	EL BİLEĞİ DEZARTİKÜLASYONU İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZ 2 KANAL TEK ELEKTROTLU	A	I	10 yıl		11.326,25
OP1256	EL BİLEĞİ DEZARTİKÜLASYONU İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZ 2 KANAL İKİ ELEKTROTLU	A	I	10 yıl	parça değişiminde 2 adet algılayıcı elektrod, 2 adet elektrod bağlantı kablosu Kurumca bedeli ödenir.	12.326,70
OP1257	EL BİLEĞİ DEZARTİKÜLASYONU İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ ÇOCUK PROTEZ 2 KANAL SİSTEM	A	I	10 yıl		12.326,70
OP1258	DİRSEKALTI AMPUTASYONLARI İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZ 2 KANAL TEK ELEKTROTLU	A	I	10 yıl		11.708,75
OP1259	DİRSEKALTI AMPUTASYONLARI İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZ 2 KANAL İKİ ELEKTROTLU	A	I	10 yıl	parça değişiminde 2 adet algılayıcı elektrod, 2 adet elektrod bağlantı kablosu Kurumca bedeli karşılannr.	12.920,00
OP1260	DİRSEKALTI AMPUTASYONLARI İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ ÇOCUK PROTEZİ	A	I	10 yıl		12.920,00
OP1261	DİRSEKALTI AMPUTASYONLARI İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZ 4 KANAL SİSTEM	A	I	10 yıl		16.660,00
OP1262	DİRSEK DEZARTİKÜLASYONU İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZ 2 KANAL SİSTEM	A	I	10 yıl		15.640,00
OP1263	DİRSEK DEZARTİKÜLASYONU İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZ 4 KANAL SİSTEM	A	I	10 yıl		20.825,00
OP1264	DİRSEK ÜSTÜ AMPUTASYONU İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZ 2 KANAL SİSTEM	A	I	10 yıl		14.790,00
OP1265	DİRSEK ÜSTÜ AMPUTASYONU İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ ÇOCUK PROTEZİ	A	I	10 yıl		14.790,00
OP1266	DİRSEK ÜSTÜ AMPUTASYONU İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZ 4 KANAL SİSTEM	A	I	10 yıl		20.060,00
<b>MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZLERİN KOMPONENTLERİ</b>						
<b>TRANSKARPAL AMPUTASYONU İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZ 2 KANAL SİSTEMİNİN ALT KOMPONENTLERİ</b>						
OP1253A	1 ADET MYOELEKTRİK EL	A	I			5.319,30
OP1253B	1 ADET TEK KANALLI ALGILAYICI ELEKTROT	A	I			1.105,00
OP1253C	1 ADET ELEKTROT BAĞLANTILI KABLOSU	A	I			90,95

OPI253D	1 ADET BATARYA BAĞLANTI KABLOSU	A	I			80,75
OPI253E	2 ADET EN AZ 6 V BATARYA	A	I			647,70
OPI253F	1 ADET BATARYA YATAĞI	A	I			72,25
OPI253G	1 ADET ŞARJ CİHAZI	A	I			205,70
OPI253H	1 ADET KOZMETİK EL DİVEN	A	I			201,45
	<b>EL-BİLEĞİ DEZARTİKÜLASYONU İÇİN MYOELEKTRONİK KONTROLLÜ PROTEZİ 2 KANAL SİSTEMİN(VETİŞKİN/ÇOCUK) ALT KOMPONENTLERİ</b>					
OPI255A	1 ADET MYOELEKTRİK EL	A	I			5.319,30
OPI255B	1 ADET TEK KANALLI ALGILAYICI ELEKTROT	A	I			1.105,00
OPI255C	1 ADET ELEKTROT BAĞLANTI KABLOSU	A	I			90,95
OPI255D	1 ADET BATARYA BAĞLANTI KABLOSU	A	I			80,75
OPI255E	2 ADET EN AZ 6 V BATARYA	A	I			647,70
OPI255F	1 ADET BATARYA YATAĞI	A	I			72,25
OPI255G	1 ADET ŞARJ CİHAZI	A	I			205,70
OPI255H	1 ADET KOZMETİK EL DİVEN	A	I			201,45
	<b>DIRSEKALTI AMPUTASYONLARI İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZ 2 KANAL SİSTEMİN ALT KOMPONENTLERİ</b>					
OPI258A	1 ADET MYOELEKTRİK EL	A	I			5.319,30
OPI258B	1 ADET TEK KANALLI ALGILAYICI ELEKTROT	A	I			1.105,00
OPI258C	1 ADET ELEKTROT BAĞLANTI KABLOSU	A	I			90,95
OPI258D	1 ADET BATARYA BAĞLANTI KABLOSU	A	I			80,75
OPI258E	2 ADET EN AZ 6 V BATARYA	A	I			647,70
OPI258F	1 ADET BATARYA YATAĞI	A	I			72,25
OPI258G	1 ADET ŞARJ CİHAZI	A	I			205,70
OPI258H	1 ADET EL-BİLEĞİ ÜNİTİ	A	I			208,25
OPI258I	1 ADET KOZMETİK EL DİVEN	A	I			201,45
	<b>DIRSEKALTI AMPUTASYONLARI İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZ 4 KANAL SİSTEMİN ALT KOMPONENTLERİ</b>					
OPI261A	1 ADET MYOELEKTRİK EL	A	I			5.319,30

OPI261B	2 ADET ÇİFT KANALLI ALGILAYICI ELEKTROT	A	I			2.210,00
OPI261C	2 ADET ELEKTROT BAĞLANTI KABLOSU	A	I			181,90
OPI261D	1 ADET EL BİLEĞİ ÜNİTİ	A	I			208,25
OPI261E	1 ADET ELEKTRONİK EL BİLEĞİ ROTATÖRÜ	A	I			3.570,00
OPI261F	1 ADET BATARYA BAĞLANTI KABLOSU	A	I			80,75
OPI261G	2 ADET EN AZ 6 V BATARYA	A	I			647,70
OPI261H	1 ADET BATARYA YATAĞI	A	I			72,25
OPI261I	1 ADET ŞARJ ÇİHAZI	A	I			205,70
OPI261J	1 ADET KOZMETİK EL DİVEN	A	I			201,45
	<b>DİRSEK DEZARTİKÜLASYONU İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZ 2 KANAL SİSTEMİN ALT KOMPONENTLERİ</b>					
OPI262A	1 ADET MYOELEKTRİK EL	A	I			5.319,30
OPI262B	2 ADET TEK KANALLI ALGILAYICI ELEKTROT	A	I			2.210,00
OPI262C	2 ADET ELEKTROT BAĞLANTI KABLOSU	A	I			181,90
OPI262D	1 ADET EL BİLEĞİ ÜNİTİ	A	I			208,25
OPI262E	1 ADET BATARYA BAĞLANTI KABLOSU	A	I			80,75
OPI262F	2 ADET EN AZ 6 V BATARYA	A	I			647,70
OPI262G	1 ADET BATARYA YATAĞI	A	I			72,25
OPI262H	1 ADET ŞARJ ÇİHAZI	A	I			205,70
OPI262I	1 ADET KOZMETİK EL DİVEN	A	I			201,45
OPI262J	1 ADET PROTEZ BAĞ SİSTEMİ	A	I			62,90
OPI262K	2 ADET LATERAL DİRSEK EKLEMİ	A	I			977,50
	<b>DİRSEK DEZARTİKÜLASYONU İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZ 4 KANAL SİSTEMİN ALT KOMPONENTLERİ</b>					
OPI263A	1 ADET MYOELEKTRİK EL	A	I			5.319,30
OPI263B	2 ADET ÇİFT KANALLI ALGILAYICI ELEKTROT	A	I			2.210,00
OPI263C	2 ADET ELEKTROT BAĞLANTI KABLOSU	A	I			181,90
OPI263D	1 ADET EL BİLEĞİ ÜNİTİ	A	I			208,25

OPI263E	1 ADET ELEKTRONİK EL BİLEĞİ ROTATÖRÜ				A	I				3.570,00
OPI263F	2 ADET LATERAL DİRSEK EKLEMİ				A	I				977,50
OPI263G	1 ADET BİYOMYOELEKTRİK KABLOSU				A	I				80,75
OPI263H	2 ADET EN AZ 6 V BİYOMYOELEKTRİK KABLOSU				A	I				647,70
OPI263I	1 ADET BİYOMYOELEKTRİK KABLOSU				A	I				72,25
OPI263J	1 ADET ŞARJ CİHAZI				A	I				205,70
OPI263K	1 ADET KOZMETİK EL DİVENİ				A	I				201,45
OPI263L	1 ADET PROTEZ BAĞ SİSTEMİ				A	I				62,90
	<b>DİRSEKÜSTÜ AMPUTASYONLARI İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZ 2 KANAL SİSTEMİN ALT KOMPONENTLERİ</b>									
OPI264A	1 ADET MYOELEKTRİK EL				A	I				5.319,30
OPI264B	2 ADET TEK KANALLI ALGILAYICI ELEKTROT				A	I				2.210,00
OPI264C	2 ADET ELEKTROT BAĞLANTI KABLOSU				A	I				181,90
OPI264D	1 ADET EL BİLEĞİ ÜNİTİ				A	I				208,25
OPI264E	1 ADET DİRSEK EKLEMİ (MEKANİK)				A	I				584,80
OPI264F	1 ADET BİYOMYOELEKTRİK KABLOSU				A	I				80,75
OPI264G	2 ADET EN AZ 6 V BİYOMYOELEKTRİK KABLOSU				A	I				647,70
OPI264H	1 ADET BİYOMYOELEKTRİK KABLOSU				A	I				72,25
OPI264I	1 ADET ŞARJ CİHAZI				A	I				205,70
OPI264J	1 ADET KOZMETİK EL DİVENİ				A	I				201,45
OPI264K	1 ADET PROTEZ BAĞ SİSTEMİ				A	I				62,90
	<b>DİRSEKÜSTÜ AMPUTASYONLARI İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZ 4 KANAL SİSTEMİN ALT KOMPONENTLERİ</b>									
OPI266A	1 ADET MYOELEKTRİK EL				A	I				5.319,30
OPI266B	2 ADET ÇİFT KANALLI ALGILAYICI ELEKTROT				A	I				2.210,00
OPI266C	2 ADET ELEKTROT BAĞLANTI KABLOSU				A	I				181,90
OPI266D	1 ADET EL BİLEĞİ ÜNİTİ				A	I				208,25
OPI266E	1 ADET ELEKTRONİK EL BİLEĞİ ROTATÖRÜ				A	I				3.570,00

OP1266F	1 ADET DIRSEK EKLEMİ (MEKANİK)	A	I			584,80
OP1266G	1 ADET BATARYA BAĞLANTI KABLOSU	A	I			80,75
OP1266H	2 ADET EN AZ 6 V BATARYA	A	I			647,70
OP1266I	1 ADET BATARYA YATAĞI	A	I			72,25
OP1266J	1 ADET ŞARJ CHAZI	A	I			205,70
OP1266K	1 ADET KOZMETİK EL DİVEN	A	I			201,45
OP1266L	1 ADET PROTİZ BAĞ SİSTEMİ	A	I			62,90
	<b>MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZLER İÇİ SOKET YENİLEMESİ</b>					
OP1267	SOKET YENİLEMESİ	A	I			467,50
	<b>GÖVDE ORTEZLERİ</b>					
OP1268	DORSOLOMBER/TORAKOLOMBER ÇELİK/FLEKSİBLE BALENLİ KORSE	B	H	1 yıl		75,00
OP1269	DORSOLOMBER/METAL TORAKOLOMBOSACRAL ORTEZ-TAYLOR	B	I	1 yıl		226,00
OP1270	METAL TILSO-STENDLER	B	I	1 yıl		226,00
OP1271	DORSOLOMBOSACRAL/TORAKOLUMBOSACRAL KORSE-PLASTİK TILSO	B	I	1 yıl		226,00
OP1272	SERVİKAL ORTEZ İLAVELİ TILSO	B	I	6 ay		258,00
OP1273	SKOLYOZ ORTEZLERİ (MİLWAUKEE TİP CTLSO)	A	I	6 ay		327,00
OP1274	SKOLYOZ ORTEZLERİ (BOSTON, MIAMI VB TİP PLASTİK TILSO)	A	I	6 ay		261,00
OP1275	SERVİKAL ORTEZ (SÜNGER) (COLLAR-BOYUNLUK)	B*	H	6 ay		17,00
OP1276	SERVİKAL ORTEZ (PLASTAZOT) (COLLAR-BOYUNLUK)	B*	H	6 ay		52,00
OP1277	SERVİKAL ORTEZ (PHILADELPHIA)	B*	H	6 ay		31,00
OP1278	SERVİKAL ORTEZ (GÖĞÜS DESTEKLİ-PLASTİK CENELİKLİ)	B*	I	6 ay		113,00
OP1279	SERVİKAL ORTEZ (SOMI-BARLI GÖĞÜS DESTEKLİ)	B*	I	1 yıl		159,00
OP1280	GÖVDE KORSESİ ELASTİK (CERRAHI SONRASI)	C*	H	1 yıl		27,00
OP1281	HİPEREKSTANSİYON ORTEZ (HWITT VB TLO)	B	I	1 yıl		191,00
OP1282	HİPEREKSTANSİYON ORTEZ (EWETT VB TLO)	B	H	1 yıl		147,00
OP1283	LUMBOSAKRAL FLEKSİBLE ÇELİK BALENLİ KORSE	B*	H	1 yıl		40,00

OP1284	LUMBOSAKRAL METAL ORTEZ (KNİGHIT) (HASTAYA ÖZEL ÜRETİLMİŞ)	B	I	1 yıl	75,00
OP1285	LUMBOSAKRAL YÜN ELASTİK KORSE	B*	H	6 ay	17,00
OP1286	MİDE KORSİSİ GENEL CERRAHI	C*	H	6 ay	50,00
OP1287	MINERVA ORTEZİ CTO	B	H	1 yıl	300,00
OP1288	MINERVA ORTEZİ ÖLÇÜLÜ VE PROVALI OLARAK HASTAYA ÖZEL ÜRETİLMİŞ	B	I	1 yıl	452,00
OP1289	PLASTAZOT KAPLAMA (KORSE)	B*	I	6 ay	70,00
OP1290	PLASTİK GÖVDE ORTEZİ (LSO)	B	I	1 yıl	175,00
	<b>TEKERLEKLİ SANDALYELER</b>				
OP1291	ÖZELLİĞİ OLMAYAN MOTORSUZ TEKERLEKLİ SANDALYE	B*	H	5 yıl	220,00
	(1) Ayakta durmak ve/veya yürümek için alt ekstremite(lerimi) kullanılmayacak hastalığı veya sakatlığı olduğu ortopedi ve travmatoloji, beyin cerrahisi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, erişkin veya çocuk nöroloji uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenecek uzman hekim raporu ile belgelenenlere bu hekimlerce reçete edilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.				
OP1292	ÖZELLİKLİ MOTORSUZ TEKERLEKLİ SANDALYE	B	H	5 yıl	250,00
	(1) Ayakta durmak ve/veya yürümek için alt ekstremite(lerimi) kullanılmayacak hastalığı veya sakatlığı olduğu ortopedi ve travmatoloji, beyin cerrahisi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, erişkin veya çocuk nöroloji uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenecek uzman hekim raporu ile belgelenenlere bu hekimlerce reçete edilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.				
	(2) Hastanın özürlilik durumu nedeniyle "özellikli tekerlekli sandalyeye gereksinimin bulunduğu ve özürliliğinin sürekli olduğunun, yukarıda belirtilen uzman hekimlerden en az birinin yer aldığı sağlık kurullarınca düzenlenen sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi halinde "özellikli motorsuz tekerlekli sandalye", Kurumca bedeli karşılanır.				
	(3) Özellikli motorsuz tekerlekli sandalye, kollukları çıkarılabilir, ayaklıkları ve arkalığı ayarlanabilir, kulanabilir ve gerektiğinde bu-boyun desteği eklenebilir niteliktedir.				



OP1293	AKÜLÜ TEKERLEKLI SANDALYE	B	H	5 yıl	1.900,00
	(1) Ayakta durmak ve/veya yürümek için alt ekstremitelerini kullanımsız/yaşak hastalığı veya sakatlığının yanında; a) El, ön kol ve kollar tek taraflı fonksiyonuna manî olan haller veya, b) Kalıp yetmezliği veya koroner arter hastalıkları veya, c) Kronik obsesif-kompulsif hastalıkları; (2) Yukarıda sayılan hastalıklar gibi tekerlekli sandalyeyi hareket ettirmemesi yada hareket ettirmesi halinde kişinin sağlığını tehlikeye gireceği durumlarda, bu durumların Ortopedi ve Travmatoloji, Beyin Cerrahisi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Erşkin veya Çocuk Nöroloji uzman hekimlerinden birinin ve kalp yetmezliği veya koroner arter hastalıkları varsa ayrıca Kardiyoloji uzmanı, adı geçen branşa hekim yoksa Dahiliye uzmanı, kronik obsesif-kompulsif akciğer hastalıkları varsa ayrıca Göğüs Hastalıkları uzmanı, adı geçen branşa hekim yoksa Dahiliye uzmanının yer aldığı; mental fonksiyonlar yönünden ağıllı tekerlekli sandalye kullanımsız/yaşak hastasının ayrıca belirtilmesi; sağlık kurullarınca düzenlenen sağlık kurulu raporuyla belgelendirilmesi şartıyla ağıllı tekerlekli sandalye Kuramın beşeleri karşılığı; (3) Trafik teselli zorunlu olan ve kullanım için H sınıfı araçta belgesi gerektiren motorlu malat arabalarının Kuramın beşeleri karşılığı; (4) Ağıllı tekerlekli sandalye en az, elektronik kumandalı, kapalı devre sistemliye yokus aşğı bile tıvı ve yönü ayarlanabilir, 6-12 derece arası eğimde kullanılabilir, 120 kg taşıma kap				
OP1294	TEKERLEKLI SANDALYE OTURMA ADAPTASYONU	B*	H	3 yıl	50,00
	<b>AYAKTA DIK POZİSYONLAMA VE YÜRÜTME ÇHAZLARI</b>				
OP1295	STANDING TABLE(AYAKTA DIK KONUMLANDIRMA ÇHAZI)	A	H	5 yıl	500,00
					destekleri ve eklemleri pozitive göre yukarı aşağı/öne arkaya ayarlanabilen metal/ahşap modüller tarzda. . .
OP1296	STANDING TABLE(AYAKTA DIK KONUMLANDIRMA ÇHAZI)	A	I	5 yıl	600,00
					destekleri ve eklemleri pozitive göre yukarı aşağı/öne arkaya ayarlanabilen metal/ahşap modüller tarzda. . .
OP1297	AYAKTA DIK POZİSYONLAMA ÇHAZI (PARAPODIUM ÇHAZISTAND UP WHEELCHAIR (MANUEL KALKIŞ MANUEL SÜRÜŞ))	A	H	5 yıl	2.600,00
	<b>DİĞER</b>				
OP1298	VELCRO/BANT DEĞİŞİMİ	*	I	1 yıl	20,00
OP1299	YÜZ BASKI MASKESİ ELASTİK	C*	H	2 yıl	41,00
OP1300	HAVALI YATAK	B	H		52,00
OP1301	HAVALI MİNDER	B	H		52,00
	<b>MOBİLİTE VE AKTİVİTE DESTEKLEYİCİ ORTEZ VE PROTEZLER</b>				
OP1302	AKTİF VAKUM SİSTEMLİ MODÜLER DİZALTI PROTEZİ	**	I	5 yıl	9.800,00
					karbon ayak fiyata dahildir ve bir çift silikon liner ile birlikte verilir.
OP1303	AKTİF VAKUM SİSTEMLİ MODÜLER DİZÜSTÜ PROTEZİ	**	I	5 yıl	12.000,00
					karbon ayak fiyata dahildir ve bir çift silikon liner ile birlikte verilir.
OP1304	PNÖMATİK SWING FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYONU PROTEZİ	**	I	5 yıl	5.800,00
					karbon ayak fiyata dahildir ve bir çift silikon liner ile birlikte verilir.
OP1305	PNÖMATİK SWING FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYONU PROTEZİ	**	I	5 yıl	4.800,00
					karbon ayak fiyata dahildir.
OP1306	PNÖMATİK SWING FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZÜSTÜ PROTEZİ	**	I	5 yıl	5.500,00
					karbon ayak fiyata dahildir ve bir çift silikon liner ile birlikte verilir.
OP1307	PNÖMATİK SWING FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZÜSTÜ PROTEZİ	**	I	5 yıl	4.500,00
					karbon ayak fiyata dahildir.

OP1308	DİZ EKLEMLİ PNÖMATİK SWİNG FAZ KONTROLLÜ MODÜLER KALÇA DEZARTİKÜLASYONU PROTEZİ	**	I	5 yıl	karbon ayak fiyatta dahildir	5.500,00
OP1309	HİDROLİK SWİNG FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYONU PROTEZİ	**	I	5 yıl	karbon ayak fiyatta dahildir ve bir çift silindon liner ile birlikte verilir.	6.000,00
OP1310	HİDROLİK SWİNG FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYONU PROTEZİ	**	I	5 yıl	karbon ayak fiyatta dahildir	5.000,00
OP1311	HİDROLİK SWİNG FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZÜSTÜ PROTEZİ	**	I	5 yıl	karbon ayak fiyatta dahildir ve bir çift silindon liner ile birlikte verilir.	5.700,00
OP1312	HİDROLİK SWİNG FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZÜSTÜ PROTEZİ	**	I	5 yıl	karbon ayak fiyatta dahildir	4.700,00
OP1313	DİZ EKLEMLİ HİDROLİK SWİNG FAZ KONTROLLÜ MODÜLER KALÇA DEZARTİKÜLASYONU PROTEZİ	**	I	5 yıl	karbon ayak fiyatta dahildir.	5.700,00
OP1314	PNÖMATİK SWİNG-STANCE FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYONU PROTEZİ	**	I	5 yıl	karbon ayak fiyatta dahildir ve bir çift silindon liner ile birlikte verilir.	7.800,00
OP1315	PNÖMATİK SWİNG-STANCE FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYONU PROTEZİ	**	I	5 yıl	karbon ayak fiyatta dahildir.	6.800,00
OP1316	PNÖMATİK SWİNG-STANCE FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZÜSTÜ PROTEZİ	**	I	5 yıl	karbon ayak fiyatta dahildir ve bir çift silindon liner ile birlikte verilir.	7.500,00
OP1317	PNÖMATİK SWİNG-STANCE FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZÜSTÜ PROTEZİ	**	I	5 yıl	karbon ayak fiyatta dahildir.	6.500,00
OP1318	DİZ EKLEMLİ PNÖMATİK SWİNG-STANCE FAZ KONTROLLÜ MODÜLER KALÇA DEZARTİKÜLASYONU PROTEZİ	**	I	5 yıl	karbon ayak fiyatta dahildir.	7.500,00
OP1319	HİDROLİK SWİNG-STANCE FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYONU PROTEZİ	**	I	5 yıl	karbon ayak fiyatta dahildir ve bir çift silindon liner ile birlikte verilir.	8.500,00
OP1320	HİDROLİK SWİNG-STANCE FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYONU PROTEZİ	**	I	5 yıl	karbon ayak fiyatta dahildir.	7.500,00
OP1321	HİDROLİK SWİNG-STANCE FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZÜSTÜ PROTEZİ	**	I	5 yıl	karbon ayak fiyatta dahildir ve bir çift silindon liner ile birlikte verilir.	8.000,00
OP1322	HİDROLİK SWİNG-STANCE FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZÜSTÜ PROTEZİ	**	I	5 yıl	karbon ayak fiyatta dahildir	7.000,00
OP1323	DİZ EKLEMLİ HİDROLİK SWİNG-STANCE FAZ KONTROLLÜ MODÜLER KALÇA DEZARTİKÜLASYONU PROTEZİ	**	I	5 yıl	karbon ayak fiyatta dahildir	8.000,00
OP1324	ELEKTROMEKANİK SWİNG FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYONU PROTEZİ	**	I	5 yıl	karbon ayak fiyatta dahildir ve bir çift silindon liner ile birlikte verilir.	8.100,00
OP1325	ELEKTROMEKANİK SWİNG FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYONU PROTEZİ	**	I	5 yıl	karbon ayak fiyatta dahildir	7.100,00
OP1326	ELEKTROMEKANİK SWİNG FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZÜSTÜ PROTEZİ	**	I	5 yıl	karbon ayak fiyatta dahildir ve bir çift silindon liner ile birlikte verilir.	7.800,00
OP1327	ELEKTROMEKANİK SWİNG FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZÜSTÜ PROTEZİ	**	I	5 yıl	karbon ayak fiyatta dahildir	6.800,00
OP1328	ELEKTROMEKANİK SWİNG-STANCE FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYONU PROTEZİ	**	I	5 yıl	karbon ayak fiyatta dahildir ve bir çift silindon liner ile birlikte verilir.	8.800,00
OP1329	ELEKTROMEKANİK SWİNG-STANCE FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYONU PROTEZİ	**	I	5 yıl	karbon ayak fiyatta dahildir.	7.800,00
OP1330	DİZ EKLEMLİ ELEKTROMEKANİK SWİNG-STANCE FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZÜSTÜ PROTEZİ	**	I	5 yıl	karbon ayak fiyatta dahildir ve bir çift silindon liner ile birlikte verilir.	8.500,00
OP1331	DİZ EKLEMLİ ELEKTROMEKANİK SWİNG-STANCE FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZÜSTÜ PROTEZİ	**	I	5 yıl	karbon ayak fiyatta dahildir.	7.500,00
OP1332	DİZ EKLEMLİ ELEKTROMEKANİK SWİNG-STANCE FAZ KONTROLLÜ MODÜLER KALÇA DEZARTİKÜLASYONU PROTEZİ	**	I	5 yıl	karbon ayak fiyatta dahildir	8.500,00
OP1333	FONKSİYONEL ELEKTRİK SİTÜMLASYONLU DÜŞÜK AYAK ORTEZİ	**	I	5 yıl	karbon ayak fiyatta dahildir	2.000,00

OP1334	ENERJİ DEPOLAYAN/KARBON SİSTEM AYAK DEĞİŞİMİ		**	I	3 yıl	SUT eki EK-3/C2 listesinde yer alan protezler ile birlikte fatura edilemez.	K4	2.000,00
OP1335	KARBON GRAFT AFO		**	I	3 yıl		K3, K4	800,00
<b>DİZ EKLEME MİKRO İŞLEMCI KONTROLLÜ ALT EKSTERMİTE PROTEZLERİ</b>								
<p>(1) Hastanın 65 yaşının üstünde olması,  (2) Soketini uygulamasına engel olabilecek güdük bölgesinde komplekte yara, tedaviye dirençli ağrı durumları,  (3) Protezin ağrılığını hasta tarafından tolere edilememesi,  (4) Hastanın fonksiyonel seviyesinin K0-K1-K2-K3 olması,  (5) Hastanın protez diz ekleminin salınım ve dönüş faz özelliklerini kontrol edememesi,  (6) Hastanın ambulyasyonu engelleyen denge bozukluğu veya ataksisinin olması,  (7) Hastanın amputé ekstremitesinde 20 derecenin üzerinde kalça fleksiyon kontraktürünün olması,  (8) Hastanın diğer ekstremitesinde yürümeyi bozan veya engelleyen deformitecin bulunması,  (9) Hastanın protezin işlevisini ve kullanımını anlamadaki bilfişel yetilerine kasıtlılık olması,  (10) Hastanın 125 kg üzerinde ve 48 kg altında olması,  (11) Bilateral amputasyonu hastalığa karşı tıfuz ekstremiteyi diz dezartikülasyonu ve üzeri seviyede amputasyonu olup da protez uygulamaya uygun olmayan güdüğe sahip olması,  (12) Periferik vasküler hastalık nedeni ile amputé olan hastalardır,  (13) İlk kez protez alacak hastalardır,  (14) Hastanın mevcut fonksiyonel düzeyini sürdürmesini engelleyecek kas iskelet sistemi hastalığı, nörolojik / nöromusküler hastalık (ALS, inme, beyin hasarı, serebral palsi, Parkinson, Alzheimer, MS, Musküler distrofi), b.), kardiyovasküler/buludüle bedeli Kurumca karşılanmaz.  (15) Hastanın günlük yaşamında ve çalışma hayatında aktif durumda (iş yaşantısı, mesleki gereklilik, öğrencilik, diğer zemin, rampa veya sürüklü merdiven kullanma gibi) olduğunu, mevcut protezi ile yardım almaksızın (yürüme yardımcısı K1) yürümeye başladığını, protezin kullanımını engelleyecek derecede aşırı nem, ısoz, yüksek gerilim ve elektromanyetik alan gibi özel çevresel faktörlerin olduğu ortamlarda çalışmayacağına belgelemesi veya mahallüt emmesi gerekmektedir.  (16) Hastanın, protezin çalışmasında ve kullanımını engelleyecek derecede aşırı nem, ısoz, yüksek gerilim ve elektromanyetik alan gibi özel çevresel faktörlerin olduğu ortamlarda çalışmayacağına belgelemesi veya mahallüt emmesi gerekmektedir.</p>								
OP1336	MİKRO İŞLEMÇİLİ SWING-STANCE FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYONU PROTEZİ		**	I	10 yıl	karbon ayak fiyatı dahilidir ve bir çift silikon liner ile birlikte verilir.	K4	45.000,00
OP1337	MİKRO İŞLEMÇİLİ SWING-STANCE FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYONU PROTEZİ		**	I	10 yıl	karbon ayak fiyatı dahilidir	K4	44.000,00
OP1338	MİKRO İŞLEMÇİLİ SWING-STANCE FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZÜSTÜ PROTEZİ		**	I	10 yıl	silikon liner ile birlikte verilir.	K4	45.000,00
OP1339	MİKRO İŞLEMÇİLİ SWING-STANCE FAZ KONTROLLÜ MODÜLER DİZÜSTÜ PROTEZİ		**	I	10 yıl	karbon ayak fiyatı dahilidir.	K4	44.000,00
OP1340	DİZ EKLEME MİKRO İŞLEMÇİLİ SWING-STANCE FAZ KONTROLLÜ MODÜLER KALÇA DEZARTİKÜLASYONU PROTEZİ		**	I	10 yıl	karbon ayak fiyatı dahilidir.	K4	46.000,00

Tıbbi malzeme alan tanımına ait ödeme kriterleri ve/veya kuralları, bulunduğu satırın altında yer almaktadır. Tıbbi malzeme alan tanımı kapsayan başlığın altında yer alan ödeme kriterleri ve/veya kuralları, başlığın altındaki tüm malzeme alan tanımlarına aittir.

## **ÖZEL KOŞULLAR**

- 1 Silikon Liner Pin Sistem ve Pasif Vakum Sistem Silikon Soketli protezler ile bunlara ait Soket Değişimi, Silikon Soket Değişimi, Pin Sistemi değişimi bedelleri sadece üçüncü basamak sağlık kurumlarına düzenlenen sağlık kurulu raporuna istinaden Kurumca karşılanır.
- 2 Gütüklükte hacim ve boy değişikliğinin sağlık rapuru ile belgelenmiş haliinde soket ve tip değişimi bedeli Kurumca karşılanır.
- 3 Reamputasyona bağlı olarak farklı tip protez kullanılmamasının gerekliliği sağlık kurulu rapuru ile belgelenmiş haliinde, yenilenme süresine haklımaksızın hastanın yeni protez hakkı doğar.
- 4 Yenilenme süresi içerisinde hastaya birden fazla sayıda protez veya ortez yazılması halinde, detaylı muayene bulguları ile birlikte, gereksizi belirlenen sağlık kurulu rapuru istenir.
- 5 Mikro İşlemcili Swing Stance Faz Kontrollü Diz elemanı protezlerin temini halinde, fatura üzerinde; marka, model, seri numarası ve menşei belirtilmelidir.
- 6 \* Hastane başhekiminin imzasının bulunduğu uzman hekim raporuyla verilir.
- 7 (A) ile işaretli protez-ortezler için fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden birinin onayının yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.
- 8 (A\*) ile işaretli olan ortez-protezler için, fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman Hekimince düzenlenen Başhekim onaylı rapor gerekmektedir.
- 9 (B) ile işaretli protez-ortezler için fiziksel tip ve travmatoloji, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerden birinin onayının yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.
- 10 (B\*) ile işaretli olan ortez-protezler için, fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji, nöroloji veya nöroşirürji uzman Hekimince düzenlenen Başhekim onaylı rapor gerekmektedir.
- 11 (C) ile işaretli olan malzemeler için ilgili branşta uzman hekimin bulunduğu Sağlık Kurulu Raporu gerekmektedir.
- 12 (C\*) ile işaretli olan malzemeler için ilgili branştaki uzman hekimince düzenlenen Başhekim onaylı Rapor gerekmektedir.
- 13 Listede "Protezli Bireylerin Fonksiyonel Sınıflama Kriteri" bulunan protez-ortezlerin temini için düzenlenen sağlık kurulu raporlarında bireylerin fonksiyonel sınıflamasının ayrıntılı olarak yazılması gerekmektedir.
- 14 \*\* Sağlık kurulu rapuru, fiziksel tip ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji ve psikiyatri uzman hekimlerinin bulunduğu üçüncü basamak sağlık kurumları sağlık kurumlarına düzenlenmektedir. Bu sağlık kurulu raporlarının protez veya ortezim yapımından önce Sağlık Bakanlığına bağlı Ankara veya İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanelerince veya TSK Bilkent Rehabilitasyon merkezince onaylanması gerekmektedir. (OP1420 ve OP1421 kodlu malzemelede onay şartı aranmaz.)
- 15 MOBİLİTE VE AKTİVİTE DESTEKLEYİCİ ORTEZ VE PROTEZLER(\*\*) hsslığı altında yer alan ürünlerin kullanımına ilişkin eğitim aldıkları ve kullanabildikleri, Sağlık Bakanlığına bağlı Ankara veya İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanelerince, TSK Bilkent Rehabilitasyon merkezince veya ortez protez üretim ve uygulamaları yapan Üniversitelere onaylanması gerekmektedir.(OP1420 ve OP1421) kodlu malzemelede onay şartı aranmaz.)

**PROTEZLİ BREYLERİN FOKSİYONEL SINIFLANDIRILMASI**

K kodu Düzeyi	Fonksiyonel Düzey	Aktivite Düzeyi
K0	Ambulasyon veya transfer potansiyeli yok	Yardımla veya yarımsız ambulasyon veya transfer potansiyeli veya becerisini yok ve bir protez hayat kalitesini veya mobilitesini artırmaz.
K1	Transfer dahil olmak üzere potansiyel ev içi ambulasyonu	Sabit adım sayısında, düz yüzeylerde protez kullanma potansiyeli veya becerisi var. Kısıtlı veya kısıtlama olmaksızın ev içi ambulasyonu tipiktir.
K2	Potansiyel kısıtlı toplum içi ambulasyon	Düşük seviyede çevresel engelleri örneğin kaldırım, merdiven veya düzensiz yüzeyleri geçerek ambule olma potansiyeli veya becerisi vardır. Kısıtlı toplum içi ambulasyonu tipiktir.
K3	Değişken adım sayılarında (kadans) toplum içi ambulasyon, terapötik egzersiz veya iş dahil	Değişken adım sayılarında ambulasyon potansiyeli veya becerisi vardır. Toplum içi ambulasyon tipiktir, çoğu çevresel engeli aşabilir, işi olabilir, basit yürümenin ötesinde terapötik veya egzersiz aktivitelerini yerine getirebilir.
K4	Normal ambulasyon becerilerinin üzerinde yüksek aktivite kullanıcı	Temel ambulasyon becerilerinin ötesinde, yüksek darbe, stres veya enerji seviyelerinde ambulasyon potansiyeli veya becerisi var. Çocuğun, aktif erişkin veya atletin protez ihtiyacı için tipiktir.

DİĞER PROTEZ ORTEZLER					EK-3/C-3
SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	YENİLENME SÜRESİ	ÖZEL KOŞULLAR	AKTİVİTE SKORU	FİYAT (TL)
	<b>MEME PROTEZİ</b>				
DO1000	MEME-PROTEZİ (MASTEKTOMİ AMELİYATI SONRASINDA ASKILIK İLE BİRLİKTE SAĞLIK KURULU RAPORUYLA GEREKLİ GÖRÜLMESİ HALİNDE BEDELİ ÖDENİR)	2 yıl	C		222,00
DO1001	<b>VARİS ÇORABI VE ANTIEMBOLOLİZM ÇORAP VE MANŞONU</b>				
	VARİS ÇORABI(GİFT)	6 ay	*		10,00
DO1002	<b>ANTIEMBOLOLİZM BASINÇ ÇÖRABİ</b>				
	(1) Antiembolizm basınç çorabı, yalnız derin ven trombozu profilaksisinde kullanılmaması halinde Kurumca bedeli karşılıdır.	6 ay	C*		11,00
DO1003	<b>ANTIEMBOLOLİZM BASINÇ MANŞONU</b>				
	(1) Antiembolizm basınç manşonu, derin ven trombozu profilaksisi, lenfödem, kronik venöz yetersizlik ve komplikasyonlarının tedavilerinde kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılıdır.	6 ay	C*		51,00
	<b>İŞİTME CİHAZI VE KULAK KALIBI</b>				
	(1) Kurumca bedeli karşılamaç olan dijital programlanabilir işitme cihazları; GC (Kazanç Kontrol), TC (Ses Tini Kontrol), PC (Yükssek Frekanslı Maksimum Çıkış), MPO (Alçak Frekanslı Maksimum Çıkış) ve AGC (Otomatik Kazanç Kontrol) özelliklerinden en az 3 (üç) fonksiyona sahip olmalıdır.				
	(2) Kurum, dijital programlanabilir işitme cihazlarının ya da gruplarının göre edemeye esas teknik özelliklerini belirlemeye ayrıca yetkilidir.				
	(3) İşitme cihazı modellerinin denenebilmesi için SUT'un 5.3.4 numaralı maddesinde tanımlanan belgelere ilave olarak;				
	a) Odyolojik test sonuçlarını gösterir belgenin, testi yapan yetkili personel tarafından imza ve kaşesinin bulunduğu onaylanmış aslı;				
	b) 0-4 yaş arası çocuklar için beyin sapı odyometrisinin (ABR Testi) Kulak Burun Boğaz Hastalıkları uzman hekimini, uzman odyolog veya odyolog tarafından imza ve kaşesinin bulunduğu onaylanmış aslı,				
	c) 4 yaş ve üzerindeki odyolojik test sonuçlarını gösterir belgenin Kulak Burun Boğaz Hastalıkları uzman hekimini, uzman odyolog, odyolog veya odyometrist tarafından imza ve kaşesinin bulunduğu onaylanmış aslı,				
	d) 4 yaş ve üzerindeki odyolojik test sonuçlarını gösterir belgenin Kulak Burun Boğaz Hastalıkları uzman hekimini, uzman odyolog, odyolog veya odyometrist tarafından imza ve kaşesinin bulunduğu onaylanmış aslı,				
	e) İşitme cihazına ait barkod ile birlikte cihazın marka, model ve seri numarasını gösterir etiketin aslı,				
	f) Sağlık Bakanlığınca diftente edilmiş olan rubanstaneme ve sorumlu müdür belgesinin onaylı örneği,				
	g) İşitme cihazına ve tedarikçi firma ve/veya ait bayi bilgilerine ait TITUBB PRICAT çıktıları,				
	d)İstasunum işitme eşiklerinin bu cihazın ait işitme kazanç eğrisinin içerisinde yer aldığı göstere işitme cihazı merkezli düzenlenmiş işiik inzalı belge (gerçek kulak ölçümü sonuçları)				
	f) İşitme cihazının hastanın işitme kaybına uygunluğunu belirten ve merkez tarafından düzenlenmiş işiik inzalı taahhütnamne,				
	f) İşitme cihazının teknik bilgilerinin (cihazın tipi, maksimum kazanç, maksimum çıkış eğrisi) yer aldığı, işitme merkezi tarafından onaylanmış katalog, istenecektir:				
	(4) İşitme cihazı fatürası; üzerindeki hasta adı, hasta T.C. kimlik numarası, işitme cihazına ait marka, model ve seri numarası bilgileri yer alacaktır. Fatüra arkaüsında "işitme cihazının eksiksiz ve				
	(5) İşitme cihazı bedellerinin Kurumca ödenenebilmesi için, Kurumla sözleşmeli resmi sağlık kurumlarından en az 1 (bir) Kulak Burun Boğaz Hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kuruluşu				
	(6) Sağlık kurulu raporunda işitme cihazının dijital programlanabilir olduğu ayrıca belirtilecektir.				
	(7) Odyometri testi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları uzman hekimini veya uzman odyolog veya odyometrist tarafından onaylanmış olması halinde kabul edilecektir. İşitme cihazı r				
	(8) Odyometri testi en az 2300-5000-10000-20000-40000-8000 Hz frekanslarda hava yolu ve 500-1000-2000-4000 Hz frekanslarda kemik yolu işitme eşiklerini ve konuşmayı ayırt etme skorlarını iç				
	(9) Her iki kulak için işitme cihazı bedeli ödenenebilmesi için;				
	a) Sağlık kurulu raporunda iki kulakta işitme kaybının bulunduğuunun belirlenmesi gereklidir.				
	b) 1000-2000 Hz frekanslarında her iki kulaktaki saf ses ortalamasının farkı 15 dB'den az ve her iki kulak arasındaki konuşmayı ayırt etme skoru farkı % 20'den az olmalıdır.				
	(10) İşitme cihazının değışiklik olması ve verilen cihazın yeterli gelmemesi durumunda, bu durumun Kurumla sözleşmeli resmi sağlık kurumunca düzenlenmiş sağlık kurulu raporu ile belgele				
	(11) İşitme cihazının değışiklik nedeniyle işitme cihazının yenilenmesi gerektiğinde, eski cihazın temin dönemindeki odyometrik bulgularıyla yeni odyometrik bulgular arasındaki farkın sağlık				
	(12) İşitme cihazı sağlık kurulu raporu ve odyolojik test sonuçları 6 (altı) ay süreyle geçerlidir.				
	(13) İşitme cihazı kulak kalıplarının yenilenmesinin gerektiği, sağlık kurulu raporu ile braz edilmesi durumunda Kurumca bedelleri karşılıdır.				
	(14) 18 yaş altı çocuklar için belirlenmiş olan tular; 0-4 yaş için %80, 5-12 yaş için % 60 ve 13-18 yaş için % 50 oranında arttırılarak Kurumca bedeli karşılıdır.				

DOI1004	DİJİTAL PROGRAMLANABİLİR İŞTİME CİHAZ			I	5 yıl	550,00
DOI1005	KULAK KALIBI			I		15,00
(1) İşleme cihazlarının ilk kez alınması aşamasında, kulak kalıpları için ayrıca herhangi bir ödeme yapılmıyacaktır.						
	<b>KONUŞMA CİHAZI</b>					
DOI1006	KONUŞMA CİHAZI			C	5 yıl	311,31
(1) Kuruma sözleşmeli resmi sağlık kurumları tarafından sağlık kurulu raporu ile belgelenmek kaydıyla konuşma cihazı bedelleri Kurumca karşılanır.						
(2) İlgili diğer kusura olmaksızın garanti süresi dışında cihazın arızalanması nedeniyle kullanılmaması hâle geldiğinin Kurumla sözleşmeli resmi sağlık kurumunca düzenlenen sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi ve Kurumun onayının sağlanmaması hâlinde, süresinden önce yenilenmesi mümkündür.						
	<b>ASPIRATÖR CİHAZI</b>					
DOI1007	EV TİPİ ASPIRATÖR				1 Defa	147,00
	<b>NEBÜLİZATÖR CİHAZI</b>					
(1) Nebülizatör cihazı verilmesine ilişkin sağlık kurulu raporlarının,						
a) Erişkin hastalar için; Göğüs Hastalıkları veya Allerji Hastalıkları uzmanlarından en az birinin yer aldığı sağlık kurulu tarafından düzenlenmesi gerekmektedir.						
b) Çocuk hastalar için; Çocuk Allerjisi uzmanı veya Çocuk Göğüs Hastalıkları uzmanı, bu uzman hekimlerin bulunmadığı sağlık kurumlarında Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlarından, en az birinin yer aldığı sağlık kurulları tarafından düzenlenmesi gerekmektedir.						
(2) Sağlık kurulu raporu ekinde solumun fonksiyon testi (SFT) ve gerekiyorsa arteriyel kan gazı (AKG) sonuçlarını gösterir belge eklenecektir.						
(3) Kompresör tipi nebulizatör bedelleri Kurumca karşılanacak olup ultrasonik nebulizatör bedelleri Kurumca karşılanmaz.						
(4) Erişkin hastalarla cihazın verilmesine ilişkin olarak; inhalatör preparatları ve inhalatör preparatların kullanılmasına yardımcı aletleri (ağırhambur, spacer v.b.) kullanılmadığı sağlık kurulu raporu ile belgelenen,						
a) Sabit kronik akciğer hastalığı olanlarda; FEV1 $\leq$ 40 ise AKG değerlerine bakılmaksızın, FEV1 $>$ 40 ise AKG'da PaO2 $\leq$ 55 mmHg veya SaO2 $\leq$ 88 olması.						
b) Persistan astımlı hastalarda; FEV1 veya PEFR $\geq$ 60 veya FEV1 veya PEFR % 60–80 arasında olup günlük PEFR veya FEV1 değişkenliği %30'un üzerinde,						
c) Bronşektazi tanısı ile birlikte kalıcı hava yolu obstrüksiyonu olan hastalarda; stabil dönemde FEV1 $\leq$ 40 olduğu sağlık kurulu raporunda belirtilmesi ve dayanacağı belgelerin rapor ekinde yer alması,						
(5) Çocuk hastalarda cihazın verilmesine ilişkin olarak;						
a) Persistan astımlı hastalarda; FEV1 veya PEFR $\geq$ 60 olan veya FEV1 veya PEFR % 60–80 arasında olup günlük PEFR veya FEV1 değişkenliği %30'un üzerinde olması veya						
b) 14 (on dört) yaşın üstündeki hastalarda; FEV1 veya PEFR $\leq$ 40 olması veya						
c) 6 (altı) yaşın altındaki hastalar ve 6 (altı) yaşın üstünde olup ek sorunu (örneğin nörolojik bir sorun) nedeniyle solumun fonksiyon testi yapılmayan hastalarda bu durumun sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi,						
ç) Astımlı çocuklarda sadece ağır veya çok ağır (hayati tehdit eden) astım krizlerinde kan gazı değişikliği olabilir. Astım krizinde olmayan persistan ağır astımı olan çocuklarda arteriyel kan gazı değerleri normaldir.						
(6) Solumun fonksiyon testi yapılmayan ve kronik akciğer hastalığı tanısı almış çocuklarda, bronkopulmoner displazi, bronşiolitis obliterans tanılı hastalarda, interkostal adaleleri çatışmayan v						
DOI1008	NEBÜLİZATÖR				1 Defa	100,00
DOI1009	<b>OKSİJEN KONSANTRATÖRÜ VE TUPU</b>					833,00
DOI1010	OKSİJEN KONSANTRATÖRÜ					127,00
	OKSİJEN TUPU VE MANGOMETRESİ					
	<b>NON-INVAZİF MEKANİK VENTİLASYON CİHAZLARI</b>					
DOI1011	CPAP CİHAZI				10 yıl	650,00

			10 yıl	1.300,00
<p>(1) Solunumsal uyku hastalıklarında SUT "3.3.6.A-1" maddesinde yer alan genel hükümlere ilaveten; Polisomnografik olarak; Apne İndeksi (AI) en az 15 (on beş) veya apne-hipopne indeksi (AHI) en az 30 (otuz) veya apne, hipopne ve solunum eforu sonucu uyanma sayısına sayısına göre solunum bozukluğu indeksi (RDI) en az 30 (otuz) olarak tespit edilen ve bu bilgilerin sağlık kurulu raporu eki polisomnografi raporunda belirtilmiş olması kaydıyla veya AHI veya RDI 5-30 arasında olmakla birlikte armış gündüz uykululuk, bilişsel etkilenme, duygudurum bozuklukları, uykusuzluk veya hiperaktivite, iskemik kalp hastalığı, inme veya uykusuya ilişkin hipoventilasyon/hipoksemik sendromlardan birinin varlığının sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla, kullanılması gerekli görülen CPAP cihazı tedavileri Kurumca karşılanır.</p>		AUTO CPAP	10 yıl	1.300,00
<p>(1) Solunumsal uyku hastalıklarında SUT "3.3.6.A-1" maddesinde yer alan genel hükümleri ve CPAP cihazı verilme kriterlerine ilaveten; pozisyonel OUAS, REM ile ilişkili OUAS, yüksek basıncı tolere edemeyen veya sabit basıncı cihazlarıyla (CPAP) tedaviyi tolere edemeyen hastalarda, bu durumun sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla, kullanılması gerekli görülen Auto-CPAP tedavileri Kurumca karşılanır.</p>			10 yıl	2.050,00
<p>(1) BPAP cihazı için solunumsal uyku hastalıklarında SUT "3.3.6.A-1" maddesinde yer alan genel hükümlere ilaveten; yüksek nazal hava akımını tolere edemeyen, CPAP maskesinde önemli düzeyde hava kaçağı olan veya pozitif basıncı karşı nefes verme güçlüğü yaşayan OUAS hastalarında veya Uykü ile ilişkili hipoventilasyon/hipoksemik sendromu (restriktif akciğer hastalığı, kronik obstruktif akciğer hastalığı, obesite-hipoventilasyon sendromu, pulmoner parankimal veya vasküler patolojilere bağlı hipoventilasyon/hipoksemi vb) olan hastalarda, bu durumun düzenlenecak sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla BPAP cihazı (auto BPAP hariç) tedavileri Kurumca karşılanır.</p> <p>(2)BPAP S cihazı için kronik solunum yetmezliğinde SUT "3.3.6.A-2" maddesinde yer alan genel hükümlere ilaveten;</p> <p>a) Restriktif akciğer hastalıklarında;</p> <p>1- PaCO2 <math>\geq</math> 45 mmHg veya</p> <p>2- En az 2 lt/dk akım hızında nazal O2 desteği altında O2 saturasyonunun 5 dk süreyle kesintisiz <math>\leq</math> %88 veya</p> <p>3- İleriyde nöromusküler hastalıklar için maksimal inspirasyon basıncı (MIP)<math>\leq</math> 60 cm H2O veya FVC <math>\leq</math> %50, olarak saptanması ve bunlara ilişkin kamlayıcı belgelerin (solunum fonksiyon testi, arteriyel kan gazı ölçümü) sağlık kurulu raporunda yer alması koşuluyla BPAP-S cihazı tedavileri Kurumca karşılanır.</p> <p>b) Obstruktif akciğer hastalıkları: Uygun bronkodilatör ve O2 tedavisine rağmen;</p> <p>1- PaCO2<math>\geq</math>55 mmHg veya</p> <p>2- PaCO2 50 ve 54 mmHg arasında ise en az 2 lt/dk akım hızında nazal O2 desteği altında nöktümlü O2 saturasyonunun 5 dk süreyle kesintisiz <math>\leq</math> %88 veya</p> <p>3- PaCO2 50 ve 54 mmHg arasında olup, bir yıldır ikiden fazla hiperkapnik atak nedeniyle hastamıye yatırılan, kronik obstruktif akciğer hastalığı olan hastalarda; bu durumların sağlık kurulu r</p>		BPAP S/T	10 yıl	4.800,00
<p>(1) Solunumsal uyku hastalıklarında SUT "3.3.6.A-1" maddesinde yer alan genel hükümlere ilaveten; uyku ile ilişkili hipoventilasyon/hipoksemik sendromu (restriktif akciğer hastalığı, kronik obstruktif akciğer hastalığı, obesite-hipoventilasyon sendromu, pulmoner parankimal veya vasküler patolojilere bağlı hipoventilasyon/hipoksemi vb) olan hastalarda, spontan solunumu ve tetikleme gücünün yetersiz olduğunun düzenlenecak sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla BPAP S/T cihazı tedavileri Kurumca karşılanır.</p> <p>(2) Kronik solunum yetmezliğinde SUT "3.3.6.A-2" maddesinde yer alan genel hükümlere ve BPAP- S cihazı için tanımlanmış kriterlere ek olarak; inspirasyon basıncı yüksekliği (IPAP<math>\geq</math> 20 cm H2O) veya yotum hızında izlendiği dönemlerde apne saptanan hastalarda, bu durumların sağlık kurulu raporunda belirtilmesi ve bunlara ilişkin kamlayıcı belgelerin sağlık kurulu raporu ekinde yer alması koşuluyla BPAP-S/T cihazı tedavileri Kurumca karşılanır.</p>			10 yıl	9.305,00
<p>(1) Solunumsal uyku hastalıklarında SUT "3.3.6.A-1" maddesinde yer alan genel hükümlere ilaveten; Polisomnografi eşliğinde yapılan BPAP S/T titrasyonunda yeterli tidal volüm sağlanamadığı veya uykuda solunum bozukluklarının ortadan kaldırılamadığı hastalarda, nöromusküler ve göğüs duvarı bozukluklarına bağlı uyku ile ilişkili hipoventilasyon-hipoksemi olan restriktif akciğer hastalığı olan hastalarda (ALS, obesite- hipoventilasyon sendromu, kifoskolioz vb.) bu durumun düzenlenecak sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla BPAP S/T AVAPS cihazı tedavileri Kurumca karşılanır.</p>			10 yıl	4.800,00



(1) Solunumsal uyku hastalıklarında SUT "3.3.6.A-1" maddesinde yer alan genel hükümlere ilaveten; a) İlk gece polissomnografi tetkiki sırasında santral uyku apnesi sendromu veya Cheyne-Stokes solunumu sendromu tanısı alan hastalarda, titrasyon geçesinde sırasıyla CPAP ve BPAP S/T tedavilerinin uyku ile ilişkili solunum bozukluğunun düzeltilmesi ve ardından polissomnografi eşliğinde başlatılmış ASV titrasyonu yapılmış olması durumunda, bu durumun düzenlenecek sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla ASV cihazı bedelleri Kurumca karşılanır. b) İlk gece polissomnografi tetkiki sırasında, ön planda santral apneleri veya Cheyne-Stokes solunumu olan, epeksiyon fraksiyonu % 40'dan düşük ve kardiyoloji uzman hekimini tarafından konjestif kalp yetersizliği tanısı almış hastalarda, CPAP, BPAP S/T tedavileri uygulandıktan sonra, polisomnografi eşliğinde başlatılmış ASV titrasyonu yapılmış olması durumunda, bu durumun düzenlenecek sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla ASV cihazı bedelleri Kurumca karşılanır.						9.000,00
	<b>EV TİPI VENTİLATÖR (İNVAZİV MEKANİK VENTİLYASYON CİHAZI)</b> <b>EV TİPİ MEKANİK VENTİLATÖR (EN AZ BASINÇ DESTEKLİ VENTİLYASYON (PSV)) İLE BİRLİKTE YOLÜM VE/VEYA BASINÇ KONTROLLÜ VENTİLYASYON (VCV, PCV) SAĞLAYAN VENTİLATÖRLER</b>				5 yıl	
(1) İnvaziv mekanik ventilasyon cihazının uygulama endikasyonları; a) Akut solunum yetersizliği sonrasında yoğun bakımından çıkışına engel kalmış/çocuk sekilde diğer sistem hastalıkları tedavi edildiği ve kronik tedavi uygulamaları düzenlenmediği halde invaziv solunum desteğinden ayrılmaması veya/yortunu olması için oluşturan trakeostomi hastalarında, b) Kronik ve/veya ilerleyici solunum yetersizliği veya başkala kronik organik disfonksiyonlarına sekonder solunum yetersizliği nedeniyle ile non-invaziv mekanik ventilasyon uygulamasının yetersiz kaldığı, yapılamadığı veya uygulamasının kontrendike olduğu ve sürekli olarak invaziv solunum desteği ihtiyacı olan hastalarda, c) Ventilatör veya yapılamaması kontrendike olduğu ve sürekli olarak invaziv solunum desteği ihtiyacı olan hastalarda, kullanılması halinde ev tipi mekanik ventilatör cihazı bedeli Kurumca karşılanır. (2) Cihazın temini için hastayı takip eden uzman hekiminin ve yoğun bakım sorumlusu uzman hekiminin (çocuk Hastalıkları, Göğüs Hastalıkları, Anestezi ve Reanimasyon, Nöroloji, hastanın çocuk olması halinde ise Çocuk Hastalıkları, Çocuk Göğüs Hastalıkları, Çocuk Yoğun Bakım uzmanları) yer aldığı, 2.net ve 3.üncü basamak yoğun bakım ünitesi bulunan sağlık kuruluşlarına ayrıntılı olarak düzenlenecek sağlık kurulu raporuna istinaden bedelleri Kurumca karşılanır. (3) Raporla hastanın gereksinimine göre cihazın teknik özelliklerinin belirtilmesi gerekir. Bu teknik özellikler hastanın solunumsal stabilitesini sağlayan MV parametrelerini (Mod, Vt, frekans, titre) mekanik ventilasyon cihazının temel parametreleri olarak tanımlanmalıdır. (4) İnvaziv mekanik ventilasyon cihazının temel parametreleri (Mod, Vt, frekans, titre) mekanik ventilasyon cihazının temel parametreleri olarak tanımlanmalıdır. (5) Aşağıda belirtilen invaziv mekanik ventilasyon cihazları ile birlikte kullanılmasını ve belli süreden önce değişmesi gereken aksesuarlar ve yardımcı sarf malzemelerinin bedelleri Kurumca karşılanmalıdır. (6) Solunum devreleri (ayda 2 adet) a) Bağlantı ünitesi (ayda 1 adet) b) Trakeostomi kanülü (ayda 2 adet) c) Isi nem tutucu filtre (haftada 2 adet) d) Aspirasyon sondası (günde 4 adet) e) Aspirasyon sondası (günde 2 adet) (7) İnvaziv mekanik ventilasyon cihazlarının kullanımını ve bakımı konusunda verilecek eğitim, hasta için izleme programı oluşturulması, hastayı taburcu eden ve raporlarını düzenleyen hekimlerin katılımını ve bakımını içerir.						
	<b>PULSE OKSİMİTRE CİHAZI</b> <b>PULSE OKSİMİTRE CİHAZI</b>				1 Defa	62,95
(1) Pulse oksimetre cihazının bedeli, ev tipi invaziv mekanik ventilasyon cihazı kullanılması gereken veya trakeostomi hastalarında kullanılması halinde Kurumca karşılanır.						
	<b>DEFERİTAL VE MİKRO İNFÜZYON POMPASI</b> <b>DEFERİTAL POMPASI</b>					556,48
(1) Serum ferritin düzeylerinin 750 ng/ml seviyelerine yükselmiş olması veya aşırı demir birikimine bağlı, organ fonksiyonlarının (kalp, karaciğer) bozulmaya başladığını klinik belirtilerinin bulunması halinde; kullanım gerekliliğinin bildirildiği ve hematoloji uzman hekiminin de yer aldığı sağlık kurullarına düzenlenen sağlık kurulu raporuna dayanılarak ilgili uzman hekimlerin tarafından reçete edilmiş halinde Kurumca bedeli karşılanır. (2) "Deferoksamine flavon için kullanılan uygulama seti" nin, deferal pompası için düzenlenen sağlık kurulu raporuna dayanılarak, kullanımını gerektiren ilaç ile birlikte reçete edilmesi ve ilacın reçetesinin suretinin ekte sunulması halinde Kurumca bedeli Kurumca karşılanmaz. Hekim tarafından ilaç bitirime kadar, en fazla 3 (üç) aylık miktarlarda 60 adet reçete edilebilir. (3) Sağlık kurumlarından temin edilmiş halinde sağlık raporu aranmaz.						
	<b>MİKRO İNFÜZYON POMPASI (INSÜLİN POMPASI)</b>					3.256,02

<p>(1) Mikro infüzyon pompası, infüzyon seti ve rezervuar bevelerinin ödenibilmesi için sağlık kurulu raporu düzenlenmesi; gerekmedikçe olup raporda; a) Hastanın Tip I Diyabetli veya insüline bağımlı Tip II Diyabetli olması ile birlikte kan şekeri miktarının (brüt)le değerlendirilmesi ya da gebelikte gestasyonel diyabet (hamilelik diyabeti) olduğunun belirlenmesi, b) Hastanın kendisi tarafından yapılan kan şekeri ölçümlerinin değerlendirilmesi, c) Raporunda tehistaklıklar veya çocuk sağlığı hastalıkları uzman hekimlerinden birinin yer alması şartları aranmaz.</p>							
<p><b>DİĞER</b></p>							
DO1021	GÖZ PROTEZLERİ						150,00
<p>(1) Göz protezleri hareketli bir malzeme olmayıp, göz protezinin hareketi, hastanın daha önce geçirdiği cerrahi müdahale ile ilgilidir.</p>							
<p>(2) 3. Basamak Hastaneler tarafından düzenlenen, en az 1 (bir) Göz Hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi, Göz Hastalıkları uzman hekimince reçetelendirilmesi halinde göz protez beveleri Kurumca karşılanır.</p>							
<p>(3) 5 (beş) yaşına kadar olan hak sahiplerine (ocuklarda 5 (beş) yaşına kadar orbita gelişimi tamamlanmış) sağlık kurulu raporu ile öngörülmesi halinde yılda bir, 5 (beş) yaşından büyük hak sahiplerine ise sağlık kurulu raporu ile öngörülmesi halinde 3 (üç) yılda 1 (bir) göz protezinin Kurumca bedeli karşılanır. Ancak her iki halde de sağlık kurulu raporundaki protezin değiştirilme gerekçesi belirtilmelidir.</p>							
DO1022	ENÜREZİS ALARMI CİHAZI				1 Defa		35,00
<p>(1) Primer monoseptomatik (gündüz idrar kaçırma şikâyeti olmayan) enürezis nokturnası olan 5 (beş) yaş üzeri hastalarda 1 (bir) defaya mahsus olmak üzere enürezis alarmi cihaz bedeli Kurumca karşılanır.</p>							
DO1023	PENİS KLEMPLİ		C*		2 yıl		14,00
DO1024	İLEAL LOOP SETİ		C*		1 yıl		73,00
<p><b><u>LENFÖDEM BASI GİYSİLERİ</u></b></p>							
<p>(1) 3. Basamak Hastanelerde Genel Cerrahi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Kalp Damar Cerrahi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon branş hekimlerinden birinin bulunduğu sağlık kurulu raporlarına istinaden ilgili hekimlerce reçete edilmesi halinde; Evre 1, 2, 3 hastaları için evrelerde Kurumca beveleri karşılanır.</p>							
<p>(2) Profilaeksi amacıyla lenfödem bası giysisi beveleri Kurumca karşılanmaz.</p>							
<p>(3) Heyet raporu halinde; lenf diseksiyonuna bağlı lenf ödemlerinde ameliyat olduğunu belgeleyen epikriz olmalıdır.</p>							
<p>(4) Standart beveler üzerinden Kurumca bedeli karşılanır. Sadece İleri evre (evre 3) lenf ödemlerinde, standart bevelerin uymadığı bası giysisi gereken olgularda, fotoğrafla belgelendirilmesi kaydıyla, kişiye özel ölçülendirilmiş bası giysileri beveleri Kurumca karşılanır.</p>							
<p>(5) Rapor geçerli süresi sekonder lenf ödemlerinde 1 (bir) yıl, primer lenf ödemlerinde 2 (iki) yıldır.</p>							
<p>(6) İlgili hekimce uygun görülmesi halinde 6 (altı) ay ara ile olmak şartıyla yılda en fazla 2 (iki) kez reçete edilebilir.</p>							
<p>(7) Hastaya allerjik veya toksik etki gözlemlenmelidir.</p>							
<p>(8) Örtüleme 40 mmHg ve üzeri basıncı uygulamamak, kullanılan stresinin sonuna kadar bu basıncın en az yarısını sağlayabilmelidir.</p>							
<p>(9) İç yazıda hastanın bası yazılarında yiti aplanacak tarzda, dikişsiz, pürüzsüz olmalıdır. İlaava geçirgen özelliği olan kumaştan imal edilmelidir.</p>							
<p>(10) Ağ ekstremite bası giysilerinde lastik kısmının iç yüzeyinde kaymayı önleyecek şekilde yerleştirilmesi ve kullanılan stresi boyunca bozulmuyacak yapıda olmalıdır.</p>							
<p>(11) Fermuar vb. aksesuarlar kullanılacaksa, hastaya zarar vermemeyecek şekilde yerleştirilmesi ve yıkama için deforme olmamalı, boyutları değişmemelidir.</p>							
<p>(12) Sık yıkanabilir kumaştan imal edilmelidir. Giysi yıkama ile deforme olmamalı, boyutları değişmemelidir.</p>							
DO1025	<b>LENFÖDEM BASI GİYSİLERİ (SMARILAMA)</b>						179,00
DO1026	ELDIVEN PARMAK UCU AÇIK/KAPALI						165,00
DO1027	OMUZDAN DESTİKLİ KOLLUK BİLİĞE KADAF						129,00
DO1028	DİZ ÜSTÜ ÇORAP /SİLİKON DESTİKLİ						137,00
DO1029	KÜLOTLU ÇORAP						304,00
DO1030	BELDEN DESTİKLİ TEK BACAĞ ÇORAF						349,00
DO1031	<b>LENFÖDEM BASI GİYSİLERİ (HAZIR)</b>						61,00
DO1032	ELDIVEN PARMAK UCU AÇIK/KAPALI						56,00
DO1033	OMUZDAN DESTİKLİ KOLLUK BİLİĞE KADAF						44,00
DO1034	DİZ ÜSTÜ ÇORAP /SİLİKON DESTİKLİ						47,00
DO1035	KÜLOTLU ÇORAP						103,00
DO1036	BELDEN DESTİKLİ TEK BACAĞ ÇORAF						118,00
<p><b>LENF ÖDEM KOMPRESYON CİHAZLARI</b></p>							

(1) 3. Basamak Hastanelerde Genel Cerrahi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ile Kalp Damar Cerrahisi branş hekimlerinden birinin bulunduğu sağlık Kurulu raporlarına istinaden ilgili hekimlerce reçete edilmiş halinde Kurumca bedeli karşılanır.

(2) Evre II-III lenf ödemi olan;

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

b) Evre III: Ödem irreversible, ekartlayan infeksiyöz ataklar, fibrozis, deri ve deri altında skleroz, fleboleni ödemi ya da ıleri evre (C4-6) kronik venöz hastalık bulunan hastalarda Kurumca bedelleri karşılanır.

(3) Heyet raporu ekinde lenf ödemi hastalarının, fleboleniödem ya da ıleri evre (C4-6) kronik venöz hastalık venöz yetmezliğe bağlı durumlarda venöz sistem doppler ultrasonografi raporu ekte olmalıdır. Hastalarını karşılaştırmalı her iki ekstremité fotoğrafları da rapora eklenmelidir.

(4) Kompresyon cihazları diz altı lenf ödemlerinde veya venöz yetmezliklerde en fazla 2 (iki) kanallı, diz üstü lenf ödemlerinde veya venöz yetmezliklerde en fazla 6 (altı) kanallı, üst ekstremité lenf ödemlerinde veya venöz yetmezliklerde en fazla 1 (bir) kanallı olması halinde Kurumca bedeli karşılanır. Sadece Evre II lenf ödemlerinde en fazla 2 (iki) kanallı cihaz bedeli Kurumca karşılan

(5) Cihazın diz altı, diz üstü, üst ekstremité ve kaç kanallı olacağı, ilgili hekim raporunda belirtilmelidir.

DO1037	1 KANALLI LENF ÖDEM KOMPRESYON CİHAZI				426,00
DO1038	2 KANALLI LENF ÖDEM KOMPRESYON CİHAZ				522,00
DO1039	3 KANALLI LENF ÖDEM KOMPRESYON CİHAZ				622,00
DO1040	4 KANALLI LENF ÖDEM KOMPRESYON CİHAZ				737,00
DO1041	5 KANALLI LENF ÖDEM KOMPRESYON CİHAZ				835,00
DO1042	6 KANALLI LENF ÖDEM KOMPRESYON CİHAZ				948,00
	<b>LENF ÖDEM KOMPRESYON CİHAZLARI MANŞONLARI</b>				

(1) İlk alımlarda, kompresyon cihazları ile birlikte kullanılacak manşon bedelleri cihaz bedeline dahildir. Manşonların 2 (iki) yıldan erken değiştirilmesi halinde manşon bedeli Kurumca karşılanmaz.

DO1043	LENF ÖDEM KOMPRESYON CİHAZI UZUN KOL MANŞONU				163,00
DO1044	LENF ÖDEM KOMPRESYON CİHAZI YAKIM BACAĞI MANŞONU				142,00
DO1045	LENF ÖDEM KOMPRESYON CİHAZI UZUN BACAĞI MANŞONU				225,00
	<b>YANIK BASI GİYSİLERİ</b>				

(1) Erişkin hastalarda Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi veya Genel Cerrahi uzmanlarından birlikte bulunduğu; 18 (on sekiz) yaşının altındaki young hastalarında ise Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi veya Genel Cerrahi veya Çocuk Cerrahisi uzmanları tarafından düzenlenen heyet raporuna istinaden ve bu uzman hekimlerden herhangi biri tarafından reçete edilmiş halinde bedelleri Kuruma karşılanır.

(2) İkinci ve üçüncü derece young sonrasi oluşmuş hipertrofik skar ve keloidlerin tedavisi ve azaltılması, oluşabilecek hipertrofik skar önlemek amacıyla, 0-3 yaş çocuklarda 3 (iç) ayda 1 (bir), daha büyük çocuklarda 6 (altı) ayda 1 (bir), erişkinlerde ise yılda 1 (bir) kez reçete edilebilir.

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

(4) Hastaya alerjik veya toksik ekle göstermemelidir.

(5) Ortalama 15-40 mmHg bismiy uygulunmalı ve kullanım süresinin sonuna kadar bu bismiyin en az yarısını sağlayabilmelidir.

(6) İçe yitirye hastada bisi uygulamaya yol açmayacak tarzda dikişir ve pürüzsüz olmalıdır.

(7) Fermuar vb. aksenebilir kullanılmakla hastaya zarar vermeyecek şekilde yerleştirilmeli ve kullanım süresi boyunca bozulmuyacak yapıda olmalıdır.

(8) Giysi sık yıkanabilir kumşunam imal edilmedi yikama ile deforme olunmalı, boyutları değışmemeli ve yikama talimatı hususya verilmelidir.

(9) Değışik renk ve desenlerde olabilir. (özellikle çocuklarda kullanımı özendirilmemek için)

(10) Hasta ile temas eden ekle kısmında hekimin uygun görmesi halinde uygun gördüğü alanlar silikon tabaka ile kaplanabilmelidir.

(11) Basi giysilerinde kullanılmakla silikon tabaka miktarı sağlık raporu ile belirtilen hipertrofik skar alanının %10 fazlasından daha geniş olamaz.

(12) 18 (on sekiz) yaşın altındaki young hastalarında, SUT siki EK-3/C33 listesindeki kriterlere uygun ismarlama young basi giysileri, erişkinlerde ise ihtiyaca göre ismarlama veya hazır basi giysi (13) Basi giysilerinin young olayım takiben ilk 6 (altı) ay içinde kullanılmaya başlanması halinde bedeli Kurumca karşılanacaktır.

YANIK BASI GİYSİLERİ (ISMARLAMA)						
DOI1046	BİLFİÇE KADAR PARMAKLI TELDİVEN					110,00
DOI1047	TEK KOL (EL İIARIC)					45,00
DOI1048	TUM GÖVDE (KOLLU İIARIC)					110,00
DOI1049	TUM GÖVDE (KOLLU)					200,00
DOI1050	TUM GÖVDE (KOLLU) ÇOCUK					163,00
DOI1051	SORT (DIZALIT)					102,00
DOI1052	SORT (DIZALIT) ÇOCUK					77,00
DOI1053	BELDEN DESTEKLI TEK BACAK					110,00
DOI1054	DIZALIT ÇORAP					79,00
DOI1055	DIZALIT ÇORAP (P/ARMMAKLI					135,00
DOI1056	AGIC YÜZ MASKESI					85,00
DOI1057	KAPALI YÜZ MASKESI					107,00
<b>YANIK BASI GİYSİLERİ (HAZIR)</b>						
DOI1058	BİLFİÇE KADAR PARMAKLI TELDİVEN					32,00
DOI1059	TEK KOL (EL İIARIC)					33,00
DOI1060	TUM GÖVDE (KOLLAR İIARIC)					48,00
DOI1061	TUM GÖVDE (KOLLU)					85,00
DOI1062	TUM GÖVDE (KOLLU) ÇOCUK					79,00
DOI1063	SORT (DIZALIT)					64,00
DOI1064	SORT (DIZALIT) ÇOCUK					52,00
DOI1065	BELDEN DESTEKLI TEK BACAK					61,00
DOI1066	DIZALIT ÇORAP					32,00
DOI1067	DIZALIT ÇORAP (P/ARMMAKLI					56,00
DOI1068	AGIC YÜZ MASKESI					43,00
DOI1069	KAPALI YÜZ MASKESI					52,00
<b>YANIK BASI GİYSİLERİ SİLİKON TABAKALARI</b>						
DOI1070	1 CM2 SİLİKON TABAKA					0,16

(1) SİLİKON tabaka bedeli, silikon tabakanın kullanıldığı bölgeinin basi giysisi fiyatından yitksek olamaz.

Tıbbi malzeme alan tammuna ait ödeme kriterleri ve/veya kurallari, bulundugu satrn altında yer almaktadır. Tıbbi malzeme alan tanımlarını kapsayan başlıgın altında yer alan ödeme kriterleri ve/veya kurallari, başlıgın altındaki tüm malzeme alan tanımlarına aittir.

#### ÖZEL KOŞULLAR

- 1 Yenilme süresini takiben yapılan tamir ve değışim bedeli protez bedelinin % 75'ini geçmez.
- 2 \* Hastane başhekiminin imzasının bulunduğu uzman hekim raporuyla verilir.
- 3 (C) ile işaretli olan malzemeler için ilgili branşta uzman hekiminin bulunduğu Sağlık Kurulu Raporu gerekmektedir.
- 4 (C\*) ile işaretli olan malzemeler için ilgili branştaki uzman hekimince düzenlenene Başhekim onaylı Rapor gerekmektedir.

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYAT (TL)
	<b>ASPIRASYON KATETERİ</b>	
A10000	ASPIRASYON KATETERİ	0,20
	<b>NAZOGASTRİK SONDALAR</b>	
A10001	SONDA, NAZOGASTRİK	0,31
	<b>NELATON SONDALAR</b>	
A10002	SONDA, NELATON	0,25
A10003	SONDA, NELATON KAÇUK	2,90
	<b>ÜRİNER SİSTEM SONDA, TORBA VE KATETERLERİ</b>	
A10004	İDRAR TORBASI	0,30
A10005	İDRAR TORBASI MUSLUKLU 2000 CC.	0,27
A10006	İDRAR TORBASI STERİL MUSLUKLU 2000 CC.	1,50
A10007	İDRAR TORBASI 100 CC.FRKFK İÇİN STERİL	0,05
A10008	İDRAR TORBASI 100 CC.KIZ İÇİN STERİL	0,06
A10009	SONDA, PREZERVATİF	0,49
A1010	SONDA, HİDROFLİK KENDİNDEN KAYGANLAŞTIRICILI	1,35
	(1) Rektürün üretra darlığı (meden olan primer tanımı raporda belirtilmesi koşulu ile) olan hastalara ayaktan tedavilerinde uygulanması gerekli görülen hidroflik kendinden kayganlaştırıcı sonda, üroloji, nefroloji, çocuk cerrahisi veya çocuk cerrahisi uzman hekimlerinden birinin yer aldığı, nörojenik mesane (meden olan primer tanımı raporda belirtilmesi koşulu ile) olgularında ise üroloji, nefroloji, çocuk nefroloji, çocuk cerrahisi, nöroloji, çocuk nöroloji veya fiziksel up ve rehabilitasyon uzman hekimlerinden birinin yer aldığı sağlık kurullarınca düzenlenen sağlık kurulu raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilmesinde halinde Kurumca bedeli karşlanır.	
	(2) Raporda; teşhis, kullanım süresi ve günlük kullanım miktarı belirtilmelidir.	
	(3)Günlük en fazla 6 (altı) adet sonda bedeli Kurumca karşlanır.	
	(4) Rektürün üretra darlığı, nörojenik mesane olgularında ve böbrek nakilli hastalara raporda belirtilmiş olmak şartıyla;	
	a) En fazla 5 (beş) adet hidroflik kendinden kayganlaştırıcı sonda ile birlikte en fazla 1 (bir) adet hidroliki sonda,	
	b) Aktif çalışan ve/veya öğrenci olan hastalara en fazla 4 (dört) adet hidroflik kendinden kayganlaştırıcı sonda ile birlikte en fazla 2 (iki) adet hidroliki sonda reçete edilmelidir.	
	(5) Hidroflik kendinden kayganlaştırıcı sondaların, en fazla 2 (iki) aylık miktarda reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri karşlanır.	
A10011	SONDA, HİDRO KİT (KENDİNDEN JELLİ)	2,85
A10012	SONDA, FOLEY İKİ YOLLU SİLİKOLATEX	8,00
A10013	SONDA, FOLEY İKİ YOLLU SİLİKON	
A10014	SONDA, FOLEY İKİ YOLLU POLİVİNİLKLORÜR	20,00
A10015	SONDA, FOLEY İKİ YOLLU LATEX	5,50
A10016	SONDA, FOLEY ÜÇ YOLLU SİLİKOLATEX	
A10017	SONDA, FOLEY ÜÇ YOLLU SİLİKON	
A10018	SONDA, FOLEY ÜÇ YOLLU POLİVİNİLKLORÜR	
A10019	SONDA, FOLEY ÜÇ YOLLU LATEX	
	<b>ENTERAL VE PARENTERAL BESLENME SONDA, TORBA VE SETLERİ</b>	
A10020	SET TRANSFER PARENTERAL BESLENME	45,00
A10021	TORBA, PARENTERAL BESLENME (150-250-500-1000-2000 ml.)	8,50
A10022	ENTERAL BESLENME POMPA SETİ (TORBALI)	5,50
A10023	ENTERAL BESLENME POMPA SETİ (ŞİŞE KAPAKLI)	5,00
A10024	ENTERAL BESLENME SETİ GRAVİTİ	3,50
A10025	BESLENME KATİTERİ	0,25
A10026	TÜP.NAZODUEDONAL BESLENME	12,00
A10027	BESLENME TÜPÜ	12,00
A10028	BESLENME TÜPÜ NAZOGASTRİK	9,00
A10029	TORBA, PARENTERAL BESLENME (3000-4000 ml.)	8,50
A10030	SET POMPA ENTERAL YIKAMALI	10,00
A10031	ENJEKTÖR 50CC ( BESLENME AMAÇLI-GÜN AŞIRI 1 ADET)	0,30
	<b>AYARLAYICI MAYI VE KAN SETLERİ, HER TÜRLÜ</b>	
A10032	POMPA SET AĞRI İÇİN (HASTA KONTROLLÜ ANALJEZİ SİSTEMİ)	21,50
A10033	DESFERAL POMPA SETİ (THALASEMİ İNFÜZYON SETİ)	4,72
A10034	MICRO İNFÜZYON POMPA SETİ	6,67
	(1) Sağlık kurulu raporuna dayanılarak reçete edilen infüzyon pompa seti bedeli, en fazla 3 (üç) günde 1 (bir) adet üzerinden hesaplanmak suretiyle en fazla 3 (üç) aylık miktarda reçete edilmesinde halinde Kurumca bedeli karşlanır.	
A10035	İNSÜLİN RESERVOİR	2,54
	(1) Sağlık kurulu raporuna dayanılarak reçete edilen rezervuar bedelleri, en fazla 3 (üç) günde 1 (bir) adet üzerinden hesaplanmak suretiyle en fazla 3 (üç) aylık miktarda reçete edilmesinde halinde Kurumca bedeli karşlanır.	
	<b>KOLOSTOMİ, İLEOSTOMİ VE ÜROSTOMİ MALZEMELERİ</b>	
	(1) Kolostomi ve ürostomi torbası için uzman hekim raporu düzenlenecek olup raporda, teşhis, yapılan ameliyattan adı, malzemenin adı, kullanım süresi ve (2) inci fıkrada belirtilen miktarları geçmemek üzere günlük kullanım miktarı belirtilmektedir. Hastada ikinci bir stoma söz konusu ise bu durum raporda açık olarak belirtilmektedir.	
	(2) Kolostomi, ürostomi torbası ve bu malzemele ilgili olarak adaptör ve pasta sağlık raporunda tedavi protokolü gereğince hekimince reçetede belirtilen adetler esas alınarak en fazla 2 (iki) aylık miktarlarda reçete edilmesi halinde Kurumca bedeli karşlanır.	
A10036	KOLOSTOMİ TORBASI (TEK PARÇALI ALTTAN BOŞALTIMLI)(FİLTRE DAHİL)	2,80
A10037	KOLOSTOMİ ADAPTÖRÜ	4,50
A10038	KOLOSTOMİ TORBASI (ADAPTÖR İÇİN)(FİLTRE DAHİL)	2,80
A10039	İLEOSTOMİ TORBASİ(TEK PARÇALI ALTTAN BOŞALTIMLI)(FİLTRE DAHİL)	2,80
A10040	İLEOSTOMİ ADAPTÖRÜ	4,50
A10041	SİLİKON	2,80
A10042	MACUN, İLEOSTOMİ	9,50
A10043	PASTA, KOLOSTOMİ	9,50
A10044	ÜROSTOMİ TORBASİ ÇEŞİTLERİ	3,50
A10045	ÜROSTOMİ ADAPTÖRÜ	4,50
A10046	PASTA, ÜROSTOMİ	9,50
A10047	STOMA CAP	3,22

(1) Sağlık raporuna dayanarak tüm hekimlere en fazla 2 (iki) aylık dozlar halinde stomal kapagi reçete edilmesine halinde Kurumca bedelleri karşılır.

<b>HASTA HİYENİ İÇİN KULLANILAN BAKIM MALZEMELERİ</b>		
A10048	AĞIZ BAKIM SETİ (GÜNLÜK KULLANIM İÇİN)	2,00
A10049	HASTA ALT BEZİ	0,60
(1) Uzman hekim raporu ile mesane veya rektum kontrolü olmaması (raporda idrar veya gaita inkontinansına neden olan primer tanınım belirtilmesi kaydı ile) nedeni ile (çocuklar için en az 2 (iki) yaşını tamamlamış olmak kaydı ile) hasta alt bez veya çocuk alt bez kullanılması gerekli görülen hastalar için günde 4 (dört) adedi geçmemek üzere en fazla 2 (iki) aylık miktarlarda, rapora istinaden tüm hekimlerce reçetelendirilmesi durumunda Kurumca bedelleri karşılır.		
(2) Hasta alt bez ve çocuk alt bez bedellerinin karşılmasında, Kurum İTTUBB kayıt/bildirim işlemleri tamamlanmış olma şartı aranmaz. Çocuk alt bez bedelleri "hasta alt bez" için belirtilen fiyat üzerinden Kurumca bedeli karşılır.		
(3) İdrar inkontinansı ve gaita inkontinansı olan hastalara hasta alt bez ve hidrofilik kendinden kayganlaştırıcı sonda fatura edilmesi halinde Kurumca bedeli karşılır.		
(4) Sadece idrar inkontinansı olan hasta alt bez kullanan hastalara hidrofilik kendinden kayganlaştırıcı sonda fatura edilmesi halinde, hidrofilik kendinden kayganlaştırıcı sonda Kurumca bedeli karşılanmaz.		
(5) Sağlık raporunda; kolostomili hastalarda idrar inkontinansı, ürostomili hastalarda gaita inkontinansı olduğunun belirtilmesi halinde hasta alt bezinin Kurumca bedeli karşılır.		

<b>DIYALİZ SARF MALZEMELERİ</b>		
A10050	BAĞLANTI ADAPTÖRÜ, PERİTON DİYALİZ, KATETERİ İÇİN, PLASTİK	19,80
A10051	BAĞLANTI ADAPTÖRÜ, PERİTON DİYALİZ, KATETERİ İÇİN, TITANYUM	55,00
A10052	SET, ARA BAĞLANTI, PERİTON DİYALİZ KATETERİ İÇİN	22,20
A10053	PRİTON DİYALİZ MİNİ KAPAK	0,55
A10054	CYLER DRENAJ SETİ	4,85
A10055	HOMEOCHOİCE ALETLİ PD SETİ	8,95
A10056	HOMEOCHOİCE DÜŞÜK RESÜRKÜLASYON HACİMLİ APD SETİ	8,95
A10057	SLEEP-SAFE SET PLUS	10,00
A10058	PD-NIGHT VARIO PLUSSYSTEM WITH PIN	10,00
A10059	SLEEP-SAFE SET PA/D	10,00
<b>VENTİLASYON, NEBÜLİZATÖR VE SOLUNUM CİHAZI SARF MALZEMELERİ</b>		
A10060	AİR-WAY ORAL	0,30
A10061	SET, NEBULİZER, ERİŞKİN	1,35
A10062	HASTA DEVRESİ, PEDIATRİK	46,00
A10063	HASTA DEVRESİ, ERİŞKİN	46,00
A10064	İNHALASYON TEDAVİ ÇEMBERİ (AFROCHAMBER)	19,36
A10065	SOLUNUM DEVRESİ (T-PIECE)	25,13
A10066	TRİFLÜ (SOLUNUM EGZERSİZ ALETİ)	3,75
A10067	FİLTRE, BAKTERİ, NEM TUTUCU (HMEF)	3,93
A10068	FİLTRE, VENTİLATOR İÇİN	5,92
A10069	FİLTRE, BAKTERİ	1,75
A10070	OKSİJEN GAZİ 10 L.T.	4,00
A10071	AMBU SETİ	27,90
A10072	MOUNT KATETER	1,68
<b>NAZAL MASKELER</b>		
A10073	MASKE, STANDART CPAP	40,00
A10074	SET CPAP (MASKE, PEEP VALVİ, SET)	140,00
A10075	MASKE, NAZAL BAĞLAMA SETLİ, NONİNVAZİV VENTİLASYON İÇİN SİLİKON ESASLI	187,37
A10076	MASKE, NAZAL KÜÇÜK BOY BAĞLAMA SETLİ, NONİNVAZİV VENTİLASYON İÇİN	111,00
A10077	MASKE, NAZAL ORTA BOY BAĞLAMA SETLİ, NONİNVAZİV VENTİLASYON İÇİN	141,00
A10078	MASKE, HAZNESİZ NEBULİZER	1,50
A10079	MASKE, HAZNELİ PEDIATRİK	2,75
A10080	MASKE, HAZNELİ-ERİŞKİN	2,80
A10081	MASKE, ORA NAZAL BAĞLAMA SETLİ, NONİNVAZİV VENTİLASYON İÇİN SİLİKON ESASLI	200,00
A10082	MASKE, ORA NAZAL KÜÇÜK BOY BAĞLAMA SETLİ, NONİNVAZİV VENTİLASYON İÇİN	200,00
A10083	MASKE, ORA NAZAL ORTA BOY BAĞLAMA SETLİ, NONİNVAZİV VENTİLASYON İÇİN	200,00
<b>TRAKEOTOMİ KANULU</b>		
A10084	SİLİKON	159,00
A10085	ÇİFT KAFLI	71,00
A10086	GÜMÜŞ	47,00
A10087	FOAM-KAFLI	160,00
A10088	FENESTRELİ	41,00
<b>DRENLER</b>		
A10089	DREN, 30-50 ML.	3,60
A10090	DREN, 100-200 ML.	4,50
A10091	DREN, 300-500 ML.	5,86
<b>STERİL EL DİVEN</b>		
A10092	STERİL EL DİVEN (PUDRALI/PUDRASIZ)	0,40
(1) Sağlık kurulu raporu ile tanyu uygun bngörülen malzeme adedi kadar steril eldiven bedeli kurumca karşılır.		
<b>SEKER ÖLÇÜM CİHAZI VE CUBUĞU</b>		
A10093	KAN SEKERİ ÖLÇÜM CUBUĞU	0,32
A10094	KAN SEKERİ ÖLÇÜM CİHAZI	20,00
<b>YARA BAKIM ÜRÜNLERİ</b>		
A10095	HYDROCOLLOID İÇERİKLİ YARA ÖRTÜSÜ KÜÇÜK	2,39
(1) Yüzevel, az eksudalı yaralar ve/veya postoperatif dönemde dikişlerin üzerine kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılır.		
(2) Enfekte yaraları olan ve/veya grade 4 iskemik arter hastalığı tanısı konulan hastalarda kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanmaz.		
(3) Kapasite tamamlanmadan önce (hidrokolloid baloncuyu kenara ulaşımadan önce) ve 2-7 gün içinde değiştirilmelidir.		
(4) 100 cm <sup>2</sup> ' ye kadar olanlar küçük yara örtüsü olarak kabul edilir.		
A10096	HYDROCOLLOID İÇERİKLİ YARA ÖRTÜSÜ ORTA	4,02

	(1) Yüzevel, az eksudalı yaralar ve/veya postoperatif dönemde dikişlerin üzerine kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır. (2) Enfekte yaraları olan ve/veya grade 4 iskemik arter hastalığı tanısı konulan hastalarda kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanmaz. (3) Kapasite tamamlanmadan önce (hidrokolloid baloncuğu kenara ulaşmadan önce) ve/veya 2-7 gün içinde değiştirilmelidir. (4) 100-225 cm <sup>2</sup> 'ye kadar olanlar orta yara örtüsü olarak kabul edilir.	
A10097	<b>HYDROKOLLOİD İÇERİKLİ YARA ÖRTÜSÜ BÜYÜK</b>	10,15
	(1) Yüzevel, az eksudalı yaralar ve/veya postoperatif dönemde dikişlerin üzerine kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır. (2) Enfekte yaraları olan ve/veya grade 4 iskemik arter hastalığı tanısı konulan hastalarda kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanmaz. (3) Kapasite tamamlanmadan önce (hidrokolloid baloncuğu kenara ulaşmadan önce) ve/veya 2-7 gün içinde değiştirilmelidir. (4) 225 cm <sup>2</sup> 'nin üzerinde olanlar büyük yara örtüsü olarak kabul edilir.	
A10098	<b>KÖPÜKLÜ VEYA FİBER İÇERİKLİ YARA ÖRTÜSÜ KÜÇÜK</b>	3,25
	(1) Bol eksudalı yaralar ve/veya masere yaralarda kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır. (2) Kuru yaralar ve/veya enfekte yaralar ve/veya grade 4 iskemik arter hastalığı tanısı konulan hastalarda kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanmaz. (3) Kapasite tamamlanmadan önce (leke kenara ulaşmadan önce) ve/veya 2-7 gün içinde değiştirilmelidir. (4) 100 cm <sup>2</sup> 'ye kadar olanlar küçük yara örtüsü olarak kabul edilir.	
A10099	<b>KÖPÜKLÜ VEYA FİBER İÇERİKLİ YARA ÖRTÜSÜ ORTA</b>	4,92
	(1) Bol eksudalı yaralar ve/veya masere yaralarda kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.	
A10100	<b>KÖPÜKLÜ VEYA FİBER İÇERİKLİ YARA ÖRTÜSÜ BÜYÜK</b>	11,33
	(1) Bol eksudalı yaralar ve/veya masere yaralarda kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır. (2) Kuru yaralar ve/veya enfekte yaralar ve/veya grade 4 iskemik arter hastalığı tanısı konulan hastalarda kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanmaz. (3) Kapasite tamamlanmadan önce (leke kenara ulaşmadan önce) ve/veya 2-7 gün içinde değiştirilmelidir. (4) 225 cm <sup>2</sup> 'nin üzerinde olanlar büyük yara örtüsü olarak kabul edilir.	
	<b>KOKLEAR İMPLANT SARF MALZEMELERİ</b>	
	(1)Kİ uygulaması sonrasındaki takip, cerrahi tedavi yapılan sağlık kurumunca yapılır. Hastanın ilk 2 (iki) yılda 2 (iki) defa, koklear implantın takıldığı merkezde takip edildiğini Kuruma belgelendirmesi gerekmektedir. Bu takipleri belgelendiremeyen hastalarda, koklear implantın yedek parçalarının (pil, ara kablo, pil yuvası, aktarıcı bobin) Kurumca bedelleri karşılanmaz.	
A10101	<b>KOKLEAR İMPLANT PİLİ</b>	0,45
	(1) Koklear implant için günde en fazla 1 (bir) pil bedeli olmak üzere; 1 (bir) Kulak Burun Boğaz uzmanı tarafından düzenlenecek rapora istinaden, 1 (bir)'er yıllık miktarın Kurumca bedeli karşılanır. (2) Şarj edilebilen pil bedeli, tek kullanımlık pili yıllık bedelini aşmaması şartı ile Kurumca bedeli karşılanır.	
A10102	<b>KOKLEAR İMPLANT ARA KABLO BEDELİ (AKTARICIDAN BAĞIMSIZ) ARA KABLO</b>	38,00
	(1) Ara Kablolar (aktarıcıdan bağımsız): a) 0-5 yaş için yılda 3 (üç) adet, b) 5-10 yaş için yılda 2 (iki) adet, c) 10 yaş ve üzeri için yılda 1 (bir) adet olmak üzere, Kulak Burun Boğaz hastalıkları uzman hekiminin düzenleyeceği tek hekim raporuna istinaden Kurumca bedeli karşılanır.	
A10103	<b>KOKLEAR İMPLANT KONUŞMA İŞLEMÇİSİ</b>	11,400,00
	(1) Konuşma işlemcisi, 7 (yeddi) yıldan önce yenilenmez. Ancak Kİ kurul raporuna istinaden tamiri mümkün olmayan durumlarda (kullanıcı kusuruna bağlı olmaksızın) bu sığ dikkate alınmadan stiresinden önce yenilenebilir. 7 (yeddi) yılı dolduran kişilerde Kİ kurulunun uygun görmesi halinde Kİ kurul raporuna istinaden yenilenebilecektir.	
A10104	<b>AKTARICI (BOBİN, TRANSMİTTER)</b>	139,00
	(1) Kullanıcı kusuru olmaksızın aktarıcılarının (transmitter, bobin), garanti kapsamının dışında ancak 2 (iki) yılda bir olmak üzere Kİ kurul raporuna istinaden yenilenir. Bu süreden önce yenilenmez. Bozulduğu rapor edilen konuşma işlemcisi, Kurum taşta teşkilatına teslim edilecektir.	
A10105	<b>PİL YUVASI</b>	180,60
	(1) Kullanıcı kusuru olmaksızın bozulun pil yuvaları garanti kapsamının dışında ancak 2 (iki) yılda bir olmak üzere Kİ kurul raporuna istinaden yenilenir. Bu süreden önce yenilenmez.	
	<b>İŐTME CİHAZI SARF MALZEMELERİ</b>	
A10106	<b>İŐTME CİHAZI PİLİ</b>	0,45
	(1) Kulak Burun Boğaz Hastalıkları uzman hekiminin düzenleyeceği tek hekim raporuyla, işleme cihazı başına, çocuklarda ve kanal içi işleme cihazı kullanan erişkinlerde en fazla haftada 1 (bir), diğer erişkinlerde en fazla 2 (iki) haftada 1 (bir) adet hesabıyla işleme cihazı pil Kurumca bedeli karşılanır. Ancak, işleme cihazlarının ilk kez alınması sırasında, işleme cihazı pilleri için ayrıca herhangi bir ödeme yapılmayacaktır..	
	<b>BAKLOFEN POMPA SARFLARI</b>	
A10107	<b>INTRATEKAL BAKLOFEN POMPASI DOLUM KİTİ</b>	35,00

Tıbbi malzeme alan tanımına ait ödeme kriterleri ve/veya kuralları, bulunduğu satırın altında yer almaktadır. Tıbbi malzeme alan tanımlarını kapsayan başlığın altında yer alan ödeme kriterleri ve/veya kuralları, başlığın altındaki tüm malzeme alan tanımlarına aittir.

ÖZEL HALLERDE KARŞILANAN TIBBİ MALZEMELER			ÖZEL KOŞULLAR	EK-3/C5
SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI			FİYAT (TL)
100000	DİRSEK ALTI 2 KANALLI MYOELEKTRİK KONTROLLÜ KOL PROTEZİ (BİYONİK EL-PARMAKLAR HAREKETLİ)	A	I	44.799,00
100001	DİRSEK ALTI 4 KANALLI MYOELEKTRİK KONTROLLÜ KOL PROTEZİ (BİYONİK EL-PARMAKLAR HAREKETLİ)	A	I	51.050,00
100002	DİRSEK ÜSTÜ 2 KANALLI MYOELEKTRİK KONTROLLÜ KOL PROTEZİ (BİYONİK EL-PARMAKLAR HAREKETLİ)	A	I	46.882,00
100003	DİRSEK ÜSTÜ 4 KANALLI MYOELEKTRİK KONTROLLÜ KOL PROTEZİ (BİYONİK EL-PARMAKLAR HAREKETLİ)	A	I	53.133,00
100004	DİRSEK ÜSTÜ 6 KANALLI MYOELEKTRİK KONTROLLÜ KOL PROTEZİ (BİYONİK EL-PARMAKLAR HAREKETLİ)	A	I	61.468,00
100005	AKÜLÜ TEKERLEKLİ SANDALYE (KİŞİYE ÖZEL OLARAK ÜRETİLMİŞ KOMPONENTLERİ BULUNAN)	A	I	10.000,00
100006	ENERJİ DEPOLAYAN/ KARBON SİSTEM AYAK FARKI	A	I	1.800,00
	<b>BANYO PROTEZLERİ</b>			
100007	DİZ ALTI BANYO PROTEZİ	A	I	1.800,00
100008	DİZ ÜSTÜ/DİZ DEZARTİKÜLASYON BANYO PROTEZİ (EKLEMSİZ)	A	I	2.250,00
100009	DİZ ÜSTÜ/DİZ DEZARTİKÜLASYON BANYO PROTEZİ (EKLEMLİ)	A	I	3.600,00

(1) "A" ile işaretli protez-ortezler için fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden birinin onayının yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.



## CAM FİYAT TABLOSU

ÇİFT OLARAK	BEYAZ		KOLORMATİK		BİFOKAL-PROGRASİF				ORGANİK	
	SUT KODU	YAT(TL)	SUT KODU	YAT(TL)	BEYAZ		KOLORMATİK		SUT KODU	YAT(TL)
					SUT KODU	YAT(TL)	SUT KODU	YAT(TL)		
0-2	GZ.10000	10,16	GZ.10010	12,20	GZ.10020	61,02	GZ.10030	61,02	GZ.10040	10,16
2-4	GZ.10050	11,18	GZ.10060	15,25	GZ.10070	63,05	GZ.10080	76,27	GZ.10090	17,29
4-6	GZ.10100	14,42	GZ.10110	25,43	GZ.10120	65,09	GZ.10130	76,27	GZ.10140	22,37
6-8	GZ.10150	15,25	GZ.10160	28,48	GZ.10170	71,18	GZ.10180	76,27	GZ.10190	30,50
8-10	GZ.10200	20,34	GZ.10210	42,71	GZ.10215	71,18	GZ.10216	76,27	GZ.10220	40,68
10-13	GZ.10230	23,39	GZ.10240	52,88	GZ.10245	71,18	GZ.10246	76,27	GZ.10250	50,84
13-16	GZ.10260	25,43	GZ.10265	52,88					GZ.10270	76,27
16-20	GZ.10280	28,48	GZ.10285	52,88					GZ.10290	76,27
21 ve daha fazla	GZ.10300	61,02	GZ.10305	52,88					GZ.10310	76,27
<b>SPH/CYL (B)</b>										
2/2	GZ.10320	14,23	GZ.10330	16,27	GZ.10340	71,18	GZ.10350	76,27	GZ.10360	14,23
4/2	GZ.10370	15,25	GZ.10380	16,27	GZ.10390	71,18	GZ.10400	76,27	GZ.10410	20,34
6/2	GZ.10420	18,30	GZ.10430	27,46	GZ.10440	71,18	GZ.10450	76,27	GZ.10460	28,48
8/2	GZ.10470	26,44	GZ.10480	45,77	GZ.10490	71,18	GZ.10495	76,27	GZ.10500	35,59
10/2	GZ.10510	28,48	GZ.10520	61,02	GZ.10525	71,18	GZ.10526	76,27	GZ.10530	40,68
13/2	GZ.10540	31,52	GZ.10545	61,02					GZ.10550	55,93
16/2	GZ.10560	42,71	GZ.10565	61,02					GZ.10570	76,27
20/2	GZ.10580	55,93	GZ.10585	61,02					GZ.10590	76,27
21 ve daha fazla	GZ.10600	61,02	GZ.10605	61,02					GZ.10610	76,27
<b>SPH/CYL (C)</b>										
2/4	GZ.10620	20,34	GZ.10630	30,50	GZ.10640	71,18	GZ.10650	76,27	GZ.10660	36,61
4/4	GZ.10670	25,43	GZ.10680	35,59	GZ.10690	71,18	GZ.10700	76,27	GZ.10710	38,64
6/4	GZ.10720	27,46	GZ.10730	44,75	GZ.10740	71,18	GZ.10750	76,27	GZ.10760	44,75
8/4	GZ.10770	30,50	GZ.10780	52,88	GZ.10790	71,18	GZ.10800	76,27	GZ.10810	52,88
10/4	GZ.10820	35,59	GZ.10825	52,88	GZ.10826	71,18	GZ.10827	76,27	GZ.10830	61,02
13/4	GZ.10840	42,71	GZ.10845	52,88					GZ.10850	66,10
16/4	GZ.10860	50,84	GZ.10865	52,88					GZ.10870	76,27
20/4	GZ.10880	55,93	GZ.10885	52,88					GZ.10890	76,27
21 ve daha fazla	GZ.10900	61,02	GZ.10905	52,88					GZ.10996	76,27
<b>SPH/CYL (D)</b>										
2/6	GZ.10910	53,90	GZ.10920	52,88	GZ.10925	71,18	GZ.10926	76,27	GZ.10930	76,27
4/6	GZ.10940	55,93	GZ.10950	52,88	GZ.10955	71,18	GZ.10956	76,27	GZ.10960	76,27
6/6	GZ.10970	61,02	GZ.10971	52,88					GZ.10980	76,27
8/6	GZ.10981	61,02	GZ.10982	52,88					GZ.10990	76,27
10/6	GZ.10991	61,02	GZ.10992	52,88					GZ.11000	76,27
11 ve daha fazla	GZ.10993	61,02	GZ.10994	52,88					GZ.11001	76,27
<b>SPH/CYL (E)</b>										
2/12	GZ.10995	61,02	GZ.10998	52,88					GZ.11002	76,27
3 ve daha fazla	GZ.10997	61,02	GZ.10999	52,88					GZ.11003	76,27
Çerçeve	GZ.11110	35,00								
<b>NİTELİKLİ GÖRMEYE YARDIMCI TIBBİ MALZEMELER</b>										
	SUT KODU	YAT(TL)								
Teleskopik Uzak Tek*	GZ.11010	555,00								
Teleskopik Uzak Çift*	GZ.11020	1110,00								
Teleskopik Yakın Tek*	GZ.11030	555,00								
Teleskopik Yakın Çift*	GZ.11040	1110,00								
Yakın Okuma Kepi Tek	GZ.11120	48,00								
Yakın Okuma Kepi Çift	GZ.11050	96,00								
Kontakt Lens Tek*	GZ.11090	170,00								
Kontakt Lens Çift*	GZ.11100	340,00								
Kontakt Lens Aylık Sık Replasmanlı* (1 Kutu 6 Adet)	GZ.11091	50,00								
Kontakt Lens Aylık Sık Replasmanlı* (2 Kutu 12 Adet)	GZ.11101	100,00								

Yakıradaki fiyatları; Cam-işçilik-hizmet bedeli dahil olup KDV ayrıca ilave edilecektir.

(\* Sağlık Kurulu Raporuna istinaden Kurumca bedelleri karşılanacaktır.

## OMURGA CERRAHİSİ ALAN GRUBUNA AİT TIBBİ MALZEMELER

EK-3/E-1

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYAT (TL)
102.100	TORAKOLUMBAR, POSTERIOR MONOAXIAL VİDA, TİTANYUM, PEDIATRİK/YETİŞKİN (KİLİTLEME APARATI VE NUT DAHİL)	311,00
	(1) "T" vida olarak tanımlanan monoaxial ve polyaxial torakolumbar posterior vidaların kullanılması halinde, vida ve konektörünün (SUT eki Ek-5/E Listesinde 102.350 veya 102.355 veya 102.360 sıra nolu ürünler) toplam fiyatı, torakolumbar posterior polyaxial vida (SUT eki Ek-5/E Listesinde 102.130 sıra nolu ürün) fiyatını geçmez. (2) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafiler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde Kurumca bedeli karşılanır.	
102.105	TORAKOLUMBAR, POSTERIOR MONOAXIAL VİDA, TİTANYUM, KENDİNDEN YIV AÇANLAR (KİLİTLEME APARATI VE NUT DAHİL)	311,00
	(1) "T" vida olarak tanımlanan monoaxial ve polyaxial torakolumbar posterior vidaların kullanılması halinde, vida ve konektörünün (SUT eki Ek-5/E Listesinde 102.350 veya 102.355 veya 102.360 sıra nolu ürünler) toplam fiyatı, torakolumbar posterior polyaxial vida (SUT eki Ek-5/E Listesinde 102.130 sıra nolu ürün) fiyatını geçmez. (2) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafiler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde bedeli Kurumca karşılanır.	
102.110	TORAKOLUMBAR, POSTERIOR MONOAXIAL VİDA, TİTANYUM, AÇIK CEMENT ENJEKTE EDİLEBİLİR (KİLİTLEME APARATI VE NUT DAHİL)	311,00
	(1) "T" vida olarak tanımlanan monoaxial ve polyaxial torakolumbar posterior vidaların kullanılması halinde, vida ve konektörünün (SUT eki Ek-5/E Listesinde 102.350 veya 102.355 veya 102.360 sıra nolu ürünler) toplam fiyatı, torakolumbar posterior polyaxial vida (SUT eki Ek-5/E Listesinde 102.130 sıra nolu ürün) fiyatını geçmez. (2) Torakolumbar, posterior monoaxial vida, titanyum, açık cement enjekte edilebilir (kilitleme aparatı ve nut dahil), kemik densitometrisi ile yaş uyumlu osteoporoz değerlendirilmesi yapılmış ve osteoporoz tanısı almış olgularda veya osteoporozu olmayan revizyon olgularında kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır. (3) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafiler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde Kurumca bedeli karşılanır.	
102.115	TORAKOLUMBAR, POSTERIOR MONOAXIAL VİDA, TİTANYUM, SPONDİLİLİSTEZİS VİDASI PEDIATRİK/YETİŞKİN (KİLİTLEME APARATI VE NUT DAHİL)	373,10
	(1) "T" vida olarak tanımlanan monoaxial ve polyaxial torakolumbar posterior vidaların kullanılması halinde, vida ve konektörünün (SUT eki Ek-5/E Listesinde 102.350 veya 102.355 veya 102.360 sıra nolu ürünler) toplam fiyatı, torakolumbar posterior polyaxial vida (SUT eki Ek-5/E Listesinde 102.130 sıra nolu ürün) fiyatını geçmez. (2) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafiler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde bedeli Kurumca karşılanır.	
102.120	TORAKOLUMBAR, POSTERIOR MONOAXIAL VİDA, TİTANYUM, TRANSPEDİKÜLER SCHANZ VİDASI,FASET İNTERFERANS VİDASI PEDIATRİK/YETİŞKİN (KİLİTLEME APARATI VE NUT DAHİL)	342,00

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYAT (TL)
	<p>(1) "F" vida olarak tanımlanan monoaxial ve polyaxial torakolumbar posterior vidaların kullanılması halinde, vida ve konektörünün (SUT eki Ek-5/E Listesinde 102.350 veya 102.355 veya 102.360 sıra nolu ürünler) toplam fiyatı, torakolumbar posterior polyaxial vida (SUT eki Ek-5/E Listesinde 102.130 sıra nolu ürün) fiyatını geçemez.</p> <p>(2) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları;</p> <p>1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi;</p> <p>olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde bedeli Kurumca karşılanır.</p>	
102.125	TORAKOLUMBAR, POSTERIOR MONOAXIAL VİDA, TİTANYUM, SAKRO-ILIYAK VIDAS (KİLİTLEME APARATI VE NUT DAHİL)	373,00
	<p>(1) "T" vida olarak tanımlanan monoaxial ve polyaxial torakolumbar posterior vidaların kullanılması halinde, vida ve konektörünün (SUT eki Ek-5/E Listesinde 102.350 veya 102.355 veya 102.360 sıra nolu ürünler) toplam fiyatı, torakolumbar posterior polyaxial vida (SUT eki Ek-5/E Listesinde 102.130 sıra nolu ürün) fiyatını geçemez.</p> <p>(2) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları;</p> <p>1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi;</p> <p>olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde Kurumca bedeli karşılanır.</p>	
102.126	TORAKOLUMBAR, POSTERIOR MONOAXIAL (I) VİDA, TİTANYUM, PEDIATRİK/YETİŞKİN (VİDA-ROD BAĞLANTI APARATI DAHİL)	
	<p>(1) "I" vida olarak tanımlanan monoaxial ve polyaxial torakolumbar posterior vidaların kullanılması halinde, vida ve konektörünün (SUT eki Ek-5/E Listesinde 102.350 veya 102.355 veya 102.360 sıra nolu ürünler) toplam fiyatı, torakolumbar posterior polyaxial vida (SUT eki Ek-5/E Listesinde 102.130 sıra nolu ürün) fiyatını geçemez.</p> <p>(2) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları;</p> <p>1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi;</p> <p>olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde bedeli Kurumca karşılanır.</p>	
102.130	TORAKOLUMBAR, POSTERIOR POLYAXIAL VİDA, TİTANYUM, PEDIATRİK/YETİŞKİN (KİLİTLEME APARATI VE NUT DAHİL)	373,00
	<p>(1) "F" vida olarak tanımlanan monoaxial ve polyaxial torakolumbar posterior vidaların kullanılması halinde, vida ve konektörünün (SUT eki Ek-5/E Listesinde 102.350 veya 102.355 veya 102.360 sıra nolu ürünler) toplam fiyatı, torakolumbar posterior polyaxial vida (SUT eki Ek-5/E Listesinde 102.130 sıra nolu ürün) fiyatını geçemez.</p> <p>(2) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları;</p> <p>1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi;</p> <p>olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde bedeli Kurumca karşılanır.</p>	
102.135	TORAKOLUMBAR, POSTERIOR POLYAXIAL VİDA, TİTANYUM, KENDİNDEN YİV AÇANLAR (KİLİTLEME APARATI VE NUT DAHİL)	373,00

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYAT (TL)
	<p>(1) "I" vida olarak tanımlanan monoaxial ve polyaxial torakolumbar posterior vidaların kullanılması halinde, vida ve konnektörünün (SUT eki Ek-5/E Listesinde 102.350 veya 102.355 veya 102.360 sıra nolu ürünler) toplam fiyatı, torakolumbar posterior polyaxial vida (SUT eki Ek-5/E Listesinde 102.130 sıra nolu ürün) fiyatını geçemez.</p> <p>(2) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları;</p> <p>1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi;</p> <p>olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde Kurumca bedeli karşılanır.</p>	
102.140	<p><b>TORAKOLUMBAR, POSTERIOR POLYAXIAL VİDA, TİTANYUM,AÇIK CEMENT ENJEKTE EDİLEBİLİR (KİLİTLEME APARATI VE NUT DAHİL)</b></p> <p>(1) "I" vida olarak tanımlanan monoaxial ve polyaxial torakolumbar posterior vidaların kullanılması halinde, vida ve konnektörünün (SUT eki Ek-5/E Listesinde 102.350 veya 102.355 veya 102.360 sıra nolu ürünler) toplam fiyatı, torakolumbar posterior polyaxial vida (SUT eki Ek-5/E Listesinde 102.130 sıra nolu ürün) fiyatını geçemez.</p> <p>(2) Torakolumbar, posterior polyaxial vida, titanyum, açık cement enjekte edilebilir (kilitleme aparatı ve nut dahil), klinik dansimetrisi ile yaş uyumlu osteoporoz değerlendirmesi yapılmış ve osteoporoz tanısı almış olgularda veya osteoporozu olmayan revizyon olgularında kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır.</p> <p>(3) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları;</p> <p>1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi;</p> <p>olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde Kurumca bedeli karşılanır.</p>	435,29
102.145	<p><b>TORAKOLUMBAR, POSTERIOR POLYAXIAL VİDA, TİTANYUM,SPONDİLOLISTEZİS VİDASI/DİSTRAKSİYON-KOMPRESYON VİDASI/CEKTİRME VİDASI,PEDİATRİK/YETİŞKİN (KİLİTLEME APARATI VE NUT DAHİL)</b></p> <p>(1) "I" vida olarak tanımlanan monoaxial ve polyaxial torakolumbar posterior vidaların kullanılması halinde, vida ve konnektörünün (SUT eki Ek-5/E Listesinde 102.350 veya 102.355 veya 102.360 sıra nolu ürünler) toplam fiyatı, torakolumbar posterior polyaxial vida (SUT eki Ek-5/E Listesinde 102.130 sıra nolu ürün) fiyatını geçemez.</p> <p>(2) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları;</p> <p>1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi;</p> <p>olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde Kurumca bedeli karşılanır.</p>	435,29
102.150	<p><b>TORAKOLUMBAR, POSTERIOR POLYAXIAL VİDA, TİTANYUM,SPONDİLOLISTEZİS VİDASI,PEDİATRİK/YETİŞKİN (KİLİTLEME APARATI VE NUT DAHİL)</b></p> <p>(1) "I" vida olarak tanımlanan monoaxial ve polyaxial torakolumbar posterior vidaların kullanılması halinde, vida ve konnektörünün (SUT eki Ek-5/E Listesinde 102.350 veya 102.355 veya 102.360 sıra nolu ürünler) toplam fiyatı, torakolumbar posterior polyaxial vida (SUT eki Ek-5/E Listesinde 102.130 sıra nolu ürün) fiyatını geçemez.</p> <p>(2) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları;</p> <p>1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi;</p> <p>olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde Kurumca bedeli karşılanır.</p>	435,00
102.155	<p><b>TORAKOLUMBAR, POSTERIOR POLYAXIAL VİDA, TİTANYUM,SAKRO-ILIAK VİDAS (KİLİTLEME APARATI VE NUT DAHİL)</b></p>	373,00

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYAT (TL)
(1) T	vida olarak tanımlanan monoaxial ve polyaxial torakolumbar posterior vidaların kullanılması halinde, vida ve konnektörünün (SUT eki Ek-5/E Listesinde 102.350 veya 102.355 veya 102.360 sıra nolu türün) toplam fiyatı, torakolumbar posterior polyaxial vida (SUT eki Ek-5/E Listesinde 102.130 sıra nolu türün) fiyatını geçemez. (2) Torakolumbar enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde Kurumca bedeli karşılanır.	
102.160	TORAKOLUMBAR, POSTERIOR MONOAXIAL HOOK, TITANYUM, LAMINA HOOK	342,00
(1) Torakolumbar enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde Kurumca bedeli karşılanır.		
102.165	TORAKOLUMBAR, POSTERIOR MONOAXIAL HOOK, TITANYUM, PEDİKÜL HOOK	342,00
(1) Torakolumbar enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde Kurumca bedeli karşılanır.		
102.170	TORAKOLUMBAR, POSTERIOR MONOAXIAL HOOK, TITANYUM, TRANSVERSE HOOK	342,00
(1) Torakolumbar enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde bedeli Kurumca karşılanır.		
102.175	TORAKOLUMBAR, POSTERIOR MONOAXIAL HOOK, TITANYUM, SAKRAL HOOK	342,00
(1) Torakolumbar enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde bedeli Kurumca karşılanır.		
102.180	TORAKOLUMBAR, POSTERIOR MONOAXIAL HOOK, TITANYUM, LAMINA, PEDIATRİK HOOK	342,00
(1) Torakolumbar enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde bedeli Kurumca karşılanır.		
102.185	TORAKOLUMBAR, POSTERIOR MONOAXIAL HOOK, TITANYUM, PEDİKÜL, PEDIATRİK HOOK	342,00

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYAT (TL)
102.190	(1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde bedeli Kurumca karşılanır.	342,00
102.195	(1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde bedeli Kurumca karşılanır.	443,00
102.200	(1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde bedeli Kurumca karşılanır.	443,00
102.205	(1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde bedeli Kurumca karşılanır.	443,00
102.210	(1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde bedeli Kurumca karşılanır.	443,00
102.215	(1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde bedeli Kurumca karşılanır.	443,00

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYAT (TL)
	(1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejenereatif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafiler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde Kurumca bedeli karşılanır.	
102.220	TORAKOLUMBAR, POSTERIOR POLİAKSİYAL HOOK, TİTANYUM, PEDİKÜL, PEDIATRİK HOOK	443,00
	(1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejenereatif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafiler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde Kurumca bedeli karşılanır.	
102.225	TORAKOLUMBAR, POSTERIOR POLİAKSİYAL HOOK, TİTANYUM, TRANSVERSE, PEDIATRİK HOOK	443,00
	(1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejenereatif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafiler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde Kurumca bedeli karşılanır.	
102.226	TORAKOLUMBAR POSTERİOR POLYAKSİYAL HOOK TİTANYUM CLAW HOOK (2 Lİ BİRLEŞİK)	
	(1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejenereatif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafiler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde bedeli Kurumca karşılanır.	
102.230	TORAKOLUMBAR, POSTERIOR ROD, TİTANYUM, RIGID (0-35 CM)	80,00
	(1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejenereatif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafiler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde bedeli Kurumca karşılanır.	
102.235	TORAKOLUMBAR, POSTERIOR ROD, TİTANYUM, RIGID (36-70 CM)	101,00
	(1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejenereatif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafiler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde bedeli Kurumca karşılanır.	
102.240	TORAKOLUMBAR, POSTERIOR ROD, TİTANYUM, RIGID (0-35M CM), PEDIATRİK	80,00

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYAT (TL)
	(1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde bedeli Kuruma karşılanır.	
102.245	TORAKOLUMBAR, POSTERIOR ROD, TİTANYUM,RIGID (36-70 CM), PEDIATRİK	101,00
	(1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde bedeli Kuruma karşılanır.	
102.250	TORAKOLUMBAR, POSTERIOR ROD, TİTANYUM, PLAK-ROD PEDIATRİK/YETİŞKİN	101,00
	(1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde bedeli Kuruma karşılanır.	
102.255	TORAKOLUMBAR, POSTERIOR ROD, TİTANYUM, DİSTRAKSİYON & KOMPRESYON ROD	101,00
	(1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde bedeli Kuruma karşılanır.	
102.260	TORAKOLUMBAR, POSTERIOR ROD, TİTANYUM, SKOLYOZ ROD, ÇİFTLİ	202,00
	(1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde bedeli Kuruma karşılanır.	
102.265	TORAKOLUMBAR, POSTERIOR ROD, TİTANYUM, SKOLYOZ ROD, TEKLİ	101,00
	(1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde bedeli Kuruma karşılanır.	
102.266	TORAKOLUMBAR POSTERİOR COCR ROD SKOLYOZ TEKLİ	



SÜT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYAT (TL)
	(1) Torakolomber posterior CoCr rod skolyoz tekli,sadece deformite olgularında kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır. (2) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde bedeli Kurumca karşılanır.	
102.267	TORAKOLUMBAR POSTERİÖR PEEK ROD SKOLYOZ TEKLİ	
	(1) Torakolomber posterior peek rod skolyoz tekli, sadece skolyoz olgularında kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır. (2) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde bedeli Kurumca karşılanır.	
102.268	TORAKOLUMBAR POSTERİÖR SKOLYOZ GROWİNG KONNEKTÖR (UZATMA-BÜYÜTME	810,00
	(1) Torakolomber posterior skolyoz growing konnektör (uzatma-büyütme), I2 (on iki) yaş altındaki, skolyoz olgularında kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır. (2) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde bedeli Kurumca karşılanır.	
102.269	TORAKOLUMBAR POSTERİÖR NON İNVAZİVE İN SİTU GROWİNG MANYETİK ROD	18.855,00
	(1) Torakolomber posterior non invasive in situ growing manyetik rod, I2 (on iki) yaş altındaki, skolyoz olgularında kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır. (2) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde bedeli Kurumca karşılanır.	
102.270	TORAKOLUMBAR, POSTERİÖR ROD, TİTANYUM, RECTANGLE,PEDİATRİK/YETİŞKİN	105,00
	(1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde bedeli Kurumca karşılanır.	
102.275	TORAKOLUMBAR, POSTERİÖR ROD, TİTANYUM/NİTİNOL, YARISERT, PEDİATRİK/YETİŞKİN/ÖNCEDEN ŞEKİLLENMİŞ	105,00

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYAT (TL)
	(1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde bedeli Kurumca karşılanır.	
102.280	TORAKOLUMBAR, POSTERİOR ROD, TİTANYUM, YİVLİ	105,00
	(1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde Kurumca bedeli karşılanır.	
102.283	PERKÜTAN, İNTERBODY FÜZYON FİKSASYON VİDASI (SAKRUM KORPUSUNDAN GEÇEREK LOMBER KORPUS İÇİNE GİREN)	9.823,00
	(1) Perkütan vidaların, sadece perkütan girişimlerde kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır. (2) Lumbosakral perkütan korpusdan korpusa geçen fiksasyon vidası, Posterior transpediküler fiksasyon veya transaset vidalama ile birlikte kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır. (3) Perkütan interbody füzyon ve vida fiksasyonu (Sakrum korpusundan geçerek lomber korpus içine giren fiksasyon yöntemi); dejeneratif disk hastalığına bağlı foraminal stenoz, instabilite, spondilolistezis (grade 1 veya 2) ve başarısız füzyon girişimi olan hastalarda, 3.Basamak Hastanelerde uygulanması halinde bedelleri Kurum mevzuatı doğrultusunda karşılanacaktır.	
102.285	VERTEBROPLASTİ, PERKÜTAN POSTERİOR, VERTEBROPLASTİ KİTİ, STERİL, PLASTİK	680,00
102.290	VERTEBROPLASTİ, PERKÜTAN POSTERİOR, VERTEBROPLASTİ KEMİK GİRİŞİM SETİ, METAL-PLASTİK	100,00
102.295	VERTEBROPLASTİ, PERKÜTAN POSTERİOR, VERTEBROPLASTİ ÇİMENTOSU, PMMA	600,00
102.296	YÜKSEK VİSKOZİTELİ ÇİMENTO SİSTEMİ	2.100,00
102.300	TORAKOLUMBAR POSTERİOR ROD-ROD TRANSVERSE KONNEKTOR TİTANYUM DÜZ	391,00
	(1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde Kurumca bedeli karşılanır.	
102.305	TORAKOLUMBAR POSTERİOR ROD-ROD TRANSVERSE KONNEKTOR TİTANYUM, DÜZ, PEDIATRİK	391,00
	(1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde Kurumca bedeli karşılanır.	
102.310	TORAKOLUMBAR POSTERİOR ROD-ROD TRANSVERSE KONNEKTOR TİTANYUM, AÇILANDIRILABİLİF	391,00
	(1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde Kurumca bedeli karşılanır.	

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYAT (TL)
102.315	TORAKOLUMBAR TORAKOLUMBAR POSTERIOR ROD-ROD TRANSVERSE KONNEKTÖR TİTANYUM, AÇILANDIRILABİLİR, PEDIATRİK	391,00
	(1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejenereatif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafiler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde bedeli Kurumca karşılanır.	
102.320	TORAKOLUMBAR POSTERIOR VİDA-VİDA TRANSVERSE KONNEKTÖR TİTANYUM, DÜZ, YETİŞKİN	217,00
	(1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejenereatif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafiler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde bedeli Kurumca karşılanır.	
102.325	TORAKOLUMBAR POSTERIOR VİDA-VİDA TRANSVERSE KONNEKTÖR TİTANYUM, DÜZ, PEDIATRİK	217,00
	(1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejenereatif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafiler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde bedeli Kurumca karşılanır.	
102.330	TORAKOLUMBAR, POSTERIOR UZATMA KONNEKTÖR, TİTANYUM, DOMİNC	233,00
	(1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejenereatif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafiler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde bedeli Kurumca karşılanır.	
102.335	TORAKOLUMBAR, POSTERIOR UZATMA KONNEKTÖR, TİTANYUM, AKSİEL	233,00
	(1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejenereatif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafiler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde bedeli Kurumca karşılanır.	
102.340	TORAKOLUMBAR, POSTERIOR UZATMA KONNEKTÖR, TİTANYUM, DOMİNO, PEDIATRİK	233,00
	(1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejenereatif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafiler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde Kurumca bedeli karşılanır.	
102.345	TORAKOLUMBAR, POSTERIOR UZATMA KONNEKTÖR, TİTANYUM, AKSİEL, PEDIATRİK	233,00

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYAT (TL)
	(1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; <u>olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde bedeli Kuruma karşılır.</u>	
102.350	TORAKOLUMBAR, POSTERIOR/ANTERIOR VİDA-ROD KONNEKTÖR TİTANYUM, DÜZ KONNEKTÖR (1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; <u>olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde bedeli Kuruma karşılır.</u>	171,00
102.355	TORAKOLUMBAR, POSTERIOR/ANTERIOR VİDA-ROD KONNEKTÖR TİTANYUM, OFFSET KONNEKTÖR (1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; <u>olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde bedeli Kuruma karşılır.</u>	171,00
102.360	TORAKOLUMBAR, POSTERIOR/ANTERIOR VİDA-ROD KONNEKTÖR TİTANYUM, AÇILANDIRILABİLİR KONNEKTÖR (1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; <u>olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde bedeli Kuruma karşılır.</u>	345,00
102.365	TORAKOLUMBAR POSTERİOR PLAK TİTANYUM, LOMBER PLAK (1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; <u>olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde bedeli Kuruma karşılır.</u>	295,00
102.370	TORAKOLUMBAR POSTERİOR PLAK TİTANYUM, LOMBER PLAK, PEDIATRİK (1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; <u>olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde bedeli Kuruma karşılır.</u>	295,00
102.375	TORAKOLUMBAR POSTERİOR PLAK TİTANYUM, SAKRAL PLAK (1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; <u>olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde bedeli Kuruma karşılır.</u>	295,00

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYAT (TL)
	(1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde Kurumca bedeli karşılanır.	
102.380	TORAKOLUMBAR POSTERIOR PLAK TİTANYUM, SAKRAL PLAK, PEDIATRİK	295,00
	(1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde Kurumca karşılanır.	
102.385	TORAKOLUMBAR POSTERIOR PLAK TİTANYUM, SAKRO-İLLAK PLAK, POLYAXIAL/MONOAKSİYEL	350,00
	(1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde Kurumca karşılanır.	
102.390	TORAKOLUMBAR ANTERIOR VİDA TİTANYUM, AÇIK	265,00
	(1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde Kurumca karşılanır.	
102.395	TORAKOLUMBAR ANTERIOR VİDA TİTANYUM, AÇIK, PEDIATRİK	265,00
	(1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde Kurumca karşılanır.	
102.400	TORAKOLUMBAR ANTERIOR VİDA TİTANYUM, KAPALI	265,00
	(1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde Kurumca karşılanır.	
102.405	TORAKOLUMBAR ANTERIOR VİDA TİTANYUM, SPONGIOS DÜZ	265,00

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYAT (TL)
	(1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafiler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; <u>olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde Kurumca bedeli karşılanır.</u>	
102.410	TORAKOLUMBAR ANTERIOR VİDA TİTANYUM, SPONGİOS KİLİTLİ	265,00
	(1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafiler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; <u>olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde bedeli Kurumca karşılanır.</u>	
102.415	TORAKOLUMBAR ANTERIOR TRANSVERSE KONNEKTÖR/UZATMA, TİTANYUM	301,00
	(1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafiler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; <u>olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde bedeli Kurumca karşılanır.</u>	
102.420	TORAKOLUMBAR ANTERIOR TRANSVERSE PUL, TİTANYUM	42,00
	(1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafiler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; <u>olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde bedeli Kurumca karşılanır.</u>	
102.425	TORAKOLUMBAR ANTERIOR ROD, TİTANYUM	62,00
	(1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafiler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; <u>olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde bedeli Kurumca karşılanır.</u>	
102.430	TORAKOLUMBAR, ANTERIOR PLAK, TİTANYUM, DÜZ PLAK	466,00
	(1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafiler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; <u>olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde bedeli Kurumca karşılanır.</u>	
102.435	TORAKOLUMBAR, ANTERIOR PLAK, TİTANYUM, KİLİTLİ PLAK	466,00

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYAT (TL)
	(1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafiler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (iki) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde Kurumca bedeli karşılır.	
102.440	TORAKOLUMBAR, ANTERIOR PLAK, TİTANYUM, KİLİTLİ, PLAK, TELESKOPIK (1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafiler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde bedeli Kurumca karşılır.	466,00
102.445	TORAKOLUMBAR, ANTERIOR PLAK, TİTANYUM, SPIKED PLAK (1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafiler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde bedeli Kurumca karşılır.	466,00
102.450	TORAKOLUMBAR, ANTERIOR PLAK, TİTANYUM, SPIKED PLAK, PEDIATRİK (1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafiler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde bedeli Kurumca karşılır.	466,00
102.455	TORAKOLUMBAR, ANTERIOR PLAK, TİTANYUM, KORPUS PLAK (1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafiler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde Kurumca bedeli karşılır.	200,00
102.460	KİFOPLASTİİ, PERKÜTAN POSTERIOR, OSTEO INTRODUCER, METAL-PLASTİK (1) Perkütan omurga cerrahisinde kullanılır. (2) Osteoporotik kırıklarda MR kesitlerinde kemik iliği ödemi devam etmekte olan, sklerozu gelişmemiş olan (travma dışı akut vertebra kırıkları) olgularda veya omurga korpusunda sınırlı, nörolojik kaybı bulunmayan, konservatif tedaviye cevap vermeyen ağrı şikâyetine neden olan primer veya metastatik tümörlerde uygulanması halinde Kurumca bedeli karşılır. (3) Hasta başına her bir operasyonda en fazla 1 (bir) kit bedeli karşılır (4) Kifoplasti işlemleri 3.Basamak Hastanelerde (eğitim kliniği olan) uygulanması halinde Kurumca bedelleri karşılır.	485,00
102.465	KİFOPLASTİİ, PERKÜTAN POSTERIOR, ÇİMENTO, PMMA (1) Perkütan omurga cerrahisinde kullanılır. (2) Osteoporotik kırıklarda MR kesitlerinde kemik iliği ödemi devam etmekte olan, sklerozu gelişmemiş olan (travma dışı akut vertebra kırıkları) olgularda veya omurga korpusunda sınırlı, nörolojik kaybı bulunmayan, konservatif tedaviye cevap vermeyen ağrı şikâyetine neden olan primer veya metastatik tümörlerde uygulanması halinde Kurumca bedeli karşılır. (3) Hasta başına her bir operasyonda en fazla 1 (bir) kit bedeli karşılır (4) Kifoplasti işlemleri 3.Basamak Hastanelerde (eğitim kliniği olan) uygulanması halinde Kurumca bedelleri karşılır.	200,00
102.470	KİFOPLASTİİ, PERKÜTAN POSTERIOR, CAVITY CREATION SET,METAL-PLASTİK	

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYAT (TL)
	(1) Perkütan omurga cerrahisinde kullanılır. (2) Osteoporotik kırıklarda MR kesitlerinde kemik iliği ödemi devam etmekte olan, sklerozu gelişmemiş olan (travma dışı akut vertebra kırıkları) olgularda veya omurga korpusunda sınırlı, nörolojik kaybı bulunmayan, konservatif tedaviye cevap vermeyen ağrı şikâyetine neden olan primer veya metastatik tümörlerde uygulanması halinde Kurumca bedeli karşılanır. (3) Hasta başına her bir operasyonda en fazla 1 (bir) kit bedeli karşılanır (4) Kifoplasti işlemleri 3.Basamak Hastanelerde (eğitim kliniği olan) uygulanması halinde Kurumca bedelleri karşılanır.	
102.475	KİFOPLASTİ1, PERKÜTAN POSTERIOR, GAUGE NEEDLE, METAL-PLASTİK	20,00
	(1) Perkütan omurga cerrahisinde kullanılır. (2) Osteoporotik kırıklarda MR kesitlerinde kemik iliği ödemi devam etmekte olan, sklerozu gelişmemiş olan (travma dışı akut vertebra kırıkları) olgularda veya omurga korpusunda sınırlı, nörolojik kaybı bulunmayan, konservatif tedaviye cevap vermeyen ağrı şikâyetine neden olan primer veya metastatik tümörlerde uygulanması halinde Kurumca bedeli karşılanır. (3) Hasta başına her bir operasyonda en fazla 1 (bir) kit bedeli karşılanır (4) Kifoplasti işlemleri 3.Basamak Hastanelerde (eğitim kliniği olan) uygulanması halinde Kurumca bedelleri karşılanır.	
102.480	KİFOPLASTİ1, PERKÜTAN POSTERIOR, INFLATION SYRINGE, METAL-PLASTİK	240,00
	(1) Perkütan omurga cerrahisinde kullanılır. (2) Osteoporotik kırıklarda MR kesitlerinde kemik iliği ödemi devam etmekte olan, sklerozu gelişmemiş olan (travma dışı akut vertebra kırıkları) olgularda veya omurga korpusunda sınırlı, nörolojik kaybı bulunmayan, konservatif tedaviye cevap vermeyen ağrı şikâyetine neden olan primer veya metastatik tümörlerde uygulanması halinde Kurumca bedeli karşılanır. (3) Hasta başına her bir operasyonda en fazla 1 (bir) kit bedeli karşılanır (4) Kifoplasti işlemleri 3.Basamak hastanelerde (eğitim kliniği olan) uygulanması halinde Kurumca bedelleri karşılanır.	
102.485	KİFOPLASTİ1, PERKÜTAN POSTERIOR, BONE FILLER, METAL-PLASTİK	90,00
	(1) Perkütan omurga cerrahisinde kullanılır. (2) Osteoporotik kırıklarda MR kesitlerinde kemik iliği ödemi devam etmekte olan, sklerozu gelişmemiş olan (travma dışı akut vertebra kırıkları) olgularda veya omurga korpusunda sınırlı, nörolojik kaybı bulunmayan, konservatif tedaviye cevap vermeyen ağrı şikâyetine neden olan primer veya metastatik tümörlerde uygulanması halinde Kurumca bedeli karşılanır. (3) Hasta başına her bir operasyonda en fazla 1 (bir) kit bedeli karşılanır (4) Kifoplasti işlemleri 3.Basamak Hastanelerde (eğitim kliniği olan) uygulanması halinde Kurumca bedelleri karşılanır.	
102.490	KİFOPLASTİ1, PERKÜTAN POSTERIOR, INFLATABLE BONE TAMP, METAL-PLASTİK	2.900,00
	(1) Perkütan omurga cerrahisinde kullanılır. (2) Osteoporotik kırıklarda MR kesitlerinde kemik iliği ödemi devam etmekte olan, sklerozu gelişmemiş olan (travma dışı akut vertebra kırıkları) olgularda veya omurga korpusunda sınırlı, nörolojik kaybı bulunmayan, konservatif tedaviye cevap vermeyen ağrı şikâyetine neden olan primer veya metastatik tümörlerde uygulanması halinde Kurumca bedeli karşılanır. (3) Hasta başına her bir operasyonda en fazla 1 (bir) kit bedeli karşılanır (4) Kifoplasti işlemleri 3.Basamak Hastanelerde (eğitim kliniği olan) uygulanması halinde Kurumca bedelleri karşılanır.	
102.495	KİFOPLASTİ1, PERKÜTAN POSTERIOR, CAVITY CREATION EXPANDER, METAL-PLASTİK	2.900,00
	(1) Perkütan omurga cerrahisinde kullanılır. (2) Osteoporotik kırıklarda MR kesitlerinde kemik iliği ödemi devam etmekte olan, sklerozu gelişmemiş olan (travma dışı akut vertebra kırıkları) olgularda veya omurga korpusunda sınırlı, nörolojik kaybı bulunmayan, konservatif tedaviye cevap vermeyen ağrı şikâyetine neden olan primer veya metastatik tümörlerde uygulanması halinde Kurumca bedeli karşılanır. (3) Hasta başına her bir operasyonda en fazla 1 (bir) kit bedeli karşılanır (4) Kifoplasti işlemleri 3.Basamak Hastanelerde (eğitim kliniği olan) uygulanması halinde Kurumca bedelleri karşılanır.	
102.500	KİFOPLASTİ1, PERKÜTAN POSTERIOR, CAVITY CREATION REAMER, METAL-PLASTİK	1.525,00
	(1) Perkütan omurga cerrahisinde kullanılır. (2) Osteoporotik kırıklarda MR kesitlerinde kemik iliği ödemi devam etmekte olan, sklerozu gelişmemiş olan (travma dışı akut vertebra kırıkları) olgularda veya omurga korpusunda sınırlı, nörolojik kaybı bulunmayan, konservatif tedaviye cevap vermeyen ağrı şikâyetine neden olan primer veya metastatik tümörlerde uygulanması halinde Kurumca bedeli karşılanır. (3) Hasta başına her bir operasyonda en fazla 1 (bir) kit bedeli karşılanır (4) Kifoplasti işlemleri 3.Basamak Hastanelerde (eğitim kliniği olan) uygulanması halinde Kurumca bedelleri karşılanır.	
102.505	KİFOPLASTİ2, PERKÜTAN POSTERIOR, ŞİŞEBİLEN KAFES TİTANYUM	2.610,00
	(1) Perkütan omurga cerrahisinde kullanılır. (2) Osteoporotik kırıklarda MR kesitlerinde kemik iliği ödemi devam etmekte olan, sklerozu gelişmemiş olan (travma dışı akut vertebra kırıkları) olgularda veya omurga korpusunda sınırlı, nörolojik kaybı bulunmayan, konservatif tedaviye cevap vermeyen ağrı şikâyetine neden olan primer veya metastatik tümörlerde uygulanması halinde Kurumca bedeli karşılanır. (3) Hasta başına her bir operasyonda en fazla 1 (bir) kit bedeli karşılanır (4) Kifoplasti işlemleri 3.Basamak Hastanelerde (eğitim kliniği olan) uygulanması halinde Kurumca bedelleri karşılanır.	
102.510	KİFOPLASTİ2, PERKÜTAN POSTERIOR, TARGETING NEEDLE, METAL-PLASTİK	
	(1) Perkütan omurga cerrahisinde kullanılır. (2) Osteoporotik kırıklarda MR kesitlerinde kemik iliği ödemi devam etmekte olan, sklerozu gelişmemiş olan (travma dışı akut vertebra kırıkları) olgularda veya omurga korpusunda sınırlı, nörolojik kaybı bulunmayan, konservatif tedaviye cevap vermeyen ağrı şikâyetine neden olan primer veya metastatik tümörlerde uygulanması halinde Kurumca bedeli karşılanır. (3) Hasta başına her bir operasyonda en fazla 1 (bir) kit bedeli karşılanır (4) Kifoplasti işlemleri 3.Basamak Hastanelerde (eğitim kliniği olan) uygulanması halinde Kurumca bedelleri karşılanır.	



SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYAT (TL)
102.515	KİFOPLASTİ2, PERKÜTAN POSTERIOR, CEMENT MIXING SYSTEM W/ACTUATOR, METAL-PLASTİK	180,00
	(1) Perkütan omurga cerrahisinde kullanılır. (2) Osteoporotik kırıklarda MR kesitlerinde kemik iliği ödemi devam etmekte olan, sklerozu gelişmemiş olan (travma dışı akut vertebra kırıkları) olgularda veya omurga korpusunda sınırlı, nörolojik kaybı bulunmayan, konservatif tedaviye cevap vermeyen ağrı şikâyetine neden olan primer veya metastatik tümörlerde uygulanması halinde Kurumca bedeli karşlanır. (3) Hasta başına her bir operasyonda en fazla 1 (bir) kit bedeli karşlanır (4) Kifoplasti işlemleri 3.Basamak Hastanelerde (eğitim kliniği olan) uygulanması halinde Kurumca bedelleri karşlanır.	
102.520	KİFOPLASTİ2, PERKÜTAN POSTERIOR, CEMENT INJECTOR, METAL-PLASTİK	
	(1) Perkütan omurga cerrahisinde kullanılır. (2) Osteoporotik kırıklarda MR kesitlerinde kemik iliği ödemi devam etmekte olan, sklerozu gelişmemiş olan (travma dışı akut vertebra kırıkları) olgularda veya omurga korpusunda sınırlı, nörolojik kaybı bulunmayan, konservatif tedaviye cevap vermeyen ağrı şikâyetine neden olan primer veya metastatik tümörlerde uygulanması halinde Kurumca bedeli karşlanır. (3) Hasta başına her bir operasyonda en fazla 1 (bir) kit bedeli karşlanır (4) Kifoplasti işlemleri 3.Basamak Hastanelerde (eğitim kliniği olan) uygulanması halinde Kurumca bedelleri karşlanır.	
102.525	KİFOPLASTİ2, PERKÜTAN POSTERIOR, BONE BIOPSY AND CEMENT DELIVERY CANNULA, METAL-PLASTİK	436,00
	(1) Perkütan omurga cerrahisinde kullanılır. (2) Osteoporotik kırıklarda MR kesitlerinde kemik iliği ödemi devam etmekte olan, sklerozu gelişmemiş olan (travma dışı akut vertebra kırıkları) olgularda veya omurga korpusunda sınırlı, nörolojik kaybı bulunmayan, konservatif tedaviye cevap vermeyen ağrı şikâyetine neden olan primer veya metastatik tümörlerde uygulanması halinde Kurumca bedeli karşlanır. (3) Hasta başına her bir operasyonda en fazla 1 (bir) kit bedeli karşlanır (4) Kifoplasti işlemleri 3.Basamak Hastanelerde (eğitim kliniği olan) uygulanması halinde Kurumca bedelleri karşlanır.	
102.530	KİFOPLASTİ2, PERKÜTAN POSTERIOR, MIXING BOWL AND SPATULA, METAL-PLASTİK	
	(1) Perkütan omurga cerrahisinde kullanılır. (2) Osteoporotik kırıklarda MR kesitlerinde kemik iliği ödemi devam etmekte olan, sklerozu gelişmemiş olan (travma dışı akut vertebra kırıkları) olgularda veya omurga korpusunda sınırlı, nörolojik kaybı bulunmayan, konservatif tedaviye cevap vermeyen ağrı şikâyetine neden olan primer veya metastatik tümörlerde uygulanması halinde Kurumca bedeli karşlanır. (3) Hasta başına her bir operasyonda en fazla 1 (bir) kit bedeli karşlanır (4) Kifoplasti işlemleri 3.Basamak Hastanelerde (eğitim kliniği olan) uygulanması halinde Kurumca bedelleri karşlanır.	
102.535	KİFOPLASTİ2, PERKÜTAN POSTERIOR, İNTERVERTEBRAL KIT, METAL-PLASTİK	
	(1) Perkütan omurga cerrahisinde kullanılır. (2) Osteoporotik kırıklarda MR kesitlerinde kemik iliği ödemi devam etmekte olan, sklerozu gelişmemiş olan (travma dışı akut vertebra kırıkları) olgularda veya omurga korpusunda sınırlı, nörolojik kaybı bulunmayan, konservatif tedaviye cevap vermeyen ağrı şikâyetine neden olan primer veya metastatik tümörlerde uygulanması halinde Kurumca bedeli karşlanır. (3) Hasta başına her bir operasyonda en fazla 1 (bir) kit bedeli karşlanır (4) Kifoplasti işlemleri 3.Basamak Hastanelerde (eğitim kliniği olan) uygulanması halinde Kurumca bedelleri karşlanır.	
102.540	SERVİKAL POSTERIOR VİDA, TİTANYUM, MONOAXIAL VİDA	290,00
102.545	SERVİKAL POSTERIOR VİDA, TİTANYUM, POLİAKSİYAL VİDA	348,00
102.550	SERVİKAL POSTERIOR VİDA, TİTANYUM, OKSİPİTAL VİDA	69,00
102.555	SERVİKAL POSTERIOR VİDA, TİTANYUM, KANÜLLÜ VİDA	348,00

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYAT (TL)
102.560	SERVİKAL POSTERİOR VİDA, TİTANYUM, KANÜLLÜ ODONTOİD VİDA	239,00
102.565	SERVİKAL POSTERİOR VİDA, TİTANYUM, LAMİNOPLASTİ VİDA	77,00
102.570	SERVİKAL POSTERİOR VİDA, TİTANYUM, KORTİKAL	106,00
102.575	SERVİKAL POSTERİOR PLAK TİTANYUM DÜZ PLAK	360,00
102.580	SERVİKAL POSTERİOR PLAK TİTANYUM, OKSİPTAL PLAK	617,00
102.585	SERVİKAL POSTERİOR PLAK TİTANYUM, LAMİNOPLASTİ PLAK	360,00
102.590	SERVİKAL POSTERİOR PLAK TİTANYUM, OKSİPTO-SERVİKAL PLAK	617,00
102.595	SERVİKAL POSTERİOR ROD TİTANYUM DÜZ ROD	104,00
102.596	SERVİKAL POSTERİOR ROD TİTANYUM AÇILI OKSİPTOSERVİKAL ROD	
102.600	SERVİKAL POSTERİOR ROD TİTANYUM RECTANGLE OKSİPTOSERVİKAL ROD	144,00
102.605	SERVİKAL POSTERİOR ROD TİTANYUM HYBRİD ROD	144,00
102.610	SERVİKAL POSTERİOR SERVİKAL PLAK-ROD TİTANYUM	777,00
102.611	SPİNAL POSTERİOR SERVİKOTORASİK ROD TİTANYUM	
102.615	SERVİKAL POSTERİOR KONNEKTÖR TİTANYUM, VİDA-ROD KONNEKTÖR	395,00
102.620	SERVİKAL POSTERİOR KONNEKTÖR TİTANYUM ROD-ROD KONNEKTÖR	395,00
102.621	SERVİKAL POSTERİOR KONNEKTÖR TİTANYUM ROD-ROD KONNEKTÖR ÇOK ALANDA HAREKETLİ	
102.625	SERVİKAL POSTERİOR KONNEKTÖR TİTANYUM ROD-ROD DİNAMİK KONNEKTÖR	395,00
102.626	SERVİKAL POSTERİOR DOMİNO KONNEKTÖR	
102.630	SERVİKAL POSTERİOR HOOK TİTANYUM HOOK-ROD	331,00
102.631	SERVİKAL POSTERİOR HOOK OCCİPİTAL HOOK	285,00
102.632	SERVİKAL POSTERİOR HOOK FORAMİNAL HOOK	
102.635	SERVİKAL POSTERİOR HOOK TİTANYUM STANDART	331,00
102.640	SERVİKAL POSTERİOR KLEMP TİTANYUM OFFSET	331,00
102.645	SERVİKAL POSTERİOR KLEMP TİTANYUM STANDART	331,00
102.650	SERVİKAL ANTERİOR VİDA TİTANYUM KORTİKAL	57,00
102.655	SERVİKAL ANTERİOR VİDA TİTANYUM KİLİTLİ	57,00
102.660	SERVİKAL ANTERİOR VİDA TİTANYUM POLİAKSİYAL	57,00
102.665	SERVİKAL ANTERİOR PLAK TİTANYUM DÜZ	318,00
102.670	SERVİKAL ANTERİOR PLAK TİTANYUM KİLİTLİ	424,00
102.675	SERVİKAL ANTERİOR PLAK TİTANYUM COMPRESSIVE FRAME	
102.680	SERVİKAL ANTERİOR PLAK TİTANYUM HOOK PLAK	
102.685	SERVİKAL ANTERİOR PLAK TİTANYUM PLAK-VİDA KİLİT APARATI	60,00
102.690	SERVİKAL ANTERİOR PLAK TİTANYUM POLİAKSİYAL DELİKLİ	318,00
102.695	SERVİKAL, İNTERBODY KAFESLER, RİGİD, TİTANYUM, MESH	782,00
102.696	SERVİKAL İNTERBODY KAFESLER DİSTRİCTABLE/EXPANDABLE TİTANYUM	702,00
102.700	SERVİKAL, İNTERBODY KAFESLER, RİGİD, PEEK, STANDART	561,00
102.701	SERVİKAL İNTERBODY KAFESLER DİSTRİCTABLE/EXPANDABLE PEEK	702,00
102.705	SERVİKAL, İNTERBODY KAFESLER, RİGİD, KARBON, STANDART	561,00
102.706	SERVİKAL İNTERBODY KAFESLER DİSTRİCTABLE/EXPANDABLE KARBON	702,00
102.710	SERVİKAL, İNTERBODY KAFESLER, RİGİD, TİTANYUM, BLOK	427,00
102.715	SERVİKAL, İNTERBODY KAFESLER, RİGİD, PEEK, KÖRPUŞ PLAKLI	675,00
102.716	SERVİKAL İNTERBODY KAFESLER SIFIR PROFİLLİ KİLİTLİ PLAK PEEK-TİTANYUM	702,00
102.720	SERVİKAL, İNTERBODY KAFESLER, RİGİD, PEEK, TİTANYUM BİÇAKLI	675,00
102.725	LOMBER, İNTERBODY KAFESLER, RİGİD, TİTANYUM, MESH	782,00
102.730	LOMBER, İNTERBODY KAFESLER, RİGİD, TİTANYUM, ALIF	782,00
102.731	LOMBER İNTERBODY KAFESLER DİSTRİCTABLE/EXPANDABLE TİTANYUM ALIF	782,00
102.735	LOMBER, İNTERBODY KAFESLER, RİGİD, TİTANYUM, PLİF	600,00
102.736	LOMBER İNTERBODY KAFESLER DİSTRİCTABLE/EXPANDABLE TİTANYUM PLİF	600,00
102.737	LOMBER, İNTERBODY KAFESLER, RİGİD, PÜRE TİTANYUM, PLİF	600,00
102.740	LOMBER, İNTERBODY KAFESLER, RİGİD, TİTANYUM, TLİF	1.030,00
102.741	LOMBER İNTERBODY KAFESLER DİSTRİCTABLE/EXPANDABLE TİTANYUM TLİF	1.030,00
102.745	LOMBER, İNTERBODY KAFESLER, RİGİD, PEEK, ALIF	839,00
102.746	LOMBER İNTERBODY KAFESLER DİSTRİCTABLE/EXPANDABLE PEEK ALIF	839,00
102.750	LOMBER, İNTERBODY KAFESLER, RİGİD, PEEK, PLİF	600,00
102.751	LOMBER İNTERBODY KAFESLER DİSTRİCTABLE/EXPANDABLE PEEK PLİF	700,00
102.755	LOMBER, İNTERBODY KAFESLER, RİGİD, PEEK, TLİF	1.106,00
102.756	LOMBER İNTERBODY KAFESLER DİSTRİCTABLE/EXPANDABLE PEEK TLİF	1.106,00
102.760	LOMBER, İNTERBODY KAFESLER, RİGİD, PEEK, TİTANYUM BİÇAKLI	839,00
102.761	LOMBER İNTERBODY KAFESLER SIFIR PROFİLLİ KİLİTLİ PLAK PEEK-TİTANYUM	700,00
102.765	LOMBER, İNTERBODY KAFESLER, RİGİD, PEEK, XLİF	839,00
102.770	LOMBER, İNTERBODY KAFESLER, RİGİD, KARBON, ALIF	839,00
102.771	LOMBER İNTERBODY KAFESLER DİSTRİCTABLE/EXPANDABLE KARBON ALIF	839,00
102.775	LOMBER, İNTERBODY KAFESLER, RİGİD, KARBON, PLİF	700,00
102.776	LOMBER İNTERBODY KAFESLER DİSTRİCTABLE/EXPANDABLE KARBON PLİF	700,00
102.780	LOMBER, İNTERBODY KAFESLER, RİGİD, KARBON, TLİF	1.106,00
102.781	LOMBER İNTERBODY KAFESLER DİSTRİCTABLE/EXPANDABLE KARBON TLİF	1.106,00
102.785	LOMBER, İNTERBODY KAFESLER, RİGİD, ALLOGREFT, PLİF	600,00
102.786	TORAKOLUMBAR, İNTERBODY KAFESLER, PEEK, UPLİF	746,00

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYAT (TL)
	(1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde Kurumca bedeli karşlanır.	
102.790	SERVİKAL, KORPEKTOMİ KAFESLER, RIGID, TİTANYUM, MESH	1.012,00
102.795	SERVİKAL, KORPEKTOMİ KAFESLER, RIGID, TİTANYUM, BLOK	1.012,00
102.800	SERVİKAL, KORPEKTOMİ KAFESLER, DİSTRACTABLE, TİTANYUM	2.200,00
102.801	SERVİKAL KORPEKTOMİ KAFESLERİ DİSTRACTABLE TİTANYUM PLAKI	1.980,00
102.805	SERVİKAL, KORPEKTOMİ KAFESLER, DİSTRACTABLE, PEEK	2.300,00
102.810	SERVİKAL, KORPEKTOMİ KAFESLER, DİSTRACTABLE, PEEK, PLAKLI	2.700,00
102.815	LOMBER, KORPEKTOMİ KAFESLER, DİSTRACTABLE, TİTANYUM	2.700,00
102.820	LOMBER, KORPEKTOMİ KAFESLER, RIGID, TİTANYUM, MESH, SMALL	951,00
102.825	LOMBER, KORPEKTOMİ KAFESLER, RIGID, TİTANYUM, MESH, MEDIUM	1.388,00
102.830	LOMBER, KORPEKTOMİ KAFESLER, RIGID, TİTANYUM, MESH, LARGE	1.800,00
102.835	LOMBER, KORPEKTOMİ KAFESLER, RIGID, TİTANYUM, BLOK, SMALL	1.046,10
102.840	LOMBER, KORPEKTOMİ KAFESLER, RIGID, TİTANYUM, BLOK, MEDIUM	1.526,80
102.845	LOMBER, KORPEKTOMİ KAFESLER, RIGID, TİTANYUM, BLOK, LARGE	1.980,00
102.850	LOMBER, POSTERIOR PERKUTAN, MINIMAL INVASIVE, VİDA (KANÜLLÜ/KİLİTLİ AÇILANDIRILABİLİR),TİTANYUM	265,00
	(1) Perkütan vidaların, sadece perkütan girişimlerde kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşlanır.	
102.855	LOMBER, POSTERIOR PERKUTAN, MINIMAL INVASIVE, PLAK,TİTANYUM	295,00
	(1) Perkütan vidaların, sadece perkütan girişimlerde kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşlanır.	
102.860	LOMBER, POSTERIOR PERKUTAN, MINIMAL INVASIVE, ROD,TİTANYUM	200,00
	(1) Perkütan vidaların, sadece perkütan girişimlerde kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşlanır.	
102.865	KABLO, MONOFLAMAN, SERVİKAL, TİTANYUM	211,00
102.870	KABLO, POLİFLAMAN, SERVİKAL, TİTANYUM	300,00
102.875	KABLO, MONOFLAMAN, TORAKOLUMBAR, TİTANYUM	211,00
	(1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde Kurumca bedeli karşlanır.	
102.880	KABLO, POLİFLAMAN, TORAKOLUMBAR, TİTANYUM	300,00
	(1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde Kurumca bedeli karşlanır.	
102.885	KABLO, POLİFLAMAN, TORAKOLUMBAR, POLYESTER	
	(1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde Kurumca bedeli karşlanır.	
102.890	POSTERIOR TORAKO-LOMBER DİNAMİK SİSTEMLER VİDA (KERNDİNDEN AÇILI, ROTASYONEL) TİTANYUM	1.150,00

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYAT (TL)
	(1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafiler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde bedeli Kurumca karşılanır.	
102.905	POSTERIOR TORAKO-LOMBER DİNAMİK SİSTEMLER BAĞLANTI MODÜLER DİNAMİK PLAK, TİTANYUM	3.500,00
	(1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafiler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde Kurumca bedeli karşılanır.	
102.910	POSTERIOR TORAKO-LOMBER DİNAMİK SİSTEMLER ROD, TİTANYUM/COCR	2.750,00
	(1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafiler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde Kurumca bedeli karşılanır.	
102.911	POSTERIOR TORAKO-LOMBER DİNAMİK SİSTEMLER HYBRID ROD, TİTANYUM/COCR	
	(1) Posterior torakolomber dinamik sistemler bağlantı hybrid CoCr,sadece dejeneratif olgularda kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır. (2) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafiler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde Kurumca bedeli karşılanır.	
102.915	LOMBER DİSK PROTEZİ, LOMBER, ANTERIOR, MODÜLER, TİTANYUM, INFERIOR+SUPERIOR PLATE +INSERT BİOAKTİF KAPLI KOMPLE	5.800,00
	(1) Lomber disk protezi endikasyonları; 1- Disk instabilitesi, 2- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde, 3- 45 (kırk beş) yaş ve altı, aktif hayat beklentisi olan, bel hareketlerinin korunması amaçlanan, dejeneratif disk hastalıklı, instabilitesi olmayan, koronal ve sagittal imbalansı olmayan, tek mesafe içi kullanımı halinde bedelleri 3.Basamak hastanelerde (eğitim verme yetkisi olan klinik) uygulanması halinde Kurumca bedeli karşılanır.	
102.920	LOMBER DİSK PROTEZİ, LOMBER, ANTERIOR, MODÜLER, TİTANYUM, INFERIOR+SUPERIOR PLATE +INSERT POR KAPLI KOMPLE	5.800,00
	(1) Lomber disk protezi endikasyonları; 1- Disk instabilitesi, 2- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde, 3- 45 (kırk beş) yaş ve altı, aktif hayat beklentisi olan, bel hareketlerinin korunması amaçlanan, dejeneratif disk hastalıklı, instabilitesi olmayan, koronal ve sagittal imbalansı olmayan, tek mesafe içi kullanımı halinde bedelleri 3.Basamak Hastanelerde (eğitim verme yetkisi olan klinik) uygulanması halinde Kurumca bedeli karşılanır.	
102.925	LOMBER DİSK PROTEZİ, LOMBER, ANTERIOR, MODÜLER, PEEK, INFERIOR+SUPERIOR PLATE KOMPLF	7.500,00
	(1) Lomber disk protezi endikasyonları; 1- Disk instabilitesi, 2- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde, 3- 45 (kırk beş) yaş ve altı, aktif hayat beklentisi olan, bel hareketlerinin korunması amaçlanan, dejeneratif disk hastalıklı, instabilitesi olmayan, koronal ve sagittal imbalansı olmayan, tek mesafe içi kullanımı halinde bedelleri 3.Basamak hastanelerde (eğitim verme yetkisi olan klinik) uygulanması halinde Kurumca bedeli karşılanır.	

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYAT (TL)
102.930	LOMBER DİSK PROTEZİ, LOMBER, ANTERIOR, MODÜLER, COCR+POLİETİLEN,INSERT/PLAK İLE BİRLİKTE KOMPLE	6.100,00
	(1) Lomber disk protezi endikasyonları; 1- Disk instabilitesi, 2- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde, 3- 45 (kırk beş) yaş ve altı, aktif hayat beklentisi olan, bel hareketlerinin korunması amaçlanan, dejeneratif disk hastalıklı, instabilitesi olmayan, koronal ve sagittal imbalansı olmayan, tek mesafe içi kullanımı halinde bedelleri 3.Basamak Hastanelerde (eğitim verme yetkisi olan klinik) uygulanması halinde Kurumca bedeli karşılır.	
102.935	LOMBER DİSK PROTEZİ, LOMBER, ANTERIOR, MODÜLER, COCR, İNFERIOR+SUPERİOR PLATE +INSERT BİOKTİF KAPLI KOMPLE	5.800,00
	(1) Lomber disk protezi endikasyonları; 1- Disk instabilitesi, 2- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde, 3- 45 (kırk beş) yaş ve altı, aktif hayat beklentisi olan, bel hareketlerinin korunması amaçlanan, dejeneratif disk hastalıklı, instabilitesi olmayan, koronal ve sagittal imbalansı olmayan, tek mesafe içi kullanımı halinde bedelleri 3.Basamak Hastanelerde (eğitim verme yetkisi olan klinik) uygulanması halinde Kurumca bedeli karşılır.	
102.940	LOMBER DİSK PROTEZİ, LOMBER, ANTERIOR, MODÜLER, COCR, İNFERIOR+SUPERİOR PLATE +INSERT PLATE POR KAPLI KOMPLE	5.800,00
	(1) Lomber disk protezi endikasyonları; 1- Disk instabilitesi, 2- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde, 3- 45 (kırk beş) yaş ve altı, aktif hayat beklentisi olan, bel hareketlerinin korunması amaçlanan, dejeneratif disk hastalıklı, instabilitesi olmayan, koronal ve sagittal imbalansı olmayan, tek mesafe içi kullanımı halinde bedelleri 3.Basamak Hastanelerde (eğitim verme yetkisi olan klinik) uygulanması halinde Kurumca bedeli karşılır.	
102.945	LOMBER DİSK PROTEZİ, LOMBER, ANTERIOR, MODÜLER, METAL ON METAL INSERT	
	(1) Lomber disk protezi endikasyonları; 1- Disk instabilitesi, 2- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde, 3- 45 (kırk beş) yaş ve altı, aktif hayat beklentisi olan, bel hareketlerinin korunması amaçlanan, dejeneratif disk hastalıklı, instabilitesi olmayan, koronal ve sagittal imbalansı olmayan, tek mesafe içi kullanımı halinde bedelleri 3.Basamak Hastanelerde (eğitim verme yetkisi olan klinik) uygulanması halinde Kurumca bedeli karşılır.	
102.950	LOMBER DİSK PROTEZİ, LOMBER, ANTERIOR, MONOBLOK, METAL ON METAL, METAL-METAL KOMPLE	5.200,00
	(1) Lomber disk protezi endikasyonları; 1- Disk instabilitesi, 2- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde, 3- 45 (kırk beş) yaş ve altı, aktif hayat beklentisi olan, bel hareketlerinin korunması amaçlanan, dejeneratif disk hastalıklı, instabilitesi olmayan, koronal ve sagittal imbalansı olmayan, tek mesafe içi kullanımı halinde bedelleri 3.Basamak Hastanelerde (eğitim verme yetkisi olan klinik) uygulanması halinde Kurumca bedeli karşılır.	
102.951	LOMBER DİSK PROTEZİ, LOMBER, ANTERIOR, MONOBLOK, TİTANYUM END PLATE, TİTANYUM PLAZMA SPREY KAPLI, VİSKOELASTİK POLİMER+UHMWPE FİBER KOMPLE	
	(1) Lomber disk protezi endikasyonları; 1- Disk instabilitesi, 2- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde, 3- 45 (kırk beş) yaş ve altı, aktif hayat beklentisi olan, bel hareketlerinin korunması amaçlanan, dejeneratif disk hastalıklı, instabilitesi olmayan, koronal ve sagittal imbalansı olmayan, tek mesafe içi kullanımı halinde bedelleri 3.Basamak Hastanelerde (eğitim verme yetkisi olan klinik) uygulanması halinde Kurumca bedeli karşılır.	
102.955	LOMBER DİSK PROTEZİ, LOMBER, ANTERIOR, MODÜLER, POLİETİLEN INSERT	1.100,00
	(1) Lomber disk protezi endikasyonları; 1- Disk instabilitesi, 2- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde, 3- 45 (kırk beş) yaş ve altı, aktif hayat beklentisi olan, bel hareketlerinin korunması amaçlanan, dejeneratif disk hastalıklı, instabilitesi olmayan, koronal ve sagittal imbalansı olmayan, tek mesafe içi kullanımı halinde bedelleri 3.Basamak Hastanelerde (eğitim verme yetkisi olan klinik) uygulanması halinde Kurumca bedeli karşılır.	
102.960	LOMBER DİSK PROTEZİ, LOMBER, POSTERIOR, MODÜLER, COCR, İNFERIOR+SUPERİOR PLATE +INSERT BİOKTİF KAPLI KOMPLE	5.800,00
	(1) Lomber disk protezi endikasyonları; 1- Disk instabilitesi, 2- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde, 3- 45 (kırk beş) yaş ve altı, aktif hayat beklentisi olan, bel hareketlerinin korunması amaçlanan, dejeneratif disk hastalıklı, instabilitesi olmayan, koronal ve sagittal imbalansı olmayan, tek mesafe içi kullanımı halinde bedelleri 3.Basamak Hastanelerde (eğitim verme yetkisi olan klinik) uygulanması halinde Kurumca bedeli karşılır.	
102.965	LOMBER DİSK PROTEZİ, LOMBER, POSTERIOR, MODÜLER, COCR, İNFERIOR+SUPERİOR PLATE +INSERT PLATE POR KAPLI KOMPLE	5.800,00

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYAT (TL)
	(1) Lomber disk protezi endikasyonları; 1- Disk instabilitesi, 2- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde, 3- 45 (kırk beş) yaş ve altı, aktif hayat beklentisi olan, bel hareketlerinin korunması amaçlanan, dejeneratif disk hastalıklı, instabilitesi olmayan, koronal ve sagittal imbalansı olmayan, tek mesafé içi kullanımı halinde bedelleri 3.Basamak hastanelerde (eğitim verme yetkisi olan klinik) uygulanması halinde Kurumca bedeli karşılıdır.	
102.970	LOMBER DİSK PROTEZİ, LOMBER, POSTERIOR, MODÜLER, COCR, BİLATERAL (RIGHT - LEFT), BONE INTERFACE HYDROXYAPPETITE COATED	2.900,00
	(1) Lomber disk protezi endikasyonları; 1- Disk instabilitesi, 2- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde, 3- 45 (kırk beş) yaş ve altı, aktif hayat beklentisi olan, bel hareketlerinin korunması amaçlanan, dejeneratif disk hastalıklı, instabilitesi olmayan, koronal ve sagittal imbalansı olmayan, tek mesafé içi kullanımı halinde bedelleri 3.Basamak Hastanelerde (eğitim verme yetkisi olan klinik) uygulanması halinde Kurumca bedeli karşılıdır.	
102.975	LOMBER DİSK PROTEZİ, LOMBER, POSTERIOR, MODÜLER, PEEK, INFERIOR+SUPERIOR PLATE +İNSERT KOMPLE	7.500,00
	(1) Lomber disk protezi endikasyonları; 1- Disk instabilitesi, 2- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde, 3- 45 (kırk beş) yaş ve altı, aktif hayat beklentisi olan, bel hareketlerinin korunması amaçlanan, dejeneratif disk hastalıklı, instabilitesi olmayan, koronal ve sagittal imbalansı olmayan, tek mesafé içi kullanımı halinde bedelleri 3.Basamak Hastanelerde (eğitim verme yetkisi olan klinik) uygulanması halinde Kurumca bedeli karşılıdır.	
102.980	LOMBER DİSK PROTEZİ, LOMBER, POSTERIOR, MODÜLER, TITANYUM,INFERIOR+SUPERIOR PLATE -İNSERT BİOKTİF KAPLI KOMPLE	5.800,00
	(1) Lomber disk protezi endikasyonları; 1- Disk instabilitesi, 2- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde, 3- 45 (kırk beş) yaş ve altı, aktif hayat beklentisi olan, bel hareketlerinin korunması amaçlanan, dejeneratif disk hastalıklı, instabilitesi olmayan, koronal ve sagittal imbalansı olmayan, tek mesafé içi kullanımı halinde bedelleri 3.Basamak Hastanelerde (eğitim verme yetkisi olan klinik) uygulanması halinde Kurumca bedeli karşılıdır.	
102.985	LOMBER DİSK PROTEZİ, LOMBER, POSTERIOR, MODÜLER, TITANYUM, INFERIOR+SUPERIOR PLATE +İNSERT PLATE POR KAPLI KOMPLE	5.800,00
	(1) Lomber disk protezi endikasyonları; 1- Disk instabilitesi, 2- Diskojenik ağrı: diskografi ve provakasyon testleri ile gösterilmesi halinde, 3- 45 (kırk beş) yaş ve altı, aktif hayat beklentisi olan, bel hareketlerinin korunması amaçlanan, dejeneratif disk hastalıklı, instabilitesi olmayan, koronal ve sagittal imbalansı olmayan, tek mesafé içi kullanımı halinde bedelleri 3.Basamak Hastanelerde (eğitim verme yetkisi olan klinik) uygulanması halinde Kurumca bedeli karşılıdır.	
102.990	SERVİKAL DİSK PROTEZİ, SERVİKAL, ANTERIOR, KOMPLE COCR+POLİETİLEN, BİOKTİF KAPLAM <sup>2</sup>	4.800,00
	(1) Servikal disk protezleri endikasyonları; 1- 45 (kırk beş) yaş ve altı, aktif hayat beklentisi olan, boyun hareketlerinin korunması amaçlanan, dejeneratif omurga sorunu bulunmayıp, servikal lordozu uygun olan hastalarda, tek mesafé için kullanımı halinde bedelleri Kurum mevzuatı doğrultusunda bedeli karşılıdır.	
102.995	SERVİKAL DİSK PROTEZİ, SERVİKAL, ANTERIOR, KOMPLE COCR+POLİETİLEN, POR KAPLAM <sup>2</sup>	4.800,00
	(1) Servikal disk protezleri endikasyonları; 1- 45 (kırk beş) yaş ve altı, aktif hayat beklentisi olan, boyun hareketlerinin korunması amaçlanan, dejeneratif omurga sorunu bulunmayıp, servikal lordozu uygun olan hastalarda, tek mesafé için kullanımı halinde bedelleri Kurum mevzuatı doğrultusunda bedeli karşılıdır.	
103.000	SERVİKAL DİSK PROTEZİ, SERVİKAL, ANTERIOR, KOMPLE METAL ON METAL	3.900,00
	(1) Servikal disk protezleri endikasyonları; 1- 45 (kırk beş) yaş ve altı, aktif hayat beklentisi olan, boyun hareketlerinin korunması amaçlanan, dejeneratif omurga sorunu bulunmayıp, servikal lordozu uygun olan hastalarda, tek mesafé için kullanımı halinde bedelleri Kurum mevzuatı doğrultusunda bedeli karşılıdır.	
103.005	SERVİKAL DİSK PROTEZİ, SERVİKAL, ANTERIOR, KOMPLE ELASTİK BLOK, SİLİKON ELASTOMER	4.800,00
	(1) Servikal disk protezleri endikasyonları; 1- 45 (kırk beş) yaş ve altı, aktif hayat beklentisi olan, boyun hareketlerinin korunması amaçlanan, dejeneratif omurga sorunu bulunmayıp, servikal lordozu uygun olan hastalarda, tek mesafé için kullanımı halinde bedelleri Kurum mevzuatı doğrultusunda bedeli karşılanaacaktır.	
103.010	SERVİKAL DİSK PROTEZİ, SERVİKAL, ANTERIOR, KOMPLE TİTANYUM	4.800,00
	(1) Servikal disk protezleri endikasyonları; 1- 45 (kırk beş) yaş ve altı, aktif hayat beklentisi olan, boyun hareketlerinin korunması amaçlanan, dejeneratif omurga sorunu bulunmayıp, servikal lordozu uygun olan hastalarda, tek mesafé için kullanımı halinde bedelleri Kurum mevzuatı doğrultusunda karşılıdır.	

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYAT (TL)
103.015	SERVİKAL DİSK PROTEZİ, SERVİKAL, ANTERIOR, COCR, KORPEKTOMİ MODELİ KOMPLE	4.800,00
	(1) Servikal disk protezleri endikasyonları; 1- 45 (kırk beş) yaş ve altı, aktif hayat beklentisi olan, boyun hareketlerinin korunması amaçlanan, dejeneratif omurga sorunu bulunmayıp, servikal lordozu uygun olan hastalarda, tek mesafe için kullanımı halinde bedelleri Kurum mevzuatı doğrultusunda bedeli karşlanır.	
103.020	SERVİKAL DİSK PROTEZİ, SERVİKAL, ANTERIOR, METAL ON METAL, METAL-METAL KOMPLİ	3.900,00
	(1) Servikal disk protezleri endikasyonları; 1- 45 (kırk beş) yaş ve altı, aktif hayat beklentisi olan, boyun hareketlerinin korunması amaçlanan, dejeneratif omurga sorunu bulunmayıp, servikal lordozu uygun olan hastalarda, tek mesafe için kullanımı halinde bedelleri Kurum mevzuatı doğrultusunda bedeli karşlanır.	
103.025	SERVİKAL DİSK PROTEZİ, SERVİKAL, ANTERIOR, COCR+POLİETİLEN,POLY INSERT İLE BİRLİKTE KOMPLE	4.800,00
	(1) Servikal disk protezleri endikasyonları; 1- 45 (kırk beş) yaş ve altı, aktif hayat beklentisi olan, boyun hareketlerinin korunması amaçlanan, dejeneratif omurga sorunu bulunmayıp, servikal lordozu uygun olan hastalarda, tek mesafe için kullanımı halinde bedelleri Kurum mevzuatı doğrultusunda karşlanır.	
103.030	SERVİKAL DİSK PROTEZİ, SERVİKAL, ANTERIOR, PEEK,POLY INSERT İLE BİRLİKTE,İNFERIOR/SUPERIOR PLAKALAR VE SABİTLEME VİDALARI İLE SET	4.800,00
	(1) Servikal disk protezleri endikasyonları; 1- 45 (kırk beş) yaş ve altı, aktif hayat beklentisi olan, boyun hareketlerinin korunması amaçlanan, dejeneratif omurga sorunu bulunmayıp, servikal lordozu uygun olan hastalarda, tek mesafe için kullanımı halinde bedelleri Kurum mevzuatı doğrultusunda bedeli karşlanır.	
103.031	SERVİKAL DİSK PROTEZİ, SERVİKAL, ANTERIOR, TİTANYUM+POLİETİLEN, POR KAPLAMA KOMPLİ	
	(1) Servikal disk protezleri endikasyonları; 1- 45 (kırk beş) yaş ve altı, aktif hayat beklentisi olan, boyun hareketlerinin korunması amaçlanan, dejeneratif omurga sorunu bulunmayıp, servikal lordozu uygun olan hastalarda, tek mesafe için kullanımı halinde bedelleri Kurum mevzuatı doğrultusunda bedeli karşlanır.	
103.035	EKSTERNAL TESBIT CİHAZ SİSTEMİ, HALO TRAKSİYON SİSTEMLERİ, PEDIATRİK, ÇELİK, YELEK, BAŞLIK VE PİNLERİYLE KOMPLE	1.300,00
103.040	EKSTERNAL TESBIT CİHAZ SİSTEMİ, HALO TRAKSİYON SİSTEMLERİ, PEDIATRİK, TİTANYUM, YELEK, BAŞLIK VE PİNLERİYLE KOMPLE	3.108,00
103.045	EKSTERNAL TESBIT CİHAZ SİSTEMİ, HALO TRAKSİYON SİSTEMLERİ, YETİŞKİN, ÇELİK, YELEK, BAŞLIK VE PİNLERİYLE KOMPLE	1.165,00
103.050	EKSTERNAL TESBIT CİHAZ SİSTEMİ, HALO TRAKSİYON SİSTEMLERİ, YETİŞKİN, TİTANYUM, YELEK, BAŞLIK VE PİNLERİYLE KOMPLE	3.700,00
103.051	TORAKOLUMBAR POSTERİOR CLAMP SİSTEMİ (CLAMP+POLYESTER BAND+KİLİTLEME VİDASI) TİTANYUM	1.688,00
	(1) Torakolomber enstrümantasyon endikasyonları; 1- Spinal travma 2- Spinal enfeksiyon 3- Spinal tümör 4- Deformite 5- Dejeneratif hastalıklar: Klinik ve radyolojik olarak stenoz bulgusu olmayan Grade I listezis haricinde. 6- Segmenter instabilite: Preop. dönemde dinamik grafler ile yada perop. iatrojenik. 7- Diskojenik ağrı: diskografi ve provokasyon testleri ile gösterilmesi halinde. 8- 3 (üç) veya daha fazla rekürren disk hernisi; olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde Kurumca bedeli karşlanır.	
103.052	COSTAL SPİNAL DİSTRAKSİYON SİSTEMLERİ, TİTANYUM, BAĞLANTI RODU	1.522,00
	(1) Costal spinal distraksiyon sistemleri, 12 (on iki) yaş altında akciğer kapasitesi düşüklüğü solunum fonksiyon testleri ile ispat edilmiş olgularda kullanımına ilgili anabilim dalları tarafından oluşturulan bir komisyon tarafından karar verilerek, yalnızca 3.Basamak Hastanelerde kullanılması halinde Kurumca bedeli karşlanır.	
103.053	COSTAL SPİNAL DİSTRAKSİYON SİSTEMLERİ, TİTANYUM, DİSTAL KİLİT	1.751,00
	(1) Costal spinal distraksiyon sistemleri, 12 (on iki) yaş altında akciğer kapasitesi düşüklüğü solunum fonksiyon testleri ile ispat edilmiş olgularda kullanımına ilgili anabilim dalları tarafından oluşturulan bir komisyon tarafından karar verilerek, yalnızca 3.Basamak Hastanelerde kullanılması halinde Kurumca bedeli karşlanır.	
103.054	COSTAL SPİNAL DİSTRAKSİYON SİSTEMLERİ, TİTANYUM, DİSTRAKSİYON KİLİD	529,00
	(1) Costal spinal distraksiyon sistemleri, 12 (on iki) yaş altında akciğer kapasitesi düşüklüğü solunum fonksiyon testleri ile ispat edilmiş olgularda kullanımına ilgili anabilim dalları tarafından oluşturulan bir komisyon tarafından karar verilerek, yalnızca 3.Basamak Hastanelerde kullanılması halinde Kurumca bedeli karşlanır.	
103.055	COSTAL SPİNAL DİSTRAKSİYON SİSTEMLERİ, TİTANYUM, İLİAC BAĞLAMA APARAT	980,00
	(1) Costal spinal distraksiyon sistemleri, 12 (on iki) yaş altında akciğer kapasitesi düşüklüğü solunum fonksiyon testleri ile ispat edilmiş olgularda kullanımına ilgili anabilim dalları tarafından oluşturulan bir komisyon tarafından karar verilerek, yalnızca 3.Basamak Hastanelerde kullanılması halinde Kurumca bedeli karşlanır.	
103.056	COSTAL SPİNAL DİSTRAKSİYON SİSTEMLERİ, TİTANYUM, KİLİT KANCAS	695,00

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYAT (TL)
	(1) Costal spinal distraksiyon sistemleri, 12 (on iki) yaş altında akciğer kapasitesi düşüklüğü solunum fonksiyon testleri ile ispat edilmiş olgularda kullanımına ilgili anabilim dalları tarafından oluşturulan bir komisyon tarafından karar verilerek, yalnızca 3.Basamak Hastanelerde kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır.	
103.057	COSTAL SPİNAL DİSTRAKSİYON SİSTEMLERİ, TİTANYUM, LAMİNA BAĞLAMA APARAT	986,40
	(1) Costal spinal distraksiyon sistemleri, 12 (on iki) yaş altında akciğer kapasitesi düşüklüğü solunum fonksiyon testleri ile ispat edilmiş olgularda kullanımına ilgili anabilim dalları tarafından oluşturulan bir komisyon tarafından karar verilerek, yalnızca 3.Basamak Hastanelerde kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır.	
103.058	COSTAL SPİNAL DİSTRAKSİYON SİSTEMLERİ, TİTANYUM, LUMBAR UZATMA APARAT	2.064,00
	(1) Costal spinal distraksiyon sistemleri, 12 (on iki) yaş altında akciğer kapasitesi düşüklüğü solunum fonksiyon testleri ile ispat edilmiş olgularda kullanımına ilgili anabilim dalları tarafından oluşturulan bir komisyon tarafından karar verilerek, yalnızca 3.Basamak Hastanelerde kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır.	
103.059	COSTAL SPİNAL DİSTRAKSİYON SİSTEMLERİ, TİTANYUM, PROKSİMAL KİLİT	2.107,00
	(1) Costal spinal distraksiyon sistemleri, 12 (on iki) yaş altında akciğer kapasitesi düşüklüğü solunum fonksiyon testleri ile ispat edilmiş olgularda kullanımına ilgili anabilim dalları tarafından oluşturulan bir komisyon tarafından karar verilerek, yalnızca 3.Basamak Hastanelerde kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır.	
103.060	COSTAL SPİNAL DİSTRAKSİYON SİSTEMLERİ, TİTANYUM, RİB SLEEVE	3.433,00
	(1) Costal spinal distraksiyon sistemleri, 12 (on iki) yaş altında akciğer kapasitesi düşüklüğü solunum fonksiyon testleri ile ispat edilmiş olgularda kullanımına ilgili anabilim dalları tarafından oluşturulan bir komisyon tarafından karar verilerek, yalnızca 3.Basamak Hastanelerde kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır.	
103.065	LOMBER EPİDURAL DİSSEKTOMİ, GÜDE KATETER	
	(1) Medikal tedavi ve fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarından fayda görmeyen, nörolojik defisiti olmayan disk hernilerinde ve epidural yapışıklıklarda kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.	
103.070	LOMBER EPİDURAL DİSSEKTOMİ GİRİŞİM İĞNESİ	
	(1) Medikal tedavi ve fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarından fayda görmeyen, nörolojik defisiti olmayan disk hernilerinde ve epidural yapışıklıklarda kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.	
103.075	MINİMAL İNVAZİF SAKROİLİAK VİDASI	
	(1) Perkütan girişimlerde, sakroiliak eklem disfonksiyonu, sakroiliak instabilite ve ağrıda fiksasyon amaçlı kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.	
103.080	PERKÜTAN SERVİKAL TRANSFASET VİDASI	
	(1) Sadece perkütan girişimlerde, servikal instabilite de veya faset eklem dejenerasyonu, disfonksiyonuna bağlı dirençli ağrılarda kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır.	
103.085	PERKÜTAN LOMBER TRANSFASET VİDASI	
	(1) Sadece perkütan girişimlerde, lomber instabilite de veya faset eklem dejenerasyonu, disfonksiyonuna bağlı dirençli ağrılarda kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır.	
103.090	FACET MOTION LİMİTASYON VİDASI (KİLİTLEME APARATI DAHİL)	
	(1) Sadece perkütan girişimlerde, faset eklem dejenerasyonu ve disfonksiyonuna bağlı dirençli faset eklem ağrılarında kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır.	
103.095	SPİNAL NÖRAL İNTEGRİTY NÖROMONİTORİZASYON, EMG ELEKTRODU	
	(1) Spinal Tümörler, Spinal Vasküler Anomaliler, (2) Pediatrik Skolyoz, Konjenital Anomaliler, Tethered Kord (Gergin Omurluk Send.), (3) Dejeneratif kifoskolyozda laminektomiye ilaveten omurga dizilimini düzeltici cerrahi yapıldığında, (4) Servikal ve torakal spinal kanal ön arka çapının %50'nin üzerinde daraldığı vakalarda, tek kullanımlık tıbbi malzemelerinin Kurumca bedelleri karşılanır.	
103.100	SPİNAL NÖRAL İNTEGRİTY NÖROMONİTORİZASYON, MEP ELEKTRODU	
	(1) Spinal Tümörler, Spinal Vasküler Anomaliler, (2) Pediatrik Skolyoz, Konjenital Anomaliler, Tethered Kord (Gergin Omurluk Send.), (3) Dejeneratif kifoskolyozda laminektomiye ilaveten omurga dizilimini düzeltici cerrahi yapıldığında, (4) Servikal ve torakal spinal kanal ön arka çapının %50'nin üzerinde daraldığı vakalarda, tek kullanımlık tıbbi malzemelerinin Kurumca bedelleri karşılanır.	



SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYAT (TL)
<b>Genel hükümler:</b>		
(1) Servikal anterior dinamik plak sistemleri Kurumca bedelleri karşılanmaz.		
(2) Omurga cerrahisinde kullanılan absorbe olabilen kafes, plak ve vida materyallerinin Kurumca bedelleri karşılanmaz.		
(3) Yapay nukleus pulposus ve diskoplasti materyal Kurumca bedelleri karşılanmaz.		
(4) İnterspinoz implantların Kurumca bedelleri karşılanmaz.		
(5) Listedeki ürünlerin özel materyallerle (gümüş, HA, antibakteriyel vb.) kaplanması halinde listede belirtilen kaplamasız eşdeğer malzeme bedelleri üzerinden Kurumca bedelleri karşılanır.		
(6) Torakolumbar posterior rod skolyoz CoCr, sadece deforme olgularında kullanılmalı halinde Kurumca bedeli karşılanır.		
(7) Pedikül vida yerleştirici malzemeleri taniya dayalı işlemler listesi (EK-9) dahilinde olup, ayrıca fatura edilse dahi Kurumca bedelleri karşılanmayacaktır.		
(8) Lomber hareketli ve yarı hareketli sistemler:		
a) 45 (kırk beş) yaş ve altı, aktif hayat beklentisi olan, lomber hareketlerinin korunması amaçlanan, dejeneratif omurga sorunu bulunmayan, hareketli sistemlerin tek segmenti geçmeyecek şekilde kullanımı halinde bedelleri Kurum mevzuatı doğrultusunda karşılanacaktır. (rigid ve dinamik sistemlerin bir		
b) Lomber hareketli ve yarı hareketli sistemlerin sadece 3.Basamak Hastanelerde (eğitim verme yetkisi olan klinik) uygulanması halinde Kurumca bedeli		
<p>Tıbbi malzeme alan tanımına ait ödeme kriterleri ve/veya kuralları, bulunduğu satırın altında yer almaktadır. Tıbbi malzeme alan tanımlarını kapsayan başlığın altında yer alan ödeme kriterleri ve/veya kuralları, başlığın altındaki tüm malzeme alan tanımlarına aittir.</p>		

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYAT (TL)
	<b>ANEVRİZMA VE ARTERİYOVENÖZ MALFORMASYON KLİPLERİ</b>	
KN1000	TİTANYUM YADA KOBALT-KROM ANEVİRİZMA KLİPLERİ, MIKROKLİPLE	396,00
(1)	Intrakraniyal Anevrizma/AVM ve Spinal AVM'lerde kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılır.	
KN1001	TİTANYUM YADA KOBALT-KROM ANEVİRİZMA KLİPLERİ, STANDART KLİPLE	396,00
(1)	Intrakraniyal Anevrizma/AVM ve Spinal AVM'lerde kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılır.	
KN1002	TİTANYUM YADA KOBALT-KROM ANEVİRİZMA KLİPLERİ, FENESTRE KLİPLE	396,00
(1)	Intrakraniyal Anevrizma/AVM ve Spinal AVM'lerde kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılır.	
KN1003	TİTANYUM YADA KOBALT-KROM AVM (ARTERİYOVENÖZ MALFORMASYON) KLİPLER	396,00
(1)	Intrakraniyal Anevrizma/AVM ve Spinal AVM'lerde kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılır.	
KN1004	TİTANYUM (YADA KOBALT-KROM) ANEVİRİZMA KLİPLERİ, GEÇİCİ KLİPLE	396,00
(1)	Intrakraniyal Anevrizma/AVM ve Spinal AVM, Bypass Cerrahisi'nde kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılır.	
	<b>KRANIYOTOMİ ONARIM MALZEMELERİ</b>	
KN1005	KRANIYOPLASTİK KİTLERİ POLİETİLEN	520,00
(1)	Beyin ve Sinir Cerrahisi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi ve Kulak Burun Boğaz uzman hekimleri tarafından düzenlenen heyet raporu ile kraniosinotiz, kranial deformitelerde,	
(2)	Kranio fasiyel olgularda, kafa kaidesi kırıklarında, maxillo fasiyel fraktür vakalarında, kranio sinotiz, komplike kırıklar ve komplike rekonstrüksiyon vakalarında;	
	3.Basamak Hastanelerde kullanılması halinde Kurumca bedelleri karşılır.	
KN1006	KRANIYOPLASTİK KİTLERİ (AKRİLİKLER/İİDROKSİAPATİT/BTCP	547,00
(1)	Beyin ve Sinir Cerrahisi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi ve Kulak Burun Boğaz uzman hekimleri tarafından düzenlenen heyet raporu ile kraniosinotiz, kranial deformitelerde kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılır.	
KN1007	KRANIYAL MİNİ LEVHA TİTANYUM DÜZ PLAK	100,00
(1)	Beyin ve Sinir Cerrahisi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi ve Kulak Burun Boğaz uzman hekimleri tarafından düzenlenen heyet raporu ile kraniosinotiz, kranial deformitelerde,	
(2)	Konjenital anomaliler ve rekonstrüktif cerrahide,	
KN1008	KRANIYAL MİNİ LEVHA TİTANYUM, Y PLAK	100,00
(1)	Beyin ve Sinir Cerrahisi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi ve Kulak Burun Boğaz uzman hekimleri tarafından düzenlenen heyet raporu ile kraniosinotiz, kranial deformitelerde,	
(2)	Konjenital anomaliler ve rekonstrüktif cerrahide, kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılır.	
KN1009	KRANIYAL MİNİ LEVHA TİTANYUM, X PLAK	100,00
(1)	Beyin ve Sinir Cerrahisi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi ve Kulak Burun Boğaz uzman hekimleri tarafından düzenlenen heyet raporu ile kraniosinotiz, kranial deformitelerde,	
(2)	Konjenital anomaliler ve rekonstrüktif cerrahide, kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılır.	
KN1010	KRANIYAL MİNİ LEVHA TİTANYUM, T PLAK	100,00
(1)	Beyin ve Sinir Cerrahisi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi ve Kulak Burun Boğaz uzman hekimleri tarafından düzenlenen heyet raporu ile kraniosinotiz, kranial deformitelerde,	
(2)	Konjenital anomaliler ve rekonstrüktif cerrahide, kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılır.	
KN1011	KRANIYAL MİNİ LEVHA TİTANYUM, BURR HOLE PLAK	100,00
(1)	Beyin ve Sinir Cerrahisi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi ve Kulak Burun Boğaz uzman hekimleri tarafından düzenlenen heyet raporu ile kraniosinotiz, kranial deformitelerde,	
(2)	Konjenital anomaliler ve rekonstrüktif cerrahide, kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılır.	
KN1012	KRANIYAL MİNİ LEVHA TİTANYUM, KARE PLAK	100,00
(1)	Beyin ve Sinir Cerrahisi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi ve Kulak Burun Boğaz uzman hekimleri tarafından düzenlenen heyet raporu ile kraniosinotiz, kranial deformitelerde,	
	kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılır.	
KN1013	KRANIYAL MİNİ PLAK İÇİN VİDA, TİTANYUM	15,00
(1)	Beyin ve Sinir Cerrahisi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi ve Kulak Burun Boğaz uzman hekimleri tarafından düzenlenen heyet raporu ile kraniosinotiz, kranial deformitelerde,	
(2)	Konjenital anomaliler ve rekonstrüktif cerrahide, kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılır.	
KN1014	KRANIYAL MESH KRANIYOPLASTİK PLAK, TİTANYUM	730,00
(1)	Beyin ve Sinir Cerrahisi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi ve Kulak Burun Boğaz uzman hekimleri tarafından düzenlenen heyet raporu ile kraniosinotiz, kranial deformitelerde,	
(2)	Konjenital anomaliler ve rekonstrüktif cerrahide, kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılır.	
	<b>İCP KATETERLERİ</b>	
(1)	O2 monitorizasyonu kitler + isi, Serebral kan akım ölçüm probu (monitorizasyon için) ve O2 monitorizasyonu kitler isimli malzemeler 3.Basamak Hastanelerde kullanılması halinde Kurumca bedelleri karşılır.	
(2)	İCP monitorizasyonunda (drenaj, basınc) kullanılan sarf malzemelerinin bedelleri Kurumca karşılır.	
KN1015	O2 MONİTORİZASYONU KİTLER + ISI	
KN1016	BASINÇ ÖLÇER KİT (PARANKİMAL/VENTRİKÜLER	
KN1017	BASINÇ + ISI ÖLÇER KİT (PARANKİMAL/VENTRİKÜLER	1.020,00
KN1018	BASINÇ + ISI + DRENAJ KİTLER	
KN1019	BASINÇ ÖLÇER KİT + DRENAJ KİTLER (VENTRİKÜLER	
KN1020	SEREBRAL KAN AKIM ÖLÇÜM PROBU (MONİTORİZASYON İÇİN	
KN1021	O2 MONİTORİZASYONU KİTLER	
	<b>VENTRİKÜL VE LOMBER DRENAJ SETLERİ</b>	
KN1022	EKSTERNAL VENTRİKÜLER DRENAJ SET	229,00
KN1023	LOMBER DRENAJ SETİ	229,00

YÜKSEK DEYİRLİ MOTOR UÇLARI		
(1) Tek kullanımlık olanların, tümör, anevrizma, arteriovenöz malformasyon vakalarında Kuruma bedeli karşılıdır.		
KN1024	KRANIYOTOMİ İÇİN DELİCİ UÇLAR	209,00
KN1025	KRANIYOTOMİ İÇİN KESİCİ UÇLAR	209,00
KN1026	KESİCİ TOPUZ UÇLAR	209,00
KN1027	FİLMAS TOPUZ UÇLAR	209,00
KN1028	DİĞER UC TIPLERİ	209,00
<b>V-P, V-A VE L-P SHUNTLAR</b>		
(1) Arrest hidrocefalide şant kullanılması halinde Kuruma bedeli karşılıdır.		
KN1029	VENTRİKÜLOPERİTONEAL / LUMBOPERİTONEAL SHUNT, TEK METAL - PLASTİK Y KONNEKTÖR	74,00
KN1030	VENTRİKÜLOPERİTONEAL / LUMBOPERİTONEAL SHUNT, TEK METAL - PLASTİK DÜZ KONNEKTÖR	74,00
KN1031	VENTRİKÜLOATRİAL SHUNT, TEK ATRİAL KATETER	110,00
KN1032	VENTRİKÜLOPERİTONEAL, FLAT-BOTTOM KİT ANTİSİFONU BİRLEŞİK, ANTİBİYOTIKLI/ANTİBİYOTİKSİZ (VENTRİKÜLER KATETER, PERİTONEAL KATETER, VALVE) MİKRO/YENİDOĞAN/PEDİATRİK/ERİŞKİN	1.072,00
KN1033	VENTRİKÜLOPERİTONEAL, FLAT-BOTTOM KİT ANTİSİFONU AYRI, ANTİBİYOTIKLI/ANTİBİYOTİKSİZ (VENTRİKÜLER KATETER, PERİTONEAL KATETER, VALVE) MİKRO/YENİDOĞAN/PEDİATRİK/ERİŞKİN	1.072,00
KN1034	VENTRİKÜLOPERİTONEAL, BURR-HOLE KİT ANTİSİFONU BİRLEŞİK BÜTÜN PARÇALARI ANTİBİYOTIKLI/ANTİBİYOTIKLI/ANTİBİYOTİKSİZ (VENTRİKÜLER KATETER, VALVE, PERİTONEAL KATETER), MİKRO/YENİDOĞAN/PEDİATRİK/ERİŞKİN	1.072,00
KN1035	VENTRİKÜLOPERİTONEAL, BURR-HOLE KİT ANTİSİFONU AYRI ANTİBİYOTIKLI/ANTİBİYOTİKSİZ (VENTRİKÜLER KATETER, VALVE, PERİTONEAL KATETER, MİKRO/YENİDOĞAN/PEDİATRİK/ERİŞKİN	1.072,00
KN1036	VENTRİKÜLOPERİTONEAL SHUNT, TEK VALVE PARÇASI ANTİSİFONU BİRLEŞİK BURR HOLE MİKRO/YENİDOĞAN/PEDİATRİK/ERİŞKİN	808,00
KN1037	VENTRİKÜLOPERİTONEAL SHUNT, TEK VENTRİKÜL KATETERİ ANTİBİYOTIKLI/ANTİBİYOTİKSİZ (REVİZYON İÇİN)	190,00
KN1038	VENTRİKÜLOPERİTONEAL SHUNT, TEK PERİTON KATETERİ ANTİBİYOTIKLI/ANTİBİYOTİKSİZ (REVİZYON İÇİN)	220,00
KN1039	VENTRİKÜLOPERİTONEAL SHUNT, TEK VALVE PARÇASI (REVİZYON İÇİN) MİKRO/YENİDOĞAN/PEDİATRİK/ERİŞKİN	545,00
KN1040	VENTRİKÜLOPERİTONEAL SHUNT, TEK VALVE PARÇASI DÜZ TABANLI (REVİZYON İÇİN) MİKRO/YENİDOĞAN/PEDİATRİK/ERİŞKİN	545,00
KN1041	VENTRİKÜLOPERİTONEAL SHUNT, TEK VALVE PARÇASI BURR HOLE (REVİZYON İÇİN) MİKRO/YENİDOĞAN/PEDİATRİK/ERİŞKİN	545,00
KN1042	VENTRİKÜLOPERİTONEAL SHUNT, TEK VALVE PARÇASI ANTİSİFONLU MİKRO/YENİDOĞAN/PEDİATRİK/ERİŞKİN	808,00
KN1043	VENTRİKÜLOPERİTONEAL SHUNT, TEK ANTİSİFON (REVİZYON İÇİN)	545,00
KN1044	PROGRAMLANABİLİR VENTRİKÜLOPERİTONEAL/LUMBOPERİTONEAL SHUNT KİT (VENTRİKÜLER/LOMBER KATETER VALVE, PERİTONEAL KATETER vs.)	2.800,00
(1) Ayarlanabilir/programlanabilir şantlar, sadece bir ve üzeri revizyona giden vakalarda kullanılması halinde Kuruma bedeli karşılıdır.		
(2) Erişkin normal basıncı hidrocefalide (Adams Hakim Send.) vakalarda revizyon şartı aranmaksızın ayarlanabilir/programlanabilir şantlar kullanılması halinde Kuruma bedeli karşılıdır.		
(3) Ayarlanabilir/programlanabilir şantların, BOS basıncı değişikliği, BOS akım değişikliği bulunan, ayarlanabilir zarurietü ile Beyin ve Sinir Cerrahisi, Nöroloji ve Radyoloji uzman hekimleri tarafından düzenlenen heyet raporu ile uygun görülmesi halinde Kuruma bedeli karşılıdır.		
KN1045	PROGRAMLANABİLİR VENTRİKÜLOPERİTONEAL/LUMBOPERİTONEAL SHUNT, TEK VENTRİKÜLER/LOMBER PARÇA (REVİZYON İÇİN)	110,00
(1) Ayarlanabilir/programlanabilir şantlar, sadece bir ve üzeri revizyona giden vakalarda kullanılması halinde Kuruma bedeli karşılıdır.		
(2) Erişkin normal basıncı hidrocefalide (Adams Hakim Send.) vakalarda revizyon şartı aranmaksızın ayarlanabilir/programlanabilir şantlar kullanılması halinde Kuruma bedeli karşılıdır.		
(3) Ayarlanabilir/programlanabilir şantların, BOS basıncı değişikliği, BOS akım değişikliği bulunan, ayarlanabilir zarurietü ile Beyin ve Sinir Cerrahisi, Nöroloji ve Radyoloji uzman hekimleri tarafından düzenlenen heyet raporu ile uygun görülmesi halinde Kuruma bedeli karşılıdır.		
KN1046	PROGRAMLANABİLİR VENTRİKÜLOPERİTONEAL/LUMBOPERİTONEAL SHUNT, TEK VALVE SİSTEM (REVİZYON İÇİN)	1.974,00
(1) Ayarlanabilir/programlanabilir şantlar, sadece bir ve üzeri revizyona giden vakalarda kullanılması halinde Kuruma bedeli karşılıdır.		
(2) Erişkin normal basıncı hidrocefalide (Adams Hakim Send.) vakalarda revizyon şartı aranmaksızın ayarlanabilir/programlanabilir şantlar kullanılması halinde Kuruma bedeli karşılıdır.		
(3) Ayarlanabilir/programlanabilir şantların, BOS basıncı değişikliği, BOS akım değişikliği bulunan, ayarlanabilir zarurietü ile Beyin ve Sinir Cerrahisi, Nöroloji ve Radyoloji uzman hekimleri tarafından düzenlenen heyet raporu ile uygun görülmesi halinde Kuruma bedeli karşılıdır.		
KN1047	PROGRAMLANABİLİR VENTRİKÜLOPERİTONEAL/LUMBOPERİTONEAL SHUNT, TEK VALVE SİSTEM ANTİSİFONLU	2.520,00
(1) Ayarlanabilir/programlanabilir şantlar, sadece bir ve üzeri revizyona giden vakalarda kullanılması halinde Kuruma bedeli karşılıdır.		
(2) Erişkin normal basıncı hidrocefalide (Adams Hakim Send.) vakalarda revizyon şartı aranmaksızın ayarlanabilir/programlanabilir şantlar kullanılması halinde Kuruma bedeli karşılıdır.		
(3) Ayarlanabilir/programlanabilir şantların, BOS basıncı değişikliği, BOS akım değişikliği bulunan, ayarlanabilir zarurietü ile Beyin ve Sinir Cerrahisi, Nöroloji ve Radyoloji uzman hekimleri tarafından düzenlenen heyet raporu ile uygun görülmesi halinde Kuruma bedeli karşılıdır.		
KN1048	PROGRAMLANABİLİR VENTRİKÜLOPERİTONEAL/LUMBOPERİTONEAL SHUNT, TEK PERİTONEAL PARÇA (REVİZYON İÇİN)	130,00
(1) Ayarlanabilir/programlanabilir şantlar, sadece bir ve üzeri revizyona giden vakalarda kullanılması halinde Kuruma bedeli karşılıdır.		
(2) Erişkin normal basıncı hidrocefalide (Adams Hakim Send.) vakalarda revizyon şartı aranmaksızın ayarlanabilir/programlanabilir şantlar kullanılması halinde Kuruma bedeli karşılıdır.		
(3) Ayarlanabilir/programlanabilir şantların, BOS basıncı değişikliği, BOS akım değişikliği bulunan, ayarlanabilir zarurietü ile Beyin ve Sinir Cerrahisi, Nöroloji ve Radyoloji uzman hekimleri tarafından düzenlenen heyet raporu ile uygun görülmesi halinde Kuruma bedeli karşılıdır.		
KN1049	VENTRİKÜLOPERİTONEAL, TEK PARÇA SHUNT	595,00
KN1050	LUMBOPERİTONEAL (LP) ŞANT KİTİ	660,00
KN1051	LUMBOPERİTONEAL KATETER	220,00
KN1052	SYRINGOPERİTONEAL ŞANTLAR (T TÜP)	
KN1053	VENTRİKÜLOPERİTONEAL, FLAT-BOTTOM KİT (VENTRİKÜLER KATETER, VALVE, PERİTONEAL KATETER vs.) MİKRO/YENİDOĞAN/PEDİATRİK/ERİŞKİN	580,00
KN1054	VENTRİKÜLOPERİTONEAL, BURR-HOLE KİT (VENTRİKÜLER KATETER, VALVE, PERİTONEAL KATETER vs.) MİKRO/YENİDOĞAN/PEDİATRİK/ERİŞKİN	580,00
KN1055	DRENAJ REZERVUARİ(OMMAYA TIPI)	300,00
KN1056	DRENAJ REZERVUARİ(OMMAYA TIPI) İÇİN KATETER	110,00
KN1057	DRENAJ REZERVUARİ(OMMAYA TIPI) VENTRİKÜLER KATETER İLE BİRLİKTE	410,00
<b>ULTRASONİK CERRAHI ASPIRATÖR SETLERİ</b>		
(1) Tek kullanımlık olanların tümör operasyonlarında kullanılması halinde Kuruma bedeli karşılıdır.		
KN1058	ULTRASONİK CERRAHI ASPIRATÖR TUBING SETİ	500,00
KN1059	ULTRASONİK CERRAHI ASPIRATÖR DİSEKSIYON UCU (YUMUŞAK DOKU)	845,00

	KNI1060	ULTRASONİK CERRAHI ASPIRATOR DİSEKSYON UCU (KEMİK)	845,00
<b>BEYİN PİLLERİ:</b>			
(1) Esansiyel tremor, parkinson hastalığı, distoni endikasyonlarında kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır.			
(2) Bir Nöroloji kliniğinde yatırılarak her türlü tıbbi tedavi uygulanmasına rağmen dirençli olduğunu belirir ayrıntılı epikriz ile durumunun belgelendiği olması gerekir.			
(3) Psikiyatri, Nöroloji (çocuk/erişkin) ve Beyin Cerrahisi uzman hekimleri tarafından düzenlenen heyet raporuna istinaden Kurumca bedeli karşılanır.			
	KNI1061	SUBKÜTAN İMPLANTE EDİLEBİLEN NEUROSTİMÜLATOR PULSE GENERATOR, SINGLE ARRAY, NON-RECHARGEABLE UZATMA (EXTENSION) DAHİL KİT	20.000,00
	KNI1062	SUBKÜTAN İMPLANTE EDİLEBİLEN NEUROSTİMÜLATOR PULSE GENERATOR, DUAL ARRAY, NON-RECHARGEABLE, UZATMA (EXTENSION) DAHİL KİT	25.720,00
	KNI1063	SUBKÜTAN İMPLANTE EDİLEBİLEN NEUROSTİMÜLATOR PULSE GENERATOR, DUAL ARRAY, RECHARGEABLE, UZATMA (EXTENSION) DAHİL KİT	30.000,00
(1) Eksternal Recharger (rechargeable pil için); neurostimülatör pulse generator ile birlikte ücretsiz verilmelidir.			
	KNI1064	LEAD (ELEKTROD BAŞINA)	3.300,00
	KNI1065	DBS MİKROELEKTROD	176,00
	KNI1066	HASTA PROGRAMLAYICISI (EKSTERNAL)	980,00
(1) Sadece açma kapamaya izin veren ve bunu yazılı yada ışıklı uyarı ile gösteren.			
	KNI1067	UZATMA (EXTENSION) REVİZYON İÇİN TEK	1.100,00
	KNI1068	ELEKTROD REVİZYON İÇİN TEK	3.300,00
<b>İNTRATEKAL POMPALAR:</b>			
(1) 3.Basamak Hastanelerde uygulanması halinde; Nöroloji uzmanı (çocuk/erişkin), Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon uzmanı ve Beyin Cerrahisi uzman hekimleri tarafından düzenlenen heyet raporuna istinaden Kurumca bedeli karşılanır.			
(2) İntratekal baskı pompası kullanım şartları:			
a) Kişinin yaşam kalitesini bozacak ciddi derecede spastisite olan (spastisite modifiye ashworth 4-5, spazm skalası 3-4) hastalarda kullanılır.			
b) Cerrahi dışındaki tedavi yöntemlerinin yararlı olmadığı (tıbbi, rehabilitatif) olgularda programlanabilir ilaç pompasının (baskı pompası) kullanılması için intratekal baskı tedavinin uygulanması ve bunun sonucunda hastanın bu maddeli tolere edebildiği ve tesin pozitif sonuçlandırılmış heyet raporunda belirtilmesi gereklidir.			
	KNI1069	TÜM SİSTEM KİT (İNTRATEKAL KATETER VE SABİT SALIMLI İNFÜZYON POMPASI)	9.000,00
	KNI1070	TÜM SİSTEM KİT (İNTRATEKAL KATETER VE PROGRAMLANABİLİR İNFÜZYON POMPASI)	20.100,00
	KNI1071	PROGRAMLANABİLİR İNFÜZYON POMPASI TEK (REVİZYON İÇİN)	19.500,00
	KNI1072	İNTRATEKAL KATETER TEK (REVİZYON İÇİN)	591,00
	KNI1073	SABİT SALIMLI İNFÜZYON POMPASI TEK (REVİZYON İÇİN)	8.400,00
<b>SPİNAL KORD STİMÜLATÖRLERİ:</b>			
(1) 3.Basamak Hastanelerde uygulanması halinde Beyin Cerrahisi, Psikiyatri, Algoloji ile ilgilenen Anesteziyoloji ve Reanimasyon ve Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon uzman hekimleri tarafından düzenlenen heyet raporuna istinaden Kurumca bedeli karşılanır.			
(2) Hasta seçim kriterleri:			
a) Konservatif tedavi yöntemlerine veya diğer ağrı kontrol yöntemlerine yanıt alınmayan ve alta yatan patolojinin tedavisi amacı ile daha fazla cerrahi girişim önerilmeyen hastalarda,			
b) Uygulanamayan etkisi, yan etkileri konusunda ayrıntılı olarak bilgilendirilmiş ve bu girişimden gerçekçi beklentileri olan hastalarda,			
c) Spinal kolon tıfllarının en az bir kısmı sağlam olan hastalarda,			
ç) Pacemaker, implantable kardiyak defibrilatör gibi spinal kord stimülatörleri için kontrendikasyonu bulunmayan hastalarda,			
d) İmmün yetmezlik, koagülopati gibi spinal kord stimülatörleri için kontrendikasyonu bulunmayan hastalarda,			
e) İlaç veya madde bağımlılığı, ilaç yoksunluk bulguları, majör psikiyatrik hastalığı (aktif psikoz, ciddi depresyon, hipokondriyak veya somatizasyon bozukluğu) bulunmayan veya tedavinin etkinliği ve nast sürdürüleceği yeterli bilgi edinmesinde sorun olmayan hastalarda,			
f) Test uygulamasının olumlu sonuçlandırıldığı hastalarda,			
spinal kord stimülasyonu uygulanabilir.			
	KNI1074	LEAD, NEUROSTİMÜLATOR	4.400,00
	KNI1075	LEAD, NEUROSTİMÜLATOR, TEST KİTİ	
	KNI1076	SUBKÜTAN İMPLANTE EDİLEBİLEN NEUROSTİMÜLATOR PULSE GENERATOR, SINGLE ARRAY, NON-RECHARGEABLE UZATMA (EXTENSION) DAHİL	20.000,00
	KNI1077	SUBKÜTAN İMPLANTE EDİLEBİLEN NEUROSTİMÜLATOR PULSE GENERATOR, DUAL ARRAY, RECHARGEABLE, UZATMA (EXTENSION) DAHİL	25.720,00
(1) Eksternal Recharger (rechargeable pil için); neurostimülatör pulse generator ile birlikte ücretsiz verilmelidir.			
	KNI1078	SUBKÜTAN İMPLANTE EDİLEBİLEN NEUROSTİMÜLATOR PULSE GENERATOR, DUAL ARRAY, NON-RECHARGEABLE, UZATMA (EXTENSION) DAHİL	30.000,00
	KNI1079	HASTA PROGRAMLAYICISI (EKSTERNAL)	980,00
(1) Sadece açma kapamaya izin veren ve bunu yazılı yada ışıklı uyarı ile gösteren.			
	KNI1080	UZATMA (EXTENSION) REVİZYON İÇİN TEK	1.100,00
	KNI1081	ELEKTROD REVİZYON İÇİN TEK	3.300,00
<b>VAGAL SINIR STİMÜLATÖRÜ:</b>			
(1) 3.Basamak Hastanelerde uygulanması halinde; Psikiyatri, Nöroloji (çocuk/erişkin) ve Beyin Cerrahisi uzman hekimleri tarafından düzenlenen heyet raporuna istinaden Kurumca bedeli karşılanır. Vagal sinir stimülatörleri aşağıdaki tüm şartları taşımaya halinde uygulanır:			
a) Hastanın yaşam kalitesini bozacak sıklık ve şiddetle nöbetlerinin olması.			
b) Nöbet tipine uygun bütün anti epileptikler kullanılmış olması ve hâlihazırda en az ikili major anti epileptik ajanı 2 (iki) yıldır kullanıyor ve bunlara cevap alınmıyor olması.			
c) Daha önce epileptik cerrahi uygulanıp yanıt alınmamış ya da epileptik cerrahi uygulanamaz durumda olması.			
ç) Epilepsi nodeninin malın beyin tıflları, nörometabolik ya da nörodejeneratif hastalık olmaması.			
d) Hastaların zeka düzeyi ağır derecede geri olmamalı.			
e) Hamile olmaması.			
f) Sistemik kronik hastalık olmaması (astım, aktif peptik ulcus, kr. akciğer hastalığı, koroner kalp hastalığı, kr. böbrek hastalığı, kr. karaciğer hastalığı, diabetes mellitus ve benzeri hastalıklar)			
g) Nöroloji ve/veya Çocuk Nörolojisi, Beyin Cerrahisi ve Psikiyatri uzman hekimleri tarafından oluşan bir komisyon kurulması ve hastaların komisyona aşağıdaki belgelerle birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir. Komisyon değerlendirilmesinde istenecek belgeler:			
1- Uzun çekimli video-EEG kayıtlar,			
2- Hastanın daha önce kullandığı anti epileptik tedavi; doz, ilaç-kan seviyesi, nöbet sayısı ve şekli ile ilgili bilgilerin dökümanite edildiği ayrıntılı epikriz (epikriz)			
3- Nörodiyolojik görüntüleme tetkiklerinin aslı,			
4- Psikolog tarafından düzenlenmiş zeka düzeyini gösteren belge.			
	KNI1082	SUBKÜTAN İMPLANTE EDİLEBİLEN VNS TERAPİ GENERATOR (SINGLE PİN)	23.750,00
	KNI1083	SUBKÜTAN İMPLANTE EDİLEBİLEN VNS TERAPİ GENERATOR (DUAL PİN)	23.750,00
	KNI1084	LEAD	2.900,00

KNI085	TUNNELER	230,00
KNI086	MAGNET	891,00
<b>NÖROMONİTARİZASYON MALZEMELERİ</b>		
<b>OMURLİK VE PERİFERİK SİNİR NÖROMONİTARİZASYONU</b>		
(1) Spinal Tümörler, Spinal Vasküler Anomaliler,		
(2) Pediatrik Skolyoz, Konjenital Anomaliler, Tethered Kord (Gergin Omurluk Send.)		
(3) Dejeneratif kifoskoliozda laminektomiye ilaveten omurga dizilimini düzeltici cerrahi yapıldığımda,		
(4) Servikal ve torakal spinal kanal ön arka çapının %50' nin üzerinde daraldığı vakalarda,		
tek kullanımlık tıbbi malzemelerinin Kurumca bedelleri karşlanır.		
KNI087	İNTRAOPERATİF NÖROMONİTOR EMG VE MEP İĞNE ELEKTROD KİT	
KNI088	İNTRAOPERATİF NÖROMONİTOR SEP VE MEP İĞNE ELEKTROD KİT	
KNI089	İNTRAOPERATİF NÖROMONİTOR SEP İĞNE ELEKTROD KİT	
<b>İNTRAOPERATİF KRANİYAL NÖROMONİTARİZASYON VE RF:</b>		
KNI090	TC ELEKTROD KILAVUZ TÜPÜ (RF İÇİN	
KNI091	MİKROMAKROELEKTROD (RF İÇİN	
KNI092	MAKROELEKTROD (RF İÇİN	
KNI093	MİKRO KAYIT ELEKTROD (RF İÇİN	
KNI094	MİKRO STİMÜLASYON ELEKTROD (RF İÇİN	
KNI095	ELEKTROD KILAVUZ TÜPÜ (DBS İÇİN	
KNI096	AGRI ELEKTROD KANÜLÜ (50 MM UZUNLUK, 0,7-0,9 MM ÇAP	
KNI097	AGRI ELEKTROD KANÜLÜ (100 MM UZUNLUK, 0,7-0,9 MM ÇAP	
KNI098	AGRI ELEKTROD KANÜLÜ (150 MM UZUNLUK, 0,7-0,9 MM ÇAP	
KNI099	AGRI ELEKTROD KANÜLÜ (50-150 MM UZUNLUK, 0,9 MM ÜSTÜ ÇAP	
KNI100	TC KORDOTOMİ KANÜLÜ (ELEKTROD İÇİN	
KNI101	TC RIZOTOMİ-TRİGEMİNUS KANÜLÜ (ELEKTROD İÇİN	
KNI102	ENJEKSİYON KANÜLÜ	
KNI103	ENJEKSİYON ELEKTRODU	
KNI104	DİREKT SİNİR STİMÜLASYON PROBL	
KNI105	MİKROKATAL DİREKT SİNİR STİMÜLASYON PROBL	
KNI106	KORTEKS BİPOLAR PROBE	
KNI107	TRANSKUTANÖZ STİMÜLASYON ELEKTRODU	
KNI108	TİMPANİK ELEKTROD	
KNI109	HOOKED WIRE ELEKTROD	
KNI110	ÇİLTALTI İĞNE ELEKTROD (TEKLİ	
KNI111	ÇİLTALTI İĞNE ELEKTROD (ÇİFTLİ	
KNI112	AÇILI ÇİLTALTI İĞNE ELEKTROD (ÇİFTLİ	
KNI113	LARİNGEAL ELEKTROD	
KNI114	VOKAL KAS ELEKTRODU	
KNI115	YÜZYE ELEKTROD (KAYIT YA DA STİMÜLASYON	
KNI116	KORTİKOSPİNAL KAYIT VE STİMÜLASYON ELEKTRODU	
KNI117	SİRAL YAY ELEKTROD (SKALP İÇİN	
KNI118	KRANİYAL SEP ELEKTROD KİTİ	
KNI119	KRANİYAL AFP ELEKTROD KİTİ	
KNI120	KRANİYAL SİNİR KİTİ	
KNI121	FAZ REVERSİYON SET	
KNI122	KORTEKS STRIP ELEKTROD 4 TEMASLI - 1 STRİP (KORTİKAL EEG KAYIT VE SEP KAYIT İÇİN	
KNI123	KORTEKS STRIP ELEKTROD 2 TEMASLI - 1 STRİP (KORTİKAL EEG KAYIT VE SEP KAYIT İÇİN	
KNI124	KORTEKS STRIP ELEKTROD 6 TEMASLI - 1 STRİP (KORTİKAL EEG KAYIT VE SEP KAYIT İÇİN	
KNI125	KORTEKS STRIP ELEKTROD 8 TEMASLI - 1 STRİP (KORTİKAL EEG KAYIT VE SEP KAYIT İÇİN	
KNI126	KORTEKS STRIP ELEKTROD 10 TEMASLI - 1 STRİP (KORTİKAL EEG KAYIT VE SEP KAYIT İÇİN	
KNI127	KORTEKS STRIP ELEKTROD 12 TEMASLI - 1 STRİP (KORTİKAL EEG KAYIT VE SEP KAYIT İÇİN	
KNI128	KORTEKS STRIP ELEKTROD 16 TEMASLI - 1 STRİP (KORTİKAL EEG KAYIT VE SEP KAYIT İÇİN	
KNI129	KORTEKS STRIP ELEKTROD 20 TEMASLI - 2 STRİP (KORTİKAL EEG KAYIT VE SEP KAYIT İÇİN	
KNI130	KORTEKS GRID ELEKTROD 4 TEMASLI - 2 STRİPS (KORTİKAL EEG KAYIT VE SEP KAYIT İÇİN	
KNI131	KORTEKS GRID ELEKTROD 6 TEMASLI - 2 STRİPS (KORTİKAL EEG KAYIT VE SEP KAYIT İÇİN	
KNI132	KORTEKS GRID ELEKTROD 8 TEMASLI - 2 STRİPS (KORTİKAL EEG KAYIT VE SEP KAYIT İÇİN	
KNI133	KORTEKS GRID ELEKTROD 10 TEMASLI - 2 STRİPS (KORTİKAL EEG KAYIT VE SEP KAYIT İÇİN	
KNI134	KORTEKS GRID ELEKTROD 12 TEMASLI - 2 STRİPS (KORTİKAL EEG KAYIT VE SEP KAYIT İÇİN	
KNI135	KORTEKS GRID ELEKTROD 16 TEMASLI - 2 STRİPS (KORTİKAL EEG KAYIT VE SEP KAYIT İÇİN	
KNI136	KORTEKS GRID ELEKTROD 32 TEMASLI - 2 STRİPS (KORTİKAL EEG KAYIT VE SEP KAYIT İÇİN	
KNI137	KORTEKS GRID ELEKTROD 4 TEMASLI - 3 STRİPS (KORTİKAL EEG KAYIT VE SEP KAYIT İÇİN	
KNI138	KORTEKS GRID ELEKTROD 6 TEMASLI - 3 STRİPS (KORTİKAL EEG KAYIT VE SEP KAYIT İÇİN	
KNI139	KORTEKS GRID ELEKTROD 8 TEMASLI - 3 STRİPS (KORTİKAL EEG KAYIT VE SEP KAYIT İÇİN	
KNI140	KORTEKS GRID ELEKTROD 32 TEMASLI - 3 STRİPS (KORTİKAL EEG KAYIT VE SEP KAYIT İÇİN	
KNI141	KORTEKS GRID ELEKTROD 48 TEMASLI - 3 STRİPS (KORTİKAL EEG KAYIT VE SEP KAYIT İÇİN	
KNI142	KORTEKS GRID ELEKTROD 4 TEMASLI - 4 STRİPS (KORTİKAL EEG KAYIT VE SEP KAYIT İÇİN	
KNI143	KORTEKS GRID ELEKTROD 6 TEMASLI - 4 STRİPS (KORTİKAL EEG KAYIT VE SEP KAYIT İÇİN	
KNI144	KORTEKS GRID ELEKTROD 8 TEMASLI - 4 STRİPS (KORTİKAL EEG KAYIT VE SEP KAYIT İÇİN	
KNI145	KORTEKS GRID ELEKTROD 32 TEMASLI - 4 STRİPS (KORTİKAL EEG KAYIT VE SEP KAYIT İÇİN	
KNI146	KORTEKS GRID ELEKTROD 64 TEMASLI - 4 STRİPS (KORTİKAL EEG KAYIT VE SEP KAYIT İÇİN	
KNI147	KORTEKS GRID ELEKTROD 64 TEMASLI - 8 STRİPS (KORTİKAL EEG KAYIT VE SEP KAYIT İÇİN	
KNI148	KORTEKS GRID ELEKTROD 4 TEMASLI - 5 STRİPS (KORTİKAL EEG KAYIT VE SEP KAYIT İÇİN	
KNI149	KORTEKS GRID ELEKTROD 6 TEMASLI - 5 STRİPS (KORTİKAL EEG KAYIT VE SEP KAYIT İÇİN	
KNI150	KORTEKS GRID ELEKTROD 8 TEMASLI - 5 STRİPS (KORTİKAL EEG KAYIT VE SEP KAYIT İÇİN	
KNI151	KORTEKS GRID ELEKTROD 4 TEMASLI - 6 STRİPS (KORTİKAL EEG KAYIT VE SEP KAYIT İÇİN	
KNI152	KORTEKS GRID ELEKTROD 6 TEMASLI - 6 STRİPS (KORTİKAL EEG KAYIT VE SEP KAYIT İÇİN	
KNI153	KORTEKS GRID ELEKTROD 8 TEMASLI - 6 STRİPS (KORTİKAL EEG KAYIT VE SEP KAYIT İÇİN	
KNI154	KORTEKS GRID ELEKTROD 4 TEMASLI - 7 STRİPS (KORTİKAL EEG KAYIT VE SEP KAYIT İÇİN	
KNI155	KORTEKS GRID ELEKTROD 6 TEMASLI - 7 STRİPS (KORTİKAL EEG KAYIT VE SEP KAYIT İÇİN	
KNI156	KORTEKS GRID ELEKTROD 8 TEMASLI - 7 STRİPS (KORTİKAL EEG KAYIT VE SEP KAYIT İÇİN	
KNI157	KORTEKS GRID ELEKTROD 4 TEMASLI - 8 STRİPS (KORTİKAL EEG KAYIT VE SEP KAYIT İÇİN	
KNI158	KORTEKS GRID ELEKTROD 6 TEMASLI - 8 STRİPS (KORTİKAL EEG KAYIT VE SEP KAYIT İÇİN	
KNI159	KORTEKS GRID ELEKTROD 8 TEMASLI - 8 STRİPS (KORTİKAL EEG KAYIT VE SEP KAYIT İÇİN	
KNI160	KORTEKS GRID ELEKTROD 64 TEMASLI - 8 STRİPS (KORTİKAL EEG KAYIT VE SEP KAYIT İÇİN	

KN1161	KORTEKS GRİD ELEKTROD 4 TEMASLI - 2 X 2 STRİPS.(KORTİKAL EEG KAYIT VE SEP KAYIT İÇİN)	
KN1162	DEPTH ELEKTROD 5 TEMASLI (EPİLEPSİ CERRAHİSİNDE)	
KN1163	DEPTH ELEKTROD 4 TEMASLI (EPİLEPSİ CERRAHİSİNDE)	
KN1164	DEPTH ELEKTROD 6 TEMASLI (EPİLEPSİ CERRAHİSİNDE)	
KN1165	DEPTH ELEKTROD 8 TEMASLI (EPİLEPSİ CERRAHİSİNDE)	
KN1166	DEPTH ELEKTROD 8 TEMASLI MAKRC	
KN1167	DEPTH ELEKTROD 4 TEMASLI MAKRC	
KN1168	DEPTH ELEKTROD 8 TEMASLA MİKRC	
KN1169	SPHENOİDAL ELEKTROT SET PASLANMAZ ÇELİK	
KN1170	SPHENOİDAL ELEKTROT SET PLATİNİUV	
KN1171	FORAMEN OVALE ELEKTROD 6 KONTAKT	
KN1172	FORAMEN OVALE ELEKTROD 4 KONTAKT	
KN1173	EPİDURAL PEG ELECTRODLAR	
KN1174	EPİDURAL SPİNAL ELECTRODLAR	
KN1175	CU EVA İNTRAOPERATİVE CRANİAL NERVE ELEKTROT KİTİ	
KN1176	ELEKTROD BAĞLANTI KABLOSU 2 KONTAKT	
KN1177	ELEKTROD BAĞLANTI KABLOSU 4 KONTAKT	
KN1178	ELEKTROD BAĞLANTI KABLOSU 6 KONTAKT	
KN1179	ELEKTROD BAĞLANTI KABLOSU 8 KONTAKT	
KN1180	ELEKTROD BAĞLANTI KABLOSU 10 KONTAKT	
KN1181	ELEKTROD BAĞLANTI KABLOSU 12 KONTAKT	
KN1182	ELEKTROD BAĞLANTI KABLOSU 16 KONTAKT	
KN1183	ELEKTROD BAĞLANTI KABLOSU 20 KONTAKT	
KN1184	ELEKTROD BAĞLANTI KABLOSU 24 KONTAKT	
KN1185	ELEKTROD BAĞLANTI KABLOSU 32 KONTAKT	
KN1186	ELEKTROD BAĞLANTI KABLOSU 35 KONTAKT	
KN1187	ELEKTROD BAĞLANTI KABLOSU 40 KONTAKT	
KN1188	ELEKTROD BAĞLANTI KABLOSU 48 KONTAKT	
KN1189	ELEKTROD BAĞLANTI KABLOSU 64 KONTAKT	
KN1190	DEPTH ELEKTROD 10 TEMASLI (EPİLEPSİ CERRAHİSİNDE)	
KN1191	DEPTH ELEKTROD 12 TEMASLI (EPİLEPSİ CERRAHİSİNDE)	
KN1192	DEPTH ELEKTROD 15 TEMASLI (EPİLEPSİ CERRAHİSİNDE)	
KN1193	DEPTH ELEKTROD 18 TEMASLI (EPİLEPSİ CERRAHİSİNDE)	
KN1194	GÜDEDE DEPTH ELEKTROD 4 TEMASLI (EPİLEPSİ CERRAHİSİNDE)	
KN1195	GÜDEDE DEPTH ELEKTROD 6 TEMASLI (EPİLEPSİ CERRAHİSİNDE)	
KN1196	GÜDEDE DEPTH ELEKTROD 8 TEMASLI (EPİLEPSİ CERRAHİSİNDE)	
	<b>KAN AKIM ÖLÇERLERİ</b>	
(1) İntrakraniyal Anevrizma/AVM, Spinal AVM, Bypass cerrahisi'nde kullanılması halinde Kurumca bedelli karşılıdır.		
KN1197	KAN AKIŞ DOPPLER PROBU (VASKÜLER CERRAHİDE)	580,00

Tıbbi malzeme alan tanımlama ait ödeme kriterleri ve/veya kuralları, bulunduğu satırın altında yer almaktadır. Tıbbi malzeme alan tanımlarını kapsayan başlığın altında yer alan ödeme kriterleri ve/veya kuralları, başlığın altındaki tüm malzeme alan tanımlarına aittir.



100-251	KALÇA	PRİMER	RESURFACING BAŞ	TUMBOYLAR / METAL ON METAL - MONOBLOK	COĞR / TITANYUM	1438,00
100-252	KALÇA	PRİMER	RESURFACING BAŞ	TUMBOYLAR / METAL ON METAL - MODULAR	COĞR / TITANYUM	1526,00
100-253	KALÇA	PRİMER	RESURFACING BAŞ	TUMBOYLAR / METAL ON METAL - MODULAR	COĞR / TITANYUM	1526,00
100-254	KALÇA	PRİMER	RESURFACING KİSİMİ BAŞ KORUYAN FEMORAL-			
100-255	KALÇA	PRİMER	FEMORAL BAŞ	22MM	ÇELİK	166,00
100-256	KALÇA	PRİMER	FEMORAL BAŞ	22MM	COĞR / TITANYUM	384,00
100-257	KALÇA	PRİMER	FEMORAL BAŞ	22MM	Alumina / Zirconia Oxidant	800,00
100-258	KALÇA	PRİMER	FEMORAL BAŞ	22MM	Alumina / Zirconia Oxidant	800,00
100-259	KALÇA	PRİMER	FEMORAL BAŞ	22MM	COĞR / TITANYUM	800,00
100-260	KALÇA	PRİMER	FEMORAL BAŞ	28MM	ÇELİK	166,00
100-261	KALÇA	PRİMER	FEMORAL BAŞ	28MM	COĞR / TITANYUM	384,00
100-262	KALÇA	PRİMER	FEMORAL BAŞ	28MM	Alumina / Zirconia Oxidant	800,00
100-263	KALÇA	PRİMER	FEMORAL BAŞ	28MM	Alumina / Zirconia Oxidant	800,00
100-264	KALÇA	PRİMER	FEMORAL BAŞ	28MM	COĞR / TITANYUM	800,00
100-265	KALÇA	PRİMER	FEMORAL BAŞ	32MM	ÇELİK	198,00
100-266	KALÇA	PRİMER	FEMORAL BAŞ	32MM	COĞR / TITANYUM	460,00
100-267	KALÇA	PRİMER	FEMORAL BAŞ	32MM	Alumina / Zirconia Oxidant	960,00
100-268	KALÇA	PRİMER	FEMORAL BAŞ	32MM	Alumina / Zirconia Oxidant	960,00
100-269	KALÇA	PRİMER	FEMORAL BAŞ	32MM	COĞR / TITANYUM	960,00
100-270	KALÇA	PRİMER	FEMORAL BAŞ	36 VE ÜZERİ	ÇELİK	199,00
100-271	KALÇA	PRİMER	FEMORAL BAŞ	36 VE ÜZERİ	COĞR / TITANYUM	480,00
100-272	KALÇA	PRİMER	FEMORAL BAŞ	36 VE ÜZERİ	Alumina / Zirconia Oxidant	960,00
100-273	KALÇA	PRİMER	FEMORAL BAŞ	36 VE ÜZERİ	Alumina / Zirconia Oxidant	960,00
100-274	KALÇA	PRİMER	FEMORAL BAŞ	36 MM ÜZERİ METAL ON METAL VEYA METAL-SERAMİK	COĞR / TITANYUM	960,00
100-275	KALÇA	PRİMER	FEMORAL BİPOLAR BAŞ (SİHEL / İNŞİFER)	TUMBOYLAR	COĞR / TITANYUM	588,00
100-276	KALÇA	PRİMER	FEMORAL BİPOLAR BAŞ (SİHEL / İNŞİFER)	TUMBOYLAR	ÇELİK	412,00
100-277	KALÇA	PRİMER	FEMORAL ÜNİPOLAR BAŞ	TUMBOYLAR	COĞR / TITANYUM	294,00
100-278	KALÇA	PRİMER	FEMORAL ÜNİPOLAR BAŞ	TUMBOYLAR	ÇELİK	220,00
100-300	KALÇA	PRİMER	KALÇA YARDIMCI ÜRÜNLER	TUMBOYLAR	COĞR / TITANYUM	61,00
100-302	KALÇA	PRİMER	ÇEMŞET PİG	DİSTAL FEMUR TIKAC	POİ İTİ ENPAMA	67,00
100-303	KALÇA	PRİMER	DİSTAL ÇENTİKLEZ	DİSTAL FEMUR YÖN GÖSTERİCİ	POLİETİLEN/PARMA	85,00
100-304	KALÇA	PRİMER	ADAPTOR / SİLİNE-FEMORAL BÖLÜM İÇİN	TUMBOYLAR	COĞR / TITANYUM	214,00
100-350	KALÇA	REVİZYON	KALÇA REVİZYON FEMUR	ÇİMENTOLU REVİZYON FEMORAL STEM 150 MM VE ÜZERİ	COĞR / TITANYUM	1750,00
100-351	KALÇA	REVİZYON	FEMORAL KOMPONENT MONOBLOK	ÇİMENTOLU REVİZYON FEMORAL STEM 200 MM VE ÜZERİ	COĞR / TITANYUM	1662,00
100-352	KALÇA	REVİZYON	FEMORAL KOMPONENT MONOBLOK	ÇİMENTOLU REVİZYON FEMORAL STEM 150-200 MM / Kalkite- Kalkite	COĞR / TITANYUM	2090,00
100-353	KALÇA	REVİZYON	FEMORAL KOMPONENT MONOBLOK	ÇİMENTOLU REVİZYON FEMORAL STEM 150-200 MM / Kalkite- Kalkite	COĞR / TITANYUM	2200,00
100-354	KALÇA	REVİZYON	FEMORAL KOMPONENT MONOBLOK	ÇİMENTOLU REVİZYON FEMORAL STEM 150-200 MM / Kalkite- Kalkite	COĞR / TITANYUM	2420,00
100-355	KALÇA	REVİZYON	FEMORAL KOMPONENT MONOBLOK	ÇİMENTOLU REVİZYON FEMORAL STEM 150-200 MM / Kalkite- Kalkite	DİAL KAPLAMALI (ÇH Kaplama)	2662,00
100-356	KALÇA	REVİZYON	FEMORAL KOMPONENT MONOBLOK	ÇİMENTOLU REVİZYON FEMORAL STEM 200 MM VE ÜZERİ / Kalkite	COĞR / TITANYUM	2660,00
100-357	KALÇA	REVİZYON	FEMORAL KOMPONENT MONOBLOK	ÇİMENTOLU REVİZYON FEMORAL STEM 200 MM VE ÜZERİ / Kalkite-Kalkite	COĞR / TITANYUM	2800,00
100-358	KALÇA	REVİZYON	FEMORAL KOMPONENT MONOBLOK	ÇİMENTOLU REVİZYON FEMORAL STEM 200 MM VE ÜZERİ / Kalkite-Kalkite	COĞR / TITANYUM	3080,00
100-359	KALÇA	REVİZYON	FEMORAL KOMPONENT MONOBLOK	ÇİMENTOLU REVİZYON FEMORAL STEM 200 MM VE ÜZERİ / Kalkite-Kalkite	DİAL KAPLAMALI (ÇH Kaplama)	3388,00
100-360	KALÇA	REVİZYON	FEMORAL KOMPONENT MODÜLAR	ÇİMENTOLU MODÜLER PROKSİMAL PARÇA KALKARUKALKARŞIZ	COĞR / TITANYUM	1395,00
100-361	KALÇA	REVİZYON	FEMORAL KOMPONENT MODÜLAR	ÇİMENTOLU MODÜLER PROKSİMAL PARÇA KALKARUKALKARŞIZ	COĞR / TITANYUM	1469,00
100-362	KALÇA	REVİZYON	FEMORAL KOMPONENT MODÜLAR	ÇİMENTOLU MODÜLER PROKSİMAL PARÇA KALKARUKALKARŞIZ	COĞR / TITANYUM	1615,00



100.363	KALÇA	REVIZYON	FEMORAL KOMPONENTİ MODÜLLER	ÇİMENTOSUZ MODÜLLER PROKSİYAL PARÇA KALKARLI KALKMISIZ	COĞR/TİTANYUM	DUAL KAPLAMALI (ÇHR Kaplama)	1777,00
100.364	KALÇA	REVIZYON	FEMORAL KOMPONENTİ MODÜLLER	ÇİMENTOSUZ MODÜLLER METADİSİSAL PARÇA TİM BOYLAR	COĞR/TİTANYUM	KAPLAMALI - KUMİAMA	1017,00
100.365	KALÇA	REVIZYON	FEMORAL KOMPONENTİ MODÜLLER	ÇİMENTOSUZ MODÜLLER METADİSİSAL PARÇA TİM BOYLAR	COĞR/TİTANYUM	KAPLAMALI - PLAZMA / PORÖZ	1071,00
100.366	KALÇA	REVIZYON	FEMORAL KOMPONENTİ MODÜLLER	ÇİMENTOSUZ MODÜLLER METADİSİSAL PARÇA TİM BOYLAR	COĞR/TİTANYUM	KAPLAMALI - HA	1178,00
100.367	KALÇA	REVIZYON	FEMORAL KOMPONENTİ MODÜLLER	ÇİMENTOSUZ MODÜLLER METADİSİSAL PARÇA TİM BOYLAR	COĞR/TİTANYUM	DUAL KAPLAMALI (ÇHR Kaplama)	1025,00
100.368	KALÇA	REVIZYON	FEMORAL KOMPONENTİ MODÜLLER	ÇİMENTOSUZ MODÜLLER UZATMA PARÇASI / EXTENSION TİM BOYLAR	COĞR/TİTANYUM	KAPLAMALI - KUMİAMA	1017,00
100.369	KALÇA	REVIZYON	FEMORAL KOMPONENTİ MODÜLLER	ÇİMENTOSUZ MODÜLLER UZATMA PARÇASI / EXTENSION TİM BOYLAR	COĞR/TİTANYUM	KAPLAMALI - PLAZMA / PORÖZ	1071,00
100.370	KALÇA	REVIZYON	FEMORAL KOMPONENTİ MODÜLLER	ÇİMENTOSUZ MODÜLLER UZATMA PARÇASI / EXTENSION TİM BOYLAR	COĞR/TİTANYUM	KAPLAMALI - HA	1178,00
100.371	KALÇA	REVIZYON	FEMORAL KOMPONENTİ MODÜLLER	ÇİMENTOSUZ MODÜLLER UZATMA PARÇASI / EXTENSION TİM BOYLAR	COĞR/TİTANYUM	DUAL KAPLAMALI (ÇHR Kaplama)	1295,00
100.372	KALÇA	REVIZYON	FEMORAL KOMPONENTİ MODÜLLER	ÇİMENTOSUZ MODÜLLER STEM 150 MM - 200MM	COĞR/TİTANYUM	KAPLAMALI - KUMİAMA	1305,00
100.373	KALÇA	REVIZYON	FEMORAL KOMPONENTİ MODÜLLER	ÇİMENTOSUZ MODÜLLER STEM 150 MM - 200MM	COĞR/TİTANYUM	KAPLAMALI - PLAZMA / PORÖZ	1359,00
100.374	KALÇA	REVIZYON	FEMORAL KOMPONENTİ MODÜLLER	ÇİMENTOSUZ MODÜLLER STEM 150 MM - 200MM	COĞR/TİTANYUM	KAPLAMALI - HA	1395,00
100.375	KALÇA	REVIZYON	FEMORAL KOMPONENTİ MODÜLLER	ÇİMENTOSUZ MODÜLLER STEM 150 MM - 200MM	COĞR/TİTANYUM	DUAL KAPLAMALI (ÇHR Kaplama)	1535,00
100.376	KALÇA	REVIZYON	FEMORAL KOMPONENTİ MODÜLLER	ÇİMENTOSUZ MODÜLLER STEM 200MM VE ÜZERİ	COĞR/TİTANYUM	KAPLAMALI - KUMİAMA	1339,00
100.377	KALÇA	REVIZYON	FEMORAL KOMPONENTİ MODÜLLER	ÇİMENTOSUZ MODÜLLER STEM 200MM VE ÜZERİ	COĞR/TİTANYUM	KAPLAMALI - PLAZMA / PORÖZ	1410,00
100.378	KALÇA	REVIZYON	FEMORAL KOMPONENTİ MODÜLLER	ÇİMENTOSUZ MODÜLLER STEM 200MM VE ÜZERİ	COĞR/TİTANYUM	KAPLAMALI - HA	1456,00
100.379	KALÇA	REVIZYON	FEMORAL KOMPONENTİ MODÜLLER	ÇİMENTOSUZ MODÜLLER STEM 200MM VE ÜZERİ	COĞR/TİTANYUM	DUAL KAPLAMALI (ÇHR Kaplama)	1706,00
100.380	KALÇA	REVIZYON	FEMORAL KOMPONENTİ MODÜLLER	PROKSİYAL KULLANILMAYAN DİŞLİLER	COĞR/TİTANYUM		94,00
100.381	KALÇA	REVIZYON	FEMORAL KOMPONENTİ MODÜLLER	DİŞLİ - KULLANILMAYAN DİŞLİLER	COĞR/TİTANYUM		94,00
100.382	KALÇA	REVIZYON	FEMORAL KOMPONENTİ MODÜLLER	DİŞLİ - KULLANILMAYAN DİŞLİLER	COĞR/TİTANYUM		94,00
100.383	KALÇA	REVIZYON	FEMORAL KOMPONENTİ MODÜLLER	FEMORAL MESH TİM BOYLAR	COĞR/TİTANYUM		580,00
100.384	KALÇA	REVIZYON	FEMORAL KOMPONENTİ MODÜLLER	FEMORAL MESH İÇİN VİDA TİM BOYLAR	COĞR/TİTANYUM		61,00
100.400	KALÇA	REVIZYON	KALÇA REVİZYON AKTİFİLERİ CUP	ÖLÇÜNGÜZ ASETABULAR REVİZYON CUP	COĞR/TİTANYUM		1534,00
100.401	KALÇA	REVIZYON	KALÇA REVİZYON AKTİFİLERİ CUP	ÖLÇÜNGÜZ ASETABULAR REVİZYON CUP	COĞR/TİTANYUM		1615,00
100.402	KALÇA	REVIZYON	KALÇA REVİZYON AKTİFİLERİ CUP	ÖLÇÜNGÜZ ASETABULAR REVİZYON CUP	COĞR/TİTANYUM		1700,00
100.403	KALÇA	REVIZYON	KALÇA REVİZYON AKTİFİLERİ CUP	ÖLÇÜNGÜZ ASETABULAR REVİZYON CUP	COĞR/TİTANYUM		1970,00
100.404	KALÇA	REVIZYON	KALÇA REVİZYON AKTİFİLERİ CUP	ÖLÇÜNGÜZ ASETABULAR REVİZYON CUP	COĞR/TİTANYUM		3000,00
100.405	KALÇA	REVIZYON	KALÇA REVİZYON AKTİFİLERİ CUP	ÖLÇÜNGÜZ ASETABULAR REVİZYON CUP	COĞR/TİTANYUM		3000,00
100.406	KALÇA	REVIZYON	ÇİMENTOSUZ ASETABULAR REVİZYON LİNER	ÇİMENTOSUZ ASETABULAR REVİZYON LİNER	COĞR/TİTANYUM		300,00
100.407	KALÇA	REVIZYON	ÇİMENTOSUZ ASETABULAR REVİZYON LİNER	ÇİMENTOSUZ ASETABULAR REVİZYON LİNER	COĞR/TİTANYUM		484,00
100.408	KALÇA	REVIZYON	ÇİMENTOSUZ ASETABULAR REVİZYON LİNER	ÇİMENTOSUZ ASETABULAR REVİZYON LİNER	COĞR/TİTANYUM		658,00
100.409	KALÇA	REVIZYON	ÇİMENTOSUZ ASETABULAR REVİZYON LİNER	ÇİMENTOSUZ ASETABULAR REVİZYON LİNER	COĞR/TİTANYUM		737,00
100.410	KALÇA	REVIZYON	ÇİMENTOSUZ ASETABULAR REVİZYON CUP	ÇİMENTOSUZ ASETABULAR REVİZYON CUP	COĞR/TİTANYUM		542,00
100.411	KALÇA	REVIZYON	ÇİMENTOSUZ ASETABULAR REVİZYON CUP	ÇİMENTOSUZ ASETABULAR REVİZYON CUP	COĞR/TİTANYUM		63,00
100.412	KALÇA	REVIZYON	ÇİMENTOSUZ ASETABULAR REVİZYON CUP	ÇİMENTOSUZ ASETABULAR REVİZYON CUP	COĞR/TİTANYUM		63,00
100.413	KALÇA	REVIZYON	ÇİMENTOSUZ ASETABULAR REVİZYON CUP	ÇİMENTOSUZ ASETABULAR REVİZYON CUP	COĞR/TİTANYUM		1534,00
100.414	KALÇA	REVIZYON	ÇİMENTOSUZ ASETABULAR REVİZYON CUP	ÇİMENTOSUZ ASETABULAR REVİZYON CUP	COĞR/TİTANYUM		1615,00
100.415	KALÇA	REVIZYON	ÇİMENTOSUZ ASETABULAR REVİZYON CUP	ÇİMENTOSUZ ASETABULAR REVİZYON CUP	COĞR/TİTANYUM		1700,00
100.416	KALÇA	REVIZYON	ÇİMENTOSUZ ASETABULAR REVİZYON CUP	ÇİMENTOSUZ ASETABULAR REVİZYON CUP	COĞR/TİTANYUM		1870,00
100.417	KALÇA	REVIZYON	ASETABULAR KOMPONENT	REINFORCEMENT RING TİM BOYLAR	COĞR/TİTANYUM		981,00
100.418	KALÇA	REVIZYON	ASETABULAR KOMPONENT	REINFORCEMENT RING TİM BOYLAR	COĞR/TİTANYUM		686,00
100.419	KALÇA	REVIZYON	ASETABULAR KOMPONENT	REINFORCEMENT RING TİM BOYLAR	COĞR/TİTANYUM		981,00
100.420	KALÇA	REVIZYON	ASETABULAR KOMPONENT	REINFORCEMENT RING TİM BOYLAR	COĞR/TİTANYUM		666,00
100.421	KALÇA	REVIZYON	ASETABULAR KOMPONENT	REINFORCEMENT RING TİM BOYLAR	COĞR/TİTANYUM		580,00
100.422	KALÇA	REVIZYON	ASETABULAR KOMPONENT	MESH İÇİN VİDA TİM BOYLAR	COĞR/TİTANYUM		61,00
100.423	KALÇA	REVIZYON	ASETABULAR KOMPONENT	REINFORCEMENT RING TİM BOYLAR	COĞR/TİTANYUM		666,00
100.424	KALÇA	REVIZYON	ASETABULAR KOMPONENT	REINFORCEMENT RING TİM BOYLAR	COĞR/TİTANYUM		981,00



100.538	DIZ	PRIMER	TIBIAL KOMPONENT	KENDINDEN STEMI UKANATI LVIDALLI PEGELIYS, FIX, SABIHT- CIMENTOSUZ	COGR/TITANUYUM	KAPLAMASIZ	1295,00
100.539	DIZ	PRIMER	TIBIAL KOMPONENT	KENDINDEN STEMI UKANATI LVIDALLI PEGELIYS, FIX, SABIHT- CIMENTOSUZ	COGR/TITANUYUM	SERAMIK KAPLAMA(OXINIUM)/ZIRKONIUM(TIN V3)	1295,00
100.540	DIZ	PRIMER	TIBIAL KOMPONENT	KENDINDEN STEMI UKANATI LVIDALLI PEGELIYS, FIX, SABIHT- CIMENTOSUZ	COGR/TITANUYUM	KAPLAMA(SIZ)	1236,00
100.541	DIZ	PRIMER	TIBIAL KOMPONENT	KENDINDEN STEMI UKANATI LVIDALLI PEGELIYS, MOBILE / ROTASYONLU CIMENTOTU I	COGR/TITANUYUM	SERAMIK KAPLAMA(OXINIUM)/ZIRKONIUM(TIN V3)	1236,00
100.542	DIZ	PRIMER	TIBIAL KOMPONENT	KENDINDEN STEMI UKANATI LVIDALLI PEGELIYS, MOBILE / ROTASYONLU CIMENTOTU I	COGR/TITANUYUM	KAPLAMA(SIZ)	1359,00
100.543	DIZ	PRIMER	TIBIAL KOMPONENT	KENDINDEN STEMI UKANATI LVIDALLI PEGELIYS, MOBILE / ROTASYONLU CIMENTOSUZ	COGR/TITANUYUM	SERAMIK KAPLAMA(OXINIUM)/ZIRKONIUM(TIN V3)	1359,00
100.544	DIZ	PRIMER	TIBIAL KOMPONENT	KENDINDEN STEMI UKANATI LVIDALLI PEGELIYS, MOBILE / ROTASYONLU CIMENTOSUZ	COGR/TITANUYUM	KAPLAMA(SIZ)	1427,00
100.545	DIZ	PRIMER	TIBIAL KOMPONENT	KENDINDEN STEMI UKANATI LVIDALLI PEGELIYS, MOBILE / ROTASYONLU CIMENTOTU I	COGR/TITANUYUM	SERAMIK KAPLAMA(OXINIUM)/ZIRKONIUM(TIN V3)	443,00
100.546	DIZ	PRIMER	TIBIAL KOMPONENT	KENDINDEN STEMI UKANATI LVIDALLI PEGELIYS, MOBILE / ROTASYONLU CIMENTOSUZ	COGR/TITANUYUM	KAPLAMA(SIZ)	443,00
100.547	DIZ	PRIMER	TIBIAL KOMPONENT	TIBIAL STIM-CIMENTOSUZ	COGR/TITANUYUM	SERAMIK KAPLAMA(OXINIUM)/ZIRKONIUM(TIN V3)	536,00
100.548	DIZ	PRIMER	TIBIAL KOMPONENT	TIBIAL STIM-CIMENTOSUZ	COGR/TITANUYUM	KAPLAMA(SIZ)	536,00
100.549	DIZ	PRIMER	TIBIAL KOMPONENT	TIBIAL STIM-CIMENTOSUZ	COGR/TITANUYUM	SERAMIK KAPLAMA(OXINIUM)/ZIRKONIUM(TIN V3)	562,00
100.550	DIZ	PRIMER	TIBIAL KOMPONENT	TIBIAL STIM-CIMENTOSUZ	COGR/TITANUYUM	KAPLAMA(SIZ)	300,00
100.551	DIZ	PRIMER	PATELLAR KOMPONENT	TUM BOYLAR	UHMWPE POLIETILEN	ALL POLLY	300,00
100.552	DIZ	PRIMER	PATELLAR KOMPONENT	TUM BOYLAR	UHMWPE POLIETILEN-Flamam,SiQULI	METAL BACK	300,00
100.553	DIZ	PRIMER	PATELLAR KOMPONENT	TUM BOYLAR-ROTASYONLU	UHMWPE POLIETILEN-Flamam,SiQULI	METAL BACK	300,00
100.600	DIZ	REVIZYON	FEMORAL KOMPONENT	REVIZYON AMACLI FEMORAL KOMPONENT-CIMENTOTU I	COGR/TITANUYUM	KAPLAMA(SIZ)	2580,00
100.601	DIZ	REVIZYON	FEMORAL KOMPONENT	REVIZYON AMACLI FEMORAL KOMPONENT-CIMENTOTU I	COGR/TITANUYUM	SERAMIK KAPLAMA(OXINIUM)/ZIRKONIUM(TIN V3)	2580,00
100.602	DIZ	REVIZYON	FEMORAL KOMPONENT	REVIZYON AMACLI FEMORAL KOMPONENT-CIMENTOTU I	COGR/TITANUYUM	KAPLAMA(SIZ)	2838,00
100.603	DIZ	REVIZYON	FEMORAL KOMPONENT	REVIZYON AMACLI FEMORAL KOMPONENT-CIMENTOSUZ	COGR/TITANUYUM	SERAMIK KAPLAMA(OXINIUM)/ZIRKONIUM(TIN V3)	2709,00
100.604	DIZ	REVIZYON	FEMORAL KOMPONENT	REVIZYON AMACLI FEMORAL KOMPONENT-CIMENTOSUZ	COGR/TITANUYUM	KAPLAMA(SIZ)	2709,00
100.605	DIZ	REVIZYON	FEMORAL KOMPONENT	REVIZYON AMACLI FEMORAL KOMPONENT-CIMENTOSUZ	COGR/TITANUYUM	SERAMIK KAPLAMA(OXINIUM)/ZIRKONIUM(TIN V3)	2776,00
100.606	DIZ	REVIZYON	FEMORAL KOMPONENT	REVIZYON AMACLI FEMORAL KOMPONENT-CIMENTOSUZ	COGR/TITANUYUM	KAPLAMA(SIZ)	2929,00
100.607	DIZ	REVIZYON	TIBIAL KOMPONENT	REVIZYON AMACLI TIBIAL KOMPONENT-CIMENTOTU I	COGR/TITANUYUM	SERAMIK KAPLAMA(OXINIUM)/ZIRKONIUM(TIN V3)	1180,00
100.608	DIZ	REVIZYON	TIBIAL KOMPONENT	REVIZYON AMACLI TIBIAL KOMPONENT-CIMENTOTU I	COGR/TITANUYUM	KAPLAMA(SIZ)	1180,00
100.609	DIZ	REVIZYON	TIBIAL KOMPONENT	REVIZYON AMACLI TIBIAL KOMPONENT-CIMENTOSUZ	COGR/TITANUYUM	SERAMIK KAPLAMA(OXINIUM)/ZIRKONIUM(TIN V3)	1239,00
100.610	DIZ	REVIZYON	TIBIAL KOMPONENT	REVIZYON AMACLI TIBIAL KOMPONENT-CIMENTOSUZ	COGR/TITANUYUM	KAPLAMA(SIZ)	1239,00
100.611	DIZ	REVIZYON	TIBIAL KOMPONENT	REVIZYON AMACLI TIBIAL KOMPONENT-CIMENTOSUZ	COGR/TITANUYUM	SERAMIK KAPLAMA(OXINIUM)/ZIRKONIUM(TIN V3)	1269,00
100.612	DIZ	REVIZYON	TIBIAL INSERT	REVIZYON AMACLI TIBIAL INSERT	POLE TULEN		540,00
100.613	DIZ	REVIZYON	TIBIAL INSERT	REVIZYON AMACLI TIBIAL INSERT	HIGHLYCROSSLINKEDPOLIETILEN,SiQULI		648,00
100.614	DIZ	REVIZYON	TIBIAL INSERT	REVIZYON AMACLI TIBIAL INSERT-CONSTRAINED	HIGHLYCROSSLINKEDPOLIETILEN,SiQULI TIBIENSB		621,00

100.615	DIZ	REVIZYON	TIBIAL INSERT	REVIZYON AMAQLI TIBIAL INSERT+CONS TRAINED	HIGHLY CROSSLINKED POLIETILENSHQ TIBIAL	745,00
100.616	DIZ	REVIZYON	TIBIAL INSERT VIDASI	REVIZYON AMAQLI TIBIAL INSERT RE-INFORCING DUESTEK VIDASI	HIGHLY CROSSLINKED POLIETILENSHQ	61,00
100.617	DIZ	REVIZYON	FEMORAL WEDGEALÇMƏNT (vəhəmmə dəbəl)	MEDIAL, LATERAL VƏYA FULL-ÇİMƏNT VIDASI	COCR/TITANYUM	572,00
100.618	DIZ	REVIZYON	FEMORAL WEDGEALÇMƏNT (vəhəmmə dəbəl)	MEDIAL, LATERAL VƏYA FULL-ÇİMƏNT QOLU	COCR/TITANYUM	629,00
100.619	DIZ	REVIZYON	FEMORAL BLOK (vəhəmmə dəbəl)	DİSTAL+/POSTERİOR- ÇİMƏNT QOLU	COCR/TITANYUM	572,00
100.620	DIZ	REVIZYON	FEMORAL BLOK (vəhəmmə dəbəl)	DİSTAL+/POSTERİOR- ÇİMƏNT QOLUZ	COCR/TITANYUM	629,00
100.621	DIZ	REVIZYON	TIBIAL WEDGEALÇMƏNT (vəhəmmə dəbəl)	MEDIAL, LATERAL VƏYA FULL-ÇİMƏNT QOLU	COCR/TITANYUM	572,00
100.622	DIZ	REVIZYON	TIBIAL WEDGEALÇMƏNT (vəhəmmə dəbəl)	MEDIAL, LATERAL VƏYA FULL-ÇİMƏNT QOLUZ	COCR/TITANYUM	629,00
100.623	DIZ	REVIZYON	TIBIAL BLOK (vəhəmmə dəbəl)	MEDIAL, LATERAL VƏYA FULL-ÇİMƏNT QOLU	COCR/TITANYUM	572,00
100.624	DIZ	REVIZYON	TIBIAL BLOK (vəhəmmə dəbəl)	MEDIAL, LATERAL VƏYA FULL-ÇİMƏNT QOLUZ	COCR/TITANYUM	629,00
100.625	DIZ	REVIZYON	FEMORAL VƏ TIBIAL STEM LER	TÜM BOYLAR-ÇİMƏNT QOLU	COCR/TITANYUM	921,00
100.626	DIZ	REVIZYON	FEMORAL VƏ TIBIAL STEM LER	TÜM BOYLAR-ÇİMƏNT QOLUZ	COCR/TITANYUM	1094,00
100.627	DIZ	REVIZYON	FEMORAL VƏ TIBIAL STEM LER	TÜM BOYLAR-ÇİMƏNT QOLUZ	COCR/TITANYUM	1075,00
100.628	DIZ	REVIZYON	OFFSET ADAPTOR /FEMORAL TIBIAL STEM LERİN YARDIMÇI UZUNLARI	TÜM BOYLAR	COCR/TITANYUM	434,00
100.629	DIZ	REVIZYON	FEMORAL KOMPONENT-AMƏT FƏSƏLİ	ASİMBİYOTİK DİZ SPACER TÜM BOYLAR	PMMA	1135,00
100.630	DIZ	REVIZYON-İLƏRİ	FEMORAL KOMPONENT-AMƏT FƏSƏLİ	MƏT FƏSƏLİ ANATOMİK; NON ANATOMİK FULL KONDİLER	COCR/TITANYUM	6000,00
100.631	DIZ	REVIZYON-İLƏRİ	FEMORAL KOMPONENT-AMƏT FƏSƏLİ	RİZKİSİYON MƏDİLLER	COCR/TITANYUM	6200,00
100.632	DIZ	REVIZYON-İLƏRİ	FEMORAL KOMPONENT-AMƏT FƏSƏLİ	RİZKİSİYON MƏDİLLER BƏTANZOSİYU+MƏDİLLER	COCR/TITANYUM	6000,00
100.633	DIZ	REVIZYON-İLƏRİ	FEMORAL KOMPONENT-AMƏT FƏSƏLİ	MƏT FƏSƏLİ ANATOMİK; NON ANATOMİK INTRAKONDİLİFER	COCR/TITANYUM	6200,00
100.634	DIZ	REVIZYON-İLƏRİ	FEMORAL KOMPONENT-AMƏT FƏSƏLİ	MƏT FƏSƏLİ ANATOMİK; NON ANATOMİK FULL KONDİLER	COCR/TITANYUM	2180,00
100.635	DIZ	REVIZYON-İLƏRİ	FEMORAL KOMPONENT-AMƏT FƏSƏLİ	MƏT FƏSƏLİ ANATOMİK; NON ANATOMİK FULL KONDİLER	COCR/TITANYUM	2280,00
100.636	DIZ	REVIZYON-İLƏRİ	FEMORAL KOMPONENT-AMƏT FƏSƏLİ	MƏT FƏSƏLİ ANATOMİK; NON ANATOMİK INTRAKONDİLİFER	COCR/TITANYUM	2180,00
100.637	DIZ	REVIZYON-İLƏRİ	FEMORAL KOMPONENT-AMƏT FƏSƏLİ	UYGUN MƏDİLLER	COCR/TITANYUM	2280,00
100.638	DIZ	REVIZYON-İLƏRİ	FEMORAL KOMPONENT-AMƏT FƏSƏLİ	UYGUN MƏDİLLER BƏTANZOSİYU	COCR/TITANYUM	6038,00
100.639	DIZ	REVIZYON-İLƏRİ	FEMORAL KOMPONENT-AMƏT FƏSƏLİ	RİZKİSİYON UYGUN MƏDİLLER	COCR/TITANYUM	6156,00
100.640	DIZ	REVIZYON-İLƏRİ	FEMORAL KOMPONENT-AMƏT FƏSƏLİ	RİZKİSİYON UYGUN MƏDİLLER BƏTANZOSİYU	COCR/TITANYUM	6038,00
100.641	DIZ	REVIZYON-İLƏRİ	FEMORAL KOMPONENT-AMƏT FƏSƏLİ	MƏT FƏSƏLİ ANATOMİK; NON ANATOMİK INTRAKONDİLİFER	COCR/TITANYUM	6156,00
100.642	DIZ	REVIZYON-İLƏRİ	MƏT FƏSƏLİ KİLİTLEMƏ MƏKANİZMASI	MƏT FƏSƏLİ ANATOMİK; NON ANATOMİK INTRAKONDİLİFER	COCR/TITANYUM	1730,00
100.643	DIZ	REVIZYON-İLƏRİ	MƏT FƏSƏLİ KİLİTLEMƏ VIDALARI	UYGUN MƏDİLLER BƏTANZOSİYU	COCR/TITANYUM	418,00
100.644	DIZ	REVIZYON-İLƏRİ	TIBIAL INSERT-AMƏT FƏSƏLİ	TÜM BOYLAR	COCR/TITANYUM	1730,00
100.645	DIZ	REVIZYON-İLƏRİ	TIBIAL INSERT-AMƏT FƏSƏLİ	TÜM BOYLAR	POLE ELEN	1730,00
				TÜM BOYLAR	HIGHLY CROSSLINKED POLIETILENSHQ	
					HIGHLY CROSSLINKED POLIETILENSHQ	
100.700	DIZ	PRİMER	UNIKONDİLİFER FEMORAL KOMPONENT	TÜM BOYLAR-ÇİMƏNT QOLU	COCR/TITANYUM	1514,00
100.701	DIZ	PRİMER	UNIKONDİLİFER FEMORAL KOMPONENT	TÜM BOYLAR-ÇİMƏNT QOLU	COCR/TITANYUM	1514,00
100.702	DIZ	PRİMER	UNIKONDİLİFER FEMORAL KOMPONENT	TÜM BOYLAR-ÇİMƏNT QOLUZ	COCR/TITANYUM	1665,00
100.703	DIZ	PRİMER	UNIKONDİLİFER FEMORAL KOMPONENT	TÜM BOYLAR-ÇİMƏNT QOLUZ	COCR/TITANYUM	1665,00

100.704	DIZ	PRIMER	UNIKONDILER FEMORAL KOMPONENT	TUM BOYLAR-ÇİMENTOSUZ	COGR/TITANYUM	KAPLAMALI (Porous, Ha vs)	1748,00
100.705	DIZ	PRIMER	UNIKONDILER TIBIAL INSERT/BASI PLATE	HKSABIT-ÇİMENTOLU	POLİETİLEN		550,00
100.706	DIZ	PRIMER	UNIKONDILER TIBIAL INSERT/BASI PLATE	MOBİL-ÇİMENTOLU	POLİETİLEN		550,00
100.707	DIZ	PRIMER	UNIKONDİLER TIBIAL INSERT/BASI PLATE	FKSABIT-ÇİMENTOLU	HIGHLY CROSSLINKED POLIETİLEN, SFO		660,00
100.708	DIZ	PRIMER	UNIKONDİLER TIBIAL INSERT/BASI PLATE	MOBİL-ÇİMENTOLU	HIGHLY CROSSLINKED POLIETİLEN, SFO		660,00
100.709	DIZ	PRIMER	UNIKONDİHER TIBIAL BASI PLATE R.H.L.	ÇİMENTOLU	POLİETİLEN		550,00
100.710	DIZ	PRIMER	UNIKONDİLER TIBIAL BASE	ÇİMENTOLU	COGR/TITANYUM	KAPLAMASIZ	1900,00
100.711	DIZ	PRIMER	UNIKONDİLER TIBIAL BASE PLATE	ÇİMENTOLU	COGR/TITANYUM	KAPLAMASIZ	1406,00
100.712	DIZ	PRIMER	UNIKONDİLER TIBIAL BASE PLATE	ÇİMENTOLU	COGR/TITANYUM	SERAMİK	1406,00
100.713	DIZ	PRIMER	UNIKONDİLER TIBIAL BASE PLATE	ÇİMENTOSUZ	COGR/TITANYUM	KAPLAMASIZ	1546,00
100.714	DIZ	PRIMER	UNIKONDİLER TIBIAL BASE PLATE	ÇİMENTOSUZ	COGR/TITANYUM	KAPLAMASIZ	1546,00
100.715	DIZ	PRIMER	UNIKONDİHER TIBIAL BASI PLATE	ÇİMENTOSUZ	COGR/TITANYUM	KAPLAMASIZ	1623,00
100.750	DIZ	PRIMER	<b>PATELLA-FEMORAL DİZ</b> PATELLA - FEMORAL KOMPONENT	TUM BOYLAR-ÇİMENTOLU	COGR/TITANYUM	KAPLAMASIZ	249,00
100.751	DIZ	PRIMER	PATELLA - FEMORAL KOMPONENT	TUM BOYLAR-ÇİMENTOLU	COGR/TITANYUM	SERAMİK	249,00
100.752	DIZ	PRIMER	PATELLA - FEMORAL KOMPONENT	TUM BOYLAR-ÇİMENTOSUZ	COGR/TITANYUM	KAPLAMASIZ	274,00
100.753	DIZ	PRIMER	PATELLA - FEMORAL KOMPONENT	TUM BOYLAR-ÇİMENTOSUZ	COGR/TITANYUM	SERAMİK	274,00
100.754	DIZ	PRIMER	PATELLA - FEMORAL KOMPONENT	TUM BOYLAR-ÇİMENTOSUZ	COGR/TITANYUM	KAPLAMASIZ	288,00
100.800	OMUZ	PRIMER	<b>OMUZ</b> HUMERAL KOMPONENT	TUM BOYLAR-ÇİMENTOLU	COGR/TITANYUM		1397,00
100.801	OMUZ	PRIMER	HUMERAL KOMPONENT	TUM BOYLAR-ÇİMENTOSUZ	COGR/TITANYUM	KAPLAMALI - KÜML AMA	1397,00
100.802	OMUZ	PRIMER	HUMERAL KOMPONENT	TUM BOYLAR-ÇİMENTOSUZ	COGR/TITANYUM	KAPLAMALI - PLAZMA / POROZ	1665,00
100.803	OMUZ	PRIMER	HUMERAL KOMPONENT	TUM BOYLAR-ÇİMENTOSUZ	COGR/TITANYUM	KAPLAMALI - HA	1993,00
100.804	OMUZ	PRIMER	HUMERAL BAS	TUM BOYLAR	COGR/TITANYUM	SERAMİK	760,00
100.805	OMUZ	PRIMER	HUMERAL BAS	TUM BOYLAR	COGR/TITANYUM	KAPLAMASIZ	760,00
100.806	OMUZ	PRIMER	GE FNOD KOMPONENT	TUM BOYLAR	POLİETİLEN		515,00
100.807	OMUZ	PRIMER	GE FNOD KOMPONENT	TUM BOYLAR	HIGHLY CROSSLINKED POLIETİLEN, SFO		566,00
100.808	OMUZ	PRIMER	GE FNOD KOMPONENT	TUM BOYLAR / METAL BAKÇ	HIGHLY CROSSLINKED POLIETİLEN, SFO		1775,00
100.809	OMUZ	PRIMER	GE FNOD KOMPONENT	TUM BOYLAR / METAL BAKÇ	COGR/TITANYUM		1775,00
100.810	OMUZ	PRIMER	GE FNOD KOMPONENT	TUM BOYLAR / METAL BAKÇ	COGR/TITANYUM		1777,00
100.811	OMUZ	PRIMER	GE FNOD KOMPONENT	TUM BOYLAR-ÇİMENTOLU	COGR/TITANYUM		1669,00
100.812	OMUZ	PRIMER	HUMERAL STEM	TUM BOYLAR-ÇİMENTOSUZ	COGR/TITANYUM		1533,00
100.813	OMUZ	PRIMER	PROXİMAL UZATIMA PARÇASI / EXTENSION	TUM BOYLAR	COGR/TITANYUM		1274,00
100.814	OMUZ	PRIMER	RESURFACING OMUZ BASI KOMPONENTLER	TUM BOYLAR	COGR/TITANYUM		1045,00
100.816	OMUZ	PRIMER	RESURFACING OMUZ BASI KOMPONENTLER	TUM BOYLAR	COGR/TITANYUM		1045,00
100.817	OMUZ	PRIMER/REALIZON	HUMERAL KOMPONENT (TERS OMUZ)	ÇİMENTOLU	TUM METAL VALİER		2.760,00
100.818	OMUZ	PRIMER/REALIZON	HUMERAL KOMPONENT (TERS OMUZ)	ÇİMENTOSUZ (MOBİL) VEYA MONOBLOK	TUM METAL VALİER		1.833,00
100.819	OMUZ	PRIMER/REALIZON	ÇİFT TERS OMUZ	ÇİMENTOLU	POLİETİLEN		900,00

100.820	KALCIYUM	PRIMER-REVIZYON	ULUSOZGAY KALCIYUM (GEMEZ)		100.820	KALCIYUM	ULUSOZGAY KALCIYUM	500.00
100.821	OMUZ	PRIMER-REVIZYON	ULUSOZGAY KALCIYUM (TIBBİ GEMEZ)		100.821	KALCIYUM	KALCIYUM	500.00
100.822	ONEZ	PRIMER-REVIZYON	VİDA (TİBER GAZLI)	SİLİHLİRLİSİZ, POLYAMAL, MONOAMAL	100.822	KALCIYUM	KALCIYUM	500.00
100.850	DİREK	PRIMER	DIŞEŞK		100.850	KALCIYUM	KALCIYUM	1200.00
100.851	DİREK	PRIMER	HÜMƏRAL KOMPONENT	TUM BOYLAR	100.851	KALCIYUM	KALCIYUM	400.00
100.852	DİREK	PRIMER	INSANLIK KOMPONENT	TUM BOYLAR	100.852	KALCIYUM	KALCIYUM	400.00
100.853	DİREK	PRIMER	MƏNƏŞƏ KİLLİLƏME, MEKANİZMASI	TUM BOYLAR	100.853	KALCIYUM	KALCIYUM	678.00
100.854	DİREK	PRIMER	RAHDİS BƏŞİ KOMPONENTİ (RADİUS BƏŞİ VƏ STİM)	TUM BOYLAR	100.854	KALCIYUM	KALCIYUM	828.00
100.855	DİREK	PRIMER	RAHDİS BƏŞİ KOMPONENTİ (RADİUS BƏŞİ VƏ STİM)	TUM BOYLAR	100.855	KALCIYUM	KALCIYUM	828.00
100.856	DİREK	PRIMER	RAHDİS BƏŞİ KOMPONENTİ (RADİUS BƏŞİ VƏ STİM)	TUM BOYLAR	100.856	KALCIYUM	KALCIYUM	828.00
100.900	AYAK BİLEĞİ	PRIMER	AYAK BİLEĞİ	TUM BOYLAR	100.900	KALCIYUM	KALCIYUM	1908.00
100.901	AYAK BİLEĞİ	PRIMER	TALUS KOMPONENTİ	TUM BOYLAR	100.901	KALCIYUM	KALCIYUM	1908.00
100.902	AYAK BİLEĞİ	PRIMER	TALUS KOMPONENT	TUM BOYLAR	100.902	KALCIYUM	KALCIYUM	2187.00
100.903	AYAK BİLEĞİ	PRIMER	TALUS KOMPONENTİ	TUM BOYLAR	100.903	KALCIYUM	KALCIYUM	2405.00
100.904	AYAK BİLEĞİ	PRIMER	TİBİAL KOMPONENT	TUM BOYLAR	100.904	KALCIYUM	KALCIYUM	2584.00
100.905	AYAK BİLEĞİ	PRIMER	TİBİAL KOMPONENT	TUM BOYLAR	100.905	KALCIYUM	KALCIYUM	2584.00
100.906	AYAK BİLEĞİ	PRIMER	TİBİAL KOMPONENT	TUM BOYLAR	100.906	KALCIYUM	KALCIYUM	2714.00
100.907	AYAK BİLEĞİ	PRIMER	TİBİAL KOMPONENT	TUM BOYLAR	100.907	KALCIYUM	KALCIYUM	2985.00
100.908	AYAK BİLEĞİ	PRIMER	TİBİAL İNSERT	TUM BOYLAR	100.908	KALCIYUM	KALCIYUM	415.00
100.950	EL BİLEĞİ	PRIMER	EL BİLEĞİ	TUM BOYLAR	100.950	KALCIYUM	KALCIYUM	347.00
100.951	EL BİLEĞİ	PRIMER	RADIAL KOMPONENT	TUM BOYLAR	100.951	KALCIYUM	KALCIYUM	504.00
100.952	EL BİLEĞİ	PRIMER	KARPAL KOMPONENT	TUM BOYLAR	100.952	KALCIYUM	KALCIYUM	250.00
101.000	PARMAK	PRIMER	PARMAK	TUM BOYLAR	101.000	KALCIYUM	KALCIYUM	694.00
101.001	PARMAK	PRIMER	MTP- METATARSAL KOMPONENT	TUM BOYLAR	101.001	KALCIYUM	KALCIYUM	617.00
101.002	PARMAK	PRIMER	MTP- FALANĞEAL KOMPONENT	TUM BOYLAR	101.002	KALCIYUM	KALCIYUM	933.00
101.003	PARMAK	PRIMER	MTP- DİAS	TUM BOYLAR	101.003	KALCIYUM	KALCIYUM	725.00
101.004	PARMAK	PRIMER	MTP- DİAS	TUM BOYLAR	101.004	KALCIYUM	KALCIYUM	725.00
101.005	PARMAK	PRIMER	METACARPAL KOMPONENT	TUM BOYLAR	101.005	KALCIYUM	KALCIYUM	761.00
101.006	PARMAK	PRIMER	METACARPAL KOMPONENT	TUM BOYLAR	101.006	KALCIYUM	KALCIYUM	800.00
101.007	PARMAK	PRIMER	METACARPAL KOMPONENT	TUM BOYLAR	101.007	KALCIYUM	KALCIYUM	725.00
101.008	PARMAK	PRIMER	FALANĞEAL KOMPONENT	TUM BOYLAR	101.008	KALCIYUM	KALCIYUM	800.00
101.009	PARMAK	PRIMER	FALANĞEAL KOMPONENT	TUM BOYLAR	101.009	KALCIYUM	KALCIYUM	800.00
101.010	PARMAK	PRIMER	FALANĞEAL KOMPONENT	TUM BOYLAR	101.010	KALCIYUM	KALCIYUM	540.00
101.011	PARMAK	PRIMER	FALANĞEAL KOMPONENT	TUM BOYLAR	101.011	KALCIYUM	KALCIYUM	600.00
101.050	KALCIYIZ	PRIMER-REVIZYON	AKROPLASTİK TAMAMLAYICI ÜRÜNLER	STANDART-40 GR	101.050	KALCIYIZ	PMMA	70.00
101.051	KALCIYIZ	PRIMER-REVIZYON	KEMİK ÇİMENTÖŞL-ANTİBİYOTİKLI	STANDART-40 GR	101.051	KALCIYIZ	PMMA	152.00
101.052	KALCIYIZ	PRIMER-REVIZYON	KEMİK ÇİMENTÖŞL-NOORAMAL	STANDART-40 GR	101.052	KALCIYIZ	PMMA	80.00
101.053	KALCIYIZ	PRIMER-REVIZYON	KEMİK ÇİMENTÖŞL-ANTİBİYOTİKLI	STANDART-40 GR	101.053	KALCIYIZ	PMMA	170.00
101.054	KALCIYIZ	PRIMER-REVIZYON	KEMİK ÇİMENTÖŞL-ANTİBİYOTİKLI	STANDART-40 GR	101.054	KALCIYIZ	PMMA	170.00
101.055	KALCIYIZ	PRIMER-REVIZYON	KEMİK ÇİMENTÖŞL-NOORAMAL	STANDART-40 GR	101.055	KALCIYIZ	PMMA	170.00
101.056	KALCIYIZ	PRIMER-REVIZYON	KEMİK ÇİMENTÖŞL-NOORAMAL	STANDART-40 GR	101.056	KALCIYIZ	PMMA	130.00
101.057	KALCIYIZ	PRIMER-REVIZYON	KEMİK ÇİMENTÖŞL-ANTİBİYOTİKLI	STANDART-40 GR	101.057	KALCIYIZ	PMMA	230.00
101.058	KALCIYIZ	PRIMER-REVIZYON	BASINÇLI ÇİMENTÖŞL-ANİA SİSTEMİ HAZIRLIK	TERGA, KAN TİPİ, MATİRYAL, ÇİMENTÖŞL FAKTORI DƏMİL	101.058	KALCIYIZ	PMMA	180.00
101.059	KALCIYIZ	PRIMER-REVIZYON	BASINÇLI ÇİMENTÖŞL-ANİA SİSTEMİ HAZIRLIK	TERGA, KAN TİPİ, MATİRYAL, ÇİMENTÖŞL FAKTORI DƏMİL	101.059	KALCIYIZ	PMMA	85.00
101.060	KALCIYIZ	PRIMER-REVIZYON	BASINÇLI ÇİMENTÖŞL-ANİA SİSTEMİ HAZIRLIK	TERGA, KAN TİPİ, MATİRYAL, ÇİMENTÖŞL FAKTORI DƏMİL	101.060	KALCIYIZ	PMMA	85.00
101.061	KALCIYIZ	PRIMER-REVIZYON	BASINÇLI YERKAMA SİSTEMİ-ANNA CHAZ	SİKTION / IRRIGATION FONKSİYONLU	101.061	KALCIYIZ	PMMA	175.00
101.062	KALCIYIZ	PRIMER-REVIZYON	BASINÇLI YERKAMA SİSTEMİ-ANNA CHAZ	SİKTION / IRRIGATION FONKSİYONLU	101.062	KALCIYIZ	PMMA	10.00
101.063	KALCIYIZ	PRIMER-REVIZYON	BASINÇLI YERKAMA SİSTEMİ-ANNA CHAZ	SİKTION / IRRIGATION FONKSİYONLU	101.063	KALCIYIZ	PMMA	10.00
101.064	KALCIYIZ	PRIMER-REVIZYON	BASINÇLI YERKAMA SİSTEMİ-ANNA CHAZ	SİKTION / IRRIGATION FONKSİYONLU	101.064	KALCIYIZ	PMMA	17.00
101.065	KALCIYIZ	PRIMER-REVIZYON	DISPONSIBİL TURİKİ	TUM BOYLAR	101.065	KALCIYIZ	PMMA	156.00
101.066	KALCIYIZ	PRIMER-REVIZYON	DISPONSIBİL TURİKİ	TUM BOYLAR	101.066	KALCIYIZ	PMMA	132.00
101.067	KALCIYIZ	PRIMER-REVIZYON	DISPONSIBİL TURİKİ	TUM BOYLAR	101.067	KALCIYIZ	PMMA	132.00
101.068	KALCIYIZ	PRIMER-REVIZYON	DISPONSIBİL TURİKİ	TUM BOYLAR	101.068	KALCIYIZ	PMMA	132.00

## Genel Hükümler

- (1) 65 (altmış beş) yaşın üzerinde meval-meval veya seramik-seramik kalıpa prozezerinin kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.
- (2) Travmatik femur proksimal bölge kırıklarında (ölmürlü nedveler hariç) tımar rezeksiyon prozezerinin ve revizyon femoral stemlerin kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.
- (3) Travmatik femur proksimal bölge kırıklarının (ölmürlü nedveler hariç) tedavisinde pnez kalımlığı takılma kriteri, kemik yerini tutan materyaller ve kemik yapımını parçan materyallerin kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.
- (4) Kemik köprü, bina ve diğer köyüşme aparatlarının bedelleri Kurumca karşılanmaz.
- (5) Seramik (ölmürlü, zirkonyum, alumina, vs.) düz prozezeri 90 (elmiş) yaşın altında olan hastalarda kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.
- (6) Kalıpa prozezi revizyon ameliyatlarında ve eksesiyonel kalıpa çıkığı ve acceabulum dışı plazisi olan hastalarda, ölü mobilite asesebular çapı komponentinin kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.
- (7) Modüller kalıpa revizyon ameliyatlarında proksimal parça veya uzama parçalarının kullanılması halinde proksimal parça başta olmak üzere en fazla 2 (iki) adet vial bedeli Kurumca karşılanır.
- (8) Primer Tibial Komponent Tibial Stem (Bu listede yer alan 100.546, 100.547, 100.548, 100.549 ve 100.550 kodlu materyaller), İleri derecelede belirtilmesi olup, Wedge, Augment, Blok, Blok Grefti kullanılmaması halinde bedeli Kurumca karşılanır.
- (9) Tibial Komponent Tibial Stemler (Bu listede yer alan 100.546, 100.547, 100.548, 100.549 ve 100.550) kodlu materyaller, İleri deformite, defektli veya kama kullanılmadığı takdirde stabilitesi arttırmak için kullanılan primer uzama stemleri olup, ancak bu şartlarda kullanılacağına İfade edilemez ve uygulanmazdır.
- (10) Primer femoral stem /modüler proksimal parça (Bu listede yer alan 100.218 kodlu materyale) kullanılması halinde ayrıca boyun skelet edilemez.
- (11) Kalkar dekesitli femoral stemler, İnkamertik kırık ve kalıpa revizyon vakalarında kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.
- (12) Revizyon ameliyatlarında, primer düz prozezerden herhangi bir ününün kullanılması halinde de bedeli Kurumca karşılanır.
- (13) Primer gnomozed ameliyatlarında, revizyon ameliyatlarında kullanılan herhangi bir ününün kullanılması halinde raporla belirtilmesi kaydıyla bedeli Kurumca karşılanır.
- (14) Primer modüler boyunu kalıpa stemleri, veyare modüler kalıpa stemleriyle eşdeğer kabul edilir. 1 (bir) ünü fazla parçanın varlığında her bir parçanın baskıyı ıfraz edilecektir.
- (15) Bipolar kalıpa prozezele femoral baş, bipolar çap ve bipolar liner tek bir baskıya şekilde faturalandırıldığından bipolar kalıpa prozezi ile eşdeğer kabul edilir. Birten fazla parçanın varlığında her bir parçanın baskıyı ıfraz edilecektir.
- (16) Revizyon kalıpa prozezi uygulamalarında, İmkentulu revizyon modüller (kalkar dekesitli dekesiz) kalıpa stemleri kullanılacağına, veyare İmkentulu revizyon kalıpa stemleriyle eş değeri kabul edilir. Birten fazla parçanın kullanılması halinde her bir parçanın baskıyı ıfraz edilecektir.
- (17) Primer kalıpa kırıklarında revizyon femoral stem kullanılması uygun değildir. Ancak ameliyatta sonrasında bir komplikasyon olduğunun eğilik kararı raporunda belirtilmesi halinde revizyon femoral stem kullanılabilir.
- (18) Bu listede yer alan 100.221 kodlu "Femoral Stem-Modüler Baş-Boyuntlu" şeklinde isimli kalıpa femoral stemlerinde, baş-boyun bölünümünde, modüler olan yüksek ösele, düşük ösele gibi boyun alternatiflerinin kullanılması halinde materyale baskıyı ıfraz edilecek, ancak ayrıca fatura edilemeyecektir.

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYAT (TL)
GZ1000	BLEFAROSTA ERİŞKİN VE PEDIATRİK TIPLERİ	20,00
GZ1001	POŞLU DRAPE	1,84
GZ1002	EYESHIELD	0,86
GZ1003	RETROBULBER İĞNELERİ	1,65
GZ1004	PERIBULBER İĞNELERİ	1,61
GZ1005	SUB-TENON ANESTEZİ KANÜLLERİ	4,98
GZ1006	MİLİPORE HAVA FİLTRESİ	
GZ1007	OFTALMIK SPONGE	0,50
GZ1008	İŞARET KALEMİ	
GZ1011	KOAGÜLASYON UCU VE KABLOSU	
GZ1012	GÖZ DIŞI BİPOLAR KOTER UCU	
	<b>GÖZ İÇİ LENSLER VE MATERYALLERİ</b>	
	<b>ÖN KAMARA LENSLERİ</b>	
GZ1013	PMMA LENSLERİ	16,00
	<b>ARKA KAMARA LENSLERİ</b>	
GZ1014	PMMA LENSLERİ	16,00
	<b>KATLANABİLİR TEK PARÇALI LENSLER</b>	
GZ1015	HİDROFİLİK LENSLER (KARTUŞLAR DAHİL)	
GZ1016	HİDROFOBİK LENSLER (KARTUŞLAR DAHİL)	
GZ1017	SİLİKON LENSLER (KARTUŞLAR DAHİL)	
	<b>KATLANABİLİR ÜÇ PARÇALI LENSLER</b>	
GZ1018	KATLANABİLİR ÜÇ PARÇALI LENSLER (KARTUŞLAR DAHİL)	
	<b>ÖZELLİKLİ GÖZ İÇİ LENSLERİ</b>	
GZ1019	KATLANABİLİR SKLERAL FİKSASYONLU LENSLER	
GZ1020	PMMA SKLERAL FİKSASYONLU LENSLER	
GZ1021	KATLANABİLİR İRİS FİKSASYON LENSLERİ	
GZ1022	PMMA İRİS FİKSASYON LENSLERİ	
GZ1023	TORİK LENSLER	
GZ1024	MULTİFOKAL TORİK LENSLER	
GZ1025	MULTİFOKAL LENSLER	
GZ1026	ÖZEL KAPLAMALI LENS	
GZ1027	PROSTETİK İNTRAOKÜLER LENSLER	
	<b>FAKİK GÖZ İÇİ LENSLER</b>	
GZ1028	FAKİK ÖN KAMARA GÖZ İÇİ LENSLER	
GZ1029	FAKİK ARKA KAMARA GÖZ İÇİ LENSLER	
GZ1030	FAKİK PMMA İRİS FİKSASYON LENSLERİ	
GZ1031	FAKİK KATLANABİLİR İRİS FİKSASYON LENSLERİ	
	<b>IOL GLİDE</b>	
GZ1032	IOL GLİDE	
	<b>FAKOEMÜLSİFİKASYONDA KULLANILAN MALZEMELER</b>	
GZ1033	FAKOEMÜLSİFİKASYON (FAKO) CİHAZLARINA UYGUN KASET	218,00
GZ1034	FAKOEMÜLSİFİKASYON (FAKO) ELCİK UÇLARI	
GZ1035	FAKOEMÜLSİFİKASYON (FAKO) ELCİK UCU KILIFI (SLEEVE)	
GZ1036	FAKOEMÜLSİFİKASYON (FAKO) CİHAZLARINA UYGUN ÖN VİTREKTOMİ PROBLARI	305,00
	<b>BIÇAKLAR:</b>	
GZ1037	CERRAHI BIÇAKLAR(15-30-45 DERECE)	6,80
GZ1038	MİKROCERRAHI BIÇAKLAR	10,00
GZ1039	MVR BIÇAK	11,00
	<b>KANÜLLER</b>	
GZ1040	KOAKSİYAL İRİGASYON/ASPIRASYON KANÜLLERİ	30,00
GZ1041	SIMCOE İRİGASYON/ASPIRASYON KANÜLLERİ	16,00
GZ1042	BİMANUEL İRİGASYON/ASPIRASYON KANÜLLERİ STANDART	
GZ1043	MİCS KANÜLLERİ	
GZ1044	J ŞEKLİNDE VE ÇİFT	
GZ1045	ÖN KAMARA KANÜLLERİ	1,63
GZ1046	AC MAİNTAİNER	27,00
GZ1047	KAPSÜL POLİŞHER	
	<b>KİSTOTOMLAR</b>	
GZ1048	İRRİGASYONLU KİSTOTOMLAR	1,80
GZ1049	İRRİGASYONSUZ KİSTOTOMLAR	1,97
	<b>NUKLEUS MANİPULATÖRLERİ (CHOPPER, ÇEVİRİCİ)</b>	
GZ1050	NUKLEUS MANİPULATÖRLERİ (CHOPPER, ÇEVİRİCİ)	20,00
	<b>NUKLEUS ÇIKARICILAR</b>	
GZ1051	İRRİGASYON ANSLARI	
	<b>HİDRODELİNASYON VE HİDRODİSSEKSİYON MALZEMELERİ</b>	
GZ1052	HİDRODELİNASYON KANÜLLERİ	6,50
GZ1053	HİDRODİSSEKSİYON KANÜLLERİ	2,11



SÜT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYAT (TL)
GZ1054	J ŞEKLİ HİDRODİSEKTÖRLER	
GZ1055	HİDRO/VİSKO EKSPRESİYON KANÜLLERİ	
	<b>GÖZ İÇİ LENS MANİPLATÖRLERİ</b>	
GZ1056	MANİPLATÖRLER	18,00
GZ1057	İRİS SPATULU	43,00
	<b>GÖZ İÇİ SOLÜSYONLARI</b>	
GZ1058	GÖZ İÇİ DENGELİ TUZ SOLÜSYONLARI / GLUTATYONLU-GLUTATYONSUZ	
	<b>VİSKOELASTİK MALZEMELER</b>	
GZ1059	DISPERSİF	26,00
GZ1060	KOHESİV	21,00
GZ1061	VİSKOADAPTİF	70,00
GZ1062	DISPERSİF-KOHESİV	39,00
GZ1063	HİPERVİSKÖZ	
	<b>GÖZ İÇİ BOYALAR</b>	
GZ1064	LENS KAPSÜL BOYALARI	5,37
GZ1065	İLM BOYALARI	
GZ1066	MEMBRAN BOYALARI	
	<b>İRİS RETRAKTÖRLERİ</b>	
GZ1067	RETRAKTÖRLER VE DİLATATÖRLERİ	
GZ1068	MİKRO İRİS KANÇALARI VE SETLERİ	42,00
	<b>KAPSÜL GERME HALKALARI</b>	
GZ1069	SÜTÜRSÜZ KAPSÜL GERME HALKALARI	
GZ1070	SÜTÜRLE FİKSASYONLU KAPSÜL GERME HALKALARI	32,00
GZ1071	SEGMENTAL HALKALAR	
GZ1072	ANİRİDİ HALKALAR	680,00
GZ1073	ENJEKTABL KAPSÜL GERME HALKALARI	
	<b>GLOKOM CERRAHİSİNDE KULLANILABİLECEK MALZEMELER</b>	
GZ1074	DIYOD LAZER PROPLARI	
GZ1075	GLOKOM REVİZYON PİCK (30° VE 60°)	
GZ1076	VİSKOKANALOSTOMİ KANÜLÜ	
GZ1077	SKLERAL PAŇÇLAR VE TRABEKÜLER PAŇÇLAR	
GZ1078	KANALOPLASTİ SETİ	
GZ1079	CRESCENT BIÇAK	
GZ1080	DİSK BIÇAK	
GZ1081	DERİN SKLERAL İMPLANTLAR	
	<b>SETON İMPLANTLAR</b>	
GZ1082	DRENAJ SİSTEMİ ÖN KAMERADAN OLAN VALFLİ İMPLANTLAR	
GZ1083	DRENAJ SİSTEMİ ÖN KAMERADAN OLAN VALFSİZ İMPLANTLAR	
GZ1084	DRENAJ SİSTEMİ PARS PLANA YOLUYLA OLANLAR	
	<b>VİTREORETİNAL CERRAHİ MALZEMELERİ</b>	
GZ1085	VİTREORETİNAL CERRAHİ CİHAZLARINA UYGUN ÇAPTA KASET VE TÜP SETLERİ 20G	
GZ1086	VİTREORETİNAL CERRAHİ CİHAZLARINA UYGUN ÇAPTA KASET VE TÜP SETLERİ 23G	
GZ1087	VİTREORETİNAL CERRAHİ CİHAZLARINA UYGUN ÇAPTA KASET VE TÜP SETLERİ 25G	
GZ1088	VİTREORETİNAL CERRAHİ CİHAZLARINA UYGUN ÇAPTA UÇLAR	298,00
GZ1089	SİLİKON ENJEKSİYON VE EKSTRAKSİYON SETLERİ 20G	
GZ1090	SİLİKON ENJEKSİYON VE EKSTRAKSİYON SETLERİ 23G	
GZ1091	SİLİKON ENJEKSİYON VE EKSTRAKSİYON SETLERİ 25G VE DAHA İNCE OLANLAR	
GZ1092	SİLİKON ENJEKSİYON VE EKSTRAKSİYON KANÜLLERİ 20G	
GZ1093	SİLİKON ENJEKSİYON VE EKSTRAKSİYON KANÜLLERİ 23G	
GZ1094	SİLİKON ENJEKSİYON VE EKSTRAKSİYON KANÜLLERİ 25G	
GZ1095	SIVI PERFLOROKARBON ENJEKSİYON VE EKSTRAKSİYON KANÜLLERİ 20G	
GZ1096	SIVI PERFLOROKARBON ENJEKSİYON VE EKSTRAKSİYON KANÜLLERİ 23G	
GZ1097	SIVI PERFLOROKARBON ENJEKSİYON VE EKSTRAKSİYON KANÜLLERİ 25G	
GZ1098	İNFÜZYON KANÜLLERİ 20G	
GZ1099	İNFÜZYON KANÜLLERİ 23G	
GZ1100	İNFÜZYON KANÜLLERİ 25G	
GZ1101	SUBRETİNAL KANÜLLER 20G	
GZ1102	SUBRETİNAL KANÜLLER 23G	
GZ1103	SUBRETİNAL KANÜLLER 25G	
GZ1104	MEMBRANE MİCROPİCK VE DİSEKTÖRLER 20G	
GZ1105	MEMBRANE MİCROPİCK VE DİSEKTÖRLER 23G	
GZ1106	MEMBRANE MİCROPİCK VE DİSEKTÖRLER 25G	
GZ1107	MEMBRANE DELAMİNATÖRLER 20G	
GZ1108	MEMBRANE DELAMİNATÖRLER 23G	
GZ1109	MEMBRANE DELAMİNATÖRLER 25G	
GZ1110	PNÖMATİK VİTREKTOMİ PROBLARI 20G	
GZ1111	PNÖMATİK VİTREKTOMİ PROBLARI 23G	
GZ1112	PNÖMATİK VİTREKTOMİ PROBLARI 25G	

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYAT (TL)
GZ1113	ENDOİLLUMİNASYON PROBLARI 20G	
GZ1114	ENDOİLLUMİNASYON PROBLARI 23G	
GZ1115	ENDOİLLUMİNASYON PROBLARI 25G	
GZ1116	AVİZE TİPİ ENDOİLLUMİNASYON SETLERİ 20G	
GZ1117	AVİZE TİPİ ENDOİLLUMİNASYON SETLERİ 23G	
GZ1118	AVİZE TİPİ ENDOİLLUMİNASYON SETLERİ 25G	
GZ1119	AVİZE TİPİ ENDOİLLUMİNASYON SETLERİ 27G	
GZ1120	ENDODİATERMİ PROBLARI 20G	
GZ1121	ENDODİATERMİ PROBLARI 23G	
GZ1122	ENDODİATERMİ PROBLARI 25G	
GZ1123	ENDOLAZER PROBLARI 20G	
GZ1124	ENDOLAZER PROBLARI 23G	
GZ1125	ENDOLAZER PROBLARI 25G	
GZ1126	ENDO FAKO FRAGMATOM 20G	
GZ1127	ENDO FAKO FRAGMATOM 23G	
GZ1128	ENDO FAKO FRAGMATOM 25G	
GZ1129	YABANCI CİSİM FORSEPSLERİ 20G	
GZ1130	YABANCI CİSİM FORSEPSLERİ 23G	
GZ1131	YABANCI CİSİM FORSEPSLERİ 25G	
GZ1132	MEMBRAN FORSEPSLERİ 20 G	
GZ1133	MEMBRAN FORSEPSLERİ 23 G	
GZ1134	MEMBRAN FORSEPSLERİ 25 G	
GZ1135	İLM FORSEPSLERİ 20G	
GZ1136	İLM FORSEPSLERİ 23G	
GZ1137	İLM FORSEPSLERİ 25G	
GZ1138	VİTREORETİNAL MAKASLAR 20G	
GZ1139	VİTREORETİNAL MAKASLAR 23G	
GZ1140	VİTREORETİNAL MAKASLAR 25G	
GZ1141	ARKA SEGMENT CERRAHİ GÖRÜNTÜLEME LENSLERİ	
GZ1142	VİTREORETİNAL İĞNE	35,00
GZ1143	VİTREORETİNAL SWEEPER (SÜPÜRÜCÜ) (ELMAS UÇLU)	
GZ1144	VİTREORETİNAL TROKAR SİSTEMİ 20G	
GZ1145	VİTREORETİNAL TROKAR SİSTEMİ 23G	
GZ1146	VİTREORETİNAL TROKAR SİSTEMİ 25G	
GZ1147	VİTREORETİNAL BACK FLUSH KANÜLLER 20G	
GZ1148	VİTREORETİNAL BACK FLUSH KANÜLLER 23G	
GZ1149	VİTREORETİNAL BACK FLUSH KANÜLLER 25G	
GZ1150	VİTREORETİNAL SIVI HAVA DEĞİŞİM SETİ	
GZ1151	PIKLI ENDOİLLUMİNATÖR	
	<b>GÖZ İÇİ TAMPONATLARI</b>	
GZ1152	SIVI PERFLOROKARBONLAR	71,00
GZ1153	GÖZ İÇİ GAZ SETİ SF6	
GZ1154	GÖZ İÇİ GAZ SETİ C3F8	
GZ1155	GÖZ İÇİ GAZ SETİ C2F6	
GZ1156	SİLİKON TAMPONATLARI 1000	
GZ1157	SİLİKON TAMPONATLARI 5000	
GZ1158	SİLİKON TAMPONATLARI AĞIR	
	<b>DEKOLMAN CERRAHİSİ SETLERİ</b>	
GZ1159	SİLİKON BANT	17,00
GZ1160	SİLİKON RAY (276,279,280,VB.)	25,00
GZ1161	SİLİKON SLEEVE	22,00
GZ1162	LOKAL SPONGE	70,00
	<b>KORNEA CERRAHİSİ</b>	
GZ1163	LAMELLER KEROTOPLASTİ BIÇAK	10,00
GZ1164	INTRAKORNEAL HALKA,SEGMENT VE LENSLEK	
GZ1165	KORNEA İŞARETLEYİCİLERİ	
GZ1166	RİBOFLAVİN A SOLÜSYONU İZOTONİK	
GZ1167	RİBOFLAVİN A SOLÜSYONU HİPOTONİK	
GZ1168	TERAPÖTİK KONTAKT LENSLEK	
GZ1169	MİKROKERATOM BLADI:	
	(1) Sağlık kurulu raporuna istinaden bedeli Kuruma karşılanır.	
GZ1170	MİKROKERATOM TUBİNG SET	
	(1) Sağlık kurulu raporuna istinaden bedeli Kuruma karşılanır.	
GZ1171	APPLANATOR	
	(1) Sağlık kurulu raporuna istinaden bedeli Kuruma karşılanır.	
GZ1172	SPATULA, ROLLER, ELEVATOR'LER	
	(1) Sağlık kurulu raporuna istinaden bedeli Kuruma karşılanır.	

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYAT (TL)
GZ1173	MARKING PAD	
(1) Sağlık kurulu raporuna istinaden bedeli Kurumca karşılanır.		
GZ1174	LASEK DİSSECTOR	
(1) Sağlık kurulu raporuna istinaden bedeli Kurumca karşılanır.		
GZ1175	LASEK CANNÜLA	
(1) Sağlık kurulu raporuna istinaden bedeli Kurumca karşılanır.		
GZ1176	LASEK EDGE FITLER	
(1) Sağlık kurulu raporuna istinaden bedeli Kurumca karşılanır.		
GZ1177	LASEK MİCROHOOK	
(1) Sağlık kurulu raporuna istinaden bedeli Kurumca karşılanır.		
GZ1178	LASIK SPEAR'LARI	
(1) Sağlık kurulu raporuna istinaden bedeli Kurumca karşılanır.		
	<b>KORNEA SAKLAMA SOLÜSYONLARI</b>	
GZ1179	KORNEA SAKLAMA SOLÜSYONLARI	
GZ1180	AMNİYON MEMBRAN SAKLAMA SOLÜSYONU	
	<b>TREPANLAR</b>	
GZ1181	VAKUMSUZ TREPAN	160,00
GZ1182	VAKUMLU TREPAN	190,00
	<b>PUNCH TREPAN</b>	
GZ1183	VAKUMLU PUNCH TREPAN	180,00
GZ1184	VAKUMSUZ PUNCH TREPAN	189,00
	<b>KERATOPROTEZ SETİ</b>	
GZ1185	GEÇİCİ KERATOPROTEZ SETİ	
GZ1186	KALICI KERATOPROTEZ SETİ	
	<b>OKULOPLASTİK CERRAHİ</b>	
GZ1187	LİYOFİLİZE FASİA LATA	
GZ1188	LİYOFİLİZE DURA MATER	
GZ1189	LİYOFİLİZE PERİKARDİYUM	
GZ1190	LİYOFİLİZE SKLERA	
GZ1191	MERSİLEN MESH	
GZ1192	SİLİKON FRONTAL ASKI SETİ	
GZ1193	ALTIN İMPLANT (MERKEZ BANKASI'NIN O GÜNKÜ ALTIN (GR CİNSİNDEN) KURU ÜZERİNDEN ÖDENİR)	
(1) 3.Basamak Hastanelerde, 2 (iki) Göz Hastahıkları ve 1 (bir) Nöroloji uzmanının olduğu sağlık kurulu raporu ile bedeli Kurumca karşılanır.		
GZ1194	EGZENTERASYON SONRASI PROTEZ İÇİN TİTANYUM ÇİVİSİ	
GZ1195	ORBİTAL VE SOKET EKSPANDERLER	
	<b>PLAKLAR</b>	
GZ1196	GÖZ KAPAĞI CERRAHİSİNDE KULLANILAN PLAKLAR/ORBİTA REKONSTRÜKSİYON PLAKLARI	
GZ1197	RADYOTERAPİ PLAKLARI	
GZ1198	KONFORMER (DELİKLİ-DELİKSİZ)	78,00
GZ1199	SEMBLEFERON HALKASI	186,00
	<b>ORBİTAL İMPLANT</b>	
GZ1200	SİLİKON	93,00
GZ1201	METİLMETAKRİLAT	90,00
GZ1202	HİDROKSİAPATİT(KAPLAMALI-KAPLAMASIZ)	813,00
GZ2000	PORUS POLİETİLEN	
	<b>LAKRİMAL SİSTEM CERRAHİSİ</b>	
GZ1203	EĞRİ DSR SETLERİ	35,00
GZ1204	DÜZ DSR SETLERİ	38,00
GZ1205	LAKRİMAL KANÜLLER	2,18
GZ1206	LAKRİMAL İNTÜBASYON SETİ (TÜM ŞEKİL VE ÖZELLİK)	50,00
GZ1207	LAKRİMAL DİLATATÖR VE PROBLAR	38,00
GZ1208	PUNKTUM TIKAÇ SETLERİ (TÜM ŞEKİL VE ÖZELLİK)	110,00
GZ1209	LESTER JONES RİNOSTOMİ TÜPLERİ/KONALİKÜLER RİNOSTOMİ TÜPLERİ	
GZ1210	KONJONKTİVAL RİNOSTOMİ TÜPLERİ	198,00
GZ1211	LAKRİMAL TREPİNE	
GZ1212	NAZOLAKRİMAL BALON KATETER	
	<b>MONOKANALİKÜLER TÜPLER</b>	
GZ1213	MONOKANALİKÜLER TÜPLER KISA	
GZ1214	MONOKANALİKÜLER TÜPLER UZUN	
	<b>SÜTÜRLER</b>	
GZ1215	SKLERAL FİKSASYON SÜTÜRÜ BİRİ DÜZ İGNELİ	
GZ1216	SKLERAL FİKSASYON SÜTÜRÜ ÇİFT EĞRİ İGNELİ	
GZ1217	SKLERAL FİKSASYON SÜTÜRÜ ÇİFT DÜZ İGNELİ	
GZ1218	SKLERAL FİKSASYON SÜTÜRÜ TEK EĞRİ İĞNE LOOPLU	

Tıbbi malzeme alan tanımına ait ödeme kriterleri ve/veya kuralları, bulunduğu satırın altında yer almaktadır. Tıbbi malzeme alan tanımlarını kapsayan başlığın altında yer alan ödeme kriterleri ve/veya kuralları, başlığın altındaki tüm malzeme alan tanımlarına aittir.

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYAT (TL)
	<b>KARDİYOLOJİ</b>	
	<b>RİTİM</b>	
	<b>DEFİBRİLATÖRLER</b>	
	<b>ICD, VVİR</b>	
KR1000	ICD, VVİR	8.700,00
KR1001	ICD, VVİR, QUADRİPOLAR KONNEKTÖR GİRİŞİ	
(1) Epikrizde 2 (iki) Kardiyoloji uzmanının imzasının olması halinde, Kurumca bedeli karşlanır.		
KR1002	ICD, VVİR, SIVI YÜKÜ VEYA SOLUNUM TAKİBİ YAPABİLİR	
(1) 3.basamak hastanelerde, epikrizde 2 (iki) Kardiyoloji uzmanının imzasının olması halinde, Kurumca bedeli karşlanır.		
KR1003	ICD, VVİR, UYGUNSUZ ŞOK AZALTIÇI ÖZELLİKLI	
(1) Epikrizde 2 (iki) Kardiyoloji uzmanının imzasının olması halinde, Kurumca bedeli karşlanır.		
KR1004	ICD, VVİR, MR UYUMLU	
(1) 3.basamak hastanelerde, MR ile takibi zorunlu hastalığı olan kişilerde, bu hastalığın ilerlediğini ve hayatı fonksiyonları tehdit edebileceğinin ilgili brans hekimince belirtildiği, ilgili brans hekiminin ve 2 (iki) Kardiyoloji uzmanının olduğu sağlık kurulu raporuna istinaden bedeli Kurumca karşlanır.		
	<b>ICD, DDDR</b>	
KR1005	ICD, DDDR	10.560,00
(1) Epikrizde 2 (iki) Kardiyoloji uzmanının imzasının olması halinde, Kurumca bedeli karşlanır.		
KR1006	ICD, DDDR, QUADRİPOLAR KONNEKTÖR GİRİŞİ	
(1) Epikrizde 2 (iki) Kardiyoloji uzmanının imzasının olması halinde, Kurumca bedeli karşlanır.		
KR1007	ICD, DDDR, VENTRİKÜLER PACİNG AZALTIÇI ÖZELLİKLI ALGORİTMA OLAN	
(1) Epikrizde 2 (iki) Kardiyoloji uzmanının imzasının olması halinde, Kurumca bedeli karşlanır.		
KR1008	ICD, DDDR, VENTRİKÜLER PACİNG AZALTIÇI ÖZELLİKLI ALGORİTMA OLAN, SIVI YÜKÜ VEYA SOLUNUM TAKİBİ YAPABİLİR	
(1) 3.basamak hastanelerde, epikrizde 2 (iki) Kardiyoloji uzmanının imzasının olması halinde, Kurumca bedeli karşlanır.		
KR1009	ICD, DDDR, VENTRİKÜLER PACİNG AZALTIÇI ÖZELLİKLI ALGORİTMA OLAN, UYGUNSUZ ŞOK AZALTIÇI	
(1) Epikrizde 2 (iki) Kardiyoloji uzmanının imzasının olması halinde, Kurumca bedeli karşlanır.		
	<b>ICD, Bİ-VENTRİKÜLER</b>	
KR1010	ICD, Bİ-VENTRİKÜLER	
(1) Epikrizde 2 (iki) Kardiyoloji uzmanının imzasının olması halinde, Kurumca bedeli karşlanır.		
KR1011	ICD, Bİ-VENTRİKÜLER SIVI TAKİBİ VEYA SOLUNUM TAKİBİ YAPABİLİR	
(1) 3.basamak hastanelerde, epikrizde 2 (iki) Kardiyoloji uzmanının imzasının olması halinde, Kurumca bedeli karşlanır.		
KR1012	ICD, Bİ-VENTRİKÜLER UYGUNSUZ ŞOK AZALTIÇI ÖZELLİKLI	
(1) Epikrizde 2 (iki) Kardiyoloji uzmanının imzasının olması halinde, Kurumca bedeli karşlanır.		
	<b>KALP PİLLERİ</b>	
	<b>KALP PİLLİ, DDDR</b>	
KR1013	KALP PİLLİ, DDDR PEDIATRİK	
(1) Epikrizde 2 (iki) Kardiyoloji veya Pediyatrik Kardiyoloji uzmanının imzasının olması halinde, Kurumca bedeli karşlanır.		
KR1014	KALP PİLLİ, DDDR	1.800,00
(1) Epikrizde 2 Kardiyoloji uzmanının imzasının olması halinde, Kurumca bedeli karşlanır.		
KR1015	KALP PİLLİ, DDDR MR UYUMLU	
(1) 3.basamak hastanelerde, MR ile takibi zorunlu hastalığı olan kişilerde, bu hastalığın ilerlediğini ve hayatı fonksiyonları tehdit edebileceğinin ilgili brans hekimince belirtildiği, ilgili brans hekiminin ve 2 (iki) Kardiyoloji uzmanının olduğu sağlık kurulu raporuna istinaden bedeli Kurumca karşlanır.		
KR1016	KALP PİLLİ, DDDR, VENTRİKÜLER PACİNG AZALTIÇI ÖZELLİKLI ALGORİTMA OLAN	
(1) Epikrizde 2 (iki) Kardiyoloji uzmanının imzasının olması halinde, Kurumca bedeli karşlanır.		
KR1017	KALP PİLLİ, VDD-VDDR	
(1) Epikrizde 2 (iki) Kardiyoloji uzmanının imzasının olması halinde, Kurumca bedeli karşlanır.		
	<b>KALP PİLLİ, VVİR</b>	
KR1018	KALP PİLLİ VVİR PEDIATRİK	
(1) Epikrizde 2 (iki) Kardiyoloji veya Pediyatrik Kardiyoloji uzmanının imzasının olması halinde, Kurumca bedeli karşlanır.		
KR1019	KALP PİLLİ VVİR	1.580,00
(1) Epikrizde 2 (iki) Kardiyoloji uzmanının imzasının olması halinde, Kurumca bedeli karşlanır.		
KR1020	KALP PİLLİ VVİR MR UYUMLU	
(1) 3.basamak hastanelerde, MR ile takibi zorunlu hastalığı olan kişilerde, bu hastalığın ilerlediğini ve hayatı fonksiyonları tehdit edebileceğinin ilgili brans hekimince belirtildiği, ilgili brans hekiminin ve 2 (iki) Kardiyoloji uzmanının olduğu sağlık kurulu raporuna istinaden bedeli Kurumca karşlanır.		
	<b>KALP PİLLİ, Bİ-VENTRİKÜL</b>	
KR1021	KALP PİLLİ, Bİ-VENTRİKÜL	3.600,00
(1) Epikrizde 2 (iki) Kardiyoloji uzmanının imzasının olması halinde, Kurumca bedeli karşlanır.		
	<b>ELEKTRODLAR</b>	
KR1022	ELEKTROD, ICD SOK ELEKTROD	1.500,00
KR1023	ELEKTROD, ICD SOK ELEKTROD, MR UYUMLU	
(1) 3.basamak hastanelerde, MR ile takibi zorunlu hastalığı olan kişilerde, bu hastalığın ilerlediğini ve hayatı fonksiyonları tehdit edebileceğinin ilgili brans hekimince belirtildiği, ilgili brans hekiminin ve 2 (iki) Kardiyoloji uzmanının olduğu sağlık kurulu raporuna istinaden bedeli Kurumca karşlanır.		
KR1024	ELEKTROD, ATRIAL (AKTİF-PASİF FİKSASYON	280,00
KR2000	ELEKTROD, AKTİF, LÜMENİSİZ, ÖZGÜR YERLEŞİM	
KR2001	ELEKTROD, AKTİF, LÜMENİSİZ, ÖZGÜR YERLEŞİM İÇİN KATETİ	
KR1025	ELEKTROD, ATRIAL (AKTİF-PASİF FİKSASYON), MR UYUMLU	
(1) 3.basamak hastanelerde, MR ile takibi zorunlu hastalığı olan kişilerde, bu hastalığın ilerlediğini ve hayatı fonksiyonları tehdit edebileceğinin ilgili brans hekimince belirtildiği, ilgili brans hekiminin ve 2 (iki) Kardiyoloji uzmanının olduğu sağlık kurulu raporuna istinaden bedeli Kurumca karşlanır.		
KR1026	ELEKTROD, VENTRİKÜLER (AKTİF-PASİF)	280,00
KR1027	ELEKTROD, VDD	
KR1028	ELEKTROD, VENTRİKÜLER (AKTİF-PASİF), MR UYUMLU	
(1) 3.basamak hastanelerde, MR ile takibi zorunlu hastalığı olan kişilerde, bu hastalığın ilerlediğini ve hayatı fonksiyonları tehdit edebileceğinin ilgili brans hekimince belirtildiği, ilgili brans hekiminin ve 2 (iki) Kardiyoloji uzmanının olduğu sağlık kurulu raporuna istinaden bedeli Kurumca karşlanır.		
KR1029	ELEKTROD, GEÇİCİ	60,00
KR2002	ELEKTROD, GEÇİCİ, BALONLU	
KR1030	ELEKTROD, EPİKARDİYAL CERRAHİ İŞLEMLERDE KULLANILMAK ÜZERİ	400,00
KR1031	KORONER SİNÜS ELEKTROD, PASİF	
KR1032	KORONER SİNÜS ELEKTROD, AKTİF FİKSASYON	
KR1033	KORONER SİNÜS VENOGRAFİ BALON	
KR1034	ELEKTROD ADAPTÖRÜ	
	<b>ELEKTROFİZYOLOJİ</b>	
	<b>KATETER, ELEKTROFİZYOLOJİ</b>	
(1) Epikrizde 2 (iki) Kardiyoloji uzmanının imzasının olması halinde, Kurumca bedeli karşlanır.		
KR1035	KATETER, ELEKTROFİZYOLOJİ, DİAGNOSTİK, FIXED CURVE	390,00
KR1036	KATETER, ELEKTROFİZYOLOJİ, DİAGNOSTİK, STEERABLE KATETERLER	753,00
KR1037	KATETER, ELEKTROFİZYOLOJİ, ÖSEFAGUS	
KR1038	KATETER, DAİRESEL PULMONER VEN POTANSİYEL KAYDI İÇİN	
KR1039	TRANS THORACIC PACE /DEFİBRİLATİON/CARDIOVERSION PATÇE	
	<b>KATETER, ABLASYON</b>	
KR1040	KATETER, ABLASYON MULTİ CURVE	925,00
KR1041	KATETER, ABLASYON, MONO DIRECTIONAL	
KR1042	KATETER, ABLASYON, MONO DIRECTIONAL 8-10MM	
KR1043	KATETER, ABLASYON, Bİ-DIRECTIONAL	
KR1044	KATETER, ABLASYON, DONDIJMAL CURVE	5.800,00
(1) 3.basamak hastanelerde, epikrizde 2 (iki) Kardiyoloji uzmanının imzasının olması halinde, Kurumca bedeli karşlanır.		
KR1045	KATETER, ABLASYON, KOMPLEKS HARİTALAMA, 3 BOYUTLU, MANYETİK SENSÖRLÜ PATCH DAHI	
(1) 3.basamak hastanelerde, epikrizde 2 (iki) Kardiyoloji uzmanının imzasının olması halinde, Kurumca bedeli karşlanır.		
KR1046	KATETER, ABLASYON, KOMPLEKS HARİTALAMA, 3 BOYUTLU, ELEKTRİK SENSÖRLÜ PATCH DAHI	
(1) 3.basamak hastanelerde, epikrizde 2 (iki) Kardiyoloji uzmanının imzasının olması halinde, Kurumca bedeli karşlanır.		

KR1047	KATETER, ABLASYON PULMONER VEN BALON DONDURMALI (1)3. basamak hastanelerde, epikrizide 2 (iki) Kardiyoloji uzmanının imzasının olması halinde, Kurumca bedeli karşlanır.	
KR1048	KATETER, ABLASYON SİLİ SOĞUTMALI MONO DIRECTIONAL	
KR1049	KATETER, ABLASYON SİLİ SOĞUTMALI Bİ DİREK HONAI	
KR1050	KATETER, SHEATH, ABLASYON İÇİN YÖNLENDİRİLEBİLİR (1)3. basamak hastanelerde, epikrizide 2 (iki) Kardiyoloji uzmanının imzasının olması halinde, Kurumca bedeli karşlanır.	
KR1051	KATETER, İNTRAKARDİYAK LONG SHEATH	
KR1052	KATETER, TRANSSEPTAL İĞNE	
KR1053	KATETER, PULMONER VEN DİRESEL HARİTALAMA KATETER (1)3. basamak hastanelerde, epikrizide 2 (iki) Kardiyoloji uzmanının imzasının olması halinde, Kurumca bedeli karşlanır.	
KR1054	KATETER, KORONERİNUS STEERABLE DIAGNOSTİK 4-6 POI	
KR1055	KATETER, KORONERİNUS STEERABLE DIAGNOSTİK 10 POI	
KR2003	KATETER, KORONERİNUS FİKSÜRVE DIAGNOSTİK, 10 POI	
KR1056	KATETER, STEERABLE DIAGNOSTİK, 20 POI	
KR1057	KATETER, FIX CURVE DIAGNOSTİK 4 POI	
KR1058	KATETER, 3 BOYUTLU NON KONTAK BALON HARİTALAMA KATETER (1)3. basamak hastanelerde, epikrizide 2 (iki) Kardiyoloji uzmanının imzasının olması halinde, Kurumca bedeli karşlanır.	
<b>ANJİYOGRAFI MALZEMELERİ</b>		
KR1059	DIAGNOSTİK KATETERLER	10,00
KR1060	DIAGNOSTİK KATETERLER, RADYAL ARTER	40,00
KR1061	İNTRODÜSER, ANJİYOGRAFIK	13,00
KR1062	İNTRODÜSER, ANJİYOGRAFIK, RADYAL ARTER	37,00
<b>KILAVUZ TEL</b>		
<b>KILAVUZ TELLER</b>		
KR2004	KILAVUZ TEL, 032"-038", STANDART	
KR1063	KILAVUZ TEL, 032"-038", BENTSON	
<b>KILAVUZ TEL, 032"-038", AMPLATZ</b>		
KR1064	KILAVUZ TEL, 032"-038", AMPLATZ, 70-100CM	
KR1065	KILAVUZ TEL, 032"-038", AMPLATZ, 140-190CM	
KR1066	KILAVUZ TEL, 032"-038", AMPLATZ, 260-300CM	
<b>KILAVUZ TEL, 032"-038", HİDROFİLİK</b>		
KR1067	KILAVUZ TEL, 032"-038", HİDROFİLİK	
KR1068	KILAVUZ TEL, 032"-038", HİDROFİLİK, 260-300CM	
KR1069	KILAVUZ TEL, 032"-038", HİDROFİLİK, DİSTAL İNCELE?	
KR1070	KILAVUZ TEL, 032"-038", HİDROFİLİK, DİSTAL İNCELEN, 260-300CM	
KR1071	KILAVUZ TEL, 032"-038", HİDROFİLİK, SERT	
KR1072	KILAVUZ TEL, 032"-038", HİDROFİLİK, SERT, 260-300CM	
KR1073	KILAVUZ TEL, 032"-038", HİDROFİLİK, SERT, DİSTAL İNCELE?	
KR1074	KILAVUZ TEL, 032"-038", HİDROFİLİK, SERT, DİSTAL İNCELEN, 260-300CM	
<b>KILAVUZ TEL, 032"-038", SÜPER SERT</b>		
KR1075	KILAVUZ TEL, 032"-038", SÜPER SERT, TEFLON KAPLI, 140-190CM	
KR1076	KILAVUZ TEL, 032"-038", SÜPER SERT, TEFLON KAPLI, RO UÇLU, 140-190CM	
KR1077	KILAVUZ TEL, 032"-038", SÜPER SERT, TEFLON KAPLI, 260-300CM	
KR1078	KILAVUZ TEL, 032"-038", SÜPER SERT, TEFLON KAPLI, RO UÇLU, 260-300CM	
KR1079	KILAVUZ TEL, 032"-038", LÜNDROÜSTİ	
<b>KILAVUZ TEL, ANJİYOPLASTİ</b>		
KR1080	KILAVUZ TEL, ANJİYOPLASTİ, 0,014-0,018", DİSTAL HİDROFİLİK	117,00
KR1081	KILAVUZ TEL, ANJİYOPLASTİ, 032"-038", DİSTAL HİDROFİLİK	
KR1082	KILAVUZ TEL, ANJİYOPLASTİ, 032"-038", DİSTAL HİDROFİLİK VE İNCELE?	
KR1083	KILAVUZ TEL, ANJİYOPLASTİ, 0,014-0,018", REKANALİZASYON AMAÇ	240,00
<b>PTCA KILAVUZ TELLER</b>		
KR1084	PTCA KILAVUZ TEL, 0,014", 150-190 CM ARASI	
KR1085	PTCA KILAVUZ TEL, 0,014" 200 - 300 CM ARASI	
KR1086	PTCA KILAVUZ TEL, 0,014" 150-190 CM HİDROFİLİK	
KR1087	PTCA KILAVUZ TEL, 0,014" 200-300 CM HİDROFİLİK	
KR1088	PTCA KILAVUZ TEL, 0,014" 150-190 CM CTO	
KR1089	PTCA KILAVUZ TEL, 0,014" 200-300 CM CTO	
KR1090	PTCA KILAVUZ TEL, 0,014" 150-190 CM CTO-SERT	
KR1091	PTCA KILAVUZ TEL, 0,014" 200-300 CM CTO-SERT	
<b>PERİFERİK BALONLU KATETERLER</b>		
<b>KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ</b>		
KR1092	KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, 035" OTW	225,00
KR1093	KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, 035" OTW, GENİŞ ÇAPLI (EN AZ 14MM)	265,00
KR1094	KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, 035" OTW, YÜKSEK BASINÇLI (EN AZ 16ATM)	275,00
KR1095	KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, 014", MONORAHİ	301,00
KR1096	KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, 014", MONORAHİ / UZUN BALONLU (EN AZ 10 CM)	
KR1097	KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, 014", OTW	403,00
KR1098	KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, 014", MONORAHİ, DÜŞÜK PROFİLLİ (<2 MM.)	170,00
KR1099	KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, 018", MONORAHİ	335,00
KR1100	KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, 018", OTW	390,00
KR1101	KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, 018", OTW, UZUN BALONLU (EN AZ 10CM)	
<b>ANJİYOGRAFI KATETERLERİ</b>		
KR1102	KATETER, ANJİYOGRAFI, ÖRGÜSÜZ	
KR1103	KATETER, ANJİYOGRAFI, ÖRGÜLÜ, YUMUŞAK UÇLU	35,00
KR1104	KATETER, ANJİYOGRAFI, İSARETLİ KALİBRASYON KATETER	120,00
KR1105	KATETER, ANJİYOGRAFI, PEDIYATRİK	24,00
KR1106	KATETER, ANJİYOGRAFI, HİDROFİLİK / TAMAMI HİDROFİLİK YUMUŞAK UÇLU	
KR1107	KATETER, ANJİYOGRAFI, ÖRGÜLÜ, HİDROFİLİK, UZUN (>105 CM)	259,00
KR1108	SWAN-GANZ KATETERLERİ	
KR1109	TERMODÜZYON KATETERİ	
<b>SET, İNTRODÜSER, PERİFERİK</b>		
KR1110	SET, İNTRODÜSER, PERİFERİK, 15CM VE ALTI, ÖRGÜSÜZ	45,00
KR1111	SET, İNTRODÜSER, PERİFERİK, 15CM VE ALTI, ÖRGÜSÜZ, HİDROFİLİK	
KR1112	SET, İNTRODÜSER, PERİFERİK, 16-44CM, METAL KAPLAMA	112,00
KR1113	SET, İNTRODÜSER, PERİFERİK, 16-44CM, ÖRGÜLÜ, HİDROFİLİK	95,00
KR2005	SET, İNTRODÜSER, PERİFERİK, 16-44CM, ÖRGÜSÜZ, HİDROFİLİK	
KR1114	SET, İNTRODÜSER, PERİFERİK, 45-64CM, METAL KAPLAMA	256,00
KR1115	SET, İNTRODÜSER, PERİFERİK, 45-64CM, ÖRGÜLÜ, HİDROFİLİK	450,00
KR2006	SET, İNTRODÜSER, PERİFERİK, 45-64CM, ÖRGÜSÜZ, HİDROFİLİK	
KR2007	SET, İNTRODÜSER, PERİFERİK, PEDIYATRİK, 4F ALT	
KR2008	SET, İNTRODÜSER, PERİFERİK, PEDIYATRİK, 4F VE ÜZER	
KR1117	SET, İNTRODÜSER, PERİFERİK, PEDIAİ	
<b>VENA KAVA FİLTRESİLERİ</b>		
KR1118	VENA KAVA FİLTRESİ, KALICI / GEÇİCİ / GERİ ALINABİLİR	
KR1119	VENA KAVA FİLTRESİ, GERİ ALMA KATETER	
KR1120	OKLÜZYONDA TEKRAR LÜMENE GİRİM (REENTRY) KATETERLERİ	
KR1121	KATETER, OKLÜZYON, TEKRAR LÜMENE GİRİM, GEÇERK LÜMENDEN GEÇİR	
KR1122	KATETER, OKLÜZYON, TEKRAR LÜMENE GİRİM, GEÇERK LÜMENDEN GEÇİR, ANJİYOPLASTİ	
<b>PTCA MALZEMELERİ</b>		
KR1123	PTCA BALON	73,00
KR1124	PTCA BALON, NONKOMPLİAN	149,00
KR1125	PTCA ANJİYOPLASTİ, PERİFERİK BALON	290,00
KR1126	PTCA BALONLU AC SALINIMI	
KR1127	KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, KESİCİ, 018", OTW/014 MONORAHİ.	
(1) Malzemenin kullanım endikasyonunu epikrizde ayrıntılı olarak belirtilmelidir.		
KR1128	OVER THE WIRE BALON	55,00
KR1129	BASINÇ ÖLÇER KILAVUZ TEL, KORONER HEMODİNAMİ ÇALIŞMA	1.490,00
(1) Epikrizde 2 (iki) Kardiyoloji uzmanının imzasının olması halinde, Kurumca bedeli karşlanır.		

KR2009	KATERER, INTRAVASKÜLER ULTRASON (IVUS) KORONER	
(1) Sol Aorta Koroner Lezyonlarının Değerlendirilmesinde , Restenozis nedeninin değerlendirilmesinde, Lezyon ciddiyetinin anjiyografik olarak tespit edilmediği durumlarda, Kronik Total Oklüzyonlu vakalarda kullanılması ve epikrizde 2 (İK) Kardiyoloji uzmanının imzasının olması halinde, Kurumca bedeli karşılır.		
<b>MİKRO KATERER</b>		
KR1131	KATERER, MİKRO, PERİFERİK, ÖRGÜTLÜ, TEK İŞARETLİ	630,00
KR1132	KATERER, MİKRO, PERİFERİK, ÖRGÜTLÜ, ÇİFT İŞARETLİ	1.100,00
KR1133	KATERER, MİKRO, PERİFERİK, ÖRGÜTLÜ (MİKRO KILAVUZ TELİ İLE BİRLİKTE)	1.100,00
KR1134	PTCA MİKRO KATERERLER KİT LÜMENİ	
KR1135	PTCA MİKRO KATERERİ ÇİFT LÜMENİ	
KR1136	PTCA MİKRO KATERER VIDALI TIH	
KR1137	RETROGRAT KORONER KANALLAMA KATERERİ	
KR1139	ROYAHILATÖR VE KATERERİ	
KR1140	INTRAKORONER TROMBÜS ASPRASYON KATERERİ	387,00
KR1142	GUIDING KATERER	
KR2010	İNFLATÖR (BALON SİSİRME KVAÇ/ULTRADİFLATÖR)	
KR1145	Y KONEKTÖR	
KR1146	İNTRADÜZER İĞNE	
KR2011	YONLENDİRİCİ FORKÖR	
KR1148	KORONER ENJEKTÖR	
KR1149	MANİFOLT	
<b>EMBOLİ KORUYUCU SİSTEM, GEÇİCİ</b>		
KR2012	EMBOLİ KORUYUCU SİSTEM, GEÇİCİ, BALONLU/AKIM ÇEVİRİCİLİ	
<b>EMBOLİ KORUYUCU SİSTEM, GEÇİCİ, FİLTRELİ</b>		
KR2013	EMBOLİ KORUYUCU SİSTEM, GEÇİCİ, FİLTRELİ/MONORAIL /MONORALE ÇEVİRİLEBİLİR	
<b>STENTLER</b>		
KR1150	STENT, KORONER, BALONA MONTE EDİLMİŞ ÇIPLAK	194,00
KR1151	STENT, KORONER, BALONA MONTE EDİLMİŞ İLAÇ SALINIMLI	1.018,00
(1) İlaçlı Stentlerin aşağıdaki olgularda kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılır: (a) Damar çapı 3.0 mm ve altında ve uzunluğu 15 mm ve üzerinde olan olgularda (her iki koşulu bir arada sağlanmış şartıyla), (b) Rastrenst (stent restenozis tespit edilmiş olup balon anjiyoplasti uygulanmış ancak tekrar restenozis gelişmiş) in-segment stent restenozis olan olgularda, (2) Bir hastada en fazla 3 (üç) adet ilaçlı stentin Kurumca bedeli karşılır. (3) Yukarıdaki bilgilercin hasta dosyasında bulunması zorunludur.		
KR1152	STENT, KORONER, BALONA MONTE EDİLMİŞ GRAFT STENT	2.279,00
(1) Koroner perforsyon ve koroner anevrizmada kullanıldığını belirtildiği ve epikrizde 2 (iki) Kardiyoloji uzmanının imzasının olması halinde,		
KR1153	STENT, AORT KOARKTASYONU KAPALI İ, KAPSIZ	
(1) Kardiyoloji veya Radyasyon Fizyolojisi ve KVC uzmanlarından oluşan konsey kararına istinaden Kurumca bedeli karşılır.		
KR2014	AORT KOARKTASYONU BALON KATERER	
(1) Kardiyoloji veya Radyasyon Fizyolojisi ve KVC uzmanlarından oluşan konsey kararına istinaden Kurumca bedeli karşılır.		
<b>STENT, VASKÜLER, PERİFERİK</b>		
KR1154	STENT, VASKÜLER, PERİFERİK, BALONLA AÇILAN, OTW	930,00
KR1155	STENT, VASKÜLER, PERİFERİK, BALONLA AÇILAN, MONORAIL	1.050,00
KR1156	STENT, VASKÜLER, PERİFERİK, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, ÇELİ	829,00
KR1157	STENT, VASKÜLER, PERİFERİK, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, NİTİNOL, OTW	825,00
KR1158	STENT, VASKÜLER, PERİFERİK, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, NİTİNOL, MONORAIL	950,00
KR1159	STENT, VASKÜLER, PERİFERİK, BALONA YÜKLENMEMİ	
KR1160	STENT, VASKÜLER, PERİFERİK, AKIM ÇEVİRİCİLİ, ÇOK KATMANLI	
(1) Yandık koruması gerektiren arter anevrizması tedavisinde epikrizde belirtilmesi koşulu ile Kurumca bedeli karşılır.		
<b>STENT, VASKÜLER, KAROTİS</b>		
KR1161	STENT, VASKÜLER, KAROTİS, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, ÇELİK /NİTİNOL / DİSTAL İNCELEN MONORAIL	
(1) 3. basamak hastanelerde, Kardiyoloji, Radyoloji ve Nöroloji veya Kardiyoloji , Radyoloji ve Beyin Cerrahisi uzmanlarından oluşan sağlık kurulu rapuru ile stent uygulananam endikasyonunun epikrizde ayrıntılı olarak belirtilmesi halinde Kurumca bedeli karşılır.		
<b>STENT, PERİFERİK, VASKÜLER, İLAÇ SALINIMLI</b>		
KR1162	STENT, PERİFERİK, VASKÜLER, İLAÇ SALINIMLI, BALONLA AÇILAN, MONORAIL	
KR1163	STENT, PERİFERİK, VASKÜLER, İLAÇ SALINIMLI, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, MONORAIL	
<b>STENT, VASKÜLER, GREFT KAPLI</b>		
<b>STENT, VASKÜLER, GREFT KAPLI, PTFE'Lİ</b>		
(1) Epikrizde 2 (iki) Kardiyoloji uzmanının imzasının olması halinde, Kurumca bedeli karşılır.		
KR1164	STENT, VASKÜLER, GREFT KAPLI, PTFE'Lİ, BALONLA AÇILAN, OTW	3.750,00
KR1165	STENT, VASKÜLER, GREFT KAPLI, PTFE'Lİ, BALONLA AÇILAN, MONORAIL	2.380,00
KR1166	STENT, VASKÜLER, GREFT KAPLI, PTFE'Lİ, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, ÇELİ	
<b>STENT, VASKÜLER, GREFT KAPLI, PTFE'Lİ, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, NİTİNOL</b>		
(1) Epikrizde 2 (iki) Kardiyoloji uzmanının imzasının olması halinde, Kurumca bedeli karşılır.		
KR1167	STENT, VASKÜLER, GREFT KAPLI, PTFE'Lİ, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, NİTİNOL, KISA (5CM VE ALTI)	3.690,00
KR1168	STENT, VASKÜLER, GREFT KAPLI, PTFE'Lİ, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, NİTİNOL, ORTA (6-14CM)	3.885,00
KR1169	STENT, VASKÜLER, GREFT KAPLI, PTFE'Lİ, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, NİTİNOL, UZUN (15CM VE ÜSTÜ)	3.598,00
<b>STENT, VASKÜLER, GREFT KAPLI, PTFE'Lİ, İLAÇ BAĞLI, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, NİTİNOL</b>		
(1) Epikrizde 2 (iki) Kardiyoloji uzmanının imzasının olması halinde, Kurumca bedeli karşılır.		
KR2015	STENT, VASKÜLER, GREFT KAPLI, PTFE'Lİ, İLAÇ BAĞLI VEYA KAPLAMALI KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, NİTİNOL KISA (5CM VE ALTI)	
KR2016	STENT, VASKÜLER, GREFT KAPLI, PTFE'Lİ, İLAÇ BAĞLI VEYA KAPLAMALI KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, NİTİNOL ORTA (6-14CM)	
KR2017	STENT, VASKÜLER, GREFT KAPLI, PTFE'Lİ, İLAÇ BAĞLI VEYA KAPLAMALI KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, NİTİNOL, UZUN (15CM VE ÜSTÜ)	
<b>VALVÜLOPLASTİ MALZEMELERİ</b>		
(1) Epikrizde 2 (iki) Kardiyoloji uzmanının imzasının olması halinde, Kurumca bedeli karşılır.		
KR1171	PERKÜTAN TRANSLÜMINAL MITRAL VALVÜLOPLASTİ BALON KATERER VE DİĞER AKSESUARLARI (SET)	3.870,00
KR1172	MONOFLO VALVÜLOPLASTİ BALON KATERER VE DİĞER AKSESUARLARI (SET)	850,00
KR1173	MİYOKARDİYAL BİYOPSİ FORKSİPİ	647,00
<b>PATENT DÜZELTİCİ ATRİYEL PDA KAPATILMASI</b>		
(1) Pediatric Kardiyoloji veya Kardiyoloji uzmanı ile birlikte KVC uzmanının olduğu konsey kararı ile Kurumca bedeli karşılır.		
KR1174	OCCLUDEUR DEVICE	2.300,00
KR1175	OCCLUDEUR DELIVERY SYSTEM	1.300,00
KR1176	COIL DELIVERY SYSTEM	1.600,00
KR1177	COIL	
<b>ATRIYEL SEPTAL DEFEKT, ASD KAPATILMASI</b>		
(1) Pediatric Kardiyoloji veya Kardiyoloji uzmanı ile birlikte KVC uzmanının olduğu konsey kararı ile Kurumca bedeli karşılır.		
KR1178	ASD OCCLUDEUR DEVICE	6.350,00
KR1179	ASD OCCLUDEUR DELIVERY SYSTEM	840,00
KR1180	ASD OCCLUDEUR RETRIEVAL KIT	
<b>PATENT FOREMAN OVALE KAPATILMASI</b>		
(1) Pediatric Kardiyoloji veya Kardiyoloji uzmanı ile birlikte Nöroloji uzmanının olduğu konsey kararı ile Kurumca bedeli karşılır.		
KR1181	PFO OCCLUDEUR DEVICE	6.950,00
KR1182	PFO OCCLUDEUR DELIVERY SYSTEM	840,00
KR1183	PFO OCCLUDEUR PTFE MEMBRANLI	
KR1184	PFO OCCLUDEUR RETRIEVAL KIT	
<b>VENTRİKÜLER SEPTAL DEFEKT, VSD KAPATILMASI</b>		
(1) Pediatric Kardiyoloji veya Kardiyoloji uzmanı ile birlikte KVC uzmanının olduğu konsey kararı ile Kurumca bedeli karşılır.		
KR1185	VSD OCCLUDEUR DEVICE	7.775,00
KR1186	VSD OCCLUDEUR DELIVERY SYSTEM	840,00
KR1187	VSD OCCLUDEUR RETRIEVAL KIT	
<b>PARAVALVÜLER LEAK (SIZINTI) KAPAMA MALZEMELERİ</b>		
KR1188	PARAVALVÜLER LEAK (SIZINTI) KAPAMA CHIAZ	
KR1189	PARAVALVÜLER LEAK (SIZINTI) KAPAMA TAŞIMA SİSTEMİ	
<b>HEMODİNAMİK ÇALIŞMALARI GÖRÜLMÜŞ AKUT-PULMONER REZİSTANS, SİSTEMİK REZİSTANS VE DİĞERLERİ</b>		
KR1191	PERİKARDİYOSENTEZ SETİ	332,00

KR2018	INTRAAORTİK BALON KATETERİ(PEDIATRİK) VE AKSESUARLARI SETİ HALINDA	
KR2019	INTRAAORTİK BALON KATETERİ(ERİSKİN) VE AKSESUARLARI SETİ HALINDA	
KR1193	KALP PİLİ ELEKTRODÜ ÇIKARILMASI İÇİN LAZER, RF VEYA MEKANİK ÇIHAZLA	
(1) 3.basamak hastanelerde 3 (üç) Kardiyoloji uzmanı tarafından düzenlenen sağlık kurulu raporu ile Kurumca bedeli karşılanır.		
KR2020	KALP PİLİ ELEKTRODÜ ÇIKARILMASI İÇİN KİLİTLEYİCİ SETİ	
(1) 3.basamak hastanelerde 3 (üç) Kardiyoloji uzmanı tarafından düzenlenen sağlık kurulu raporu ile Kurumca bedeli karşılanır.		
KR1194	INTRAVASKÜLER EMBOLİ TUTUCU FİLTRE KATETER	1,350,00
KR1195	SNARE KATATER	720,00
KR1196	GÜDÜ-WIRE	140,00
KR1197	SIZING BALON	450,00
<b>TRANSKATETER KAPAKLAR</b>		
KR1198	TRANSKATETER PULMONER KAPAK	
(1) 3.basamak hastanelerde 2 (iki) Pediatric Kardiyoloji veya 2 (iki) Kardiyoloji uzmanının ve 1(bir) KVC uzmanının bulunduğu konsey kararı ile Kurumca bedeli karşılanır.		
KR2021	TRANSKATETER AORTİK KAPAK BALON EXPANDABLE (BALON SHEAT, TASYİCİ SİSTEM BİRLİKTE) SE	
(1) Konvansiyonel cerrahi yöntemlerle Kalp ve Damar Cerrahisi uzmanı tarafından inoperable veya yüksek riskli olarak değerlendirilen semptomatik ciddi kalsifik aort kapak darlığı hastalarında 2 (iki) Kardiyoloji, 2 (iki) Kalp Damar Cerrahisi, 1 (bir)Anestezi Reanimasyon uzmanının onayının bulunduğu konsey kararı ile bir yılda 2000 kardiyak girişimsel işlem (en az 300 tedavi amaçlı girişim) ve 250 açık kalp cerrahisi yapılır. 3.basamak hastanelerde kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır.		
(2) STS skoru >=10 veya Logistic Euro Score<=20 olması, siroz, toraksa radyoterapi almış olma hikayesi, geçirilmiş koroner arter cerrahisi ve fonksiyonel koroner arter bypass greffleri olması, kardiyopulmoner bypassın kullanılmaması gereken malignensi durumları yüksek risk olarak kabul edilir.		
(3) Yaşam beklentisi bir yıldan az olan hastalarda kullanılmaz.		
(4) Yukarıda belirtilen şartların sağlanmadığı ve hastanın cerrahi tedavii reddettiği durumlarda kullanılan kapak ücretinin hasta tarafından karşılanması uygundur.		
KR2022	TRANSKATETER AORTİK KAPAK SELF EXPANDABLE SE	
(1) Konvansiyonel cerrahi yöntemlerle Kalp ve Damar Cerrahisi uzmanı tarafından inoperable veya yüksek riskli olarak değerlendirilen semptomatik ciddi kalsifik aort kapak darlığı hastalarında 2 (iki) Kardiyoloji, 2 (iki) Kalp Damar Cerrahisi, 1 (bir)Anestezi Reanimasyon uzmanının onayının bulunduğu konsey kararı ile bir yılda 2000 kardiyak girişimsel işlem (en az 300 tedavi amaçlı girişim) ve 250 açık kalp cerrahisi yapılır. 3.basamak hastanelerde kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır.		
(2) STS skoru >=10 veya Logistic Euro Score<=20 olması, siroz, toraksa radyoterapi almış olma hikayesi, geçirilmiş koroner arter cerrahisi ve fonksiyonel koroner arter bypass greffleri olması, kardiyopulmoner bypassın kullanılmaması gereken malignensi durumları yüksek risk olarak kabul edilir.		
(3) Yaşam beklentisi bir yıldan az olan hastalarda kullanılmaz.		
(4) Yukarıda belirtilen şartların sağlanmadığı ve hastanın cerrahi tedavii reddettiği durumlarda kullanılan kapak ücretinin hasta tarafından karşılanması uygundur.		
KR1201	TRANSKATETER MİTRAL KAPAK MANDAL VE TAŞIMA SİSTEMİ	
(1) Semptomatik ciddi mitral yetmezliği bulunan ve mitral kapaga yönelik cerrahi girişim açısından inoperable olarak değerlendirilen hastalarda 2 (iki) Kardiyoloj ve 2 (iki) KVC, 1 (bir) Anestezi ve Reanimasyon uzmanının bulunduğu konsey kararı ile 2000/YIL kardiyak kateterizasyon (en az 300/YIL tedavi amaçlı girişim) veya 250/YIL açık kalp cerrahisi yapılır. 3.basamak Sağlık Bakanları Hastaneleri veya 3. basamak TSK Hastanelerinde kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır.		
• Anatömik olarak işlem yapılabilmesi için kapak yapısının uygun olması ve aşağıdaki şartları sağlaması gereklidir:		
1. Kaçağın A2-P2 segmentlerinde kaynaklanıyor olması		
2. Mitral yetmezlik mekanizmasını Flail/prolabe mitral kapak veya romatizmal kaynaklı olmayan ilflit hareket katsılılığı olması,		
3. Yetmezlik gösteren bölgede lifleter arası mesafenin sınırlı olması, ciddi kalsifikasyon ya da ciddi anastomoz distansiyonu bulunmaması,		
4. Flail mitral kapak varlığında, flail segment genişliğinin <15mm, flail açıklığının <10mm olması		
KR1202	MİTRAL HALKA (ANULUS) DARALTIMA SİSTEMLERİ	
(1) Semptomatik Dilate (iskemik veya non iskemik) kardiyomyopatisi olup ciddi fonksiyonel mitral yetmezliği bulunan ve mitral kapaga yönelik cerrahi girişim açısından inoperable olarak değerlendirilen hastalarda 2 (iki) Kardiyoloj ve 2 (iki) KVC, 1 (bir) Anestezi ve Reanimasyon uzmanı tarafından düzenlenen konsey kararı ile 2000/YIL kardiyak kateterizasyon (en az 300/YIL tedavi amaçlı girişim) ve 250/YIL açık kalp cerrahisi yapılır. 3. basamak hastanelerinde kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır.		
<b>TROMBOLİZ KATETERLERİ</b>		
KR1204	KATETER, TROMBOLİZ, PERİFERİK, İNTRAVENÖZ	
<b>STENTGREFT, AORTİK, ABDOMİNAL</b>		
(1) Endovasküler Aortik Stentgraftlerin aşağıda belirtilen girişim endikasyonları, EVAR için anatomik uygunluk varlığında ve açık cerrahi için risk faktörlerinden en az birinin bulunması durumunda kullanılması uygundur.		
a) Abdominal aort anevrizması için cerrahi/endovasküler girişim endikasyonları;		
1) Asemptomatik abdominal aort anevrizmalarda (AAA)≤55mm çap,		
2) Kadın hasta, KOAH varlığı, aile öyküsü, konjektif doku hastalığı varlığında≥20mm çap,		
3) 6 ay içinde ≥5mm ekspansiyon,		
4) Semptomatik anevrizmalar,		
5) Sakküler anevrizmalar, penetran ülserler, intramural hematom,		
6) Psödoanevrizmalar, dissekan anevrizmalar,		
7) Rüptüre AAA,		
b) Açık cerrahi için risk faktörleri:		
1) İleri yaş <75		
2) KOAH (FEV 1) <%60, FEV 1/FVC <%70)		
3) obezite (VKİ>30)		
4) Geçirilmiş abdominal operasyon		
5) Geçirilmiş kardiyak operasyon		
6) Klas III-IV konjestif kalp yetmezliği		
7) EF < %30 olması		
8) Anstabil anjina		
9) Majör serebrovasküler hastalık		
10) Serebrovasküler olay hikayesi		
11) Son dönem böbrek yetmezliği / hemodiyaliz ihtiyacı olan hastalar		
12) Rüptüre AAA		
13) Hastanın genel anestezi alınmasını yüksek riskli olduğunu Anestezi ve Reanimasyon uzmanı tarafından belirtildiği durumlarda		
KR1206	STENTGREFT, AORTİK, ABDOMİNAL, ANA GÖVDE VE İPİLATERAL BACAK PTFE/LL / STENTGREFT, AORTİK, ABDOMİNAL, ANA GÖVDE VE İPİLATERAL BACAK, SUPRARENAL KANCA/LL	
KR1207	STENTGREFT, AORTİK, ABDOMİNAL, ANA GÖVDE VE İPİLATERAL BACAK, SUPRARENAL HİDROFİLİ	
KR1208	STENTGREFT, AORTİK, ABDOMİNAL, ANA GÖVDE ( BACAKLARI OLMAYAN	18.475,00
KR2023	STENTGREFT, AORTİK, ABDOMİNAL, KARŞI BACAK, ANA GÖVDE İLE UYUMLU	
KR2024	STENTGREFT, AORTİK, ABDOMİNAL, İLAK UZATMA, ANA GÖVDE İLE UYUMLU	
KR2025	STENTGREFT, AORTİK, ABDOMİNAL, AORTİK UZATMA, ANA GÖVDE İLE UYUMLU	
KR1210	STENTGREFT, AORTİK, ABDOMİNAL, ÜST İLAK	
KR1211	STENTGREFT, AORTİK, ABDOMİNAL, TÜBÜLER	
<b>STENTGREFT, AORTİK, TORASİK</b>		

(1) Yılda 250 adet tansal anjyografi veya işlemler yapılan merkezlerde; 2 (iki) Kardiyoloji uzmanı ile birlikte Radyoloji veya KVC uzmanının olduğu konsey kararı ile Kurumca bedeli karşılımlar.

a) Torasik Endovasküler Aortik Stentgreftlerin (TEVAR) aşağıda belirtilen girişim endikasyonları, TEVAR için anatomik uygunluk vartığında ve açık cerrahi için risk faktörlerinin bulunması durumunda kullanılması uygundur. EVAR için belirtilen açık cerrahi risk faktörleri TEVAR için de geçerlidir:

- b) Dejenereatif anevrizmalarda,
  - 1) Semptomatik anevrizmalarda,
  - 2) Asemptomatik hastalarda  $\geq 55$ mm çap
  - 3) Asemptomatik hastalarda kadın, KOAH varlığı, aile öyküsü, Marfan ve benzer konnektif doku hastalığı olanlarda, kronik tip B diseksiyonlarda  $\geq 50$  mm çap
  - 4) 6 ay içinde  $\geq 5$ mm ekspansiyon
  - 5) Saküküler anevrizmalar, penetran ülserler, intramural hematom
- c) Akut aortik sendromlarda,
- 1) Komplike akut tip B diseksiyonu (geçmeyen ağrı, kontrol edilemeyen hipertansiyon, malperfüzyon, retrograd yayılım)
  - 2) Yayılan akut tip B intramural hematom
  - 3) Travmatik aort transeksiyonu
  - 4) Akut ya da kronik pödoanevrizma

KR1212	STENTGREFT, AORTİK, TORASİK, KISA (10CM VE ALTI), TÜM ÖZELLİK	
KR1213	STENTGREFT, AORTİK, TORASİK, ORTA (11-19CM), TÜM ÖZELLİK	
KR1214	STENTGREFT, AORTİK, TORASİK, UZUN (20CM VE ÜZERİ), TÜM ÖZELLİK	
KR1215	STENT, AORTİK, NİTİNOL, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN	
KR1216	STENT, AORTİK, NİTİNOL, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, DİSEKSİYON TEDAVİSİNDE KULLANILMAK ÜZERE	
	<b>STENTGREFT, HASTAYA ÖZEL</b>	
(1) Yılda 250 adet tansal anjyografi veya işlemler yapılan 3. basamak hastanelerde; 2 (iki) Kardiyoloji uzmanı ile birlikte KVC veya Radyoloji uzmanının olduğu konsey kararı ile kompleks anatomik ve/veya sınırlı visseral dalları olan aort anevrizmalarının tedavisinde, klasik cerrahi ve EVAR, TEVAR uygulamalarının kontrendikasyonu da yüksek riskli olduğu durumlarda (organ malperfüzyonu ve buna bağlı komplikasyonları önülebilme için) kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılımlar		
KR1217	STENTGREFT, HASTAYA ÖZEL, ANA GÖVDE, FENESTRE	
KR1218	STENTGREFT, HASTAYA ÖZEL, ANA GÖVDE, YAN DALLI	
KR1219	STENTGREFT, HASTAYA ÖZEL, İLİAK UZATMA, YAN DALLI	
KR2026	STENT, VASKÜLER, AORTİK, AKIM ÇEVİRİCİ, ÇOK KATMANLI	
	<b>AORTİK STENTGREFT AKSESUARLARI</b>	
KR1220	İLİAK OKLÜDER	
KR1221	AORTİK BALON, STENTGREFT İÇİN, STANDART	1.100,00
KR1222	AORTİK BALON, STENTGREFT İÇİN, TRİLOBLU	750,00
KR1223	INTRODUSER SET, AORTİK STENT GREFTİ İÇİN	500,00
	<b>YABANCI CİSİM YAKALAMA KATETERİ</b>	
KR2027	KATETER, YABANCI CİSİM YAKALAMA, KEMENT, PERİFERİK	800,00
KR2028	KATETER, YABANCI CİSİM YAKALAMA, KEMENT, NÖROVASKÜLER	
KR2029	KATETER, YABANCI CİSİM YAKALAMA, FORSEPS	
KR2030	KATETER, YABANCI CİSİM YAKALAMA, BASKET	
	<b>VASKÜLER KAPATMA SİSTEMİ (TEDAVİ AMAÇLI İŞLEMLERDE)</b>	
KR2031	VASKÜLER KAPATMA SİSTEMİ, 5-9F	300,00
KR2032	VASKÜLER KAPATMA SİSTEMİ, 10F VE ÜZERİ	
	<b>EMBOLİZAN, KOİL, PERİFERİK</b>	
KR2033	EMBOLİZAN, KOİL, PERİFERİK, SERBEST İTİLEN, 018*	
KR2034	EMBOLİZAN, KOİL, PERİFERİK, SERBEST İTİLEN, 018*, DİSTAL-PROKSİMAL ÇAP FARKLI	194,00
KR2035	EMBOLİZAN, KOİL, PERİFERİK, SERBEST İTİLEN, 035*	
KR2036	EMBOLİZAN, KOİL, PERİFERİK, SERBEST İTİLEN, 035*, DİSTAL-PROKSİMAL ÇAP FARKLI	
KR2037	EMBOLİZAN, KOİL, PERİFERİK, SERBEST İTİLEN, 018*, FİBERLİ	179,00
KR2038	EMBOLİZAN, KOİL, PERİFERİK, SERBEST İTİLEN, 035*, FİBERLİ	
KR2039	EMBOLİZAN, KOİL, PERİFERİK, SERBEST İTİLEN, BİYOAKTİF MADDE KAPLAMALI, ŞİŞEBİLEN, 018*	720,00
KR2040	EMBOLİZAN, KOİL, PERİFERİK, SERBEST İTİLEN, BİYOAKTİF MADDE KAPLAMALI, ŞİŞEBİLEN, 035*	700,00
KR2041	EMBOLİZAN, KOİL, PERİFERİK, ANINDA AYRILAN, TÜM ŞEKİL ÖZELLİKLİ	
KR2042	EMBOLİZAN, KOİL, PERİFERİK, ANINDA AYRILAN, ELEKTRİKLE BİYOAKTİF MADDE KAPLAMALI, ŞİŞEBİLEN	2.300,00
	<b>EMBOLİZAN, SIVIL</b>	
	<b>EMBOLİZAN, SIVIL, ADHEZİV, AKRİLAT</b>	
KR2043	EMBOLİZAN, SIVIL, ADHEZİV, AKRİLAT, NBCA / MODİFİYE	
	<b>EMBOLİZAN, SIVIL, NONADHEZİV, DMSO İÇEREN</b>	
KR2044	EMBOLİZAN, SIVIL, NONADHEZİV, DMSO İÇEREN, DÜŞÜK YOGUNLUKLU	1.750,00
KR2045	EMBOLİZAN, SIVIL, NONADHEZİV, DMSO İÇEREN, YÜKSEK YOGUNLUKLU	
	<b>EMBOLİZAN, SIVIL, TROMBOLİZAN</b>	
KR2046	EMBOLİZAN, SIVIL, TROMBİN KOLLAJEN KOMPLEKSİ	505,00
	<b>EMBOLİZAN, PARÇACIK</b>	
	<b>EMBOLİZAN, PARÇACIK, ŞEKİLSİZ</b>	
KR2047	EMBOLİZAN, PARÇACIK, ŞEKİLSİZ, (GELFOAM)	
KR2048	EMBOLİZAN, PARÇACIK, ŞEKİLSİZ (PVA)	140,00
	<b>EMBOLİZAN, AYRILABİLİR BALON</b>	
KR2049	EMBOLİZAN, AYRILABİLİR MIKRO, BALON NÖROVASKÜLER AKIM İLE YÖNLENDİRİLEBİLEN, SİLİKON /LATEKS	
	<b>AKSESUARLAR</b>	
KR2050	GİRİŞ İGNESEL, SELDİNGER, İKİ PARÇALI	3,70
KR2051	GİRİŞ İGNESEL, TEK PARÇALI	8,00
KR2052	GİRİŞ İGNESEL, UZUN	7,30
KR2053	ÇİFT Y KONEKTÖR	
KR2054	TEK YOLLU MUŞLUK, BASINCA DAYANIKLI	
KR2055	ÜÇ YOLLU MUŞLUK, BASINCA DAYANIKLI	5,60
KR2056	OTOMATİK POMPA SİRİNGESİ, DSA İÇİN	11,00
KR2057	BAGLANTI HORTUMU, OPAK MADDE İÇİN, STANDART	
KR2058	UZATMA KİLAVUZ TEFLİ	
KR2059	UZATMA KATETERİ	
KR2060	BAGLANTI HORTUMU, OPAK MADDE İÇİN, BASINCA DAYANIKLI (1000PSİ VE ÜSTÜ)	
KR2061	BAGLANTI SETİ, OPAK MADDE İÇİN, VALFELİ, ÜÇ YOLLU MUŞLUKLU	
KR2062	BAGLANTI SETİ, OPAK MADDE İÇİN, VALFELİ, ÇİFT HATLI, TEK ÇİKSİLİ	
KR2063	ENJEKTÖR, KİLİTLİ	
KR2064	KOİL, İTİCİ (018* KOİLLER İÇİN)	
KR2065	KOİL, AYIRIÇI	
KR2066	AYRILABİLİR İNTRODUSER	150,00
KR2067	İNTRAVASKÜLER BASINÇ ÖLÇME TRANSDÜSERİ	
KR2068	TEL YÜKLEYİCİ	
KR2069	KATETER, BALON, SEPTOSTOMİ	
	<b>SETLER</b>	
	<b>SET, İLK GİRİM</b>	
KR2070	SET, İLK GİRİM, MIKRO, VASKÜLER, STANDART	68,00
KR2071	SET, İLK GİRİM, MIKRO, VASKÜLER, PEDİATRİK	69,00
KR2072	SET, İLK GİRİM, MIKRO, VASKÜLER, PEDIA	

Tıbbi malzeme alan tanımları aynı zamanda diğer kriterleri ve/veya kuralları, bulunduğu satırın altında yer almaktadır. Tıbbi malzeme alan tanımlarını kapsayan başlığın altında yer alan diğer kriterleri ve/veya kuralları, başlığın altındaki tüm malzeme alan tanımlarına aittir.



SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYAT (TL)
	<b>KALP KAPAKLARI VE RİNGLERİ</b>	
	<b>KALP KAPAKLARI</b>	
	<b>MEKANİK KALP KAPAKLARI</b>	
KV1000	MEKANİK KALP KAPAKLARI	1.190,00
KV1001	DAR ORİFİSLİ AORT İÇİN MEKANİK KALP KAPAĞI	
	<b>BİYOLOJİK KALP KAPAKLARI</b>	
KV1002	STENTLİ BİYOLOJİK KALP KAPAĞI	
	(1) Epikrizde 2 (iki) KVC uzmanının imzasının olması halinde, Kurumca bedeli karşılanır.	
KV1003	STENTSİZ BİYOLOJİK KALP KAPAĞI	
	(1) Epikrizde 2 (iki) KVC uzmanının imzasının olması halinde, Kurumca bedeli karşılanır.	
KV1004	DİKİŞSİZ İMPLANTE EDİLEBİLİR BİYOLOJİK PULMONER KALP KAPAĞI	
	(1) 3.basamak hastanelerde, epikrizde 2 (iki) KVC uzmanının imzasının olması halinde, Kurumca bedeli karşılanır.	
KV1005	DİKİŞSİZ İMPLANTE EDİLEBİLİR BİYOLOJİK AORT KALP KAPAĞI	
	(1) 3. basamak hastanelerde, epikrizde 2 (iki) KVC uzmanının imzasının olması halinde ve aşağıdaki kriterlere göre Kurumca bedeli karşılanır. a) 70 yaş üzeri olan vakalarda dar aort kökü (aort kökünün 21 mm veya daha küçük olması veya Efektif Orifis Alanı İndeksinin 0,9 cm <sup>2</sup> /m <sup>2</sup> 'nin altında olması) veya küçük anulusu ve/veya kalifiye aort kökü varlığında, NYHA Klas III-IV ve Euroskoru >5 olan yüksek riskli hastalarda kullanılabilir. b) Çıkan aort çapının 4 cm yi geçtiği aortik dilatasyon varlığında veya TIP A diseksiyon vakalarında kullanılması uygun değildir.	
KV1006	STENTLİ BİYOLOJİK KALP KAPAĞI(PERİKARDİYAL)	
KV1007	STENTSİZ BİYOLOJİK KALP KAPAĞI(PERİKARDİYAL)	
KV1008	İNSAN KAYNAKLI KALP KAPAĞI/KONDÜİT	
KV1009	DAR OFİSLİ AORT İÇİN BİYOLOJİK KALP KAPAĞI	
	(1) Biyolojik aort kapak replasman endikasyonu olan hastalarda, efektif orifis alanı indeksinin (İEOA) 0,9 cm <sup>2</sup> /m <sup>2</sup> altında ise orta-ciddi hasta protez uyumsuzluğu riski bulunduğu için bu değerin hesaplanıp hasta epikrizinde belgelenmesi durumunda dar orifisli aort (aort kökünün 21 mm veya daha küçük olması veya Efektif Orifis Alanı İndeksinin 0,9 cm <sup>2</sup> /m <sup>2</sup> 'nin altında olması) için üretilmiş düşük profilli biyolojik aort kalp kapağı kullanılması ve epikrizde 2 (iki) KVC uzmanının imzasının olması halinde Kurumca bedeli karşılanır.	
	<b>TRANSKATETER KAPAKLAR</b>	
KV1010	TRANSKATETER PULMONER KAPAK	
	(1) 3.basamak hastanelerde 2 (iki) Pediatrik Kardiyoloji veya 2 (iki) Kardiyoloji ve 1 (bir) KVC uzmanından oluşan konsey kararı ile Kurumca bedeli karşılanır.	
KV1011	TRANSKATETER AORTİK KAPAK BALON EXPANDABLE (BALON SHEAT, TAŞIYICI SİSTEM BİRLİKTE) SET	
	(1) Konvansiyonel cerrahi yöntemlerle Kalp ve Damar Cerrahisi uzmanı tarafından inoperable veya yüksek riskli olarak değerlendirilen semptomatik ciddi kalsifik aort kapak darlığı hastalarında 2 (iki) Kardiyoloji, 2 (iki) Kalp Damar Cerrahisi, 1 (bir) Anestezi Reanimasyon uzmanının onayının bulunduğu konsey kararı ile bir yılda 2000 kardiyak girişimsel işlem (en az 300 tedavi amaçlı girişim) ve 250 açık kalp cerrahisi yapılan 3.basamak hastanelerde kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır. (2) STS skoru >=10 veya Logistic Euro Score >=20 olması, tiroz, toraksa radyoterapi almış olma hikayesi, geçirilmiş koroner arter cerrahisi ve fonksiyonel koroner arter bypass greftleri olması, kardiyopulmoner bypass kullanılmaması gereken malignensi durumları yüksek risk olarak kabul edilir. (3) Yaşam beklentisi bir yıldan az olan hastalarda kullanılmaz. (4) Yukarıda belirtilen şartların sağlanmadığı ve hastanın cerrahi tedaviyi reddettiği durumlarda kullanılan kapak ücretinin hasta tarafından karşılanması uygundur.	
KV1012	TRANSKATETER AORTİK KAPAK SELF EXPANDABLE SET	

- (1) Konvansiyonel cerrahi yöntemlerle Kalp ve Damar Cerrahisi uzmanı tarafından inoperable veya yüksek riskli olarak değerlendirilen semptomatik ciddi kalsifik aort kapak darlığı hastalarında 2 (iki) Kardiyoloji, 2 (iki) Kalp Damar Cerrahisi, 1 (bir) Anestezi Reanimasyon uzmanının onayının bulunduğu konsey kararı ile bir yılda 2000 kardiyak girişimsel işlem (en az 300 tedavi amaçlı girişim) ve 250 açık kalp cerrahisi yapılan 3.basamak hastanelerde kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır.
- (2) STS skoru  $\geq 10$  veya Logistic Euro Score  $\geq 20$  olması, siroz, toraksa radyoterapi almış olma hikayesi, geçirilmiş koroner arter cerrahisi ve fonksiyonel koroner arter bypass greftleri olması, kardiyopulmoner bypass kullanılmaması gereken malignensi durumları yüksek risk olarak kabul edilir.
- (3) Yaşam beklentisi bir yıldan az olan hastalarda kullanılmaz.
- (4) Yukarıda belirtilen şartların sağlanmadığı ve hastanın cerrahi tedaviyi reddettiği durumlarda kullanılabilmektedir. Kurumca bedelinin hasta tarafından karşılanması uygundur.

**KV2000 | TRANSKATETER MİTRAL KAPAK MANDAL VE TAŞIMA SİSTEMİ**

(1) Semptomatik ciddi mitral yetmezliği bulunan ve mitral kapağa yönelik cerrahi girişim açısından inoperable olarak değerlendirilen hastalarda 2 (iki) Kardiyoloji ve 2 (iki) KVC, 1 (bir) Anestezi ve Reanimasyon uzmanının bulunduğu konsey kararı ile 2000/YIL kardiyak kateterizasyon (en az 300/YIL tedavi amaçlı girişim) ve 250/YIL açık kalp cerrahisi yapılan 3.basamak hastanelerde kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır.

a) Anatomik olarak işlemin yapılabilmesi için kapak yapısının uygun olması ve aşağıdaki şartları sağlaması gereklidir:

- 1) Kaçağın A2-P2 segmentlerinden kaynaklanıyor olması
- 2) Mitral yetmezlik mekanizmasının flail/prolabе mitral kapak veya romatizmal kaynaklı olmayan liflet hareket kısıtlılığı olması,
- 3) Yetmezlik gösteren bölgede lifletler arası mesafenin sınırlı olması, ciddi kalsifikasyon ya da ciddi annulus dilatasyonu bulunmaması,
- 4) Flail mitral kapak varlığında, flail segment genişliğinin  $< 15$ mm, flail açıklığının  $< 10$ mm olması

**KV2001 | MİTRAL HALKA (ANULUS) DARALTIMA SİSTEMLERİ**

(1) Semptomatik Dilate (iskemik veya non iskemik) kardiyomyopatisi olup ciddi fonksiyonel mitral yetmezliği bulunan ve mitral kapağa yönelik cerrahi girişim açısından inoperable olarak değerlendirilen hastalarda 2 (iki) Kardiyolog ve 2 (iki) KVC, 1 (bir) Anestezi ve Reanimasyon uzmanı tarafından düzenlenen konsey kararı ile 2000/YIL kardiyak kateterizasyon (en az 300/YIL tedavi amaçlı girişim) ve 250/YIL açık kalp cerrahisi yapılan 3. basamak hastanelerinde kullanılması halinde kurumca bedeli karşılanır.

**KAPAKLI KONDÜTLER**

KV1013 | MEKANİK KAPAKLI, DAKRON

KV1014 | MEKANİK KAPAKLI, DAKRON (VALSALVA)

KV1015 | BİYOLOJİK KAPAKLI, DAKRON

(1) Epikrizde 2 (iki) KVC uzmanının imzasının olması halinde Kurumca bedeli karşılanır.

KV1016 | BİYOLOJİK KAPAKLI, DAKRON (VALSALVA)

(1) Epikrizde 2 (iki) KVC uzmanının imzasının olması halinde Kurumca bedeli karşılanır.

KV1017 | BİYOLOJİK KAPAKLI BİYOLOJİK KONDÜT

(1) Epikrizde 2 (iki) KVC uzmanının imzasının olması halinde Kurumca bedeli karşılanır.

KV1018 | APIKOAORTİK KONDÜT

(1) Epikrizde 2 KVC uzmanının imzasının olması halinde Kurumca bedeli karşılanır.

**BİYOLOJİK KAPAKLI PULMONER KONDÜT**

(1) Epikrizde 2 (iki) KVC uzmanının imzasının olması halinde Kurumca bedeli karşılanır.

KV1019 | BİYOLOJİK KAPAKLI PULMONER KONDÜT (KENDİNDEN KAPAKLI)

KV1020 | BİYOLOJİK KAPAKLI PULMONER KONDÜT (KAPAK İMPLANTE EDİLMİŞ)

KV1021 | BİYOLOJİK KAPAKLI PULMONER KONDÜT (KAPAK İMPLANTE EDİLMİŞ) DESELLÜLERİZE

**ANNULOPLASTİ RİNGLERİ**

KV1022 | RİGİD RİNGLER / AYARLANABİLİR RİNGLER

KV1023 | FLEKSİBL RİNGLER

614,00

KV1024 | EMİLEBİLİR RİNGLER

KV1025 | 3 BOYUTLU RİNGLER

**OKSİJENATOR (AKSESUARLARI DAHİL)**

**MEMBRAN OKSİJENATÖRLER(KAPLAMALI-KAPLAMASIZ) (VENÖZ VE KARDİYOTOMİ REZERVUARI İLE KOMPLE)**

KV1026 | İNFANT OKSİJENATÖRLER(KAPLAMALI)

KV1027 | İNFANT OKSİJENATÖRLER(KAPLAMASIZ)

KV1028	ENTEĞRE ARTERİYEL FİLTRELİ İNFANT OKSİJENATÖRLER	
KV1029	PEDİYATRİK OKSİJENATÖRLER(KAPLAMALI)	
KV1030	PEDİYATRİK OKSİJENATÖRLER(KAPLAMASIZ)	
KV1031	ENTEĞRE ARTERİYEL FİLTRELİ PEDİYATRİK OKSİJENATÖRLER	
KV1032	ERİŞKİN OKSİJENATÖRLER(KAPLAMALI)	
KV1033	ERİŞKİN OKSİJENATÖRLER(KAPLAMASIZ)	
KV1034	ENTEĞRE ARTERİYEL FİLTRELİ ERİŞKİN OKSİJENATÖRLER	
KV1035	MINİMAL EKSTRAKORPORAL DOLAŞIM SETİ (OKSİJENATÖR, SANTRİFUGAL POMPA BAŞLIĞI, TUBİNG SET)	11.900,00
	(1) Epikrizde 2 (iki) KVC uzmanının imzasının olması halinde Kurumca bedeli karşılanır.	
KV2002	ECMO SET (OKSİJENATÖR, TUBİNG, SANTRİFUGAL POMPA BAŞLIĞI) PEDIATRİK (7-14 GÜN)	
	(1) Epikrizde 2 (iki) KVC uzmanının imzasının olması halinde Kurumca bedeli karşılanır.	
KV2003	ECMO SET (OKSİJENATÖR, TUBİNG, SANTRİFUGAL POMPA BAŞLIĞI) PEDIATRİK (15-28 GÜN)	
	(1) Epikrizde 2 (iki) KVC uzmanının imzasının olması halinde Kurumca bedeli karşılanır.	
KV2004	ECMO SET (OKSİJENATÖR, TUBİNG, SANTRİFUGAL POMPA BAŞLIĞI) PEDIATRİK (28 GÜN ÜSTÜ)	
	(1) Epikrizde 2 (iki) KVC uzmanının imzasının olması halinde Kurumca bedeli karşılanır.	
KV2005	ECMO SET (OKSİJENATÖR, TUBİNG, SANTRİFUGAL POMPA BAŞLIĞI) ERİŞKİN (7-14 GÜN)	
	(1) Epikrizde 2 (iki) KVC uzmanının imzasının olması halinde Kurumca bedeli karşılanır.	
KV2006	ECMO SET (OKSİJENATÖR, TUBİNG, SANTRİFUGAL POMPA BAŞLIĞI) ERİŞKİN(15-28 GÜN)	
	(1) Epikrizde 2 (iki) KVC uzmanının imzasının olması halinde Kurumca bedeli karşılanır.	
KV2007	ECMO SET (OKSİJENATÖR, TUBİNG, SANTRİFUGAL POMPA BAŞLIĞI) ERİŞKİN (28 GÜN ÜSTÜ)	
	(1) Epikrizde 2 (iki) KVC uzmanının imzasının olması halinde Kurumca bedeli karşılanır.	
KV1042	ECMO OKSİJENATÖRLERİ (PEDIATRİK-KAPLAMALI)	
KV1043	ECMO OKSİJENATÖRLERİ (ERİŞKİN-KAPLAMALI)	
KV1044	ECMO TUBİNG KAPLAMALI-KAPLAMASIZ	
KV1045	ECMO SANTRİFUGAL POMPA BAŞLIĞI	
KV1046	ECMO KANÜLLERİ	
	<b>DOLAŞIM DESTEK</b>	
KV1047	KISA DÖNEM PERKÜTAN VENTRİKÜL BOŞALTMA KATETERİ (PULSATİL/SÜREKLİ AKIM)	
	(1) Bu uygulama Sağlık Bakanlığınca ruhsatlandırılmış kalp nakli yapılmasına müsaade edilen merkezlerde yapılmalıdır. a) Transplant bekleyen hastalarda hastayı yatışmak amacıyla donör bulununcaya kadar kullanılabilir. b) Donör bulunmadığı zaman uzun süreli ventrikül destek cihazı gerektiren hastalarda köprü amacıyla kullanılmalıdır. (2) İntra aortik balon pompası kullanımı ve ECMO kullanımı bu kurallara tabi değildir. (3) Sağlık Bakanlığınca ruhsatlandırılmış kalp nakli yapılmasına müsaade edilen merkezler dışındaki kalp ve damar cerrahisi (açık kalp operasyonları) uygulanan hastanelerde ve farklı endikasyonlarda kullanım Sağlık Bakanlığı Bilim Kurulu tarafından (işlem sonrası olmak üzere) onaylanması kaydı ile mümkündür	
KV1048	KISA DÖNEM VENTRİKÜL DESTEK CİHAZI (SANTRİFUGAL)	
	(1) Bu uygulama Sağlık Bakanlığınca ruhsatlandırılmış kalp nakli yapılmasına müsaade edilen merkezlerde yapılmalıdır. a) Transplant bekleyen hastalarda hastayı yatışmak amacıyla donör bulununcaya kadar kullanılabilir. b) Donör bulunmadığı zaman uzun süreli ventrikül destek cihazı gerektiren hastalarda köprü amacıyla kullanılmalıdır. (2) İntra aortik balon pompası kullanımı ve ECMO kullanımı bu kurallara tabi değildir. (3) Sağlık Bakanlığınca ruhsatlandırılmış kalp nakli yapılmasına müsaade edilen merkezler dışında ki kalp ve damar cerrahisi (açık kalp operasyonları) uygulanan hastanelerde ve farklı endikasyonlarda kullanım Sağlık Bakanlığı Bilim Kurulu tarafından (işlem sonrası olmak üzere) onaylanması kaydı ile mümkündür	
KV1049	UZUN DÖNEM PARAKORPORAL UNİVENTRİKÜLER DESTEK CİHAZLARI (TÜM SARFLAR DÂHİL)	
	(1) Uzun süreli destek sağlayan (en az 6 ay) aşağıda tanımlanan cihazlar yalnızca Sağlık Bakanlığı tarafından Kalp Nakli Merkezi olarak ruhsatlandırılmış merkezlerde kullanılırlar. (2) Bu adı geçen merkezlerde oluşturulacak 1'i (biri) nakil sorumlusu Kalp ve Damar Cerrahi olmak üzere, 2 (iki) Kalp ve Damar Cerrahi ve 1 (bir) Kardiyoloji uzmanından oluşan konsey kararı mutlak olmalıdır. a) Parakorporal uzun süreli destek sistemleri: 1) Transplantasyona köprüleme amacı ile kullanılırlar. 2) En az 6 ay ve üzeri destek vermeleri beklenir. 3) Sağ ve veya sol ventriküli destek amacı ile tek veya çift olarak kullanılabilirler. (3) Mobil konsol kullanım hizmeti hastaneler tarafından verilecektir.	

KV1050	UZUN DÖNEM PARAKORPOREAL BİVENTRİKÜL DESTEK CİHAZLARI (TÜM SARFLAR DAHİL)	
	<p>(1) Uzun süreli destek sağlayan (en az 6 ay) aşağıda tanımlanan cihazlar yalnızca Sağlık Bakanlığı tarafından Kalp Nakli Merkezi olarak ruhsatlandırılmış merkezlerde kullanılırlar.</p> <p>(2) Bu adı geçen merkezlerde oluşturulacak 1'i (biri) nakil sorumlu su Kalp ve Damar Cerrahisi olmak üzere, 2 (iki) Kalp ve Damar Cerrahisi ve 1 (bir) Kardiyoloji uzmanından oluşan konsey kararı mutlak olmalıdır.</p> <p>a) Parakorporeal uzun süreli destek sistemleri:</p> <p>1) Transplantasyona köprüleme amacı ile kullanılırlar.</p> <p>2) En az 6 ay ve üzeri destek vermeleri beklenir.</p> <p>3) Sağ ve veya sol ventrikülü destek amacı ile tek veya çift olarak kullanılabilirler.</p> <p>(3) Mobil konsol kullanım hizmeti hastaneler tarafından verilecektir.</p>	
KV1051	PARAKORPOREAL VENTRİKÜL DESTEK CİHAZLARI İÇİN POMPA	
	<p>(1) Uzun süreli destek sağlayan (en az 6 ay) aşağıda tanımlanan cihazlar yalnızca Sağlık Bakanlığı tarafından Kalp nakli Merkezi olarak ruhsatlandırılmış merkezlerde kullanılırlar.</p> <p>(2) Bu adı geçen merkezlerde oluşturulacak 1'i (biri) nakil sorumlu su Kalp ve Damar Cerrahisi olmak üzere, 2 (iki) Kalp ve Damar Cerrahisi ve 1 (bir) Kardiyoloji uzmanından oluşan konsey kararı mutlak olmalıdır.</p> <p>a) Parakorporeal uzun süreli destek sistemleri:</p> <p>1) Transplantasyona köprüleme amacı ile kullanılırlar.</p> <p>2) En az 6 ay ve üzeri destek vermeleri beklenir.</p> <p>3) Sağ ve veya sol ventrikülü destek amacı ile tek veya çift olarak kullanılabilirler.</p> <p>(3) Mobil konsol kullanım hizmeti hastaneler tarafından verilecektir.</p>	
KV1052	UZUN DÖNEM INTRAKORPOREAL UNİVENTRİKÜL DESTEK CİHAZLARI (TÜM SARFLAR DAHİL)	
	<p>(1) Uzun süreli destek sağlayan (en az 6 ay) aşağıda tanımlanan cihazlar yalnızca Sağlık Bakanlığı tarafından Kalp nakli Merkezi olarak ruhsatlandırılmış merkezlerde kullanılırlar.</p> <p>(2) Bu adı geçen merkezlerde oluşturulacak 1'i (biri) nakil sorumlu su Kalp ve Damar Cerrahisi olmak üzere, 2 (iki) Kalp ve Damar Cerrahisi ve 1 (bir) Kardiyolojiden oluşan konsey kararı mutlak olmalıdır.</p> <p>a) İntrakorporeal uzun süreli destek cihazları:</p> <p>1- Transplantasyona köprüleme amacı ile kullanılırlar.</p> <p>2- Kalıcı (destination) tedavi amacı ile: 90 günden uzun süreli tıbbi tedaviye dirençli, NYHA III-B veya NYHA IV kliniği olan, sol ventrikül EF % 25 'in altı olan hastalarda kullanılırlar. Kalp dışı hastalıkları nedeni ile yaşam beklentisi 2 (iki) yılın altında olanlarda kullanılmaz.</p>	
KV1053	UZUN DÖNEM INTRAKORPOREAL BİVENTRİKÜL DESTEK CİHAZLARI (TÜM SARFLAR DAHİL)	
	<p>(1) Uzun süreli destek sağlayan (en az 6 ay) aşağıda tanımlanan cihazlar yalnızca Sağlık Bakanlığı tarafından Kalp nakli Merkezi olarak ruhsatlandırılmış merkezlerde kullanılırlar.</p> <p>(2) Bu adı geçen merkezlerde oluşturulacak 1'i (biri) nakil sorumlu su Kalp ve Damar Cerrahisi olmak üzere, 2 (iki) Kalp ve Damar Cerrahisi ve 1 (bir) Kardiyolojiden oluşan konsey kararı mutlak olmalıdır.</p> <p>b) İntrakorporeal uzun süreli destek cihazları:</p> <p>1- Transplantasyona köprüleme amacı ile kullanılırlar.</p> <p>2- Kalıcı (destination) tedavi amacı ile: 90 günden uzun süreli tıbbi tedaviye dirençli, NYHA III-B veya NYHA IV kliniği olan, sol ventrikül EF % 25 'in altı olan hastalarda kullanılırlar. Kalp dışı hastalıkları nedeni ile yaşam beklentisi 2 (iki) yılın altında olanlarda kullanılmaz.</p>	
KV1054	TOTAL YAPAY KALP (TÜM SARFLAR DAHİL)	300.000,00
	<p>(1) Total yapay kalp kullanımı kalp yetmezliği tanısı ile acil kalp nakli programına alınan uzun süreli parakorporeal ve intrakorporeal ventrikül destek pompalarını kullanılmadığı aşağıdaki tıbbi durumlarda geçerlidir:</p> <p>a) Çıkartılmayan kardiyak trombüs,</p> <p>b) Ventriküller seviyede intrakardiyak şant varlığı (Qp/Qs oranı 2 ve üzeri olan),</p> <p>c) Çıkartılmayan kardiyak tümör varlığı,</p> <p>d) Çoklu mekanik kapak olması,</p> <p>e) Ciddi aort ve pulmoner kapak yetmezliği,</p> <p>f) Kalp nakli sonrası gelişen kalp yetmezliği olguları veya daha önceden yapılmış kalp nakli rejeksiyonu olgularında,</p> <p>g) Ciddi hipertrofik kardiyomyopati</p> <p>g) Son dönem biventriküler kalp yetmezliği</p>	
	TUBİNG SETLER(PEDIATRİK-ERİŞKİN)	
KV2008	TUBİNG SETLER İNFANT (KAPLAMALI) FİLTRELİ/FİLTRESİZ	
KV2009	TUBİNG SETLER İNFANT (KAPLAMASIZ) FİLTRELİ/FİLTRESİZ	
KV1055	TUBİNG SETLER PEDIATRİK (KAPLAMALI) FİLTRELİ/FİLTRESİZ	

KV1056	TUBİNG SETLER PEDIATRİK (KAPLAMASIZ) FİLTRELİ/FİLTRESİZ	
KV1057	TUBİNG SETLER ADULT (KAPLAMALI) FİLTRELİ/FİLTRESİZ	
KV1058	TUBİNG SETLER ADULT (KAPLAMASIZ) FİLTRELİ/FİLTRESİZ	
	<b>KARDİOPELJİ SETLERİ</b>	
KV1059	KOİLLİ ANTROGRAD KARDİOPELJİ SETİ	
KV1060	AORTİK KARDİOPELJİ KANÜLÜ	
KV1061	RETROGRAD KARDİOPELJİ KANÜLÜ	
KV1062	KAN KARDİOPELJİ SETİ POMPA	
KV1063	ÇOKLU KARDİOPELJİ HATTI	
KV1064	SELEKTİF KORONER KARDİOPELJİ KANÜLÜ (SERT)	
KV1065	SELEKTİF KORONER KARDİOPELJİ KANÜLÜ (YUMUŞAK/BALONLU)	
	<b>KARDİOVASKÜLER KANÜLLER VE AKSESUARLARI</b>	
	<b>KANÜLLER</b>	
KV1066	AORTİK KANÜLLER PEDIATRİK (KAPLAMALI KAPLAMASIZ)	
KV1067	AORTİK KANÜLLER ERİŞKİN (KAPLAMALI KAPLAMASIZ)	
KV1068	AORTİK KANÜL, METAL UÇLU (ERİŞKİN)	
KV1069	AORTİK KANÜL, METAL UÇLU (PEDIATRİK)	
KV1070	ATRİYAL VENÖZ KANÜLLERİ (KAPLAMALI/KAPLAMASIZ) İKİ AŞAMALI	
KV1071	VENÖZ KANÜL ŞEKİLLENDİRİLEBİLİR/AÇILI	
KV1072	VENÖZ KANÜL ÜÇ AŞAMALI	
KV1073	VENÖZ KANÜL METAL UÇLU	
KV1074	VENÖZ KANÜL, DÜZEĞRİ PEDIATRİK	
KV1075	VENÖZ KANÜL, DÜZEĞRİ ERİŞKİN	
	<b>FEMORAL/AKSİLLER KANÜLLER</b>	
	<b>FEMORAL/AKSİLLER ARTERİYEL KANÜLLER</b>	
KV1076	FEMORAL/AKSİLLER ARTERİYEL KANÜLLER PEDIATRİK (KAPLAMALI/KAPLAMASIZ)	
KV1077	FEMORAL/AKSİLLER ARTERİYEL KANÜLLER ADULT (KAPLAMALI/KAPLAMASIZ)	
	<b>FEMORAL/AKSİLLER VENÖZ KANÜLLER</b>	
KV1078	FEMORAL/AKSİLLER VENÖZ KANÜLLER PEDIATRİK (KAPLAMALI/KAPLAMASIZ)	
KV1079	FEMORAL/AKSİLLER VENÖZ KANÜLLER ADULT (KAPLAMALI/KAPLAMASIZ)	
	<b>PERKÜTAN ARTERİYEL KANÜLLER</b>	
KV1080	PERKÜTAN ARTERİYEL KANÜLLER PEDIATRİK (KAPLAMALI/KAPLAMASIZ)	
KV1081	PERKÜTAN ARTERİYEL KANÜLLER ADULT (KAPLAMALI/KAPLAMASIZ)	
	<b>PERKÜTAN VENÖZ KANÜLLER</b>	
KV1083	PERKÜTAN VENÖZ KANÜLLER PEDIATRİK (KAPLAMALI/KAPLAMASIZ)	
KV1084	PERKÜTAN FEMORAL VENÖZ KANÜLLER (KAPLAMALI/KAPLAMASIZ)	
KV1085	PERKÜTAN VENÖZ KANÜLLER DİĞER, ERİŞKİN (KAPLAMALI/KAPLAMASIZ)	
KV1086	PERKÜTAN FEMORAL VENÖZ KANÜLLER, ATRIAL YERLEŞİMLİ	
	<b>GÖĞÜS TÜPLERİ</b>	
KV1087	GÖĞÜS TÜPLERİ SİLİKON	
KV1088	GÖĞÜS TÜPLERİ PVC	
KV1089	GÖĞÜS SUALTI DRENAJ SİSTEMLERİ	
	<b>SUNİ DAMAR PROTEZLERİ VE YAMALAR</b>	
	<b>DAMAR PROTEZLERİ</b>	
	<b>DAMAR PROTEZLERİ (PTFE)</b>	
KV1090	STANDART KALINLIKTAKI VE İNCE DUVARLI, DÜZ, 50 CM'YE KADAR (50 CM DAHİL)	
KV1091	STANDART KALINLIKTAKI VE İNCE DUVARLI, DÜZ, 51 CM VE ÜZERİ	
KV1092	STANDART KALINLIKTAKI VE İNCE DUVARLI, SİRALI, RİNGLİ, KENDİNDEN/ÇİTEN RİNGLİ, 50 CM'YE KADAR (50 CM DAHİL)	
KV1093	STANDART KALINLIKTAKI VE İNCE DUVARLI, SİRALI, RİNGLİ, KENDİNDEN/ÇİTEN RİNGLİ, 51 CM VE ÜZERİ	
KV1094	STANDART KALINLIKTAKI VE İNCE DUVARLI, DARALAN	
KV2010	ESNEYEBİLİR/GENİŞLEYEBİLİR, DÜZ 50 CM'YE KADAR (50 CM DAHİL)	

KV2011	ESNEYEBİLİR/GENİŞLEYEBİLİR, DÜZ 51 CM VE ÜZERİ	
KV2012	ESNEYEBİLİR/GENİŞLEYEBİLİR, DÜZ, İNCE DUVARLI 50 CM'YE KADAR (50 CM DAHİL)	
KV2013	ESNEYEBİLİR/GENİŞLEYEBİLİR, DÜZ, İNCE DUVARLI 51 CM VE ÜZERİ	
KV1096	ESNEYEBİLİR/GENİŞLEYEBİLİR, SİRALLI, RİNGLİ, KENDİNDENİÇTEN RİNGLİ 50CM'YE KADAR (50 CM DAHİL)	
KV2014	ESNEYEBİLİR/GENİŞLEYEBİLİR, SİRALLI, RİNGLİ, KENDİNDENİÇTEN RİNGLİ 51 CM VE ÜZERİ	
KV1097	ESNEYEBİLİR/GENİŞLEYEBİLİR, DÜZ, KAPLAMALI VEYA KİMYASAL BAĞLI 50 CM'YE KADAR (50 CM DAHİL)	
KV2015	ESNEYEBİLİR/GENİŞLEYEBİLİR, DÜZ, KAPLAMALI VEYA KİMYASAL BAĞLI 51 CM VE ÜZERİ	
KV1098	ESNEYEBİLİR/GENİŞLEYEBİLİR, SİRALLI, RİNGLİ, KENDİNDENİÇTEN RİNGLİ, KAPLAMALI VEYA KİMYASAL BAĞLI 50 CM'YE KADAR (50 CM DAHİL)	
KV2016	ESNEYEBİLİR/GENİŞLEYEBİLİR, SİRALLI RİNGLİ, KENDİNDENİÇTEN RİNGLİ, KAPLAMALI VEYA KİMYASAL BAĞLI 51 CM VE ÜZERİ	
KV1099	AXİLLO BİFEMORAL RİNGLİ (PTFE)	3.253,00
KV1100	DIYALİZ GREFT	1.728,00
(1) Hastanın kendi damarları arasında fistül oluşturulamayacağı Radyoloji tarafından yapılan USG veya venografi ile kanlandırılmış epikrizde belirtilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.		
KV2017	KAPLAMALI VEYA KİMYASAL BAĞLI DIYALİZ GREFTİ 10 CM'E KADAR (10 CM DAHİL)	
(1) Hastanın kendi damarları arasında fistül oluşturulamayacağı Radyoloji tarafından yapılan USG veya venografi ile kanlandırılmış epikrizde belirtilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.		
KV2018	KAPLAMALI VEYA KİMYASAL BAĞLI DIYALİZ GREFTİ 11 CM VE ÜZERİ	
(1) Hastanın kendi damarları arasında fistül oluşturulamayacağı Radyoloji tarafından yapılan USG veya venografi ile kanlandırılmış epikrizde belirtilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.		
KV1102	DIYALİZ DAMAR DARALAN	1.249,00
(1) Hastanın kendi damarları arasında fistül oluşturulamayacağı Radyoloji tarafından yapılan USG veya venografi ile kanlandırılmış epikrizde belirtilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.		
KV1103	SHUNT GREFTİ 10 CM'YE KADAR (10 CM DAHİL)	
KV2019	SHUNT GREFTİ 11 CM VE ÜSTÜ	
KV1104	AORTO BİFEMORAL PANTOLON GREFT	
KV1105	AXİLLO FEMORAL RİNGLİ	
KV1106	ERKEN HEMODİYALİZ AMAÇLI DIYALİZ GREFT (ÇOK KATMANLI/POLİKARBON ÜRETAN/STENTLİ)	
(1) Hastanın kendi damarları arasında fistül oluşturulamayacağı Radyoloji tarafından yapılan USG veya venografi ile kanlandırılmış epikrizde belirtilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.		
KV2020	ERKEN HEMODİYALİZ AMAÇLI KAPLAMALI VEYA KİMYASAL BAĞLI DIYALİZ GREFT (ÇOK KATMANLI VEYA POLİKARBON ÜRETAN VEYA STENTLİ)	
(1) Hastanın kendi damarları arasında fistül oluşturulamayacağı Radyoloji tarafından yapılan USG veya venografi ile kanlandırılmış epikrizde belirtilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.		
	<b>DAMAR PROTEZLERİ (POLYESTER) (KAPLAMALI/KAPLAMASIZ/ANTİMİKROBİYEL)</b>	
KV1107	TÜP(DÜZ) GREFT, 30 CM ALTI	
(1) Epikrizde 2 (iki) KVC uzmanının imzasının olması halinde Kurumca bedeli karşılanır.		
KV1108	TÜP(DÜZ) GREFT, 30 CM VE ÜSTÜ	
KV1109	TÜP(DÜZ) GREFT, RİNGLİ, SİRALLI, KENDİNDEN RİNGLİ 30 CM ALTI	
KV1110	TÜP(DÜZ) GREFT, RİNGLİ, SİRALLI, KENDİNDEN RİNGLİ 30 CM VE ÜSTÜ	
KV1111	AORTABİFEMORAL PANTOLON GREFT	
(1) Epikrizde 2 (iki) KVC uzmanının imzasının olması halinde Kurumca bedeli karşılanır.		
KV1112	DALLI TORAKOABDOMİNAL GREFT	
(1) Epikrizde 2 (iki) KVC uzmanının imzasının olması halinde Kurumca bedeli karşılanır.		
KV1113	DALLI ARKUS GREFT	
(1) Epikrizde 2 (iki) KVC uzmanının imzasının olması halinde Kurumca bedeli karşılanır.		
KV1114	AKSİLLO BİFEMORAL GREFT	
KV1115	AXİLLO FEMORAL GREFT	
	<b>BİYOLOJİK DAMAR GREFTLERİ</b>	

(1) Enfekte ve hastanın kullanılabildiği otojen greffinin olmadığı vakalarda Enfeksiyon Hastalıkları ve 2 (iki) KVC uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporuna istinaden

Kurumca bedeli karşılanır.

(2) Enfeksiyonun olmadığı, daha önce aynı bölgeye cerrahi girişim yapılmış ve revaskülarizasyonu ihtiyacı olan vakalarda epikrizde 2 (iki) KVC uzmanının imzasının olması halinde Kurumca bedeli karşılanır.

KV1116 İNSAN KAYNAKLI DAMAR GREFT 40CM VE ALTI

KV1117 HAYVAN KAYNAKLI DAMAR GREFT 40 CM VE ALTI

KV1118 BİYOSENTETİK DAMAR GREFT 40 CM VE ALTI

KV1119 İNSAN KAYNAKLI DAMAR GREFT41 CM VE ÜSTÜ

KV1120 HAYVAN KAYNAKLI DAMAR GREFTLERİ 41CM VE ÜSTÜ

KV1121 BİYOSENTETİK DAMAR GREFTLERİ 41CM VE ÜSTÜ

**HİBRİT DAMAR GREFTLERİ**

(1) Epikrizde 2 (iki) KVC uzmanının imzasının olması halinde Kurumca bedeli karşılanır.

KV2021 STENT GREFT +PİFE KOMPOZİT GREFT

KV1123 STENT GREFT +DACRON KOMPOZİT GREFT

**STERNUM SABİTLEME MALZEMELERİ**

(1) Aşağıdaki endikasyonlardan en az birinin sağlandığı durumlarda üç (3) KVC uzmanının olduğu sağlık kurulu raporuna istinaden Kurumca bedeli karşılanır.

Endikasyonlar:

a) KOAH (FEV1 <%=80, FEV 1/FVC <%=70)

b) Obezite (VK<sub>2</sub>≥40)

c) İleri yaş (≥80 yaş)

ç) Son dönem böbrek yetmezliği / hemodiyaliz ihtiyacı olan hastalar

d) Reoperasyon

e) Postoperatif erken dönem reeksplozasyon sırasında

f) Mediastinit

g) Diabetik hastalarda bilateral İMA kullanımı

ğ) İlgili uzmandan osteoporoz tanılı rapor almış hastalar

KV1124 PASLANMAZ ÇELİK MALZEMELER

KV1125 İTANYUM MALZEMELER

KV1126 NİTİNOL MALZEMELER

**YAMALAR**

**KARDİYOYASKÜLER YAMALAR**

KV1127 KARDİYOYASKÜLER YAMA, TEFLON, 10X10CM (± 1CM), 0,01MM-0,75MM KALINLIKTA

KV1128 KARDİYOYASKÜLER YAMA, TEFLON, 15X15CM (± 1CM), 0,01MM-0,75MM KALINLIKTA

KV1129 KARDİYOYASKÜLER YAMA, TEFLON, 10X10CM (± 1CM), 0,75MM-2,00MM KALINLIKTA

KV1130 KARDİYOYASKÜLER YAMA, TEFLON, 15X15CM (± 1CM), 0,75MM-2,00MM KALINLIKTA

KV1131 KARDİYOYASKÜLER YAMA, TEFLON, 30X30CM (± 1CM), 0,75MM-2,00MM KALINLIKTA

KV1132 KARDİYOYASKÜLER YAMA, POLYESTER, 10X10CM (± 1CM), 0,01MM-0,75MM KALINLIKTA

KV1133 KARDİYOYASKÜLER YAMA, POLYESTER, 15X15CM (± 1CM), 0,01MM-0,75MM KALINLIKTA

KV1134 KARDİYOYASKÜLER YAMA, POLYESTER, 10X10CM (± 1CM), 0,75MM-2,00MM KALINLIKTA

KV1135 KARDİYOYASKÜLER YAMA, POLYESTER, 15X15CM (± 1CM), 0,75MM-2,00MM KALINLIKTA

KV1136 KARDİYOYASKÜLER YAMA, BİYOLOJİK (PERİKARDİYAL), 2,5X6CM (± 2CM)

KV1137 KARDİYOYASKÜLER YAMA, BİYOLOJİK (PERİKARDİYAL), 5X10CM (± 2CM)

KV1138 KARDİYOYASKÜLER YAMA, BİYOLOJİK (PERİKARDİYAL), 10X10CM (± 2CM)

KV1139 KARDİYOYASKÜLER YAMA, BİYOLOJİK (PERİKARDİYAL), 10X15CM (± 2CM)

KV1140 KARDİYOYASKÜLER YAMA, BİYOLOJİK (PERİKARDİYAL), 15X15CM (± 2CM)

**YAMA, KAROTİD**

KV1141 DACRON/NORMAL/İNCE DUVARLI PTFE/BİYOLOJİK

**DİKİŞ DESTEK MALZEMELERİ**

KV1142 PTFE FELT

**TEFLON STRİP**

KV1144 TEFLON STRİP 0.5X15 CM

KV1145	TEFLON STRİP 1 X 15 CM	
KV1146	PTFE PLEDGET 1-5LİK	
KV1147	PTFE PLEDGET 5-10LİK	
	<b>CERRAHİ ABLASYON ÜRÜNLERİ</b>	
	<b>CERRAHİ ABLASYON ÜRÜNLERİ (BİPOLAR)</b>	
	(1) Epikrizde 2 (iki) KVC uzmanının imzasının olması halinde Kurumca bedeli karşılanır.	
KV1148	ULTRASON	
KV1149	RADYOFREKANS	2.790,00
	<b>CERRAHİ ABLASYON ÜRÜNLERİ (UNİPOLAR)</b>	
	(1) Epikrizde 2 (iki) KVC uzmanının imzasının olması halinde Kurumca bedeli karşılanır.	
KV1150	RADYOFREKANS ABLASYON KALEMİ	2.400,00
KV1151	KRİYOABLASYON KALEMİ	
KV1152	MİKRODALGA ABLASYON KALEMİ	
	<b>CERRAHİ EMBOLEKTOMİ KATETERLERİ</b>	
KV1153	KATETER, EMBOLEKTOMİ	33,00
KV1154	KATETER, TROMBEKTOMİ	
	<b>GİRİŞİMSSEL VE HİBRİD KALP DAMAR CERRAHİSİ İŞLEMLERİ</b>	
	<b>ABLASYON, VENÖZ, LAZER</b>	
	(1) 2 (iki) KVC uzmanı ve 1 (bir) Radyoloji uzmanı tarafından düzenlenen sağlık kurulu raporunda aşağıdaki kriterlerin tespit edildiğinin belirtildiği durumlarda Kurumca bedeli karşılanır. a) Hastanın mevcut durumunun ve semptomlarının venöz yetmezlik kaynaklı olması ve hastanın durumunun CEAP, VCSS, VIS sistemleri ile kayı altına alınmış olması, b) Hastanın girişim öncesi Doppler Ultrasonografisinin yapılmış ve belgelenmiş olması c) Hastanın ablasyon yapılması planlanan ven çapının Vena Safena Magna (VSM) için en az 5,5 mm, Vena Safena Parva (VSP) için en az 4mm, Perforan venler (PV) için ise en az üç buçuk (3,5) mm olması ve bu ölçümlerin belgelenmiş olması, ç) Prosedür öncesi yapılan Doppler USG de 0,5 saniye ve üzeri reflu saptanmış olması ve bu ölçümlerin belgelenmesi, d) İki ekstremitede de hastalık varsa ve bilateral girişim yapılma endikasyonu olan hastalarda aynı seansta tek kateter ödemesi yapılmalı.	
KV1155	ABLASYON, VENÖZ, LAZER, SET	
KV1156	ABLASYON, VENÖZ, RF, SET	
	<b>TROMBOEMBOLEKTOMİ-TROMBOLİZ KATETERLERİ</b>	
KV1157	VENÖZ TROMBOLİZ KATETERLERİ (PULMONER EMBOLİ DERİN VEN TROMBOZU)	
KV1159	ARTER TROMBOLİZ KATETERLERİ	
KV1160	ARTER FARMAKOMEKANİK KATETERLERİ	
KV2022	KATETER, TROMBEKTOMİ, PERİFERİK, DOĞRUDAN İLERLETİLEN, MOTORU İLE BİRLİKTE	
KV2023	KATETER, TROMBEKTOMİ, PERİFERİK, TEL ÜZERİNDEN İLERLETİLEN, MOTORU İLE BİRLİKTE	
KV2024	KATETER, TROMBOASPIRASYON, PERİFERİK, DOĞRUDAN İLERLETİLEN, MOTORU İLE BİRLİKTE	
KV2025	KATETER, TROMBOASPIRASYON, PERİFERİK, TEL ÜZERİNDEN İLERLETİLEN, MOTORU İLE BİRLİKTE	
	<b>STENT</b>	
	<b>STENT, VASKÜLER</b>	
	<b>STENT, VASKÜLER, PERİFERİK</b>	
KV1161	STENT, VASKÜLER, PERİFERİK, BALONLA AÇILAN, OTW	930,00
	(1) Nonvasküler kullanım epikrizde ayrıntılı olarak belirtilmelidir.	
KV1162	STENT, VASKÜLER, PERİFERİK, BALONLA AÇILAN, MONORAIL	950,00
	(1) Nonvasküler kullanım epikrizde ayrıntılı olarak belirtilmelidir.	
KV1163	STENT, VASKÜLER, PERİFERİK, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, ÇELİK	829,00
	(1) Nonvasküler kullanım epikrizde ayrıntılı olarak belirtilmelidir.	
KV1164	STENT, VASKÜLER, PERİFERİK, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, NİTİNOL, OTW	825,00
	(1) Nonvasküler kullanım epikrizde ayrıntılı olarak belirtilmelidir.	
KV1165	STENT, VASKÜLER, PERİFERİK, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, NİTİNOL, MONORAIL	950,00
	(1) Nonvasküler kullanım epikrizde ayrıntılı olarak belirtilmelidir.	
KV1166	STENT, VASKÜLER, PERİFERİK, BALONA YÜKLENMEMİŞ	
	(1) Nonvasküler kullanım epikrizde ayrıntılı olarak belirtilmelidir.	



KV1167	STENT, VASKÜLER, PERİFERİK, AKIM ÇEVİRİCİ, ÇOK KATMANLI	
	(1) Yandal koruması gerektiren arter anevrizması tedavisinde epikrizde belirtilmesi koşulu ile Kurumca bedeli karşılanır.	
	<b>STENT, VASKÜLER, KAROTİS</b>	
KV1168	STENT, VASKÜLER, KAROTİS, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, ÇELİK,NİTİNOL/DİSTAL İNCELEN MONORAIL	
	(1) 3.basamak hastanelerde KVC, Radyoloji ve Nöroloji veya KVC, Radyoloji ve Beyin Cerrahisi Uzmanları tarafından düzenlenen sağlık kurulu raporu ile stent uygulama endikasyonunun epikrizde ayrıntılı olarak belirtilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.	
	<b>STENT,VASKÜLER,VENÖZ</b>	
KV1169	STENT, VASKÜLER, VENÖZ	1.120,00
KV1170	STENT, VASKÜLER, VENÖZ, VENA KAVA	
KV1171	STENT, VASKÜLER, VENÖZ, TİPS, KISMİ GREFT KAPLI	
	<b>STENT, PERİFERİK VASKÜLER, İLAÇ SALINIMLI</b>	
KV1172	STENT, PERİFERİK VASKÜLER, İLAÇ SALINIMLI, BALONLA AÇILAN, MONORAIL	
KV1173	STENT, PERİFERİK VASKÜLER, İLAÇ SALINIMLI, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, MONORAIL	
	<b>STENT AORT KOARKTASYONU</b>	
KV1174	STENT AORT KOARKTASYONU (KAPLI/KAPSIZ)	
	(1) Kardiyoloji veya Pedyatrik Kardiyoloji ve KVC uzmanlarından oluşan konysey kararı ile Kurumca bedeli karşılanır	
KV1175	AORT KOARKTASYONU BALON KATETER	
	(1) Kardiyoloji veya Pedyatrik Kardiyoloji ve KVC uzmanlarından oluşan konysey kararı ile Kurumca bedeli karşılanır	
	<b>STENT, VASKÜLER, GREFT KAPLI</b>	
	<b>STENT, VASKÜLER, GREFT KAPLI, PTFE'Lİ</b>	
	(1) Epikrizde 2 (iki) KVC uzmanının imzasının olması halinde Kurumca bedeli karşılanır.	
KV1176	STENT, VASKÜLER, GREFT KAPLI,PTFE'Lİ, BALONLA AÇILAN, OTW	3.750,00
KV1177	STENT, VASKÜLER, GREFT KAPLI, PTFE'Lİ, BALONLA AÇILAN, MONORAIL	2.380,00
KV1178	STENT, VASKÜLER, GREFT KAPLI, PTFE'Lİ, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, ÇELİK	
	<b>STENT, VASKÜLER, GREFT KAPLI, PTFE'Lİ, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, NİTİNOL</b>	
	(1) Epikrizde 2 (iki) KVC uzmanının imzasının olması halinde Kurumca bedeli karşılanır.	
KV1179	STENT, VASKÜLER, GREFT KAPLI, PTFE'Lİ, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, NİTİNOL, KISA (5CM VE ALTI)	3.600,00
KV1180	STENT, VASKÜLER, GREFT KAPLI, PTFE'Lİ, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, NİTİNOL, ORTA (6-14CM)	3.885,00
KV1181	STENT, VASKÜLER, GREFT KAPLI, PTFE'Lİ, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, NİTİNOL, UZUN (15CM VE ÜSTÜ)	3.598,00
	<b>STENT, VASKÜLER, GREFT KAPLI, PTFE'Lİ, İLAÇ BAĞLI, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, NİTİNOL</b>	
	(1) Epikrizde 2 (iki) KVC uzmanının imzasının olması halinde Kurumca bedeli karşılanır.	
KV2026	STENT, VASKÜLER, GREFT KAPLI, PTFE'Lİ, İLAÇ BAĞLI VEYA KAPLAMALI KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, NİTİNOL, KISA (5CM VE ALTI)	
KV2027	STENT, VASKÜLER, GREFT KAPLI, PTFE'Lİ, İLAÇ BAĞLI VEYA KAPLAMALI KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, NİTİNOL, ORTA (6-14CM)	
KV2028	STENT, VASKÜLER, GREFT KAPLI, PTFE'Lİ, İLAÇ BAĞLI VEYA KAPLAMALI KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, NİTİNOL, UZUN (15CM VE ÜSTÜ)	
	<b>STENT GREFT, AORTİK, ABDOMİNAL</b>	

	<p>(1) Yılda 250 adet tansal anjiyografi veya işlem yapılan merkezlerde; 2 (iki) KVC uzmanı ile birlikte Radyoloji veya Kardiyoloji uzmanının olduğu konsey kararı Kurumca bedeli karşılır.</p> <p>Endovasküler Aortik Stentgreftlerin aşağıda belirtilen girişim endikasyonları, EVAR için anatomik uygunluk varlığında ve açık cerrahi için risk faktörlerinden en az birinin bulunması durumunda kullanılması uygundur.</p> <p>a) Abdominal aort anevrizması için cerrahi/endovasküler girişim endikasyonları;</p> <p>1) Asemptomatik abdominal aort anevrizmalarında (AAA)≥55mm çap,</p> <p>2) Kadın hasta, KOAH varlığı, aile öyküsü, konnektif doku hastalığı varlığında ≥50mm çap,</p> <p>3) 6 ay içinde ≥5mm ekspansiyon,</p> <p>4) Semptomatik anevrizmalar,</p> <p>5) Sakküler anevrizmalar, penetran ülserler, intrmural hematom,</p> <p>6) Psüdoanevrizmalar, dissekan anevrizmalar,</p> <p>7) Rüptüre AAA,</p> <p>b) Açık cerrahi için risk faktörleri:</p> <p>1) İleri yaş (≥75)</p> <p>2) KOAH (FEV 1) &lt;%80, FEV 1/FVC &lt;%70)</p> <p>3) Obezite (VKİ ≥30)</p> <p>4) Geçirilmiş abdominal operasyon</p> <p>5) Geçirilmiş kardiyak operasyon</p> <p>6) Klas III-IV konjestif kalp yetmezliği</p> <p>7) EF &lt; %30 olması</p> <p>8) Anstabil anjina</p> <p>9) Majör serebrovasküler hastalık</p> <p>10) Serebrovasküler olay hikayesi</p> <p>11) Son dönem böbrek yetmezliği / hemodiyaliz ihtiyacı olan hastalar</p> <p>12) Rüptüre AAA</p> <p>13) Hastanın genel anestezi alınmasın yüksek riskli olduğunun Anestezi ve Reanimasyon uzmanı tarafından belirtildiği durumlar</p>	
KV1183	STENTGREFT, AORTİK, ABDOMİNAL, ANA GÖVDE VE İPŞİLATERAL BACAK, PTFE/Lİ/	
KV1184	STENTGREFT, AORTİK, ABDOMİNAL, ANA GÖVDE VE İPŞİLATERAL BACAK, SUPRARENAL KANCALI/	18.475,00
KV1185	STENTGREFT, AORTİK, ABDOMİNAL, ANA GÖVDE VE İPŞİLATERAL BACAK, SUPRARENAL HİDROFİLİK	
KV2029	STENTGREFT, AORTİK, ABDOMİNAL, ANA GÖVDE VE İPŞİLATERAL BACAK, SUPRARENAL HİDROFİLİK	
KV2030	STENTGREFT, AORTİK, ABDOMİNAL, ANA GÖVDE VE İPŞİLATERAL BACAK, SUPRARENAL HİDROFİLİK	
KV2031	STENTGREFT, AORTİK, ABDOMİNAL, ANA GÖVDE VE İPŞİLATERAL BACAK, SUPRARENAL HİDROFİLİK	
KV1187	STENTGREFT, AORTİK, ABDOMİNAL, ANA GÖVDE VE İPŞİLATERAL BACAK, SUPRARENAL HİDROFİLİK	
KV1188	STENTGREFT, AORTİK, ABDOMİNAL, ANA GÖVDE VE İPŞİLATERAL BACAK, SUPRARENAL HİDROFİLİK	
	<b>STENTGREFT, AORTİK, TORASİK</b>	
	<p>(1) Yılda 250 adet tansal anjiyografi veya işlem yapılan merkezlerde; 2 KVC uzmanı ile birlikte Radyoloji veya Kardiyoloji uzmanının olduğu konsey kararı ile Kurumca bedeli karşılır.</p> <p>a) Torasik Endovasküler Aortik Stentgreftlerin (TEVAR) aşağıda belirtilen girişim endikasyonları, TEVAR için anatomik uygunluk varlığında ve açık cerrahi için risk faktörlerinin bulunması durumunda kullanılması uygundur EVAR için belirtilen açık cerrahi risk faktörleri TEVAR için de geçerlidir.</p> <p>b) Dejeneratif anevrizmalarda,</p> <p>1) Semptomatik anevrizmalar</p> <p>2) Asemptomatik hastalarda ≥55mm çap</p> <p>3) Asemptomatik hastalarda kadın , KOAH varlığı, aile öyküsü, Marfan ve benzer konnektif doku hastalığı olanlarda, kronik tip B diseksiyonlarda ≥50 mm çap</p> <p>4) 6 ay içinde ≥5mm ekspansiyon</p> <p>5) Sakküler anevrizmalar, penetran ülserler, intrmural hematom</p> <p>c) Akut aortik sendromlarda,</p> <p>1) Komplike akut tip B diseksiyon (geçmeyen ağrı, kontrol edilemeyen hipertansiyon, malperfüzyon, retrograd yayılım)</p> <p>2) Yayılan akut tip B intramural hematom</p> <p>3) Travmatik aort transeksiyonu</p> <p>4) Akut ya da kronik psödoanevrizma</p>	
KV1189	STENTGREFT, AORTİK, TORASİK, KISA (10CM VE ALTI), TÜM ÖZELLİK	
KV1190	STENTGREFT, AORTİK, TORASİK, ORTA (11-19CM), TÜM ÖZELLİK	
KV1191	STENTGREFT, AORTİK, TORASİK, UZUN (20CM VE ÜZERİ), TÜM ÖZELLİK	
KV1192	STENT, AORTİK, NİTİROL, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN	

KV1193	STENT, AORTİK, NİTİNL, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, DİSEKSYON TEDAVİSİNDE KULLANILMAK ÜZERE	
	<b>STENTGREFT, HASTAYA ÖZEL</b>	
	(1) Yılda 250 adet tanesil anjiyografi veya işlem yapılan 3.basamak hastanelerde; 2 (iki) KVC uzmanı ile birlikte Radyoloji veya Kardiyoloji uzmanının olduğu konsey kara ile kompleks anatomiye sahip aortik visseral dalları içeren aort anevrizmalarının tedavisinde, klasik cerrahi ve EVAR, TEVAR uygulamalarının kontrendike ya da yüksek riskli olduğu durumlarda (organ malperfüzyonu ve buna bağlı komplikasyonları önleyebilmek için) kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılansın.	
KV1194	STENTGREFT, HASTAYA ÖZEL, ANA GÖVDE, FENESTRE	
KV1195	STENTGREFT, HASTAYA ÖZEL, ANA GÖVDE, YAN DALLI	
KV1196	STENTGREFT, HASTAYA ÖZEL, İLİAK UZATMA, YAN DALLI	
KV2032	STENT, VASKÜLER, AORTİK, AKIM ÇEVİRİCİ, ÇOK KATMANLI	
	<b>AORTİK STENTGREFT AKSESUARLARI</b>	
KV1197	İLİAK OKLÜDER	
KV1198	AORTİK BALON, STENTGREFT İÇİN, STANDART	1.100,00
KV1199	AORTİK BALON, STENTGREFT İÇİN, TRİLOBULU	750,00
KV1200	İNTRODUSER SET, AORTİK STENT GREFT İÇİN	500,00
KV1201	AORTİK NİTİNL KAFES, STENTGREFT İÇİN, STANDART	
	<b>EMBOLİ KORUYUCU SİSTEM, GEÇİCİ</b>	
KV1202	EMBOLİ KORUYUCU SİSTEM, GEÇİCİ, BALONLU / AKIM ÇEVİRİCİLİ	
	(1) Malzemenin kullanım endikasyonu epikrizde ayrıntılı olarak belirtilmelidir.	
	<b>EMBOLİ KORUYUCU SİSTEM, GEÇİCİ, FİLTRELİ</b>	
KV1203	EMBOLİ KORUYUCU SİSTEM, GEÇİCİ, FİLTRELİ / MONORAIL / MONORAILLE ÇEVİRİLEBİLİR	
	(1) Malzemenin kullanım endikasyonu epikrizde ayrıntılı olarak belirtilmelidir.	
	<b>VENA KAVA FİLTRELERİ</b>	
KV1204	VENA KAVA FİLTRESİ, KALICI / GEÇİCİ / GERİ ALINABİLİR	
KV1205	VENA KAVA FİLTRESİ, GERİ ALMA KATETERİ	
	<b>AKSESUARLAR</b>	
KV1206	GİRİŞ İĞNESİ, SELDINGER, İKİ PARÇALI	3,70
KV1207	GİRİŞ İĞNESİ, TEK PARÇA	8,00
KV1208	GİRİŞ İĞNESİ, UZUN	7,30
KV1209	İŞARETLEME İĞNESİ, CYBERKNİFE İÇİN	
KV1210	DİLATÖR	15,00
KV1211	İNFLATÖR (BALON ŞİŞİRME AMAÇLI)/DEFLATÖR	
KV1212	FLOWSWİTCH	
KV1213	Y KONNEKTÖR	
KV1214	TEK YOLLU MUSLUK, BASINCA DAYANIKLI	
KV1215	ÜÇ YOLLU MUSLUK, BASINCA DAYANIKLI	5,60
KV1216	OTOMATİK POMPA ŞİRINGASI, DSA İÇİN	11,00
KV1217	BAĞLANTI HORTUMU, OPAK MADDE İÇİN, STANDART	
KV1218	BAĞLANTI HORTUMU, OPAK MADDE İÇİN, BASINCA DAYANIKLI (1000PSİ VE ÜSTÜ)	
KV1219	BAĞLANTI SETİ, OPAK MADDE İÇİN, VALFLİ, ÜÇ YOLLU MUSLUKLU	
KV1220	BAĞLANTI SETİ, OPAK MADDE İÇİN, VALFLİ, ÇİFT HATLI, TEK ÇIKIŞLI	
KV1221	ENJEKTÖR, KİLİTLİ	
KV1222	KOİL İTİCİ (Ø18" KOİLLER İÇİN)	
KV1223	KOİL AYIRACI	150,00
KV1224	AYRILABİLEN İNTRODUSER	
KV1225	PNÖMOTORAKS ÖNLEYİCİ TIKAÇ	
KV1226	İNTRAVASKÜLER BASINÇ ÖLÇME TRANSDUSERİ	
	<b>SANTRAL VENÖZ İNFÜZYON KATETERLERİ</b>	
KV1227	KATETER, İNFÜZYON, SANTRAL VENÖZ, TEK LÜMENLİ, 3-6F	25,00
KV1228	KATETER, İNFÜZYON, SANTRAL VENÖZ, TEK LÜMENLİ, 6F YUKARISI/HEPARİN KAPLI	
KV1229	KATETER, İNFÜZYON, SANTRAL VENÖZ, ÇİFT LÜMENLİ, 3-6F	74,00

KV1230	KATETER, İNFÜZYON, SANTRAL VENÖZ, ÇİFT LÜMENLİ, 6F YUKARI/HEPARİN KAPLI	
KV1231	KATETER, İNFÜZYON, SANTRAL VENÖZ, ÜÇ LÜMENLİ	34,00
KV1232	KATETER, İNFÜZYON, SANTRAL VENÖZ, TÜNELLİ, 4-6F/6F YUKARI	
KV1233	KATETER, İNFÜZYON, SANTRAL VENÖZ, PERİFERAL YOLDAN YERLEŞTİRİLEN	
	<b>HEMODİYALİZ KATETERLERİ</b>	
KV1234	KATETER, HEMODİYALİZ, GEÇİCİ, PEDIATRİK	63,00
KV1235	KATETER, HEMODİYALİZ, GEÇİCİ, ERİŞKİN/HEPARİN KAPLI	
KV1236	KATETER, HEMODİYALİZ, TÜNELLİ, PEDIATRİK	345,00
KV1237	KATETER, HEMODİYALİZ, TÜNELLİ, ERİŞKİN/HEPARİN KAPLI	
KV1238	KATETER, HEMODİYALİZ, TÜNELLİ, AYRIK UÇLU, PEDIATRİK	700,00
KV1239	KATETER, HEMODİYALİZ, TÜNELLİ, AYRIK UÇLU, ERİŞKİN	585,00
	<b>YABANCI CİSİM YAKALAMA KATETERİ</b>	
KV1240	KATETER, YABANCI CİSİM YAKALAMA, KEMENT, PERİFERİK	800,00
KV1241	KATETER, YABANCI CİSİM YAKALAMA, KEMENT, NÖROVASKÜLER	
KV1242	KATETER, YABANCI CİSİM YAKALAMA, FORSEPS	
KV1243	KATETER, YABANCI CİSİM YAKALAMA, BASKET	
	<b>VASKÜLER KATETERLER VE SETLER</b>	
	<b>ANJİYOGRAFI KATETERLERİ</b>	
KV1244	KATETER, ANJİYOGRAFI, ÖRGÜSÜZ	
KV1245	KATETER, ANJİYOGRAFI, ÖRGÜLÜ, YUMUŞAK UÇLU	35,00
KV1246	KATETER, ANJİYOGRAFI, İŞARETLİ KALİBRASYON KATETERİ	120,00
KV1247	KATETER, ANJİYOGRAFI, PEDIATRİK	24,00
KV1248	KATETER, ANJİYOGRAFI, HİDROFİLİK/TAMAMI HİDROFİLİK YUMUŞAK UÇLU	
KV1249	KATETER, ANJİYOGRAFI, ÖRGÜLÜ, HİDROFİLİK, UZUN (>105 CM.)	259,00
	<b>BALONLU KATETERLER</b>	
	<b>KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ</b>	
KV1250	KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, 035° OTW	225,00
KV1251	KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, 035° OTW, GENİŞ ÇAPLI (EN AZ 14MM)	365,00
KV1252	KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, 035° OTW, YÜKSEK BASINÇLI (EN AZ 16ATM)	275,00
KV1253	KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, 014°, MONORAİL	301,00
KV1254	KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, 014°, MONORAİL /UZUN BALONLU (EN AZ 10 CM)	
KV1255	KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, 014°, OTW	403,00
KV1256	KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, 014°, MONORAİL, DÜŞÜK PROFİLLİ (≤2 MM.)	170,00
KV1257	KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, 018°, MONORAİL	395,00
KV1258	KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, 018°, OTW	300,00
KV1259	KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, 018°, OTW, UZUN BALONLU (EN AZ 10CM)	
	<b>KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, İLAÇ SALINIMLI</b>	
KV2033	KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, İLAÇ SALINIMLI, 035° OTW	
KV2034	KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, İLAÇ SALINIMLI, 035° OTW, GENİŞ ÇAPLI (EN AZ 14MM)	
KV2035	KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, İLAÇ SALINIMLI, 035° OTW, YÜKSEK BASINÇLI (EN AZ 16ATM)	
KV2036	KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, İLAÇ SALINIMLI, 014°, MONORAİL	
KV2037	KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, İLAÇ SALINIMLI, 014°, MONORAİL, UZUN BALONLU (EN AZ 10CM)	
KV2038	KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, İLAÇ SALINIMLI, 014°, OTW	
KV2039	KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, İLAÇ SALINIMLI, 014°, MONORAİL, DÜŞÜK PROFİLLİ (≤2 MM.)	
KV2040	KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, İLAÇ SALINIMLI, 018°, MONORAİL	
KV2041	KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, İLAÇ SALINIMLI, 018°, OTW	
KV2042	KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, İLAÇ SALINIMLI, 018°, OTW, UZUN BALONLU (EN AZ 10CM)	
	<b>KATETER, BALON, OKLÜZYON</b>	
KV1270	KATETER, BALON, GEÇİCİ OKLÜZYON, OTW, ÇİFT LÜMENLİ	397,00
	<b>KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, KESİCİ</b>	
KV1271	KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, KESİCİ, 018 °, OTW/014 MONORAİL	

(1) Malzemenin kullanım endikasyonu epikrizde ayrıntılı olarak belirtilmiştir.

	<b>KILAVUZ KATETERLER</b>	
	<b>KATETER, KILAVUZ, PERİFERİK</b>	
KV1272	KATETER, KILAVUZ, PERİFERİK, ÖRGÜLÜ	132,00
	<b>KATETER, KILAVUZ, PEDIATRİK</b>	
KV1273	KATETER, KILAVUZ, PEDIATRİK	
	<b>MİKRO KATETERLER</b>	
	<b>KATETER, MİKRO, PERİFERİK</b>	
KV1274	KATETER, MİKRO, PERİFERİK, ÖRGÜLÜ, TEK İŞARETLİ	630,00
KV1275	KATETER, MİKRO, PERİFERİK, ÖRGÜLÜ, ÇİFT İŞARETLİ	1.100,00
KV1276	KATETER, MİKRO, PERİFERİK, ÖRGÜLÜ (MİKRO KILAVUZ TELİ İLE BİRLİKTE)	1.100,00
	<b>OKLÜZYONDA TEKRAR LÜMENE GİRİM (REENTRY) KATETERLERİ</b>	
KV1277	KATETER, OKLÜZYON, TEKRAR LÜMENE GİRİM, SUBİNTİMAL GEÇİŞ, İĞNELİ	
KV1278	KATETER, OKLÜZYON, TEKRAR LÜMENE GİRİM, GERÇEK LÜMENDEN GEÇİŞ	
KV1279	KATETER, OKLÜZYON, TEKRAR LÜMENE GİRİM, GERÇEK LÜMENDEN GEÇİŞ, MİKRO KATETER	
	<b>ATEREKTOMİ KATETERLERİ</b>	
KV1280	KATETER, ATEREKTOMİ / MOTORU	
	(1) Epikrizde 2 (iki) KVC uzmanının imzasının olması halinde Kurumca bedeli karşlanır.	
	<b>İNTRAVASKÜLER ULTRASON KATETERLERİ</b>	
KV1281	KATETER, İNTRAVASKÜLER ULTRASON	
	(1) Epikrizde 2 (iki) KVC uzmanının imzasının olması halinde Kurumca bedeli karşlanır.	
	<b>SETLER</b>	
	<b>SET, İLK GİRİM</b>	
KV1282	SET, İLK GİRİM, MİKRO, VASKÜLER, STANDART	68,00
KV1283	SET, İLK GİRİM, MİKRO, VASKÜLER, PEDIATRİK	69,00
KV1284	SET, İLK GİRİM, MİKRO, VASKÜLER, PEDAL	
	<b>SET, İNTRDUSER</b>	
	<b>SET, İNTRDUSER, PERİFERİK</b>	
KV1285	SET, İNTRDUSER, PERİFERİK, 15CM VE ALTI, ÖRGÜSÜZ	45,00
KV1286	SET, İNTRDUSER, PERİFERİK, 15CM VE ALTI, ÖRGÜSÜZ, HİDROFİLİK	
KV1287	SET, İNTRDUSER, PERİFERİK, 16-44CM, METAL KAPLAMA	112,00
KV1288	SET, İNTRDUSER, PERİFERİK, 16-44CM, ÖRGÜLÜ, HİDROFİLİK	95,00
KV2043	SET, İNTRDUSER, PERİFERİK, 16-44CM, ÖRGÜSÜZ, HİDROFİLİK	
KV1289	SET, İNTRDUSER, PERİFERİK, 45-64CM, METAL KAPLAMA	256,00
KV1290	SET, İNTRDUSER, PERİFERİK, 45-64CM, ÖRGÜLÜ, HİDROFİLİK	450,00
KV2044	SET, İNTRDUSER, PERİFERİK, 45-64CM, ÖRGÜSÜZ, HİDROFİLİK	
	<b>KILAVUZ TELLER</b>	
KV2045	KILAVUZ TEL, 032"-038", STANDART	
KV1291	KILAVUZ TEL, 032"-038", BENTSON	
	<b>KILAVUZ TEL, 032"-038", AMPLATZ</b>	
KV1292	KILAVUZ TEL, 032"-038", AMPLATZ, 70-100CM	
KV1293	KILAVUZ TEL, 032"-038", AMPLATZ, 140-190CM	
KV1294	KILAVUZ TEL, 032"-038", AMPLATZ, 260-300CM	
	<b>KILAVUZ TEL,032"-038", HİDROFİLİK</b>	
KV1295	KILAVUZ TEL, 032"-038", HİDROFİLİK	
KV1296	KILAVUZ TEL, 032"-038", HİDROFİLİK, 260-300CM	
KV1297	KILAVUZ TEL, 032"-038", HİDROFİLİK, DİSTAL İNCELEN	
KV1298	KILAVUZ TEL, 032"-038", HİDROFİLİK, DİSTAL İNCELEN, 260-300CM	
KV1299	KILAVUZ TEL, 032"-038", HİDROFİLİK, SERT	
KV1300	KILAVUZ TEL, 032"-038", HİDROFİLİK, SERT, 260-300CM	
KV1301	KILAVUZ TEL, 032"-038", HİDROFİLİK, SERT, DİSTAL İNCELEN	
KV1302	KILAVUZ TEL,032"-038", HİDROFİLİK, SERT, DİSTAL İNCELEN, 260-300CM	
	<b>KILAVUZ TEL, 032"-038", SÜPER SERT</b>	

KV1303	KILAVUZ TEL, 032"-038", SÜPER SERT, TEFLON KAPLI, 140-190CM	
KV1304	KILAVUZ TEL, 032"-038", SÜPER SERT, TEFLON KAPLI, RO UÇLU, 140-190CM	
KV1305	KILAVUZ TEL, 032"-038", SÜPER SERT, TEFLON KAPLI, 260-300CM	
KV1306	KILAVUZ TEL, 032"-038", SÜPER SERT, TEFLON KAPLI, RO UÇLU, 260-300CM	
KV1307	KILAVUZ TEL, 032"-038", LUNDERQUIST	
	<b>KILAVUZ TEL, ANJİYOPLASTİ</b>	
KV1308	KILAVUZ TEL, ANJİYOPLASTİ, 014-018", DISTALI HİDROFİLİK	117,00
KV1309	KILAVUZ TEL, ANJİYOPLASTİ, 035", DISTALI HİDROFİLİK	
KV1310	KILAVUZ TEL, ANJİYOPLASTİ, 035", DISTALI HİDROFİLİK VE İNCELEN	
KV1311	KILAVUZ TEL, ANJİYOPLASTİ, 014-018", REKANALİZASYON AMAÇLI	240,00
	<b>KILAVUZ TEL, MİKRO, PERİFERİK</b>	
KV1312	KILAVUZ TEL, MİKROGİRİŞİM SETİ İÇİN	
	<b>EMBOLİZASYON</b>	
	<b>EMBOLİZAN, KOİL</b>	
	<b>EMBOLİZAN, KOİL, PERİFERİK</b>	
KV1313	EMBOLİZAN, KOİL, PERİFERİK, SERBEST İTİLEN, 018"	
KV1314	EMBOLİZAN, KOİL, PERİFERİK, SERBEST İTİLEN, 018", DISTAL-PROKSİMAL ÇAP FARKLI	194,00
KV1315	EMBOLİZAN, KOİL, PERİFERİK, SERBEST İTİLEN, 035"	
KV1316	EMBOLİZAN, KOİL, PERİFERİK, SERBEST İTİLEN, 035", DISTAL-PROKSİMAL ÇAP FARKLI	
KV1317	EMBOLİZAN, KOİL, PERİFERİK, SERBEST İTİLEN, 018", FİBERLİ	179,00
KV1318	EMBOLİZAN, KOİL, PERİFERİK, SERBEST İTİLEN, 035", FİBERLİ	
KV1319	EMBOLİZAN, KOİL, PERİFERİK, SERBEST İTİLEN, BİYOAKTİF MADDE KAPLAMALI, ŞİŞEBİLEN, 018"	720,00
KV1320	EMBOLİZAN, KOİL, PERİFERİK, SERBEST İTİLEN, BİYOAKTİF MADDE KAPLAMALI, ŞİŞEBİLEN, 035"	700,00
KV2046	EMBOLİZAN, KOİL, PERİFERİK, ANINDA AYRILAN, TÜM ŞEKİL ÖZELLİKLİ	
KV1321	EMBOLİZAN, KOİL, PERİFERİK, ANINDA AYRILAN, ELEKTRİKLE, BİYOAKTİF MADDE KAPLAMALI, ŞİŞEBİLEN	2.300,00
	<b>EMBOLİZAN, SIVI</b>	
	<b>EMBOLİZAN, SIVI, ADHEZİV, AKRİLAT</b>	
KV1322	EMBOLİZAN, SIVI, ADHEZİV, AKRİLAT, NBCA/MODİFİYE	
	<b>EMBOLİZAN, SIVI, NONADHEZİV, DMSO İÇEREN</b>	
KV1323	EMBOLİZAN, SIVI, NONADHEZİV, DMSO İÇEREN, DÜŞÜK YOĞUNLUKLU	1.750,00
KV1324	EMBOLİZAN, SIVI, NONADHEZİV, DMSO İÇEREN, YÜKSEK YOĞUNLUKLU	
	<b>EMBOLİZAN, SIVI, TROMBOJEN</b>	
KV1325	EMBOLİZAN, SIVI, TROMBİN KOLLAJEN KOMPLEKSİ	505,00
	<b>EMBOLİZAN, PARÇACIK</b>	
	<b>EMBOLİZAN, PARÇACIK, ŞEKİLSİZ</b>	
KV1326	EMBOLİZAN, PARÇACIK, ŞEKİLSİZ, (GELFOAM)	
KV1327	EMBOLİZAN, PARÇACIK, ŞEKİLSİZ (PVA)	140,00
	<b>EMBOLİZAN, AYRILABİLİR BALON</b>	
KV2047	EMBOLİZAN, AYRILABİLİR MİKRO, BALON NÖROVASKÜLER AKIM İLE YÖNLENDİRİLEBİLEN SİLİKON / LATEKS	
	<b>PATENT DUCTUS ARTERİÜS, PDA KAPATILMASI</b>	
	(1) 2 (iki) KVC uzmanı ile birlikte Pediatric Kardiyoloji veya Kardiyoloji uzmanının olduğu konsy kararı ile Kurumca bedeli karşlanır.	
KV1335	OCCLUDER DEVICE	2.300,00
KV1336	OCCLUDER DELİVERY SİSTEMİ	1.300,00
KV1337	COİL DELİVERY SİSTEM	1.600,00
KV1338	COİL	
	<b>ATRİAL SEPTAL DEFEKT, ASD KAPATILMASI</b>	
	(1) 2 (iki) KVC uzmanı ile birlikte Pediatric Kardiyoloji veya Kardiyoloji uzmanının olduğu konsy kararı ile Kurumca bedeli karşlanır.	
KV1339	ASD OCCLUDER DEVICE	6.350,00
KV1340	ASD OCCLUDER DELİVERY SİSTEMİ	840,00
KV1341	ASD OCCLUDER RETRIEVAL KIT	
	<b>PATENT FOREMAN OVALE KAPATILMASI</b>	
	(1) KVC, Nöroloji uzmanı ile birlikte Pediatric Kardiyoloji veya Kardiyoloji uzmanının olduğu konsy kararı ile Kurumca bedeli karşlanır.	

KV1342	PFO OCCLUDER DEVICE	6.950,00
KV1343	PFO OCCLUDER DELIVERY SİSTEMİ	840,00
KV1344	PFO OCCLUDER, PTFE MEMBRANLI	
KV1345	PFO OCCLUDER RETRIEVAL KİTİ	
	<b>VENTRİKÜLAR SEPTAL DEFEKT, VSD KAPATILMASI</b>	
(1) 2 (iki)	KVC uzmanı ile birlikte Pediyatrik Kardiyoloji veya Kardiyoloji uzmanının olduğu konsey kararı ile Kurumca bedeli karşılıdır.	
KV1346	VSD OCCLUDER DEVICE	7.775,00
KV1347	VSD OCCLUDER DELIVERY SİSTEMİ	840,00
KV1348	VSD OCCLUDER RETRIEVAL KİTİ	
	<b>PARAVALVÜLER LEAK (SIZINTI) KAPAMA MALZEMELERİ</b>	
KV2048	PARAVALVÜLER LEAK (SIZINTI) KAPAMA CİHAZI	
KV2049	PARAVALVÜLER LEAK (SIZINTI) KAPAMA TAŞIMA SİSTEMİ	
	<b>MİNİMAL İNVAZİV KALP CERRAHİSİ</b>	
KV1349	KORONER STABİLİZATÖR VAKUMLU/VAKUMSUZ	
KV1350	KORONER STABİLİZATÖR UCU VAKUMLU/VAKUMSUZ	
KV1351	APEKS TUTUCU (KALP POZİSYONLANDIRICI)	
KV1352	APEKS TUTUCU (KALP POZİSYONLANDIRICI) UCU	
KV1353	KORONER ARTER ŞANT	
KV1354	ÜFLEYİCİ YIKAYICI KANÜL	
KV1355	KARBONDİOKSİT ÜFLEYİCİ KANÜL	
KV1356	ENDOORTİK KLEMP	
KV1357	PERKÜTAN FEMORAL ARTER KANÜLÜ	
KV1358	PERKÜTAN FEMORAL VEN KANÜLÜ	
KV1359	PERKÜTAN İKİ AŞAMALI FEMORAL VEN KANÜLÜ	
KV1360	MİNİMAL İNVAZİF AF ABLASYON PROBU	
KV1361	SOL ATRİYUM APPENDİKS KAPAMA SİSTEMİ	
KV1362	PROKSİMAL AORT ANOSTAMAZ KİTİ	
	<b>DİĞER</b>	
KV1363	HAVA ÇIKARMA KANÜLÜ/İĞNESİ	
KV1364	KARDİYOTOMİ REZERVUAR	
KV1365	ASPIRASYON (SUCTION) KATETERİ	
KV1366	NAYLON TEYP	
KV1367	VASKÜLER TURNİKE SETİ	
KV1368	KANÜLASYON TURNİKE SETİ	
KV1369	SİLİKON DAMAR ASKISI	
KV1370	YAĞ EKARTÖRÜ	
KV1371	BULLDOG KLEMP (TEK KULLANIMLIK)	
KV1372	KORONER ASKISI	
KV2050	ELEKTROD, GEÇİCİ,	60,00
KV2051	ELEKTROD, GEÇİCİ, BALONLU	
KV1374	AORTİK OKLÜZYON KATETERİ	
KV1375	VASKÜLER KLİP (KÜÇÜK/ORTA/BÜYÜK)	
KV1376	KORONER BİSTÜRİ	
KV1377	SANTRİFÜJ POMPA BAŞLIĞI	
KV1378	KONNEKTÖR	
KV1379	KARDİYOPELJİ ADAPTÖRÜ ÇOKLU	
KV1380	TEK KULLANIMLIK VENÖZ STRİPPİNG TELİ	
KV1381	VALVÜLOTOM	
KV1382	KAN PARAMETRELERİ İZLEME KONNEKTÖRÜ SÜREKLİ ÖLÇÜM	
KV1383	SEREBRAL OKSİMETRE SENSÖRÜ	
KV1384	EPIKARDİYAL GEÇİCİ PACEMAKER TELİ	
KV1385	AORTİK PUNCH	

KV1386	KAROTİS SHUNT BALONLU	
KV1387	KAROTİS SHUNT BALONSUZ	
KV1389	İNTRAAORTİK BALON KATETERİ(PEDİATRİK) VE AKSESUARLARI SET HALİNDE	
KV1390	İNTRAAORTİK BALON KATETERİ(ERİŞKİN) VE AKSESUARLARI SET HALİNDE	
KV1391	İNTRAAORTİK FİBEROPTİK BALON KATETERİ VE AKSESUARLARI SET HALİNDE	
KV1392	SAFEN VEN KANÜLÜ	
KV1393	SWAN-GANZ KATETERLERİ	
KV1394	TERMODÜLİSYON KATETERİ	
KV1395	İNTRADUCER SHEAT(JUGULER)	
KV1396	VENT KATETER	
KV2052	EPIKARDİYAL KALP PİLİ VVIR PEDİATRİK	
KV2053	EPIKARDİYAL KALP PİLİ VVIR	
KV2054	EPIKARDİYAL KALP PİLİ VDDR	
KV2055	EPIKARDİYAL KALP PİLİ DDDR	
KV1401	EPIKARDİYAL YERLEŞTİRİLEN PACE MAKER LEAD	
KV1402	PIPE SÜTÜR	
KV1403	KLEMP LASTİĞİ (SUTURE BOOT)	
KV1404	EKZOVASKÜLER CUFF	
(1) Epikrizde 2 (iki) KVC uzmanının imzasının olması halinde Kuruma bedeli karşılır.		

Tıbbi malzeme alan tanımına ait ödeme kriterleri ve/veya kuralları, bulunduğu satırın altında yer almaktadır. Tıbbi malzeme alan tanımlarını kapsayan başlığın altında yer alan ödeme kriterleri ve/veya kuralları, başlığın altındaki tüm malzeme alan tanımlarına aittir.



KULAK BURUN BOĞAZ BRANŞINA AİT TIBBİ MALZEMELER		EK-3/J
SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYAT (TL)
KB1000	NAZAL SEPTAL BUTTON	72,00
KB1001	SİNÜS TAMPONU	12,00
	<b>PORP/PARSİYEL OSSİKÜLER REPLASMAN PROTEZİ)</b>	
KB1002	HİDROKSİAPATİT PORP	283,00
KB1003	TEFLON PORP	181,00
KB1004	TİTANYUM PORP	340,00
	<b>TORP(TOTAL OSSİKÜLER REPLASMAN PROTEZİ)</b>	
KB1005	TİTANYUM TORP	340,00
KB1006	TEFLON TORP	199,00
KB1007	HİDROKSİAPATİT TORP	306,00
	<b>SES PROTEZİ</b>	
KB1008	SES PROTEZİ	495,00
	<b>STAPES PROTEZİ</b>	
KB1009	STAPES CUP PROTEZİ	
KB1010	TEFLON	62,00
KB1011	TİTANYUM	231,00
	<b>VENTİLASYON Tüp ÇEŞİTLERİ</b>	
KB1012	VENTİLASYON Tüp ÇEŞİTLERİ	5,97
	<b>KEMİĞE MONTE İŞİTME CİHAZI VE AKSESUARLARI</b>	
	(1) Bilateral işitme kaybı olan ve her 2 (iki) kulakta da konvansiyonel işitme cihazından fayda görmediği aynı resmi sağlık kurumunda çalışan 3 (üç) Kulak Burun Boğaz hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile saptanan ve aşağıdaki kriterlere uyan hastalarda uygulanır. (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 aşağıda belirtilen kriterlere uyması durumunda; a) Bilateral aural atrezi, cerrahi ile düzeltilmeyen konjenital orta kulak anomalilerinde, b) Bilateral mastoidotomi kavitesi bulunan hastalarda, c) Tedaviye dirençli kronik eksternal otit olan hastalarda 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 uygulanmasına elverişli olmayan hastalara kafa bandı (soft band) ya da benzeri bir ataçmanla uygulanması halinde Kurumca bedeli karşılanır. (4) Kemige implante edilen işitme cihazı, 3.Basamak Hastanelerde uygulanması halinde Kurumca bedeli karşılanır.	
KB1013	KEMİĞE MONTE İŞİTME CİHAZI VE AKSESUARLARI (İşlemci, Pil ve Pil Yuvaları, İç parça ile dış parça arasında aktarıcı sistem ve bileşenleri, Cerrahi ile yerleştirilen iç parça)	
	<b>ORTA KULAK İMPLANTI</b>	
	(1) Bilateral işitme kaybı olan ve her 2 (iki) kulakta da konvansiyonel işitme cihazından fayda görmediği aynı resmi sağlık kurumunda çalışan 3 (üç) Kulak Burun Boğaz hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile saptanan ve aşağıdaki kriterlere uyan hastalarda uygulanır. Kurumca bedelinin karşılanması için son 2 (iki) yıl işitme eşiklerinin stabil olduğu belirtilmelidir. a) Sensorinöral işitme kayıpları: 1- Alçak frekanslarda 65 dB, orta frekanslarda 70 dB, yüksek frekanslarda 85 dB'i geçmeyen sensorinöral işitme kaybı olan kişilerde uygulanır. 2- Konuşmayı ayırt etme skorunun %50'den daha iyi olması durumunda uygulanır (5 (beş) yaşından küçüklerde bu şart aranmaz). 3- Retrokoklear patolojinin olmadığı resmi 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 kayıplarında uygulanır. 2- Konuşmayı ayırt etme skorunun %50'den daha iyi olması durumunda uygulanır (5 (beş) yaşından küçüklerde bu şart aranmaz). 3- Her iki kulağı da daha önce an az bir kez opere edilmiş hastanın işitme kaybının düzeltilmemiş olduğu sağlık kurulu raporunda belirtilmelidir. c) Bilateral işitme kaybı olup, konvansiyonel işitme cihazı ile düzeltilen şartı aranmadan orta kulak implantı yapılabilecek özellikteki durumlar; 1- Geçirilmiş kulak cerrahisi sonucu radikal mastoidotomi kavitesi olan ve tekrarlayan enfeksiyonlar nedeniyle konvansiyonel işitme cihazı kullanamayan hastalarda 2- Tedaviye dirençli kronik eksternal otit nedeniyle klasik hava yolu işitme cihazı kullanamayan hastalarda, 3- Konjenital dış ve orta kulak anomalisi olan hastalarda, 4- İşitme cihazı endikasyonu olup stetoskop kullanması gereken sağlık çalışanlarında, orta kulak implantı uygulanabilir. (2) Orta kulağa implante edilebilen işitme cihazı, 3.Basamak Hastanelerde uygulanması halinde bedeli Kurumca karşılanır.	
KB1014	ORTA KULAK İMPLANTI (İşlemci, Pil ve pil yuvaları, Aktarıcı sistem ve bileşenleri, Cerrahi ile yerleştirilen iç parça,	17949,00
	<b>KOKLEAR İMPLANT</b>	

	<p>A) Koklear implant (Kİ)</p> <p>(1) Koklear implant, bilateral ileri-çok ileri derecede sensörinöral işitme kaybı olan ve işitme cihazından yarar görmeyen aşağıdaki kriterlere haiz kişilerde uygulanması halinde Kurumca bedeli karşılanır.</p> <p>a) Alıcı ve ifade edici dil yaşı ile kronolojik yaş arasında 4 (dört) yıldan daha az fark olması durumunda veya alıcı ve ifade edici dili 4 (dört) yaş ve üstü olan çocuklarda (4-18 yaş) kronolojik yaşa bakılmaksızın Kİ uygulanır.</p> <p>b) Post-lingual işitme kaybı olanlarda Kİ uygulanır.</p> <p>c) Sağlık kurulu raporu, aynı resmi sağlık kurumunda çalışan 3 (üç) Kulak Burun Boğaz uzman hekimini tarafından düzenlenir. Rapor ekinde aynı veya farklı bir resmi sağlık kurumunda çalışan 1 (bir) uzman odyolog veya odyolog ve psikolog değerlendirme sonucu bulunmalıdır.</p> <p>ç) Elektrod yerleşimini sağlayacak kadar iç kulak gelişiminin olması ve koklear sinirin varlığı yüksek çözünürlükte CT ve/veya MRI ile gösterilmelidir.</p> <p>d) Menenjit sonrası oluşan işitme kaybı ve koklear ossifikasyon varlığında özel şartlar aranmaksızın acil operasyon sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi halinde yapılır.</p> <p>e) İşitsel nöropati tanısı alan ve en az 6 (altı) ay süreyle işitme rehabilitasyonu ve eğitiminden fayda görmediği odyolojik test bataryası ile belgelendirilmesi halinde y</p> <p>f) İkinci kulağa Kİ uygulanması; menenjit sonrası ileri derecede sensörinöral işitme kayıplarında, ileri işitme kaybı yanında bilateral körlük olduğunda, corpus callosum</p> <p>g) Kİ uygulaması sonrası gelişen enfeksiyon nedeniyle koklear implantın işlevselliğini yitirmesi durumunda, bu durumun aynı resmi sağlık kurumunda çalışan 3 (üç)</p> <p>(2) Odyolojik değerlendirme; odymetrik inceleme, timpanometri, stapes refleksi eşiği testi, klinik otoakustik emisyon testi, ABR testleri ile yapılır.</p> <p>Odyolojik kriterler;</p> <p>a) 2 (iki) yaş üstü çocuklarda ve erişkinlerde 500, 1000, 2000 ve 4000 Hz'lerdeki işitme eşikleri ortalamasının 80 dB'den daha kötü olması ve konuşmayı ayırt etme t</p> <p>b) 2 (iki) yaş altı çocuklarda, bilateral 90 dB HL'den daha fazla sensörinöral işitme kaybı olması ve en az 3 (üç) aylık süre ile binaural işitme cihazı kullanılmadan fay</p> <p>c) Saf ses ortalaması (500, 1000, 2000 ve 4000 Hz) bir kulakta 70 dB ve daha kötü, karşı kulakta 90 dB ve daha kötü olan ve konuşmayı ayırt etme skorunun %30'un</p> <p>(3) Koklear implantın, 1 (bir) yaş altındaki hastalara uygulanması halinde Kurumca bedeli karşılanmaz.</p> <p>(4) Kİ, 3 Basamak Hastanelerde uygulanması halinde, cihaz ve aksesuarlar dahil olarak Kurumca bedeli karşılanır.</p> <p>(5) Elektroakustik uygulama: 1000 Hz ve altındaki frekanslarda işitme eşiklerinin 50 dB ve daha iyi, 1000 Hz'den yüksek frekanslarda 80 dB ve daha kötü olması ve</p> <p>B) Koklear implant yapılacak merkezlerde asgari bulunması gereken ekipmanlar</p> <p>1- Çocuk odymetrisi-serbest alan odymetrisi yapılmasına olanak sağlayacak odymetri donanımı ve uygun özelliklerde test odası,</p> <p>2- En az 2 (iki) frekansta (226 Hz ve 800/1000 Hz olmak kaydıyla) test yapabilen timpanometri cihazı,</p> <p>3- Klinik otoakustik emisyon testi cihazı,</p> <p>4- Klinik ABR test cihazı.</p>	
KB1015	KOKLEAR İMPLANTI (İşlemci, Pil ve pil yuvaları, Aktarıcı sistem ve bileşenleri, Cerrahi ile yerleştirilen iç parça)	30404,00
	<p><b>BEYİN SAPI İMPLANTI</b></p> <p>(1) Koklear implant ekibi tarafından değerlendirilmiş ve yapılan CT ve/veya MRI incelemeleri sonucu; koklea ve/veya akustik sinirin olmadığı veya tam gelişmediği veya hasar gördüğü tespit edilen hastalara beyin sapı implantı sağlık kurulu raporu ile uygulanır.</p> <p>(2) Sağlık kurulu raporu, aynı resmi sağlık kurumunda çalışan 3 (üç) Kulak Burun Boğaz uzman hekimini tarafından düzenlenir. Rapor ekinde aynı veya farklı bir resmi sağlık kurumunda çalışan bir uzman odyolog veya odyolog ve psikolog değerlendirme sonucu bulunmalıdır.</p> <p>(3) Koklea ve/veya akustik sinirin olmadığı veya tam gelişmediği veya hasar gördüğünün CT ve/veya MRI incelemeleri ile belgelendirilmelidir.</p> <p>(4) Beyin sapı implantının, 1 (bir) yaş altındaki hastalara uygulanması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.</p> <p>(5) Beyin sapı implantı, 3.Basamak Hastanelerde uygulanması halinde bedeli Kurumca karşılanır.</p>	
KB1016	BEYİN SAPI İMPLANTI (İşlemci, pil ve pil yuvaları, Aktarıcı sistem ve bileşenleri, cerrahi ile yerleştirilen iç parça)	
	<b>Diğer</b>	
KB1017	SİNÜS TRAŞ BİÇAKLARI VE BURLARI (Tek kullanımlık)	
KB1018	ENDOTRAKEAL TÜP (Lazer korumalı)	

Tıbbi malzeme alan tanımına ait ödeme kriterleri ve/veya kuralları, bulunduğu satırın altında yer almaktadır. Tıbbi malzeme alan tanımlarını kapsayan başlığın altında yer alan ödeme kriterleri ve/veya kuralları, başlığın altındaki tüm malzeme alan tanımlarına aittir.

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BRANŞINA AİT TIBBİ MALZEMELER		Ek-3/K
SÜT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYAT (TL)
	<b>DOĞUM SALONU AMELİYATHANESİ SARF MALZEME LİSTESİ</b>	
KD1000	EKOJENİK UÇLU AMNİOSENTEZ İĞNESİ	5,90
	(1) Amniyon sıvısı örnekleme yapılacak olan hastalarda kullanılması halinde bedelli Kurumca karşılanır.	
KD1001	UTERUS İÇİNE YERLEŞTİRİLEN KANAMA DURDURUCU BALON KATETER	675,00
	(1) Utcrus içine yerleştirilen kanama durdurucu balon kateter sağlık kurulu raporuna istinaden bedelli Kurumca karşılanır. Acil kullanım gerçekleştiğinde sağlık kurulu raporunda belirtilmelidir.	
KD1002	MERSİLEN TAPE 65 MM İPLİK 30 CM TAPE 5 MM x 5 YUVARLAK BLUNT POINT ÇİFT İĞNELİ SERKLAJ SÜTÜRÜ	
	<b>DOĞUM SALONU SARF MALZEME LİSTESİ</b>	
KD1003	SERVİKAL OLGUNLAŞTIRICI BALON (CRB)	
	(1) 3.Basamak Hastanelerde kullanılması halinde bedelli Kurumca karşılanır.	
KD1004	OBSTETERİK AMAÇLI PESSER	144,00
	(1) Servikal yetmezlik tanısı konulan hastalarda kullanıldığı takdirde bedelli Kurumca karşılanır.	
	<b>CVS (KORYON VİLLUS ÖRNEKLEMESİ)</b>	
KD1005	ÇİFT İĞNELİ 17-18/19-21 GAUGE EKOJENİK CVS İĞNESİ	
	(1) Plasental doku örnekleme yapılması gereken hastalarda kullanıldığı takdirde bedelli Kurumca karşılanır.	
	<b>KATETERLER</b>	
KD1006	İNSEMINASYON KATETERİ	
	(1) Yardımcı üreme teknikleri uygulanan hastalar ve rahim içi inceleme yapılan hastalarda 2 (iki) Kadın Hastalıkları ve Doğum uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna istinaden bedelli Kurumca karşılanır.	
KD1007	SİLİKON BALON HSG KATETERİ	
	(1) Rahim içi inceleme yapılacak olan hastalarda 2 (iki) Kadın Hastalıkları ve Doğum uzman hekiminin yer aldığı 3 (üç) hekimden oluşan sağlık kurulu raporuna istinaden bedelli Kurumca karşılanır.	
	<b>KORDOSENTEZ</b>	
KD1008	KORDOSENTEZ İĞNESİ	
	(1) Fetal kan örnekleme yapılması gereken hastalarda 2 (iki) Kadın Hastalıkları ve Doğum uzman hekiminin yer aldığı 3 (üç) hekimden oluşan sağlık kurulu raporuna istinaden bedelli Kurumca karşılanır.	
	<b>ÜROJİNEKOLOJİ</b>	
	<b>Üİ (ÜRİNER İNKONTİNANS) TEDAVİSİ İÇİN ASKI MATERYALLERİ (PP-PVDF)</b>	
KD1009	RETROPUBİK PARAREKTAL ASKI	450,00
	(1) 2 (iki) Kadın Hastalıkları ve Doğum ve 1 (bir) Üroloji uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporuna istinaden bedelli Kurumca karşılanır.	
KD1010	TRANSOBTURATOR ASKI	424,00
	(1) 2 (iki) Kadın Hastalıkları ve Doğum ve 1 (bir) Üroloji uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporuna istinaden bedelli Kurumca karşılanır.	
KD1011	PREPUBİK ASKI	360,00
	(1) 2 (iki) Kadın Hastalıkları ve Doğum ve 1 (bir) Üroloji uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporuna istinaden bedelli Kurumca karşılanır.	
KD1012	KANCAŞI ASKI	377,00
	(1) 2 (iki) Kadın Hastalıkları ve Doğum ve 1 (bir) Üroloji uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporuna istinaden bedelli Kurumca karşılanır.	
KD1013	KADIN SLİNG (AYARLANABİLİR)	720,00
	(1) Pelvik organ prolapsusu (POP) ve stres inkontinans tanıları konulan hastalarda, 2 (iki) Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporuna istinaden bedelli Kurumca karşılanır.	
KD1014	MINİ SLİNG	
	(1) Pelvik organ prolapsusu (POP) ve stres inkontinans tanıları konulan hastalarda, 2 (iki) Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporuna istinaden bedelli Kurumca karşılanır.	
	<b>POP (PELVİK ÖRGAN PROLAPSUS) TEDAVİSİ İÇİN KULLANILAN MESH'LER</b>	
	(1) Kadın Hastalıkları ve Doğum veya Üroloji veya Genel Cerrahi uzmanlarından birinin bulunduğu sağlık kurulu raporuna istinaden, tekrar eden vakalarda kullanıldığı takdirde bedelli Kurumca karşılanır.	
KD1015	2 KOLLU MESH	
KD1016	4 KOLLU MESH	1.300,00
KD1017	6 KOLLU MESH	
KD1018	PIVS (POSTERİOR İNTRAVAGİNAL SLİNGOPLASTİ) MESH	
KD1019	ÇİPA11 MESH'LER	750,00
	<b>ENJEKSİYON ÜRÜNLERİ</b>	
	A) Veziköfretal reflüde (VUR) kullanılan enjeksiyon dolgu materyalleri (1) Voiding sistüretrografi veya videofrodinami ile saptanmış VUR olmalı ve hastanın hizmet detay belgesinde yer alan epizik notunda belirtilmelidir. (2) Seans başına her tretre en fazla 2cc nin bedelli Kurumca karşılanması. (3) Her bir tretre için birinci enjeksiyon bedelli süzelmeli tüm sağlık kurumlarında yapılması halinde bedelli Kurumca karşılanır. Ancak aynı üretere ikinci enjeksiyon ise 3.Basamak Hastanelerde uygulanması halinde bedelli Kurumca karşılanır. (4) Aynı üretere en fazla 2 (iki) seans uygulanması halinde enjeksiyon bedelli Kurumca karşılanır. (5) Enjeksiyon aralıkları en az 6 (altı) ay olmalıdır. (6) Kadın hastalıkları ve doğum veya çocuk cerrahisi branşlarında kullanıldığı takdirde bedelli Kurumca karşılanır. B) Stres inkontinansında kullanılan enjeksiyon dolgu materyalleri (1) Her bir kürede 4 cc. olmak üzere en fazla 2 (iki) küre kullanılması halinde bedelli Kurumca karşılanır. (2) Üretra ve mesanenin ek patalojilerinin dışlanmak amacıyla sistoskopi yapılmalıdır. (3) 3.Basamak Hastanelerde kullanılması halinde bedelli Kurumca karşılanır. (4) Her uygulamada, Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanının bulunduğu sağlık kurulu raporuna istinaden bedelli Kurumca karşılanır.	
KD1020	ANTİINKONTİNANS VE ANTİVESİKÖURETRAL REFLÜ ENJEKSİYON MATERYALLERİ (CC)	311,50

Tıbbi malzeme alan tanınma ait ödeme kriterleri ve/veya kurulları, bulunduğu satırın altında yer almaktadır. Tıbbi malzeme alan tanımlarını kapsayan başlığın altında yer alan ödeme kriterleri ve/veya kurulları, başlığın altındaki tüm malzeme alan tanımlarına aittir.

ÜROLOJİ BRANŞINA AİT TIBBİ MALZEMELER		EK-3/1 FİYAT (TL)
SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	
	<b>EMPOTRANS TEDAVİSİ</b>	
	<b>PENİL PROTEZLER ANTİBİYOTİKLİ/ANTİBİYOTİKSİZ</b>	
UR1000	MALLEABLE TİPİ PROTEZLER	1.300,00
	(1) Organik erektil disfonksiyon tanısı konulan hastalarda kullanılabilir. (2) 3 (üç) Üroloji uzmanı yer aldığı sağlık kurulu raporuna bedeli Kurumca karşılanır. (3) Raporda tanı ve protezin cinsi ile Psikiyatri konsültasyon sonucunun yer alması şartıyla bedeli Kurumca karşılanır.	
UR1001	İNFLATABLE PROTEZLERİ SET (İKİ PARÇALI)	
	(1) 3.basamak hastanelerde, 2 (iki) Üroloji ve 1(bir) Endokronoloji uzmanından oluşan sağlık kurulu raporu ile instilinin bağımlı komplikasyonlu diabetes mellitus hastalarında ve ileri derecede immün yetmezliği olan hastalarda uygulanması halinde bedeli Kurumca karşılanır. (2) İlk kullanımında inflatable protezlerin set olarak bedeli Kurumca karşılanır. (3) Raporda tanı ve protezin cinsi ile Psikiyatri konsültasyon sonucunun yer alması şartıyla bedeli Kurumca karşılanır.	
UR1002	İNFLATABLE PROTEZLERİ AKSESUAR KİTİ	
	(1) 3.basamak hastanelerde, 2 (iki) Üroloji ve 1(bir) Endokronoloji uzmanından oluşan sağlık kurulu raporu ile instilinin bağımlı komplikasyonlu diabetes mellitus hastalarında ve ileri derecede immün yetmezliği olan hastalarda uygulanması halinde bedeli Kurumca karşılanır. (2) Raporda tanı ve protezin cinsi ile Psikiyatri konsültasyon sonucunun yer alması şartıyla bedeli Kurumca karşılanır.	
UR1003	İNFLATABLE PROTEZLERİ REZERVUAR	
	(1) 3.basamak hastanelerde, 2 (iki) Üroloji ve 1 (bir) Endokronoloji uzmanından oluşan sağlık kurulu raporu ile instilinin bağımlı komplikasyonlu diabetes mellitus hastalarında ve ileri derecede immün yetmezliği olan hastalarda uygulanması halinde bedeli Kurumca karşılanır. (2) Raporda tanı ve protezin cinsi ile Psikiyatri konsültasyon sonucunun yer alması şartıyla bedeli Kurumca karşılanır.	
UR1004	İNFLATABLE PROTEZLERİ SİLİNDİR	
	(1) 3.basamak hastanelerde, 2 (iki) Üroloji ve 1 (bir) Endokronoloji uzmanından oluşan sağlık kurulu raporu ile instilinin bağımlı komplikasyonlu diabetes mellitus hastalarında ve ileri derecede immün yetmezliği olan hastalarda uygulanması halinde bedeli Kurumca karşılanır. (2) Raporda tanı ve protezin cinsi ile Psikiyatri konsültasyon sonucunun yer alması şartıyla bedeli Kurumca karşılanır.	
	<b>İNKONTİNANS TEDAVİSİ</b>	
	<b>ARTİFİSİYEL SFİNKTER ÜRÜNLERİ</b>	
UR2000	ARTİFİSİYEL SFİNKTER PROTEZ KİTİ	
UR1005	TİKAMA KAFI	1.920,00
UR1006	KONTROL POMPASI	5.020,00
UR1007	BASINÇ DÜZENLEME BALONU	2.200,00
UR1008	ARTİFİSİYEL SFİNKTER AKSESUAR KİTİ	
	<b>İNKONTİNANS MALZEMELERİ</b>	
	<b>ERKEKLER İÇİN</b>	
UR1009	ERKEK SLING	
UR1010	ERKEK SLING (AYARLANABİLİR)	
	<b>KADINLAR İÇİN</b>	
(1) 2 (iki) Üroloji ve 1 (bir) Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanının olduğu sağlık kurulu raporu ile bedeli Kurumca karşılanır.		
UR1012	RETROPUBİK PARAÜRETAL ASKI	450,00
UR1013	TRANSÖBTURATOR ASKI	424,00
UR1014	PREPUBİK ASKI	360,00
UR1015	KANCASIZ ASKI	377,00
UR1016	GERGİSİZ MİSANE BOYUN ASKISI	
UR1017	MINİ SLING	
	<b>TORBALAR</b>	
	<b>ÜRİNER SİSTEM SONDALARI</b>	
UR1018	SONDA, NELATON TIEMAN UÇLU	1,54
UR1019	SONDA, FOLEY İKİ YOLLU SİLİKON	2,38
UR1020	SONDA, FOLEY İKİ YOLLU TIEMAN UÇLU	3,50
UR1021	SONDA, FOLEY ÜÇ YOLLU SİLİKOLATEX	1,12
UR1022	SONDA, FOLEY ÜÇ YOLLU SİLİKON	4,00
UR1023	SONDA, FOLEY ÜÇ YOLLU POLİVİNİLKLORÜR	
UR1024	SONDA, FOLEY ÜÇ YOLLU LATEX	32,00
UR1025	SONDA, FOLEY ÜÇ YOLLU TIEMAN UÇLU	12,00
	<b>PROBLAR</b>	
UR1026	VAPORİZASYON PROPLARI	67,00
UR1027	LAZER PROPLARI	
	<b>PROSTATİK STENTLER</b>	
UR1028	PROSTATİK STENTLER	3.060,00
	<b>TUR AKSESUARLAR</b>	
UR1029	KESİCİ TUR LOOPLARI / PLAZMA VEYA BİPOLAR/MONOPOLAR ENERJİLİ KESİCİ LOOPLAR	
	<b>IRRİGASYON MALZEMELERİ</b>	
UR1030	BAĞLANTI TÜPLERİ	
	<b>ENJEKSİYON ÜRÜNLERİ</b>	

A) Veziköüretoral reflüde (VUR) kullanılan enjeksiyon dolgu materyalleri		
(1) Voiding sistofürografi veya videourodinami ile saptanmış VUR olması ve hastanın hizmet detay belgesinde yer alan epikriz notunda belirtilmelidir.		
(2) Seans başına her üretere en fazla 2cc nin bedeli Kurumca karşılanır.		
(3) Her bir üretere için birinci enjeksiyon bedeli sözleşmeli tüm sağlık kurumlarının yapılması halinde bedeli Kurumca karşılanır. Ancak aynı üretere ikinci enjeksiyon ise 3.basamak hastanelerde uygulanması halinde bedeli Kurumca karşılanır.		
(4) Aynı üretere en fazla 2 (iki) seans uygulanması halinde enjeksiyon bedeli Kurumca karşılanır.		
(5) Enjeksiyon aralıkları en az 6 (altı) ay olmalıdır.		
(6) Üroloji veya çocuk cerrahisi uzmanlarının kullanıldığı taktirde bedeli Kurumca karşılanır.		
B) Stres inkontinansında kullanılan enjeksiyon dolgu materyalleri		
(1) Her bir kürde 4 cc. olmak üzere en fazla 2 (iki) kür kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.		
(2) Creta ve mesanenin ek patalojilerini dışlamak amacıyla sistoskopi yapılmalıdır.		
(3) 3 basamak hastanelerde kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.		
(4) Her uygulamada en az 3 (üç) Üroloji uzmanının bulunduğu heyet raporuna istinaden bedeli Kurumca karşılanır.		
C) Prostat cerrahisi sonrası inkontinansında kullanılan enjeksiyon dolgu materyalleri		
(1) Ürodinami ve sistoskopi sonuçlarına göre başka patolojilere bağlı olmayan sadece sfinkterik yetersizlik olduğu tespit edilen hastalarda kullanılır.		
(2) Minimal düzeyde günlük 250 ml. den az idrar kaçığı olan (PAD testi ile tespit edilen) hastalarda kullanılmıdır.		
(3) Her bir kürde maksimum 8 cc. olmak üzere en fazla 2 (iki) kür uygulanması halinde bedeli Kurumca karşılanır.		
(4) 3 basamak hastanelerde kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.		
(5) Her uygulamada en az 3 (üç) Üroloji uzmanının bulunduğu heyet raporuna istinaden bedeli Kurumca karşılanır.		
UR1031	ANTİINKONTİNANS VE ANTİVESİKÖÜRETRAL REFLÜ ENJEKSİYON MATERYALLERİ(CC)	311,50
<b>ÜRETER STENTLERİ</b>		
UR1032	SİLİKON DJ STENTLER	118,00
(1) Silikon double J stentler; 1- Malginitelere bağlı üreteral obstrüksiyonlar, 2-Retro peritoneal fibrozis, 3-Radyoterapiye, kemoterapiye ya da cerrahiye bağlı gelişen üreteral darlıklarda kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır. (2) 1 (bir) yıldan daha kısa süre içinde yenilenmesi gerektiğinde Kurumca bedeli karşılanmaz.		
UR1033	METAL DJ STENTLER	
UR1034	POLİÜRETAN DJ STENTLER / SINGLE J ÜRETER KATETER	
UR1035	DIĞER DJ STENTLER	74,00
UR1036	KALICI ÜRETERAL STENTLER	
UR1037	ENDOPYELOTOMİ STENTLERİ	
<b>TAŞ ÇIKARMA MALZEMELERİ</b>		
UR1038	TAŞ TOPLAYAN, ÇIKARAN, KAÇMASINI ÖNLEYEN KATETERLER (TÜM ŞEKİL VE ÖZELLİK)	
<b>PERKÜTAN TAŞ TEDAVİSİ MALZEMELERİ</b>		
UR1039	DİL ATATÖR SETİ (DİL ATATÖRLER, NEFROSKOP KILIFI, STİLE)	
UR1040	DİL ATATÖRLER	
UR1041	BALON DİL ATATÖR (İNFLATÖR İLE BİRLİKTE)	
UR1042	GİRİŞ İĞNESİ	10,00
UR1043	NEFROSKOP KILIFI	284,00
UR1044	TAŞ YAKALAMA FORSEPSİ	120,00
UR1045	NFFROSTOMİ TÜPÜ (REENTRY)	49,00
UR1046	DUAL LÜMEN KATETER	
UR1047	IMAGER KATETER	
UR1048	OKLUZYON BALON KATETER	
<b>PERKÜTAN NEFROSTOMİ SETİ</b>		
UR1049	PERKÜTAN NEFROSTOMİ SETİ	
UR1050	DİL ATATÖR SETİ	122,00
UR1051	GİRİŞ İĞNESİ	10,00
UR1052	NEFROSTOMİ TÜPÜ	60,00
<b>REHBER TELLER</b>		
UR1053	HİDROFİLİK KILAVUZ TEL	45,00
UR1054	HİDROFİLİK OLMAYAN KILAVUZ TEL	19,00
UR1055	DIĞER KILAVUZ TELLER	73,00
UR1056	AMPLANTZ SÜPER STİFF KILAVUZ TELLER	
UR1057	HİDROFİLİK UÇLU KILAVUZ TELLER	
UR1058	ÇİZGİLİ KILAVUZ TELLER	
<b>ÜRETER KATETERLER</b>		
UR1059	ACCESS KATETER	18,00
UR1060	BİR UCU AÇIK ÜRETER KATETERLER	6,00
UR1061	İKİ UCU AÇIK ÜRETER KATETERLER	7,20
UR1062	KONİK BAŞLI AÇIK UÇLU ÜRETER KATETERLER	
<b>KATETER CAPD TENKOFF</b>		
UR1063	KATETER CAPD TENKOFF	178,00
<b>SUPRAPUBİK DRENAJ SETİ</b>		
UR1064	SUPRAPUBİK DRENAJ SETİ	44,00
<b>ÜRODİNAMİ KATETER VE AKSESUARLAR</b>		
UR1065	REKTAL KATETERİ/HAVALISULU	
UR1066	SİSTOMETRİ KATETERİ/HAVALISULU	
UR1067	UPP KATETERİ	
UR1068	BAĞLANTI TÜPLERİ	13,00
UR1069	YÜZYELEKTROD	7,13
UR1070	İĞNE ELEKTROD	7,37
UR1071	BASINÇ TRANSDÜCTRİ	30,00
UR1072	POMPA İNFÜZYON TÜPÜ	
<b>URS AKSESUARLARI</b>		
UR1073	ÜRETERAL ACCES KILIFLARI / DUAL LUMEN ÜRETERAL ACCES KATETER	
UR1074	ÜRETERAL, BALON DİL ATATÖRÜ (İNFLATÖR İLE BİRLİKTE) / ÜRETERAL BALON KATETER	
UR1075	ÜRETERAL KOAKSİYAL DİL ATATÖRLER	
<b>SAKRAL SİNİR STİMÜLATÖRLERİ VE AKSESUARLARI</b>		

(1) 3.basamak hastanelerde (eğitim kliniği olan); Üroloji, Nöroloji ve Psikiyatri kliniklerinde oluşturulacak konsey kararına ve bu 3 (üç) branşın hekiminin birlikte bulunduğu heyet raporuna istinaden bedeli Kurumca karşılanır.

(2) Genel Endikasyonlar;

a) 55 (elli beş) yaş altında olmak,

b) Hasta cihaz hakkında bilgilendirilmeli ve hastanın cihazı kullanabilecek bilişsel ve psikolojik yetide olup olmadığı psikiyatri konsültasyonu ile belgelendirilmeli,

c) Nöroloji konsültasyonu ile işeme bozukluğuna neden olabilecek bir bozukluğunun olmadığıın belgelendirilmeli,

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

(3) Tıbbi endikasyonlar:

a) Kronik üriner retansiyonu

1) Bu sürecin en az 1 (bir) yıl devam ettiği hastalara uygulanmalı.

2) Ürodinamik olarak:

1- Mesane kapasitesi ve kompliyans normal olmalı

2- İntravezikal obstrüksiyon olmamalı

3- Detrüsrö kontraksiyon bozukluğu olmalı ve bu durumun etyolojisinde miyojenik nedenler olmamalı

b) Refraktör idyopatik aşırı aktif mesane

1) Antimuskarinik ve intradetrüsrö botulinum toksin enjeksiyonu tedavisine cevap vermeyen ve en az 2 (iki) yıldır izlenen olan hastalarda uyg

c) Ağrılı mesane sendromu (interstisyel sistit)

1) Bu tanıyı aldıktan sonra en az 5 (beş) yıl geçmiş ve yapılan tüm oral ve intravezikal tedavilere cevap vermeyen hastalara uygulanabilir.

UR1076	SAKRAL SINIR STİMÜLATÖRLERİ	
UR1077	LEADLER	130,00
UR1078	UZATMALAR	
	<b>TESTİS PROTEZİ</b>	
UR1079	TESTİS PROTEZİ	595,00
	<b>ÜRETRAL STENTLER</b>	
UR1080	ÜRETRAL STENTLER	3.500,00
	<b>İNTRAVEZİKAL MATERYALLER</b>	
UR1081	İNTRAVEZİKAL MATERYALLER 1 FLAKON (İNTRAVEZİKAL PENTOSAN POLİSÜLFAT, KONDRİTİN SÜLFAT DİMETİLSÜLFOKSİT, HIALURONİK ASİT, HEPARİN VB.)	
	(1) İnterstisyel sistit tedavisinde 3.basamak hastanelerde 3 (üç) Üroloji uzmanının bulunduğu heyet raporuna istinaden bedeli Kurumca karşılanır.	
	(2) Radyasyon sistiti ve kemoterapi sonrası görülen hemorojik sistit vakalarında interstisyel sistitte öngörülen tedavi şeması geçerli olmak üzere 3.basamak hastanelerde3 (üç) Üroloji uzmanının bulunduğu heyet raporuna istinaden bedeli Kurumca karşılanır.	
	(3) Alttta yatan etyolojik faktörün (nörojenik mesane, üriner sistem taş hastalıkları, geçirilmiş mesane cerrahisi, tümör vb.) olmadığı, idrar kültürü ile gösterilmiş yılda en az 3 (üç) ya da daha fazla alt üriner sistem enfeksiyonu geçiren hastalarda, interstisyel sistit tedavisinde intravezikal materyaller; ilk 6 (altı) hafta haftada 1 (bir) seans olmak üzere 1 (bir) yılda toplam en fazla 17 (on yedi) seans uygulanabilir.	
	<b>ÜROSTOMİ TORBALARI ve MALZEMELERİ</b>	
UR1082	ÜROSTOMİ TORBASI ÇEŞİTLERİ	3,23
UR1083	ÜROSTOMİ ADAPTÖRÜ	4,10
UR1084	PASTA, ÜROSTOMİ	9,00
	<b>DİĞER MALZEMELER</b>	
UR1085	ALTIN İŞARETLEYİCİ	
	<b>KLİPS</b>	
UR1086	KLİPS S/M/ML/XL POLİMER, KÜLTİLENEBİLİR, LAPAROSKOPIK VE AÇIK KULLANIMA UYUMLU	
UR1087	METAL KLİP KARTUŞ ML/XL	
UR1088	KARTUŞ EX-MEDIUMLİGATING CLP	

Tıbbi malzeme alan tanımına ait ödeme kriterleri ve/veya kuralları, bulunduğu satırın altında yer almaktadır. Tıbbi malzeme alan tanımlarını kapsayan başlığın altında yer alan ödeme kriterleri ve/veya kuralları, başlığın altındaki tüm malzeme alan tanımlarına aittir.

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYAT (TL)
	<b>VASKÜLER KATETERLER VE SETLER</b>	
	<b>ANJİYOGRAFI KATETERLERİ</b>	
GR1000	KATETER, ANJİYOGRAFI, ÖRGÜSÜZ	
GR1001	KATETER, ANJİYOGRAFI, ÖRGÜLÜ, YUMUŞAK UÇLU	35,00
GR1002	KATETER, ANJİYOGRAFI, İŞARETLİ KALİBRASYON KATETERİ	120,00
GR1003	KATETER, ANJİYOGRAFI, PEDIYATRİK	24,00
GR1004	KATETER, ANJİYOGRAFI, HİDROFİLİK / TAMAMI HİDROFİLİK YUMUŞAK UÇLU	
GR1005	KATETER, ANJİYOGRAFI, ÖRGÜLÜ, HİDROFİLİK, UZUN (<105 CM.)	259,00
	<b>BALONLU KATETERLER</b>	
	<b>KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ</b>	
GR1006	KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, 035° OTW	225,00
GR1007	KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, 035° OTW, GENİŞ ÇAPLI (EN AZ 14MM)	365,00
GR1008	KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, 035° OTW, YÜKSEK BASINÇLI (EN AZ 16ATM)	275,00
GR1009	KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, 014°, MONORAIL	301,00
GR1010	KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, 014°, MONORAIL /UZUN BALONLU (EN AZ 10 CM)	
GR1011	KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, 014°, OTW	403,00
GR1012	KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, 014°, MONORAIL, DÜŞÜK PROFİLLİ (<2 MM.)	170,00
GR1013	KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, 018°, MONORAIL	395,00
GR1014	KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, 018°, OTW	300,00
GR1015	KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, 018°, OTW, UZUN BALONLU (EN AZ 10CM)	
	<b>KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, İLAÇ SALINIMLI</b>	
GR2000	KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, İLAÇ SALINIMLI, 035° OTW	
GR2001	KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, İLAÇ SALINIMLI, 035° OTW, GENİŞ ÇAPLI (EN AZ 14MM)	
GR2002	KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, İLAÇ SALINIMLI, 035° OTW, YÜKSEK BASINÇLI (EN AZ 16ATM)	
GR2003	KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, İLAÇ SALINIMLI, 014°, MONORAIL	
GR2004	KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, İLAÇ SALINIMLI, 014°, MONORAIL, UZUN BALONLU (EN AZ 10CM)	
GR2005	KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, İLAÇ SALINIMLI, 014°, OTW	
GR2006	KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, İLAÇ SALINIMLI, 014°, MONORAIL, DÜŞÜK PROFİLLİ (<2 MM.)	
GR2007	KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, İLAÇ SALINIMLI, 018°, MONORAIL	
GR2008	KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, İLAÇ SALINIMLI, 018°, OTW	
GR2009	KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, İLAÇ SALINIMLI, 018°, OTW, UZUN BALONLU (EN AZ 10CM)	
	<b>KATETER, BALON, OKLÜZYON</b>	
GR1016	KATETER, BALON, GEÇİCİ OKLÜZYON, OTW, ÇİFT LÜMENLİ	397,00
	<b>KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, KESİCİ</b>	
GR1017	KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, KESİCİ, 018 °, OTW/ 014 MONORAIL	
(1) Malzemenin kullanım endikasyonu epikrizde ayrıntılı olarak belirtilmelidir.		
	<b>KATETER BALON KRYOPLASTİ</b>	
GR1018	KATETER, BALON, KRYOPLASTİ	
	<b>KILAVUZ KATETERLER</b>	
	<b>KATETER, KILAVUZ, PERİFERİK</b>	
GR1019	KATETER, KILAVUZ, PERİFERİK, ÖRGÜLÜ	132,00
	<b>KATETER, KILAVUZ, PEDIATRİK</b>	
GR1020	KATETER, KILAVUZ, PEDIATRİK	
	<b>KATETER, KILAVUZ, NÖROVASKÜLER</b>	
GR2010	KATETER, KILAVUZ, NÖROVASKÜLER, ÖRGÜLÜ	
GR1021	KATETER, KILAVUZ, NÖROVASKÜLER, ÖRGÜLÜ, EXTRA DESTEKLİ / EXTRA YUMUŞAK UÇLU	
GR2011	KATETER, KILAVUZ, NÖROVASKÜLER, ÖRGÜLÜ, INTRAKRANIAL DİSTAL ERİŞİM İÇİN, DİSTAL KISMI 4.5F DEN KÜÇÜK	
GR2012	KATETER, KILAVUZ, NÖROVASKÜLER, ÖRGÜLÜ, INTRAKRANIAL DİSTAL ERİŞİM İÇİN, DİSTAL KISMI 4.5F- 8F ARASI	
GR1023	KATETER, KILAVUZ, NÖROVASKÜLER, ÖRGÜLÜ, BALONLU	950,00
GR2013	KATETER, KILAVUZ, NÖROVASKÜLER, ÖRGÜLÜ, PEDIATRİK	
	<b>MİKRO KATETERLER</b>	

	<b>KATETER, MİKRO, PERİFERİK</b>	
GR1024	KATETER, MİKRO, PERİFERİK, ÖRGÜLÜ, TEK İŞARETLİ	630,00
GR1025	KATETER, MİKRO, PERİFERİK, ÖRGÜLÜ, ÇİFT İŞARETLİ	1.100,00
GR1026	KATETER, MİKRO, PERİFERİK, ÖRGÜLÜ (MİKRO KILAVUZ TELİ İLE BİRLİKTE)	1.100,00
	<b>KATETER, MİKRO, NÖROVASKÜLER</b>	
GR2014	KATETER, MİKRO, NÖROVASKÜLER, ÖRGÜLÜ, 0.021 İNCH ALTI	
GR2015	KATETER, MİKRO, NÖROVASKÜLER, ÖRGÜLÜ, 0.021-0.028 İNCH	
GR2016	KATETER, MİKRO, NÖROVASKÜLER, AKIM YÖNLENDİRİLMELİ/ÖRGÜLÜ VEYA ÖRGÜSÜZ,DMSO UYUMSUZ, EMBOLİZAN AJAN KULLANIMI İÇİN	
GR2017	KATETER, MİKRO, NÖROVASKÜLER, AKIM YÖNLENDİRİLMELİ/ÖRGÜLÜ VEYA ÖRGÜSÜZ,DMSO UYUMLU, EMBOLİZAN AJAN KULLANIMI İÇİN	
GR2018	KATETER, MİKRO, NÖROVASKÜLER, AKIM YÖNLENDİRİLMELİ, ÖRGÜLÜ VEYA ÖRGÜSÜZ, DMSO UYUMLU, AYRILABİLİR UÇLU, EMBOLİZAN AJAN KULLANIMI İÇİN (MİKRO KILAVUZ TELİ İLE BİRLİKTE)	
GR2019	KATETER, MİKRO, NÖROVASKÜLER, AYRILABİLİR BALON GÖNDERİMİ İÇİN	
	<b>KATETER, MİKRO, BALON, NÖROVASKÜLER</b>	
GR1034	KATETER, MİKRO, BALON, NÖROVASKÜLER, MODELLEME, TEK LÜMENLİ, DMSO UYUMLU	
GR2020	KATETER, MİKRO, BALON, NÖROVASKÜLER, MODELLEME, ÇİFT LÜMENLİ, DMSO UYUMLU	
GR2021	KATETER, MİKRO, BALON, NÖROVASKÜLER, ANJYOPLASTİ, İNTRAKRANİYAL DAMARLARA UYGUN	
	<b>OKLÜZYONDA TEKRAR LÜMENE GİRİM (REENTRY) KATETERLERİ</b>	
GR1036	KATETER, OKLÜZYON, TEKRAR LÜMENE GİRİM, SUBİNTİMAL GEÇİŞ, İĞNELİ	
GR1037	KATETER, OKLÜZYON, TEKRAR LÜMENE GİRİM, GERÇEK LÜMENDEN GEÇİŞ	
GR1038	KATETER, OKLÜZYON, TEKRAR LÜMENE GİRİM, GERÇEK LÜMENDEN GEÇİŞ, MİKRO KATETER	
	<b>ATEREKTOMİ KATETERLERİ</b>	
GR1039	KATETER, ATEREKTOMİ / MOTORU	
	(1) Epikrizde malzemeyi kullanan bransa ait 2 (iki) uzman hekimin imzasının olması halinde Kurumca bedeli karşılanır.	
	<b>TROMBEKTOMİ-TROMBOASPIRASYON KATETERLERİ, PERİFERİK</b>	
GR1041	KATETER, TROMBOLİZ, PERİFERİK, İNFÜZYON	
GR1042	KATETER, TROMBEKTOMİ, PERİFERİK, DOĞRUDAN İLERLETİLEN, MOTORU İLE BİRLİKTE	
GR1043	KATETER, TROMBEKTOMİ, PERİFERİK, TEL ÜZERİNDEN İLERLETİLEN, MOTORU İLE BİRLİKTE	
GR1044	KATETER, TROMBOASPIRASYON, PERİFERİK, DOĞRUDAN İLERLETİLEN, MOTORU İLE BİRLİKTE	
GR1045	KATETER, TROMBOASPIRASYON, PERİFERİK, TEL ÜZERİNDEN İLERLETİLEN, MOTORU İLE BİRLİKTE	
GR1046	KATETER, TROMBOASPIRASYON, NÖROVASKÜLER, TEL ÜZERİNDEN İLERLETİLEN	340,00
	<b>NÖROVASKÜLER REVASKÜLARİZASYON AMAÇLI ÜRÜNLER</b>	
GR2022	İNTRAKRANİYAL VASKÜLER REVASKÜLARİZASYON CİHAZI, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN / PIHTI ÇIKARMA AMAÇLI	
GR2023	İNTRAKRANİYAL VASKÜLER REVASKÜLARİZASYON CİHAZI, BASKET	
GR2024	MOTORLU ASPIRASYON KATETER SETİ (KATETER+SEPERATÖR BİRLİKTE), NÖROVASKÜLER	
	<b>İNTRAVASKÜLER ULTRASON KATETERLERİ</b>	
GR1048	KATETER, İNTRAVASKÜLER ULTRASON	
	(1) Epikrizde malzemeyi kullanan bransa ait 2 (iki) uzman hekimin imzasının olması halinde Kurumca bedeli karşılanır.	
	<b>SETLER</b>	
	<b>SET, İLK GİRİM</b>	
GR1049	SET, İLK GİRİM, MİKRO, VASKÜLER, STANDART	68,00
GR1050	SET, İLK GİRİM, MİKRO, VASKÜLER, PEDIATRİK	69,00
GR1051	SET, İLK GİRİM, MİKRO, VASKÜLER, PEDAL	
GR1052	SET, İLK GİRİM, MİKRO, BİLİYER	108,00
GR1053	SET, İLK GİRİM, GASTROSTOMİ	200,00
	<b>SET, TRANSJÜGÜLER İNTRAHEPATİK PORTOSİSTEMİK ŞANT(TİPS)</b>	
GR1054	SET, TİPS	
	<b>SET, TİPS, TEK MALZEMELER</b>	
GR1055	TİPS İĞNESİ	
GR1056	TİPS KILAVUZ KATETER	
GR1057	TİPS İNTRDUSER	
GR1058	TİPS KILAVUZ TEL	
	<b>SET, İNTRDUSER</b>	
	<b>SET, İNTRDUSER, PERİFERİK</b>	
GR1059	SET, İNTRDUSER, PERİFERİK, İSCM VE ALTI, ÖRGÜSÜZ	45,00



GR1060	SET, İNTRDUSER, PERİFERİK, 15CM VE ALTI ÖRGÜSÜZ, HİDROFİLİK	
GR1061	SET, İNTRDUSER, PERİFERİK, 16-44CM, METAL KAPLAMA	112,00
GR1062	SET, İNTRDUSER, PERİFERİK, 16-44CM, ÖRGÜLÜ, HİDROFİLİK	95,00
GR2025	SET, İNTRDUSER, PERİFERİK, 16-44CM, ÖRGÜSÜZ, HİDROFİLİK	
GR1063	SET, İNTRDUSER, PERİFERİK, 45-64CM, METAL KAPLAMA	256,00
GR1064	SET, İNTRDUSER, PERİFERİK, 45-64CM, ÖRGÜLÜ, HİDROFİLİK	450,00
GR2026	SET, İNTRDUSER, PERİFERİK, 45-64CM, ÖRGÜSÜZ, HİDROFİLİK	
	<b>SET, İNTRDUSER, NÖROVASKÜLER</b>	
GR1065	SET, İNTRDUSER, NÖROVASKÜLER, 65CM VE ÜSTÜ, METAL KAPLAMA	450,00
GR1066	SET, İNTRDUSER, NÖROVASKÜLER, 65CM VE ÜSTÜ, ÖRGÜLÜ, HİDROFİLİK	680,00
GR1067	SET, İNTRDUSER, NÖROVASKÜLER, 65CM VE ÜSTÜ, ÖRGÜLÜ, HİDROFİLİK, Y KONNEKTÖRLÜ	650,00
GR2027	SET, İNTRDUSER, PEDIYATRİK, 4F ALTI	
GR2028	SET, İNTRDUSER, PEDIYATRİK, 4F VE ÜZERE	
GR1069	SET, İNTRDUSER, RADİAL	
	<b>SET, DOUBLE J</b>	
GR1070	SET, DOUBLE J, İKİ UCU AÇIK, POLİÜRETAN	27,00
GR1071	SET, DOUBLE J, İKİ UCU AÇIK, POLİÜRETAN, HİDROFİLİK	89,00
GR1072	SET, DOUBLE J, İKİ UCU AÇIK, POLİÜRETAN HİDROFİLİK, SERTLEŞTİRİCİLİ	
GR1073	SET, DOUBLE J, İKİ UCU AÇIK, SİLİKON	
	<b>KILAVUZ TELLER</b>	
GR2029	KILAVUZ TEL, 032"-038", STANDART	
GR1074	KILAVUZ TEL, 032"-038", BENTSON	
	<b>KILAVUZ TEL, 032"-038", AMPLATZ</b>	
GR1075	KILAVUZ TEL, 032"-038", AMPLATZ, 70-100CM	
GR1076	KILAVUZ TEL, 032"-038", AMPLATZ, 140-190CM	
GR1077	KILAVUZ TEL, 032"-038", AMPLATZ, 260-300CM	
	<b>KILAVUZ TEL, 032"-038", HİDROFİLİK</b>	
GR1078	KILAVUZ TEL, 032"-038", HİDROFİLİK	
GR1079	KILAVUZ TEL, 032"-038", HİDROFİLİK, 260-300CM	
GR1080	KILAVUZ TEL, 032"-038", HİDROFİLİK, DİSTALİ İNCELEN	
GR1081	KILAVUZ TEL, 032"-038", HİDROFİLİK, DİSTALİ İNCELEN, 260-300CM	
GR1082	KILAVUZ TEL, 032"-038", HİDROFİLİK, SERT	
GR1083	KILAVUZ TEL, 032"-038", HİDROFİLİK, SERT, 260-300CM	
GR1084	KILAVUZ TEL, 032"-038", HİDROFİLİK, SERT, DİSTALİ İNCELEN	
GR1085	KILAVUZ TEL, 032"-038", HİDROFİLİK, SERT, DİSTALİ İNCELEN, 260-300CM	
	<b>KILAVUZ TEL, 032"-038", SÜPER SERT</b>	
GR1086	KILAVUZ TEL, 032"-038", SÜPER SERT, TEFLON KAPLI, 140-190CM	
GR1087	KILAVUZ TEL, 032"-038", SÜPER SERT, TEFLON KAPLI, RO UÇLU, 140-190CM	
GR1088	KILAVUZ TEL, 032"-038", SÜPER SERT, TEFLON KAPLI, 260-300CM	
GR1089	KILAVUZ TEL, 032"-038", SÜPER SERT, TEFLON KAPLI, RO UÇLU, 260-300CM	
GR1090	KILAVUZ TEL, 032"-038", LUNDERQUİST	
	<b>KILAVUZ TEL, ANJİYOPLASTİ</b>	
GR1091	KILAVUZ TEL, ANJİYOPLASTİ, 014-018", DİSTALİ HİDROFİLİK	117,00
GR1092	KILAVUZ TEL, ANJİYOPLASTİ, 032"-038", DİSTALİ HİDROFİLİK	
GR1093	KILAVUZ TEL, ANJİYOPLASTİ, 032"-038", DİSTALİ HİDROFİLİK VE İNCELEN	
GR1094	KILAVUZ TEL, ANJİYOPLASTİ, 014-018", REKANALİZASYON AMAÇLI	240,00
	<b>KILAVUZ TEL, MİKRO</b>	
	<b>KILAVUZ TEL, MİKRO, NÖROVASKÜLER</b>	
GR1095	KILAVUZ TEL, MİKRO, NÖROVASKÜLER, 0.010" DEN İNCE, DİSTALİ HİDROFİLİK / TÜMÜ HİDROFİLİK	
GR1096	KILAVUZ TEL, MİKRO, NÖROVASKÜLER, 0.010", DİSTALİ HİDROFİLİK, 260CM VE ÜSTÜ	950,00
GR2030	KILAVUZ TEL, MİKRO, NÖROVASKÜLER, 0.010", DİSTALİ HİDROFİLİK, 260CM ALTI	
GR2031	KILAVUZ TEL, MİKRO, NÖROVASKÜLER, 0.014", DİSTALİ HİDROFİLİK, 260 CM ALTI	
GR1098	KILAVUZ TEL, MİKRO, NÖROVASKÜLER, 0.014", DİSTALİ HİDROFİLİK, 260CM VE ÜSTÜ	350,00
GR1099	KILAVUZ TEL, MİKRO, NÖROVASKÜLER, 0.014", DİSTALİ HİDROFİLİK, 260CM VE ÜSTÜ, SERT	
GR1100	KILAVUZ TEL, MİKRO, NÖROVASKÜLER, 0.011-0.012", TÜMÜ HİDROFİLİK	960,00

GR2032	KILAVUZ TEL, MİKRO, NÖROVASKÜLER, 0.010-0.014", TÜMÜ HİDROFİLİK, PROKSİMALDEN DİSTALE YAPIDA (TAPERED)	
GR2033	KILAVUZ TEL, MİKRO, NÖROVASKÜLER, 0.016-0.018", DİSTALİ HİDROFİLİK	
GR2034	KILAVUZ TEL, MİKRO, NÖROVASKÜLER, 0.016-0.018", TÜMÜ HİDROFİLİK	
	<b>KILAVUZ TEL, MİKRO, PERİFERİK</b>	
GR1102	KILAVUZ TEL, MİKROĞİRİŞİM SETİ İÇİN	
	<b>EMBOİLİZASYON</b>	
	<b>EMBOİLİZAN, KOİL</b>	
	<b>EMBOİLİZAN, KOİL, NÖROVASKÜLER</b>	
	(1) Periferik kullanım epikrizde ayrıntılı olarak belirtilmelidir.	
GR1103	EMBOİLİZAN, KOİL, NÖROVASKÜLER, ELEKTROLİZLE AYRILAN	1.014,00
GR1104	EMBOİLİZAN, KOİL, NÖROVASKÜLER, ELEKTROLİZLE AYRILAN, BİYOAKTİF MADDE KAPLAMALI	
GR1105	EMBOİLİZAN, KOİL, NÖROVASKÜLER, ANINDA AYRILAN, TÜM ŞEKİL ÖZELLİKLİ	
GR1106	EMBOİLİZAN, KOİL, NÖROVASKÜLER, ANINDA AYRILAN, ELEKTRİKLE, BİYOAKTİF MADDE KAPLAMALI, ŞİŞEBİLEN	3.200,00
	<b>EMBOİLİZAN, KOİL, PERİFERİK</b>	
GR1107	EMBOİLİZAN, KOİL, PERİFERİK, SERBEST İTİLEN, 018"	
GR1108	EMBOİLİZAN, KOİL, PERİFERİK, SERBEST İTİLEN, 018", DİSTAL-PROKSİMAL ÇAP FARKLI	194,00
GR1109	EMBOİLİZAN, KOİL, PERİFERİK, SERBEST İTİLEN, 035"	
GR1110	EMBOİLİZAN, KOİL, PERİFERİK, SERBEST İTİLEN, 035", DİSTAL-PROKSİMAL ÇAP FARKLI	
GR1111	EMBOİLİZAN, KOİL, PERİFERİK, SERBEST İTİLEN, 018", FİBERLİ	179,00
GR1112	EMBOİLİZAN, KOİL, PERİFERİK, SERBEST İTİLEN, 035", FİBERLİ	
GR1113	EMBOİLİZAN, KOİL, PERİFERİK, SERBEST İTİLEN, BİYOAKTİF MADDE KAPLAMALI, ŞİŞEBİLEN, 018"	720,00
GR1114	EMBOİLİZAN, KOİL, PERİFERİK, SERBEST İTİLEN, BİYOAKTİF MADDE KAPLAMALI, ŞİŞEBİLEN, 035"	700,00
GR2035	EMBOİLİZAN, KOİL, PERİFERİK, ANINDA AYRILAN, MEKANİK, TÜM ŞEKİL ÖZELLİKLİ	
GR1115	EMBOİLİZAN, KOİL, PERİFERİK, ANINDA AYRILAN, ELEKTRİKLE, BİYOAKTİF MADDE KAPLAMALI, ŞİŞEBİLEN	2.300,00
	<b>EMBOİLİZAN, SIVI</b>	
	<b>EMBOİLİZAN, SIVI, ADHEZİV, AKRİLAT</b>	
GR1116	EMBOİLİZAN, SIVI, ADHEZİV, AKRİLAT, NBKA / MODİFİYE	
	<b>EMBOİLİZAN, SIVI, NONADHEZİV, DMSO İÇEREN</b>	
GR1117	EMBOİLİZAN, SIVI, NONADHEZİV, DMSO İÇEREN, DÜŞÜK YOĞUNLUKLU	1.750,00
GR1118	EMBOİLİZAN, SIVI, NONADHEZİV, DMSO İÇEREN, YÜKSEK YOĞUNLUKLU	
	<b>EMBOİLİZAN, SIVI, TROMBOJEN</b>	
GR1119	EMBOİLİZAN, SIVI, TROMBİN KOLLAJEN KOMPLEKSİ	505,00
	<b>EMBOİLİZAN, PARÇACIK</b>	
	<b>EMBOİLİZAN, PARÇACIK, ŞEKİLSİZ</b>	
GR1120	EMBOİLİZAN, PARÇACIK, ŞEKİLSİZ, (GELFOAM)	
GR1121	EMBOİLİZAN, PARÇACIK, ŞEKİLSİZ (PVA)	140,00
	<b>EMBOİLİZAN, PARÇACIK, MİKROKÜRECİK</b>	
GR1122	EMBOİLİZAN, PARÇACIK, MİKROKÜRECİK, STANDART	750,00
GR1123	EMBOİLİZAN, PARÇACIK, MİKROKÜRECİK, İLAÇ YÜKLENEBİLİR	2.650,00
GR1124	EMBOİLİZAN, PARÇACIK, MİKROKÜRECİK, RADYOAKTİF MADDE YÜKLÜ	
	(1) Radyoloji ve Nükleer Tıp veya Nöroloji ve Nükleer Tıp veya Beyin Cerrahisi ve Nükleer Tıp Uzmanlarından oluşan konsey kararı ile Kurumca bedeli karşılanır.	
	<b>EMBOİLİZAN, TİKAÇ</b>	
GR1125	EMBOİLİZAN, TİKAÇ, STANDART	1.200,00
GR1126	EMBOİLİZAN, TİKAÇ, ÇOK SEGMENTLİ	1.750,00
GR1127	EMBOİLİZAN, TİKAÇ, DÜŞÜK PROFİLLİ	1.750,00
	<b>EMBOİLİZAN, AYRILABİLİR BALON</b>	
GR2036	EMBOİLİZAN, AYRILABİLİR MİKRO, BALON NÖROVASKÜLER AKIM İLE YÖNLENDİRİLEBİLEN SİLİKON / LATEKS	
	<b>STENT</b>	
	<b>STENT, VASKÜLER</b>	
	<b>STENT, VASKÜLER, PERİFERİK</b>	
GR1129	STENT, VASKÜLER, PERİFERİK, BALONLA AÇILAN, OTW	930,00
	(1) Nonvasküler kullanım epikrizde ayrıntılı olarak belirtilmelidir.	
GR1130	STENT, VASKÜLER, PERİFERİK, BALONLA AÇILAN, MONORAIL	950,00

	(1) Nonvasküler kullanım epikrizde ayrıntılı olarak belirtilmelidir.	
GR1131	STENT, VASKÜLER, PERİFERİK, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, ÇELİK	829,00
	(1) Nonvasküler kullanım epikrizde ayrıntılı olarak belirtilmelidir.	
GR1132	STENT, VASKÜLER, PERİFERİK, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, NİTİROL, OTW	825,00
	(1) Nonvasküler kullanım epikrizde ayrıntılı olarak belirtilmelidir.	
GR1133	STENT, VASKÜLER, PERİFERİK, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, NİTİROL, MONORAIL	950,00
	(1) Nonvasküler kullanım epikrizde ayrıntılı olarak belirtilmelidir.	
GR1134	STENT, VASKÜLER, PERİFERİK, BALONA YÜKLENMEMİŞ	
	(1) Nonvasküler kullanım epikrizde ayrıntılı olarak belirtilmelidir.	
GR1135	STENT, VASKÜLER, PERİFERİK, AKIM ÇEVİRİCİ, ÇOK KATMANLI	
	(1) Yandal koruması gerektiren arter anevrizması tedavisinde epikrizde belirtilmesi koşulu ile bedeli Kurumca karşılanır.	
	<b>STENT, VASKÜLER, KAROTİS</b>	
GR1136	STENT, VASKÜLER, KAROTİS, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, ÇELİK / NİTİROL / DİSTAL İNCELEN MONORAIL	
	(1) 3. basamak hastanelerde, Radyoloji ve Nöroloji veya Radyoloji ve Beyin Cerrahisi uzmanlarından oluşan sağlık kurulu raporu ile stent uygulanma endikasyonun epikrizde ayrıntılı olarak belirtilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.	
	<b>STENT, VASKÜLER, VENÖZ</b>	
GR1137	STENT, VASKÜLER, VENÖZ	1.120,00
GR1138	STENT, VASKÜLER, VENÖZ, VENA KAVA	
GR1139	STENT, VASKÜLER, VENÖZ, TİPS, KİSMİ GREFT KAPLI	
	<b>STENT, PERİFERİK, VASKÜLER, İLAÇ SALINIMLI</b>	
GR1140	STENT, PERİFERİK, VASKÜLER, İLAÇ SALINIMLI, BALONLA AÇILAN, MONORAIL	
GR1141	STENT, PERİFERİK, VASKÜLER, İLAÇ SALINIMLI, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, MONORAIL	
	<b>STENT, VASKÜLER, GREFT KAPLI</b>	
	<b>STENT, VASKÜLER, GREFT KAPLI, PTFE'Lİ</b>	
	(1) Epikrizde malzeme yi kullanan bransa ait 2(iki) uzman hekimin imzasının olması halinde Kurumca bedeli karşılanır.	
GR1142	STENT, VASKÜLER, GREFT KAPLI, PTFE'Lİ, BALONLA AÇILAN, OTW	3.750,00
GR1143	STENT, VASKÜLER, GREFT KAPLI, PTFE'Lİ, BALONLA AÇILAN, MONORAIL	2.380,00
GR1144	STENT, VASKÜLER, GREFT KAPLI, PTFE'Lİ, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, ÇELİK	
	<b>STENT, VASKÜLER, GREFT KAPLI, PTFE'Lİ, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, NİTİROL</b>	
	(1) Epikrizde malzeme yi kullanan bransa ait 2(iki) Uzman hekimin imzasının olması halinde Kurumca bedeli karşılanır.	
GR1145	STENT, VASKÜLER, GREFT KAPLI, PTFE'Lİ, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, NİTİROL, KISA (5CM VE ALTI)	3.600,00
GR1146	STENT, VASKÜLER, GREFT KAPLI, PTFE'Lİ, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, NİTİROL, ORTA (6-14CM)	3.885,00
GR1147	STENT, VASKÜLER, GREFT KAPLI, PTFE'Lİ, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, NİTİROL, UZUN (15CM VE ÜSTÜ)	3.598,00
	<b>STENT, VASKÜLER, GREFT KAPLI, PTFE'Lİ, İLAÇ BAĞLI, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, NİTİROL</b>	
	(1) Epikrizde malzeme yi kullanan bransa ait 2(iki) Uzman hekimin imzasının olması halinde Kurumca bedeli karşılanır.	
GR2037	STENT, VASKÜLER, GREFT KAPLI, PTFE'Lİ, İLAÇ BAĞLI VEYA KAPLAMALI KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, NİTİROL, KISA (5CM VE ALTI)	
GR2038	STENT, VASKÜLER, GREFT KAPLI, PTFE'Lİ, İLAÇ BAĞLI VEYA KAPLAMALI KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, NİTİROL, ORTA (6-14CM)	
GR2039	STENT, VASKÜLER, GREFT KAPLI, PTFE'Lİ, İLAÇ BAĞLI VEYA KAPLAMALI KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, NİTİROL, UZUN (15CM VE ÜSTÜ)	
	<b>STENT, NONVASKÜLER</b>	
	<b>STENT, NONVASKÜLER, BİLİYER</b>	
GR1149	STENT, NONVASKÜLER, BİLİYER, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, ÇELİK	900,00
GR1150	STENT, NONVASKÜLER, BİLİYER, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, NİTİROL	708,00
GR1151	STENT, NONVASKÜLER, BİLİYER, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, NİTİROL, GREFT KAPLI	
	<b>STENT, NONVASKÜLER, ÖZOFAGİYAL</b>	
GR1152	STENT, NONVASKÜLER, ÖZOFAGİYAL, ÇIPLAK	
GR1153	STENT, NONVASKÜLER, ÖZOFAGİYAL, GREFT KAPLI	1.465,00
GR1154	STENT, NONVASKÜLER, ÖZOFAGİYAL, KİSMİ GREFT KAPLI	681,00
GR1155	STENT, NONVASKÜLER, ÖZOFAGİYAL, GREFT KAPLI, ANTİREFLÜ SİSTEMLİ	
	<b>STENT, NONVASKÜLER, GASTRODUODENAL</b>	
GR1156	STENT, NONVASKÜLER, GASTRODUODENAL, ÇIPLAK	
GR1157	STENT, NONVASKÜLER, GASTRODUODENAL, GREFT KAPLI	
	<b>STENT, NONVASKÜLER, KOLONİK</b>	
GR1158	STENT, NONVASKÜLER, KOLONİK, ÇIPLAK	2.130,00
GR1159	STENT, NONVASKÜLER, KOLONİK, GREFT KAPLI	

	<b>STENT, NONVASKÜLER, TRAKEAL</b>	
GR1160	STENT, NONVASKÜLER, TRAKEAL, PLASTİK	
GR1161	STENT, NONVASKÜLER, TRAKEAL, METALİK, ÇIPLAK	
GR1162	STENT, NONVASKÜLER, TRAKEAL, METALİK, GREFT KAPLI	
GR1163	STENT, NONVASKÜLER, TRAKEAL, METALİK, GERİ ALINABİLİR	
	<b>STENT, NONVASKÜLER, ÜRETERAL</b>	
GR1164	STENT, NONVASKÜLER, ÜRETERAL, METALİK, GREFT KAPLI	
	<b>STENTGREFT, AORTİK</b>	
	<b>STENTGREFT, AORTİK, ABDOMİNAL</b>	
	(1) Yılda 250 adet tansal anjiyografi veya işlem yapılan merkezlerde; 2 (iki) Radyoloji uzmanı ile birlikte KVC veya Kardiyoloji uzmanının olduğu konsey kararı ile bedeli Kurumca karşılanır. (2) Endovasküler Aortik Stentgreftlerin aşağıda belirtilen girişim endikasyonları, EVAR için anatomik uygunluk varlığında ve açık cerrahi için risk faktörlerinden en az birinin bulunması durumunda kullanılması uygundur. a) Abdominal aort anevrizması için cerrahi/endovasküler girişim endikasyonları; 1) Asemptomatik abdominal aort anevrizmalarında (AAA) $\geq 55$ mm çap, 2) Kadın hasta, KOAH varlığı, aile öyküsü, konnektif doku hastalığı varlığında $\geq 50$ mm çap, 3) 6 ay içinde $\geq 5$ mm ekspansiyon, 4) Semptomatik anevrizmalar, 5) Sakkül anevrizmalar, penetran ülserler, intrmural hematom, 6) Psödoanevrizmalar, dissekan anevrizmalar, 7) Rüptüre AAA, b) Açık cerrahi için risk faktörleri: 1) İleri yaş ( $\geq 75$ ) 2) KOAH (FEV 1) $< \%80$ , FEV 1/FVC $< \%70$ 3) Obezite (VKI $\geq 30$ ) 4) Geçirilmiş abdominal operasyon 5) Geçirilmiş kardiyak operasyon 6) Klas III-IV konjestif kalp yetmezliği 7) EF $< \%30$ olması 8) Anstabil anjina 9) Majör serebrovasküler hastalık 10) Serebrovasküler olay hikayesi 11) Son dönem böbrek yetmezliği / hemodiyaliz ihtiyacı olan hastalar 12) Rüptüre AAA 13) Hastanın genel anestezi almasının yüksek riskli olduğunun Anestezi ve Reanimasyon uzmanı tarafından belirtildiği durumlar	
GR1165	STENTGREFT, AORTİK, ABDOMİNAL, ANA GÖVDE VE İPSİLATERAL BACAK PTFELİ/ STENTGREFT, AORTİK, ABDOMİNAL, ANA GÖVDE VE İPSİLATERAL BACAK, SUPRARENAL KANCALI/ STENTGREFT, AORTİK, ABDOMİNAL, ANA GÖVDE VE İPSİLATERAL BACAK, SUPRARENAL HİDROFİLİK	
GR1166	STENTGREFT, AORTİK, ABDOMİNAL, ANA GÖVDE VE HER İKİ BACAK	18.475,00
GR1167	STENTGREFT, AORTİK, ABDOMİNAL, ANA GÖVDE ( BACAKLARI OLMAYAN )	
GR2040	STENTGREFT, AORTİK, ABDOMİNAL, KARŞI BACAK, ANA GÖVDE İLE UYUMLU	
GR2041	STENTGREFT, AORTİK, ABDOMİNAL, İLİAK UZATMA, ANA GÖVDE İLE UYUMLU	
GR2042	STENTGREFT, AORTİK, ABDOMİNAL, AORTİK UZATMA, ANA GÖVDE İLE UYUMLU	
GR1169	STENTGREFT, AORTİK, ABDOMİNAL, UNI-İLİAK	
GR1170	STENTGREFT, AORTİK, ABDOMİNAL, TÜBÜLER	
	<b>STENTGREFT, AORTİK, TORASİK</b>	

(1) Yılda 250 adet tamsal anjiyografi veya işlem yapılan merkezlerde; 2 (iki) Radyoloji uzmanı ile birlikte Kardiyovasküler cerrahi veya Kardiyoloji uzmanının olduğu konsey kararı ile Kurumca bedeli karşılanır.

a) Torasik Endovasküler Aortik Stentgreftlerin (TEVAR) aşağıda belirtilen girişim endikasyonları, TEVAR için anatomik uygunluk varlığında ve açık cerrahi için risk faktörlerinin bulunması durumunda kullanılması uygundur EVAR için belirtilen açık cerrahi risk faktörleri TEVAR için de geçerlidir.

b) Dejeneratif anevrizmalarda,

1) Semptomatik anevrizmalar

2) Asemptomatik hastalarda  $\geq 55$ mm çap

3) Asemptomatik hastalarda kadın , KOAH varlığı, aile öyküsü, Marfan ve benzer konnektif doku hastalığı olanlarda, kronik tip B diseksiyonlarda  $\geq 50$  mm çap

4) 6 ay içinde  $\geq 5$ mm ekspansiyon

5) Sakküler anevrizmalar, penetran ülserler, intramural hematom

c) Akut aortik sendromlarda,

1) Komplike akut tip B diseksiyon (geçmeyen ağrı, kontrol edilemeyen hipertansiyon, malperfüzyon, retrograd yayılım)

2) Yayılan akut tip B intramural hematom

3) Travmatik aort transeksiyonu

4) Akut ya da kronik psödoanevrizma

GR1171	STENTGREFT, AORTİK, TORASİK, KISA (10CM VE ALTI), TÜM ÖZELLİK	
GR1172	STENTGREFT, AORTİK, TORASİK, ORTA (11-19CM), TÜM ÖZELLİK	
GR1173	STENTGREFT, AORTİK, TORASİK, UZUN (20CM VE ÜZERİ), TÜM ÖZELLİK	
GR1174	STENT, AORTİK, NİTİNOL, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN	
GR1175	STENT, AORTİK, NİTİNOL, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, DİSEKSİYON TEDAVİSİNDE KULLANILMAK ÜZERE	
	<b>STENTGREFT, HASTAYA ÖZEL</b>	

(1) Yılda 250 adet tamsal anjiyografi veya işlem yapılan 3. basamak hastanelerde; 2 (iki) Radyoloji uzmanı ile birlikte KVC veya Kardiyoloji uzmanının olduğu konsey kararı ile kompleks anamnezi sahip aortik visseral dalları içeren aort anevrizmalarının tedavisinde, klasik cerrahi ve EVAR, TEVAR uygulamalarının kontrendike ya da yüksek riskli olduğu durumlarda (organ malperfüzyonu ve buna bağlı komplikasyonları önleyebilmek için) kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.

GR1176	STENTGREFT, HASTAYA ÖZEL, ANA GÖVDE, FENESTRE	
GR1177	STENTGREFT, HASTAYA ÖZEL, ANA GÖVDE, YAN DALLI	
GR1178	STENTGREFT, HASTAYA ÖZEL, İLİAK UZATMA, YAN DALLI	
GR2043	STENT, VASKÜLER, AORTİK, AKIM ÇEVİRİCİ, ÇOK KATMANLI	
	<b>AORTİK STENTGREFT AKSESUARLARI</b>	
GR1179	İLİAK OKLÜDER	
GR1180	AORTİK BALON, STENTGREFT İÇİN, STANDART	1.100,00
GR1181	AORTİK BALON, STENTGREFT İÇİN, TRİLOBLU	750,00
GR1182	İNTRODUSER SET, AORTİK STENT GREFT İÇİN	500,00
	<b>STENT, NÖROVASKÜLER</b>	
GR1183	STENT, NÖROVASKÜLER, BALONLA AÇILAN	
GR1184	STENT, NÖROVASKÜLER, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, ANJİYOPLASTİ AMAÇLI	6.800,00
	<b>İNTRAKRANİYAL ENDOVASKÜLER CİHAZLAR</b>	
GR2044	İNTRAKRANİYAL VASKÜLER REKONSTRÜKSİYON CİHAZI, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, LAZER KESİM	
GR2045	İNTRAKRANİYAL VASKÜLER REKONSTRÜKSİYON CİHAZI, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, ÖRGÜLÜ	
GR2046	İNTRAKRANİYAL VASKÜLER REKONSTRÜKSİYON CİHAZI, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, 1,9 F VE ALTI MIKROKATETERDEN GÖNDERİLEBİLEN	
GR1186	İNTRAKRANİYAL AKIM ÇEVİRME CİHAZI, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN	11.400,00
GR2047	İNTRAKRANİYAL AKIM ÇEVİRME CİHAZI, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, TAMAMI GERİ ALINABİLİR	
GR2048	İNTRAKRANİYAL AKIM ÇEVİRME CİHAZI, İNTRAANEVRİZMAL KULLANIM İÇİN	
	<b>EMBOLİ KORUYUCU SİSTEM, GEÇİCİ</b>	
GR1187	EMBOLİ KORUYUCU SİSTEM, GEÇİCİ, BALONLU / AKIM ÇEVİRİCİLİ	

(1) Malzemenin kullanım endikasyonu epikrizde ayrıntılı olarak belirtilmelidir.

	<b>EMBOLİ KORUYUCU SİSTEM, GEÇİCİ, FİLTRELİ</b>	
GR1188	EMBOLİ KORUYUCU SİSTEM, GEÇİCİ, FİLTRELİ / MONORAIL / MONORAILLE ÇEVİRİLEBİLEN	

(1) Malzemenin kullanım endikasyonu epikrizde ayrıntılı olarak belirtilmelidir.

	<b>VENA KAVA FİLTRELERİ</b>	
GR1189	VENA KAVA FİLTRESİ, KALICI / GEÇİCİ / GERİ ALINABİLİR	
GR1190	VENA KAVA FİLTRESİ, GERİ ALMA KATETERİ	
	<b>BİYOPSİ</b>	
	<b>BİYOPSİ İĞNESİ</b>	
	<b>BİYOPSİ İĞNESİ, DOKU ALAN</b>	

GR1191	BİYOPSİ İĞNESİ, DOKU ALAN, MANUEL	13,00
GR1192	BİYOPSİ İĞNESİ, DOKU ALAN, YARI OTOMATİK	12,00
GR1193	BİYOPSİ İĞNESİ, DOKU ALAN, YARI OTOMATİK, KOAKSİYEL SİSTEMLİ	
GR1194	BİYOPSİ İĞNESİ, DOKU ALAN, OTOMATİK, KENDİNDEN TABANCALI	58,00
GR1195	BİYOPSİ İĞNESİ, DOKU ALAN, OTOMATİK, KENDİNDEN TABANCALI, SİLİNDİRİK PARÇA ALAN	44,00
GR1196	BİYOPSİ İĞNESİ, DOKU ALAN, OTOMATİK TABANCAYA UYUMLU İĞNE	15,00
GR1197	BİYOPSİ İĞNESİ, DOKU ALAN, KEMİK	10,00
	<b>BİYOPSİ İĞNESİ, ASPIRASYON</b>	
GR1198	BİYOPSİ İĞNESİ, ASPIRASYON, MANUEL, CHİBA	6,00
GR1199	BİYOPSİ İĞNESİ, ASPIRASYON, MANUEL, FRENSEN	5,50
GR1200	BİYOPSİ İĞNESİ, ASPIRASYON, MANUEL, WESCOT	
GR1201	BİYOPSİ İĞNESİ, ASPIRASYON, OTOMATİK	
	<b>BİYOPSİ İĞNESİ, MR UYUMLU</b>	
GR1202	BİYOPSİ İĞNESİ, MR UYUMLU	25,00
	(1) İşlemin eşlik ettiği MR raporunun epikrize eklenmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.	
	<b>BİYOPSİ SİSTEMİ, MEME</b>	
GR1203	LOKALİZASYON İĞNELERİ	18,00
GR1204	LOKALİZASYON İĞNELERİ, GERİ ALINABİLEN	22,00
GR1205	BİYOPSİ SETİ, MEME, DOKU ÇIKARTAN, VAKUM ASPIRASYONU	778,00
	<b>BİYOPSİ, TRANSLÜMİNAL</b>	
GR1206	SİTOLOJİ FIRÇASI	
GR1207	BİYOPSİ İĞNESİ, TRANSLÜMİNAL	
GR1208	BİYOPSİ, FORSEPS	52,00
	<b>NONVASKÜLER KATETERLER VE SETLER</b>	
	<b>NONVASKÜLER DİYAGNOSTİK KATETERLER</b>	
GR1209	KATETER, ENTEROKLİZİS, BALONSUZ	
GR1210	KATETER, ENTEROKLİZİS, BALONLU	
GR1211	ENTEROKLİZİS TELİ	
GR1212	KATETER, SİYALOGRAFI	
GR1213	KATETER, LENFANJYOGRAFI	
	<b>NONVASKÜLER SETLER</b>	
GR1214	SET, LAKRİMAL STENT	
GR1215	SET, FALLOP TUP REKANALİZASYONU	
GR1216	SET, PNÖMOTORAKS	
	<b>DRENAJ KATETERLERİ VE SETLERİ</b>	
	<b>KATETER, DRENAJ, ÇOK AMAÇLI (NEFROSTOMİ, BİLİYER, ABSE, KOLEKSİYON)</b>	
GR1217	KATETER, DRENAJ, ÇOK AMAÇLI, KİLİTLİ / TEK AŞAMALI KİLİTLİ	
GR1218	KATETER, DRENAJ, ÇOK AMAÇLI, / HİDROFİLİK KİLİTLİ / HİDROFİLİK TEK AŞAMALI KİLİTLİ	
	<b>KATETER, DRENAJ, ÇOK AMAÇLI, SETLER (NEFROSTOMİ, BİLİYER, ABSE, KOLEKSİYON)</b>	
GR1219	KATETER, DRENAJ, ÇOK AMAÇLI, STANDART KİLİTLİ SET / HİDROFİLİK KİLİTLİ SET	
	<b>KATETER, DRENAJ, BİLİYER</b>	
GR1220	KATETER, DRENAJ, BİLİYER, STANDART KİLİTLİ / HİDROFİLİK KİLİTLİ / HİDROFİLİK KİLİTLİ RO İŞARETLİ	
GR1221	KATETER, DRENAJ, BİLİYER, KİLİTSİZ	
	<b>KATETER, DRENAJ, BİLİYER, SETLER</b>	
GR1222	KATETER, DRENAJ, BİLİYER / KİLİTLİ SET / HİDROFİLİK KİLİTLİ SET / HİDROFİLİK KİLİTLİ, RO İŞARETLİ, SET	
	<b>KATETER, DRENAJ, NEFROÜRETERAL</b>	
GR1223	KATETER, DRENAJ, NEFROÜRETERAL, HİDROFİLİK, KİLİTLİ	
	<b>GASTROSTOMİ VE GASTROJEJUNOSTOMİ KATETERLERİ VE SETLERİ</b>	
	<b>KATETER, GASTROSTOMİ</b>	
GR1224	KATETER, GASTROSTOMİ, BALONLU	65,00
	<b>KATETER, GASTROSTOMİ, SETLER</b>	
GR1225	KATETER, GASTROSTOMİ, BALONLU, SET	
GR1226	KATETER, GASTROSTOMİ, DÜĞME TARZINDA, SET	165,00
GR1227	KATETER, GASTROSTOMİ, MANTAR ŞEKLİLİ, SET	140,00
	<b>KATETER, GASTROJEJUNOSTOMİ</b>	

GRI228	KATETER, GASTROJEJUNOSTOMİ, PİGTAIL	
GRI229	KATETER, GASTROJEJUNOSTOMİ, BALONLU	
GRI230	KATETER, GASTROJEJUNOSTOMİ, DÜĞME TARZINDA	
	<b>PLEVRAL-PERİTONEAL KATETERLER</b>	
GRI231	KATATER, PERİTONEAL, PORT	1.200,00
GRI232	KATATER, PERİTONEAL, TÜNELLİ	220,00
GRI233	KATATER, PERİTONEAL, PERİTONOVENÖZ	
GRI234	KATATER, PLEVRAL, TÜNELLİ	
GRI235	KATATER, TORASENTEZ-PARASENTEZ, TEK AŞAMALI	
	<b>AKSESUARLAR</b>	
GRI236	GİRİŞ İĞNESİ, SELDİNGER, İKİ PARÇALI	3,70
GRI237	GİRİŞ İĞNESİ, TEK PARÇA	8,00
GRI238	GİRİŞ İĞNESİ, UZUN	7,30
GRI239	İŞARETLEME İĞNESİ, CYBERKNİFE İÇİN	
GRI240	DİLATÖR	15,00
GRI241	İNFLATÖR (BALON ŞİŞİRME AMAÇLI)/ DEFLATÖR	
GRI242	FLOWSWİTCH	
GRI243	Y KONNEKTOR	
GRI244	ÇİFT Y KONNEKTOR	
GRI245	POMPA, MR (KONTRASTLI MRA VE DİNAMİK ÇALIŞMALARDA)	
GRI246	POMPA, CT	
GRI247	TEK YOLLU MUSLUK, BASINCA DAYANIKLI	
GRI248	ÜÇ YOLLU MUSLUK, BASINCA DAYANIKLI	5,60
GRI249	OTOMATİK POMPA ŞİRINGASI, DSA İÇİN	11,00
GRI250	BAĞLANTI HORTUMU, OPAK MADDE İÇİN, STANDART	
GRI251	UZATMA KILAVUZ TELİ	
GRI252	UZATMA KATETERİ	
GRI253	BAĞLANTI HORTUMU, OPAK MADDE İÇİN, BASINCA DAYANIKLI (1000PSİ VE ÜSTÜ), 10-30 CM	
GRI254	BAĞLANTI HORTUMU, OPAK MADDE İÇİN, BASINCA DAYANIKLI (1000PSİ VE ÜSTÜ)	
GRI255	BAĞLANTI SETİ, OPAK MADDE İÇİN, VALFLİ, ÜÇ YOLLU MUSLUKLU	
GRI256	BAĞLANTI SETİ, OPAK MADDE İÇİN, VALFLİ, ÇİFT HATLI, TEK ÇIKIŞLI	
GRI257	ENJEKTÖR, KİLİTLİ	
GRI258	KOİL İTİCİ (Ø18" KOİLLER İÇİN)	
GRI259	KOİL AYIRACI	150,00
GRI260	AYRILABİLEN İNTRUDUSER	
GRI261	MİDE-BARSAK SABİTLEYİCİ	
GRI262	İNTRAVASKÜLER BASINÇ ÖLÇME TRANSDUSERİ	
GRI263	YÖNLENDİRİCİ (TORKÖR)	
GRI264	TEL YÜKLEYİCİ	
GR2049	İNTRAKRANİYAL BALON KULLANIM ENJEKTÖRÜ, VİDALI	
GR2050	İNTRAKRANİYAL AKIM ÇEVİRME CİHAZI, İNTRAANEVRİZMAL KULLANIM, ANEVRİZMA EMBOLİZASYON SİSTEMİ BIRAKMA KONTROL	
	<b>ABLASYON</b>	
	<b>ABLASYON, RADYOFREKANS (RF), TÜMÖR</b>	
GRI265	RF ABLASYON ELEKTROD PROBU	
	<b>ABLASYON, VENÖZ</b>	
	<b>ABLASYON, VENÖZ, LAZER</b>	

(1) 2 (iki) Radyoloji uzmanı ve 1 (bir) KVC uzmanı tarafından düzenlenen sağlık kurulu raporunda aşağıdaki kriterlerin tespit edildiği durumlarda Kurumca bedeli karşılır.

a) Hastanın mevcut durumunun ve semptomlarının venöz yetmezlik kaynaklı olması ve hastanın durumunun CEAP, VCSS, VIS sistemleri ile kayıt altına alınmış olması,

b) Hastanın girişim öncesi Doppler Ultrasonografinin yapılmış ve belgelenmiş olması

c) Hastanın ablasyon yapılması planlanan ven çapının Vena Safena Magna (VSM) için en az 5,5 mm, Vena Safena Parva (VSP) için en az 4mm, Perforan venler (PV) için ise en az üç buçuk (3,5) mm olması ve bu ölçümlerin belgelenmiş olması,

ç) Prosedür öncesi yapılan Doppler USG de 0,5 saniye ve üzeri reflü saptanmış olması ve bu ölçümlerin belgelenmesi,

d) İki ekstremitede de hastalık varsa ve bilateral girişim yapılmı endikasyonu olan hastalarda aynı seansta tek kateter ödemesi yapılmalı.

GR1266	ABLASYON, VENÖZ, LAZER, SET	
GR1267	ABLASYON, VENÖZ, RF, SET	
	<b>ABLASYON, MİKRODALGA</b>	
GR1268	MİKRODALGA ABLASYON ELEKTROD PROBU, LİNEER	
	<b>SANTRAL VENÖZ KATETERLER</b>	
	<b>SANTRAL VENÖZ PORTLAR</b>	
	<b>PORT, TİTANYUM</b>	
GR1269	PORT, TİTANYUM, PEDIATRİK	275,00
GR1270	PORT, TİTANYUM, ERİŞKİN / KAPAKLI	
	<b>PORT, BASINCA DAYANIKLI</b>	
GR1271	PORT, BASINCA DAYANIKLI, PEDIATRİK	270,00
GR1272	PORT, BASINCA DAYANIKLI, ERİŞKİN	270,00
	<b>PORT, PLASTİK</b>	
GR1273	PORT, PLASTİK, PEDIATRİK	230,00
GR1274	PORT, PLASTİK, ERİŞKİN	230,00
	<b>SANTRAL VENÖZ İNFÜZYON KATETERLERİ</b>	
GR1275	KATETER, İNFÜZYON, SANTRAL VENÖZ, TEK LÜMENLİ, 3-6F	25,00
GR1276	KATETER, İNFÜZYON, SANTRAL VENÖZ, TEK LÜMENLİ, 6F YUKARISI / HEPARİN KAPLI	
GR1277	KATETER, İNFÜZYON, SANTRAL VENÖZ, ÇİFT LÜMENLİ, 3-6F	74,00
GR1278	KATETER, İNFÜZYON, SANTRAL VENÖZ, ÇİFT LÜMENLİ, 6F YUKARISI / HEPARİN KAPLI	
GR1279	KATETER, İNFÜZYON, SANTRAL VENÖZ, ÜÇ LÜMENLİ	34,00
GR1280	KATETER, İNFÜZYON, SANTRAL VENÖZ, TÜNELLİ, 4-6F / 6F YUKARISI	
GR1281	KATETER, İNFÜZYON, SANTRAL VENÖZ, PERİFERAL YOLDAN YERLEŞTİRİLEN	
	<b>HEMODİYALİZ KATETERLERİ</b>	
GR1282	KATETER, HEMODİYALİZ, GEÇİCİ, PEDIATRİK	63,00
GR1283	KATETER, HEMODİYALİZ, GEÇİCİ, ERİŞKİN / HEPARİN KAPLI	
GR1284	KATETER, HEMODİYALİZ, TÜNELLİ, PEDIATRİK	345,00
GR1285	KATETER, HEMODİYALİZ, TÜNELLİ, ERİŞKİN / HEPARİN KAPLI	
GR1286	KATETER, HEMODİYALİZ, TÜNELLİ AYRIK UÇLU, PEDIATRİK	700,00
GR1287	KATETER, HEMODİYALİZ, TÜNELLİ AYRIK UÇLU, ERİŞKİN	585,00
	<b>VASKÜLER KAPATMA SİSTEMİ (TEDAVİ AMAÇLI İŞLEMLERDE)</b>	
GR1288	VASKÜLER KAPATMA SİSTEMİ, 3-9F	300,00
GR1289	VASKÜLER KAPATMA SİSTEMİ, 10F VE ÜZERİ	
	<b>YABANCI CİŞİM YAKALAMA KATETERİ</b>	
GR1290	KATETER, YABANCI CİŞİM YAKALAMA, KEMENT, PERİFERİK	800,00
GR1291	KATETER, YABANCI CİŞİM YAKALAMA, KEMENT, NÖROVASKÜLER	
GR1292	KATETER, YABANCI CİŞİM YAKALAMA, FORSEPS	
GR1293	KATETER, YABANCI CİŞİM YAKALAMA, BASKET	

Tıbbi malzeme alan tanımına ait ödeme kriterleri ve/veya kuralları, bulunduğu satırın altında yer almaktadır. Tıbbi malzeme alan tanımını kapsayan başlığın altında yer alan ödeme kriterleri ve/veya kuralları, başlığın altındaki tüm malzeme alan tanımlarına aittir.



## ALLOGREFT ÜRÜN GRUBU

EK-3/N-1

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	BOYUT	FİYAT (TL)
	<b>CHİPS&amp;GRANÜL</b>		
	<b>CHİPS&amp;GRANÜL,SPONGIOS</b>		
AG1000	CHİPS&GRANÜL,SPONGIOS	0,5 CC.	
AG1001	CHİPS&GRANÜL,SPONGIOS	1 CC.	
AG1002	CHİPS&GRANÜL,SPONGIOS	2-3 CC.	
AG1003	CHİPS&GRANÜL,SPONGIOS	5 CC.	
AG1004	CHİPS&GRANÜL,SPONGIOS	10 CC.	
AG1005	CHİPS&GRANÜL,SPONGIOS	15 CC.	
AG1006	CHİPS&GRANÜL,SPONGIOS	20 CC.	
AG1007	CHİPS&GRANÜL,SPONGIOS	30 CC.	
AG1008	CHİPS&GRANÜL,SPONGIOS	40 CC.	
AG1009	CHİPS&GRANÜL,SPONGIOS	50 CC.	
AG1010	CHİPS&GRANÜL,SPONGIOS	60 CC.	
	<b>BLOKLAR</b>		
	<b>BLOKLAR,SPONGIOZ</b>		
AG1011	BLOKLAR,SPONGIOZ	1000-3000 mm3	
AG1012	BLOKLAR,SPONGIOZ	3001-10000 mm3	
AG1013	BLOKLAR,SPONGIOZ	10001-25000 mm3	
AG1014	BLOKLAR,SPONGIOZ	25001 mm3 >	
	<b>KORTİKAL SHAFT</b>		
	<b>KORTİKAL SHAFT,HUMERUS</b>		
AG1015	KORTİKAL SHAFT,HUMERUS	15 MM.	
AG1016	KORTİKAL SHAFT,HUMERUS	30 MM.	
AG1017	KORTİKAL SHAFT,HUMERUS	50 MM.	
AG1018	KORTİKAL SHAFT,HUMERUS	70 MM.	
AG1019	KORTİKAL SHAFT,HUMERUS	100 MM.	
AG1020	KORTİKAL SHAFT,HUMERUS	150 MM. Ve üstü	
	<b>KORTİKAL SHAFT,FIBULA</b>		
AG1021	KORTİKAL SHAFT,FIBULA	5-10 MM.	
AG1022	KORTİKAL SHAFT,FIBULA	11-20 MM.	
AG1023	KORTİKAL SHAFT,FIBULA	30 MM.	
AG1024	KORTİKAL SHAFT,FIBULA	40 MM.	
AG1025	KORTİKAL SHAFT,FIBULA	50 MM.	
AG1026	KORTİKAL SHAFT,FIBULA	51-70 MM.	
AG1027	KORTİKAL SHAFT,FIBULA	71-100 MM.	
AG1028	KORTİKAL SHAFT,FIBULA	101-150 MM.	
AG1029	KORTİKAL SHAFT,FIBULA	151-200 MM.	
AG1030	KORTİKAL SHAFT,FIBULA	201-250 MM.	
	<b>KORTİKAL SHAFT,FEMUR</b>		
AG1031	KORTİKAL SHAFT,FEMUR	15 MM.	
AG1032	KORTİKAL SHAFT,FEMUR	30 MM.	
AG1033	KORTİKAL SHAFT,FEMUR	50 MM.	
AG1034	KORTİKAL SHAFT,FEMUR	70 MM.	
AG1035	KORTİKAL SHAFT,FEMUR	100 MM.	
AG1036	KORTİKAL SHAFT,FEMUR	120 MM.	
AG1037	KORTİKAL SHAFT,FEMUR	150 MM.	
AG1038	KORTİKAL SHAFT,FEMUR	151-170 MM.	
AG1039	KORTİKAL SHAFT,FEMUR	171-200 MM.	
AG1040	KORTİKAL SHAFT,FEMUR	201-251 MM.	
AG1041	KORTİKAL SHAFT,FEMUR	251 MM. - <	
	<b>KORTİKAL SHAFT,HEMI-FEMORAL SHAFT</b>		
AG1042	KORTİKAL SHAFT,HEMI-FEMORAL SHAFT	30-50 MM.	
AG1043	KORTİKAL SHAFT,HEMI-FEMORAL SHAFT	100 MM.	
AG1044	KORTİKAL SHAFT,HEMI-FEMORAL SHAFT	150 MM.	
AG1045	KORTİKAL SHAFT,HEMI-FEMORAL SHAFT	200 MM.	
AG1046	KORTİKAL SHAFT,HEMI-FEMORAL SHAFT	250 MM.	
AG1047	KORTİKAL SHAFT,HEMI-FEMORAL SHAFT	300 MM.	
	<b>KORTİKAL SHAFT,TIBIA</b>		
AG1048	KORTİKAL SHAFT,TIBIA	20-40 MM.	
AG1049	KORTİKAL SHAFT,TIBIA	50 MM.	

AG1050	KORTIKAL SHAFT,TIBIA	60 MM.
AG1051	KORTIKAL SHAFT,TIBIA	100 MM.
AG1052	KORTIKAL SHAFT,TIBIA	150 MM.
AG1053	KORTIKAL SHAFT,TIBIA	200 MM.
	<b>KORTIKAL SHAFT,HEMITIBIAL SHAFT</b>	
AG1054	KORTIKAL SHAFT,HEMITIBIAL SHAFT	
	<b>KORTIKAL SHAFT,RADIUS-ULNA</b>	
AG1055	KORTIKAL SHAFT,RADIUS-ULNA	< 50 MM.
AG1056	KORTIKAL SHAFT,RADIUS-ULNA	50-70 MM.
	<b>TENDONLAR</b>	
	<b>TENDON,KEMİK TENDON BİLEŞİK</b>	
	<b>TENDON,KEMİK TENDON BİLEŞİK,ACHILES</b>	
AG1057	TENDON,KEMİK TENDON BİLEŞİK,ACHILES	
	<b>TENDON,KEMİK TENDON BİLEŞİK,BTB</b>	
AG1058	TENDON,KEMİK TENDON BİLEŞİK,BTB	
	<b>TENDON,YALNIZ TENDON</b>	
AG1059	TENDON,YALNIZ TENDON	
	<b>MASİF,FEMUR,DİSTAL</b>	
AG1060	MASİF,FEMUR,DİSTAL	
	<b>FEMUR,PROXIMAL</b>	
AG1061	FEMUR,PROXIMAL	
AG1062	FEMUR,PROXIMAL,HEADSİZ	
	<b>FEMUR,HEAD</b>	
AG1063	FEMUR,HEAD,KIKIRDAKLI	
AG1064	FEMUR,HEAD,KIKIRDAKSİZ	
	<b>MASİF,HUMERUS</b>	
	<b>MASİF,HUMERUS,PROXIMAL</b>	
AG1065	MASİF,HUMERUS,PROXIMAL	
	<b>MASİF,HUMERUS,DİSTAL</b>	
AG1066	MASİF,HUMERUS,DİSTAL	
	<b>MASİF,TIBIA,DİSTAL</b>	
AG1067	MASİF,TIBIA,DİSTAL	
	<b>MASİF,TIBIA,PROXIMAL</b>	
AG1068	MASİF,TIBIA,PROXIMAL	
	<b>MASİF,İLİUM,HEMİPELVİS</b>	
AG1069	MASİF,İLİUM,HEMİPELVİS	
	<b>MENİSKÜS</b>	
	<b>MENİSKÜS,TİBIAL</b>	
AG1070	MENİSKÜS,TİBIAL,PLATOLU	
	<b>MENİSKÜS</b>	
AG1071	MENİSKÜS	
	<b>ÖZEL BİÇİMLENDİRİLMİŞ,OSTEOTOMY WEDGE</b>	
AG1072	ÖZEL BİÇİMLENDİRİLMİŞ,OSTEOTOMY WEDGE	SMALL
AG1073	ÖZEL BİÇİMLENDİRİLMİŞ,OSTEOTOMY WEDGE	MEDIUM
AG1074	ÖZEL BİÇİMLENDİRİLMİŞ,OSTEOTOMY WEDGE	LARGE
	<b>FASCİA LATA</b>	
AG1075	FASCİA LATA	3MMX120MM
AG1076	FASCİA LATA	10MMX140MM
AG1077	FASCİA LATA	15MMX60MM
AG1078	FASCİA LATA	15MMX300MM
AG1079	FASCİA LATA	20MMX30MM
AG1080	FASCİA LATA	20MMX70MM
AG1081	FASCİA LATA	20MMX140MM
AG1082	FASCİA LATA	20MMX200MM
AG1083	FASCİA LATA	30MMX40MM
AG1084	FASCİA LATA	30MMX60MM
AG1085	FASCİA LATA	40MMX50MM
AG1086	FASCİA LATA	40MMX70MM
AG1087	FASCİA LATA	40MMX10MM
AG1088	FASCİA LATA	60MMX80MM
AG1089	FASCİA LATA	60MMX120MM
AG1090	FASCİA LATA	80MMX200MM
	<b>FASCİA TEMPORALİS</b>	
AG1091	FASCİA TEMPORALİS	≤ Ø 10 MM
AG1092	FASCİA TEMPORALİS	≤ Ø 20MM
AG1093	FASCİA TEMPORALİS	10 mm X 25 mm
AG1094	FASCİA TEMPORALİS	20 mm X 30 mm

	<b>ÖZEL BİÇİMLENDİRİLMİŞ,PERICARDLAR (DURA)</b>	
AG1095	ÖZEL BİÇİMLENDİRİLMİŞ,PERICARDLAR	3*4 CM.
AG1096	ÖZEL BİÇİMLENDİRİLMİŞ,PERICARDLAR	4*5 CM.
AG1097	ÖZEL BİÇİMLENDİRİLMİŞ,PERICARDLAR	6*8 CM.
AG1098	ÖZEL BİÇİMLENDİRİLMİŞ,PERICARDLAR	4*10 CM.
AG1099	ÖZEL BİÇİMLENDİRİLMİŞ,PERICARDLAR	6*12 CM.
AG1100	ÖZEL BİÇİMLENDİRİLMİŞ,PERICARDLAR	12*15 CM.
AG1101	ÖZEL BİÇİMLENDİRİLMİŞ,PERICARDLAR	2*20 CM.
AG1102	ÖZEL BİÇİMLENDİRİLMİŞ,PERICARDLAR	4*20 CM.
AG1103	ÖZEL BİÇİMLENDİRİLMİŞ,PERICARDLAR	15*15 mm
AG1104	ÖZEL BİÇİMLENDİRİLMİŞ,PERICARDLAR	20*30 mm
AG1105	ÖZEL BİÇİMLENDİRİLMİŞ,PERICARDLAR	25*25 mm
AG1106	ÖZEL BİÇİMLENDİRİLMİŞ,PERICARDLAR	40*50 mm
AG1107	ÖZEL BİÇİMLENDİRİLMİŞ,PERICARDLAR	50*50 mm
AG1108	ÖZEL BİÇİMLENDİRİLMİŞ,PERICARDLAR	60*80 mm
AG1109	ÖZEL BİÇİMLENDİRİLMİŞ,PERICARDLAR	75*75mm
AG1110	ÖZEL BİÇİMLENDİRİLMİŞ,PERICARDLAR	40*100 mm
AG1111	ÖZEL BİÇİMLENDİRİLMİŞ,PERICARDLAR	60*120 mm
AG1112	ÖZEL BİÇİMLENDİRİLMİŞ,PERICARDLAR	100*100 mm
	<b>DBM</b>	
	<b>DBM,POWDER</b>	
AG1113	DBM,POWDER	0,5 CC.
AG1114	DBM,POWDER	1,5 CC.
AG1115	DBM,POWDER	10 CC.
AG1116	DBM,POWDER	15 CC.
AG1117	DBM,POWDER	30 CC.
	<b>DBM,CRUNCH</b>	
	<b>DBM,CRUNCH,KOMBİNE</b>	
AG1118	DBM,CRUNCH,KOMBİNE	1 CC.
AG1119	DBM,CRUNCH,KOMBİNE	2 CC.
AG1120	DBM,CRUNCH,KOMBİNE	3 CC.
AG1121	DBM,CRUNCH,KOMBİNE	4 CC.
AG1122	DBM,CRUNCH,KOMBİNE	5 CC.
AG1123	DBM,CRUNCH,KOMBİNE	6 CC.
AG1124	DBM,CRUNCH,KOMBİNE	7 CC.
AG1125	DBM,CRUNCH,KOMBİNE	8 CC.
AG1126	DBM,CRUNCH,KOMBİNE	9 CC.
AG1127	DBM,CRUNCH,KOMBİNE	10 CC.
AG1128	DBM,CRUNCH,KOMBİNE	11 CC.
AG1129	DBM,CRUNCH,KOMBİNE	12 CC.
AG1130	DBM,CRUNCH,KOMBİNE	13 CC.
AG1131	DBM,CRUNCH,KOMBİNE	14 CC.
AG1132	DBM,CRUNCH,KOMBİNE	15 CC.
AG1133	DBM,CRUNCH,KOMBİNE	16 CC.
AG1134	DBM,CRUNCH,KOMBİNE	17 CC.
AG1135	DBM,CRUNCH,KOMBİNE	18 CC.
AG1136	DBM,CRUNCH,KOMBİNE	19 CC.
AG1137	DBM,CRUNCH,KOMBİNE	20 CC.
	<b>DBM,ENJ. JEL</b>	
AG1138	DBM,ENJ. JEL,NORMAL	1 CC.
AG1139	DBM,ENJ. JEL,NORMAL	2 CC.
AG1140	DBM,ENJ. JEL,NORMAL	3 CC.
AG1141	DBM,ENJ. JEL,NORMAL	4 CC.
AG1142	DBM,ENJ. JEL,NORMAL	5 CC.
AG1143	DBM,ENJ. JEL,NORMAL	6 CC.
AG1144	DBM,ENJ. JEL,NORMAL	7 CC.
AG1145	DBM,ENJ. JEL,NORMAL	8 CC.
AG1146	DBM,ENJ. JEL,NORMAL	9 CC.
AG1147	DBM,ENJ. JEL,NORMAL	10 CC.
	<b>DBM,PASTE&amp;PUTTY</b>	
AG1148	DBM,PASTE&PUTTY,DÜZ	<1 CC.
AG1149	DBM,PASTE&PUTTY,DÜZ	1 CC.
AG1150	DBM,PASTE&PUTTY,DÜZ	2 CC.
AG1151	DBM,PASTE&PUTTY,DÜZ	2,5 CC.
AG1152	DBM,PASTE&PUTTY,DÜZ	3 CC.
AG1153	DBM,PASTE&PUTTY,DÜZ	4 CC.
AG1154	DBM,PASTE&PUTTY,DÜZ	5 CC.

AG1155	DBM,PASTE&PUTTY,DÜZ	6 CC.	
AG1156	DBM,PASTE&PUTTY,DÜZ	7 CC.	
AG1157	DBM,PASTE&PUTTY,DÜZ	8 CC.	
AG1158	DBM,PASTE&PUTTY,DÜZ	9 CC.	
AG1159	DBM,PASTE&PUTTY,DÜZ	10 CC.	
AG1160	DBM,PASTE&PUTTY,DÜZ	11 CC.	
AG1161	DBM,PASTE&PUTTY,DÜZ	12 CC.	
AG1162	DBM,PASTE&PUTTY,DÜZ	13 CC.	
AG1163	DBM,PASTE&PUTTY,DÜZ	14 CC.	
AG1164	DBM,PASTE&PUTTY,DÜZ	15 CC.	
AG1165	DBM,PASTE&PUTTY,DÜZ	16 CC.	
AG1166	DBM,PASTE&PUTTY,DÜZ	17 CC.	
AG1167	DBM,PASTE&PUTTY,DÜZ	18 CC.	
AG1168	DBM,PASTE&PUTTY,DÜZ	19 CC.	
AG1169	DBM,PASTE&PUTTY,DÜZ	20 CC.	
	<b>DBM PUTTY, HAZIR FORM/SONRADAN HAZIRLANAN, GEL,PASTE</b>		
AG1170	DBM PUTTY, HAZIR FORM, GEL,PASTE	0,5 CC.	
AG1171	DBM PUTTY, HAZIR FORM, GEL,PASTE	1 CC.	
AG1172	DBM PUTTY, HAZIR FORM, GEL,PASTE	2-3 CC.	
AG1173	DBM PUTTY, HAZIR FORM, GEL,PASTE	5 CC.	
AG1174	DBM PUTTY, HAZIR FORM, GEL,PASTE	10 CC.	
AG1175	DBM PUTTY, HAZIR FORM, GEL,PASTE	15 CC.	
AG1176	DBM PUTTY, HAZIR FORM, GEL,PASTE	20 CC.	

## TEŞHİS KISALTMALARI LİSTESİ

1)	Tüberküloz	Tbc, TB
2)	Kanser	Ca
3)	Kronik Böbrek Hastalıkları,	KBY
4)	Kronik Renal Yetmezlik	KRY
5)	Organ ve Doku Nakli	Tx (Bu kavram dışında HKHN:Hematopoietik Kök Hücre Nakli kısaltmasının bu listeye eklenmesi ile organ ve doku nakli dışına alınması-91-Türk Hematoloji Derneği)
6)	Myokard Enfarktüsü	MI
7)	Kalp Yetmezliği	KY
8)	Konjestif Kalp Yetmezliği	KKY
9)	İskemik Kalp Hastalığı	İKH
10)	Koroner Arter Hastalığı	KAH
11)	Koroner Arter BypassGraftı	CABG
12)	Mitral Valf Replasmanı	MVR
13)	Aortik Valf Replasmanı	AVR
14)	Hipertansiyon	HT
15)	Hiperlipidemi	HL
16)	Akut Romatizmal Ateş	ARA
17)	Pulmoner Hipertansiyon	Pulm.HT
18)	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıkları	KOAH
19)	Ailevi Akdeniz Ateşi	FMF
20)	Diabetes Mellitus	DM 2
21)	Trombotik Trombositopenik Purpura	TTP
22)	Akut Lenfoblastik Lösemi	ALL
23)	Kronik Lenfositik Lösemi	KLL
24)	Akut Miyeloblastik Lösemi	AML
25)	Kronik Miyelositik Lösemi	KML
26)	Myelodisplazik Sendrom	MDS
27)	Sistemik Lupus Eritematozus	SLE
28)	Derin Ven Trombozu	DVT
29)	Osteoartrit	OA
30)	Poliarteritis Nodosa	PAN
31)	Subakut Sklerozan Panansafalit	SSPE

32)	NonHodgkin Lenfoma	NHL
33)	Multiple Skleroz	MS
34)	Polikistik Over Sendromu	PCOS
35)	Pelvik İnflamatuvar Hastalık	PID veya PEH
36)	Romatoit Artrit	RA
37)	Serebrovasküler Hastalık	SVH, CVH
38)	Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu	ÜSYE
39)	Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu	ASYE
40)	Akut Gastroenterit	AGE
41)	Gastroözafagial Reflü Hastalığı	GÖRH
42)	Peptik Ülser	P.U. , P.ULCUS
43)	Helicobacter Pylory	HP, H.PİLORİ
44)	İnflamatuvar Barsak Hastalığı	İBS
45)	ObsesifKombulsif Bozukluk	OKB
46)	Şizofrenia	SCH
47)	Tinea Pedis	T.PEDİS
48)	İnsan İmmun Yetersizlik Virüsü	HIV, AİDS
49)	Bening Prostat Hiperplazisi	BPH
50)	Üriner Enfeksiyon	Ü.ENF, İYE
51)	İnvitro fertilizasyon	IVF
52)	Akut Otitis Media	AOM
53)	Kronik	K. Kr.
54)	Yumuşak Doku Enfeksiyonu	YDE
55)	Akut	A.

**SİSTEMİK ANTİMİKROBİK VE DİĞER İLAÇLARIN REÇETELEME KURALLARI LİSTESİ**

Tedavi için gerekli görülen antibiyotikler, aşağıda belirtilen esaslara göre reçete edilecektir.

Aşağıdaki Listedeki kısaltma ve ibareler için liste sonunda "AÇIKLAMALAR" bulunmaktadır.

<b>1-BETALAKTAM ANTİBİYOTİKLER</b>		
<b>A) Penisilinler</b>		
1	Amoksisilin	KY
2	Amoksisilin-Klavulanat (Parenteral)	UH-P
2.1	Amoksisilin-Klavulanat (Oral)	KY(600mg/42,9 mg lık formu uzman hekimler tarafından reçetelenir)
3	Ampisilin	KY
4	Ampisilin Sulbaktam (Parenteral)	UH-P
4.1	Ampisilin Sulbaktam (Oral)	KY
5	Azidosilin	KY
6	Bakampisilin	KY
7	Mezlosilin	UH-P, A 72
8	Penisilin (Prokain, Benzatin, Kristalize, Pen V, Fenoksümetil)	KY
9	Piperasilin	UH-P, A 72
10	Piperasilin-Tazobaktam	EHU
11	Tikarsilin Klavulanat	EHU
12	Karbenisilin	UH-P, A 72
13	Sulbaktam	EHU
<b>B) Sefalosporinler</b>		
1. Kuşak Sefalosporinler		
1	Sefadroksil	KY
2	Sefaleksim	KY
3	Sefazolin	KY
4	Sefradin	KY
5	Sefalotin	KY
2. Kuşak Sefalosporinler		
1	Sefaklor	KY
2	Sefoksitin	UH-P
3	Sefprozil	KY
4	Sefuroksim (Parenteral)	UH-P
5	Sefuroksim Aksetil	KY
6	Lorakarbef	KY
3. Kuşak Sefalosporinler		
1	Sefiksım	UH-P
2	Sefodizim	UH-P
3	Sefoperazon	UH-P, A 72
4	Sefoperazon-Sulbaktam	EHU
5	Sefotaksim	UH-P, A 72
6	Seftazidim	UH-P, A 72
7	Seftizoksım	UH-P, A 72
8	Seftriakson	UH-P, A 72 APAT'TA KY (Bakınız 6/a)
9	Sefditoren	UH-P
10	Sefdinir	UH-P(600 mg lık formu günlük maksimum kullanım dozu 1 x 1)
10.1	Sefdinir- Klavulanat (Oral)	UH-P
11	Sefpodoksım Proksetil	UH-P
11.1	Sefpodoksım Proksetil- Klavulanat (Oral)	UH-P
12	Seftibuten	UH-P
4. Kuşak Sefalosporinler		
1	Sefepim	EHU
<b>C) Diğer Betalaktam Antibiyotikler</b>		
Monobaktamlar		
1	Aztreonam	UH-P, A 72
Karbapenemler		

1	İmipenem	EHU
2	Meropenem	EHU
3	Ertapenem	EHU (1x1 dozda)
4	Doripenem	EHU

## 2-MAKROLİD VE LİNKOZAMİD GRUBU ANTİBİYOTİKLER

### A) Makrolidler

1	Azitromisin	KY
2	Diritromisin	KY
3	Eritromisin	KY
4	Klaritromisin Oral	KY
5	Klaritromisin MR	KY
6	Klaritromisin Paraneteral	UH-P
7	Roksitromisin	KY
8	Spiramisin	KY
9	Treoleandomisin	KY
10	Telitromisin	K-AB(Pnömonide KY, diğer endikasyonlarında, siprofloksasin, ofloksasin ve co-trimoksazole dirençli olduğunu gösteren kültür sonucuna göre kullanılır)

### B) Linkozamidler

1	Klindamisin	KY
2	Linkomisin	KY
3	Doksisiklin	KY

### C) Tetrasiklinler

1	Tetrasiklin	KY
2	Tetrasiklin – Nistatin	KY
3	Oksitetrasiklin	KY
4	Tigecycline	EHU

## 3- AMFENİKOLLER

1	Kloramfenikol	KY
2	Tiamfenikol	KY

## 4-AMİNOGLİKOZİD GRUBU ANTİBİYOTİKLER

1	Amikasin	UH-P
2	Gentamisin	KY
3	İsepamisin	EHU
4	Kanamisin ve Türevleri	KY
5	Neomisin ve Kombinasyonları	KY
6	Netilmisin	UH-P
7	Streptomisin	KY
8	Tobramisin Parenteral	UH-P

## 5-KİNOLON GRUBU ANTİBİYOTİKLER

1	Siprofloksasin Oral	KY
2	Siprofloksasin Parenteral	UH-P, A 72
3	Enoksasin	KY
4	Levofloksasin Oral	K-AB(Pnömonide KY, diğer endikasyonlarında, siprofloksasin, ofloksasin ve co-trimoksazole dirençli olduğunu gösteren kültür sonucuna göre kullanılır)
5	Levofloksasin Parenteral	UH-P, A 72
6	Norfloksasin	KY
7	Ofloksasin Oral	KY
8	Ofloksasin Parenteral	UH-P, A 72
9	Pefloksasin Oral	KY
10	Pefloksasin Parenteral	KY
11	Moxifloksasin Oral	K-AB(Pnömonide KY, diğer endikasyonlarında, siprofloksasin, ofloksasin ve co-trimoksazole dirençli olduğunu gösteren kültür sonucuna göre kullanılır)
12	Moxifloksasin Parenteral	UH-P, A 72
13	Moksifloksasin oftalmik formları	Göz hastalıkları uzman hekimi tarafından reçete edilir.
14	Lomefloksasin	KY
15	Gatifloksasin oftalmik formları	Göz hastalıkları uzman hekimi tarafından reçete edilir.



16	Gemifloksasin oral	K-AB(Pnömonide KY, diğer endikasyonlarında, siprofloksasin, ofloksasin ve co-trimoksazole dirençli olduğunu gösteren kültür sonucuna göre kullanılır)
<b>6- ANTİSTAFİLOKOKAL ANTİBİYOTİKLER</b>		
<b>A) Antistafilokokal Penisilinler</b>		
1	Flukloksasilin	KY
2	Nafsilin	UH-P
<b>B) Glikopeptid Antibiyotikler</b>		
1	Vankomisin	EHU**
2	Teikoplanin	EHU APAT'TA KY (Bakınız 6/b)
3	Basitrasin	KY
4	Polimiksin B	KY
5	Kolistin ve Türevleri	KY
5.1	Kolistimetat	EHU(Çoklu ilaç direnci gösteren gram negatif bakteri enfeksiyonlarında kültür antibiyogram sonucu ile kullanılır. (Kistik fibrozis (KF) hastalarında Pseudomonas aeruginosa'ya bağlı kronik akciğer enfeksiyonunda EK-4/F madde 27 ye göre)
<b>C) Diğer Antistafilokokal Antibiyotikler</b>		
1	Fusidik Asit ve Tuzları	KY
2	Sodyum fucidat enjektabl formu	EHU
3	Mupirosin	KY
4	Linezolid	EHU
5	Daptomisin	<b>Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı</b> (Erişkinlerde metisiline duyarlı ve dirençli S. aureus izolatlarının neden olduğu sağ taraf infektif endokarditi, bakteremiler ve komplike cilt yumuşak doku enfeksiyonlarının tedavisinde kullanılır.)
<b>7- ANSAMİSİNLER</b>		
1	Rifabutin	UH-P
2	Rifamisin	KY
3	Rifampisin	KY
<b>8- SULFONAMİD ANTİBİYOTİKLER VE TRİMETOPRİM KOMBİNASYONLARI</b>		
1	Sulfisozazole	KY
2	Sulfadiazin	KY
3	Sulfametoksipridazin	KY
4	Sulfametoksazol	KY
5	Trimetoprim	KY
6	Trimetoprim Sulfametoksazol	KY
<b>9-ANTİANAEROBİK ETKİLİ ANTİBİYOTİKLER</b>		
1	Metronidazol Parenteral	KY
2	Metronidazol (üre kombinasyonları dahil)	KY
3	Orridazol	KY
4	Seknidazol	KY
5	Tinidazol	KY
<b>10-ANTİFUNGAL ANTİBİYOTİKLER</b>		
1	Amfoterisin B (Klasik)	UH-P, A 72
2	Kaspofungin	Madde 4.2.23 esaslarına göre
3	Flukonazol Parenteral	UH-P, A 72
4	Flukonazol Oral ve Diğer Formları	KY
5	Itrakonazol oral (solüsyon hariç)	UH-P
6	Itrakonazol infüzyon ve solüsyon	Madde 4.2.23 esaslarına göre
7	Ketokonazol	KY
8	Lipid Kompleks Amfoterisin B	Madde 4.2.23 esaslarına göre
9	Lipozomal veya Kolloidal Dispersiyon Amfoterisin B	Madde 4.2.23 esaslarına göre
10	Terbinafin	KY
11	Griseofulvin	KY
12	Varicanazole	Madde 4.2.23 esaslarına göre
13	Sertakonazole	KY
14	Nistatin (Tetrasiklinle kombine şekli dahil)	KY
15	Natamisin (Pimarisin)	KY
16	Mikonazol	KY
17	Oksikonazol	KY

18	İzokonazol	KY
19	Anidulafungin	Madde 4.2.23 esaslarına göre
20	Posakonazol	Madde 4.2.23 esaslarına göre
<b>11-ANTİVİRAL İLAÇLAR</b>		
<b>A) HIV/AIDS Tedavisinde Kullanılan Spesifik İlaçlar</b>		
1	Abacavir	EHU
2	Stavudin	EHU
3	Zalsitabin	EHU
4	İndinavir	EHU
5	Lamivudin 150mg (Zidovudin kombinasyonları dahil)	EHU
6	Nevirapin	EHU
7	Ritonavir (Lopinavir kombinasyonları dahil)	EHU
8	Zidovudin (Lamivudin kombinasyonları dahil)	EHU
9	Tenofovir disoproksil fumarat + emtrisitabin	EHU Prospektüs endikasyonunda, 18 yaşın üzerindeki hastalarda diğer antiretroviral ilaçlarla kombinasyon halinde kullanılır. (Tenofovir disoproksil fumarat, emtrisitabin veya lamivudin içeren diğer ilaçlarla birlikte kullanılmamak üzere)
10	Tenofovir disoproksil	Kronik Hepatit B’de Madde 4.2.13 esaslarına göre, HIV de EHU koşulu
11	Fosamprenavir	EHU
12	Darunavir	EHU; Prospektüs endikasyonunda, düşük doz ritonavir ve diğer antiretroviral ilaçlarla kombinasyon halinde kullanılır.
13	Etravirin	Daha önce antiretroviral tedavi görmüş ancak direnç (virolojik yansızlık [viral yük >50 kopya /ml] ve/veya uygun direnç testleriyle belirlenmiş) gelişmiş erişkin hastalarda; enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerince düzenlenen uzman hekim raporuna istinaden bu hekimlerce veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.
<b>B) Diğer Antiviraller</b>		
1	Asiklovir Oral	KY
1.1	Asiklovir Parenteral	EHU
2	Famsiklovir	UH-P
3	Gansiklovir	EHU
4	Valasiklovir	UH-P(Herpesabialis endikasyonunda ise; UHP koşulu ile en küçük doz ve en küçük ambalaj formu ödenir.)
5	Lamivudin 100 mg	Madde 4.2.13 esaslarına göre
6	Ribavirin	Madde 4.2.13 esaslarına göre
7	Telbivudin	Madde 4.2.13 esaslarına göre
8	Didanozin	EHU
9	Elavirenz	EHU
10	Adefovir	Madde 4.2.13 esaslarına göre
11	Entakavir	Madde 4.2.13 esaslarına göre
12	Zanamivir	UH-P
13	Oseltamivir	UH-P
14	Brivudine Oral	UH-P
15	Valgansiklovir	EHU
16	Talepravir	Madde 4.2.13 esaslarına göre
<b>12-ANTİTÜBERKÜLOZ İLAÇLAR *</b>		
1	Etionamid	UH-P
2	Sikloserin	UH-P
3	Tiasetazon	UH-P
4	Morfozinamid	KY
5	Protionamid	UH-P
6	Rifabutın	UH-P
7	Rifampisin	KY
8	Streptomisin	KY

\* Tedavi başlangıcında UD veya Verem Savaş Dispanserlerinde yazılması durumunda ve idamesinde KY

**13- DİĞERLERİ**

1	Morfin, Petidin	<b>UH-P</b>
2	Glukagon	<b>UH-P</b>
3	Alfuzosin, Tamsulosin, Terazosin, Serenoa repens standardize lipofilik ekstre, Doksazosin, Silodosin (Benign prostat hiperplazisi endikasyonunda)	<b>UH-P</b>
4	Finasterid, dutasterid	Üroloji uzman hekimince veya bu uzman hekimin düzenlediği 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.
5	Metil Fenidat HCl	Hiperaktivite ve dikkat eksikliği tedavisinde, yalnızca 25 yaş altında ve psikiyatri uzmanlarınca reçete edilebilir.
6	Pantoprazol	20 mg. formlarının H. pylori endikasyonunda kullanılmaması ve diğer endikasyonlarında günde en fazla 2x1 dozda kullanılması
7	Bizmut subsalisilat	<b>KY</b> (Seyahat diyaresi endikasyonunda ödenmez)
8	Allantoin+ heparin+extractum cepae içeren kombine preparatlar	Plastik cerrahi veya çocuk cerrahisi uzman hekimlerince reçetelenir.
9	Lizürid Maleat	<b>UH-P</b>
10	Sadece üre içeren preparatlar	Cilt hastalıkları uzmanı (Sadece ihtiyozis veya kseroderma veya kserosis kutis endikasyonlarında ödenir)
11	Doksofilin (kombinasyonları dahil)	Göğüs hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.
12	8- Metoksiporsalen	<b>UH-P</b>
13	Modafinil	<b>UH-P</b>
14	Ranitidin Bizmut Sitrata	<b>UH-P</b>
15	Naferalin Asetat	<b>UH-P</b>
16	Asetilsistein	<b>KY</b> (600 mg'ın üzerindeki dozları uzman hekimlerince reçetelenir)
17	Eritromisin+Isotretinoin / Eritromisin+Tretionin / Eritromisin+ Benzilperoksit (Topik formları dahil)/Klindamisin+Benzilperoksit	Sadece Cilt Hastalıkları Uzman Hekimlerince
18	Multivitamin Pronatal	Sadece gebelikte
19	H. Pylori eradikasyon tedavi paketi	Yılda 14 günlük tedaviyi geçmeyecek şekilde iç hastalıkları ve genel cerrahi uzman hekimlerince reçetelenir.(Levofloksasin etken maddesini içeren tedavi paketlerinde ayrıca antibiyogramla klaritromisin ve metronidazole direnç varlığını gösterir antibiyogram sonuç belgesinin tarih ve sonucunun e-reçete/e-raporda belirtilmesi koşulu ile).
20	Siklopentolat HCL, Tropicamid, Fenilefrin HCL içeren göz damlaları	Göz hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir. (Sağlık Bakanlığınca belirlenen diğer kurallara uyulacaktır.)
21	Albendazol	400 Mg hk formlarının büyük ambalajları yalnızca "Kisthidatik ve nöstisizarkosis hastalığı" endikasyonlarında ödenir.
22	Rifaksimim (Yalnızca intestinal aşırı çoğalma sendromu, hepatik ensefalopati, kolonun semptomatik komplike olmayan divertikül hastalığı, kronik bağırsak inflamasyonu gibi rifaksimine duyarlı bakteriler tarafından desteklenen GI hastalıkların tedavisi ve kolorektal cerrahide efektif komplikasyonların profilaksisi endikasyonlarında)	<b>UH-P</b>

**NOT:** Antibiyotiklerin topik formları bu hükümler dışındadır.

## AKÇIKLAMALAR

1. **KY** :Kısıtlama olmayan antibiyotikler.
2. **UH-P** : Ayaktan tedavide uzman hekimlerce veya uzman hekim raporuna bağı olarak pratisyen hekimler dahil tüm hekimlerce, yatarak tedavide ise tüm hekimlerce reçete edilebilir.
3. **EHU\*** : Böbrek yetmezliğı, kanser, HIV/AIDS enfeksiyonu, splenektomi olanlar ve immünsupresif tedavi alanlara bu hastalıklar kurul raporunda belirtilmek kaydıyla.

**EHU\*\***: Bu antibiyotikler, enfeksiyon hastalıkları uzmanının (EHU) yazabileceğı, EHU'nun olmadığı yerlerde iç hastalıkları uzmanının veya göğüs hastalıkları uzmanının; çocuk hastalarda, çocuk enfeksiyon hastalıkları uzmanının olmadığı yerlerde çocuk hastalıkları uzmanının yazabileceğı antibiyotikler.

4. **EHU (ENFEKSİYON HASTALIKLARI UZMANI)**: Bu antibiyotikler, enfeksiyon hastalıkları uzmanının (EHU) yazabileceğı, EHU'nun olmadığı yerlerde İç Hastalıkları Uzmanının yazabileceğı, Çocuk hastalarda, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı olmadığı yerlerde Çocuk Hastalıkları Uzmanının yazabileceğı antibiyotikler.

Acil durumlarda, (endikasyonları dahilinde kullanılmak kaydıyla) iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzmanları tedaviye başlayabilir, ancak takip eden ilk iş günü, bu uzmanlar tarafından yazılan reçetenin EHU tarafından onaylanması zorunludur.

Hastane enfeksiyon komitesinin belirlediğı kurallar ve/veya protokollere uygun olarak enfeksiyon hastalıkları uzmanı aranmaksızın hastayı tedavi etmekte olan uzman hekim tarafından da yazılabilecektir.

5. **A-72**: Reçete edilme için EHU onayı gerekmeyen, ancak, aynı ilaç 72 saatten daha uzun süre kullanılacak ise (en geç ilk 72 saat içinde ) EHU'nun onayının alınması gereken antibiyotikler.

Bu antibiyotikler için enfeksiyon hastalıkları uzmanının olmadığı hastanelerde pnömoni, bronşektazi, KOAH akut alevlenme ve invaziv pulmoner aspergillozis endikasyonları ile ilgili olarak göğüs hastalıkları veya iç hastalıkları veya çocuk hastalıkları uzman hekimlerinin onayı; bu endikasyonlar dışında kalan endikasyonlar için ise enfeksiyon hastalıkları uzmanı olmayan hastanelerde iç hastalıkları veya çocuk hastalıkları uzmanının onayı yeterlidir

### 6. **APAT: "AYAKTAN PARENTERAL ANTİBİYOTİK TEDAVİSİ"**

Bu uygulama, hastanın ayaktan parenteral antibiyotik tedavisinin uygun olduğunu gösteren "APAT" ibaresinin reçetede belirtilmesi ile işleme alınır.

A-72 kapsamındaki ilaçlardan biri kullanıldıktan sonra diğerleri EHU olmaksızın peş peşe kullanılmaz.

### APAT uygulamasına aşağıdaki durumlar girer:

a. **Akut Bakteriyel menenjitte tek doz Seftriakson 2 gr. KY.** Hasta, LP'nin yapılabileceğı merkeze ortalama 4 saatten daha uzak ise 2 gram seftriakson yapılabilir.

b. Hastanın enfeksiyonunun APAT'a uygun olduğunu belgeleyen EHU' nun da içinde bulunduğu bir sağık kurulu raporu ile KY

### 7. **Cerrahi proflekside kullanılmayacak antibiyotikler:**

- 1-A) PENİSİLİNLER 9-12,
- 1-B) SEFALOSPORİNLER 3. Kuşak Sefalosporinler 1,2,
- 2-A) MAKROLİDLER 1-9,
- 4-AMİNOGLİKOZİD GRUBU ANTİBİYOTİKLER 1-8,
- 5-KİNOLON GRUBU ANTİBİYOTİKLER 1,2,11,12,
- 6-B) GLİKOPEPTİD ANTİBİYOTİKLER 1,2

(Bu antibiyotikler cerrahi profleksi amacıyla ancak "Açıklama 5" şartları dahilinde kullanılabilir)

8. **K-AB ( Kültür - Antibiyogram )**:Bu antibiyotikler ayaktan hastalara kullanıldığında kültür antibiyogram sonucu reçeteye eklenerek mikroorganizma duyarlılığının gösterilmesi gerekir.

**NOT**: Bu liste, ilaçların etken maddeleri dikkate alınarak düzenlenmiş olmakla birlikte Kurum resmi internet sitesinde yayımlanan "Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi" nde yer almayan herhangi bir ilacın ödenmesi mümkün değildir.

## AYAKTA TEDAVİDE SAĞLIK RAPORU (Uzman Hekim Raporu/Sağlık Kurulu Raporu) İLE VERİLEBİLECEK İLAÇLAR LİSTESİ

1. İmmünsupresifler (Topikal formları dahil)
2. Betanekol
3. Calcitriol, calcitonin, alfa calcidol
4. Corynebacterium parvum
5. Danazol
6. Desmopressin (Prospektüs endikasyonlarından yalnızca primer enurezis nokturna tedavisinde ve santral diabetes insipidus tedavisinde ödenir. Primer enurezis nokturna endikasyonunda uzman hekimlerce raporsuz da reçete edilebilir.)
7. Donepezil HCl, Galantamine, Memantine, Rivastigmin, Riluzol (Nöroloji, geriatri, psikiyatri uzmanhekimlerince raporsuz, bu hekimlerce düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce)
8. Edrofonyum
9. Fentanyl Transdermal TTS, Fentanyl sitratın oral ve pastil formları
10. Gonadotropinler (FSH, LH, HCG kombinasyonları) ve Gonadotropinleri etkileyen ilaçlar (Ganireliks, Setroreliks) (IVF, IUI, OI tedavilerinde 4.2.42 maddesi esasları geçerlidir.) (Çocuk cerrahisi uzmanı hekimlerince de reçete edilebilir)
11. Palonosetron HCL (her kür için bir flakon), Granisetron, Ondansetron, Tropisetron
12. Her türlü immün serum, hiperimmün gammaglobinler (Hepatit B, kuduz ve tetanoz immün serumları hariç)
13. Her türlü enteral ve parenteral beslenme ürünleri (SUT'un 4.2.8 numaralı maddesinde yer alan esaslara göre)
14. Koloni stimüle eden faktörler (Granülosit, Makrofaj, Filgrastim, Lenograstim) (Lenograstim, günde 4 Flakona kadar kullanımı ancak "periferik kan progenitor hücrelerinin mobilizasyonu" endikasyonunda )
15. Kontraseptifler (Prospektüsünde yer alan kontrasepsiyon dışındaki tedavi endikasyonlarında ödenir.)
16. Atomoksetine: (6 yaş ve üstü çocuklarda, çocuk psikiyatri uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak çocuk psikiyatri uzman hekimini veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince.)
17. Parenteral asiklovir
18. Parenteral zidovudin
19. Periton ve hemodiyaliz solüsyonları
20. Siproteron acetate (Düşük doz kombine preparatlar hariç)
21. Somatostatin ve analogları (yalnızca intestinal ve pankreatik fistüllerin tedavisi ve gastrointestinal sistemde görülen endokrin tümörlerin aşırı sekresyonlarının semptomatik tedavisi endikasyonlarında ödenir.)
22. Mesalazin
23. Vazopressin
24. Aprepitant (Yüksek doz sisplatin (50 mg/m<sup>2</sup> ve üzeri), kemoterapi rejimleri ile gelişen ya da kök hücre destekli yüksek doz kemoterapi uygulamaları sonrası gelişen emezisin önlenmesinde veya antrasiklin (doksorubisin veya epirubisin) ve siklofosamid kombinasyon kemoterapisinin başlangıcı ve tekrar kürleri ile ilişkili bulantı veya kusmanın önlenmesinde, bu durumların belirtildiği sağlık kurulu raporuna dayanılarak ödenir.)
25. Imiguleraz, (SUT'un 4.2.10 numaralı maddesinde yer alan esaslara göre)
26. L-Ornithin- L- Aspartat oral formları (İç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları veya gastroenteroloji uzman hekimleri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak bu hekimlerce)
27. Tobramisin İnhaler ve Kolistimetat (Kistik fibrozis hastalarında pseudomonas aeruginosa'ya bağlı kronik akciğer enfeksiyonunda ödenir. İlk defa ilaç kullanacak hastalarda; son 6 ay içerisinde en az birer aylık aralar ile alınan en az 3 solunum yolu kültüründe (balgam veya bronkoalveolar lavaj) p.aeruginosa pozitif kültür sonuçları ve tarihleri Üniversite veya eğitim ve araştırma hastanelerinde göğüs hastalıkları uzmanı veya enfeksiyon ve hastalıkları uzmanlarından düzenlenecek 1 yıl süreli sağlık kurulu raporunda belirtilir. Raporun yenilenmesi durumunda devam tedavisi olduğu, yeni pozitif kültürün tarihi ve sonucu belirtilir. Sağlık raporuna dayanılarak bu hekimlerce en fazla 1 kutu reçetelenir. Sonraki her reçete için yeni pozitif kültür tarihi ve sonucu reçete veya raporda belirtilir.)
28. Suni gözyaşı; (Göz hastalıkları uzman hekimlerince raporsuz, bu hekimlerce düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce)
29. Kortikosteroidli tek doz göz damlaları (Göz hastalıkları uzman hekimlerince raporsuz, bu hekimlerce düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce)
30. Oksimetolon (İç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince raporsuz, bu hekimlerce düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce)
31. Disülfrimam, naltrekson hidroklorür, akamprosat kalsiyum (Psikiyatri uzman hekimlerince raporsuz, bu hekimlerce düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce)
32. Kenodoksikolik asit (İç hastalıkları veya genel cerrahi uzman hekimlerince raporsuz, bu hekimlerce düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce)
33. Deferoksamin metansülfonat (İç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince raporsuz, bu hekimlerce düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce)
34. Amifostin (Kemoterapi ve radyoterapide)
35. Deferipron (Hematoloji uzmanının düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce)

36. Kollajen (Yalnızca dekübitus yaralarına; [bası yaralarının (Grade I-2) tedavisinde(aynı yara için en çok bir kez 3 hafta süre ile) ve cerrahi yapılamayacak durumda olan hastalarda (ileri derecede kronik rahatsızlığı olan hastalar ve anestezi açışında risk grubu olarak ASA 3 ve üzerinde olan hastalar)] genel cerrahi, plastik cerrahi, cildiye ve ortopedi uzmanlarından en az ikisinin bulunduğu 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu hekimlerce birer aylık dozda reçetelenir.
37. İprostat trometamol (İntravenöz formları), Alprostadil 20 mcg/ml; 3. basamak sağlık tesislerinde tanıyı doğrulayan resmi kurumca onaylanmış görüntüleme tetkik sonuçlarının belirtildiği; kardiyoloji, kardiyovasküler cerrahi, göğüs hastalıkları, pediyatrik kardiyoloji ve romatoloji uzman hekimlerinden birinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak yalnızca bu uzman hekimlerce (Sistemik skleroz endikasyonunda SUT un 4.2.43 numaralı maddesine göre)
38. Domaz alfa (Yalnızca kistik fibrozisli hastalarda 3. basamak sağlık hizmeti sunucularınca düzenlenen sağlık kurulu raporuna dayanılarak tüm hekimlerce)
39. Risperidon ve paliperidonun parenteral formları (Psikiyatri uzman hekiminin bulunduğu sağlık kurulu raporuna dayanılarak yalnızca psikiyatri uzman hekimlerince)
40. Testosteron (Üroloji, endokrin, çocuk cerrahi uzman hekimlerince raporsuz, bu hekimlerce düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce)
41. Ursodeoksikolik asit (İç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, pediyatrik cerrahi, genel cerrahi uzman hekimlerince raporsuz, bu hekimlerce düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce )
42. Tauroursodeoksikolik asit (İç hastalıkları veya genel cerrahi uzman hekimlerince raporsuz, bu hekimlerce düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce)
43. Tegaserod maleat (Gastroenteroloji veya iç hastalıkları uzman hekimlerince raporsuz bu hekimlerce düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce)
44. Potasyum sitrat (5 mEq - 10 mEq) (Nefroloji veya üroloji uzman hekimlerince raporsuz, bu hekimlerce düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce)
45. Solifenasin, Tolterodine-L, Trospiyum, Darifenasin, Propiverin, Fesoterodin; Oksibutinine yanıt alınamayan ya da tolere edemeyen hastalarda uzman hekimlerce raporsuz, uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce)
46. Hidromorfon hidroklorür
47. Deferasiroks (2 yaş üstü "organ hasarı oluşan ya da organ hasarı riski bulunan hastalarda" bu durumun belirtildiği en az bir hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak, hematoloji, çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince)
48. Pilokarpin HCL oral formları (**Kserostomi tedavisinde**; Radyasyon onkolojisi uzman hekimince düzenlenecek 3 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak, uzman hekimlerce reçetelenir. **Sjögren sendromunda**; Romatoloji, immünooloji, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon uzman hekimlerinden birinin yer aldığı ilacın kullanım dozunun da belirtildiği bir yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimler veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir.)
49. Omalizumab (12 yaş ve üzeri hastalarda ağır persistan allerjik astımlı ve vücut ağırlığı 20-150 kg olan, yüksek doz kortikosteroid ve uzun etkili beta 2 agonist ve/veya lökotrien reseptör antagonisti tedavisine rağmen yanıt alınamayan, ev tozu akarı, kedi köpek tüyü, hamamböceği ve mold sporları gibi en az bir preniale allerjilere duyarlı olduğu gösterilmiş (cilt testleri veya spesifik IgE pozitifliği ile) serum Ig E düzeyinin 30- 700 IU/ml olduğu belirlenen durumlarda, allerji, göğüs hastalıkları ve klinik immünooloji uzman hekimlerinden en az ikisinin yer aldığı 16 hafta süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu hekimlerce reçetelenir. 16 haftanın sonunda tedaviden cevap alınması halinde bu durumun belirtileceği 1 yıl süreli yeni sağlık kurulu raporu düzenlenecek yine bu hekimlerce reçetelenir.)
50. Amantadin Sülfat oral formları (Influenza A ya bağlı salgın olduğu durumlarda profilaktik olarak; 7 yaş altı ve 65 yaş üstü veya risk gruplarında (HIV (+), malignite, DM dahil herhangi bir kronik metabolik hastalığı, kronik renal disfonksiyonu, hemoglobinopatisi veya immün yetmezliği olan veya immünsupresif tedavi alan erişkin ve çocuklar veya 6 ay-18 yaş arasında olan ve uzun süreli asetilsalisilik asit tedavisini alan çocuk ve adölesanlarda, grip aşısının yapılamadığı (kontrendike olduğu durumlar ile erken aşılamanın yapılamadığı durumlar) durumlarda, en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak uzman hekimler tarafından reçetelenir.) (Parkinson endikasyonunda 4.2.36 maddesi esaslarına göre)
51. Anjiyotensin reseptör blokleri (İrbesartan, Kandesartan, Losartan, Telmisartan, Valsartan, Rilmeniden, Moksonidin, Olmesartan, Eprosartan Mesilat, kombinasyonları dahil) (Raporda, ayrıca ilaç/ilaçların kullanım dozu, uygulama planı ve süresinin belirtilmesi zorunluluğu bulunmamaktadır.)
52. Palivizumab (RSV immünglobülini) (SUT 4.2.20. maddesi esaslarına göre)
53. Dabigatran (Elektif kalça ve diz total eklem replasmanlarında derin ven trombozunun profilaksisinde, bu durumun belirtildiği ortopedi uzman hekimlerince düzenlenen rapora dayanılarak; diz için en fazla 10, kalça için en fazla 35 günlük kullanım bedeli ödenir.)
54. Rivaroksaban (Elektif kalça ve diz total eklem replasmanlarında derin ven trombozunun profilaksisinde, bu durumun belirtildiği ortopedi uzman hekimlerince düzenlenen rapora dayanılarak; diz için en fazla 1 kutu, kalça için en fazla 3 kutu kullanım bedeli ödenir.)
55. Ginkgo glikozidleri (65 yaş ve üzeri hastalarda yalnızca alzheimer tipi demans, vasküler demans ve mikrosforundaki demans sendromları endikasyonlarında, nöroloji uzman hekimlerince düzenlenen bir yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce)
56. Dekametazon intravitreal İmplant (Gözün posterior segmentinde kendisini non-infeksiyöz üveit şeklinde gösteren enflamasyonunda 3. basamak sağlık tesislerinde en az üç göz hastalıkları uzmanı tarafından düzenlenen 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak göz hastalıkları uzmanlarına reçetelenir. Her bir göz için yılda maksimum 2 uygulama yapılır.)
57. Gliserol+sorbitol içeren laksatifler (Tetrapleji, himpleji, parapleji ve spinal kord yaralanmalarına bağlı gastrointestinal fonksiyon bozukluğu durumlarında, gastroenteroloji ve nöroloji uzman hekimlerince veya bu hekimlerin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak tüm hekimlerce)

**NOT:** Bu liste, ilaçların etken maddeleri dikkate alınarak düzenlenmiş olmakla birlikte Kurum resmi internet sitesinde yayımlanan "Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi"nde yer almayan herhangi bir ilacın ödenmesi mümkün değildir.

Bu listede yer almamakla birlikte Tebliğin ilgili maddelerinde kullanılan rapor koşullarına bağlı ilaçlar, maddesi doğrultusunda verilecektir.

**SADECE YATAN HASTALARDA KULLANIMI HALİNDE  
BEDELLERİ ÖDENECEK İLAÇLAR LİSTESİ**

1. Active protein-C (SUT'un 4.2.22 maddesi esaslarına göre)
2. Amfoterisin-B formları, İtrakonazol, Kaspofungin, Anidulofungin ve Vorikonazol (bu etken maddelerin parenteral formları) (SUT'un 4.2.23 maddesi esaslarına göre)
3. Antihuman lenfosit globulinler
4. Aztreonam, Vankomisin, İmipenem, Meropenem, Linezolid, Ertapenem, Doripenem, Sulbaktam, Kolistimetat ve Daptomisin (Ek-2/A'ya göre)
5. Sefodizim, Sefoperazon, Sefaperazon-Sulbaktam, Sefotaksim, Sefotazidim, Sefizoksım, Siprofloksasin Parenteral, Levfloksasin Parenteral, Ofloksasin Parenteral, Moksifloksasin Parenteral, Teikoplanin (EHU APATTA KY), Gansiklovir (Kanser Hastalarında, Tüberküloz Hastalarında, Bronşektazi, Pnömonide, Diyaliz tedavisi gören ve Kronik Böbrek Hastalarında, Nefrotik Sendromda, Osteomyelitte, Tromboflebitte, Kistik Fibroziste, Antibiyotik kullanımı gerektiren immün bozukluğu olan hastalarda, Kronik Karaciğer Hastalıklarında ve Diyabetli Hastalarda, bir aydan küçük yenidoğan bebeklerdeki enfeksiyonlarda, orbital selülitte; yatarak tedavide başlanan antibiyotik hastaneden çıkışta devamı gerektiğinde bu ilaçların antibiyotik tablosunda belirtilen şartlarda ayakta verilebilecektir.)
6. İrrigasyon solüsyonları
7. Amiodarone Ampul
8. Dopamin
9. Dobutamin
10. Droperidol ve Midazolam (Klinik şartlarda yapılacak tetkik ve müdahaleler için gerekli görüldüğü takdirde ayakta tedavide de verilebilir.)
11. Fenitoinler (Ampul formları)
12. Human Albumin (SUT'un 4.2.27 maddesi esaslarına göre)
13. İnterlökinler
14. İntravenöz inhalasyon anesteziikleri (Kanser hastalarında rapora dayanılarak ayakta verilir.)
15. Karbokol
16. Levosimendan (SUT'un 4.2.26 maddesi esaslarına göre)
17. Muromonap-CD3
18. Nitroglicerinin paranteral
19. Nitroprussit
20. Nöromusküler kavşak bloke edici ilaçlar
21. Paranteral antifungal
22. Paranteral beta-blokerler
23. Paranteral peptik ülser ilaçlarından proton pompa inhibitörleri
24. Servikal prostaglandinler
25. Sulfaktanlar
26. Streptopal
27. Streptokinaz, ürokinaz, trofiban, plazminojen aktivatörleri (Kardiyoloji, kalp damar cerrahisi, iç hastalıkları, nöroloji, göğüs hastalıkları ve acil tıp uzmanları tarafından reçete edilebilir.)
28. Tedavide Kullanılan Anestezik Antidotlar (Flumazenil, Opioid Antagonistler)
29. Traneksamik asit parenteral formları (Hemofili hastasında ayakta tedavide de ödenir.)
30. Gözde kullanılan viskoelastikler
31. Terlipresin
32. Dekstemedetomidin
33. Aprotinin
34. Fondaparinux (Ortopedi, kardiyoloji, iç hastalıkları ve acil tıp uzmanları tarafından reçete edilebilir.)
35. Faktör VIIa (SUT'un 4.2.27 maddesi esaslarına göre)
36. Rasburicase (SUT'un 4.2.4 maddesi esaslarına göre)
37. İntravenöz parasetamol
38. Fibrinojen ve kombinasyonları
39. L-Omitihin- L-Aspartat parenteral formları (İç hastalıkları, pediatri uzmanları, gastroenteroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilir.)
40. İntravenöz Anti Rh Preparatları (Ayakta tedavide; SUT'un 4.2.27-B maddesi esaslarına göre)
41. Hemofiltrasyon ürünleri (Yoğun bakımda akut böbrek yetmezliğinde)
42. Ziposidon ampul (SUT'un 4.2.2 maddesi esaslarına göre)
43. Gatifloksasin oftalmik formları, (Ek-2/A Madde 5.15'e göre)
44. Sodyum fucidat enjektabl formu, (Ek-2/A Madde 6.C.2'ye göre)
45. Floxuridin (SUT'un 4.2.14 maddesi esaslarına göre)
46. Tigeceycline (Ek-2/A Madde 2.C.4'e göre)
47. Sugammadex sodyum (Entübasyon güçlüğü yaşanan hastalarda, vertebral cerrahi hastalarında "wake-up" gerektiren durumlarda, Neostigmin kullanımının kontrendike olduğu durumlarda)

48. Amantadin Sülfat İV Formları
49. Hastane ambalajı olan lokal anesteziçiler
50. Adenozin 10mg/2 ml: Yalnızca; Paroksizmal Supraventriküler Taşikardi tanısı konulmuş; WPW (Wolf Parkinson White) sendromlu veya hipotansif seyri olan veya gebe veya çocuk hastalarda; kardiyoloji veya acil hekimlerinde bu durumun reçete veya tabelada belirtilmesi koşulu ile kullanılabilir.
- 50.1 Adenozin 50 mg/10 ml: Yalnızca; preeksitasyondaki aksesuar yolların belirlenmesi ve lokalize edilmesi için AV bloğun induksiyonunda ve diğer farmakolojik stres ajanlarının uygulanmadığı olgularda, miyokardiyal radyoizotop taraması (talyum yada teknesyum) yada ekokardiyografi ile birlikte kalp iskemisinin farmakolojik olarak provokasyonunda bu durumun tabelada belirtilmesi koşuluyla; test başına en fazla 2 flakon kullanılabilir.
- 50.2 Adenozin 250 mg/50 ml: Yalnızca diğer farmakolojik stres ajanlarının uygulanmadığı olgularda, miyokardiyal radyoizotop taraması (talyum yada teknesyum) yada ekokardiyografi ile birlikte kalp iskemisinin farmakolojik olarak provokasyonunda bu durumun tabelada belirtilmesi koşuluyla; test başına en fazla 1 flakon kullanılabilir.
51. C1-esteraz inhibitörü; yalnızca akut tedavide, üniversite veya eğitim araştırma hastanelerinde düzenlenecek, en az bir immunoloji ve alerji hastalıkları uzmanının yer aldığı 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak, tüm uzman hekimlerce reçetelenir. Raporunda; C1 inhibitör düzeyinin düşük olduğu (değer olarak) veya C1 inhibitör düzeyinin normal/yüksek olduğu durumlarda ise inhibitör fonksiyonunun düşük olduğu (değer olarak) belirtilir. (Hasta adına düzenlenecek her reçete/tabelada akut tedavi olduğu belirtilecektir.
52. Kombine koagülasyon faktörü/Protrombin kompleksi konsantreleri (4.2.27 maddesi esaslarına göre, yalnızca kazanılmış koagülasyon bozuklukları ve kazanılmış hemofililerde)
53. Alprostadil 500 mcg/ml (Uzman hekimlerce)

**NOT:** Bu liste, ilaçların etken maddeleri dikkate alınarak düzenlenmiş olmakla birlikte Kurum resmi internet sitesinde yayımlanan "Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi" nde yer almayan herhangi bir ilacın ödenmesi mümkün değildir.