

Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığından:

**SOSYAL GÜVENLİK KURUMU SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİNDE
DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR TEBLİĞ**

MADDE 1- 24/3/2013 tarihli ve 28597 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinin 1.7.1 numaralı maddesinin birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(1) Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilerin sağlık hizmetleri, MEDULA sistemi üzerinden provizyon alınarak gerçekleştirilecektir.”

MADDE 2- Aynı Tebliğin 2.2 numaralı maddesinin yirmi birinci fıkrası yürürlükten kaldırılmıştır.

MADDE 3- Aynı Tebliğin 2.6.1.B-2 numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“2.6.1.B-2 - Mutat taşıt ücretleri

(1) Yerleşim yeri dışındaki sağlık hizmeti sunucusuna yapılan sevkler istinaden mutat taşıt giderleri; var ise fatura/bilet tutarını aşmamak üzere, SUT eki “Mutat Taşıt Yol Ücreti Listesi (EK-2/L)” nde yer alan KDV dahil ücretler üzerinden ödenir.

(2) Ulaştırma ve Altyapı Bakanlığı tarafından karayolları şehirlerarası yolcu taşımacılığı alanında uygulanmak üzere, SUT eki EK-2/L’de yer alan ücretlerden daha düşük tutarda taban ve/veya tavan ücret yayınlanması halinde mutat taşıt giderlerinin, düşük ücretin geçerli olduğu tarihler ile sınırlı olmak kaydıyla ilgili mesafeye ilişkin yayımlanan en düşük ücret esas alınarak ödenir. Ulaştırma ve Altyapı Bakanlığı tarafından yayınlanan ücret tarifesinde “0 ila 100 km” arası için ücret belirlenmemiş olması halinde ücret tarifesinde 101 km için geçerli olan ücretin; “0-25 km” arası mesafeler için 0,3 katsayısı ile, “26-50 km” arası mesafeler için 0,4 katsayısı ile, “51-75 km” arası mesafeler için 0,5 katsayısı ile, “76-100 km” arası mesafeler için 0,8 katsayısı ile çarpımı sonucu bulunacak miktarlar üzerinden ücret kıyaslaması yapılır.”

MADDE 4- Aynı Tebliğin 2.6.2 numaralı maddesinin ikinci fıkrasına aşağıdaki cümle eklenmiştir.

“Gündelik giderlerinin ödenmesinde uygulanacak gösterge rakamlarının ödemeye esas ücrete çevrilmesinde; gösterge rakamlarının devlet memurları aylıklarına uygulanan katsayı ile çarpılması sonucu bulunacak tutar, yuvarlama işlemi yapılmaksızın virgülden sonraki basamaklar alınmayarak uygulanır.”

MADDE 5- Aynı Tebliğin 3.3.3.Ç numaralı maddesinin üçüncü fıkrasının (a) bendi yürürlükten kaldırılmıştır.

MADDE 6- Aynı Tebliğin 3.3 numaralı maddesine aşağıdaki alt madde eklenmiştir.

“3.3.37-Hasta Alt Bezi/Külotlu Hasta Alt Bezi

(1) Hasta alt bezi/külotlu hasta alt bezi kullanması gerekli görülen hastalar için (çocuklar için en az 2 (iki) yaşını tamamlamış olmak kaydı ile) ikinci veya üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarınca düzenlenecek (en fazla 2 yıl süreli) uzman hekim raporunda;

- Mesane veya rektum kontrolü olmadığı veya,
- Kolostomi/ileostomili hastalarda idrar inkontinansı olduğunun veya,
- Ürostomili hastalarda gaita inkontinansı olduğunun,

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

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

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

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

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

MADDE 7- Aynı Tebliğin 4.2.10.C-1 numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“4.2.10.C-1- Enzim tedavisine başlama ve sonlandırma kriterleri

4.2.10.C-1.1- Başlama Kriterleri

(1) Tip II ve VI hastalarında; multiple sülfataz eksikliği enzimatik veya mutasyon analiz sonuçları ile dışlanmış, ilerleyici hastalığı olmayan, ventilatör bağımlılığı bulunmayan ve 6 dakika yürüme testi uygulayabilen hastalarda tedaviye başlanır.

(2) Tedaviye 24 ay (2 yaş) bitiminden sonra başlayacak hastalarda birinci fıkraya ek olarak, hastanın zihinsel gelişim durumu değerlendirilerek, ileri derecede zekâ özürlü saptanmayan hastalarda tedaviye başlanır. İleri derecede zekâ geriliği saptanan hastalarda tedaviye başlanmaz.

(3) 24 ay (2 yaş) ve altındaki hastalarda 6 dakika yürüme testi ve zeka testi kriterleri aranmaz.

(4) Tip I Mukopolisakkaridozda; enzim tedavisine başlangıç tarihi her yenilenen raporda belirtilmelidir. 30 ay altı, Developmental Quotient (DQ) skoru 70’ in üzerinde olan hastalarda kemik iliği replasman tedavisi uygulanabilir. Kemik iliği replasman tedavisi yapılmış ve başarılı olmuş hastalarda replasman sonrası en fazla altı ay daha enzim tedavisi uygulanabilir. Tip I Mukopolisakkaridozda; kemik iliği replasman tedavisinin yapılamadığı (gerekçesi raporda belirtilmek koşuluyla) veya başarısız olduğu hastalarda, enzim tedavisine devam kararı hastayı takip eden hekim tarafından yukarıda belirlenen kriterlere göre verilecektir.

(5) Tedaviye başlandıktan 1 yıl sonra hastanın devam kriterlerine göre tedaviden fayda gördüğünün raporda belirtilmesi koşulu ile tedaviye devam edilir.

4.2.10.C-1.2- Devam kriteri: İlk defa enzim replasman tedavisi alan hastalarda;

1) Bir yılın sonunda, başlangıç değerine göre, 6 dakika yürüme testinde %10 ve üzerinde iyileşme görülen hastalarda tedaviye devam edilir. Ancak, 24 ay (2 yaş) ve altındaki hastada 6 dakika yürüme testi şartı aranmaz.

2) Sonraki yıllarda, bir yılın sonunda kazanılan iyileşmenin sabit kalması veya gerilememesi gerekmektedir.

4.2.10.C-1.3- Sonlandırma kriteri: Devam kriterlerini karşılayamayan hastaların tedavileri sonlandırılır.”

MADDE 8- Aynı Tebliğin 4.2.10.E numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“4.2.10.E- Diğer lizozomal depo hastalıklarının tedavisi esasları

(1) Mukopolisakkaridoz tip IV A ve VII, wolman hastalığı ve kolesterol ester depo hastalığı gibi hastalıkların tedavisinde en az biri çocuk metabolizma hastalıkları veya çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları olmak üzere, 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak yine çocuk metabolizma hastalıkları veya çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları veya bu hekimlerin olmadığı yerlerde çocuk hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilecektir.

(2) Mukopolisakkaridoz Tip IV A (Morquio A Sendromu) hastalığının tedavisinde; periferik kandan veya dokudan enzim (N-asetilgalaktozamin 6-sülfataz) düzeyinin ve GALNS mutasyon analiz sonuçlarının hastalıkla uyumlu olmasına göre tanı konulmuş hastalardan, ilerleyici hastalığı olmayan, ventilatör bağımlılığı bulunmayan, 6 dakika yürüme testi ve solunum fonksiyon testlerini uygulayabilen hastalarda tedaviye başlanır. Ancak, 7 yaş ve altındaki hastalarda solunum fonksiyon testi, 2 yaş ve altındaki hastada ise 6 dakika yürüme testi şartı aranmaz.

a) Devam kriteri: İlk defa enzim replasman tedavisi alan hastalarda;

1) Bir yılın sonunda, başlangıç değerine göre, 6 dakika yürüme testinde %10 ve üzerinde iyileşme görülmesi,

2) Bir yılın sonunda, başlangıç değerine göre FVC veya FEV1’de %5 ve üzerinde iyileşme görülmesi, koşulları aranır.

3) 7 yaş ve altındaki hastada solunum fonksiyon testi, 2 yaş ve altındaki hastada 6 dakika yürüme testi şartı aranmaz.

4) Sonraki yıllarda, bir yılın sonunda kazanılan iyileşmenin sabit kalması veya gerilememesi gerekmektedir.

b) Sonlandırma kriteri: Devam kriterlerini karşılayamayan hastaların tedavileri sonlandırılır.

(3) Mukopolisakkaridoz tip VII tedavisinde vestronidase alfa kullanımı; enzimatik (beta glucuronidase) ve genetik (GUSB geni) olarak MPS Tip7 tanısını kesin olarak almış olan hastalara, üçüncü basamak sağlık kurumlarında çocuk metabolizma ve/veya çocuk endokrin ve metabolizma uzman hekiminin yer aldığı 6 aylık sağlık kurulu raporuna istinaden Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu bünyesinde bulunan “İlaçların Kişisel Tedavide Kullanılmalarını Değerlendirme Komisyonu” tarafından verilecek “İlaç Kullanım Onayı” ile üçüncü basamak sağlık kurumlarında adı geçen hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.”

MADDE 9- Aynı Tebliğin 4.2.13.3.2 numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“4.2.13.3.2- Kronik Hepatit C tedavisinde genel hükümler

(1) HCV RNA pozitifliğine bakılır.

(2) Kronik Hepatit C’ye bağlı kompanse (Child-Pugh A) karaciğer sirozu olan hastalarda; histopatolojik tanı olmadığı durumda trombosit sayısının 150.000/mm³’ün altında veya protrombin zamanının 3 saniye ve/veya üzerinde olması koşulu aranır.

(3) Kronik Hepatit C’ye bağlı dekompanse (Child-Pugh B veya Child-Pugh C) karaciğer sirozu olan hastalarda; asit sıvısının varlığı veya hepatik ensefalopati veya sarılık (total bilirubin >3 mg/dl) veya özefagus varis kanaması olması koşulları aranır. Dekompansé karaciğer sirozu olan erişkin hastalarda HCV genotip tayini yapılır. Bunun dışındaki erişkin hastalar için genotip tayini gerekmez.

(4) Çocuk hastalarda “4.2.13.3.2.B- Çocuk hastalarda Kronik Hepatit C tedavisi” maddesinde tanımlı durumlarda genotip tayini yapılır.

(5) Tedavide kullanılan ilaçlar, üçüncü basamak sağlık kurumlarında gastroenteroloji veya enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak, bu uzman hekimler ile çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimini tarafından reçete edilir.

(6) Düzenlenecek uzman hekim raporunda; HCV RNA pozitifliği, hastanın nonsirotik veya sirotik olma durumu, hastanın siroz olduğu belirtiliyorsa siroz varlığını, Child-Pugh B veya Child-Pugh C karaciğer sirozu var ise bu durumu kanıtlayıcı bilgi/belgeler, dekompanse siroz hastalarında veya genotip tayini yapılması gerekli görülen çocuk hastalarda genotipi gösterir bilgi/belgeler, hastanın daha önce hepatit C tedavisi alıp almadığı, eğer daha önce hepatit C tedavisi almış ise tedavisinde NS5A inhibitörü olan ilaç kullanıp kullanmadığını da belirterek hangi tedaviyi almış olduğu ve hasta için planlanan tedavi şeması belirtilecektir.

4.2.13.3.2.A- Erişkin hastalarda Kronik Hepatit C tedavisi

4.2.13.3.2.A.1- Daha önce Kronik Hepatit C tedavisi almamış hastalarda tedavi

(1) Nonsirotik hastalarda; tedavi süresi (Sofosbuvir+Velpatasvir+Voxilaprevir) ile toplam 8 hafta ya da (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile toplam 8 haftadır.

(2) Kompansé sirotik (Child-Pugh A) hastalarda; tedavi süresi (Sofosbuvir+Velpatasvir+Voxilaprevir) ile toplam 12 hafta ya da (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile toplam 8 haftadır.

(3) Dekompansé sirotik (Child-Pugh B veya Child-Pugh C) Genotip 1a,1b, 4, 5, 6 hastalarda (Sofosbuvir+Ledipasvir)+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.

4.2.13.3.2.A.2- Tedavi deneyimli Kronik Hepatit C hastalarında yeniden tedavi

(1) Daha önce NS5A inhibitörü olan ilaçlar haricindeki ilaçlar ile tedavi deneyimli, nonsirotik hastalarda tedavi süresi (Sofosbuvir+Velpatasvir+Voxilaprevir) ile toplam 12 hafta ya da (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile toplam 8 haftadır.

(2) Daha önce NS5A inhibitörü olan ilaçlar haricindeki ilaçlar ile tedavi deneyimli, kompansé sirotik hastalarda tedavi süresi (Sofosbuvir+Velpatasvir+Voxilaprevir) ile toplam 12 hafta ya da (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile toplam 12 haftadır.

(3) Daha önce NS5A inhibitörü veya proteaz inhibitörü olan ilaçlar ile tedavi deneyimi olan, nonsirotik veya kompansé sirotik hastalarda tedavi süresi (Sofosbuvir+Velpatasvir+Voxilaprevir) ile toplam 12 hafta ya da Sağlık Bakanlığınca hasta bazında verilen ilaç kullanım onayı ile mümkün olacak şekilde (Glekaprevir+Pibrentasvir)+Ribavirin veya (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile toplam 16 haftadır.

(4) Daha önce NS5A inhibitörü veya proteaz inhibitörü olan ilaçlar ile tedavi deneyimi olan dekompanse sirotik Genotip 1a,1b, 4, 5, 6 hastalarda (Sofosbuvir+Ledipasvir)+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 24 haftadır.

4.2.13.3.2.B- Çocuk hastalarda Kronik Hepatit C tedavisi

(1) HCV RNA’sı pozitif hastalarda Genotip tayini ile tedaviye başlanabilir.

(2) Kronik Hepatit C tedavisinde İnterferon+Ribavirin veya Peginterferon+Ribavirin kombinasyonu kullanılır. Ribavirin kullanımı için kontrendikasyon bulunanlarda tek başına İnterferon veya Peginterferon kullanılabilir. Tek başına Ribavirin kullanım endikasyonu yoktur.

(3) Genotip 1 ve Genotip 4 için tedavi süresi toplam 48 haftadır. Tedavi başladıktan sonra 12 nci hafta sonunda HCV RNA düzeyleri 2 log (100 kat) azalmayanlarda tedavi süresi 16 haftayı geçemez. 24 üncü haftada HCV RNA pozitifliği devam eden hastalarda tedavi en geç 28 inci hafta sonunda kesilir. 16 ncı haftada 2 log (100 kat) azalan hastalarda ve 28 inci haftada HCV RNA (-) olan hastalarda HCV RNA analiz sonucu reçete veya raporda belirtilir. Bu süreler içinde komplikasyonlar nedeniyle tedaviye ara vermek zorunda kalan hastalarda, belirtilen haftalar içinde süreye tekabül eden dozda ilaç alınmamışsa, ara verilme nedenleri gerekçeleri ile yeni raporda belirtilmek kaydıyla tedavi bu fıkrada belirtilen haftalık dozlara tamamlanır. Tedaviye devam kriterleri yeni rapora göre değerlendirilir.

(4) 3-18 yaş çocuklarda; Ribavirin dozu 15 mg/kg/gün, maksimum 1.200 mg/gündür. Peginterferon daha önce İnterferon tedavisi almamış hastalarda uygulanabilir.

(5) 12-18 yaş daha önce tedavi almamış çocuklarda; genotip tayinine gerek duyulmaksızın tedavi süresi (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile toplam 8 haftadır.

4.2.13.3.2.B.1- Çocuk hastalarda Kronik Hepatit C'nin yeniden tedavisi

(1) İnterferon+Ribavirin veya Peginterferon+Ribavirin tedavisi almış ve komplikasyonlar nedeniyle tedaviye 12 nci haftadan önce son verilmiş olan 3 ilâ 18 yaş Kronik Hepatit C çocuk hastaları, tedavi almamış hastalar ile aynı kurallara tabi olarak yeniden tedaviye alınabilirler. İlk 12 hafta içinde komplikasyonlar nedeniyle tedavisine ara vermek zorunda kalan hastalar, 12 hafta içinde 12 doz ilacı alamamışsa ara verilme nedenleri gerekçeleriyle yeni raporda belirtilmek kaydıyla tedavi 12 haftalık doza tamamlanır.

(2) Daha önce Hepatit C tedavisi deneyimli 12 ilâ 18 yaş Kronik Hepatit C çocuk hastalarında tedavi süresi;

a) (Sofosbuvir+Ledipasvir) ile; Genotip 1 için nonsirotik hastalarda 12 hafta, kompanse sirozu olan hastalarda toplam 24 hafta; Genotip 4, 5, 6 nonsirotik hastalarda veya kompanse sirozu olan hastalarda toplam 12 haftadır.

b) (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile; Genotip 1, 2, 4, 5 ve 6 nonsirotik olan NS5A inhibitörü veya proteaz inhibitörü tedavisi almamış hastalarda toplam 8 hafta;

Genotip 1, 2, 4, 5 ve 6 kompanse sirozu olan NS5A inhibitörü veya proteaz inhibitörü tedavisi almamış hastalarda toplam 12 hafta;

Genotip 3 nonsirotik veya kompanse sirozu olan hastalarda daha önce interferon içeren (ribavirinli ya da ribavirinsiz) veya sofosbuvir almış fakat NS5A inhibitörü veya proteaz inhibitörü almamış hastalarda toplam 16 hafta;

Genotip 1 nonsirotik ya da kompanse sirozu olan daha önceden proteaz inhibitörü kullanmış fakat NS5A inhibitörü almamış hastalarda 12 hafta;

Genotip 1 nonsirotik ya da kompanse sirozu olan daha önceden NS5A inhibitörü kullanmış fakat proteaz inhibitörü almamış hastalarda 16 haftadır.”

MADDE 10- Aynı Tebliğin 4.2.52 numaralı maddesinin birinci fıkrasının (a) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“a) Serum ürik asit düzeylerinin; gut artriti atağı bulunması durumunda 6 mg/dl'nin üzerinde, gut artriti atağı bulunmaması durumunda ise 8 mg/dl'nin üzerinde olduğu kronik hiperürisemi hastalarında, allopurinol ile 3 ay süreli tedaviye rağmen serum ürik asit düzeyi 6 mg/dl'nin altına düşmeyen veya allopurinol intoleransı olan ve/veya kontrendikasyonu olan hastalarda tedaviye başlanması halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Serum ürik asit düzeyleri 3,5 mg/dl'nin altına düşen hastalarda tedavi sonlandırılır. Tedaviye 6 aydan uzun süre ara verildiği durumlarda başlangıç kriterleri aranır.”

MADDE 11- Aynı Tebliğin 5.2 numaralı maddesinin birinci fıkrasının (b) bendinin (1) numaralı alt bendi yürürlükten kaldırılmıştır.

MADDE 12- Aynı Tebliğin 5.2.1 numaralı maddesinin ikinci fıkrasının (c) bendinde yer alan “sosyal güvenlik il müdürlüklerince düzenlenmiş ve onaylanmış “Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sağlık Yardım Belgesi” (aslı veya fotokopisi) ile müracaat eden kişilere ve” ibaresi yürürlükten kaldırılmıştır.

MADDE 13- Aynı Tebliğin 5.3.1.Ç numaralı maddesinin birinci fıkrasının (d) bendi yürürlükten kaldırılmıştır.

MADDE 14- Aynı Tebliğ eki “Ayaktan Başvurularda Ödeme Listesi (EK-2/A)” nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “4000” branş kodlu satırdan sonra gelmek üzere aşağıdaki satır eklenmiştir.

4200	Hava ve Uzay Hekimliği	89	89	89	89	74	60	40	39	39	39	37	37	
------	------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	--

b) Listede yer alan “3197”, “3198”, “3199”, “1069”, “1198”, “1701”, “1055”, “1855”, “2679”, “1901” ve “2579” branş kodlu satırlar aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

3197	Algoloji (Anesteziyoloji ve Reanimasyon)	102	102	102	102	86	71	51	51	48	47	47	43	43	37	49
3198	Algoloji (Nöroloji)	102	102	102	102	86	71	51	51	48	47	47	43	43	37	49
3199	Algoloji (Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon)	102	102	102	102	86	71	51	51	48	47	47	43	43	37	49

1069	İmmünoloji ve Alerji Hastalıkları (İç Hastalıkları)	112	112	112	112	94	72	47	47	44	44	44	40	39	33	47
1198	İmmünoloji ve Alerji Hastalıkları (Göğüs Hastalıkları)	112	112	112	112	94	72	47	47	44	44	44	40	39	33	47
1701	İmmünoloji ve Alerji Hastalıkları (Deri ve Zührevi Hastalıkları)	112	112	112	112	94	72	47	47	44	44	44	40	39	33	47

1055	Romatoloji (İç Hastalıkları)	112	112	112	112	94	74	51	51	43	43	43	40	39	33	47
1855	Romatoloji (Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon)	112	112	112	112	94	74	51	51	43	43	43	40	39	33	47

2679	El Cerrahisi (Ortopedi ve Travmatoloji)	112	112	112	112	94	74	48	48	47	44	44	43	40	35	48
1901	El Cerrahisi (Genel Cerrahi)	112	112	112	112	94	74	48	48	47	44	44	43	40	35	48
2579	El Cerrahisi (Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi)	112	112	112	112	94	74	48	48	47	44	44	43	40	35	48

MADDE 15- Aynı Tebliğ eki “Hizmet Başı İşlem Puan Listesi (EK-2/B)” nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “550040” SUT kodlu işlem satırından sonra gelmek üzere aşağıdaki işlem satırı eklenmiştir.

550045	Çift lümenli tüp yerleştirilmesi																100,00
--------	----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------

b) Listede yer alan “615230”, “615240”, “615250”, “615260”, “615270”, “615280”, “615290”, “615300”, “615460”, “615470”, “615920”, “800110”, “800160”, “800220”, “800440”, “905860”, “905870”, “L100810”, “L102900”, “L103900”, “L103910”, “L104050”, “L104060”, “L104070”, “L104080”, “L104090”, “L104100”, “L104110”, “L104120”, “L104190”, “L106410” ve “L107430” SUT kodlu işlem satırları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

615230	Burr Hole eksplorasyonu, tek																	727,23
615240	Burr Hole eksplorasyonu, her bir ilave için																	433,06
615250	Epidural hematoma drenajı, kraniyektomi ile																	954,18
615260	Epidural hematoma drenajı, kraniyotomi ile																	1.272,25
615270	Subdural hematoma kraniyotomi ile drenajı, tek taraf									615280 ile birlikte faturalandırılmaz. Tedavi süresince bir adet faturalandırılır.							1.881,50	
615280	Subdural hematoma kraniyotomi ile drenajı, iki taraf									615270 ile birlikte faturalandırılmaz.							3.135,84	
615290	Subdural hematoma Burr Hole ile drenajı, tek taraf									615300 ile birlikte faturalandırılmaz. Tedavi süresince bir adet faturalandırılır.							1.272,25	
615300	Subdural hematoma Burr Hole ile drenajı, iki taraf									615290 ile birlikte faturalandırılmaz.							2.230,92	

615460	İntraorbital tümör eksizyonu, kraniyotomi ile																	8.154,22
615470	İntraserebral hematoma boşaltılması, Burr Hole ile																	1.272,25

615920	Lomber mikrocerrahi ile diskektomi, tek seviye	614900, P615920, P615921, 615921, P615922, 615922 ile birlikte faturalandırılmaz. Klasik, laminotomi ile birlikte	1.623,66
800110	e) IMRT veya volumetrik ark tedavisi/helikol ark terapi uygulamalarında eksternal radyoterapi tasarımı	Inverse planning ve farklı doz yoğunlukları ile yapılan çok alanlı tedavileri içerir. Streotaktik radyoterapi bu grupta değerlendirilir.	2.072,84
800160	e) IMRT veya volumetrik ark tedavisi/helikol ark terapi uygulamalarında radyoterapi planlama	Hacimsel yoğunluk ayarlı ark tedavisi, streotaktik radyoterapi bu grupta değerlendirilir.	2.696,56
800220	f) IMRT veya volumetrik ark tedavisi/helikol ark terapi uygulamalarında eksternal radyoterapi doz hesapları	Hacimsel yoğunluk ayarlı ark tedavisi, streotaktik radyoterapi bu grupta değerlendirilir.	1.612,38
800440	e) Lineer akseleratör radyoterapi ile IMRT veya volumetrik ark tedavisi/helikol ark terapi uygulamaları, her bir seans	Hacimsel yoğunluk ayarlı ark tedavisi, stereotaktik radyoterapi uygulamaları bu grupta değerlendirilir.	542,23
905860	Direkt parazit incelenmesi, cihaz ile	905870 ile birlikte faturalandırılmaz.	14,92
905870	Direkt parazit incelenmesi, manuel	905860 ile birlikte faturalandırılmaz.	9,22
L100810	Amilaz/Kreatinin (Spot idrar)	L100820, L104780, L104790, L104800, L104810 ile birlikte faturalandırılmaz.	6,77
L102900	Glukoz/Kreatinin (Spot idrar)	L102910, L104780, L104790, L104800, L104810 ile birlikte faturalandırılmaz.	5,69
L103900	Kan gazları	L101670, L101680, L103820, L103830, L103860, L104890, L104900, L106150, L106160, L106910, L106920 ile birlikte faturalandırılmaz. Tüm parametreler dahildir.	13,84
L103910	Kan gazları ve kooksimetre	L101670, L101680, L103820, L103830, L103860, L104890, L104900, L106150, L106160, L106910, L106920 ile birlikte faturalandırılmaz. Tüm parametreler dahildir.	22,52
L104050	Katekolaminler (Serum/Plazma)	Tüm parametreler dahildir.	55,35
L104060	Katekolaminler/Kreatinin (Spot idrar)	L104070, L104780, L104790, L104800, L104810 ile birlikte faturalandırılmaz. Tüm parametreler dahildir.	58,33
L104070	Katekolaminler (24 saatlik idrar)	L104060 ile birlikte faturalandırılmaz. Tüm parametreler dahildir.	55,35
L104080	Katekolaminler (BOS)	Tüm parametreler dahildir.	55,35
L104090	Katekolamin metabolitleri (Serum/Plazma)	Tüm parametreler dahildir.	55,35
L104100	Katekolamin metabolitleri/Kreatinin (Spot idrar)	L104110, L104780, L104790, L104800, L104810 ile birlikte faturalandırılmaz. Tüm parametreler dahildir.	58,35
L104110	Katekolamin metabolitleri (24 saatlik İdrar)	L104100 ile birlikte faturalandırılmaz. Tüm parametreler dahildir.	55,35

L104120	Katekolamin metabolitleri (BOS)	Tüm parametreler dahildir.	55,35
---------	---------------------------------	----------------------------	-------

L104190	Klorür/Kreatinin (Spot idrar)	L104200, L104780, L104790, L104800, L104810 ile birlikte faturalandırılmaz.	5,69
---------	-------------------------------	---	------

L106410	Protoporfirin/Kreatinin (Spot idrar)	Sadece üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından faturalandırılır. L106420, L104780, L104790, L104800, L104810 ile birlikte faturalandırılmaz.	21,43
---------	--------------------------------------	--	-------

L107430	Üre/Kreatinin (Spot idrar)	L107440, L104780, L104790, L104800, L104810 ile birlikte faturalandırılmaz.	5,96
---------	----------------------------	---	------

c) Listede yer alan “530010”, “530170”, “530620”, “530850”, “530950”, “530985”, “905920”, “906050”, “906300”, “907270”, “907300”, “907830”, “L103960”, “L105280” ve “L105590” SUT kodlu işlem satırları yürürlükten kaldırılmıştır.

ç) Listede yer alan “9.A. Moleküler Mikrobiyoloji”, “9.B. Sitogenetik Tetkikler”, “9.B.1. Moleküler Sitogenetik Tetkikler”, “9.C. Moleküler Genetik Tetkikler” ve “9.C.1. Onkolojik Moleküler Tetkikler” başlıkları ile altında yer alan işlem satırları yürürlükten kaldırılmış ve “G101980” SUT kodlu işlem satırından sonra gelmek üzere Ek-1’deki şekilde işlem kodları eklenmiştir.

MADDE 16- Aynı Tebliğ eki “Taniya Dayalı İşlem Puan Listesi (EK-2/C)” nde yer alan “P615230”, “P615240”, “P615250”, “P615260”, “P615270”, “P615280”, “P615290”, “P615300”, “P615920” ve “P617610” SUT kodlu işlem satırları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

P615230	Burr Hole eksplorasyonu, tek		D		3.258,21
P615240	Burr Hole eksplorasyonu, her bir ilave için		D		1.954,93
P615250	Epidural hematoma drenajı, kraniyektomi ile		C		2.578,77
P615260	Epidural hematoma drenajı, kraniyotomi ile		C		3.438,99
P615270	Subdural hematoma kraniyotomi ile drenajı, tek taraf	P615280 ile birlikte faturalandırılmaz. Tedavi süresince bir adet faturalandırılır.	B		6.450,09
P615280	Subdural hematoma kraniyotomi ile drenajı, iki taraf	P615270 ile birlikte faturalandırılmaz.	A3		14.992,15
P615290	Subdural hematoma Burr Hole ile drenajı, tek taraf	P615300 ile birlikte faturalandırılmaz. Tedavi süresince bir adet faturalandırılır.	C		3.438,99
P615300	Subdural hematoma Burr Hole ile drenajı, iki taraf	P615290 ile birlikte faturalandırılmaz.	B		6.376,41

P615920	Lomber mikrocerrahi ile diskektomi, tek seviye	P614900, 615920, P615921, 615921, P615922 ve 615922 ile birlikte faturalandırılmaz. Klasik, laminotomi ile birlikte	B	*	4.632,72
---------	--	---	---	---	----------

P617610	Trabekülektomi		A3	*	1.829,91
---------	----------------	--	----	---	----------

MADDE 17- Aynı Tebliğ eki “İntraoperatif Nöromonitorizasyon” İşleminin Ayrıca Faturalanabileceği İşlemler Listesi (EK-2/D-4)” nde yer alan “P615.530” SUT kodlu işlem satırından sonra gelmek üzere aşağıdaki satır eklenmiştir.

P615.572	615572	Beyin sapı lezyonlar cerrahisi
----------	--------	--------------------------------

MADDE 18- Aynı Tebliğ eki EK-2’ ye “Mutat Taşıtlı Yol Ücreti Listesi (EK-2/L)” Ek-2’deki şekilde eklenmiştir.

MADDE 19- Aynı Tebliğ eki “Tıbbi Sarf Malzemeler Listesi (EK-3/C-4)” nde yer alan “A10049” ve “A10118” SUT kodlu tıbbi malzemelerin ödeme kriterleri ve/veya kuralları yürürlükten kaldırılmıştır.

MADDE 20- Aynı Tebliğ eki;

a) “Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi (EK-4/A)” Ek-3’teki şekilde,

b) “Hastalığa Özel (Doğuştan Metabolik Hastalıklar, Kistik Fibrozis ve İnek Sütü Alerjisi) Diyet Ürünleri ile Tıbbi Mamalar Listesi (EK-4/B)” Ek-4’teki şekilde,

c) “Yurt Dışı İlaç Fiyat Listesi (EK-4/C)” Ek-5’deki şekilde,

değiştirilmiştir.

MADDE 21- Aynı Tebliğ eki “Sistemik Antimikrobik ve Diğer İlaçların Reçeteleme Kuralları Listesi (EK-4/E)” nin 6.1 numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

6.1	Seftazidim pentahidrat ve Avibaktam sodyum	Komplike intraabdominal enfeksiyon, piyelonefrit dahil komplike idrar yolu enfeksiyonu veya ventilatör ile ilişkili pnömoni dahil hastanede kazanılmış pnömoni tedavisinde; aminoglikozid (“ventilatör ile ilişkili pnömoni” tanılı hastalarda aranmaz) ve karbapenem ile 3 üncü kuşak diğer sefalosporinlere dirençli ve seftazidim pentahidrat ve avibaktam sodyum tedavisine duyarlı olduğu in-vitro olarak ispatlanmış hastalarda yalnızca enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerince düzenlenen sağlık raporuna istinaden ikinci ve/veya üçüncü basamak yoğun bakım tedavilerinde kullanılması halinde Kurumca bedelleri karşılanır. Tedavisi bu şartlarda yoğun bakımda başlamış ve en az 72 saat anılan etkin madde ile tedavi edilen hastanın servise nakli uygun görüldüğü takdirde de seftazidim pentahidrat ve avibaktam sodyum tedavisi devam edebilir. Seftazidim pentahidrat ve avibaktam sodyum’un toplam 14 günden daha uzun süre kullanımı halinde Kurumca bedeli karşılanmaz.
-----	--	---

MADDE 22- Bu Tebliğin;

- a) 1 inci, 5 inci, 11 ilâ 13 üncü maddeleri 1/3/2022 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,
- b) 4 üncü, 6 ncı ve 19 uncu maddeleri 1/7/2022 tarihinde,
- c) 20 nci maddesinin (a) ve (b) bentlerinde düzenlenen ekli listelerde; listeye giriş tarihi, aktiflenme tarihi veya pasiflenme tarihi bulunan ilaçlar belirtilen tarihlerde, listeye giriş tarihi, aktiflenme tarihi veya pasiflenme tarihi bulunmayan ilaçlar yayımları tarihlerinde, listeye giriş tarihinde (*) işareti bulunan ilaçlar ise yayımı tarihinden 5 iş günü sonra, ilaç adında (**) işareti bulunan ilaçların ödeme listesinden çıkarılması yayımı tarihinden 5 iş günü sonra,
- ç) 20 nci maddesinin (c) bendinde düzenlenen ekli listede; listeye giriş tarihi, çıkış tarihi, fiyat değişiklik tarihi bulunan ilaçlar belirtilen tarihlerde, listeye giriş tarihi, çıkış tarihi bulunmayan ilaçlar yayımları tarihlerinde, listede (*) işareti bulunan ilaçlar ise yayımı tarihinden 5 iş günü sonra,
- d) 23 üncü maddesi yayımı tarihinde,
- e) Diğer hükümleri yayımı tarihinden 5 iş günü sonra, yürürlüğe girer.

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