

## TEBLİĞ

Sosyal Güvenlik Kurumundan:

## SOSYAL GÜVENLİK KURUMU SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİNDE

## DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR TEBLİĞ

**MADDE 1** – 24/03/2013 tarihli ve 28597 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinin 1.7.1 numaralı maddesinin birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(1) Kurum bilgi işlem sisteminde müstahaklık sorgulamasının yapılması sağlanıncaya kadar; 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.”

**MADDE 2** – Aynı Tebliğin 1.9.1 numaralı maddesinin birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(1) Kurumla sözleşmeli; vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşları; SUT ve eklerinde 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 işlemlerin bedellerine ilave olarak kuruma ayrıca faturalandırılabilen tıbbi malzeme ve ilaçlar ile SUT eki EK-2/A Listesindeki tutarlara dahil olan işlemler için ayrıca ilave ücret alınmaz.”

**MADDE 3** – Aynı Tebliğin 2.4.4.G-2 numaralı maddesinin birinci fıkrasının ilk cümlesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“SUT eki EK-2/B Listesinde “9.C Moleküler tetkikler” başlığı altında yer alan moleküler tetkik bedelleri; sadece sözleşmeli/protokollü üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca Genetik Tanı Merkezinde yapılması halinde ve bünyesinde Genetik Tanı Merkezi ruhsatı/geçici çalışma izin belgesine sahip laboratuvarı bulunan ikinci basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından faturalandırılır.”

**MADDE 4** – Aynı Tebliğin 2.5.3.C-2 numaralı maddesinin ikinci fıkrasında yer alan “(VI) numaralı” ibaresi madde metninden çıkartılmıştır.

**MADDE 5** – Aynı Tebliğin 3.1.1 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) İkinci fıkrasında yer alan “Ancak, Sağlık Bakanlığı’nın tıbbi cihazlarla ilgili” ibaresi, “Ancak, Sağlık Bakanlığı’nın tıbbi cihazlar ile ilgili” şeklinde değiştirilmiştir.

b) Üçüncü fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(3) SUT eki Ek-3/C-2 listesinde yer alan Ismarlama tıbbi cihaz kapsamındaki nihai ürünlerin bedellerinin karşılanmasında; nihai ürünler TİTUBB kayıt sisteminde Sağlık Bakanlığınca kayıt altına alınıncaya kadar TİTUBB kayıt/bildirim işleminin tamamlanmış olması şartı aranmaz. Ancak, nihai ismarlama cihazın üretiminde kullanılan Tıbbi Cihaz Yönetmelikleri kapsamında olan malzemelerin ayrı ayrı TİTUBB kayıt bildirim işlemi tamamlanmış olma şartı aranacaktır. Ismarlama cihazın üretiminde kullanılan ve Tıbbi Cihaz Yönetmelikleri kapsamında olmayan (Örneğin, vücuda temas etmeyen kösele, perçin, yapıştırıcı, ip vs.) malzemelerin TİTUBB kayıt/bildirim işlemi tamamlanmış olma şartı aranmayacaktır.”

c) Yedinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(7) Kurumla sözleşmeli sağlık kurumlarında yatarak tedavilerde Kurumca bedeli karşılanmayan tıbbi malzemelerin hastaya aldırılarak kullanıldığı durumlarda fatura tutarı hastaya ödenerek ilgili sağlık kurumunun

alacağından mahsup edilir. Ancak, sağlık kurumlarınca hastaya aldırılan bu tıbbi malzemenin Kurumca ödenmediğine ilişkin hastanın yazılı olarak bilgilendirilmesi halinde hastaya herhangi bir ödeme yapılmaz.”

ç) On birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(11) Bedeli Kurumca karşılanmayan işlemlere ait tıbbi malzeme bedelleri Kurumca karşılanmaz.”

**MADDE 6** – Aynı Tebliğin 3.1.2 numaralı maddesinde aşağıdaki değişiklikler yapılmıştır.

a) On ikinci fıkrasının “b” bendinde yer alan “Miatlı tıbbi malzemenin” ibaresi “SUT eki Ek-3/C-2 ve Ek-3/C-3 listelerinde yer alan miatlı tıbbi malzemelerin” şeklinde değiştirilmiştir.

b) On ikinci fıkrasının “c” bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“c) SUT eki EK-3/C-2 Listesinde yer alan protez/ortezlerin bakım ve onarımının mümkün olmadığı durumlarda protez/ortezin süresinden önce yenilenme talepleri, protez/ortezin oluşturan ara ürünlerin hangilerinin bakım ve onarımının mümkün olmadığı ayrıntılı olarak belirtildiği, bünyesinde protez/ortez ünitesi bulunduran resmi kurumlar/resmi sağlık kurumları tarafından düzenlenmiş sağlık raporu ile belgelenmesi koşuluyla, ilgili parçaların bakım/onarım masraflarının toplam bedelinin protez/ortez bedelinin %75’ini aşması halinde süresinden önce SUT hükümleri doğrultusunda kurum tarafından karşılanacaktır.”

c) On ikinci fıkrasına aşağıdaki düzenleme “ç” bendi olarak eklenmiştir.

“ç) SUT eki EK-3/C-2 Listesinde yer alan protez/ortezlerin yenilenme süresi içerisinde, protez/ortezin oluşturan ara ürünlerden herhangi birisinin yenilenerek mevcut protez/ortezin kullanılabilmesinin sağlık raporu ile belgelendirilmesi halinde, bakım onarımı gereken parçaların bedelleri, SUT hükümleri doğrultusunda Kurum tarafından karşılanacaktır.”

ç) On sekizinci fıkrasına son cümle olarak aşağıdaki cümle eklenmiştir.

“Ancak, bu kişilerin maluliyetleri ile ilgili durum kesinleştikten sonra, 5510 sayılı Kanuna göre hangi kapsamda sağlık yardımlarından yararlandırıldığına bakılarak ortez/protez ve diğer iyileştirici araç ve gereçlerin bedelleri karşılanır.”

**MADDE 7** – Aynı Tebliğin 3.3.9 numaralı maddesinin (2) nci fıkrasının “d” bendi yürürlükten kaldırılmıştır.

**MADDE 8** – Aynı Tebliğin 3.3.12 numaralı maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

### **“3.3.12–Ayakta ağız ve diş tedavilerinde tıbbi malzeme temin/ödeme usul ve esasları**

(1) Lokal anestezi altında, cerrahi tedavilerde kullanılan, greft, membran, kanama durdurucu vb. iyileştirici nitelikteki tıbbi malzemeler (Kurumca bedeli karşılanmayacağı ayrıca belirtilen malzemeler ve SUT’ta belirtilen diğer istisnalar hariç) sağlık hizmeti sunucusu tarafından temin edilmek zorundadır. Bu malzemelerin reçete karşılığı hastaya 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) Protez yapıştırıcıları, protez temizleme tabletleri, özel içerikli diş macunları vb. malzemelerin bedeli Kurumca karşılanmaz.

(5) 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 ilgili malzemenin kullanıldığına dair epikriz raporu eklenir.”

**MADDE 9** – Aynı Tebliğ’in 4.1.1 numaralı maddesinin üçüncü fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(3) Reçetelerde hekimin adı soyadı, uzmanlık dalı veya yan uzmanlık dalı, asistanlar için ihtisas yaptığı uzmanlık dalı veya yan uzmanlık dalı, diploma numarası veya diploma tescil numarası bilgileri, ıslak imzası ile reçetenin düzenlendiği sağlık kurum veya kuruluşunun adı mutlaka yer alacaktır.”

**MADDE 10** – Aynı Tebliğ’in 4.1.4 numaralı maddesinin dördüncü ve beşinci fıkraları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(4) Bir ilacın ruhsatlı endikasyonları ve prospektüs dozu dışında kullanımı ancak Sağlık Bakanlığınca verilen endikasyon dışı ilaç kullanım onayı ile mümkündür.

a) Bu konuda Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan “Endikasyon Dışı İlaç Kullanımı Kılavuzu”nda belirtilen esaslara da uyulacak olup, kılavuzda tanımlanmamış durumlar için Sağlık Bakanlığı endikasyon dışı ilaç kullanım onayı aranır.

b) Kurum web sayfasında yayımlanan EK-4/D Listesinde yanında (\*) yıldız işareti bulunmayan ilaçların Kurum web sayfasında yayımlanan EK-4/D Listesinde belirtilen hastalıklarda kullanımı halinde Sağlık Bakanlığı endikasyon dışı ilaç kullanım onayı aranmaz.

c) Sağlık Bakanlığınca verilen endikasyon dışı ilaç kullanım onaylarında, bu onay için süre belirtilmemiş ise rapor yenilenmesinde yeni onay aranmaz.

ç) Sağlık Bakanlığınca verilen endikasyon dışı ilaç kullanım onayına dayanılarak ödemesi yapılacak ilaçların rapor ve reçeteleme koşulları için Bakanlıkça verilmiş onay kabul edilir.

d) Endikasyon dışı ilaç kullanım onayı 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. Kür protokolü uygulanan ilaçlarda ise 1 küre yetecek miktarda ilacın bedeli 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 formları, serumlar, enteral ve parenteral beslenme ürünleri, tıbbi amaçlı mamalar, diyaliz solüsyonları için bu fıkra ilk seferde en fazla bir aylık doz olarak uygulanır. Bu maddenin birinci fıkrası için bu fıkra hükümleri uygulanmaz.”

**MADDE 11** – Aynı Tebliğ’in 4.2.9.C-1 numaralı maddesinin birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(1) Diyalizat kalsiyumunun 1,25 mmol/l ile kullanılmasına rağmen albümin ile düzeltilmiş serum kalsiyumu 9,5 mg/dl altında ve serum fosfor 5,5 mg/dl altında ve parathormon (PTH) düzeyi 300 pg/ml’nin üzerinde olan hemodiyaliz tedavisi altındaki hastalarda başlanır.”

**MADDE 12** – Aynı Tebliğ’in 4.2.14.C numaralı maddesinin üçüncü fıkrasında aşağıdaki değişiklikler yapılmıştır.

a) (f) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“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

ilgili 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 lenfomalı hastalarda kombinasyon kemoterapisine ek olarak, CD20 pozitif diffüz büyük B hücreli lenfomada CHOP kemoterapi şemasına ek olarak kullanılabilir. CD20 pozitif diffüz büyük B hücreli lenfoma, foliküler lenfoma ve mantle hücreli lenfomada maksimum 8 küre kadar kullanılabilir.

3) Foliküler lenfomada; rituximab kullanımına cevap veren ancak progresif hastalık gelişen (daha önce aynı tedaviye yanıt vermiş olduğu için kombinasyon kemoterapisi olarak) vakalarda 8 küre ilave olarak en fazla 4 kür daha kullanılabilir. İndüksiyon tedavisine yanıt vermiş (en fazla 8 kür kullanılmış) hastada, hastanın yanıt süresini uzatmak için indüksiyon tedavisinden sonra hastalık progresyonunu engellemek amacıyla iki yıl süresince ek olarak en fazla 8 kür daha kullanılabilir.

4) Kronik Lenfositik Lösemi (KLL);

a. Performans durumu iyi olan (ECOG 0-1), 17 p delesyonu bulunmayan KLL hastalarının birinci basamak tedavisinde fludarabin ve siklofosfamid ile kombine olarak kullanılabilir.

b. Relaps/Refrakter (Nükseden/Dirençli) tedavide; daha önce fludarabin ve alkilleyici ajanlarla tedavi sonrası progresyon gelişmiş, 65 yaş ve altı, ECOG performans statüsü 0-1 olan, 17p delesyonu bulunmayan KLL hastalarında fludarabin ve siklofosfamid ile kombine olarak 4 kür rituksimab kullanılması uygundur. İlk kürde en çok 375 mg/m<sup>2</sup>, diğer kürlerde 500 mg/m<sup>2</sup> kullanılabilir; 4 kür sonunda en az kısmi yanıt alınması halinde, 2 kür daha verilerek tedavi en çok 6 küre tamamlanabilir.”

b) (i) bendine aşağıdaki dördüncü madde eklenmiştir.

“4) Sunitinib ve everolimus pankreatik nöroendokrin tümör tedavisinde ardışık ya da kombine olarak kullanılamaz.”

c) (p) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“p) Everolimus;

1) Daha önce sunitinib veya sorafenib kullanmış ve direnç göstermiş olan metastatik renal hücreli karsinomalı hastalarda en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulunduğu tedavi protokolünü de gösterir 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

2) Cerrahi ya da diğer lokal tedavi yaklaşımlarına uygun bulunmayan, son 12 ay içinde RECIST kriterlerine göre progresyon gösteren, metastatik ya da lokal ileri evrede olan, iyi differansiye (Ki-67 değeri 2 veya altında olan) pankreatik nöroendokrin tümörü bulunan, daha önce somatostatin ve kemoterapi uygulanmış olan hastalarda en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulunduğu tedavi protokolünü gösterir 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

3) Sunitinib ve everolimus pankreatik nöroendokrin tümör tedavisinde ardışık ya da kombine olarak kullanılamaz.”

**MADDE 13** – Aynı Tebliğ'in 4.2.15 numaralı maddesinde aşağıdaki değişiklikler yapılmıştır.

a) Madde başlığı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“4.2.15 – Klopidoğrel, silostazol, ivabradin, prasugrel ve dabigatran kullanım ilkeleri”

b) 4.2.15.A numaralı maddesinin üçüncü fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(3) Kalp kapak biyoprotezi bulunanlarda, anjiyografik olarak belgelenmiş koroner arter hastalığı, tıkalı periferik arter hastalığı veya serebral iskemik olay (iskemik inme) saptanan hastalardan asetil salisilik asit kullanamayan (ASA intoleransı olduğu raporda belirtilen) 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.

c) Maddeye aşağıdaki 4.2.15.Ç ve 4.2.15.D maddeleri eklenmiştir.

“4.2.15.Ç–Prasugrel;

(1) Klopidoğrel tedavisi altında iken stent trombozu gelişen akut koroner sendromlu (AKS) hastalarda; bu durumun belirtildiği, en az bir kardiyoloji veya kardiyovasküler cerrahi uzman hekiminin yer aldığı, 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak yine bu hekimlerce ya da iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

(2) Stent trombozunun geliştiği tarihten itibaren en fazla 1 yıl süreyle kullanılır.

4.2.15.D–Dabigatran;

(1) Prospektüsünde belirtilen risk faktörlerinden bir ya da daha fazlasına sahip, non-valvuler atriyal fibrilasyonlu hastalarda (ekokardiyografi ile romatizmal kapak hastalığı veya ciddi mitral kapak hastalığı olmadığı gösterilen veya protez kapak hastalığı olmayan); en az 2 ay süre ile varfarin kullanılmasından sonra en az birer hafta ara ile yapılan son 5 ölçümün en az üçünde varfarin ile hedeflenen INR değerinin 2-3 arasında tutulamadığı durumlarda varfarin kesilerek dabigatran tedavisine geçilebilir.

(2) Varfarin tedavisi altında iken serebrovasküler olay geçirenlerde doğrudan dabigatran tedavisine geçilebilir.

(3) Dabigatran; yukarıdaki durumlarda bu durumun belirtildiği tedavisine geçişin gerekçesinin belirtildiği ve en az bir kardiyoloji uzman hekiminin yer aldığı, 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak yine bu hekimlerce ya da iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.”

**MADDE 14** – Aynı Tebliğ'in 4.2.17.D numaralı maddesinin birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(1) 65 yaş üstü hastalardan; T skoru -3,5 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.”

**MADDE 15** – Aynı Tebliğ'in 4.2.28 numaralı maddesinde aşağıdaki değişiklikler yapılmıştır.

a) 4.2.28.A numaralı maddesinin birinci fıkrasının (ç) bendi ve dördüncü fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(ç) LDL düzeyinin 70 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.

(4) Rosuvastatinin 20 mg ve üzeri etken madde içeren dozları, atorvastatin, simvastatin ve pravastatinin 40 mg ve üzeri etken madde içeren dozları, fluvastatinin 80mg 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.”

b) 4.2.28.B numaralı maddesinin birinci fıkrasında yer alan “iç hastalıkları” ibaresinden sonra gelmek üzere “, nöroloji” ibaresi eklenmiştir.

**MADDE 16** – Aynı Tebliğin 4.2.32 numaralı maddesinin dördüncü fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(4) Gadobutrol;

a) Tüm vücut MR anjiyografi görüntülemesinde,

b) 65 yaş ve üzeri tüm hastalarda tüm prospektüs endikasyonlarında,

c) Böbrek yetmezliği olan hastalarda tüm prospektüs endikasyonlarında,

ç) Diğer hastalarda ise yalnızca karaciğer ve böbrek manyetik rezonans görüntülemesinde,

kullanılır.”

**MADDE 17** – Aynı Tebliğin 4.2.33 numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

**“4.2.33 – Göz hastalıklarında ilaç kullanım ilkeleri**

**4.2.33.A – Yaş tip yaşa bağlı makula dejenerasyonu ve diyabetik maküler ödem (DMÖ)’den kaynaklanan görme bozukluğu tedavisinde kullanılan ilaçların kullanım ilkeleri**

(1) Pegaptanib sodyum, ranibizumab ve vertaporfin etken maddelerini içeren ilaçlar; üçüncü basamak sağlık kurumlarında en az üç göz hastalıkları uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporu ile hasta anamnezi, FFA ve lezyona ait renkli resim varlığı raporda belirtilerek, göz hastalıkları uzmanlarınca reçetelenerek 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 yükleme dozuyla 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 ardışık ya da kombine olarak kullanılamayacaktır.

(4) Bu grup ilaçlar yalnızca ayakta tedavi kapsamında ödenecektir.

**4.2.33.B – Retina ven tıkanıklığında 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) Ranibizumab deksametazon intravitreal implant kullanımı uygun olmayan veya yanıt alınamayan hastalarda kullanılabilir. Ranibizumab; intravitreal implant kullanılamama gerekçesi ile birlikte hasta anamnezi, FFA ve lezyona ait renkli resim varlığına ait bilgiler 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilerek birer ay arayla 3 kez yükleme dozuyla 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) Deksametazon intravitreal implant; her bir göz için yılda maksimum 2, ranibizumab; her bir göz için ömür

boyu maksimum 7 kutu ilaç bedeli ödenir.

(4) Üçüncü basamak sağlık kurumlarında en az üç göz hastalıkları uzmanı tarafından düzenlenen sağlık kurulu raporuna dayanılarak göz hastalıkları uzmanlarınca reçetelenir.”

**MADDE 18** – Aynı Tebliğ’in 4.2.35 numaralı maddesinde aşağıdaki değişiklikler yapılmıştır.

a) Madde başlığı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

**“4.2.35 – Nöropatik ağrı ve fibromiyaljide ilaç kullanım ilkeleri”**

b) 4.2.35 numaralı maddesinin birinci fıkrasında yer alan “romatoloji” ibaresinden sonra gelmek üzere “, ortopedi” ibaresi eklenmiştir.

c) 4.2.35 numaralı maddesinin ikinci fıkrasında yer alan “nefroloji” ibaresinden sonra gelmek üzere “, ortopedi” ibaresi eklenmiştir.

ç) 4.2.35 numaralı maddesinin dördüncü fıkrasında yer alan “(kombinasyonları dahil);” ibaresinden sonra gelmek üzere “diyabetik nöropatik ağrı ve” ibaresi eklenmiştir.

d) Maddeye aşağıdaki beşinci fıkra eklenmiştir.

“(5) Duloksetin; fibromiyalji ve kronik kas-iskelet ağrısı tedavisinde romatoloji, ortopedi, fizik tedavi verehilitasyon ve algoloji uzmanları tarafından veya bu hekimlerden birinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.”

**MADDE 19** – Aynı Tebliğ’in 5.2.3 numaralı maddesinin ikinci fıkrasının “c” bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“c) İş kazası veya trafik kazası nedeniyle Kurumumuzca karşılanacak görmeye yardımcı tıbbi malzemeler için diğer reçetelerden ayrı, her hasta için ayrı olmak üzere fatura düzenlenecektir.”

**MADDE 20** – Aynı Tebliğ’in 5.3.4 numaralı maddesinde aşağıdaki değişiklikler yapılmıştır.

a) Birinci fıkrasına aşağıdaki düzenleme “e” bendi olarak eklenmiştir.

“e) Varsa özürürlü sağlık kurulu raporu aslının veya onaylı fotokopisinin,”

b) İkinci fıkrada yer alan “Yatarak tedavilerde” ibaresi “Yatarak tedavilerde ve bu Tebliğ’in 3.3.12 numaralı maddesi kapsamındaki tedavilerde” şeklinde değiştirilmiştir.

c) Üçüncü fıkrada yer alan “tıbbi malzeme için” ibaresi “sürekli kullanılan tıbbi malzemelere ilişkin” şeklinde değiştirilmiştir.

ç) Aşağıdaki düzenleme dördüncü fıkra olarak eklenmiştir.

“(4) Fatura arkasında reçetenin düzenlendiği branşın uzman hekimlerinden biri tarafından reçetede yazan malzemenin (ısmarlama eksternal protez ve ortezler için) hasta üzerinde uygulandığının görüldüğü ve uygunluğunun belirtilerek onaylanması gerekir. (tıbbi uygunluk gerektirmeyen tıbbi malzemeler ve işitme cihazları hariç)

**MADDE 21** – Aynı Tebliğ’in 6.5 numaralı maddesinin birinci fıkrasının (ç) bendi “3.1.3 (1) fıkrasının (i) bendinde belirtilen tıbbi malzemelere ait fiyatlar 1/7/2013 tarihinde,” şeklinde değiştirilmiştir.

**MADDE 22** – Aynı Tebliğ eki “Hastaya Sunulmuş Olan Hizmetleri ve İlave Ücreti Gösterir Belge” de (EK-

1/B) bu Tebliğ eki (1) numaralı listede yer aldığı şekilde değiştirilmiştir.

**MADDE 23** – Aynı Tebliğ eki “Taniya Dayalı İşlem Puan Listesi”nde (EK-2/C) yapılan değişiklikler bu Tebliğ eki (2) numaralı listede belirtilmiştir.

**MADDE 24** – Aynı Tebliğ eki “BİRDEN FAZLA BRANŞTA KULLANILAN TIBBİ MALZEMELER” (EK-3/A) listesinde aşağıdaki değişiklikler yapılmıştır.

a) Listeye eklenen tıbbi malzemeler, “303.470” SUT kodlu “ENDOSKOPIK SUCTION&İRRİGASYON, 10 MM” adlı tıbbi malzemedden sonra gelmek üzere bu Tebliğ eki (3) numaralı listede belirtilmiştir.

b) “380.010” SUT kodlu ve “HYDROCOLLOID İÇERİKLİ YARA ÖRTÜSÜ KÜÇÜK” adlı malzemenin altındaki satırda yer alan ödeme kriterleri ve/veya kurallarına ikinci, üçüncü ve dördüncü fıkra aşağıdaki şekilde eklenmiştir.

“(2) Enfekte yaraları olan ve/veya grade 4 iskemik arter hastalığı tanısı konulan hastalarda kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanmaz.

(3) Kapasite tamamlanmadan önce (hidrokolloid baloncuğu kenara ulaşmadan önce) ve 2-7 gün içinde değiştirilmelidir.

(4) 100 cm<sup>2</sup>’ ye kadar olanlar küçük yara örtüsü olarak kabul edilir.”

c) “380.011” SUT kodlu ve “HYDROCOLLOID İÇERİKLİ YARA ÖRTÜSÜ ORTA” adlı malzemenin altındaki satırda yer alan ödeme kriterleri ve/veya kurallarına ikinci, üçüncü ve dördüncü fıkra aşağıdaki şekilde eklenmiştir.

“(2) Enfekte yaraları olan ve/veya grade 4 iskemik arter hastalığı tanısı konulan hastalarda kullanılması halinde bedeli Kurumca 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.”

ç) “380.012” SUT kodlu ve “HYDROCOLLOID İÇERİKLİ YARA ÖRTÜSÜ BÜYÜK” adlı malzemenin altındaki satırda yer alan ödeme kriterleri ve/veya kurallarına ikinci, üçüncü ve dördüncü fıkra aşağıdaki şekilde eklenmiştir.

“(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.”

d) “380.020” SUT kodlu ve “KÖPÜKLÜ VEYA FİBER İÇERİKLİ YARA ÖRTÜSÜ KÜÇÜK” adlı malzemenin altındaki satırda yer alan ödeme kriterleri ve/veya kurallarına ikinci, üçüncü ve dördüncü fıkra aşağıdaki şekilde eklenmiştir.

“(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.”

e) “380.021” SUT kodlu ve “KÖPÜKLÜ VEYA FİBER İÇERİKLİ YARA ÖRTÜSÜ ORTA” adlı malzemenin altındaki satırda yer alan ödeme kriterleri ve/veya kurallarına ikinci, üçüncü ve dördüncü fıkraya aşağıdaki şekilde eklenmiştir.

“(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) 100-225 cm<sup>2</sup>' ye kadar olanlar orta yara örtüsü olarak kabul edilir.”

f) “380.022” SUT kodlu ve “KÖPÜKLÜ VEYA FİBER İÇERİKLİ YARA ÖRTÜSÜ BÜYÜK” adlı malzemenin altındaki satırda yer alan ödeme kriterleri ve/veya kurallarına ikinci, üçüncü ve dördüncü fıkraya aşağıdaki şekilde eklenmiştir.

“(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.”

**MADDE 25** – Aynı Tebliğ eki “TIBBİ UYGUNLUK ARANACAK TIBBİ MALZEMELER” (EK-3/C1) listesinde yer alan bazı SUT kodlarının karşısındaki tıbbi malzeme alan tanımlarında yapılan değişiklikler (4) numaralı listede belirtilmiştir.

**MADDE 26** – Aynı Tebliğ eki “EKSTERNAL ALT VE ÜST EKSTREMİTE/GÖVDE PROTEZ ORTEZLER” (EK-3/C2) listesinde aşağıdaki değişiklikler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “ALT EKSTREMİTE ORTEZLERİ” başlığının karşısındaki “H” ibaresi kaldırılmıştır.

b) Listede yer alan “DİZ EKLEMİ MİKRO İŞLEMCİ KONTROLLÜ ALT EKSTREMİTE PROTEZLERİ” başlığının altındaki satırda yer alan ödeme kriterleri ve/veya kuralları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“1) Aşağıdaki hallerde bedeli Kurumca karşılanmaz.

a) Hastanın 65 yaşının üstünde olması,

b) Soketin uygulanmasına engel olabilecek güdük bölgesinde komplike yara, tedaviye dirençli ağrı olması gibi durumlarda,

c) Protezin ağırlığının hasta tarafından tolere edilememesi,

ç) Hastanın fonksiyonel seviyesinin K0-K1-K2-K3 olması,

d) Hastanın protez diz eklemine salınım ve duruş faz özelliklerini kontrol edememesi,

e) Hastanın ambulasyonunu engelleyen denge bozukluğu veya ataksisinin olması,

- f) Hastanın ampüte ekstremitesinde 20 derecenin üzerinde kalça fleksiyon kontraktörünün olması,
- g) Hastanın diğer ekstremitesinde yürümeyi bozan veya engelleyen deformitenin bulunması,
- ğ) Hastanın protezin işleyişini ve kullanımını anlamadaki bilişsel yetilerinde kısıtlılık olması,
- h) Hastanın 125 kg üzerinde ve 48 kg altında olması,
- ı) Bilateral amputasyonlu hastalarda, karşı taraf extremitenin diz dezartikülasyonu ve üzeri seviyede amputasyon olması veya dizaltı amputasyonu olup da protez uygulamaya uygun olmayan güdüğe sahip olması,
- i) Periferik vasküler hastalık nedeni ile ampüte olan hastalarda,
- j) İlk kez protez alacak hastalarda,
- k) Hastanın mevcut fonksiyonel düzeyini sürdürmesini engelleyecek kas iskelet sistemi hastalığı, nörolojik/nöromusküler hastalık (ALS, inme, beyin hasarı, serebral palsi, Parkinson, Alzheimer, MS, Müskülerdistrofi,vb.), kardiyovasküler/pulmoner (KAH, KOAH, vb.) hastalığı, organ yetmezliği vb. kronik hastalıklarının bulunması.
- 2) Birinci fıkrada sayılan kriterleri taşımadığının sağlık kurulu raporu ile belirtilmesi durumunda bedeli Kurumca karşılanır.
- 3) Hastanın günlük yaşamında ve çalışma hayatında aktif durumda (iş yaşantısı, mesleki gereklilik, öğrencilik, farklı zemin, rampa veya sürekli merdiven kullanma gibi) olduğunun, mevcut protezi ile yardım almaksızın (yürüme yardımcısı kullanılmaksızın) bağımsız yürüyebildiğinin ve günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yerine getirebildiğinin sağlık kurulu raporunda belirtilmesi gerekmektedir.
- 4) Hastanın, protezin çalışmasını ve kullanımını engelleyecek derecede aşırı nem, toz, yüksek gerilim ve elektromanyetik alan gibi özel çevresel faktörlerin olduğu ortamlarda çalışmayacağını belgelemesi veya taahhüt etmesi gerekmektedir.”
- c) Listede yer alan “OP1334” SUT kodlu ve “ENERJİ DEPOLAYAN/ KARBON SİSTEM AYAK DEĞİŞİMİ” adlı ortez protez ile “OP1335” SUT kodlu ve “KARBON GRAFİT AFO” adlı ortez protezin karşısındaki “\*\*” işaretleri “A” olarak değiştirilmiştir.
- ç) Listede yer alan “OP1180” SUT kodlu ve “DİZ ÜSTÜ PROTEZİ-ERKEN AMELİYAT MASASINDA” adlı ortez protezin karşısına “A” ibaresi eklenmiştir.
- d) Listede yer alan “OP1295” SUT kodlu ve “OP1296” SUT kodlu “STANDİNG TABLE (AYAKTA DİK KONUMLANDIRMA CİHAZI)” adlı ortez protezlerin, “OP1297” SUT kodlu ve “AYAKTA DİK POZİSYONLAMA CİHAZI (PARAPODİUM CİHAZI/STAND UP WHEELCHAİR (MANUEL KALKIŞ MANUEL SÜRÜŞ))” adlı ortez protezin karşısındaki “A” ibaresi kaldırılmıştır.
- e) Listede yer alan “OP1253” SUT kodlu ve “TRANSKARPAL AMPUTASYONU İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZ 2 KANAL TEK ELEKTROTLU” adlı ortez protez ile “OP1266” SUT kodlu ve “DİRSEK ÜSTÜ AMPUTASYONU İÇİN MYOLEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZİ 4 KANAL SİSTEM” adlı ortez protez de dahil olmak üzere bu SUT kodları arasındaki satırlarda yer alan ortez ve protezlerin karşısındaki “A” ibaresi kaldırılmıştır.
- f) Listenin en altında yer alan “ÖZEL KOŞULLAR” başlığı altındaki yedinci fıkrada “onayının” ibaresi kaldırılmıştır.
- g) Listenin en altında yer alan “ÖZEL KOŞULLAR” başlığı altındaki sekizinci fıkra aşağıdaki şekilde

değiştirilmiştir.

“(A\*) ile işaretli olan ortez-protezler için, fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimince düzenlenen hastane başhekiminin imzasının bulunduğu uzman hekim raporu gerekmektedir.”

ğ) Listenin en altında yer alan “ÖZEL KOŞULLAR” başlığı altındaki dokuzuncu fıkrada “onayının” ibaresi kaldırılmıştır.

h) Listenin en altında yer alan “ÖZEL KOŞULLAR” başlığı altındaki onuncu fıkra aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(B\*) ile işaretli olan ortez-protezler için, fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimince düzenlenen hastane başhekiminin imzasının bulunduğu uzman hekim raporu gerekmektedir.”

ı) Listenin en altında yer alan “ÖZEL KOŞULLAR” başlığı altındaki on ikinci fıkra aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(C\*) ile işaretli olan malzemeler için ilgili branştaki uzman hekimince düzenlenen hastane başhekiminin imzasının bulunduğu uzman hekim raporu gerekmektedir.”

i) Listenin en altında yer alan “ÖZEL KOŞULLAR” başlığı altındaki on dördüncü fıkra aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(14) \*\* Sağlık kurulu raporu, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji ve psikiyatri uzman hekimlerinin bulunduğu üçüncü basamak sağlık kurumları sağlık kurullarınca düzenlenecektir. Bu sağlık kurulu raporlarının protez veya ortezin yapımından önce Sağlık Bakanlığına bağlı Ankara veya İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanelerince veya TSK Bilkent Rehabilitasyon merkezince onaylanması gerekmektedir. (OP1334 ve OP1335 kodlu malzemelerde onay şartı aranmaz.)”

j) Listenin en altında yer alan “ÖZEL KOŞULLAR” başlığı altındaki on beşinci fıkra aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(15) MOBİLİTE VE AKTİVİTE DESTEKLEYİCİ ORTEZ VE PROTEZLER başlığı 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 ortezprotez üretim ve uygulamaları yapan Üniversitelerce onaylanması gerekmektedir. (OP1334 ve OP1335 kodlu malzemelerde onay şartı aranmaz.)”

k) Listede yer alan “TEKERLEKLİ SANDALYELER” başlığı altındaki ortez ve protezlerin karşısındaki “B” ve “B\*” ibareleri kaldırılmıştır.

l) Listede yer alan “OP1291” SUT kodlu ve “ÖZELLİĞİ OLMAYAN MOTORSUZ TEKERLEKLİ SANDALYE” adlı ortez protezin altındaki satırdaki ödeme kriterleri ve/veya kurallarında yer alan “sakatlığı” ibaresi “engellilik durumu” olarak değiştirilmiştir.

m) Listede yer alan “OP1292” SUT kodlu ve “ÖZELLİKLİ MOTORSUZ TEKERLEKLİ SANDALYE” adlı ortez protezin altındaki satırdaki ödeme kriterleri ve/veya kurallarının birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(1) Ayakta durmak ve/veya yürümek için alt ekstremitelerini kullanamayacak hastalığı veya engellilik durumu olduğu ortopedi ve travmatoloji, beyin cerrahisi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, erişkin veya çocuk nöroloji uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenecek sağlık kurulu raporu ile belgelenenlere bu hekimlerce reçete edilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.”

n) Listede yer alan “OP1292” SUT kodlu ve “ÖZELLİKLİ MOTORSUZ TEKERLEKLİ SANDALYE” adlı

ortez protezin altındaki satırdaki ödeme kriterleri ve/veya kurallarının ikinci fıkrasında yer alan “özürlülük” ibaresi “engellilik” şeklinde; “özürlülüğünün” ibaresi ise “engellilik durumunun” şeklinde değiştirilmiştir.

o) Listede yer alan “OP1293” SUT kodlu ve “AKÜLÜ TEKERLEKLİ SANDALYE” adlı ortez protezinaltındaki satırdaki ödeme kriterleri ve/veya kurallarının birinci fıkrasında yer alan “sakatlığımın” ibaresi “engellilik durumunun” olarak değiştirilmiştir.

ö) Listede yer alan “OP1293” SUT kodlu ve “AKÜLÜ TEKERLEKLİ SANDALYE” adlı ortez protezinaltındaki satırdaki ödeme kriterleri ve/veya kurallarının ikinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(2) Yukarda sayılan hastalıklar gibi tekerlekli sandalyeyi hareket ettirememesi ya da hareket ettirmesi halinde kişinin sağlığının tehlikeye gireceği durumlarda, bu durumlarının Ortopedi ve Travmatoloji, Beyin Cerrahisi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, erişkin veya Çocuk Nöroloji uzman hekimlerinden birinin ve kalp yetmezliği veya koroner arter hastalıkları varsa ayrıca Kardiyoloji uzmanı, adı geçen branşta hekim yoksa Dahiliye uzmanı; kronik obstrüktif akciğer hastalıkları varsa ayrıca Göğüs Hastalıkları uzmanı, adı geçen branşta hekim yoksa Dahiliye uzmanının yer aldığı; mental fonksiyonlar yönünden akülü tekerlekli sandalye kullanıp kullanamayacağı hususunun ayrıca belirtildiği; psikiyatri uzman hekiminin de yer aldığı sağlık kurullarınca düzenlenen sağlık kurulu raporuyla belgelendirilmesi şartıyla akülü tekerlekli sandalye Kurumca bedelleri karşılanır.”

p) Listede yer alan “OP1293” SUT kodlu ve “AKÜLÜ TEKERLEKLİ SANDALYE” adlı ortez protezinaltındaki satırdaki ödeme kriterleri ve/veya kurallarının üçüncü ve dördüncü fıkraları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(3) Trafik tescili zorunlu olan ve kullanımı için H sınıfı sürücü belgesi gerektiren motorlu malul arabalarının Kurumca bedelleri karşılanmaz. Ancak, SUT’un yürürlük tarihinden önce Kurumca temin edilmiş motorlu malul arabalarının bakım ve onarım işlemleri SUT hükümleri doğrultusunda yürütülür.

(4) Akülü tekerlekli sandalye en az; elektronik kumandalı, kapalı devre sistemiyle yokuş aşağı bile hızı ve yönü ayarlanabilir, 6-12 derece arası eğimde kullanılabilme imkanı, taşıma için katlanabilir, hız limiti ayarlanabilir, 120 kg taşıma kapasitesinde, elektronik akü şarj cihazlı, tek veya çift akü kutusu ile 24 V akülü özelliklerine haiz olmalı ve ilgili firma tarafından 2 (iki) yıl garanti, 10 (on) yıl yedek parça bulunurluk garantisi, teknik destek taahhütnameşi verilmiş olmalıdır.”

r) Listede yer alan “MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZLER” başlığı altındaki satırdaki ödemekriterleri ve/veya kuralları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“1) Sağlık kurulu raporu ile önerilen myoelektrik kontrollü kol protezleri;

(a) Bilateral üst ekstremitte amputasyon/uzuv eksiklikleri olan hastaların her iki üst ekstremitesine,

(b) Tek taraflı non dominant üst ekstremitte amputasyon/uzuv eksiklikleri ile birlikte karşı ekstremiteyi kullanamayacak hastalara,

(c) Tek taraflı dominant üst ekstremitte amputasyon/uzuv eksiklikleri olan hastalara,

reçete edilmesi durumunda Kurumca bedelleri karşılanır.

2) Sağlık kurulu raporunda; hastanın myoelektrik kontrollü kol protezi kullanımına ilişkin eğitim aldığı ve kullanabileceğinin yanında ayrıntılı değerlendirmeleri içeren ilgili uzman hekimlerin görüşünün yer alması zorunlu olup söz konusu raporların Sağlık Bakanlığına bağlı Ankara veya İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanelerince veya TSK Ankara Rehabilitasyon merkezince onaylanması gerekmektedir.

3) Myoelektrik kontrollü kol protezlerine yönelik sağlık kurulu raporu, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Ortopedi ve Travmatoloji ve Psikiyatri uzman hekimlerinin birlikte bulunduğu 3.Basamak sağlık kurumları sağlık

kurullarınca düzenlenecektir.

4) Myoelektrik kontrollü kol protezleri Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon veya Ortopedi ve Travmatoloji uzman hekimlerince reçete edilebilir.

5) 6 yaş öncesi hastalara temin edilen çocuk/yetişkin myoelektrik kontrollü kol protezi bedelleri Kurumca karşılanmaz.

6) 17 yaş ve üzeri hastalarda çocuk myoelektrik kontrollü kol protezi bedelleri Kurumca karşılanmaz.

7) Çocuk myoelektrik kontrollü kol protezi bedelleri 6-16 yaş (6 ve 16 yaş dahil) arasında Kurumca bedeli karşılanır.

8) Sağlık kurulu raporunu düzenleyen ilgili sağlık kurumunda reçeteyi düzenleyen hekim tarafından myoelektrik kol protezinin hastada uygulandığının, hastanın protezinin özelliklerine uygun fonksiyonları yerine getirebildiğinin (reçetede yazılan amaçlara uygun olduğunun) reçete arkasına yazılarak onaylanması gerekmektedir.

9) Myoelektrik kontrollü kol protezini yapan uygulama merkezi tarafından, hastanın protezin teknik özelliklerine uygun fonksiyonel hareketlerini yerine getirebildiğinin (fatura ekinde yer alması) belgelendirilmesi gerekmektedir.

10) Protezin kontrolünü sağlayacak kaslardan yüzey elektromiyografi (sEMG) çalışması en fazla kasılma sırasında yapılan incelemede daha önce belirlenmiş yeterli eşik değeri (motor ünite aksiyon potansiyeli (MÜAP) amplitüt ölçümü, karesel ortalama karekök (RMS), güç spektral analizi vb) ve üzerinde aktivitenin saptanması veya bu konuda özelleşmiş myotest ölçümleri yapabilen tanı/geri bildirim cihazları yardımı ile sağlık kurulu raporunu düzenleyen sağlık kurumlarınınca elektrodu çalıştırabilecek yeterli aksiyon potansiyeline sahip olduğu belgelendirilmelidir.

11) Myoelektrik kontrollü kol protezlerinin yenilenme süresi 10 (on) yıldır. Bu süreden önce temin edilen myoelektrik kontrollü kol protezlerinin Kurumca bedelleri karşılanmaz.

12) Myoelektrik kontrollü kol protezi temin edildikten sonra hasta tarafından, yüksek gerilim altında ve manyetik alanlarda çalışmayacağını belgelemesi veya taahhüt etmesi gerekmektedir.

13) Myoelektrik kontrollü omuz dezartikülasyon kol protezlerinin Kurumca bedelleri karşılanmaz.”

s) Listede yer alan “OP1334” SUT kodlu ve “ENERJİ DEPOLAYAN/KARBON SİSTEM AYAK DEĞİŞİMİ” adlı ortez protezin karşısındaki “ÖZEL KOŞULLAR” sütununda yer alan ödeme kriterleri ve/veya kuralları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“SUT eki EK-3/C2 listesinde yer alan protezler ile birlikte fatura edilemez. Ancak, MOBİLİTE VE AKTİVİTE DESTEKLEYİCİ ORTEZ VE PROTEZLER başlığı altında yer alan protezlerin tamir bakım işlemlerinde fatura edilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.”

**MADDE 27** – Aynı Tebliğ eki “DİĞER PROTEZ ORTEZLER” (EK-3/C3) listesinde aşağıdaki değişiklikler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “DO1005” SUT kodlu ve “KULAK KALIBI” adlı ortez protezin altındaki satırdaki ödeme kriterleri ve/veya kuralı çıkarılmıştır.

b) Listede yer alan “İŞİTME CİHAZI VE KULAK KALIBI” başlığı altındaki ödeme kriterleri ve/veya kuralları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(1) Kurumca bedeli karşılanacak olan dijital programlanabilir işitme cihazları; GC (Kazanç Kontrol), TC (Ses Tını Kontrol), PC (Yüksek Frekansta Maksimum Çıkış), MPO (Alçak Frekansta Maksimum Çıkış) ve AGC (Otomatik

Kazanç Kontrol) özelliklerinden en az 3 (üç) fonksiyona sahip olmalıdır.

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

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

b) 5-12 yaş için; en az dört kanallı veya kanaldan bağımsız, en az sekiz bandlı, FM sistem uyumlu, çift mikrofonlu, gürültü azaltıcı özellikli, feedback yönetimi özelliği olmalıdır. Bu kişilerde kulak içi cihaz kullanıldığı takdirde bedeli Kurumca karşılanmaz.

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

(3) İşitme cihazı bedellerinin ödenebilmesi 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;

1) 0-4 yaş arası çocuklar için beyin sapı odyometrisinin (ABR Testi) Kulak Burun Boğaz Hastalıkları uzman hekimi, uzman odyolog veya odyolog tarafından imza ve kaşesinin bulunduğu onaylanmış aslı,

2) 4 yaş ve üzerinde odyolojik test sonuçlarını gösterir belgenin Kulak Burun Boğaz Hastalıkları uzman hekimi, uzman odyolog, odyolog veya odyometrist tarafından imza ve kaşesinin bulunduğu onaylanmış aslı,

3) 4 yaş ve üzerinde saf ses odyometrisine cevap veremeyen hastalarda beyin sapı odyometrisinin (ABR), Kulak Burun Boğaz Hastalıkları uzman hekimi, uzman odyolog veya odyolog tarafından imza ve kaşesinin bulunduğu onaylanmış aslı,

b) İşitme cihazına ait barkod ile birlikte cihazın marka, model ve seri numarasını gösterir etiketin aslı,

c) Sağlık Bakanlığınca düzenlenmiş olan ruhsatname ve sorumlu müdür belgesinin onaylı örneği,

ç) İşitme cihazına ve tedarikçi firma ve/veya alt bayii bilgilerine ait TITUBB PRICAT çıktıları,

d) Hastanın işitme eşiklerinin bu cihaza ait işitme kazanç eğrisinin içerisinde yer aldığını gösterir işitme cihazı merkezi tarafından düzenlenmiş ıslak imzalı belge (gerçek kulak ölçümü sonuçları),

e) İşitme cihazının hastanın işitme kaybına uygunluğunu belirten ve merkez tarafından düzenlenmiş ıslak imzalı taahhütname,

f) İşitme cihazının teknik bilgilerinin (cihazın tipi, maksimum kazanç, maksimum çıkış gücü, kazanç eğrisi) yer aldığı, işitme merkezi tarafından onaylanmış katalog,

istenecektir.

(4) İşitme cihazı faturası üzerinde; hasta adı, hasta T.C. kimlik numarası, işitme cihazına ait marka, model ve seri numarası bilgileri yer alacaktır. Fatura arkasında "işitme cihazının eksiksiz ve çalışır durumda teslim alındığı ve işitme cihazı ile ilgili eğitimin tarafına verildiği" ibarelerinin hasta veya yakını tarafından yazılarak imzalanmış olması gerekmektedir.

(5) İşitme cihazı bedellerinin Kurumca ödenebilmesi için, Kurumla sözleşmeli resmi sağlık kurumlarınca en az 1 (bir) Kulak Burun Boğaz Hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenecektir.

(6) Sağlık kurulu raporunda işitme cihazının dijital programlanabilir olduğu ayrıca belirtilecektir.

(7) Odyometri testi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları uzman hekimi veya uzman odyolog veya odyolog veya odyometrist tarafından onaylanmış olması halinde kabul edilecektir. İşitme cihazı reçetesinin de sağlık kurulu raporunu düzenleyen sağlık kurumlarında/kuruluşlarında düzenlenmiş olması gerekmektedir.

(8) Odyometri testi en az 250-500-1000-2000-4000-8000 Hz frekanslarda hava yolu ve 500-1000-2000-4000 Hz frekanslarda kemik yolu işitme eşiklerini ve konuşmayı ayırt etme skorlarını içermelidir. Kötü işiten kulakta 500-1000-2000 Hz frekanslarında saf ses ortalamasının en az 30 dB ve üzerinde olması ya da her bir kulakta 2000-4000 Hz frekanslarında 40 dB ve üzeri işitme kaybı olması durumunda işitme cihazı bedelleri Kurumca karşılanacaktır.

(9) Her iki kulak için işitme cihazı bedeli ödenebilmesi için;

a) Sağlık kurulu raporunda iki kulakta işitme kaybının bulunduğu belirtilmesi 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 durumunda değişiklik olması ve verilen cihazın yeterli gelmemesi durumunda, bu durumun Kurumla sözleşmeli resmi sağlık kurumunca düzenlenen sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi halinde süresinden önce yenilenebilir.

(11) İşitme durumunda değişiklik nedeniyle işitme cihazının yenilenmesi gerektiğinde, eski cihazın temin dönemindeki odyometrik bulgularla yeni odyometrik bulgular arasındaki farkın sağlık kurulu raporunda belirtilmelidir.

(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 ibraz edilmesi durumunda Kurumca bedelleri karşılanır. Ancak, işitme cihazlarının ilk kez alınması aşamasında, kulak kalıpları için ayrıca herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

(14) 18 yaş altı çocuklar için belirlenmiş olan tutar; 0-4 yaş için % 80, 5-12 yaş için % 60 ve 13-18 yaş için % 50 oranında artırılarak Kurumca bedeli karşılanır.”

c) Listede yer alan “NEBÜLİZATÖR CİHAZI” başlığı altındaki satırdaki ödeme kriterleri ve/veya kuralları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(1) Nebulizatör cihazı verilmesine ilişkin sağlık kurulu raporlarının,

a) Erişkin hastalar için; Göğüs Hastalıkları veya Alerji Hastalıkları uzmanlarından en az birinin yer aldığı sağlık kurulu tarafından düzenlenmesi gerekmektedir.

b) Çocuk hastalar için; Çocuk Alerjisi 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 solunum fonksiyon testi (SFT) ve gerekiyorsa arteriyel kan gazı (AKG) sonuçlarını gösterir belge eklenecektir.

(3) Kompresör tipi nebulizatör bedelleri Kurumca karşılanacak olup ultrasonik nebulizerler bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(4) Erişkin hastalarda cihazın verilmesine ilişkin olarak; inhaler preparatları ve inhaler preparatların

kullanılmasına yardımcı aletleri (airchamber, spacer v.b.) kullanmadığı sağlık kurulu raporu ile belgelenen,

a) Stabil kronik akciğer hastalığı olanlarda; FEV1 $\leq$ 40 ise AKG değerlerine bakılmaksızın, FEV1>40 ise; AKG'da PaO<sub>2</sub> $\leq$ 55 mmHg veya SaO<sub>2</sub> $\leq$  88 olması,

b) Persistan astımlı hastalarda; FEV1 veya PEFr $\leq$ %60 veya FEV1 veya PEFr % 60-80 arasında olup günlük PEFr veya FEV1 değişkenliği %30'un üzerinde,

c) Bronşiektazi tanısı ile birlikte kalıcı hava yolu obstrüksiyonu olan hastalarda; stabil dönemde FEV1 $\leq$  40 olduğu sağlık kurulu raporunda belirtilmesi ve dayanağı belgelerin rapor ekinde yer alması koşuluyla nebulizatör cihazı bedelleri Kurumca karşılanır.

(5) Çocuk hastalarda cihazın verilmesine ilişkin olarak;

a) Persistan astımlı hastalarda; FEV1 veya PEFr $\leq$ %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 solunum fonksiyon testi yapılamayan hastalarda bu durumun sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla nebulizatör cihazı bedelleri Kurumca karşılanır.

ç) Astımlı çocuklarda sadece ağır veya çok ağır (hayatı tehdit eden) astım krizlerinde kan gazı değişikliği olabilir. Astım krizinde olmayan persistan ağır astımı olan çocuklarda arteriyel kan gazı sonuçları, ister 6 yaş altı isterse 6 yaş üstü olsun nebulizer cihaz endikasyonu için aranmaz.

(6) Solunum fonksiyon testi yapamayan ve kronik akciğer hastalığı tanısı almış çocuklarda, bronkopulmoner displazi, bronşiolitis obliterans tanılı hastalarda, interkostal adaleleri çalışmayan veya mental retarde (IQ $\leq$ 40) olan nörolojik sorunlu hastalarda PaO<sub>2</sub> $\leq$ 55 mmHg veya SaO<sub>2</sub> $\leq$ 88 olması halinde bu durumun sağlık kurulu raporunda belirtilmesi gerekmektedir.”

ç) Listede yer alan “DO1013” SUT kodlu ve “BPAP/BPAP S CİHAZI” başlığı altındaki satırdaki ödemekriterleri ve/veya kuralları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(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 basınca karşı nefes verme gücünü yaşayan OUAS hastalarında veya Uyku ile ilişkili hipoventilasyon/hipoksemisendromu (restriktif akciğer hastalığı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, obesite-hipoventilasyon sendromu, pulmoner parankimal veya vasküler patolojilere bağlı hipoventilasyon/hipoksemi vb) olan hastalarda; bu durumun düzenlenecek sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla BPAP cihazı (auto BPAP hariç) bedelleri Kurumca karşılanır.

(2) BPAP S cihazı için kronik solunum yetmezliğinde SUT "3.3.6.A-2" maddesinde yer alan genel hükümlere ilaveten;

a) Restriktif akciğer hastalıklarında;

1- PaCO<sub>2</sub>  $\geq$  45 mmHg veya

2- En az 2 lt /dk akım hızında nazal O<sub>2</sub> desteği altında O<sub>2</sub> saturasyonunun 5 dk süreyle kesintisiz  $\leq$  %88 veya

3- İlerleyici nöromusküler hastalıklar için maksimal inspiratuar basınç (MİP) $\leq$  60 cm H<sub>2</sub>O veya FVC  $\leq$  %50, olarak saptanması ve bunlara ilişkin kanıtlayıcı belgelerin (solunum fonksiyon testi, arteriyel kan gazı ölçümü) sağlık



kurulu raporu ekinde yer alması koşuluyla BPAP-S cihazı bedelleri Kurumca karşılanır.

b) Obstrüktif akciğer hastalıkları: Uygun bronkodilatatör ve O2 tedavisine rağmen;

1- PaCO<sub>2</sub> ≥ 55 mmHg veya

2- PaCO<sub>2</sub> 50 ve 54 mmHg arasında ise en az 2 lt/dk akım hızında nazal O2 desteği altında noktürnal O2 saturasyonunun 5 dk süreyle kesintisiz ≤ %88 veya

3- PaCO<sub>2</sub> 50 ve 54 mmHg arasında olup, bir yılda ikiden fazla hiperkapnik atak nedeniyle hastaneye yatırılan, kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda; bu durumların sağlık kurulu raporunda belirtilmesi ve bunlara ilişkin kanıtlayıcı belgelerin (solunum fonksiyon testi, arteriyel kan gazı ölçümü) sağlık kurulu raporu ekinde yer alması koşuluyla BPAP-S cihazı bedelleri Kurumca karşılanır. (hasta solunum fonksiyon testi yapamıyorsa bu durum sağlık kurulu raporunda açıkça belirtilmelidir.)”

d) Listede yer alan “DO1017” SUT kodlu ve “EV TİPİ MEKANİK VENTİLATÖR (EN AZ BASINÇ DESTEKLİ VENTİLASYON (PSV) İLE BİRLİKTE VOLÜM VE/VEYA BASINÇ KONTROLLÜ VENTİLASYON (VCV, PCV) SAĞLAYAN VENTİLATÖRLER)” başlığı altındaki satırdaki ödeme kriterleri ve/veya kuralları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(1) İnvaziv mekanik ventilasyon cihazının uygulama endikasyonları;

a) Akut solunum yetmezliği sonrasında yoğun bakımdan çıkışına engel kalmayacak şekilde diğer sistem hastalıkları tedavi edildiği ve kronik tedavi uygulamaları düzenlendiği halde invaziv solunum desteğinden ayrılamayan veya ayrılma olasılığı olmayan trakeotomili hastalarda,

b) Kronik ve/veya ilerleyici solunum yetmezliği veya başka kronik organ disfonksiyonlarına sekonder solunum yetmezliği nedeni ile non-invaziv mekanik ventilasyon uygulamasının yetersiz kaldığı, yapılamadığı veya yapılmasının 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 hekimin ve yoğun bakım sorumlusu uzman hekimin (İç Hastalıkları, Göğüs Hastalıkları, Anestezi ve Reanimasyon, Nöroloji, hastanın çocuk olması halinde ise Çocuk Hastalıkları, Çocuk Göğüs Hastalıkları, Çocuk Yoğun Bakım uzmanları) yer aldığı, 2 nci ve 3 üncü basamak yoğun bakım ünitesi bulunan sağlık kuruluşlarınca ayrıntılı olarak düzenlenecek sağlık kurulu raporuna istinaden bedelleri Kurumca karşılanır.

(3) Raporda hastanın gereksinimine göre cihazın teknik özelliklerinin belirtilmesi gerekir. Bu teknik özellikler hastanın solunumsal stabilitesini sağlayan MV parametrelerini (Mod, Vt, frekans, tetikleme hassasiyeti, Pins, Psup, PEEP, FiO<sub>2</sub>, İnspiratuar akış hızı veya I: E oranı) kapsamalıdır.

(4) İnvaziv mekanik ventilasyon cihazının yenilenme süresi 5 yıldır. Bu süreden önce yenilenen cihazların bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(5) Aşağıda belirtilen invaziv mekanik ventilasyon cihazı ile birlikte kullanılması ve belli süreden önce değişmesi gereken aksesuarlar ve yardımcı sarf malzemelerinin bedelleri Kurumca karşılanır;

a) Solunum devreleri (ayda 2 adet)

b) Bağlantı üniteleri (ayda 1 adet)

c) Trakeotomi kanülü (ayda 2 adet)

ç) Isı nem tutucu filtre (haftada 2 adet)

d) Aspirasyon sondası (günde 4 adet)

Ancak, ev tipi mekanik ventilatörler ile birlikte kullanılan aspirasyon sondasının günde 4 adedi aşan kullanımları, düzenlenen sağlık kurulu raporunda belirtilmesi ve Kurumun inceleme birimleri tarafından uygun görülmesi şartıyla Kurumca bedeli karşılanır.

(6) İnvaziv mekanik ventilasyon cihazı için düzenlenen sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile oksijen konsantratörü, oksijen tüpü, ev tipi aspirasyon cihazı, nebulizatör, nemlendirici,ambu seti bedelleri Kurumca karşılanır.

(7) İnvaziv mekanik ventilasyon cihazlarının kullanımı ve bakımı konusunda verilecek eğitim, hasta için izleme programı oluşturulması, hastayı taburcu eden ve raporlarını düzenleyen hekimin ve hastanenin sorumluluğundadır.”

e) Listede yer alan “LENF ÖDEM KOMPRESYON CİHAZLARI” başlığı altındaki satırdaki ödeme kriterlerine/veya kuralları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(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 edilmesi 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, tekrarlayan infeksiyöz ataklar, fibrozis, deri ve deri altında skleroz, flebolenf ödemi ya da ileri evre (C4-6) kronik venöz hastalık bulunan hastalarda Kurumca bedelleri karşılanır.

(3) Heyet raporu ekinde lenf ödemli hastaların, flebolenfödem ya da ileri evre (C4-6) kronik venöz hastalık venöz yetmezliğe bağlı durumlarda venöz sistem doppler ultrasonografi raporu ekte olmalıdır. Hastaların karşılaştırmalı her iki ekstremitte fotoğrafları da rapora eklenmelidir.

(4) Kompresyon cihazları diz altı lenf ödemlerde veya venöz yetmezliklerde en fazla 2 (iki) kanallı, diz üstü lenf ödemlerde veya venöz yetmezliklerde en fazla 6 (altı) kanallı, üst ekstremitte lenf ödemlerde veya venöz yetmezliklerde en fazla 1 (bir) kanallı olması halinde Kurumca bedeli karşılanır. Sadece Evre II lenf ödemlerde en fazla 2 (iki) kanallı cihaz bedeli Kurumca karşılanır.

(5) Cihazın diz altı, diz üstü, üst ekstremitte ve kaç kanallı olacağı ilgili hekim raporunda belirtilmelidir.”

f) Listede yer alan “YANIK BASI GİYSİLERİ” başlığı altındaki satırdaki ödeme kriterleri ve/veya kuralları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(1) Erişkin hastalarda Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi veya Genel Cerrahi uzmanlarının birlikte bulunduğu; 18 (on sekiz) yaşının altındaki yanık 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 edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

(2) İkinci ve üçüncü derece yanık sonrası oluşmuş hipertrofik skar ve keloidlerin tedavisi ve azaltılması, oluşabilecek hipertrofik skarı önlemek amacıyla, 0-3 yaş çocuklarda 3 (üç) ayda 1 (bir), daha büyük çocuklarda 6 (altı) ayda 1 (bir), erişkinlerde ise yılda 1 (bir) kez reçete edilebilir.

(3) Rapor geçerlilik süresi 1 (bir) yıldır.

(4) Hastaya alerjik veya toksik etki göstermemelidir.

(5) Ortalama 15-40 mmHg basınç uygulamalı ve kullanım süresinin sonuna kadar bu basıncın en az yarısını sağlayabilmelidir.

(6) İç yüzeyi hastada bası yaralarına yol açmayacak tarzda dikişsiz ve pürüzsüz olmalıdır.

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

(8) Giysi sık yıkanabilir kumaştan imal edilmeli yıkanma ile deforme olmamalı, boyutları değişmemeli ve yıkama talimatı hastaya verilmelidir.

(9) Değişik renk ve desenlerde olabilir. (özellikle çocuklarda kullanımı özendirilebilmek için)

(10) Hasta ile temas eden iç kısmında hekimin uygun görmesi halinde uygun gördüğü alanlar silikon tabaka ile kaplanabilmelidir.

(11) Bası giysilerinde kullanılacak silikon tabaka miktarı sağlık kurulu raporu ile belirlenen hipertrofik skar alanının %10 fazlasından daha geniş olamaz.

(12) 18 (on sekiz) yaşın altındaki yanık hastalarında SUT eki Ek-3/C3 listesindeki kriterlere uygun ısaralama yanık bası giysileri, erişkinlerde ise ihtiyaca göre ısaralama veya hazır bası giysileri fatura edilebilir.

(13) Bası giysilerinin yanık olayını takiben ilk 6 (altı) ay içinde kullanılmaya başlanması halinde bedeli Kurumca karşılanacaktır.”

g) Listede yer alan “DO1020” SUT kodlu ve “MİKRO İNFÜZYON POMPASI (İNSÜLİN POMPASI)” adlı tıbbi malzemenin altındaki satırdaki ödeme kriterleri ve/veya kurallarının birinci fıkrasında yer alan “Mikro infüzyon pompası” ibaresi “Açık loop mikro infüzyon pompası” olarak değiştirilmiştir.

**MADDE 28 – Aynı Tebliğ eki “TIBBİ SARF MALZEMELER” (EK-3/C4) listesinde aşağıdaki değişiklikler yapılmıştır.**

a) “A10041” SUT kodunun karşısında yer alan “SİLİKON” adlı ortez protezinin adı “İLEOSTOMİ TORBASİ (ADAPTÖR İÇİN)(FİLTRE DAHİL)” olarak değiştirilmiştir.

b) Bu Tebliğ eki (5) numaralı listede belirtilen tıbbi malzemelerin ve fiyatlarının yürürlük tarihi “01.09.2012” olarak değiştirilmiştir.

c) “A10049” SUT kodlu “HASTA ALT BEZİ” başlığı altındaki satırdaki ödeme kriterleri ve/veya kurallarının beşinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(5) Sağlık raporunda; kolostomili hastalarda idrar inkontinansı, ürostomili hastalarda gaita inkontinansı olduğunun belirtilmesi halinde hasta alt bezinin Kurumca bedeli karşılanır.”

ç) Listede yer alan “A10099” SUT kodlu “KÖPÜKLÜ VEYA FİBER İÇERİKLİ YARA ÖRTÜSÜ ORTA” başlığı altındaki satırdaki ödeme kriterleri ve/veya kuralları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(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) 100-225 cm<sup>2</sup>'ye kadar olanlar orta yara örtüsü olarak kabul edilir.”

d) “A10103” SUT kodlu “KOKLEAR İMPLANT KONUŞMA İŞLEMCİSİ” başlığı altındaki satırdaki ödeme kriterleri ve/veya kurallarının birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiş ve ikinci fıkra aşağıdaki şekilde eklenmiştir.

“(1) Konuşma işlemcisi, 7 (yedi) yıldan önce yenilenemez. Ancak Kİ kurul raporuna istinaden tamiri mümkün olmayan durumlarda (kullanıcı kusuruna bağlı olmaksızın) bu süre dikkate alınmadan süresinden önce yenilenebilir. 7 (yedi) yılı dolduran kişilerde Kİ kurulunun uygun görmesi halinde Kİ kurul raporuna istinaden yenilenebilecektir.

(2) Bozulduğu rapor edilen konuşma işlemcisi, Kurum taşra teşkilatına teslim edilecektir.”

e) “A10104” SUT kodlu “AKTARICI (BOBİN, TRANSMİTTER)” başlığı altındaki satırdaki ödemekriterleri ve/veya kurallarının birinci fıkrasında yer alan “Bozulduğu rapor edilen konuşma işlemcisi, Kurum taşra teşkilatına teslim edilecektir.” ibaresi metinden çıkarılmıştır.

**MADDE 29** – Aynı Tebliğ eki “ÖZEL HALLERDE KARŞILANAN TIBBİ MALZEMELER” (EK-3/C5) listesinde aşağıdaki değişiklikler yapılmıştır.

a) “100006” SUT kodlu ve “ENERJİ DEPOLAYAN/KARBON SİSTEM AYAK FARKI” adlı tıbbi malzemenin “ÖZEL KOŞULLAR” sütununda yer alan hükümde geçen “(\*\*)” ibaresi kaldırılmıştır.

b) Listenin sonundaki birinci fıkrada yer alan “onayının” ibaresi kaldırılmıştır.

**MADDE 30** – Aynı Tebliğ eki “GÖRMEYE YARDIMCI TIBBİ MALZEMELER” (EK-3/D) listesinde aşağıdaki değişiklikler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “GZ.11120” SUT kodlu tıbbi malzemenin adı “Yakın Okuma Kepi Tek\*” olarak değiştirilmiştir.

b) Listede yer alan “GZ.11050” SUT kodlu tıbbi malzemenin adı “Yakın Okuma Kepi Çift\*” olarak değiştirilmiştir.

**MADDE 31** – Aynı Tebliğ eki “OMURGA CERRAHİSİ ALAN GRUBUNA AİT TIBBİ MALZEMELER” (EK-3/E1) listesinde aşağıdaki değişiklikler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “Ek-5/E” ibareleri “EK-3/E-1” olarak değiştirilmiştir.

b) Listenin en altında yer alan “GENEL HÜKÜMLER” başlığı altındaki hükümlerin yedinci fıkrasında yer alan “tanıya dayalı işlemler listesi (EK-9)” ibaresi “TANIYA DAYALI İŞLEM PUAN LİSTESİ (EK-2/C)” olarak değiştirilmiştir.

c) Listenin en altında yer alan “GENEL HÜKÜMLER” başlığı altındaki hükümlerin sekizinci fıkrasının “a” ve “b” bentleri aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“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 arada kullanıldığı durumlarda dinamik sistem bir segmenti geçemez, hareketli ya da yarı hareketli sistemin uygulandığı segmentte füzyon materyalleri kullanılması halinde, sistem ve füzyon materyallerinin Kurumca bedeli karşılanmaz.)

b) Lomber hareketli ve yarı hareketli sistemlerin sadece 3. Basamak Hastanelerde (eğitim verme yetkisi olan

klirik) uygulanması halinde Kurumca bedeli karşılanır.”

ç) “102.110” SUT kodlu “TORAKOLUMBAR, POSTERIOR MONOAXIAL VİDA, TİTANYUM, AÇIK CEMENT ENJEKTE EDİLEBİLİR (KİLİTLEME APARATI VE NUT DAHİL)” adlı malzemenin altındaki ödeme kriterleri ve/veya kurallarının birinci fıkrası ve son satırındaki hüküm aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(1) “T” vida olarak tanımlanan monoaxial ve polyaxial torakolumbar posterior vidaların kullanılması halinde, vida ve konnektörünün (SUT eki Ek-3/E-1 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.”

“olup bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde Kurumca bedeli karşılanır.”

d) “102.126” SUT kodlu “TORAKOLUMBAR, POSTERIOR MONOAXIAL (I) VİDA, TİTANYUM, PEDİATRİK/YETİŞKİN (VİDA-ROD BAĞLANTI APARATI DAHİL)” adlı malzemenin altındaki ödeme kriterleri ve/veya kurallarının birinci fıkrası ve son satırındaki hüküm aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(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 ürünler) toplam fiyatı, torakolumbar posterior polyaxial vida (SUT eki Ek-5/E Listesinde 102.130 sıra nolu ürün) fiyatını geçemez.”

“olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde bedeli Kurumca karşılanır.”

e) “102.145” SUT kodlu “TORAKOLUMBAR, POSTERIOR POLYAXIAL VİDA, TİTANYUM, SPONDİLOLİSTEZİS VİDASI/DİSTRAKSİYON-KOMPRESYON VİDASI/ÇEKTİRME VİDASI, PEDİATRİK/YETİŞKİN (KİLİTLEME APARATI VE NUT DAHİL)” adlı malzemenin altındaki ödeme kriterleri ve/veya kurallarının birinci fıkrası ve son satırındaki hüküm aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(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 ürünler) toplam fiyatı, torakolumbar posterior polyaxial vida (SUT eki Ek-5/E Listesinde 102.130 sıra nolu ürün) fiyatını geçemez.”

“olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde bedeli Kurumca karşılanır.”

f) “102.266” SUT kodlu “TORAKOLUMBAR POSTERİOR COCR ROD SKOLYOZ TEKLİ” adlı malzemenin altındaki ödeme kriterleri ve/veya kurallarının son satırındaki hüküm aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“olup, bu endikasyonlarda uygulandığı hallerde bedeli Kurumca karşılanır.”

**MADDE 32 – Aynı Tebliğ eki “BEYİN CERRAHİSİ BRANŞI KRANİAL CERRAHİSİ ALAN GRUBUNA AİT TIBBİ MALZEMELER” (EK-3/E2) listesinde aşağıdaki değişiklikler yapılmıştır.**

a) Listede yer alan “VAGAL SİNİR STİMÜLATÖRÜ:” başlığı altındaki satırdaki ödeme kriterleri ve/veya kuralları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(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 taşıması halinde uygulanır:

a) Hastanın yaşam kalitesini bozacak sıklık ve şekilde nöbetlerinin olması.

b) Nöbet tipine uygun bütün antiepileptikleri kullanmış olması ve hâlihazırda en az ikili major antiepileptik ajanı 2 (iki) yıldır kullanıyor ve bunlara cevap alınmıyor olması.

c) Daha önce epileptik cerrahi uygulanıp yanıt alınamamış ya da epileptik cerrahi uygulanamaz durumda

olması.

ç) Epilepsi nedeninin malign beyin tümörü, nörometabolik ya da nörodejeneratif hastalık olmaması.

d) Hastaların zekâ 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 komisyonca 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 dokümanite edildiği ayrıntılı epikriz (epikriz hasta takibini yapan nörolog ya da çocuk nörolog tarafından hazırlanmış ve imzalanmış olmalıdır),

3- Nöroradyolojik görüntüleme tetkiklerinin aslı,

4- Psikolog tarafından düzenlenmiş zeka düzeyini gösteren belge.”

b) Listede yer alan “KN1007” SUT kodlu ve “KRANİYAL MİNİ LEVHA TİTANYUM DÜZ PLAK” adlı tıbbi malzemenin altındaki satırdaki ödeme kriterleri ve/veya kurallarının sonuna gelmek üzere “kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılır.” ibaresi eklenmiştir.

**MADDE 33** – Aynı Tebliğ eki “ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ BRANŞI ARTROPLASTİ ALAN GRUBUNA AİT TIBBİ MALZEMELER” (EK-3/F-1) listesinde aşağıdaki değişiklikler yapılmıştır.

a) Listenin en altında yer alan “GENEL HÜKÜMLER” başlığı altındaki hükümlerin yedinci fıkrasının sonuna gelmek üzere “karşılır.” ibaresi eklenmiştir.

**MADDE 34** – Aynı Tebliğ eki “KARDİYOLOJİ BRANŞINA AİT TIBBİ MALZEMELER” (EK-3/H) listesinde aşağıdaki değişiklikler yapılmıştır.

a) “KR1202” SUT kodlu “MİTRAL HALKA (ANULUS) DARALTMA SİSTEMLERİ” adlı malzemenin altındaki ödeme kriterleri ve/veya kurallarında yer alan “3. basamak hastanelerinde” ifadesi, “3. basamak Sağlık Bakanlığı Hastaneleri veya 3. basamak TSK Hastanelerinde” olarak değiştirilmiştir.

b) “KR1161” SUT kodlu “STENT, VASKÜLER, KAROTİS, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, ÇELİK / NİTİNOL / DİSTAL İNCELEN MONORAİL” adlı malzemenin altındaki ödeme kriterleri ve/veya kuralları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(1) 3. basamak hastanelerde Kardiyoloji Uzmanı ile KVC veya Beyin Cerrahisi Uzmanları tarafından düzenlenen sağlık kurulu raporu ile stent uygulanma endikasyonunun epikrizde ayrıntılı olarak belirtilmesi halinde Kurumca bedeli karşılır.”

c) “KR1152” SUT kodlu “STENT, KORONER, BALONA MONTE EDİLMİŞ GRAFT STENT” adlı malzemenin altındaki ödeme kriterleri ve/veya kuralları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(1) Koroner perforasyon ve koroner anevrizmada kullanıldığının belirtildiği ve epikrizde 2 (iki) Kardiyoloji

uzmanının imzasının olması halinde, Kurumca bedeli karşlanır.”

ç) “KR2021” SUT kodlu “TRANSKATETER AORTİK KAPAK BALON EXPANDABLE (BALON SHEAT, TAŞIYICI SİSTEM BİRLİKTE) SET” adlı malzemenin altındaki ödeme kriterleri ve/veya kurallarının birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(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 karşlanır.”

d) “STENTGREFT, AORTİK, ABDOMİNAL” başlığı altında yer alan ödeme kriterleri ve/veya kurallarının birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(1) Yılda 250 adet tanısal anjiyografi veya işlem yapılan merkezlerde; 2 (iki) Kardiyoloji uzmanı ile Radyoloji veya KVC uzmanının olduğu konsey kararı ile Kurumca bedeli karşlanır.”

**MADDE 35** – Aynı Tebliğ ekinde yer alan ve “KALP KAPAKLARI VE RİNGLERİ” ibaresi ile başlayan listede (EK-3/I) aşağıdaki değişiklikler yapılmıştır.

a) Liste adı olarak “KALP DAMAR CERRAHİSİ BRANŞINA AİT TIBBİ MALZEMELER (EK-3/I)” ibaresi eklenmiştir.

b) “KV2000” SUT kodlu “TRANSKATETER MİTRAL KAPAK MANDAL VE TAŞIMA SİSTEMİ” adlı malzemenin altındaki ödeme kriterleri ve/veya kurallarında yer alan “3. basamak hastanelerde” ifadesi, “3. basamak Sağlık Bakanlığı Hastaneleri veya 3. basamak TSK Hastanelerinde” olarak değiştirilmiştir.

c) “KV2001” SUT kodlu “MİTRAL HALKA (ANULUS) DARALTMA SİSTEMLERİ” adlı malzemenin altındaki ödeme kriterleri ve/veya kurallarında yer alan “3. basamak hastanelerinde” ifadesi, “3. basamak Sağlık Bakanlığı Hastaneleri veya 3. basamak TSK Hastanelerinde” olarak değiştirilmiştir.

ç) “KV1168” SUT kodlu “STENT, VASKÜLER, KAROTİS, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, ÇELİK/NİTİNOL/DİSTAL İNCELEN MONORAIL” adlı malzemenin altındaki ödeme kriterleri ve/veya kuralları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(1) 3.basamak hastanelerde KVC Uzmanı ile Kardiyoloji veya Nöroloji veya Radyoloji Uzmanları tarafından düzenlenen sağlık kurulu raporu ile stent uygulama endikasyonunun epikrizde ayrıntılı olarak belirtilmesi halinde Kurumca bedeli karşlanır.”

d) “STENTGREFT, AORTİK, ABDOMİNAL” başlığı altında yer alan ödeme kriterleri ve/veya kurallarının birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(1) Yılda 250 adet tanısal anjiyografi veya işlem yapılan merkezlerde; 2 (iki) KVC uzmanı ile birlikte Radyoloji veya Kardiyoloji uzmanının olduğu konsey kararı ile Kurumca bedeli karşlanır.”

e) “STENTGREFT, HASTAYA ÖZEL” başlığı altında yer alan ödeme kriterleri ve/veya kurallarının birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(1) Yılda 250 adet tanısal anjiyografi veya işlem yapılan 3.basamak hastanelerde; 2 (iki) KVC uzmanı ile birlikte Radyoloji veya Kardiyoloji uzmanının olduğu konsey kararı 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 karşlanır.”

**MADDE 36** – Aynı Tebliğ eki “KULAK BURUN BOĞAZ BRANŞINA AİT TIBBİ MALZEMELER” (EK-3/J) listesinde KOKLEAR İMPLANT başlığı altındaki açıklama bölümünde yer alan “A) Koklear implant (Kİ)” alt başlığında aşağıdaki değişiklikler yapılmıştır.

a) Birinci fıkrasının “e”, “f” ve “g” bentleri aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“e) İşitsel nöropati tanısı alan ve en az 6 (altı) ay süreyle işitme rehabilitasyonu ve eğitiminden fayda görmediği odyolojik test bataryası ile belgelendirilmesi halinde yapılır.

f) İkinci kulağa Kİ uygulanması; menenjit sonrası ileri derecede sensörinöral işitme kayıplarında, ileri işitme kaybı yanında bilateral körlük olduğunda, corpus callosum agenezisine eşlik eden ileri derecede işitme kayıplarında eşzamanlı veya ardışık çift taraflı Kİ uygulanabilir.

g) Kİ uygulaması sonrası gelişen enfeksiyon nedeniyle koklear implantın işlevselliğini yitirmesi durumunda, bu durumun aynı resmi sağlık kurumunda çalışan 3 (üç) Kulak Burun Boğaz uzman hekimi tarafından düzenlenen sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi halinde yeniden planlanan implantasyon Kurumca bedeli karşılanır.”

b) İkinci fıkrasının “a”, “b” ve “c” bentleri aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“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 testi yapılabilen hastalarda konuşmayı ayırt etme skorunun %30’un altında olması gereklidir. En az 3 (üç) aylık süre ile binaural işitme cihazı kullanımından fayda görmediği sağlık kurulu raporunda belirtilmelidir.

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 kullanımından fayda görmediği sağlık kurulu raporunda belirtilmelidir.

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 altında kaldığı hastalarda kötü kulağa Kİ yapılabilir.”

c) Beşinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(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 konuşmayı ayırt etme skorunun %30’dan kötü olması durumunda uygulanır. Elektroakustik uygulamanın Kurumca bedelinin ödenmesi için son 2 (iki) yıl işitme eşiklerinin stabil olduğu belirtilmelidir.”

**MADDE 37** – Aynı Tebliğ eki “ÜROLOJİ BRANŞINA AİT TIBBİ MALZEMELER” (EK-3/L) listesinde aşağıdaki değişiklikler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “SAKRAL SİNİR STİMÜLATÖRLERİ VE AKSESUARLARI” başlığından sonraki satırdaki ödeme kriterleri ve/veya kurallarının üçüncü fıkrasının “b” bendinin “1” numaralı alt bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“1) Antimuskarinik ve intradetrüsör botulinum toksin enjeksiyonu tedavisine cevap vermeyen ve en az 2 (iki) yıldır izlemde olan hastalarda uygulanabilir.”

b) Listede yer alan “ENJEKSİYON ÜRÜNLERİ” başlığından sonraki satırdaki ödeme kriterleri ve/veya kurallarının “C) Prostat cerrahisi sonrası inkontinanstaki kullanılan enjeksiyon dolgu materyalleri” alt başlığının birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(1) Ürodinami ve sistoskopi sonuçlarına göre başka patolojilere bağlı olmayan sadece sfinkterik yetersizlik olduğu tespit edilen hastalarda kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.”



c) Listeden çıkarılan tıbbi malzemeler bu Tebliğ eki (6) numaralı listede belirtilmiştir.

**MADDE 38** – Aynı Tebliğ eki “RADYOLOJİ BRANŞI VE ENDOVASKÜLER/NONVASKÜLER GİRİŞİMSSEL İŞLEMLERE AİT TIBBİ MALZEMELER” (EK-3/M) listesinde aşağıdaki değişiklikler yapılmıştır.

a) “GR1136” SUT kodlu “STENT, VASKÜLER, KAROTİS, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, ÇELİK / NİTİNOL / DİSTAL İNCELEN MONORAIL” adlı malzemenin altındaki ödeme kriterleri ve/veya kuralları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(1) 3. basamak hastanelerde Radyoloji Uzmanı ile Beyin Cerrahisi veya KVC Uzmanları tarafından düzenlenen sağlık kurulu raporu ile stent uygulanma endikasyonunun epikrizde ayrıntılı olarak belirtilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.

(2) 3. basamak hastanelerde Nöroloji Uzmanı ile Beyin Cerrahisi veya KVC Uzmanları tarafından düzenlenen sağlık kurulu raporu ile stent uygulanma endikasyonunun epikrizde ayrıntılı olarak belirtilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.

(3) 3. basamak hastanelerde Beyin Cerrahisi Uzmanı ile Nöroloji veya Kardiyoloji veya Radyoloji Uzmanları tarafından düzenlenen sağlık kurulu raporu ile stent uygulanma endikasyonunun epikrizde ayrıntılı olarak belirtilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.”

b) “GR2037” SUT kodlu tıbbi malzemenin adı “STENT, VASKÜLER, GREFT KAPLI, PTFE'Lİ, İLAÇ BAĞLI VEYA KAPLAMALI KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, NİTİNOL, KISA (5CM VE ALTI)” olarak değiştirilmiştir.

**MADDE 39** – Aynı Tebliğ eki “ALLOGREFT ÜRÜN GRUBU” (EK-3/N1) listesinde aşağıdaki değişiklikler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “ÖZEL BİÇİMLENDİRİLMİŞ, PERICARDLAR (DURA)” başlığı “ÖZEL BİÇİMLENDİRİLMİŞ, PERICARDLAR, DURA” olarak değiştirilmiştir.

b) Listede yer alan “AG1095” SUT kodu ile “AG1112” SUT kodu arasındaki tıbbi malzemelerin tıbbi malzeme alan tanımları “ÖZEL BİÇİMLENDİRİLMİŞ, PERICARDLAR, DURA” olarak değiştirilmiştir.

**MADDE 40** – Aynı Tebliğin eki Sistemik Antimikrobik ve Diğer İlaçların Reçeteleme Kuralları (Ek-4/E) listesinde aşağıdaki değişiklikler yapılmıştır.

a) “Betalaktam Antibiyotikler” başlıklı (1) numaralı maddesinin B bendinin “2.Kuşak Sefalosporinler” alt maddesine 1.1 numaralı satır eklenmiştir.

b) “Betalaktam Antibiyotikler” başlıklı (1) numaralı maddesinin B bendinin “3.Kuşak Sefalosporinler” alt maddesine 12.1 numaralı satır eklenmiştir.

c) “Antiviral İlaçlar” başlıklı (11) numaralı maddesinin “A) HIV/AIDS Tedavisinde Kullanılan Spesifik İlaçlar” bendine 14 numaralı satır eklenmiştir.

**MADDE 41** – Aynı Tebliğin eki “Ayakta Tedavide Sağlık Raporu (Uzman Hekim Raporu/Sağlık Kurulu Raporu) ile Verilebilecek İlaçlar Listesi” nde (Ek-4/F) aşağıdaki değişiklikler yapılmıştır.

a) (27) numaralı madde aşaşıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“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 hastalıkları uzmanlarınca 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 tobramisin en fazla 1 kutu, kolistimetat 1 aylık dozda (ilk reçete dahil) reçetelenir. Sonraki her reçete için yeni pozitif kültür tarihi ve sonucu reçete veya raporda belirtilir.)”

b) (45) numaralı madde aşaşıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“45. Solifenasin, Tolterodine-L, Trospiyum, Darifenasin, Propiverin, Fesoterodin, Duloksetin; Oksibutinine yanıt alınamayan ya da tolere edemeyen hastalarda uzman hekimlerce raporsuz, uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce”

c) (49) numaralı maddesinde geçen “serum Ig E düzeyinin 30-700 IU/ml” ifadesi “serum Ig E düzeyinin 30-1500 IU/ml” şeklinde değiştirilmiştir.

ç) Aşaşıdaki (58) numaralı madde eklenmiştir.

“58. Eplerenon (Spironolakton tedavisi altındayken jinekomaştı gelişen veya spironolaktonu tolere edemeyen akut MI sonrası klinik kalp yetmezliği olan sol ventrikül disfonksiyonlu ( $Atım\ volümü(LVEF) \leq 40$ ) hastaların tedavisinde kardiyoloji uzman hekimlerince düzenlenen rapora istinaden tüm hekimlerce reğetelenebilir. Hipertansiyon tedavisinde ödenmez.)”

**MADDE 42** – Aynı Tebliğin eki “Sadece Yatan Hastalarda Kullanımı Halinde Bedelleri Ödenecek İlaçlar Listesi”nin (Ek-4/G) (27) numaralı maddesinde yer alan “plazminojen aktivatörleri” ifadesinden sonra gelmek üzere “, absiksimab” ifadesi eklenmiştir.

**MADDE 43** – Bu Tebliğin;

a) 1 ila 3, 5 ila 8 ve 19 ila 39 uncu maddeleri 1/5/2013 tarihinden geğerli olmak üzere yayımı tarihinde,

b) 4 üncü maddesi 1/1/2013 tarihinden geğerli olmak üzere yayımı tarihinde,

c) 9, 11 ila 18, 40 ve 42 nci maddeleri ile 41 inci maddesinin (b), (c) ve (ç) bentleri yayımı tarihinden 5 iş günü sonra,

ç) 41 inci maddesinin (a) bendi 6/8/2012 tarihinden geğerli olmak üzere yayımı tarihinde,

d) Diğer maddeleri yayımı tarihinde,

yürürlüğe girer.

**MADDE 44** – Bu Tebliğ hükümlerini Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı yürütür.