

TEBLİĞ

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 numaralı maddesinin üçüncü fıkrasında yer alan “durumlar ile pandemi süresince pandemi olgularına yönelik tanı ve tedavileri” ibaresi “durumları” şeklinde değiştirilmiştir.

MADDE 2- Aynı Tebliğin 1.9.3 numaralı maddesinin birinci fıkrasının (k) bendi yürürlükten kaldırılmıştır.

MADDE 3- Aynı Tebliğin 2.3 numaralı maddesinin birinci fıkrasında yer alan “durumlar ile pandemi süresince pandemi olgularına yönelik tanı ve tedavileri” ibaresi “durumları” şeklinde değiştirilmiştir.

MADDE 4- Aynı Tebliğin 2.4.4 numaralı maddesine aşağıdaki alt madde eklenmiştir.

“2.4.4.P- Prostat adenokarsinom tedavilerinde Lu-177 veya Y-90 işaretli PSMA bileşiklerinin kullanım kriterleri;

(1) Nükleer tıp, üroloji ve tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı 3 (üç) imzalı, tıbbi gerekçenin belirtildiği sağlık kurulu raporu bulunmalıdır.

(2) Sağlık kurulu raporunda progresse, kastrasyona dirençli prostat kanseri tanısının bulunması gerekir.

(3) Tedavi öncesinde kan testosteron düzeyinin 50 ng/dl altında olması gerekir. Tedaviye başlanması için PSA değeri kriter değildir.

(4) Lu-177 veya Y-90 işaretli PSMA bileşikleri ile radyonüklid tedavi öncesi standart antineoplastik tedavilere (dosetaksel, kabazitaksel) refrakter olmalıdır. Hastaya enzutatamid veya abirateron tedavilerinden biri kullanılmış veya bu tedavileri alamıyor olmalıdır. Hastanın performans skoru ≤ 2 olmalı, organ fonksiyonları yeterli olmalıdır.

(5) Lu-177 veya Y-90 işaretli PSMA bileşikleri ile tedavisi öncesinde Ga-68 PSMA PET görüntülemenin mutlaka yapılmış olması ve en az 3 odakta patolojik tutulumun bulunması gerekir.

(6) Tedavi en az 6 hafta ara ile uygulanır, elde edilen cevaba göre en fazla 8 tedavi dozu şeklinde uygulanır.”

MADDE 5- Aynı Tebliğin 3.1.2 numaralı maddesinin on dördüncü fıkrasının (b) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“b) SUT’ta yer alan fiyatlarla temin edilemeyen özellikli akülü tekerlekli sandalye, ortez/protez ve diğer iyileştirici araç ve gereçler ile SUT’ta yer almayan her türlü ortez/protez ve diğer iyileştirici araç ve gereçler için Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gaziler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile yapılan, SUT’ta yer alan fiyatlarla temin edilemeyen özellikli akülü tekerlekli sandalye, hazır ortez/protez ve diğer iyileştirici araç ve gereçler ile SUT’ta yer almayan hazır ortez/protez ve diğer iyileştirici araç ve gereçler için ise Sağlık Bakanlığımıza bağlı İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile yapılan sözleşme/protokoller kapsamında, bu sağlık hizmeti sunucularınca oluşan ve/veya oluşturulacak komisyonlar/kurullarca ihtiyacı olduğunun tespit edilmesi ve ihtiyacın sağlık hizmeti sunucularınca karşılanarak Kuruma faturalandırılması halinde fatura tutarı üzerinden ödenir. Ancak, özellikli akülü tekerlekli sandalye, hazır ortez/protez ve diğer iyileştirici araç ve gereçler, sağlık hizmeti sunucusu tarafından temin edilme bedeli üzerine 10 (on) brüt asgari ücret tutarını geçmemek üzere %12 oranında işletme gideri eklenerek Kuruma fatura edilir.”

MADDE 6- Aynı Tebliğin 3.3.31 numaralı maddesi yürürlükten kaldırılmıştır.

MADDE 7- Aynı Tebliğin 4.2.10 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) 4.2.10.C numaralı alt maddesi başlığı ile birlikte aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“4.2.10.C- Mukopolisakkaridoz Tip I, II, IV A, VI ve VII hastalığı tedavi esasları

4.2.10.C-1- Tanı kriterleri

(1) Periferik kandan lökosit içi ya da dokudan enzim (Tip I için; L-İduronidase, Tip II için; İduronidate -2 sulfatase, Tip IVA için N-Acetyl galactoseamine-6-sulphatase, Tip VI için; N-Acetyl Galactoseamine-4-Sulfatase, Tip VII için betagalucronidase) düzeyleri;

(2) İdrar glikozaminoglikan analizinde hastalık tipine özgü glikozaminoglikan analizi (Tip I ve Tip II için heparan ve dermatan sülfat, Tip IVA için keratan sülfat ve kondroidin sülfat, Tip VI için dermatan sülfat, Tip VII için kondroidin sülfat, heparan ve dermatan sülfat);

(3) Moleküler genetik analiz sonuçları (Tip I için IDUA geni, Tip II için IDS geni, Tip IVA için GALNS geni, Tip VI için ARSB geni, Tip VII için GUSB geni);

yukarıda belirtilen analiz sonuçlarından en az ikisinin hastalıkla uyumlu olması ve ilaç raporunda sonuçların belirtilmesi gerekmektedir. Tip II, IVA ve VI hastalarında; multiple sülfataz eksikliği enzimatik ya da moleküler genetik analiz sonuçları ile dışlanmış olmalıdır.

4.2.10.C-2- Enzim tedavisine başlama ve sonlandırma kriterleri

4.2.10.C-2.1- Başlama kriterleri

(1) Tip I, II, IVA, VI ve VII hastalarında yardım almadan yer değiştirecek şekilde tüm vücudunu hareket ettirebilen ve solunum cihazına sürekli bağlı olmayan hastalarda tedaviye başlanır. (6 ay ve daha uzun süre kesintisiz ve hareketsiz olarak solunum cihazına bağlı olan hastalarda tedaviye başlanmaz.)

(2) 24 ay (2 yaş) ve altındaki hastalarda yardım almadan yer değiştirecek şekilde tüm vücudunu hareket ettirebilme kriteri aranmaz.

(3) Tip I Mukopolisakkaridoz’da; 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.

(4) Tedavi başlangıcında; ekokardiyografi (ejeksiyon fraksiyonu veya fraksiyonel kısalma ve miyokard kalınlığı), abdominal ultrasonografi veya abdominal manyetik rezonans (karaciğer, dalak boyutu veya hacmi), koopere olan hastalarda solunum fonksiyon testi (FVC) ve yürüyebilen 2 yaş üzeri hastalarda 6 dakika yürüme testi yapılır ve sonuçları kaydedilir.

(5) Herhangi bir sebeple tedaviye 6 ay ve daha uzun süreli ara veren hastalarda başlangıç kriterleri aranır.

4.2.10.C-2.2- Devam kriteri

(1) İlk rapor tarihinden sonra yapılan yıllık değerlendirmelerde;

(a) Yardım almadan yer değiştirecek şekilde tüm vücudunu hareket ettirme yeteneğini kaybetmeyen (Yürümeyen ancak, vücudunu yardım almadan hareket ettirme yeteneği olan hastalarda 6 dakika yürüme testi yerine bu yeteneğini koruma şartı aranır.),

(b) 6 aydan uzun süredir sabit (hareketsiz) olarak solunum cihazına bağlı olmayan,

(c) Tedavi başlangıcında kaydedilen değerleri (ekokardiyografi, abdominal ultrasonografi veya abdominal manyetik rezonans, solunum fonksiyon testi, 6 dakika yürüme testi) korunmuş olan veya bu değerlerden herhangi birinde bu hastalığa bağlı nedenlerle %30'dan daha fazla kötüleşme olmayan,

hastalarda tedaviye devam edilir.

4.2.10.C-2.3- Sonlandırma kriteri: Devam kriterlerini karşılayamayan hastaların tedavileri sonlandırılır.

4.2.10.C-3- Rapor ve reçeteleme koşulları

(1) Çocuk ve erişkin hastalar için; en az birisi çocuk metabolizma, çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları olmak üzere çocuk metabolizma, çocuk endokrinolojisi ve metabolizma, endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimlerinin yer aldığı üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında 1 yıl süreli sağlık kurulu raporu düzenlenir. Rapor; teşhis, başlangıç ve devam kriter/kriterleri ile ilgili tüm bilgiler yer alır. Bu rapora dayanılarak çocuk metabolizma, çocuk endokrinolojisi ve metabolizma veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimlerince, bu hekimlerin bulunmadığı yerlerde ise çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete düzenlenir.

(2) Hastanın takip ve tedavi edildiği sağlık kurumlarında, hastalar adına dosyalar açılacak ve tüm bilgiler bu dosyada muhafaza edilecektir.”

b) 4.2.10.E numaralı alt maddesi yürürlükten kaldırılmıştır.

MADDE 8- Aynı Tebliğin 4.2.14.C numaralı maddesinin üçüncü fıkrasında aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) (ddd) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“**ddd) Ribosiklib;**

1) Nonsteroidal aromataz inhibitörü (NSAİ) ile kombine kullanımı halinde; östrojen reseptörü (ER) en az %10 pozitif, insan epidermal büyüme faktörü 2 (HER-2) negatif pre/peri/postmenopozal metastatik meme kanseri olan, daha önce metastatik hastalık için endokrin tedavi almamış hastalar veya adjuvan NSAİ tedavisinin tamamlanmasından 12 ay sonra relaps yapmış veya adjuvan tamoksifen tedavisi sırasında veya sonrasında relaps yapmış hastalarda en az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden tıbbi onkoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde Kurumca karşılanır.

2) Östrojen reseptörü (ER) en az %10 pozitif ve HER2 (-) olan pre/peri/postmenopozal metastatik meme kanserli daha önce fulvestrant kullanmamış hastalarda en az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden tıbbi onkoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde aşağıda yer alan kriterler çerçevesinde Kurumca karşılanır:

a) Metastatik hastalık tedavisi için bir sıra ve en az 6 ay aromataz inhibitörü tedavisini kullandıktan sonra klinik ve/veya radyolojik hastalık progresyonu görülenlerde fulvestrant ile birlikte kullanılması halinde Kurumca karşılanır.

b) Adjuvan aromataz inhibitörü tedavisi devam ederken (en az 12 ay almış olmak şartıyla) ya da adjuvan aromataz inhibitörü tedavisi tamamlandıktan sonraki 12 ay içinde nüks/metastaz gelişen hastalarda fulvestrant ile birlikte kullanılması halinde Kurumca karşılanır. Adjuvan aromataz inhibitörü alırken ilk 12 ay içinde relaps görülen hastalarda veya metastatik hastalık nedeniyle bir sıradan daha fazla aromataz inhibitörü tedavisi almış olan hastalarda kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.

3) Pre/perimenopozal kadınlarda endokrin tedavisi, luteinize edici hormon salgılatıcı hormon (LHRH) agonisti ile birleştirilmelidir.

4) Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için düzenlenecek yeni raporda hastalıkta progresyon olmadığı belirtilmelidir.”

b) (ııı) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“**ııı) Dinutuksimab beta;**

Başlangıç kriteri

1) Uluslararası Nöroblastom Risk Grup Evreleme Sistemi (INRGSS)'ne göre yüksek risk grubuna giren 1 yaş ve üzeri nöroblastom tanılı hastalarda idame tedavileri veya relaps/refrakter hastalık durumunda;

a) Primer olgularda, indüksiyon kemoterapileri sonrasında konsolidasyon amaçlı uygulanan yüksek doz kemoterapi ve otolog kök hücre nakli sonrası idame tedavisi amaçlı olarak veya yüksek doz kemoterapi ve otolog kök hücre nakli uygulanamayan veya uygulanamamasının tıbbi gerekçelerinin raporda belirtildiği hastalarda konvansiyonel idame tedavisi olarak,

b) İlk tedavisi sonu (first-line tedavi) remisyon sağlandıktan sonra hastalığı tekrarlamış olanlarda (relaps hastalarda) farklı kemoterapi protokolü ile birlikte 10 mg/m²/gün dozunda 7 gün süre ile (3-4 haftada bir),

c) İlk tanıdan itibaren rezistans gösteren ya da progresyon gösteren hastalarda farklı kemoterapi protokolü ile birlikte, 10 mg/m²/gün dozunda 7 gün süre ile (3 ile 4 haftada bir),

yukarıdaki kriterlerden herhangi birinin bulunması durumunda kullanılması halinde,

2) Üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında düzenlenen en az bir çocuk onkoloji veya çocuk hematoloji onkoloji uzmanının yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden sadece çocuk hematoloji onkoloji ve/veya çocuk onkoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde,

bedelleri Kurumca karşılanır.

3) Hastanın tedaviden fayda gördüğünün yeni düzenlenecek her raporda belirtilmesi halinde tedaviye devam edilir. Tedaviden fayda sağlamayan hastaların tedavisi sonlandırılır.”

MADDE 9- Aynı Tebliğin 4.2.46 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Maddenin başlığı aşağıdaki şekilde değiştirilmiş ve aynı madde başlığı altına aşağıdaki alt madde başlığı eklenmiştir.

“4.2.46- Pirfenidon ve nintedanib kullanım ilkeleri”

“4.2.46.A. İdiyopatik Pulmoner Fibrozis (IPF) tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri;”

b) Aynı maddeye aşağıdaki alt maddeler eklenmiştir.

“4.2.46.B. Progresif fenotipli diğer kronik fibrozan interstisyel akciğer hastalıklarında nintedanib kullanım ilkeleri;

(1) Karbonmonoksit difüzyon kapasitesi (DLCO) \geq %30, Forced Vital Kapasitesi (FVC) \geq %50 ve toraks yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi (HRCT) ile %10’dan fazla fibrozis alanı varlığı gösteren atak dışında aşağıda tanımlanan progresif pulmoner fibrozis kriterlerinden en az ikisini karşılayan progresif fenotipli diğer kronik fibrozan interstisyel akciğer hastalarında nintedanib ile tedaviye başlanması halinde bedeli Kurumca karşılanır:

a) Solunum semptomlarında kötüleşme,

b) Forced Vital Kapasitesi (FVC)’nde %5 ve üzerinde ve/veya Karbonmonoksit difüzyon kapasitesi (DLCO)’nde %10 ve üzerinde düşüş olması,

c) Radyolojik progresyon; Bir önceki görüntüleme ile kıyaslamalı değerlendirme sonucu sağlık kurulu raporunda belirtilmelidir. Aşağıdaki Radyolojik Progresyon Kriterlerinden en az birinin gösterilmesi gerekmektedir:

i. traksiyon bronşiektazisi ve bronşiektazisi yaygınlığı veya şiddetinde artış,

ii. yeni gelişen buzlu cam alanları veya traksiyon bronşiektazileri,

iii. yeni gelişen ince retikülasyon,

iv. retiküler anormalliğin yaygınlığı veya yoğunluğunda artış,

v. yeni gelişen veya artan bal peteği görünümü,

vi. volüm kaybında artış.

(2) Bu durumların belirtildiği üçüncü basamak sağlık kurumlarında göğüs hastalıkları hekimlerince 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak göğüs hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır. Sağlık kurulu raporunda DLCO, FVC değerlerinin tarihi ile HRCT görüntüleme raporunun tarihi belirtilmesi gerekmektedir.

(3) Hastalar her 12 ayda bir yeniden değerlendirilmelidir. Bu değerlendirmelerde;

a) FVC değerinde bir önceki sağlık kurulu raporu değerine göre (ataklar dışında) \geq %10 düşme olması ilaca yanıtızlık olarak kabul edilir ve tedavi sonlandırılır.

b) Tedavinin devamı için düzenlenen raporlarda ilaç başlama kriterleri aranmaz. Tedavinin devamı için FVC değerinde bir önceki sağlık kurulu raporu değerine göre (ataklar dışında) \geq %10 düşme olmadığı her raporda belirtilmelidir.

4.2.46.C. Sistemik skleroza bağlı interstisyel akciğer hastalarında nintedanib kullanım ilkeleri;

(1) Karbonmonoksit difüzyon kapasitesi (DLCO) \geq %30, Forced Vital Kapasitesi (FVC) \geq %50 ve toraks yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi (HRCT) ile %10’dan fazla fibrozis alanı varlığı gösteren sistemik skleroza bağlı interstisyel akciğer hastalarında nintedanib ile tedaviye başlanması halinde bedeli Kurumca karşılanır.

(2) Bu durumların belirtildiği üçüncü basamak sağlık kurumlarında en az bir romatoloji uzman hekimi ve en az bir göğüs hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak göğüs hastalıkları, romatoloji veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir. Sağlık kurulu raporunda DLCO, FVC değerlerinin tarihi ile HRCT görüntüleme raporunun tarihi belirtilmesi gerekmektedir.

(3) Hastalar her 12 ayda bir yeniden değerlendirilmelidir. Bu değerlendirmelerde;

a) FVC değerinde bir önceki sağlık kurulu raporu değerine göre (ataklar dışında) \geq %10 düşme olması ilaca yanıtızlık olarak kabul edilir ve tedavi sonlandırılır.

b) Tedavinin devamı için düzenlenen raporlarda ilaç başlama kriterleri aranmaz. Tedavinin devamı için FVC değerinde bir önceki sağlık kurulu raporu değerine göre (ataklar dışında) \geq %10 düşme olmadığı her raporda belirtilmelidir.”

MADDE 10- Aynı Tebliğ eki “Hizmet Baş İşlem Puan Listesi (EK-2/B)” nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “530060”, “530070”, “602660”, “608300”, “608310”, “608320”, “608330”, “608340”, “608350”, “608360”, “608370”, “608371”, “608372”, “617051”, “618630”, “618740”, “618830”, “618910”, “618920”, “618990”, “619060”, “619070”, “619130”, “619250”, “619350”, “619390”, “619400”, “619415”, “619420”, “619430”, “619440”, “619520”, “619530”, “619681”, “619682”, “619730”, “619810”, “620250”, “621071”, “621180”, “621190”, “621210”, “621220”, “621280”, “621420”, “621450”, “621510”, “621530”, “621670”, “621680”, “621690”, “621780”, “800735”, “801545”, “803190” ve “908115” SUT kodlu işlem satırları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

530060	Biyopsi, derin (Cerrahi)	604160, 607690, 607790, 608140, 608150, 608160, 608320, 608780, 608840, 608860, 608910, 614350, 614360, 614370, 615050, 615210, 616670, 618040, 618450, 618590, 619120, 619415, 619520, 620050, 620110, 620120, 620970, 621320, 621330, 621700, 700750, 701280, 701380, 701400, 701550, 703480, 703490, 704740, 802930 ile birlikte faturalandırılmaz.	788,26
530070	Biyopsi, yüzeysel (Deri veya derialtı)	604160, 607690, 607790, 608140, 608150, 608160, 608320, 608780, 608840, 608860, 608910, 614350, 614360, 614370, 615050, 615210, 616670, 618040, 618450, 618590, 619120, 619415, 619520, 620050, 620110, 620120, 620970, 621320, 621330, 621700, 700750, 701280, 701380, 701400, 701550, 703480, 703490, 704740, 802930 ile birlikte faturalandırılmaz.	385,71

602660	Dudak malign tümör wedge rezeksiyonu		3.197,34
--------	--------------------------------------	--	----------

608300	Bronkoskopi, bronşiyal fistül kapama amaçlı	Fibrin glue, syanoakrilat vb. 608310 ile birlikte faturalandırılmaz. Göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi, çocuk cerrahisi, çocuk göğüs hastalıkları uzmanları tarafından yapılması halinde faturalandırılır.	1.789,56
608310	Bronkoskopi, tanısal (Fleksible/rijit), bronşiyal lavaj ile birlikte veya değil	Genel anestezi ile yapıldığında anestezi ücreti ayrıca faturalandırılır. Göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi, çocuk cerrahisi, çocuk göğüs hastalıkları uzmanları tarafından yapılması halinde faturalandırılır.	894,73
608320	Bronkoskopi, biyopsi veya yabancı cisim çıkarılması amacıyla	608310 ile birlikte faturalandırılmaz. Göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi, çocuk cerrahisi, çocuk göğüs hastalıkları uzmanları tarafından yapılması halinde faturalandırılır.	2.266,75
608330	Bronkoskopik lazer veya koter veya diatermi veya kriyoterapi	608310 ile birlikte faturalandırılmaz. Bronkoskopi işlem puanı dahildir. Göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi, çocuk cerrahisi, çocuk göğüs hastalıkları uzmanları tarafından yapılması halinde faturalandırılır.	4.533,52
608340	Bronkoskopi, eksizyon dışı bir metotla tümör destrüksiyonu veya stenozun açılması	608310 ile birlikte faturalandırılmaz. Göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi, çocuk cerrahisi, çocuk göğüs hastalıkları uzmanları tarafından yapılması halinde faturalandırılır.	5.440,24
608350	Bronkoskopi, trakeal dilatasyon ve trakeal stent yerleştirilmesi ile birlikte	608310 ile birlikte faturalandırılmaz. Göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi, çocuk cerrahisi, çocuk göğüs hastalıkları uzmanları tarafından yapılması halinde faturalandırılır.	3.626,83
608360	Bronkoskopi, trakeal veya bronşiyal dilatasyon ile birlikte	608310 ile birlikte faturalandırılmaz. Göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi, çocuk cerrahisi, çocuk göğüs hastalıkları uzmanları tarafından yapılması halinde faturalandırılır.	2.266,75
608370	Bronkoskopi, trakeobronşiyal ağacın terapötik aspirasyonu ile birlikte	608310 ile birlikte faturalandırılmaz. Göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi, çocuk cerrahisi, çocuk göğüs hastalıkları uzmanları tarafından yapılması halinde faturalandırılır.	758,40
608371	Bronkoskopik volüm azaltıcı girişim	Bronkoskopi ayrıca faturalandırılmaz. Göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi, çocuk cerrahisi, çocuk göğüs hastalıkları uzmanları tarafından yapılması halinde faturalandırılır.	3.840,57
608372	Bronkoskopik fırçalama	Bronkoskopi ayrıca faturalandırılmaz. Göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi, çocuk cerrahisi, çocuk göğüs hastalıkları uzmanları tarafından yapılması halinde faturalandırılır.	1.490,76

617051	Korneal Cross-Linking uygulaması	Topografi ve pakimetre ile tanı konulmuş keratokonus, postlasik ektazi veya pellusid marjinal dejenerasyonda, üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca yapılması halinde faturalandırılır.	1.152,15
--------	----------------------------------	---	----------

618630	Endopyelotomi	İşlem öncesi üreteropelvik darlığın BT, İVP, MRG veya sintigrafi ile belgelenmesi halinde ödenir.	5.219,02
--------	---------------	---	----------

618740	Nefrolitotomi, perkütan	Aynı taraf için 618920 ile birlikte faturalandırılmaz.	7.711,62
--------	-------------------------	--	----------

618830	Piyelolitotomi	618840, 619070 ile birlikte faturalandırılmaz.	3.570,00
--------	----------------	--	----------

618910	Endoskopik üreter taşı tedavisi	619530 ayrıca faturalandırılmaz. Aynı taraf için 618960, 618970, 618980, 618990, 619010, 619070, 619130, 621090 ile birlikte faturalandırılmaz.	3.914,47
618920	Retrograd üreteral kateterizasyon	Aynı taraf için 618740, 618910, 618960 ile birlikte faturalandırılmaz.	587,16

“618990	Üreteral stent çıkarılması	Sistoskopi, tanısal/sistoüretroskopi ayrıca faturalandırılmaz. Aynı taraf için 618910, 618960, 618980, 619130 ile birlikte faturalandırılmaz.	782,88
---------	----------------------------	---	--------

619060	Üreterolitotomi	618840, 618910, 619070, 619130 ile birlikte faturalandırılmaz. Tedavi süresince bir adet faturalandırılır.	2.975,32
619070	Üreterolizis	618840, 618910, 619060, 619130 ile birlikte faturalandırılmaz. Tedavi süresince bir adet faturalandırılır.	7.139,02

619130	Üreterorenoskopi, tanısal	619530 ile birlikte faturalandırılmaz. Aynı taraf için 618910, 618990, 619070, 619120 ile birlikte faturalandırılmaz.	2.379,69
--------	---------------------------	---	----------

619250	Artifisyonel sfinkter takılması	Total üriner inkontinans varlığının Sağlık Kurulu Raporu ile belirtilmesi gerekmektedir.	7.817,98
--------	---------------------------------	--	----------

619350	Mesane boynuna inkontinansa madde enjeksiyonu	Tüm enjeksiyon işlemleri dahildir. Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca yapılması halinde faturalandırılır.	2.817,09
--------	---	--	----------

619390	Mesane tümörü (TUR) (< 3 cm)	619440, 619530 ile birlikte faturalandırılmaz.	13.964,01
619400	Mesane tümörü (TUR) (≥ 3 cm)	619440, 619530 ile birlikte faturalandırılmaz. Tümör boyutunun ≥ 3 cm olduğunun belgelendirilmesi halinde faturalandırılır.	19.948,86

619415	Mesane TUR (Tümöral olmayan, reTUR, TUR biyopsi)	619440, 619520, 619530 ile birlikte faturalandırılmaz.	2.141,68
619420	Mesane tümörü rezeksiyonu, cerrahi	619440 ile birlikte faturalandırılmaz.	12.207,51
619430	Mesane tümöründe lazerle tedavi	619440, 619530 ile birlikte faturalandırılmaz. İşleme ait patoloji raporu ile mesane tümörünün belgelenmesi halinde ödenir.	8.482,33
619440	Mesane nin prekanseröz lezyonlarında fulgurasyon	619390, 619400, 619415, 619420, 619430, 619530 ile birlikte faturalandırılmaz. İşlem öncesi patoloji raporu ile prekanseröz saptanmış olgularda ödenir.	6.361,75

619520	Sistoskopi ve mesaneden "punch" biyopsi	619415, 619530 ile birlikte faturalandırılmaz.	685,44
619530	Sistoskopi, tanısal/Sistoüretroskopi	619150, 619160, 619390, 619400, 619430, 619440, 619510, 619520, 619760 ile birlikte faturalandırılmaz.	587,16

619681	Hipospadias onarımı, penoskrotal	621071 ile birlikte faturalandırılmaz. Sağlık Raporu ile external mea yeri belirtilmelidir.	6.868,62
619682	Hipospadias onarımı, perineal	621071 ile birlikte faturalandırılmaz. Sağlık Raporu ile external mea yeri belirtilmelidir.	6.868,62

619730	Retropubik üretropeksi ve sling ameliyatları	Erkek hastalarda 2 (iki) üroloji uzmanının yer aldığı sağlık raporuna istinaden bedeli karşılanır.	5.949,72
--------	--	--	----------

619810	Üretral kordi onarımı	Sünnet yapılmamış olguda yapılması durumunda tıbbi gerekçe belirtilmelidir.	2.677,50
--------	-----------------------	---	----------

620250	Kondilom koterizasyonu	Kondiloma aküminata olduğunu gösteren patoloji veya laboratuvar sonucu ile belgelenmesi halinde ödenir. Tedavi süresince bir adet faturalandırılır.	927,19
--------	------------------------	---	--------

621071	Sünnet	619670, 619681, 619682, 621070, 621150 ile birlikte faturalandırılmaz.	435,40
621180	Çok parçalı penil protez implantasyonu	621190, 621280 ile birlikte faturalandırılmaz.	5.949,72
621190	Tek parçalı penil protez implantasyonu	621180, 621280 ile birlikte faturalandırılmaz.	4.759,33
621210	Penis rekonstrüksiyonu, mikro cerrahi gerektiren bir teknik ile	621220, 621280 ile birlikte faturalandırılmaz.	7.436,88
621220	Penis rekonstrüksiyonu, reyonel flep ile	621210, 621280 ile birlikte faturalandırılmaz.	4.462,48
621280	Reyonel flep ile penis rekonstrüksiyonu ve penil protez implantasyonu	621180, 621190, 621210, 621220 ile birlikte faturalandırılmaz.	5.057,16
621420	Transüretral prostat insizyonu	619340, 621360, 621380 ile birlikte faturalandırılmaz.	2.975,32
621450	Epididim kisti eksizyonu	621510, 621520, 621550, 621560, 621570, 621580 ile birlikte faturalandırılmaz.	2.379,69
621510	Hidroselektomi, tek taraf	621450, 621550, 621560, 621570, 621580, 621660 ile birlikte faturalandırılmaz.	2.087,41
621530	İnguinal eksplorasyon	621550, 621560, 621570, 621580 ile birlikte faturalandırılmaz.	2.379,69
621670	Testiküler fiksasyon, iki taraf	621550, 621560, 621570, 621580, 621610 ile birlikte faturalandırılmaz.	2.975,32
621680	Testiküler fiksasyon, tek taraf	621550, 621560, 621570, 621580, 621610 ile birlikte faturalandırılmaz.	2.082,82
621690	Testiküler sperm ekstraksiyonu (TESE)	Sağlık Kurul Raporu ile tıbbi gerekçe belirtilerek patoloji raporu ile belgelenmesi halinde ödenir.	2.087,41
621780	Vazektomi	İki taraflı yapılması halinde ödenir.	782,88
800735	Beyin Reseptör Çalışması, SPECT	En az bir nöroloji ve bir nükleer tıp uzman hekiminin yer aldığı üç imzalı sağlık kurulu raporu ile yalnızca dejeneratif parkinsonizm ile sekonder parkinsonizm ayırıcı tanısında, lewy cisimcikli demans ile alzheimer hastalığı ayırıcı tanısında, kortikobazal sendrom ile primer progresif afazi ayırıcı tanısında, üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında nöroloji veya nükleer tıp uzmanı tarafından istenilmesi halinde faturalandırılır. Yaşa bağlı fizyolojik değişkenliği yansıtan sayısal analiz sonuçları tetkik sonuç raporuna eklenmelidir.	120.525,52
801545	Y-90 veya Lu-177 işaretli terapötik bileşikler	Nükleer tıp uzman hekiminin yer aldığı üç imzalı rapor ile tıbbi gerekçe belirtilmelidir. Prostat adenokarsinom tedavilerinde SUT 2.4.4.P maddesine bakınız.	206.279,42
803190	Perkütan ablasyon tedavisi	RF, mikrodalga, kriyo, lazer yöntemiyle. Algolojik işlemlerde kullanılmaz.	5.772,04

908115	Covid-19 (SARS-CoV-2) PCR		956,44
--------	---------------------------	--	--------

b) Listede yer alan "Orta Kemikler" başlıklı işlem satırında yer alan "koksiks" ibaresinden sonra gelmek üzere "kalkaneus" ibaresi eklenmiştir.

c) Listede yer alan "619410", "619560" ve "L102300" SUT kodlu işlem satırları yürürlükten kaldırılmıştır.

MADDE 11- Aynı Tebliğ eki "Tanıya Dayalı İşlem Puan Listesi (EK-2/C)" nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan "P602660", "P608300", "P608310", "P608320", "P608330", "P608340", "P608350", "P608360", "P608370", "P617051", "P618630", "P618740", "P618830", "P618910", "P618920", "P618990", "P619010", "P619060", "P619070", "P619130", "P619250", "P619350", "P619390", "P619400", "P619415", "P619420", "P619430", "P619440", "P619520", "P619530", "P619681", "P619682", "P619730", "P619810", "P620250", "P621071", "P621180", "P621190", "P621210", "P621220", "P621280", "P621360", "P621420", "P621450", "P621510", "P621530", "P621550", "P621560", "P621570", "P621580", "P621670", "P621680", "P621690" ve "P621780" SUT kodlu işlem satırları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

P602660	Dudak malign tümör wedge rezeksiyonu		C	12.497,71
---------	--------------------------------------	--	---	-----------

P608300	Bronkoskopi, bronşiyal fistül kapama amaçlı	Fibrin glue, syanoakrilat vb. P608310 ile birlikte faturalandırılmaz. Göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi, çocuk cerrahisi, çocuk göğüs hastalıkları uzmanları tarafından yapılması halinde faturalandırılır.	C	8.396,20
P608310	Bronkoskopi, tanısal (Fleksible/rijit), bronşiyal lavaj ile birlikte veya değil	Göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi, çocuk cerrahisi, çocuk göğüs hastalıkları uzmanları tarafından yapılması halinde faturalandırılır.	D	4.197,46
P608320	Bronkoskopi, biyopsi veya yabancı cisim çıkarılması amacıyla	P608310 ile birlikte faturalandırılmaz. Göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi, çocuk cerrahisi, çocuk göğüs hastalıkları uzmanları tarafından yapılması halinde faturalandırılır.	D	9.328,27
P608330	Bronkoskopik lazer veya koter veya diatermi veya kriyoterapi	P608310 ile birlikte faturalandırılmaz. Bronkoskopi işlemi ayrıca faturalandırılmaz. Göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi, çocuk cerrahisi, çocuk göğüs hastalıkları uzmanları tarafından yapılması halinde faturalandırılır.	B	15.822,87
P608340	Bronkoskopi, eksizyon dışı bir metotla tümör destrüksiyonu veya stenozun açılması	P608310 ile birlikte faturalandırılmaz. Göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi, çocuk cerrahisi, çocuk göğüs hastalıkları uzmanları tarafından yapılması halinde faturalandırılır.	B	21.644,19
P608350	Bronkoskopi, trakeal dilatasyon ve trakeal stent yerleştirilmesi ile birlikte	P608310 ile birlikte faturalandırılmaz. Stent ayrıca faturalandırılır. Göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi, çocuk cerrahisi, çocuk göğüs hastalıkları uzmanları tarafından yapılması halinde faturalandırılır.	C	17.014,45
P608360	Bronkoskopi, trakeal veya bronşiyal dilatasyon ile birlikte	P608310 ile birlikte faturalandırılmaz. Göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi, çocuk cerrahisi, çocuk göğüs hastalıkları uzmanları tarafından yapılması halinde faturalandırılır.	D	10.634,23
P608370	Bronkoskopi, trakeobronşiyal ağacın terapötik aspirasyonu ile birlikte	P608310 ile birlikte faturalandırılmaz. Göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi, çocuk cerrahisi, çocuk göğüs hastalıkları uzmanları tarafından yapılması halinde faturalandırılır.	D	* 4.712,71

P617051	Korneal Cross-Linking uygulaması	Topografi ve pakimetre ile tanı konulmuş keratokonus, postlasik ektazi veya pellusid marjinal dejenerasyonda, üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca yapılması halinde faturalandırılır.	E	* 2.227,45
---------	----------------------------------	---	---	------------

P618630	Endopyelotomi	İşlem öncesi üreteropelvik darlığın BT, İVP, MRG veya sintigrafi ile belgelenmesi halinde ödenir.	A3	23.590,71
---------	---------------	---	----	-----------

P618740	Nefrolitotomi, perkütan	Aynı taraf için P618920 ile birlikte faturalandırılmaz.	A3	*	30.612,24
P618830	Piyelolitotomi	P618840, P619070 ile birlikte faturalandırılmaz.	B	*	12.160,68
P618910	Endoskopik üreter taşı tedavisi	P619530 ayrıca faturalandırılmaz. Aynı taraf için P618960, P618970, P618980, P618990, P619010, P619070, P619130, P621090 ile birlikte faturalandırılmaz.	B	*	9.729,54
P618920	Retrograd üreteral kateterizasyon	Aynı taraf için P618740, P618910, P618960 ile birlikte faturalandırılmaz.	D		2.083,51
P618990	Üreteral stent çıkarılması	P619530 ayrıca faturalandırılmaz. Aynı taraf için P618910, P618960, P618980, P619130 ile birlikte faturalandırılmaz.	D		2.778,03
P619010	Üretere basket konulması, transüreterolitotomi	P618970, P619530 ile birlikte faturalandırılmaz.	C		7.983,37
P619060	Üreterolitotomi	P618840, P618910, P619070, P619130 ile birlikte faturalandırılmaz. Tedavi süresince bir adet faturalandırılır.	B	*	10.536,22
P619070	Üreterolizis	P618840, P618910, P619060, P619130 ile birlikte faturalandırılmaz. Tedavi süresince bir adet faturalandırılır.	A3		23.471,77
P619130	Üreterorenoskopi, tanısal	P619530 ile birlikte faturalandırılmaz. Aynı taraf için P618910, P618990, P619070, P619120 ile birlikte faturalandırılmaz.	C	*	6.809,89
P619250	Artifisyonel sfinkter takılması	Total üriner inkontinans varlığının Sağlık Kurulu Raporu ile belirtilmesi gerekmektedir. Protez ayrıca faturalandırılır.	A3		21.446,05
P619350	Mesane boynuna inkontinanstaki madde enjeksiyonu	Tüm enjeksiyon işlemleri dahildir. Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca yapılması halinde faturalandırılır.	B		8.367,61
P619390	Mesane tümörü (TUR) (< 3 cm)	P619440, P619530 ile birlikte faturalandırılmaz.	B		33.246,13
P619400	Mesane tümörü (TUR) (≥ 3 cm)	P619440, P619530 ile birlikte faturalandırılmaz. Tümör boyutunun ≥ 3 cm olduğunun belgelendirilmesi halinde faturalandırılır.	A3	*	53.102,67
P619415	Mesane TUR (Tümöral olmayan, reTUR, TUR biyopsi)	P619440, P619520, P619530 ile birlikte faturalandırılmaz.	C		5.025,97
P619420	Mesane tümörü rezeksiyonu, cerrahi	P619440 ile birlikte faturalandırılmaz.	B		36.259,84
P619430	Mesane tümöründe lazerle tedavi	P619440, P619530 ile birlikte faturalandırılmaz. İşleme ait patoloji raporu ile mesane tümörünün belgelenmesi halinde ödenir.	B		30.215,85

P619440	Mesanenin prekanseröz lezyonlarında fulgurasyon	P619390, P619400, P619415, P619420, P619430, P619530 ile birlikte faturalandırılmaz. İşlem öncesi patoloji raporu ile prekanseröz saptanmış olgularda ödenir.	B		16.200,00
---------	---	---	---	--	-----------

P619520	Sistoskopi ve mesaneden "punch" biyopsi	P619415, P619530 ile birlikte faturalandırılmaz.	D	*	2.189,70
P619530	Sistoskopi, tanısal/Sistoüretroskopi	P619150, P619160, P619390, P619400, P619430, P619440, P619510, P619520, P619760 ile birlikte faturalandırılmaz.	D	*	2.006,97

P619681	Hipospadias onarımı, penoskrotal	P621071 ile birlikte faturalandırılmaz. Sağlık Raporu ile external mea yeri belirtilmelidir.	B	*	21.443,28
P619682	Hipospadias onarımı, perineal	P621071 ile birlikte faturalandırılmaz. Sağlık Raporu ile external mea yeri belirtilmelidir.	B	*	21.443,28

P619730	Retropubik ürethropeksi ve sling ameliyatları	Erkek hastalarda 2 (iki) üroloji uzmanının yer aldığı sağlık raporuna istinaden bedeli karşılanır.	A3		17.156,88
---------	---	--	----	--	-----------

P619810	Üretral kordi onarımı	Sünnet yapılmamış olguda yapılması durumunda tıbbi gerekçe belirtilmelidir.	C		7.983,37
---------	-----------------------	---	---	--	----------

P620250	Kondilom koterizasyonu	Kondiloma aküminata olduğunu gösteren patoloji veya laboratuvar sonucu ile belgelenmesi halinde ödenir. Tedavi süresince bir adet faturalandırılır.	D		4.128,57
---------	------------------------	---	---	--	----------

P621071	Sünnet	P619670, P619681, P619682, P621070, P621150 ile birlikte faturalandırılmaz.	E	*	1.062,82
---------	--------	---	---	---	----------

P621180	Çok parçalı penil protez implantasyonu	P621190, P621280 ile birlikte faturalandırılmaz. Penil protez ayrıca faturalandırılır.	A3		36.215,32
P621190	Tek parçalı penil protez implantasyonu	P621180, P621280 ile birlikte faturalandırılmaz. Penil protez dahildir.	B		31.767,85

P621210	Penis rekonstrüksiyonu, mikrocerrahi gerektiren bir teknik ile	P621220, P621280 ile birlikte faturalandırılmaz.	A3		24.448,90
P621220	Penis rekonstrüksiyonu, rejyonel flep ile	P621210, P621280 ile birlikte faturalandırılmaz.	B		13.946,40

P621280	Rejyonel flep ile penis rekonstrüksiyonu ve penil protez implantasyonu	P621180, P621190, P621210, P621220 ile birlikte faturalandırılmaz. Penil protez ayrıca faturalandırılır.	B		18.018,91
---------	--	--	---	--	-----------

P621360	Prostata lazer tedavisi	P619520, P619530, P619750, P621090, P621380, P621390, P621391, P621400, P621410 ile birlikte faturalandırılmaz. Lazer ve tüm malzemeler dahildir.	A3	*	15.306,09
---------	-------------------------	---	----	---	-----------

P621420	Transüretral prostat insizyonu	P619340, P621360, P621380 ile birlikte faturalandırılmaz.	B		12.718,80
---------	--------------------------------	---	---	--	-----------

P621450	Epididim kisti eksizyonu	P621510, P621520, P621550, P621560, P621570, P621580 ile birlikte faturalandırılmaz.	C		8.089,02
---------	--------------------------	--	---	--	----------

P621510	Hidroselektomi, tek taraf	P621450, P621550, P621560, P621570, P621580, P621660 ile birlikte faturalandırılmaz.	C	*	6.209,14
---------	---------------------------	--	---	---	----------

P621530	İnguinal eksplorasyon	P621550, P621560, P621570, P621580 ile birlikte faturalandırılmaz.	C		8.089,02
---------	-----------------------	--	---	--	----------

P621550	İnmemiş testis cerrahisi	P621450, P621510, P621530, P621670, P621680 ile birlikte faturalandırılmaz. Herni onarımı dahildir.	B	*	10.945,41
P621560	İnmemiş testis cerrahisi iki taraf, herni onarımı iki taraf	P621450, P621510, P621530, P621670, P621680 ile birlikte faturalandırılmaz.	B		14.876,23
P621570	İnmemiş testis cerrahisi iki taraf, herni onarımı tek taraf	P621450, P621510, P621530, P621670, P621680 ile birlikte faturalandırılmaz.	B		13.017,79
P621580	İnmemiş testis cerrahisi tek taraf, herni onarımı iki taraf	P621450, P621510, P621530, P621670, P621680 ile birlikte faturalandırılmaz.	B		13.017,79

P621670	Testiküler fiksasyon, iki taraf	P621550, P621560, P621570, P621580, P621610 ile birlikte faturalandırılmaz.	B		10.598,76
P621680	Testiküler fiksasyon, tek taraf	P621550, P621560, P621570, P621580, P621610 ile birlikte faturalandırılmaz.	C		7.078,45
P621690	Testiküler sperm ekstraksiyonu (TESE)	Sağlık Kurul Raporu ile tıbbi gerekçe belirtilerek patoloji raporu ile belgelenmesi halinde ödenir.	C		7.095,64

P621780	Vazektomi	İki taraflı yapılması halinde ödenir.	D		2.778,03
---------	-----------	---------------------------------------	---	--	----------

b) Listede yer alan "Orta Kemikler" başlıklı işlem satırında yer alan "koksiks" ibaresinden sonra gelmek üzere "kalkaneus" ibaresi eklenmiştir.

c) Listede yer alan "P619410" ve "P619560" SUT kodlu işlem satırları yürürlükten kaldırılmıştır.

MADDE 12- Aynı Tebliğ eki "Diş Tedavileri Puan Listesi (EK-2/Ç)" nde yer alan "402320", "403030", "403040", "403050", "403060", "403070" ve "404290" SUT kodlu işlem satırları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

402320	Onley			311,67
--------	-------	--	--	--------

403030	Prefabrike kron			551,43
403040	Yer tutucu, sabit			479,46
403050	Yer tutucu, hareketli			479,46
403060	Çocuk protezi bölümlü, akrilik	Tek çene		839,04
403070	Çocuk protezi tam	Tek çene		839,04

404290	Yeni doğanda preoperatif aparey			767,19
--------	---------------------------------	--	--	--------

MADDE 13- Aynı Tebliğ eki "Birden Fazla Branşta Kullanılan Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/A)" nde yer alan "TOPIKAL NEGATİF BASINÇ" başlığının "Açıklama" bölümünün birinci maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“1) Değişim aralığı;

a) En az 72 (yetmiş iki) saatte bir,

b) 15 (on beş) günlük kullanımın sonunda ise tedavinin devamlılığının gerekliliği, takip ve tedaviyi yapan uzman hekim ile genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji ve plastik ve rekonstruktif cerrahi uzmanı hekimlerinden en az birinin yer aldığı heyet raporu ile belgelenmesi halinde en az üç günde bir değiştirilmek kaydı ile kaviter ve/veya eksudalı kronik yaralarda kullanılması durumunda bedeli Kurumca karşılanır.”

MADDE 14- Aynı Tebliğ eki “Ortopedi ve Travmatoloji Branşı Travma ve Rekonstrüksiyon Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/F-4)” nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “TV1080” SUT kodlu tıbbi malzeme satırının “Açıklama” bölümüne aşağıdaki maddeler eklenmiştir.

“(2) Kanüllü Biyoçözünür Kompresyon/Antibiyotikli/Antibiyotiksiz İnternal Fiksasyon Vidası, işlem başına en fazla 2 (iki) adet kullanıldığında bedelleri Kurumca karşılanır.

(3) Eklem içi kırıklarda ve artroskopik cerrahide kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.

(4) TV5680 SUT kodlu tıbbi malzemenin TV1080 SUT kodu ile birlikte fatura edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanmaz.

(5) Eğitim verme yetkisi bulunan üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularınca kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.”

b) Listede yer alan “TV1090” SUT kodlu tıbbi malzeme satırının “Açıklama” bölümüne aşağıdaki maddeler eklenmiştir.

“(2) Kanülsüz Biyoçözünür Kompresyon /Antibiyotikli /Antibiyotiksiz İnternal Fiksasyon Vidası, işlem başına en fazla 2 (iki) adet kullanıldığında bedelleri Kurumca karşılanır.

(3) Eklem içi kırıklarda ve artroskopik cerrahide kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.

(4) TV5680 SUT kodlu tıbbi malzemenin TV1090 SUT kodu ile birlikte fatura edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanmaz.

(5) Eğitim verme yetkisi bulunan üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularınca kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.”

c) Listede yer alan “TV5680” SUT kodlu tıbbi malzeme satırının “Açıklama” bölümüne aşağıdaki maddeler eklenmiştir.

“(1) TV5680 SUT kodlu tıbbi malzemenin TV1080 ve TV1090 SUT kodları ile birlikte fatura edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanmaz.

(2) Eğitim verme yetkisi bulunan üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularınca kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.”

MADDE 15- Aynı Tebliğ eki “Yurt Dışı İlaç Fiyat Listesi (EK-4/C)” ekteki şekilde değiştirilmiştir.

MADDE 16- Aynı Tebliğ eki “Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi (EK-4/D)” nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listenin 5.3.6. numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“5.3.6. Nintedanib*”

b) Listenin 9.1. numaralı maddesine aşağıdaki alt madde eklenmiştir.

“9.1.10. Progressif Sistemik Sklerozis (M34.0)

M34.0	Progressif Sistemik Sklerozis
-------	-------------------------------

c) Listenin 9.2. numaralı maddesine aşağıdaki alt madde eklenmiştir.

“9.2.34. Nintedanib* (Sadece 9.1.10 maddesinde tanımlı ICD10 kodlarında)”

MADDE 17- Bu Tebliğin;

a) 1 ilâ 4 üncü maddeleri, 7 ilâ 13 üncü maddeleri ile 16 ncı maddesi yayımı tarihinden 5 iş günü sonra,

b) 5 inci maddesi 2/9/2024 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

c) 6 ncı ve 14 üncü maddeleri 20/8/2024 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

ç) 15 inci maddesinde düzenlenen ekli listede; listeye giriş tarihi, listeden çıkış tarihi, fiyat değişiklik tarihi bulunan ilaçlar belirtilen tarihlerde, listeye giriş tarihi, listeden çıkış tarihi, fiyat değişiklik tarihi, ilaç ismi/etkin madde ismi/barkod değişiklik tarihi bulunmayan ilaçlar yayımları tarihlerinde,

d) Diğer hükümleri yayımı tarihinde,

yürürlüğe girer.

MADDE 18- Bu Tebliğ hükümlerini Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı yürütür.