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 1.9.3 numaralı maddesinin birinci fıkrasına aşağıdaki bent eklenmiştir.

“i) SUT eki EK-2/C Listesindeki P560000 kodlu işlem”

**MADDE 2-** Aynı Tebliğin 2.4.4.H numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Maddenin beşinci fıkrasında yer alan ““Trombosit süspansiyonu”” ibaresinden sonra gelmek üzere “(705440,705441,705442,705443 kodlu işlemler)” ibaresi eklenmiştir.

b) Maddenin altıncı fıkrasında yer alan “(Tip A, B ve E),” ibaresinden sonra gelmek üzere “Botulismus Polivalan Antiserumu (Tip A, B, C, D, E, F, G ),” ibaresi eklenmiştir.

c) Maddenin altıncı fıkrasında yer alan “J02AX” ibaresinden sonra gelmek üzere “, V03AB34” ibaresi eklenmiştir.

ç) Aynı maddeye aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

“(9) Yoğun bakım tedavileri SUT eki EK-2/C Listesinden faturalandırıldığında kan ürünleri işlem puanına dahildir.”

**MADDE 3-** Aynı Tebliğin 2.4.4.K numaralı maddesinin birinci fıkrasında yer alan “U1” ibaresinden sonra gelmek üzere “ve U2” ibaresi eklenmiştir.

**MADDE 4-** Aynı Tebliğe 2.4.4.M numaralı maddesinden sonra gelmek üzere aşağıdaki madde eklenmiştir.

“**2.4.4.N – Epidermolizis Bülloza**

 (1) Epidermolizis bülloza tanılı hastalara yara bakım hizmetlerinin ödenebilmesi için üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından, deri ve zührevi hastalıkları uzman hekimi, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi uzman hekimi ile genel cerrahi veya çocuk cerrahisi uzman hekimlerinin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenmesi gerekmektedir. Sağlık kurulu raporu 1 (bir) yıl geçerlidir. Bu hastaların tedavisi, yatan hastalar için Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık hizmeti sunucuları ve üniversite hastaneleri tarafından sağlanacaktır. Epidermolizis bülloza hastalarının ayakta tedavisi ise sadece Evde Sağlık Hizmeti Birimlerince faturalandırılabilir. Epidermolizis bülloza tanılı hastaların yatarak veya ayakta tedavileri kapsamındaki yara bakım hizmetleri SUT EK-2/B Listesinde yer alan “530533” kodlu “Epidermolizis bülloza hastalığında yara bakım hizmetleri” işlemi üzerinden faturalandırılır. Bu grup hastalara yara bakım hizmetlerinde kullanılan malzemeler işlem puanına dahil olup sağlık hizmeti sunucularınca ayrıca faturalandırılmaz ve şahıs ödemesi kapsamında da herhangi bir ödeme yapılmaz. Ancak bu kapsamda tedavi gören hastalara kullanılan malzemelerin sağlık hizmeti sunucuları tarafından temin edilmeyerek hastaya reçete karşılığı dışarıdan temin ettirilmesi durumunda fatura tutarı ilgili hastaya ödenerek sağlık hizmeti sunucusuna yapılacak ödemeden düşülür.”

**MADDE 5-**Aynı Tebliğinin 3.1.1 numaralı maddesinin beşinci fıkrasının son cümlesi yürürlükten kaldırılmıştır.

**MADDE 6-**Aynı Tebliğin3.1.2 numaralımaddesine aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

“(19) Ayakta tedavide kullanılan tıbbi malzemelere ait fatura bedelleri malzemenin sözleşmeli satış merkezleri veya eczanelerden temin edilmesi halinde Kurumca karşılanır.”

**MADDE 7-** Aynı Tebliğin 3.3.1 numaralı maddesinin onüçüncü fıkrası yürürlükten kaldırılmıştır.

**MADDE 8-** Aynı Tebliğin 3.3.4.A numaralı maddesinin ikinci fıkrası yürürlükten kaldırılmıştır.

**MADDE 9-** Aynı Tebliğin 3.3.35 numaralı maddesinin dokuzuncu fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(9) İşitme cihazı bedelinin Kurumca karşılanabilmesi için;

a) 0-18 yaş çocuklarda tek taraflı veya bilateral işitme cihazı için; işitme kaybının kalıcı işitme kaybı olduğu 3. basamak resmi sağlık kurumlarınca düzenlenen sağlık kurulu raporunda belirtilmeli ve aşağıdaki yöntemlerden biri ile test edilmelidir.

1) İşitme eşikleri saf ses odyometri testi ile belirlenmiş ise ilgili kulakta 500-1000-2000-4000 Hz frekanslarında saf ses ortalaması en az 26 dB ve üzerinde olmalıdır.

2) Davranım odyometri testi ile belirlenmiş ise 500-1000-2000 Hz frekanslarının eşik ortalaması 26 dB ve üzerinde olmalıdır.

3) Tonal ABR ile belirlenmesi durumunda ilgili kulakta frekansların eşik ortalaması 30 dB nHL ve üzerinde olmalıdır.

b) 18 yaş üzeri erişkinlerde tek taraflı işitme cihazı için; işitme kaybının kalıcı işitme kaybı olduğu resmi sağlık kurumlarınca düzenlenen sağlık kurulu raporunda belirtilmeli ve aşağıdaki yöntemlerden biri ile test edilmelidir.

1) Saf ses odyometri testi yapılan hastalarda ilgili kulakta 500-1000-2000-4000 Hz frekanslarında saf ses ortalaması en az 30 dB ve üzerinde olmalıdır.

2) Saf ses odyometri testi yapılamayan hastalarda işitme eşiğinin tonal ABR ile belirlenmesi durumunda ilgili kulakta frekansların eşik ortalaması 30 dB nHL ve üzerinde olmalıdır.

c) 18 yaş üzeri erişkinlerde bilateral işitme cihazı için; bilateral kalıcı işitme kaybı bulunduğu bu fıkranın (b) bendinde belirtilen yöntemlerden biri ile test edilerek belirlenmeli, daha önce tek kulakta en az 6 ay süre ile işitme cihazı kullanıldığı ve işitme cihazı kullanımı sonucunda elde edilen eşikler sonucunda hastanın işitme cihazından yarar gördüğü (konuşmayı ayırt etme skorunda cihazlı ve cihazsız ölçümlerde artış sağlaması) resmi sağlık kurumlarınca düzenlenen sağlık kurulu raporunda belirtilmelidir.

ç) Daha önce bilateral işitme cihazı kullanan hastaların bilateral cihaz yenileme işlemleri için; bu fıkranın (c) bendinde yer alan hükümler aranmayacak olup bilateral kalıcı işitme kaybı, bu fıkranın (b) bendinde belirtilen yöntemlerden biri ile test edilerek resmi sağlık kurumlarınca düzenlenen sağlık kurulu raporunda belirtilmelidir.”

**MADDE 10**- Aynı Tebliğin 4.2.1 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Maddenin başlığı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“4**.2.1 – Leflunomid, altın preparatları, Anti-TNF ilaçlar, rituksimab (romatoid artritte), abatasept, ustekinumab, tofacitinib, kanakinumab, tosilizumab ve vedolizumab kullanım ilkeleri**”

b) 4.2.1.C numaralı maddesinin başlığı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“**4.2.1.C–Biyolojik ajanlardan Anti-TNF ilaçlar, rituksimab, abatasept, ustekinumab, tofacitinib, kanakinumab, tosilizumab ve vedolizumab kullanım ilkeleri**”

c) 4.2.1.C numaralı maddesine aşağıdaki alt madde eklenmiştir.

“**4.2.1.C-8 – Vedolizumab**

(1) Fistülize, şiddetli veya aktif luminal Crohn hastalığında; en az bir anti TNF tedavisine rağmen hastalığı kontrol edilemeyen hastalarda, 8(Sekiz) haftada bir 300 mg idame dozda, ilacın günlük kullanım dozu ve kullanım süresini belirten 4 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye başlanır. Tedavinin 4 üncü ayında tedaviye cevap alınamaması (hastalığa yanıt kriteri: Crohn Hastalık Aktivite İndeksi’nde 70 puanlık düşüşün olmaması) durumunda tedavi kesilir. Crohn Hastalık Aktivite İndeksi’nde 70 puan üzerinde düşüş olması halinde, ilacın dozu ve süresinin belirtildiği 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye devam edilebilir. Sağlık kurulu raporunda, gastroenteroloji, genel cerrahi uzman hekimlerinden en az biri yer almalıdır. Sağlık kurulu raporlarına dayanılarak, bu hekimler ile iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir ve sağlık kurum/kuruluşlarında klinik koşullarda uygulanır.

(2) Ülseratif kolit hastalığında; En az bir anti TNF tedavisine rağmen hastalığı kontrol edilemeyen hastalarda, şiddetli aktif ülseratif kolit bulgularının devam etmesi halinde, 8(Sekiz) haftada bir 300 mg idame dozda, üçüncü basamak sağlık kurumlarında bu durumun belirtildiği gastroenteroloji uzman hekimi veya genel cerrahi uzmanı tarafından düzenlenecek 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak, bu uzman hekimler ve iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir.”

**MADDE 11**- Aynı Tebliğin 4.2.10.E numaralı maddesine aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

 “(2) Mukopolisakkaridoz Tip IV A (Morque A Sendromu) hastalığının tedavisinde; Periferik kandan veya dokudan enzim (N-asetilgalaktozamin 6-sülfataz) düzeyinin veya mutasyon analiz sonuçlarının hastalıkla uyumlu olmasına göre tanı konulmuş hastalardan; 60 ay ve üzeri desteksiz yürüyebilen hastalarda; tanıya esas kriter/kriterlerin ve 6 dakika yürüme testi sonuçlarının belirtildiği, 60 ay altı hastalarda ise tanıya esas kriter/kriterlerin belirtildiği üçüncü basamak resmi sağlık kuruluşlarında düzenlenen en az bir çocuk metabolizma hastalıkları uzmanının yer aldığı, en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak çocuk metabolizma hastalıkları, göğüs hastalıkları, ortopedi ve nöroloji uzmanı tarafından reçete edilir.”

**MADDE 12**-Aynı Tebliğin 4.2.14.C numaralı maddesinin üçüncü fıkrasına aşağıdaki bentler eklenmiştir.

“ıı) Nivolumab; Sağlık Bakanlığından hasta bazında alınan onaya dayanılarak; renal cell ca ve hodgkin lenfoma tanılarında tıbbi onkoloji uzmanı veya hematoloji uzman hekiminin yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji ile hematoloji uzman hekimlerince reçete edilir.”

 ii) Mifamurtide; Yaşları 2-30 arasında değişen çocuk, ergen ve genç yetişkinlerdeki; makroskopik olarak tam rezeke edilmiş, metastatik olmayan, yüksek evreli osteosarkom tedavisinde, çoklu ajan kemoterapi ile kombine olarak, tıbbi/pediatrik onkoloji hekimlerinden birinin yer aldığı 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna istinaden tıbbi/pediatrik onkoloji uzmanlarınca reçete edilebilir. Raporda makroskopik olarak tam rezeke edilmiş, metastatik olmadığı belirtilir. 48(Kırksekiz) infüzyon kullanımı sonunda tedavi kesilir.”

**MADDE 13**- Aynı Tebliğin 4.2.47 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Maddenin başlığı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“**4.2.47 – Konjenital jeneralize lipodistrofi ve konjenital leptin eksikliği tanılarında metreleptin kullanım ilkeleri**;”

b) 4.2.47 numaralı maddenin birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

 “(1) Leptin düşüklüğü (erkeklerde < 8 ng/ml; kadınlarda < 12 ng/ml) bulunan ve metabolik bozuklukların düzeltilmesine yönelik tedavilerin ( metformin, glitazon, insülin, hipolipidemik tedavi ve diyet) en az 6 ay kullanılmasına rağmen yanıt alınamamış hastalarda, 6 ay süreli çocuk endokrinoloji ve/veya erişkin endokrinoloji ve metabolizma uzmanlarından oluşan sağlık kurulu raporu ile bu hekimlerce reçetelenerek tedaviye başlanır. Bu raporda Konjenital Leptin Eksikliği tanısı için ayrıca erken başlangıçlı morbid obezitenin ( vücut kitle indeksi standart deviasyon skoru >3SDS ) olduğu ve leptin eksikliğine ilişkin tetkik sonuçları raporda belirtilir. Metabolik bozuklukların düzeltilmesine yönelik tedavilerden yanıt alınamama kriterleri;

a) HbA1c ≥ %8 veya

b) Trigliserid > 300 mg / dl veya

c) ALT ve AST düzeyleri üst sınırın 2 katından fazla veya

ç) Günlük insülin dozu 1,5 ünite / kg üzerinde olması”

**MADDE 14**- Aynı Tebliğin 4.2.48 numaralı maddesi başlığı ile birlikte aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“**4.2.48 – Kolik asit kullanım ilkeleri**

 (1) 3 beta hidroksi steroid dehidrojenaz eksikliği tanılı ve Zellweger spektrum bozukluğu tanılı hastalarda; üçüncü basamak sağlık kurumlarında çocuk endokrinoloji, çocuk metabolizma hastalıkları, erişkin endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları, gastroenteroloji uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce reçetelenir.”

**MADDE 15**- Aynı Tebliğin 4.4.1 numaralı maddesinin onbirinci fıkrası yürürlükten kaldırılmıştır.

**MADDE 16-** Aynı Tebliğin 4.6 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Üçüncü fıkrasında yer alan “ünite” ibaresi “ISBT (International Society of Blood Transfusion) 128 kan barkod” şeklinde değiştirilmiştir.

b) Dördüncü fıkrasında yer alan “Tüm kan bileşenlerinin” ibaresinden sonra gelmek üzere “ISBT (International Society of Blood Transfusion) 128 kan barkod numaraları ile birlikte” ibaresi eklenmiştir.

**MADDE 17-** Aynı Tebliğin 5.2.3 numaralı maddesinden sonra gelmek üzere aşağıdaki madde eklenmiştir.

 “**5.2.4-Sözleşmeli satış merkezi/merkez ve eczaneler tarafından ayakta tedavide kullanılan tıbbi malzemelere ait faturaların düzenlenmesi**

 (1) Sözleşmeli Satış Merkezleri ve Eczaneler, hem kendi sistemleri üzerinden Kurum adına basılı olarak (üçer nüshalı), hem de Medula-Satış Merkezleri Provizyon Sisteminden elektronik olarak; Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilerin tümünü kapsayan tek bir fatura düzenleyeceklerdir.

 (2) Ancak;

 a) Provizyon sisteminden yapılan sorgu neticesinde müstehaklıkları 60/c-1, 60/c-3 veya 60/c-9 dönen kişilerin, kişi kullanımına mahsus tıbbi cihazlarının,

 b) Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmesi kapsamında Kurum sağlık hizmetlerinden yararlandırılan kişiler ve Yurtdışı Provizyon Aktivasyon ve Sağlık Sistemi (YUPASS) numarası ile hasta takip numarası/ provizyon alınan kişiler de dahil olmak üzere sağlanacak ortez, protez, tıbbi araç ve gereç ile kişi kullanımına mahsus tıbbi cihazlarının,

 temini için Kurumun ilgili biriminden onay alınacaktır.

 c) Sorgulama sonucu müstehaklıkları 60/c-1, 60/c-3 veya 60/c-9 dönen kişiler ile 5510 sayılı Kanunun 60 ıncı maddesinin onikinci, onüçüncü ve ondördüncü fıkralarında tanımlanan kişilerin Kurumla götürü bedel sözleşmesi yapan sağlık hizmeti sunucuları dışında, SUT hükümlerine göre sevk zincirine uyulması ve fatura ekinde sevk belgelerinin de eklenmesi gerekmektedir.

 ç) İş kazası ve meslek hastalıkları ile ilgili reçetelerde; iş kazası ve meslek hastalığı bildirim formunun,

 d) Trafik kazaları ile ilgili reçetelerde; SUT ve konu ile ilgili diğer Kurum mevzuatında yer alan belgelerin,

 e) Özürlü sağlık kurulu raporu varsa, reçeteyi yazan hekim ve/veya hastane Başhekimi tarafından raporun onaylı fotokopisinin reçete ekinde,

 bulunması gerekmektedir.

 f) İş kazası, meslek hastalığı, trafik kazası ve adli vaka reçetelerine ait faturaların her hasta için manuel olarak ayrı ayrı düzenlenmesi ve faturaların tamamının incelenmesi gerekmektedir.”

**MADDE 18-** Aynı Tebliğin 5.3.2.D numaralı maddesinin birinci fıkrasının (j) bendi yürürlükten kaldırılmıştır.

**MADDE 19-** Aynı Tebliğin5.3.3 numaralı maddesi başlığı ile birlikte aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“**5.3.3 - Sözleşmeli satış merkezleri, eczane ve optisyenlik müesseseleri için fatura eki belgeler**

(1) Sözleşmeli satış merkezleri, eczane ve optisyenlik müesseseleri için SUT’ta ve Kurumun yapacağı sözleşmelerde belirtilen belgeler faturaya eklenecektir.

(2) SUT’un 5.2.2, 5.2.3 ve 5.2.4 numaralı maddelerinde ayrı fatura edileceği belirtilen reçeteler ayrı ayrı tasnif edilmiş olmalıdır.”

**MADDE 20-** Aynı Tebliğ eki Ayaktan Başvurularda Ödeme Listesi (EK-2/A)’nde yer alan “1594” kodlu Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları branşından sonra gelmek üzere aşağıdaki işlem satırları eklenmiştir.

“

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1587 | Çocuk Hematolojisi  | 51 | 51 | 51 | 51 | 41 | 44 | 28 | 31 | 25 | 24 | 23 | 23 | 24 | 23 | 29 |
| 1588 | Çocuk Onkolojisi | 51 | 51 | 51 | 51 | 41 | 44 | 28 | 31 | 25 | 24 | 23 | 23 | 24 | 23 | 29 |
| 1582 | Çocuk Endokrinolojisi ve Metabolizma Hastalıkları | 51 | 51 | 51 | 51 | 44 | 45 | 29 | 31 | 25 | 24 | 23 | 23 | 24 | 23 | 29 |
| 1595 | Çocuk İmmünolojisi | 51 | 51 | 51 | 51 | 42 | 44 | 29 | 31 | 25 | 24 | 23 | 23 | 24 | 23 | 29 |
| 1598 | Çocuk Alerjisi | 51 | 51 | 51 | 51 | 42 | 44 | 29 | 31 | 25 | 24 | 23 | 23 | 24 | 23 | 29 |

 ”

**MADDE 21-** Aynı Tebliğ eki Hizmet Başı İşlem Puan Listesi (EK-2/B)’nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

1. Listede yer alan “530533” SUT kodlu satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|   | 530533 | Epidermolizis büllosa hastalığında yara bakım hizmetleri | Günde 1 (bir) kez faturalandırılır.Yara bakım hizmetleri ve tüm malzemeler dahildir. 530500,530510,530520,530530,530531,530532,530560,530561, 530580,530581 ile birlikte faturalandırılamaz. Yalnızca SUT Eki EK3/B Listesinde yer alan malzemelerle yapılan pansumanlar bu işlem kodu üzerinden faturalandırılamaz. Bkz. SUT 2.4.4.N | 303,54 |

 ”

1. Listede yer alan “619911” SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 2532 | 619911 | Müdahaleli vajinal doğum (İlk doğum) |  Ömür boyu bir kez faturalandırılabilir. | 301,43 |

 ”

c) Listede yer alan “619913” SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

 “

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 2534 | 619913 | Müdahaleli vajinal ilk doğum (Çoğul gebelik) | Ömür boyu bir kez faturalandırılabilir. | 313,50 |

 ”

ç) Listede yer alan “619921” SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

 “

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 2536 | 619921 | Normal vajinal doğum (İlk doğum) |  Ömür boyu bir kez faturalandırılabilir. | 301,43 |

 ”

d) Listede yer alan “619927” SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

 “

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 2541 | 619927 | Normal vajinal ilk doğum (Çoğul gebelik) |  Ömür boyu bir kez faturalandırılabilir. | 313,50 |

 ”

e) Listede yer alan “704440” SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 3281 | 704440 | Sistometri ve EMG | 704430, 704450 ile birlikte faturalandırılmaz. | 75,04 |

 ”

f) Listede yer alan “704650” SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 3313 | 704650 | CD 34/ T hücresi/ B hücresi/ Natural Killer (NK) hücresi seleksiyon işlemi | Her hasta için Sağlık Bakanlığı Kemik İliği Nakli Bilimsel Danışma Komisyonunca işlemin onaylandığının belgelendirilmesi halinde faturalandırılır. | 300,17 |

g) Listede yer alan “704810” ve “704820” SUT kodlu işlem satırları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 3330 | 704810 | Aferez, donör trombosit aferezi (1 seans) | 705350, 705351 ile birlikte faturalandırılmaz.  | 100,17 |
| 3331 | 704820 | Aferez, donör granülosit aferezi (1 seans) | 705360 ile birlikte faturalandırılmaz | 100,17 |

 ”

ğ) Listede yer alan “705350” ve “705351” SUT kodlu işlem satırları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 3391 | 705350 | Aferez trombosit süspansiyonu | 1 ünite tek donör trombositi, aferez işlemi ve tüm malzemeler dahil. 704810 ile birlikte faturalandırılmaz. | 554,81 |
|  | 705351 | Tek donörden çift aferez trombosit süspansiyonu, tek ünite | Aferez işlemi ve tüm malzemeler dahil. 704810 ile birlikte faturalandırılmaz | 352,45 |

 ”

h) Listede yer alan “705360” SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

 “

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 3392 | 705360 | Aferez granülosit süspansiyonu  | Aferez işlemi dahil. 704820 ile birlikte faturalandırılmaz. | 150,08 |

 ”

**MADDE 22-** Aynı Tebliğ eki Tanıya Dayalı İşlem Puan Listesi (EK-2/C)’nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “P614040” SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  1444  | P614040 | Posteriyor segmental enstrümantasyon; 6 veya daha az vertebra segmenti | Aynı başvuruda bir defadan fazla faturalandırılamaz. Perop iatrojenik instabilite gelişen vakalarda; hasta dosyasında postop BT'nin bulunması koşulu ile bedeli Kurumca karşılanır. BT ayrıca ödenmez. | A3 |  | 2.225,97 |

 ”

b) Listede yer alan “P619911” SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2072 | P619911 | Müdahaleli vajinal doğum (İlk doğum) | Servikal prostaglandinler hariç, epizyotomi dahil. Ömür boyu bir kez faturalandırılabilir. | D | \* | 1.096,12 |

 ”

c) Listede yer alan “P619913” SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

 “

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2074 | P619913 | Müdahaleli vajinal ilk doğum (Çoğul gebelik) | Servikal prostaglandinler hariç, epizyotomi dahil. Ömür boyu bir kez faturalandırılabilir. | D | \* | 1.138,80 |

 ”

ç) Listede yer alan “P619921” SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

 “

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2076 | P619921 | Normal vajinal doğum (İlk doğum) | Servikal prostaglandinler hariç, epizyotomi dahil. Ömür boyu bir kez faturalandırılabilir. | D | \* | 1.096,12 |

 ”

d) Listede yer alan “P619927” SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2081 | P619927 | Normal vajinal ilk doğum (Çoğul gebelik) | Servikal prostaglandinler hariç, epizyotomi dahil. Ömür boyu bir kez faturalandırılabilir. | D | \* | 1.138,80 |

 ”

**MADDE 23-** Aynı Tebliğ eki Diş Tedavileri Puan Listesi (EK-2/Ç)’nde yer alan “402190” SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 37 | 402190 | Cam iyonomer dolgu | Lokal anestezi ücreti dahil. Aynı diş için 180 günden önce faturalandırılmaz. Aynı seansta aynı diş için 402130 kodlu işlem ile birlikte faturalandırılmaz. Sadece süt dişlerinde faturalandırılır. | 35,41 |

 ”

**MADDE 24-** Aynı Tebliğ eki “Birden Fazla Branşta Kullanılan Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/A)” nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “OR4240” SUT kodlu tıbbi malzeme satırı yürürlükten kaldırılmıştır.

b) Listede yer alan “OR3290” SUT kodlu tıbbi malzemenin fiyatı aşağıdaki şekilde yeniden belirlenmiştir.

“

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| OR3290 | Endoskopik/laparoskopik ultrasonik cerrahi probu | 1.340,00  |

 ”

c) Listede yer alan “OR4030” SUT kodlu tıbbi malzemenin fiyatı aşağıdaki şekilde yeniden belirlenmiştir.

“

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| OR4030 | EMİLEMEYEN ÇİFT YÜZLÜ YAMA, 111 cm² - 299 cm² ARASI (299 cm² DAHİL) | 839,50  |

 ”

ç) Listede yer alan “DERİ HASTALIKLARINDA YARA BAKIMI” başlığı ile “OR4685” SUT kodlu tıbbi malzeme satırı yürürlükten kaldırılmıştır.

**MADDE 25-** Aynı Tebliğ eki “İşlem Puanına Dahil Basit Sıhhi Sarf Malzemeler Listesi (EK-3/B-1)” nin sonuna gelmek üzere aşağıdaki satır eklenmiştir.

“

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 54 | Nazal oksijen kanülü | Diğer Malzeme |

 ”

**MADDE 26-** Aynı Tebliğ eki “Eksternal Alt Ve Üst Ekstremite/Gövde Protez Ortezler Listesi ( Ek-3/C-2)” nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “OP1171” SUT kodlu tıbbi malzemenin fiyatı aşağıdaki şekilde yeniden belirlenmiştir.

“

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| OP1171 | DİZ ALTI PROTEZ SİLİKON LİNER DEĞİŞİMİ | 684,00 |

 ” b) Listede yer alan “OP1193” SUT kodlu tıbbi malzemenin fiyatı aşağıdaki şekilde yeniden belirlenmiştir.

 “

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| OP1193 |  | DİZ ÜSTÜ PROTEZ SİLİKON LİNER DEĞİŞİMİ | 734,40 |

 ”

**MADDE 27-** Aynı Tebliğ eki “Diğer Protez ve Ortezler Listesi (Ek-3/C-3)” nde yer alan “DO1004” SUT kodlu tıbbi malzemenin fiyatı aşağıdaki şekilde yeniden belirlenmiştir.

 “

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DO1004 | DİJİTAL PROGRAMLANABİLİR İŞİTME CİHAZI | 750,00 |

”

**MADDE 28-** Aynı Tebliğ eki “Tıbbi Sarf Malzemeler Listesi (Ek-3/C-4)” nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “İşitsel İmplantlar Sarf Malzemeleri” başlıklı maddesinin üçüncü fıkrasının sonuna gelmek üzere aşağıdaki ibare eklenmiştir.

“Ancak, miat süresi sonunda yapılan yenileme işlemlerinde işlemcinin teslim edilmesine gerek bulunmamaktadır.”

b) Listede yer alan “İşitsel İmplantlar Sarf Malzemeleri” başlıklı maddesine aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

“(4) 1/12/2016 tarihinden önce yapılmış olan işitsel implanta ait işlem bedelini, uygulamanın yapıldığı tarihte işlemin Kurumumuz ödeme kapsamında olmaması, ödeme kapsamında olsa dahi ödeme kural/kriterlerine uymaması veya işlemin yapıldığına dair verilerin sistemde görüntülenememesi gibi sebeplerden ötürü, kendi imkanları ile karşılayan sigortalıların sarf malzeme bedelleri; Kurumun ilgili birimlerine başvurularak bu birimlerce kayıt altına alınması halinde Kurumca karşılanır.”

c) Aşağıdaki tabloda yer alan tıbbi malzemelerin fiyatları aşağıdaki şekilde yeniden belirlenmiştir.

“

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A10038 | KOLOSTOMİ TORBASI (ADAPTÖR İÇİN) (FİLTRE DAHİL) | 3,38 |
| A10047 | STOMA CAP | 4,56 |
| A10062 | HASTA DEVRESİ, PEDİATRİK | 46,00 |
| A10063 | HASTA DEVRESİ, ERİSKİN | 46,00 |
| A10088 | FENESTRELİ | 100,00 |

”

**MADDE 29-** Aynı Tebliğ eki “Özel Hallerde Karşılanan Tıbbi Malzemeler Listesi (Ek-3/C-5)” nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

 a) Listede yer alan “100000” SUT kodlu tıbbi malzemenin fiyatı aşağıdaki şekilde yeniden belirlenmiştir.

“

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  100000 | DİRSEK ALTI 2 KANALLI MYOELEKTRİK KONTROLLÜ KOL PROTEZİ | 99.200,00 |

”

b) Listede yer alan “100001” SUT kodlu tıbbi malzemenin fiyatı aşağıdaki şekilde yeniden belirlenmiştir.

“

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  100001 | DİRSEK ALTI 4 KANALLI MYOELEKTRİK KONTROLLÜ KOL PROTEZİ | 108.800,00 |

”

c) Listede yer alan “100002” SUT kodlu tıbbi malzemenin fiyatı aşağıdaki şekilde yeniden belirlenmiştir.

“

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 100002 | DİRSEK ÜSTÜ 2 KANALLI MYOELEKTRİK KONTROLLÜ KOL PROTEZİ | 107.200,00 |

 ”

ç) Listede yer alan “100003” SUT kodlu tıbbi malzemenin fiyatı aşağıdaki şekilde yeniden belirlenmiştir.

“

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 100003 | DİRSEK ÜSTÜ 4 KANALLI MYOELEKTRİK KONTROLLÜ KOL PROTEZİ | 116.800,00 |

 ”

d) Listede yer alan “100004” SUT kodlu tıbbi malzemenin fiyatı aşağıdaki şekilde yeniden belirlenmiştir.

“

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 100004 | DİRSEK ÜSTÜ 6 KANALLI MYOELEKTRİK KONTROLLÜ KOL PROTEZİ | 137.600,00 |

”

e) Listede yer alan “100010” SUT kodlu tıbbi malzemenin fiyatı aşağıdaki şekilde yeniden belirlenmiştir.

“

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 100010 | EL BİLEĞİ DEZARTİKÜLASYONU İÇİN 2 KANALLI MYOELEKTRİK KONTROLLÜ KOL PROTEZ | 97.600,00 |

 ”

f) Listede yer alan “100011” SUT kodlu tıbbi malzemenin fiyatı aşağıdaki şekilde yeniden belirlenmiştir.

“

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 100011 | DİRSEK DEZARTİKÜLASYONU İÇİN 2 KANALLI MYOELEKTRİK KONTROLLÜ KOL PROTEZİ | 107.200,00 |

 ”

g) Listede yer alan “100012” SUT kodlu tıbbi malzemenin fiyatı aşağıdaki şekilde yeniden belirlenmiştir.

“

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 100012 | DİRSEK DEZARTİKÜLASYONU İÇİN 4 KANALLI MYOELEKTRİK KONTROLLÜ KOL PROTEZİ | 116.800,00 |

 ”

ğ) Listede yer alan “100013” SUT kodlu tıbbi malzemenin fiyatı aşağıdaki şekilde yeniden belirlenmiştir.

“

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 100013 | TRANSKARPAL 2 KANALLI MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PARSİYEL EL PROTEZİ | 97.600,00 |

 ”

h) Listede yer alan “100072” SUT kodlu tıbbi malzemenin fiyatı aşağıdaki şekilde yeniden belirlenmiştir.

“

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 100072 | AKTİF TEKERLEKLİ SANDALYE | 3.600,00 |

 ”

ı) Listede yer alan “100074” SUT kodlu tıbbi malzemenin fiyatı aşağıdaki şekilde yeniden belirlenmiştir.

“

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 100074 | GÖZ PROTEZİ (KİŞİYE ÖZEL ÜRETİLEN) | 3.200,00 |

 ”

i) Listede yer alan “100049” SUT kodlu tıbbi malzemeden sonra gelmek üzere aşağıdaki tıbbi malzeme satırı eklenmiştir.

“

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 100083 | ÖZELLİKLİ KARBON GRAFİT AFO | A | I | 3 YIL |  | K3-K4 | 1700,00 |

”

 **MADDE 30-** Aynı Tebliğ eki “Ortopedi Ve Travmatoloji Branşı Travma ve Rekonstrüksiyon Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/F-4)” nde yer alan “TV5570” SUT kodlu tıbbi malzemenin fiyatı aşağıdaki şekilde yeniden belirlenmiştir.

 “

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TV5570 | İNTRAMEDÜLER ÇİVİLEME DÜZELTME/DEFORMİTE İNTRAMEDÜLER ÇİVİ TELESKOPİK ÇİVİLER RADİUS/ULNA/FEMUR/TİBİA/HUMERUS KANÜLSÜZ/KANULLÜ ÇELİK/TİTANYUM/CoCr/KARBON TÜM BOYLAR | 4.500,00 |

”

 **MADDE 31-** Aynı Tebliğ eki “Kardiyoloji Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/H)” nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

 a) Listede yer alan “KR1000” SUT kodlu tıbbi malzemenin fiyatı aşağıdaki şekilde yeniden belirlenmiştir.

“

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| KR1000 | ICD, VVIR | 6.000,00  |

 ”

 b) Listede yer alan “KR1005” SUT kodlu tıbbi malzemenin fiyatı aşağıdaki şekilde yeniden belirlenmiştir.

“

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| KR1005 | ICD, DDDR | 8.300,00  |

 ”

 c) Listede yer alan “KR1010” SUT kodlu tıbbi malzemenin fiyatı aşağıdaki şekilde yeniden belirlenmiştir.

“

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| KR1010 | ICD, Bİ-VENTRİKÜL | 9.300,00  |

”

 ç) Listede yer alan “KR1022” SUT kodlu tıbbi malzemenin fiyatı aşağıdaki şekilde yeniden belirlenmiştir.

“

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| KR1022 | ELEKTROD, ICD ŞOK ELEKTRODU | 1.500,00  |

 ” d) Listede yer alan “KR1024” SUT kodlu tıbbi malzemenin fiyatı aşağıdaki şekilde yeniden belirlenmiştir. “

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| KR1024 | ELEKTROD, ATRİAL (AKTİF-PASİF FİXASYON) | 375,00  |

 ”

e) Listede yer alan “KR1026” SUT kodlu tıbbi malzemenin fiyatı aşağıdaki şekilde yeniden belirlenmiştir.

“

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| KR1026 | ELEKTROD, VENTRİKÜLER (AKTİF-PASİF) | 375,00  |

 ”

f) Listede yer alan “KR1027” SUT kodlu tıbbi malzemenin fiyatı aşağıdaki şekilde yeniden belirlenmiştir.

“

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| KR1027 | ELEKTROD, VDD | 375,00  |

 ”

 g) Listede yer alan “KR1031” SUT kodlu tıbbi malzemenin fiyatı aşağıdaki şekilde yeniden belirlenmiştir.

 “

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| KR1031 | KORONER SİNÜS ELEKTRODU PASİF | 700,00  |

 ” ğ) Listede yer alan “KR2009” SUT kodlu tıbbi malzemenin fiyatı aşağıdaki şekilde yeniden belirlenmiştir.

“

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| KR2009 | KATETER, İNTRAVASKÜLER ULTRASON (IVUS) KORONER | 1.300,00  |

 ”

 h) Listede yer alan “KR3002” , “KR3003” ve “KR3004” SUT kodlu tıbbi malzemeler altlarında yer alan ödeme kural ve/veya kriterleri ve fiyatları ile birlikte yürürlükten kaldırılmıştır.

 ı) Listede yer alan “KR1172” SUT kodlu tıbbi malzeme satırı yürürlükten kaldırılmıştır.

 i) Listeye “KR1152” SUT kodlu tıbbi malzemenin altında yer alan ödeme kural ve/veya kriterlerinden sonra gelmek üzere aşağıdaki başlık ve tıbbi malzeme satırları eklenmiştir.

“

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | **DOĞUMSAL KALP HASTALIKLARINDA KULLANILAN** **İNTRATORASİK BÜYÜK DAMAR STENTLERİ VE BALON KATETERLERİ (Koroner Damar hariç)** |   |
|  (1) Kardiyoloji veya Pediatrik Kardiyoloji ve KVC uzmanlarından oluşan konsey kararı ile Kurumca bedeli karşılanır. |  |
| KR3005 | İNTRATORASİK BÜYÜK DAMAR STENTLERİ, KAPSIZ | 4.000,00 |
| KR3006 | İNTRATORASİK BÜYÜK DAMAR STENTLERİ, KAPLI | 5.850,00 |
|  (1) Aşağıdaki durumlardan en az birinin varlığının epikrizde ayrıntılı olarak belirtildiği durumlarda Kurumca bedeli karşılanır. a) Kritik/subatretik aort koarktasyonu ve/veya pulmoner arter darlıkları olgularında, b) Aortik interruption, isthmus atrezili olguların tedavisinde, c) Aort koarktsayonu ile birlikte patent duktus arteriyosus varlığında, ç) Turner sendromlu hastalarda, d) Anevrizma oluşumu ile birlikte aort koarktasyonu varlığında,  e) İleri derecede daralmış ve /veya kalsifiye konduit ve biyoprotezlerin dilatasyonunun gerektiği durumlarda,  f) Kateter anjiografi ve girişimsel işlemler sırasında ortaya çıkan komplikasyonların (damar rüptürü vb.) acil tedavisi gerektiğinde.  |  |
| KR3007 | İNTRATORASİK BALON KATETER, ULTRA YÜKSEK BASINÇLI | 2.580,00 |
| KR3008 | İNTRATORASİK BALON KATETER, YÜKSEK BASINÇLI | 1.700,00 |
| KR3009 | İNTRATORASİK BALON KATETER, DÜŞÜK BASINÇLI VE DÜŞÜK PROFİLLİ | 840,00 |

 ”

**MADDE 32-** Aynı Tebliğ eki “Kalp Damar Cerrahisi Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/I)” nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “KV1281” SUT kodlu tıbbi malzemenin fiyatı aşağıdaki şekilde yeniden belirlenmiştir.

“

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| KV1281 | KATETER, İNTRAVASKÜLER ULTRASON | 1.300,00  |

 ”

 b) Listede yer alan “KV1019” SUT kodlu tıbbi malzemenin fiyatı aşağıdaki şekilde yeniden belirlenmiştir..

“

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| KV1019 | BİYOLOJİK KAPAKLI PULMONER KONDUİT (KENDİNDEN KAPAKLI) | 11.500,00  |

 ”

 c) Listede yer alan “KV1020” SUT kodlu tıbbi malzemenin fiyatı aşağıdaki şekilde yeniden belirlenmiştir.

“

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| KV1020 | BİYOLOJİK KAPAKLI PULMONER KONDUİT (KAPAK İMPLANTE EDİLMİŞ) | 6.900,00  |

 ”

ç) Listede yer alan “KV1021” SUT kodlu tıbbi malzemenin fiyatı aşağıdaki şekilde yeniden belirlenmiştir.

“

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| KV1021 | BİYOLOJİK KAPAKLI PULMONER KONDUİT (KAPAK İMPLANTE EDİLMİŞ) DESELLÜLERİZE | 10.000,00  |

 ”

d) Listede yer alan “STENT AORT KOARKTASYONU” başlığı ve altında yer alan ödeme kural ve/veya kriterleri yürürlükten kaldırılmıştır.

e) Listede yer alan “KV4010”, “KV4011” ve “KV4012” SUT kodlu tıbbi malzeme satırları yürürlükten kaldırılmıştır.

f) Listede yer alan “KV1173” SUT kodlu tıbbi malzemeden sonra gelmek üzere aşağıdaki başlık ve tıbbi malzeme satırları eklenmiştir.

“

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | **DOĞUMSAL KALP HASTALIKLARINDA KULLANILAN** **İNTRATORASİK BÜYÜK DAMAR STENTLERİ VE BALON KATETERLERİ (Koroner Damar hariç)** |   |
| (1) Kardiyoloji veya Pediatrik Kardiyoloji ve KVC uzmanlarından oluşan konsey kararı ile Kurumca bedeli karşılanır. |  |
| KV4014 | İNTRATORASİK BÜYÜK DAMAR STENTLERİ, KAPSIZ | 4.000,00 |
| KV4015 | İNTRATORASİK BÜYÜK DAMAR STENTLERİ, KAPLI | 5.850,00 |
| (1) Aşağıdaki durumlardan en az birinin varlığının epikrizde ayrıntılı olarak belirtildiği durumlarda Kurumca bedeli karşılanır. a) Kritik/subatretik aort koarktasyonu ve/veya pulmoner arter darlıkları olgularında, b) Aortik interruption, isthmus atrezili olguların tedavisinde, c) Aort koarktsayonu ile birlikte patent duktus arteriyosus varlığında, ç) Turner sendromlu hastalarda, d) Anevrizma oluşumu ile birlikte aort koarktasyonu varlığında,  e) İleri derecede daralmış ve /veya kalsifiye konduit ve biyoprotezlerin dilatasyonunun gerektiği durumlarda,  f) Kateter anjiografi ve girişimsel işlemler sırasında ortaya çıkan komplikasyonların (damar rüptürü vb.) acil tedavisi gerektiğinde.  |   |
| KV4016 | İNTRATORASİK BALON KATETER, ULTRA YÜKSEK BASINÇLI  | 2.580,00 |
| KV4017 | İNTRATORASİK BALON KATETER, YÜKSEK BASINÇLI | 1.700,00 |

 ”

 **MADDE 33-** Aynı Tebliğ eki “Radyoloji Branşı Ve Endovasküler/Nonvasküler Girişimsel İşlemlere Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (Ek-3/M)” nde yer alan “GR1048” SUT kodlu tıbbi malzemenin fiyatı aşağıdaki şekilde yeniden belirlenmiştir.

 “

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| GR1048 | KATETER, İNTRAVASKÜLER ULTRASON | 1.300,00  |

 ”

**MADDE 34-** Aynı Tebliğ eki **“**Gastroenteroloji Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/R)” nde “GASTROİNTESTİNAL SİSTEM BASINÇ ÖLÇÜMÜ ÜRÜNLERİ” ve “GASTROİNTESTİNAL PH ÖLÇÜM ÜRÜNLERİ” başlıkları altında yer alan ödeme kural ve/veya kriterleri aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(1) Üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında kullanılması halinde Kurumca bedelleri karşılanır.”

 **MADDE 35-** Aynı Tebliğ eki Sistemik Antimikrobik ve Diğer İlaçların Reçeteleme Kuralları Listesi (Ek-4/E)’nde yer alan 11- ANTİVİRAL İLAÇLAR A) HIV/AIDS Tedavisinde Kullanılan Spesifik İlaçlar başlıklı maddesine aşağıdaki satır eklenmiştir.

“

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 19 | Maravirok | Daha önce en az üç farklı antiretroviral sınıfı ilaç ile tedavi görmüş olan dirençli ve yalnızca CCR5-tropik HIV-1 ile enfekte olduğu tropizm testi ile gösterilen erişkin hastalarda kullanılır.Bu durumların belirtildiği enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerince düzenlenecek sağlık raporuna istinaden enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir. |

 ”

 **MADDE 36** - Aynı Tebliğ eki Ayakta Tedavide Sağlık Raporu (Uzman Hekim Raporu/Sağlık Kurulu Raporu) İle Verilebilecek İlaçlar Listesi (Ek-4/F)’nin 45 numaralı maddesine “Fesoterodin” kelimesinden sonra gelmek üzere “, Mirabegron” ibaresi eklenmiştir.

 **MADDE 37-** Bu Tebliğin;

 a) 2 nci maddesinin (b) bendi 18/1/2016 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

 b) 2 nci maddesinin (c) bendi 14/3/2016 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

 c) 1 ve 3 üncü maddeleri 26/4/2017 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

 ç) 2 nci maddesinin (a) ve (ç) bentleri,4,7,16,20 ila 23, 24 üncü maddesinin (ç) bendi, 31 inci maddesinin (ğ) bendi, 32 nci maddesinin (a) bendi ve 33 üncü maddesi yayımı tarihinden 10 gün sonra,

 d) 6,9,17,19,26 ila 29 uncu maddeleri yayımı takip eden ayın ilk günü,

 e) 31 inci maddesinin (h), (ı), (i) bentleri, 32 nci maddenin (d), (e), (f) bentleri yayımı tarihinden 30 gün sonra,

 f) 10 ila 15, 35 ve 36 ncı maddeleri yayımı tarihinden 5 iş günü sonra,

 g) Diğer maddeleri yayımı tarihinde,

 yürürlüğe girer.

 **MADDE 38-** Bu Tebliğ hükümlerini Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı yürütür.