1 Şubat 2019 CUMA **Resmî Gazete** Sayı : 30673

Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığından:

**SOSYAL GÜVENLİK KURUMU SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİNDE**

**DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR TEBLİĞ**

**MADDE 1-** 24/3/2013 tarihli ve 28597 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği’nin 2.2 numaralı maddesine aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

“(22) SUT eki EK-2/C-1 Listesinde yer alan işlemlerin SUT eki EK-2/A-1 Listesinde U kodu ile yer alan üniversite hastanelerince yapılması halinde işlem puanlarına Listede belirtilen oranlar ilave edilerek faturalandırılır. Bu Listede yer alan işlemlerin SUT eki EK-2/A-1 Listesinde U kodu ile yer alan üniversite hastanelerince yapılması halinde “2.2.2.B- Tanıya dayalı işlem üzerinden ödeme yöntemi” başlıklı maddenin beşinci fıkrasında yer alan hüküm uygulanmaz.”

**MADDE 2-** Aynı Tebliğin 2.2.2.B numaralı maddesinin yedinci fıkrası yürürlükten kaldırılmıştır.

**MADDE 3-** Aynı Tebliğin 2.4.1 numaralı maddesinin dördüncü fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(4) Ortodontik diş tedavileri;

a) 18 yaşını doldurmuş kişilerin ortodontik diş tedavilerine ilişkin giderler Kurumca ödenmez. Ancak 18 yaşını doldurmuş kişinin ortodontik diş tedavisi 18 yaşından önce başlamış ve devam ediyor olması halinde Kurumumuzca karşılanır. Ayrıca 5510 sayılı Kanunun genel sağlık sigortasına ilişkin hükümlerinin yürürlük tarihi öncesinde başlamış ve devam ediyor ise söz konusu tedavi bedelleri karşılanır.

b) Süt ve karma dişlenme dönemindeki dental ve iskeletsel malokluzyonu düzeltmek için yapılan ortodontik uygulamalar SUT eki EK-2/Ç Listesindeki “7.1 Tanıya dayalı ortodontik tedavi işlemleri” bölümünde yer alan “P407321 Erken Ortodontik Tedavi Başlangıç Aşaması”, “P407322 Erken Ortodontik Tedavi Bitiş Aşaması” işlemi üzerinden Kurumca karşılanır. Bu işlem kodlarına koruyucu/önleyici veya büyümeyi yönlendirici ağız içi ve ağız dışı aygıt ile yapılan her türlü ortodontik uygulamalar, model yapımı-analizi, fotoğraflar-analizleri, tüm görüntüleme yöntemleri-analizleri ve diğer teşhis yöntemleri dahildir. Erken ortodontik tedavi kodları 6-14 yaş arasında tedavilerin tamamlandığının gösterilmesi ve belgelenmesi halinde ve ortodonti uzmanı/doktoralı hekimleri tarafından yapıldığı takdirde Kurumumuzca karşılanır. Erken ortodontik tedavi başlangıç aşaması; hastanın hareketli apareylerle ortodontik tedavi planlamasının yapılarak tedavi mekaniklerinin uygulanmaya başlanmasıdır. Erken ortodontik tedavi bitiş aşaması; uygulanan mekanikler sonrasında tedavinin tamamlanmasıdır. Erken ortodontik tedavi başlangıç aşaması ve erken ortodontik tedavi bitiş aşaması arasında en az 3 ay bulunması gerekir.

c) Sınıf I, II, III ve ortognatik cerrahide uygulanan sabit ortodontik tedaviler; SUT eki EK-2/Ç Listesindeki “7.1 Tanıya dayalı ortodontik tedavi işlemleri” bölümünde yer alan işlem kodları üzerinden ve tedavilerin tamamlandığının gösterilmesi ve belgelenmesi halinde, ortodonti uzmanı/doktoralı hekimleri tarafından yapıldığı takdirde Kurumca karşılanır. Bu işlem kodlarına sabit fonksiyonel, kamuflaj tedavileri ile sabit open-bite, sabit deep-bite ve sabit ortodontik tedavi ile birlikte uygulanan ağız dışı aygıt uygulaması, sabit expansiyon tedavileri gibi her türlü sabit ortodontik tedaviler ve pekiştirme tedavisi, model yapımı-analizi, fotoğraflar-analizleri, tüm görüntüleme yöntemleri-analizleri ve diğer teşhis yöntemleri dahildir. Sınıf I, Sınıf II, Sınıf III ortodontik tedavilerin ve ortognatik cerrahide ortodontik tedavinin başlangıç aşamaları; hastanın sabit ortodontik tedavi planlamasının yapılarak, tedaviye ve tedavi mekaniklerinin uygulanmaya başlandığı aşamadır. Sınıf I, Sınıf II, Sınıf III ortodontik tedavilerin ve ortognatik cerrahide ortodontik tedavinin tedavi aşamaları; ortodontik tedavide uygulanan mekanikler sonrasında planlanan sonuçların alınmaya başlandığı veya belirli bir aşamaya gelindiği aşamadır. Sınıf I, Sınıf II, Sınıf III ortodontik tedavilerin ve ortognatik cerrahide ortodontik tedavinin pekiştirme aşamaları; ortodontik tedavinin tamamlandığı aşamadır. Sınıf I, Sınıf II, Sınıf III ortodontik tedavilerin ve ortognatik cerrahide ortodontik tedavinin başlangıç aşamaları ile tedavi aşamaları arasında en az 6 ay süre bulunması gerekir. Sınıf I, Sınıf II, Sınıf III ortodontik tedavilerin ve ortognatik cerrahide ortodontik tedavinin tedavi aşamaları ile pekiştirme aşamaları arasında en az 4 ay süre bulunması gerekir.

ç) Yarık dudak- damak veya yarık damak şekillendirme ve ortodontik tedavileri SUT eki EK-2/Ç Listesindeki “7.1 Tanıya dayalı ortodontik tedavi işlemleri” bölümünde yer alan “P407342 Yarık Dudak-Damak” veya “Yarık Damak Doğum Sonrası Şekillendirme Tedavisi”, “P407343 Yarık Dudak-Damak” veya “Yarık Damak Karışık Dişlenme Dönemi Ortodontik Tedavisi”, “P407344 Yarık Dudak-Damak” veya “Yarık Damak Daimi Dişlenme Dönemi Ortodontik Tedavi” işlem kodları üzerinden, yarık dudak-damak veya yarık damak doğum sonrası şekillendirme tedavisi 60 ay öncesi, yarık dudak-damak veya yarık damak karışık dişlenme dönemi ortodontik tedavisi 6-12 yaş arası, yarık dudak-damak veya yarık damak daimi dişlenme dönemi ortodontik tedavi 12 yaş sonrasında üniversitelerin diş hekimliği fakültelerinde operasyon öncesi ve sonrası fotoğraf ile belgelenmesi halinde, ortodonti uzmanı/doktoralı hekimleri tarafından yapıldığında Kurumca karşılanır.”

**MADDE 4-** Aynı Tebliğin 3.1.1 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

1. İkinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

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

b) Dördüncü fıkrasındaki “TİTUBB” ibaresinden sonra gelmek üzere “/ÜTS” ibaresi eklenmiştir.

**MADDE 5**- Aynı Tebliğin 3.3.4.A numaralı maddesinin birinci ve beşinci fıkralarındaki “TİTUBB” ibarelerinden sonra gelmek üzere “/ÜTS” ibaresi eklenmiştir.

**MADDE 6-** Aynı Tebliğin 3.3.36.B numaralı maddesinin on birinci fıkrası yürürlükten kaldırılmıştır.

**MADDE 7-** Aynı Tebliğin 4.2.14.C numaralı maddesinin üçüncü fıkrasına aşağıdaki bent eklenmiştir.

“**ccc**) **Cabozantinib yalnızca;** standart tedavilere dirençli, metastatik, progresyon gösteren, semptomatik ve “Re-arranged During Transfection (RET)” mutasyonu pozitif olan medüller tiroid kanseri hastalarında en az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.”

**MADDE 8-** Aynı Tebliğin 4.2.49 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Maddenin başlığı “**4.2.49 – Spinal Musküler Atrofi hastalığında nusinersen sodium kullanım ilkeleri;**” şeklinde değiştirilmiştir.

b) Aynı madde başlığı altına “**4.2.49.A – Spinal Musküler Atrofi Tip-1 (SMA Tip-1) hastalığında;**” alt başlığı eklenmiştir.

c) Aynı maddeye aşağıdaki alt madde eklenmiştir.

**“4.2.49.B – Spinal Musküler Atrofi Tip-2 (SMA Tip-2) ve Spinal Musküler Atrofi Tip-3 (SMA Tip-3) hastalığında;**

(1) Hastalarda aşağıda yer alan kriterlerin tamamının sağlanması halinde Kurumca bedeli karşılanır.

a) Genetik (5qSMA; homozigot gen delesyonu veya homozigot gen mutasyonu veya bileşik heterozigot gen mutasyonu olan ve SMN2 kopya sayısının en az 2 olduğunun gösterilmesi kaydıyla) ve klinik olarak SMA Tip-2 veya SMA Tip-3 tanısı konmuş ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında en az birisi çocuk nörolojisi/nöroloji uzmanı ve ortopedi ve travmatoloji veya beyin ve sinir cerrahisi uzmanı olmak üzere 3 uzman hekimden oluşan sağlık kurulu raporuna istinaden yurt dışı ilaç kullanım başvurusu yapılarak “Sağlık Bakanlığı-Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu İlaçların Kişisel Tedavide Kullanılmalarını Değerlendirme Komisyonu” tarafından verilecek “İlaç Kullanım Onayı” bulunmalıdır.

b) Klinik belirti ve bulgular, SMA Tip-2 veya SMA Tip-3 ile uyumlu olarak ≥ 6 ay (180 gün) iken başlamış olmalıdır.

c) İnvaziv/non invaziv mekanik solunum desteği ihtiyacı olmayan ve normal yutma refleksine sahip ve oral beslenebilen hastalarda tedaviye başlanır.

ç) Lomber ponksiyon prosedürleri, BOS sirkülasyonu veya güvenlilik değerlendirmelerini engelleyebilecek bir beyin veya spinal kord hastalığı veya öyküsü olmamalıdır.

d) BOS drenajı için implante edilmiş bir şant veya implante edilmiş bir BOS kateteri bulunmaması gerekmektedir.

e) Bakteriyel menenjit veya viral ensefalit hastalığı veya öyküsü olmamalıdır.

f) Hipoksik iskemik ensefalopati tanısı almamış olmalı ve hipoksik doğuma bağlı nörolojik sekelleri bulunmamalıdır.

g) Lomber ponksiyon uygulanmasına engel bir durum olmadığının “İlaç Kullanım Onayı”nda belirtilmiş olması gerekmektedir.

ğ) Hastaların klinik değerlendirmelerinde Hammersmith Functional Motor Scale Expanded (HFMSE) veya La Mesure de Fonction Motrice (MFM) adı verilen nörolojik ve motor skalalar kullanılır. Tedaviye başlamadan önce HFMSE veya MFM skoru tespit edilmiş ve raporda belirtilmiş olmalıdır.

(2) “Nusinersen Sodium” pozolojisi SMA Tip-2 veya SMA Tip-3 hastalarında 1, 29, 85 ve 274 üncü günler olmak üzere 4 doz yükleme dozu şeklindedir. İlk 4 doz için tek sağlık kurulu raporuna istinaden “Sağlık Bakanlığı-Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu İlaçların Kişisel Tedavide Kullanılmalarını Değerlendirme Komisyonu” tarafından verilecek “İlaç Kullanım Onayı” ile çocuk nörolojisi/nöroloji uzman hekimi tarafından her bir uygulama için ayrı ayrı reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

(3) Yükleme dozu sonrası 15 inci ayda yapılacak değerlendirmelerde; tedaviler sırasında ilaç başlama kriterlerine uymayan klinik bulguları gelişen veya HFMSE/MFM skorunda başlangıç değerine göre en az 3 (üç) puan artış olmayan hastalarda tedaviye son verilir.

(4) Değerlendirme sonucunda idame tedavilere uygun olduğu tespit edilen hastalarda sonraki uygulamalar her 4 ayda 1 uygulama şeklindedir. İdame tedavilerin, her bir uygulama için ayrı ayrı “İlaç Kullanım Onayı” ve reçete bulunması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.”

**MADDE 9-** Aynı Tebliğin 4.2 numaralı maddesine aşağıdaki maddeler eklenmiştir.

“**4.2.53- Medium-chain triglyceride yağı kullanım ilkeleri**

(1)Multiple açil CoA dehidrogenaz eksikliği hariç olmak üzere yağ asidi oksidasyon bozuklukları, kolestatik karaciğer hastalıkları veya lipoprotein metabolizması bozukluklarında diyete ek beslenme ürünü olarak çocuk metabolizma hastalıkları veya çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları uzmanlarından en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile bu hekimlerce veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

**4.2.54- Miltefosine kullanım ilkeleri**

(1) ≥12 yaş ve ≥30 kg ağırlığında olan adolesanlarda ve yetişkinlerde;

a) “Leishmania donovani”nin neden olduğu visseral leishmaniasis tanısı almış hastaların tedavisinde; amphoterisin B tedavisine yanıtsızlık ya da ciddi yan etki nedeniyle amphoterisin B tedavisinin kontrendike olduğu durumlarda veya HIV pozitif hastalarda amphoterisin B ile kombine olarak üçüncü basamak sağlık kurumlarında, enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji veya çocuk enfeksiyon hastalıkları uzman hekimince düzenlenen sağlık raporuna istinaden enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji veya çocuk enfeksiyon hastalıkları uzman hekimi tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

b) “Leishmania braziliensis”, “leishmania guyanensis” veya “leishmania panamensis” in neden olduğu kutanöz leishmaniasis tanısı almış hastaların tedavisinde; antimon bileşiklerine veya amphoterisin B tedavisine yanıtsızlık ya da ciddi yan etki nedeniyle bu ilaçların kontrendike olduğu durumlarda veya bağışıklık sistemi baskılanmış hastalarda nüks gelişmesi durumunda üçüncü basamak sağlık kurumlarında, en az bir enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji veya çocuk enfeksiyon hastalıkları uzman hekimi ile en az bir deri ve zührevi hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı üç ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden, enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji veya çocuk enfeksiyon hastalıkları veya deri ve zührevi hastalıkları uzman hekimi tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

**4.2.55- Natriumflouride kullanım ilkeleri**

(1) Koklear otoskleroz veya erken tanı almış ve cerrahi tedavi için uygun olmayan diğer otoskleroz hastalarında üçüncü basamak sağlık kurumlarında kulak burun boğaz uzman hekimi tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak kulak burun boğaz uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

**4.2.56-** **Large Neutral Amino Acids (LNNA) etken maddesini içeren beslenme ürünlerinin kullanım ilkeleri**

(1) 8 yaş ve üzerinde, diyete uyum gösteremeyen ve tıbbi mama kullanamayan klasik fenilketonüri hastalığında, çocuk metabolizma hastalıkları veya çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları uzman hekimi tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak bu hekimlerce veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

**4.2.57- Dupilumab kullanım ilkeleri**

(1)Dupilumab yalnızca; **s**istemik siklosporin ve kortikosteroidlere dirençli ya da ciddi yan etki nedeniyle bu ilaçların kontrendike olduğu orta ve şiddetli atopik dermatitli yetişkin hastalarda üçüncü basamak sağlık kurumlarında, en az üç deri ve zührevi hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı 4 (dört) ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak üçüncü basamak sağlık kurumlarında deri ve zührevi hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Tedaviye 600 mg yükleme dozu ile başlanır ve yükleme dozunu takip eden ikinci haftadan itibaren iki haftada bir 300 mg olarak devam edilir. 16 haftalık tedavi sonunda herhangi bir iyileşme görülmez ise tedaviye son verilir.”

**MADDE 10-** Aynı Tebliğ eki “Ayakta Tedavilerde Ödeme Listesi (EK-2/A)” nde yer alan “A1” sütunu Ek-1’deki şekilde değiştirilmiştir.

**MADDE 11-**Aynı Tebliğ eki “Hizmet Başı İşlem Puan Listesi (EK-2/B)” nde yer alan “616870” SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 2290 | 616870 | Nazolakrimal balon uygulamaları | Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca yapılması halinde ödenir. | 228,19 |

”

**MADDE 12-** Aynı Tebliğ eki “Tanıya Dayalı İşlem Puan Listesi (EK-2/C)” nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “P616870” SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1859** | P616870 | Nazolakrimal balon uygulamaları | Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca yapılması halinde ödenir. | D |  | 472,15 |

”

b) Listede yer alan “P618200” ve “ P618207” SUT kodlu işlem satırları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1991** | P618200 | Koklear implant yerleştirilmesi | P618021, P618090, P618100, P618201, P618202, P618203, P618250, P618340, P618410 ile birlikte faturalandırılmaz. Üçüncü basamak sağlık kurumlarınca faturalandırılır. Koklear implant ve seti hariç. Bir hasta için ömrü boyunca her bir taraf için bir defa faturalandırılır. Bu kod faturalandırılan hastalara P618207 kodu ömür boyunca faturalandırılmaz. | A3 | \* | 4.599,10 |

”

“

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1998** | P618207 | Bilateral koklear implant yerleştirilmesi | P618021, P618090, P618100, P618201, P618202, P618203, P618250, P618340, P618410 ile birlikte faturalandırılmaz. Koklear implant ve seti hariç. Üçüncü basamak sağlık kurumlarınca faturalandırılır. Bir hasta için ömrü boyunca bir defa faturalandırılır. Bu kod faturalandırılan hastalara P618200 kodu ömür boyunca faturalandırılmaz. | A3 | \* | 7.665,18 |

”

**MADDE 13-** Aynı Tebliğ eki “Diş Tedavileri Puan Listesi (EK-2/Ç)” nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan 206 sıra numaralı başlık aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 206 |  | **7. 1 Tanıya dayalı ortodontik tedavi işlemleri** | Bu başlık altındaki işlemler "7. Ortodonti" başlığı altında yer alan işlemler ile birlikte faturalandırılmaz. |  |

”

b) Listede yer alan “7.1 Tanıya dayalı ortodontik tedavi işlemleri” başlığından sonra gelmek üzere “P407321”, “P407322”, “P407330”, “P407331”, “P407332”, “P407333”, “P407334”, “P407335”, “P407336”, “P407337”, “P407338”, “P407339”, “P407340”, “P407341”, “P407342”, “P407343” ve “P407344” SUT kodlu işlem satırları eklenmiştir.

“

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | P407321 | Erken Ortodontik Tedavi Başlangıç Aşaması | Tedavi paket fiyatına koruyucu/önleyici veya büyümeyi yönlendirici ağız içi ve ağız dışı aygıt ile yapılan her türlü ortodontik uygulamalar, model yapımı-analizi, fotoğraflar-analizleri, tüm görüntüleme yöntemleri-analizleri ve diğer teşhis yöntemleri dahildir. Bu kodlu tedavi öncesinde P407330, P407331, P407332, P407333, P407334, P407335, P407336, P407337, P407338, P407339, P407340, P407341 işlem kodları girilmesi halinde faturalandırılamaz. P407321 kodlu işlem P407342, P407343, P407344 işlem kodlarından biri faturalanmış ise faturalandırılamaz. P407321 kodlu işlem ömürde bir kez faturalandırılır. | 337,20 |
|  | P407322 | Erken Ortodontik Tedavi Bitiş Aşaması | Tedavi paket fiyatına koruyucu/önleyici veya büyümeyi yönlendirici ağız içi ve ağız dışı aygıt ile yapılan her türlü ortodontik uygulamalar dahildir. Bu tedavi öncesinde P407330, P407331, P407332, P407333, P407334, P407335, P407336, P407337, P407338, P407339, P407340, P407341 işlem kodları girilmesi halinde faturalandırılamaz. P407322 kodlu işlem P407342, P407343, P407344 işlem kodlarından biri faturalanmış ise faturalandırılamaz. P407322 kodlu işlem ömürde bir kez faturalandırılır. | 337,20 |
|  | P407330 | Sınıf I Ortodontik Tedavinin Başlangıç Aşaması | Tedavi paket fiyatına sabit fonksiyonel, kamuflaj tedavileri ile sabit open-bite, sabit deep-bite ve sabit ortodontik tedavi ile birlikte uygulanan ağız dışı aparey uygulaması ve sabit expansiyon tedavileri gibi her türlü sabit ortodontik tedavi, model yapımı-analizi, fotoğraflar-analizleri, tüm görüntüleme yöntemleri-analizleri ve diğer teşhis yöntemleri dahildir. P407330 kodlu işlem P407333, P407334, P407335, P407336, P407337, P407338, P407339, P407340, P407341, P407342, P407343, P407344 işlem kodlarından biri faturalanmış ise faturalandırılamaz. P407330 kodlu işlem ömürde bir kez faturalandırılır. | 477,79 |
|  | P407331 | Sınıf I Ortodontik Tedavinin Tedavi Aşaması | Tedavi paket fiyatına sabit fonksiyonel, kamuflaj tedavileri ile sabit open-bite, sabit deep-bite ve sabit ortodontik tedavi ile birlikte uygulanan ağız dışı aparey uygulaması ve sabit expansiyon tedavileri gibi her türlü sabit ortodontik tedavi yöntemleri dahildir. P407331 kodlu işlem P407333, P407334, P407335, P407336, P407337, P407338, P407339, P407340, P407341, P407342, P407343, P407344 kodlarından biri faturalanmış ise faturalandırılamaz. P407331 kodlu işlem ömürde bir kez faturalandırılır. | 477,79 |
|  | P407332 | Sınıf I Ortodontik Tedavinin Pekiştirme Aşaması | Tedavi paket fiyatına sabit veya hareketli pekiştirme tedavisi yöntemleri dahildir. P407332 kodlu işlem P407333, P407334, P407335, P407336, P407337, P407338, P407339, P407340, P407341, P407342, P407343, P407344 işlem kodlarından biri faturalanmış ise faturalandırılamaz. P407332 kodlu işlem ömürde bir kez faturalandırılır. | 477,79 |
|  | P407333 | Sınıf II Ortodontik Tedavinin Başlangıç Aşaması | Tedavi paket fiyatına sabit fonksiyonel, kamuflaj tedavileri ile sabit open-bite, sabit deep-bite ve sabit ortodontik tedavi ile birlikte uygulanan ağız dışı aparey uygulaması ve sabit expansiyon tedavileri gibi her türlü sabit ortodontik tedavi, model yapımı-analizi, fotoğraflar-analizleri, tüm görüntüleme yöntemleri-analizleri ve diğer teşhis yöntemleri dahildir. P407333 kodlu işlem P407330, P407331, P407332, P407336, P407337, P407338, P407339, P407340, P407341, P407342, P407343, P407344 işlem kodlarından biri faturalanmış ise faturalandırılamaz. P407333 kodlu işlem ömürde bir kez faturalandırılır. | 702,64 |
|  | P407334 | Sınıf II Ortodontik Tedavinin Tedavi Aşaması | Tedavi paket fiyatına sabit fonksiyonel, kamuflaj tedavileri ile sabit open-bite, sabit deep-bite ve sabit ortodontik tedavi ile birlikte uygulanan ağız dışı aparey uygulaması ve sabit expansiyon tedavileri gibi her türlü sabit ortodontik tedavi yöntemleri dahildir. P407334 kodlu işlem P407330, P407331, P407332, P407336, P407337, P407338, P407339, P407340, P407341, P407342, P407343, P407344 işlem kodlarından biri faturalanmış ise faturalandırılamaz. P407334 kodlu işlem ömürde bir kez faturalandırılır. | 702,64 |
|  | P407335 | Sınıf II Ortodontik Tedavinin Pekiştirme Aşaması | Tedavi paket fiyatına sabit veya hareketli pekiştirme tedavisi yöntemleri dahildir. P407335 kodlu işlem P407330, P407331, P407332, P407336, P407337, P407338, P407339, P407340, P407341, P407342, P407343, P407344 işlem kodlarından biri faturalanmış ise faturalandırılamaz. P407335 kodlu işlem ömürde bir kez faturalandırılır. | 702,64 |
|  | P407336 | Sınıf III Ortodontik Tedavinin Başlangıç Aşaması | Tedavi paket fiyatına sabit fonksiyonel, kamuflaj tedavileri ile sabit open-bite, sabit deep-bite ve sabit ortodontik tedavi ile birlikte uygulanan ağız dışı aparey uygulaması ve sabit expansiyon tedavileri gibi her türlü sabit ortodontik tedavi, model yapımı-analizi, fotoğraflar-analizleri, tüm görüntüleme yöntemleri-analizleri ve diğer teşhis yöntemleri dahildir. P407336 kodlu işlem P407330, P407331, P407332, P407333, P407334, P407335, P407339, P407340, P407341, P407342, P407343, P407344 işlem kodlarından biri faturalanmış ise faturalandırılamaz. P407336 kodlu işlem ömürde bir kez faturalandırılır. | 843,17 |
|  | P407337 | Sınıf III Ortodontik Tedavinin Tedavi Aşaması | Tedavi paket fiyatına sabit fonksiyonel, kamuflaj tedavileri ile sabit open-bite, sabit deep-bite ve sabit ortodontik tedavi ile birlikte uygulanan ağız dışı aparey uygulaması ve sabit expansiyon tedavileri gibi her türlü sabit ortodontik tedavi yöntemleri dahildir. P407337 kodlu işlem P407330, P407331, P407332, P407333, P407334, P407335, P407339, P407340, P407341, P407342, P407343, P407344 işlem kodlarından biri faturalanmış ise faturalandırılamaz. P407337 kodlu işlem ömürde bir kez faturalandırılır. | 843,17 |
|  | P407338 | Sınıf III Ortodontik Tedavinin Pekiştirme Aşaması | Tedavi paket fiyatına sabit veya hareketli pekiştirme tedavisi yöntemleri dahildir. P407338 kodlu işlem P407330, P407331, P407332, P407333, P407334, P407335, P407339, P407340, P407341, P407342, P407343, P407344 işlem kodlarından biri faturalanmış ise faturalandırılamaz. P407338 kodlu işlem ömürde bir kez faturalandırılır. | 843,17 |
|  | P407339 | Ortognatik Cerrahide Ortodontik Tedavinin Başlangıç Aşaması | Tedavi paket fiyatına sabit fonksiyonel, kamuflaj tedavileri ile sabit open-bite, sabit deep-bite ve sabit ortodontik tedavi ile birlikte uygulanan ağız dışı aparey uygulaması ve sabit expansiyon tedavileri gibi her türlü sabit ortodontik tedavi, model yapımı-analizi, fotoğraflar-analizleri, tüm görüntüleme yöntemleri-analizleri ve diğer teşhis yöntemleri dahildir. P407339 kodlu işlem P407330, P407331, P407332, P407333, P407334, P407335, P407336, P407337, P407338, P407342, P407343, P407344 işlem kodlarından biri faturalanmış ise faturalandırılamaz. P407339 kodlu işlem ömürde bir kez faturalandırılır. | 983,70 |
|  | P407340 | Ortognatik Cerrahide Ortodontik Tedavinin Tedavi Aşaması | Tedavi paket fiyatına sabit fonksiyonel, kamuflaj tedavileri ile sabit open-bite, sabit deep-bite ve sabit ortodontik tedavi ile birlikte uygulanan ağız dışı aparey uygulaması ve sabit expansiyon tedavileri gibi her türlü sabit ortodontik tedavi yöntemleri dahildir. P407340 kodlu işlem P407330, P407331, P407332, P407333, P407334, P407335, P407336, P407337, P407338, P407342, P407343, P407344 işlem kodlarından biri faturalanmış ise faturalandırılamaz. P407340 kodlu işlem ömürde bir kez faturalandırılır. | 983,70 |
|  | P407341 | Ortognatik Cerrahide Ortodontik Tedavinin Pekiştirme Aşaması | Tedavi paket fiyatına sabit veya hareketli pekiştirme tedavisi yöntemleri dahildir. P407341 kodlu işlem P407330, P407331, P407332, P407333, P407334, P407335, P407336, P407337, P407338, P407342, P407343, P407344 işlem kodlarından biri faturalanmış ise faturalandırılamaz. P407341 kodlu işlem ömürde bir kez faturalandırılır. | 983,70 |
|  | P407342 | Yarık Dudak -Damak veya Yarık Damak Doğum Sonrası Şekillendirme Tedavisi | Tedavi paketi, bu amaçla yapılacak olan tüm ağız içi ve ağız dışı aygıtlarını kapsar. P407342 kodlu işlem P407321, P407322, P407330, P407331, P407332, P407333, P407334, P407335, P407336, P407337, P407338, P407339, P407340, P407341 işlem kodlarından biri faturalanmış ise faturalandırılamaz. P407342 kodlu işlem ömürde bir kez faturalandırılır. | 2.951,10 |
|  | P407343 | Yarık Dudak -Damak veya Yarık Damak Karışık Dişlenme Dönemi Ortodontik Tedavi | Tedavi paketi, bu amaçla yapılacak olan tüm hareketli ve sabit tedavileri kapsar. P407343 kodlu işlem P407321, P407322, P407330, P407331, P407332, P407333, P407334, P407335, P407336, P407337, P407338, P407339, P407340, P407341 işlem kodlarından biri faturalanmış ise faturalandırılamaz. P407343 kodlu işlem ömürde bir kez faturalandırılır. | 2.951,10 |
|  | P407344 | Yarık Dudak -Damak veya Yarık Damak Daimi Dişlenme Dönemi Ortodontik Tedavi | Tedavi paketi, bu amaçla yapılacak olan tüm tedavileri kapsar. P407344 kodlu işlem P407321, P407322, P407330, P407331, P407332, P407333, P407334, P407335, P407336, P407337, P407338, P407339, P407340, P407341 işlem kodlarından biri faturalanmış ise faturalandırılamaz. P407344 kodlu işlem ömürde bir kez faturalandırılır. | 3.246,21 |

”

c) Listede yer alan “P407350”, “P407351”, “P407352” ve “P407353” SUT kodlu işlem satırları yürürlükten kaldırılmıştır.

**MADDE 14-** Aynı Tebliğ eki “Tanıya Dayalı Ortodontik Tedavi Kontrol Formu (EK-2/Ç-3)” Ek-2’deki şekilde değiştirilmiştir.

**MADDE 15-** Aynı Tebliğ eki “Birden Fazla Branşta Kullanılan Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/A)” nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “OR2890”, “OR2900”, “OR2910”, “OR2920”, “OR2930”, “OR2940”, “OR2950”, “OR2960”, “OR2970”, “OR2980” ve “OR2990” SUT kodlu tıbbi malzemelerin alan tanımları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| OR2890 | LAPAROSKOPİK SPESMEN TORBASI, TÜM BOYLAR |  | 86,57 |
| OR2900 | LAPAROSKOPİK MAKAS, MONOPOLAR, TÜM BOYLAR |  | 118,88 |
| OR2910 | LAPAROSKOPİK DİSEKTÖR, MONOPOLAR, TÜM BOYLAR |  | 166,00 |
| OR2920 | LAPAROSKOPİK GRASPER, TÜM BOYLAR |  | 200,00 |
| OR2930 | LAPAROSKOPİK DİŞLİ TUTUCU, TÜM BOYLAR |  | 152,00 |
| OR2940 | LAPAROSKOPİK BABCOCK, TÜM BOYLAR |  | 227,00 |
| OR2950 | LAPAROSKOPİK ORGAN RETRAKTÖRÜ, TÜM BOYLAR |  | 296,40 |
| OR2960 | LAPAROSKOPİK KLİP ATICI, 5 mm’ye kadar (5 mm dahil) |  | 190,00 |
| OR2970 | LAPAROSKOPİK KLİP ATICI, 5 mm üzeri |  | 225,00 |
| OR2980 | LAPAROSKOPİK KLİP ATICI, 10 mm ve üzeri |  | 223,00 |
| OR2990 | LAPAROSKOPİK EMME-YIKAMA SETİ, TÜM BOYLAR |  | 78,00 |

”

b) Listede yer alan “OR3090”, “OR3100”, “OR3170”, “OR3180” ve “OR3190” SUT kodlu tıbbi malzemelerin alan tanımları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| OR3090 | LAPAROSKOPİK, LİNEER KAPATICI STAPLER, 30/35 mm |  | 300,00 |
| OR3100 | LAPAROSKOPİK, LİNEER KAPATICI-KESİCİ STAPLER, TÜM BOYLAR |  | 325,00 |

”

“

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| OR3170 | LAPAROSKOPİK, LİNEER KAPATICI STAPLER KARTUŞU, 30/35 mm |  | 190,00 |
| OR3180 | LAPAROSKOPİK, LİNEER KAPATICI-KESİCİ STAPLER KARTUŞU, DÜZ, 30-35/45/60 |  | 180,00 |
| OR3190 | LAPAROSKOPİK, LİNEER KAPATICI- KESİCİ STAPLER KARTUŞU, OYNAR BAŞLIKLI, 30-35/45/60 |  | 190,00 |

”

c) Listede yer alan “OR4146” SUT kodlu tıbbi malzemenin alan tanımı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| OR4146 | SİYANOAKRİLAT İÇEREN ÜRÜNLER (CERRAHİ ALANLAR/ ENDOVASKÜLER KULLANIM İÇİN) |  | 320,00 |

”

ç) Listede yer alan “OR4505” SUT kodlu tıbbi malzemenin alan tanımında yer alan “antiadeziv” ibaresi yürürlükten kaldırılmıştır.

d) Listede yer alan “YARA BAKIM ÜRÜNLERİ”, “ANTİMİKROBİYAL ÖRTÜLER”, “GÜMÜŞ İÇERİKLİ YARA ÖRTÜLERİ” başlığı altındaki SUT kodları, alan tanımları, fiyatları ve ödeme kural ve/veya kriterleri ile “KLORHEKSİDİN/GÜMÜŞ SÜLFADİAZİN İÇERİKLİ YARA ÖRTÜLERİ” başlığı, ödeme kural ve/veya kriterleri ve “OR4660”, “OR4670”, “OR4680” SUT kodları, alan tanımları ve fiyatları yürürlükten kaldırılmıştır.

e) Listede yer alan mevcut “OR4680” SUT kodlu satırdan sonra gelmek üzere aşağıdaki başlıklar, SUT kodları, alan tanımları, fiyatları ve ödeme kural ve/veya kriterleri eklenmiştir.

“

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **YARA BAKIM ÜRÜNLERİ** |  |  |
|  | Sağlık Uygulamaları Tebliği 3.3.1 ve ilgili diğer hükümleri geçerlidir. |  |  |
|  | **EMİCİ YARA BAKIM ÜRÜNLERİ** |  |  |
|  | **KÖPÜK/SÜNGER YARA ÖRTÜLERİ** |  | **kr/cm²** |
|  | (1) Değişim aralığı en az üç günde bir kez olmak kaydı ile yüzeyel, hafif transüdasyonlu ve enfekte olmayan yaraların üzerine kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır. (2) Gümüşlü ürünler, değişim aralığı en az üç günde bir kez olmak kaydı ile yüzeyel, eksudalı ve enfekte yaraların üzerine kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır. |  |  |
| OR4531 | Köpük/Sünger yara örtüsü (küçük) 0-99 |  | 15 kr/cm² |
| OR4532 | Köpük/Sünger yara örtüsü (orta ) 100-224 |  | 12 kr/cm² |
| OR4533 | Köpük/Sünger yara örtüsü (büyük) 225+ |  | 10 kr/cm² |
| OR4534 | Gümüşlü köpük/sünger yara örtüsü (küçük) 0-99 |  | 30 kr/cm² |
| OR4535 | Gümüşlü köpük/sünger yara örtüsü (orta ) 100-224 |  | 24 kr/cm² |
| OR4536 | Gümüşlü köpük/sünger yara örtüsü (büyük) 225+ |  | 20 kr/cm² |
|  | **HİDROKOLLOİD İÇERİKLİ YARA ÖRTÜLERİ** |  | **kr/cm²** |
|  | (1) Değişim aralığı en az üç günde bir kez olmak kaydı ile yüzeyel, eksudasız ve enfekte olmayan yaraların üzerine kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır. |  |  |
| OR4537 | Hidrocolloid içerikli yara örtüsü (küçük) 0-99 |  | 8 kr/cm² |
| OR4538 | Hidrocolloid içerikli yara örtüsü (orta) 100-224 |  | 6 kr/cm² |
| OR4539 | Hidrocolloid içerikli yara örtüsü (büyük) 225+ |  | 5 kr/cm² |
|  | **ALJİNAT/FİBER/AQUAFİBER YARA ÖRTÜLERİ** |  | **kr/cm²** |
|  | (1) Değişim aralığı en az üç günde bir kez olmak kaydı ile yüzeyel, hafif transüdasyonlu ve enfekte olmayan yaraların üzerine kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır. (2) Gümüşlü ürünler, değişim aralığı en az üç günde bir kez olmak kaydı ile yüzeyel, eksudalı ve enfekte yaraların üzerine kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır. |  |  |
| OR4541 | Aljinat/Fiber/Aquafiber yara örtüsü (küçük) 0-99 |  | 15 kr/cm² |
| OR4542 | Aljinat/Fiber/Aquafiber yara örtüsü (orta) 100-224 |  | 12 kr/cm² |
| OR4543 | Aljinat/Fiber/Aquafiber yara örtüsü (büyük) 225+ |  | 10 kr/cm² |
| OR4544 | Gümüşlü aljinat/fiber/aquafiber yara örtüsü (küçük) 0-99 |  | 25 kr/cm² |
| OR4545 | Gümüşlü aljinat/fiber/aquafiber yara örtüsü (orta) 100-224 |  | 20 kr/cm² |
| OR4546 | Gümüşlü aljinat/fiber/aquafiber yara örtüsü (büyük) 225+ |  | 15 kr/cm² |
|  | **KOMPOZİT YARA ÖRTÜLERİ** (Dokuya temas eden, emici ve geçirimsiz dış olmak üzere en az 3 tabaka içeren örtüler) |  | **kr/cm²** |
|  | (1) Değişim aralığı en az üç günde bir kez olmak kaydı ile yüzeyel, hafif transüdasyonlu ve enfekte olmayan yaraların üzerine kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır. (2) Gümüşlü ürünler, değişim aralığı en az üç günde bir kez olmak kaydı ile yüzeyel, eksudalı ve enfekte yaraların üzerine kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır. |  |  |
| OR4547 | Kompozit yara örtüsü 0-99 |  | 43 kr/cm² |
| OR4548 | Kompozit yara örtüsü 100-224 |  | 35 kr/cm² |
| OR4549 | Kompozit yara örtüsü 225-499 |  | 26 kr/cm² |
| OR4551 | Kompozit yara örtüsü 500+ |  | 17 kr/cm² |
| OR4552 | Gümüşlü kompozit yara örtüsü 0-99 |  | 50 kr/cm² |
| OR4553 | Gümüşlü kompozit yara örtüsü 100-224 |  | 40 kr/cm² |
| OR4554 | Gümüşlü kompozit yara örtüsü 225-499 |  | 30 kr/cm² |
| OR4555 | Gümüşlü kompozit yara örtüsü 500+ |  | 20 kr/cm² |
|  | **HİDROFİBER FİBRİN SABİTLEYİCİ YARA ÖRTÜLERİ** |  | **kr/cm²** |
|  | (1) Değişim aralığı en az üç günde bir kez olmak kaydı ile yüzeyel, hafif transüdasyonlu ve enfekte olmayan yaraların üzerine kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır. (2) Gümüşlü ürünler, değişim aralığı en az üç günde bir adet olmak kaydı ile yüzeyel, eksudalı ve enfekte yaraların üzerine kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır. |  |  |
| OR4556 | Hidrofiber yara örtüsü 0-99 |  | 30 kr/cm² |
| OR4557 | Hidrofiber yara örtüsü 100-224 |  | 20 kr/cm² |
| OR4558 | Hidrofiber yara örtüsü 225-499 |  | 15 kr/cm² |
| OR4559 | Hidrofiber yara örtüsü 500+ |  | 13 kr/cm² |
| OR4561 | Gümüşlü hidrofiber yara örtüsü 0-99 |  | 60 kr/cm² |
| OR4562 | Gümüşlü hidrofiber yara örtüsü 100-224 |  | 40 kr/cm² |
| OR4563 | Gümüşlü hidrofiber yara örtüsü 225-499 |  | 30 kr/cm² |
| OR4564 | Gümüşlü hidrofiber yara örtüsü 500+ |  | 27 kr/cm² |
|  | **KONTROLLÜ GÜMÜŞ SALIMI YAPABİLEN YARA ÖRTÜLERİ** |  | **kr/cm²** |
|  | (1) Değişim aralığı en az yedi günde bir kez olmak kaydı ile yılda en fazla üç kez olmak üzere; yüzeyel veya derin, eksudalı ve enfekte yaraların üzerine kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır. |  |  |
| OR4565 | Nanokristal gümüş içerikli, Kontrollü gümüş salımı yapan yara örtüsü 0-224 |  | 55 kr/cm² |
| OR4566 | Nanokristal gümüş içerikli, Kontrollü gümüş salımı yapan yara örtüsü 225-499 |  | 40 kr/cm² |
| OR4567 | Nanokristal gümüş içerikli, Kontrollü gümüş salımı yapan yara örtüsü 500+ |  | 35 kr/cm² |
| OR4568 | Gümüş içerikli, Kontrollü gümüş salımı yapan (10 gün veya daha fazla salımı yapabilen) yara örtüsü |  | 20 kr/cm² |
|  | **PARAFİN TÜL KAPAMALAR** |  | **kr/cm²** |
| OR4569 | Parafin tül kapamalar (klorheksidin/gümüş-sülfadiazin/iyot/gümüş içeren Parafin tül kapamalar dahil) |  | 2 kr/cm² |
|  | **BARİYER YARA ÖRTÜLERİ** |  | **kr/cm²** |
|  | (1) Değişim aralığı en az üç günde bir adet olmak kaydı ile yüzeyel, eksudasız ve enfekte olmayan yaraların üzerine kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır. |  |  |
| OR4571 | Bariyer yara örtüsü, tek tabakalı |  | 0,9 kr/cm² |
| OR4572 | Bariyer yara örtüsü, iki tabakalı |  | 1 kr/cm² |
|  | **KOMPRESYON ÜRÜNLERİ** |  | **TL** |
|  | (1) Yalnızca venöz ülserlerde, değişim aralığı en az dört günde bir adet kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır. |  |  |
| OR4573 | Kompresyon bandajı ince, 1 katlı en az 2 m. |  | 8 TL |
| OR4574 | Kompresyon bandajı ince, 4 katlı, en az 2 m. |  | 30 TL |
| OR4575 | Kompresyon bandajı, çorap işlenmiş yün (çifti) |  | 10 TL |
|  | **EKSTRASELÜLER MATRİKS ELEMANI İÇEREN YARA BAKIM ÜRÜNLERİ** |  |  |
|  | **KOLLAJEN İÇERİKLİ YARA ÖRTÜLERİ** |  | **kr/cm²-TL** |
|  | (1) Üç günde bir adet olmak kaydı ile ve en fazla bir yılda beş defa olmak üzere; yüzeyel ve enfekte olmayan yaraların üzerine kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır. |  |  |
| OR4576 | Kollajen içerikli yara örtüsü (küçük) 0-99 |  | 7 kr/cm² |
| OR4577 | Kollajen içerikli yara örtüsü (orta) 100-224 |  | 5 kr/cm² |
| OR4578 | Kollajen içerikli yara örtüsü (büyük) 225+ |  | 3 kr/cm² |

”

**MADDE 16-**  Aynı Tebliğ eki “Diğer Protez Ortezler Listesi (EK-3/C-3)” nde yer alan “LENFÖDEM BASI GİYSİLERİ” başlığı altındaki ödeme kural ve/veya kriterlerinin birinci ve dördüncü maddeleri aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(1) Evre 1, 2, 3 lenfödemlerde; genel cerrahi, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi, kalp damar cerrahi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon branş hekimlerinden birinin bulunduğu üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularınca düzenlenen sağlık kurulu raporlarına istinaden ilgili hekimlerce reçete edilmesi halinde standart (hazır) bedenler üzerinden Kurumca bedelleri karşılanır.”

“(4) Standart bedenlerin uymadığı bası giysisi gereken Evre 1, 2, 3 lenfödemlerde bu durumun fotoğrafla belgelendirilmesi ve sağlık kurulu raporunda belirtilmesi kaydıyla kişiye özel ölçülendirilmiş bası giysileri bedelleri Kurumca karşılanır.”

**MADDE 17-** Aynı Tebliğ eki “Kardiyoloji Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/H)” nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “KR1202” SUT kodlu tıbbi malzemenin ödeme kural ve/veya kriterlerindeki “üçüncü basamak Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde” ibaresi “3. basamak sağlık hizmeti sunucularında” şeklinde değiştirilmiştir.

b) Listede yer alan “KR2021” ve “KR2022” SUT kodlu tıbbi malzemelerin ödeme kural ve/veya kriterleri aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“

|  |  |
| --- | --- |
| (1) Konvansiyonel cerrahi yöntemlerle kalp ve damar cerrahisi uzmanları tarafından inoperable veya orta-yüksek riskli olarak değerlendirilen semptomatik ciddi kalsifik aort kapak darlığı hastalarında ve ciddi aort yetmezliği saptanan yaşam beklentisi bir yıldan fazla olan hastalarda 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 ve “**Kalp Ekibi**” konsey değerlendirmelerinde aşağıdaki şartlardan en az birinin varlığı durumunda Kurumca bedeli karşılanır.  (a) STS/Euro Score II skoru >=%10 veya Logistic Euro Score I >=20 olduğu saptanan, 65 yaş ve üzeri hastalar,  (b) STS/Euro Score II skoru >=%4 veya Logistic Euro Score I >=10 olduğu saptanan, 75 yaş ve üzeri hastalar,  (c) Geçirilmiş koroner arter cerrahisi ve fonksiyonel koroner arter bypass greftleri olan hastalar,  (ç) Yüksek frajilite indeks skorları nedeniyle cerrahi yapılamayan 75 yaş ve üzeri hastalar,  (d) Toraksa radyoterapi hikayesi olan hastalar,  (e) Göğüs hastalıkları konsültasyonu ile dökümante edilmiş yüksek operartif risk oluşturan ciddi göğüs deformitesi veya ciddi skolyoz varlığı olan hastalar,  (f) Porselen aortanın bilgisayarlı tomografi ile varlığının gösterildiği hastalar,  (g) Uzun dönem sol ventrikül destek sistemi implantasyonu sonrasında ciddi aort yetmezliği gelişmiş hastalar, (2) Yukarıda belirtilen şartların sağlanmadığı ve hastanın cerrahi tedaviyi reddettiği durumlarda kullanılan kapak ücretinin hasta tarafından karşılanması uygundur. |  |

”

**MADDE 18-** Aynı Tebliğ eki “Kalp Damar Cerrahisi Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/I)” nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “KV1005” SUT kodlu tıbbi malzemenin ödeme kural ve/veya kriterleri aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“

|  |  |
| --- | --- |
| (1) Semptomatik ciddi kalsifik aort kapak darlığı hastalarında ve ciddi valvuler aort yetmezliği saptanan hastalarda 2 (iki) kalp damar cerrahisi, 2 (iki) kardiyoloji,1 (bir) anestezi reanimasyon uzmanının onayının bulunduğu konsey kararı ile 3. basamak hastanelerde kullanılması halinde ve “**Kalp Ekibi**”konsey değerlendirmelerinde aşağıdaki şartlardan en az birinin varlığında Kurumca bedeli karşılanır.  (a) 60 yaş ve üzerinde,  (b) Dar aort kökünün olduğu ve hasta/kapak uyumsuzluğu olma riski olan hastalar, (aort kökünün 23 mm veya daha küçük olması veya Efektif Orifis Alanı İndeksinin 0,9 cm²/m² nin altında olması)  (c) Kapak endokarditi olan hastalar,  (ç) Eş zamanlı çoklu kapak cerrahisi,  (d) Koroner bypass cerrahisi ile eş zamanlı aort kapak cerrahisi,  (e) Geçirilmiş kalp cerrahisi,  (f) Miyektomi gereketiren hipertofik obstrüktif kardiyomiyopati,  (g) Minimal invaziv/robotik kapak cerrahisi, |  |

”

b) Listede yer alan “KV1011” ve “KV1012” SUT kodlu tıbbi malzemelerin ödeme kural ve/veya kriterleri aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“

|  |  |
| --- | --- |
| (1) Konvansiyonel cerrahi yöntemlerle kalp ve damar cerrahisi uzmanları tarafından inoperable veya orta-yüksek riskli olarak değerlendirilen semptomatik ciddi kalsifik aort kapak darlığı hastalarında ve ciddi aort yetmezliği saptanan yaşam beklentisi bir yıldan fazla olan hastalarda 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 ve “**Kalp Ekibi**” konsey değerlendirmelerinde aşağıdaki şartlardan en az birinin varlığı durumunda Kurumca bedeli karşılanır.  (a) STS/Euro Score II skoru >=%10 veya Logistic Euro Score I >=20 olduğu saptanan, 65 yaş ve üzeri hastalar,  (b) STS/Euro Score II skoru >=%4 veya Logistic Euro Score I >=10 olduğu saptanan, 75 yaş ve üzeri hastalar,  (c) Geçirilmiş koroner arter cerrahisi ve fonksiyonel koroner arter bypass greftleri olan hastalar,  (ç) Yüksek frajilite indeks skorları nedeniyle cerrahi yapılamayan 75 yaş ve üzeri hastalar,  (d) Toraksa radyoterapi hikayesi olan hastalar,  (e) Göğüs hastalıkları konsültasyonu ile dökümante edilmiş yüksek operartif risk oluşturan ciddi göğüs deformitesi veya ciddi skolyoz varlığı olan hastalar,  (f) Porselen aortanın bilgisayarlı tomografi ile varlığının gösterildiği hastalar,  (g) Uzun dönem sol ventrikül destek sistemi implantasyonu sonrasında ciddi aort yetmezliği gelişmiş hastalar, (2) Yukarıda belirtilen şartların sağlanmadığı ve hastanın cerrahi tedaviyi reddettiği durumlarda kullanılan kapak ücretinin hasta tarafından karşılanması uygundur. |  |

”

c) Listede yer alan “KV1404” SUT kodlu tıbbi malzemenin ödeme kural ve/veya kriterlerinden sonra gelmek üzere aşağıdaki SUT kodlu tıbbi malzeme ödeme kural ve/veya kriterleri ile birlikte eklenmiştir.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| KV4020 | PERKÜTAN EKZOVENÖZ REKONSTRÜKSİYON SİSTEMİ (KATETER DAHİL) | 3.358 |
| (1) Ana femoral ven veya yüzeyel femoral ven veya popliteal ven veya safenofemoral bileşkede 4 saniye ve üzeri yetmezlik saptandığı durumlarda Kurumca bedeli karşılanır. | |  |

“

”

**MADDE 19-** Aynı Tebliğ eki “Kulak Burun Boğaz Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/J)” nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “KB1019” SUT kodlu satır yürürlükten kaldırılmış ve “KB1019” SUT kodundan sonra gelmek üzere aşağıdaki SUT kodlu tıbbi malzeme fiyatı ile birlikte eklenmiştir.

“

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| KB2000 | KOKLEAR İMPLANT (Konuşma işlemcisi, aktarıcı sistem ve bileşenleri,  cerrahi ile yerleştirilen iç parça) | 35000,00 |

”

b) Listede yer alan “KB1020” SUT kodlu satır aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| KB1020 | KOKLEAR İMPLANT (Cerrahi ile yerleştirilen iç parça) | 18000,00 |

”

**MADDE 20-** Aynı Tebliğ eki “Yurt dışı İlaç Fiyat Listesi (EK-4/C)” Ek-3’deki şekilde değiştirilmiştir.

**MADDE 21-** Aynı Tebliğ eki “Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi (EK-4/D)” nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

1. Listede yer alan “13. Cilt hastalıkları” başlıklı maddesine aşağıdaki maddeler eklenmiştir.

“**13.13. Atopik dermatit (L20)**

13.13.1. Dupilumab”

1. Listede yer alan “14. Enfeksiyon hastalıkları” başlıklı maddesine aşağıdaki maddeler eklenmiştir.

“**14.4. Leishmaniasis (B55)**

14.4.1. Miltefosine”

c) Listede yer alan “15.4.1” numaralı maddeye aşağıdaki alt madde eklenmiştir.

“15.4.1.14. LNNA (Large Neutral Amino Acids) (Sadece E70.0 ICD kodu kullanılarak klasik fenilketonüri tanısında muaftır)”

**MADDE 22-** Bu Tebliğin;

a) 1 inci ve 2 nci maddeleri 5/7/2018 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

b) 18 inci maddesi 15/1/2019 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

c) 7 ilâ 9 uncu maddeleri ve 20 nci maddesinin “Fiyat Değişiklik Tarihi” veya “Listeye Giriş Tarihi” sütununda (\*) işareti bulunan ilaçlar ile 21 inci maddesi yayımı tarihinden 5 iş günü sonra,

ç) 3 üncü, 13 üncü ve 14 üncü maddeleri yayımı tarihinden 30 gün sonra,

d) 20 nci maddesinde düzenlenen ekli listede;

1) “Fiyat değişiklik tarihi”, “Listeye giriş tarihi”, “Listeden çıkarıldığı tarih” bulunan ilaçlar belirtilen tarihlerde,

2) “Fiyat değişiklik tarihi” ve “Listeye giriş tarihi” bulunmayan ilaçlar yayımı tarihinde,

e) Diğer hükümleri yayımı tarihinden 10 gün sonra yürürlüğe girer.

**MADDE 23-**  Bu Tebliğ hükümlerini Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı yürütür.