17 Ekim 2025 CUMA **Resmî Gazete** Sayı :33050

**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 2.3.1 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Beşinci fıkrasına aşağıdaki cümle eklenmiştir.

“SUT eki EK-2/C listesinden işlem yapılması halinde “2.2.2.B-1-Tanıya dayalı işlemlerin kapsamı” maddesinin üçüncü fıkrasında tanıya dayalı işlem olarak değerlendirilen sürelerde verilen sağlık hizmetleri de acil hal kapsamında olup ayrıca faturalandırılmaz.”

b) Altıncı fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(6) Acil hal kapsamında acil sağlık hizmeti alan kişilerce, sunulan sağlık hizmeti bedelinin Kurum tarafından ilgili sağlık hizmeti sunucusuna ödenmesinin talep edilmesi halinde kişilerin yazılı muvafakatı (sağlık hizmeti sunucusunda tedavi süresi içinde vefat eden kişiler için eş veya birinci derece yakınlarından) alınarak sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularınca Kuruma MEDULA sistemi üzerinden fatura edilir. Acil hal kapsamında sunulan sağlık hizmetlerine ait bedellerin kişi tarafından karşılanması halinde ise sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularınca kişiler adına düzenlenen fatura MEDULA sistemi üzerinden gönderilir. Sunulan sağlık hizmetlerine ilişkin Kurum mevzuatı gereği istenilen bilgilerin belirlenen istisnalar hariç olmak üzere MEDULA sistemine girilmesi zorunludur. Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları için belirlenen bedeller esas alınarak tek fatura düzenlenir. Kurumca yapılacak inceleme sonrasında belirlenen tutarlar fatura karşılığı kişilere veya sağlık hizmeti sunucusuna ödenir. Sundukları sağlık hizmetlerine ilişkin bedellerin ödenebilmesi için MEDULA hastane sistemini kullanan sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucuları her ayın ilk ve son günü arasında verdikleri sağlık hizmetlerine ilişkin tek fatura düzenler. Herhangi bir nedenle döneminde faturalandırılamayan sağlık hizmeti, işlemin bittiği tarih itibarıyla faturalandırılması gereken dönemi takip eden en geç 2 ay içerisinde Kuruma gönderilir.”

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

a) 2.4.4.F-2 numaralı alt maddesinin yedinci fıkrasında yer alan “hizmetler” ibaresinden sonra gelmek üzere “ile açıklama kısmında 65 yaş üstü hastalarda geriatri uzman hekimlerince uygulandığında da faturalandırılabileceği belirtilen işlem kodları” ibaresi eklenmiştir.

b)2.4.4.F-3 numaralı alt maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“**2.4.4.F-3 - Kurumla sözleşmeli özel sağlık hizmeti sunucularında fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları**

(1) Özel sağlık hizmeti sunucularınca yapılacak fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemlerinde SUT’un 2.4.4.F-1 ve 2.4.4.F-2 madde hükümleri ile birlikte aşağıda belirtilen düzenlemelere de uyulacaktır.

a) Özel sağlık hizmeti sunucularınca yatarak tedavilerde sadece SUT eki EK-2/D-2 listesinde (D) grubu hariç diğer tanılarda yapılan uygulamalar Kuruma fatura edilebilir. Bu tedaviler bir yıl içerisinde 60 seansı geçemez. Ancak 3713 sayılı Kanuna göre aylık bağlanmış maluller, 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanununun 56 ncı maddesi veya 2330 sayılı Kanunun 2 nci maddesinin birinci fıkrasının (e) ve (f) bentlerinde sayılanlardan 3713 sayılı Kanun kapsamına giren olaylar sebebiyle aylık bağlananlar ile 3713 sayılı Kanun kapsamına girmese dahi başkasının yardımı ve desteği olmaksızın yaşamak için gereken hareketleri yapamayacak derecede malul olan vazife ve harp malulü hastalara, 3713 sayılı Kanun kapsamına girmese dahi atış, tatbikat veya diğer ateşli silah yaralanmaları nedeniyle malul olan vazife ve harp malullerine, 3713 sayılı Kanunun 21 inci maddesinde sayılan olaylara maruz kalmaları nedeniyle yaralanan kişilere tedavileri sonuçlanıncaya veya maluliyetleri kesinleşinceye kadar geçen süre içerisinde SUT’un 2.4.4.F-2 maddesinin üçüncü fıkrasında tanımlanan raporlara istinaden (\*) işaretli tanılarda yapılan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları ise seans kısıtlaması olmaksızın Kuruma fatura edilebilir.

b) Uygulamalar fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimi tarafından veya bu uzman hekimlerin sorumluluğunda yapılır.

c) Fizik tedavi ve rehabilitasyon seansları en az 60 dakika olarak uygulanır. Ancak tıbbi nedenlerle fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamasının belirtilen süreden daha önce sona ermesi halinde, gerekçesinin Kurumca kabul edilmesi durumunda tedavi puanının %50’si ödenir.

ç) Fiziksel tıp ve rehabilitasyon branşında ayaktan başvurularda özel sağlık hizmeti sunucuları için günlük muayene sınırı acil servis/polikliniğe başvurular hariç olmak üzere, sağlık hizmeti sunucusundaki sözleşme kapsamında çalışan hekimlerin çalışma saatlerinin 6 ile çarpılması ile bulunur. Her bir hekim için günlük muayene sayısı her halükarda 48’i geçemez.

d) Ayaktan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarında, Kurumumuzla sözleşmeli fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmeti veren özel sağlık hizmeti sunucularında görev yapan fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimi için günlük en fazla sekiz saat üzerinden fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulaması Kuruma fatura edilir. Günlük en fazla sekiz saat üzerinden Kuruma fatura edilebilecek fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulaması birden fazla sağlık hizmeti sunucusunda çalışan hekim için de geçerlidir. Bir fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimi ile bir fizyoterapist için; (A) grubundaki işlemlerden günlük en fazla sekiz hastanın, (A) ve (B) grubundaki işlemlerden günlük toplam en fazla on altı hastanın, bir fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimi ile iki fizyoterapist için; (A) ve (B) grubundaki işlemlerden günlük toplam en fazla on altı hastanın işlemi Kuruma fatura edilir. Bir fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimi için ilave olarak (C) grubundaki işlemlerden günlük en fazla otuz iki hastanın, (C) ve (D) grubundaki işlemlerden ise günlük toplam en fazla altmış dört hastanın işlemi Kuruma fatura edilir. Kurumumuzla sözleşmeli fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmeti veren özel sağlık hizmeti sunucuları tarafından gerçekleştirilecek olan günlük muayene sayısı, fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulama sayısına dahil değildir. SUT eki EK-2/D-2 listesinde yer alan (D) grubu hariç diğer tanılarda verilen yatarak fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarında ise bu hasta sayıları dikkate alınmaz. Ayrıca birden fazla fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekiminin çalıştığı sağlık hizmeti sunucularında, hekimlerin izinli ya da raporlu olduğu süre içinde ayaktan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulaması başlamış olan hastaların devam eden tedavi işlemlerinin, diğer çalışan fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimlerinin Kuruma fatura edilebilecekleri fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulama sayısını aşması halinde uzman hekimin Kuruma fatura edebileceği günlük hasta işlem sayısına ilave edilerek Kuruma fatura edilir. Uzman hekimin izin/rapor durumu, tedaviyi devam ettirecek diğer uzman hekimin bilgileri sağlık hizmeti sunucuları tarafından MEDULA sistemine bildirilecektir.”

c) 2.4.4.F-5 numaralı alt maddesinin beşinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(5) Bir hasta için bir yılda en fazla 30 seans uygulanabilir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları her bir robotik rehabilitasyon sistemi başına günlük en fazla 8 hasta için seans faturalandırabilir. Kadrolarında tam zamanlı dört ve üzerinde fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimi bulunan sağlık hizmeti sunucuları, her bir robotik sistem başına ilave 6 hasta için seans faturalandırabilir.”

**MADDE 3-** Aynı Tebliğin2.6.1.B-4 numaralı maddesinin dördüncü fıkrasında yer alan “uçak biniş kartının” ibaresinden sonra gelmek üzere “veya QR kod çıktısında yer alan bilgiler ile o sefere ilişkin sunulan uçak bileti/faturası üzerinde yer alan bilgilerin birbirini tutması kaydıyla QR kod çıktısının” ibaresi eklenmiştir.

**MADDE 4-** Aynı Tebliğin 3.3.5 numaralı maddesinin ikinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(2) İnsülin kalem iğne uçları bedelleri, insülin kartuşları veya eksenatid etkin maddesi içeren ilaçlar ile birlikte ya da tek başına reçete edildiğinde bedeli Kurumca karşılanır.”

**MADDE 5-** Aynı Tebliğin 4.2.14.C numaralı maddesinin üçüncü fıkrasının (uu) bendinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Birinci alt bendinde yer alan “bir nefroloji” ibaresinden sonra gelmek üzere “veya hematoloji” ibaresi eklenmiştir.

b) Dokuzuncu alt bendinde yer alan “her bir” ibaresi yürürlükten kaldırılmıştır.

c) Onuncu, on birinci, on ikinci, on üçüncü, on dördüncü ile on beşinci alt bentleri aşağıdaki şekilde değiştirilmiş ve aynı bende aşağıdaki alt bentler eklenmiştir.

“10) Pediatrik jeneralize miyastenia gravis (6 yaş ve üzeri) tedavisinde; aşağıda yer alan kriterleri birlikte sağlayan hastalarda tedaviye başlanılması ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında en az bir pediatrik nöroloji uzman hekiminin yer aldığı ve aşağıdaki durumların belirtildiği en fazla 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden pediatrik nöroloji uzman hekimleri tarafından birer aylık dozda reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

a) Asetilkolin Reseptör (AChR) antikorları serolojik olarak pozitif.

b) Amerika Miyastenia Gravis Vakfı (MGFA) klinik sınıflandırma derecesi II ila IV olan.

c) Myasthenia Gravis Activities of Daily Living (MG-ADL) toplam skoru ≥ 6 olan.

ç) İki ya da daha fazla immünosüpresan tedavi (ya kombinasyon halinde ya da monoterapi olarak) ile en az bir yıl başarısız tedavi veya en az bir immünosupresif tedavi ile başarısız olmuş ve semptom kontrolü için kronik plazma değişimi veya IVIg gerektirmiş (önceki 12 ay içerisinde en az 3 ayda bir kas güçsüzlüğü kontrolü için düzenli plazma değişimi veya IVIg tedavisi almış).

d) Plazma değişimi yapılan hastalarda yanıt değerlendirilmesi için en az 1 ay beklenmesi, rituksumab kullanılan olgularda da yanıt değerlendirilmesi için son dozdan sonra en az 6 ay geçmiş olması.

11) Sağlık Bakanlığınca hasta bazında; C3 glomerulopati, Membranoproliferatif Glomerulonefrit (MPGN), CD 55 eksikliği, CD 59 eksikliği, renal transplantasyon, dens depozit hastalığı, soğuk aglütinin otoimmün hemolitik anemi, Trombotik Trombositopenik Purpura (TTP), kronik nefritik sendrom, trombotik mikroanjiyopati veya diffüz mezenşiokapiller glomerulonefrit tanılarında verilecek endikasyon dışı onaya dayanılarak kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

12) Tedaviye başlamadan iki hafta önce meningokok bağışıklaması tamamlanmış ve “Ekulizumab Kullanımı İçin Bilgilendirilmiş Hasta Olur Formu” tedaviyi yürüten hekim tarafından düzenlenerek reçete ekine konmuş olmalıdır. İki yaşından küçük çocuklarda veya bağışıklamayı takiben iki hafta geçmeden ekulizumab başlanması gereken olgularda antibiyotik profilaksisi uygulanmış olduğu reçetede belirtilmelidir.

13) aHÜS hastalarında 6 aylık ilaç kullanım süresi sonunda; hematolojik normalleşmenin (haptoglobin, LDH veya trombosit sayılarında normalleşme) ve/veya eGFR ve/veya serum kreatinin düzeyinde %25 ve daha fazla iyileşmenin ve nörolojik ve/veya böbrek dışı organ hasarında düzelmenin gerçekleştiğinin yeni düzenlenecek rapor ile gösterilmesi halinde tedaviye devam edilir. Tetkik sonuçları rapor ekinde yer almalıdır.

14) PNH hastalarında 6 aylık ilaç kullanım süresi sonunda; klinik fayda gören, granülosit klonu pozitifliğinin devam ettiği akım sitometrik olarak gösterilmiş ve transfüzyon bağımsız olgularda tedaviye devam edilir. Tetkik sonuçları rapor ekinde yer almalıdır.

15) Jeneralize miyastenia gravis hastalarında yetişkin olanlarda 12 haftalık, pediatrik olanlarda 26 haftalık ilaç kullanım süresi sonunda MG-ADL toplam skorunda iyileşmenin 2 veya üstünde olduğunun yeni düzenlenecek rapor ile gösterilmesi halinde tedaviye devam edilir.”

“16) NMOSB hastalarında 6 aylık ilaç kullanım süresi sonunda; EDSS 8 ve üzerinde ise tedavi sonlandırılır. EDSS her sağlık kurulu raporunda belirtilmelidir.

17) Pediatrik jeneralize miyastenia gravis hastalarında tedavi olmamış timoma, klinik olarak düzelme olmamış ağır enfeksiyon varlığında ekulizumab tedavisi kullanılmaz.”

**MADDE 6-** Aynı Tebliğ eki “Sözleşmesiz Sağlık Hizmeti Sunucularınca Acil Hallerde Sunulan Sağlık Hizmetlerine İlişkin Bilgilendirme Formu (EK-1/E)”nun son paragrafında yer alan “acil servislerde” ibaresi yürürlükten kaldırılmıştır.

**MADDE** **7-** Aynı Tebliğ eki;

a) “Ayaktan Başvurularda Ödeme Listesi (EK-2/A)” Ek-1’deki şekilde,

b) “Sağlık Hizmeti Sunucularının Ayakta Tedavilerde Sınıflandırılması Listesi (EK-2/A-1)” Ek-2’deki şekilde değiştirilmiştir.

**MADDE 8-** Aynı Tebliğ eki “Hizmet Başı İşlem Puan Listesi (EK-2/B)” nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “701580”, “701610”, “701620”, “701640”, “701660”, 701670”, “701700”, “701720”, “702160”, “702220”, “702280”, “702290”, “702300”, “702340”, “702410”, “702430”, “702440”, “702480” ve “702510” SUT kodlu işlem satırları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 701580 | Adale testi | Ortopedi ve travmatoloji, nöroloji, spor hekimliği, tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji, 65 yaş üstü hastalarda geriatri uzman hekimlerince de uygulandığında faturalandırılır. | 49,92 |

”

“

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 701610 | Denge/koordinasyon testleri | Nöroloji, beyin cerrahi, spor hekimliği, KBB, tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji ile 65 yaş üstü hastalarda geriatri uzman hekimlerince de uygulandığında faturalandırılır. | 139,63 |
| 701620 | Duyu-algı-motor değerlendirmesi | Nöroloji, beyin cerrahi, spor hekimliği, tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji, 65 yaş üstü hastalarda geriatri uzman hekimlerince de uygulandığında faturalandırılır. | 139,63 |

”

“

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 701640 | El beceri testleri | Nöroloji, 65 yaş üstü hastalarda geriatri uzman hekimlerince de uygulandığında faturalandırılır. | 139,63 |

”

“

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 701660 | Günlük yaşam aktiviteleri testi | Nöroloji, tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji ile 65 yaş üstü hastalarda geriatri uzman hekimlerince de uygulandığında faturalandırılır. | 155,17 |
| 701670 | Kas gücünün dinamometre ile ölçümü (tek ekstremite) | Ortopedi ve travmatoloji, spor hekimliği, tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji ile 65 yaş üstü hastalarda geriatri uzman hekimlerince de uygulandığında faturalandırılır. | 155,17 |

”

“

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 701700 | Postur analizi | Ortopedi ve travmatoloji, beyin cerrahi, romatoloji, spor hekimliği, nöroloji, tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji, 65 yaş üstü hastalarda geriatri uzman hekimlerince de uygulandığında faturalandırılır. | 139,63 |

”

“

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 701720 | Yürüme analizi | Spor hekimliği, nöroloji, tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji ile 65 yaş üstü hastalarda geriatri uzman hekimlerince de uygulandığında faturalandırılır. | 155,17 |

”

“

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 702160 | Eklem enjeksiyonları | Spor hekimliği, tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji, 65 yaş üstü hastalarda geriatri uzman hekimlerince de uygulandığında faturalandırılır. | 92,67 |

”

“

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 702220 | Geriatrik rehabilitasyon | 65 yaş üstü hastalarda faturalandırılır. 65 yaş üstü hastalarda geriatri uzman hekimlerince de uygulandığında faturalandırılır. Bununla birlikte diğer rehabilitasyonlar faturalandırılmaz. | 139,63 |

”

“

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 702280 | İş ve uğraşı tedavisi |  | 139,63 |
| 702290 | Kardiyak rehabilitasyon | Bununla birlikte diğer rehabilitasyon hizmetleri faturalandırılmaz. | 139,63 |
| 702300 | Kognitif (Bilişsel) rehabilitasyon | 65 yaş üstü hastalarda geriatri uzman hekimlerince de uygulandığında faturalandırılır. | 139,63 |

”

“

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 702340 | Nörolojik rehabilitasyon | Bununla birlikte diğer rehabilitasyon hizmetleri faturalandırılmaz. | 139,63 |

”

“

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 702410 | Propioseptif eğitim | Spor hekimliği, 65 yaş üstü hastalarda geriatri uzman hekimlerince de uygulandığında faturalandırılır. | 56,20 |

”

“

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 702430 | Pulmoner rehabilitasyon | Pulmoner rehabilitasyon ünitelerinde, göğüs hastalıkları uzman hekimlerince de yapılması halinde faturalandırılır. | 139,63 |
| 702440 | Rehabilitasyon hizmetlerinde kullanılan yardımcı cihaz eğitimi |  | 56,20 |

”

“

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 702480 | Solunum egzersizleri | 65 yaş üstü hastalarda geriatri uzman hekimlerince de uygulandığında faturalandırılır. | 139,65 |

”

“

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 702510 | Yürüme egzersizleri | 65 yaş üstü hastalarda geriatri uzman hekimlerince de uygulandığında faturalandırılır. | 139,65 |

”

b) Listede yer alan “8.3. RADYOLOJİK GÖRÜNTÜLEME VE TEDAVİ” başlıklı satır aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **8.3. RADYOLOJİK GÖRÜNTÜLEME VE TEDAVİ** | **İncelemelerde kullanılan kontrast ilaçlar ve sarf malzemeleri açıklama kısmında aksi belirtilenler hariç olmak üzere ayrıca faturalandırılır. Açıklama kısmında kontrast ilaçlar ve sarf malzemeleri ayrıca faturalandırılmayacağı belirtilen kontrastlı tetkiklerin işlem puanları; bu işlemlerde kullanılan kontrast madde ve sarf malzeme bedelleri işlem bedeline dahil edilerek oluşturulmuştur. Ayrıca fatura edilemez.** |  |

”

**MADDE 9**- Aynı Tebliğ eki “Tanıya Dayalı İşlem Puan Listesi (EK-2/C)” nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “P600830” SUT kodlu işlem satırı, “YATARAK TEDAVİLERDE PSİKİYATRİ HİZMETLERİ” başlıklı satır ve “P702679” SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| P600830 | Pigmentli lezyon, eksizyonel olmayan lazer | Yüzdeki vasküler lezyonlarda medikal tedaviye yanıtsız vakalarda uygulanması halinde, en az bir dermatoloji veya plastik rekonstrüktif ve estetik cerrahi uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile faturalandırılır. Tümöral olmayan lezyonlar içindir. Tedavi süresince en fazla üç adet faturalandırılır. | >D |  | 11.544,49 |

”

“

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **YATARAK TEDAVİLERDE PSİKİYATRİ HİZMETLERİ** | **Psikiyatri paket fiyatlarına muayene, konsültasyon, yatak ve refakat ücretleri, gerekli durumlarda yapılan psikiyatri testleri ve değerlendirme ölçekleri, bireysel psikoterapi, grup psikoterapisi gibi tedaviler, EEG, EKG, BT, MR, EKT gerekli ilaçların haftalık kan düzeyleri, aile görüşmeleri, hastanın kişisel bakımı, grafiler, laboratuvar testleri, enjeksiyon vb. tıbbi işlem ve girişimlerle kullanılan tüm ilaçlar (şahsi tedavi için yurt dışından getirilen ilaçlar hariç) dahildir. Tedavi amaçlı yapılan işlemlere ait komplikasyonların harcamaları paket işlem puanlarına dahildir. Ancak hastaların başka bir organ veya sistemini ilgilendiren hastalık ve operasyon çıkması halinde SUT hükümleri doğrultusunda faturalandırılır.** |  |  |  |

”

“

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| P702679 | Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM) hizmetleri | ICD-10 kodu F20-F29 arasında olan tanılar ile F31 kodlu tanılarda Sağlık Bakanlığınca tescil edilmiş olan Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde yapıldığında faturalandırılır. Günde bir defa (en az 4 saat) faturalandırılır. |  | \*\* | 7790,74 |

”

b) Listede yer alan “Kemik İliği Nakilleri” başlıklı satır aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Kemik İliği Nakilleri** | Kemik iliği bankalarından temin edilen kemik iliği/ kordon kanı bedelleri hariç olmak üzere kemik iliği paket fiyatlarına aynı sağlık hizmeti sunucusunda yapılan her türlü tetkik, tahlil, işlem, kan ve kan bileşenleri, tıbbi malzeme, kan ürünleri dahil ilaçlar (şahsi tedavi için yurtdışından getirtilen ilaçlar hariç) ve komplikasyon tedavisine ilişkin ücretler dahildir. Paket fiyat, allojenik nakil öncesi 15 günü ve nakil sonrası 90 günü, diğer nakillerde nakil öncesi 15 günü ve nakil sonrası 60 günü kapsar. |  |  |  |

”

c) Listede yer alan “YATARAK TEDAVİLERDE PSİKİYATRİ HİZMETLERİ” başlığından sonra gelmek üzere aşağıdaki satır eklenmiştir.

“

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| P702673 | Yatarak Rehabilitasyon Merkezi Hizmetleri | ICD-10 kodu (F10-19) psikoaktif madde kullanımına bağlı zihin ve davranış bozuklukları, (F15, F17 kod grupları hariç) olan tanılarda Sağlık Bakanlığınca tescil edilmiş olan Yataklı Rehabilitasyon Merkezlerinde yapıldığında faturalandırılır. Sağlık Bakanlığınca tescil edilmiş Arındırma Merkezlerinde görevli ruh sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından yatarak rehabilitasyon merkezinde tedavisine devam edilmesi gerekliliğinin belirtildiği tek hekim raporu düzenlenmelidir. Bir yılda 3 aylık tedavi süresince günde bir defa faturalandırılır. Aynı yılda ikinci 3 aylık tedavi gereken durumlarda ise Sağlık Bakanlığınca tescil edilmiş Arındırma Merkezlerinde görevli ruh sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından verilen tek hekim raporu gereklidir. |  | \* | 2.420,16 |

”

ç) Listede yer alan “P702678” SUT kodlu işlem satırından sonra gelmek üzere aşağıdaki satır eklenmiştir.

“

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **AYAKTAN TEDAVİLERDE PSİKİYATRİ HİZMETLERİ** | **Psikiyatri paket fiyatlarına muayene, konsültasyon, gerekli durumlarda yapılan her türlü psikiyatrik testler ve değerlendirme ölçekleri, bireysel psikoterapi, grup psikoterapisi, aile terapisi gibi tedaviler, hasta ve ailesine yönelik psikoeğitim, aile görüşmesi gibi görüşmeler, tüm laboratuvar testleri ve radyolojik tetkikler enjeksiyon vb. tıbbi işlemler hastanın kişisel bakımı sosyal beceri eğitimi, uğraş terapileri, bu terapilerde kullanılan sarf malzemeleri ve diğer hizmetler dahildir.** |  |  |  |

”

d) Listede yer alan “P702679” SUT kodlu işlem satırından sonra gelmek üzere aşağıdaki satırlar eklenmiştir.

“

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| P702681 | Ayaktan Rehabilitasyon Merkezi hizmetleri | ICD-10 kodu (F10-19) psikoaktif madde kullanımına bağlı zihin ve davranış bozuklukları (F15, F17 kod grupları hariç) olan tanılarda, Sağlık Bakanlığınca tescil edilmiş olan Ayakta Rehabilitasyon Merkezlerinde yapıldığında faturalandırılır. Sağlık Bakanlığınca tescil edilmiş Arındırma Merkezlerinde görevli ruh sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından ayakta rehabilitasyon merkezinde tedavisine devam edilmesi gerekliliğinin belirtildiği tek hekim raporu düzenlenmelidir. Sağlık Bakanlığına bağlı Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanelerindeki merkezlerde günde bir defa, diğer merkezlerde ise haftada üç kez, günde bir defa (en az 4 saat) faturalandırılır. Bir yılda 3 aylık tedavi süresince faturalandırılır. Tedaviye 15 günden fazla ara verilmesi durumunda yeniden sağlık raporu düzenlenmesi gerekmektedir. Aynı yılda ikinci 3 aylık tedavi gereken durumlarda ise Sağlık Bakanlığı tarafından tescil edilmiş Arındırma Merkezlerinde görevli ruh sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından verilen tek hekim raporu gereklidir. |  | \* | 790,74 |
| P702682 | Çok Disiplinli Çocuk ve Genç Ruh Sağlığı Merkezleri (ÇÖZGEM) hizmetleri | Sağlık Bakanlığınca tescil edilmiş olan Çok Disiplinli Çocuk ve Genç Ruh Sağlığı Merkezlerinde hizmet verildiğinde faturalandırılır. İzlem ve erken müdahale uygulamaları, konuşma ve oyun terapileri dahildir. Günde bir defa (en az 4 saat) faturalandırılır. |  | \* | 790,74 |

”

**MADDE 10**- Aynı Tebliğ eki “Ortopedi ve Travmatoloji Branşı Artroplasti Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/F-1)” nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “AP3260” SUT kodlu tıbbi malzemenin “Uygulama Yeri” bölümündeki “KALÇA/DİZ” ibaresi “DİZ” şeklinde değiştirilmiştir.

b) Listede yer alan “Genel Hükümler” bölümünün (1), (5) ve (6) numaralı maddeleri aşağıdaki şekilde değiştirilmiş ve aynı bölüme aşağıdaki madde eklenmiştir.

“(1) 75 (yetmiş beş) yaşın üzerinde 612340, P612340, 612341, P612341, 612510, P612510 işlemlerinde aşağıdaki maddelerde açıklandığı üzere metal- metal veya seramik- seramik kalça protezlerinin kullanılması halinde bedeli karşılanmaz.

a) Seramik liner (AP1650, AP1660) ile seramik başların (AP1680, AP1690, AP1730, AP1740, AP1780, AP1790, AP1840 ve AP1850) birlikte kullanılması halinde bedeli karşılanmaz.

b) Metal kaplar/liner (AP1540, AP1550, AP1560, AP1570, AP1580, AP1640) ile metal başların (AP1700, AP1710, AP1720, AP1750, AP1760, AP1770, AP1800, AP1810, AP1820, AP1830, AP1860, AP1870, AP1920, AP1930, AP1940, AP1950 ve AP2190) birlikte kullanılması halinde bedeli karşılanmaz.

c) Mevcut metal- metal veya seramik- seramik total kalça artroplastisi yapılmış hastaların revizyon işlemlerinde (612470, P612470, 612471, P612471, 612472, P612472, 612480, P612480, 612490, P612490) yukarıda belirtilen kısıtlama geçerli değildir.”

“(5) Seramik (oxinium, zirkonium, alumina vs.) diz protezleri 50 (elli) yaşın altında olan hastalarda kullanılması halinde bedeli karşılanır. (AP2220, AP2240, AP2250, AP2280, AP2290, AP2310, AP2320, AP2350, AP2370, AP2400, AP2670, AP2700, AP2710, AP2740, AP2760, AP2790, AP2820, AP2850, AP2910 ve AP2940 SUT kodları bu kapsamda değerlendirilir.) Metal alerjisi tanısı almış hastalara, Sağlık Bakanlığı Ortopedi Bilimsel Danışma Komisyonu onayı alınarak bu kısıt uygulanmaz.

(6) Kalça protezi revizyon ameliyatlarında ve gelişimsel kalça çıkığı ve acetabulum displazisi olan hastalarda; dual mobilite asetebular cup komponentinin kullanılması halinde bedeli karşılanır. (AP1420, AP1430, AP1440, AP1450, AP1460, AP1470 ve AP1480 bu kapsamda değerlendirilir.)”

“(22) Omuz artroplasti işlemlerinde humeral taraf bileşenlerinden; metafizyel komponent (AP1130) ve proksimal uzatma parçasının (AP1140) birlikte kullanılması durumunda yalnızca 1 (bir) adedinin bedeli karşılanır.”

**MADDE 11**-Aynı Tebliğ eki “Kardiyoloji Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/H)” nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “OKLÜZYONDA TEKRAR LÜMENE GİRİM (REENTRY) KATETERLERİ” başlığının “Açıklama” bölümüne aşağıdaki madde eklenmiştir.

“(1) Venöz yapılarda kullanılması halinde bedeli karşılanmaz.”

b) Listede yer alan “STENT, VASKÜLER, PERİFERİK” başlığının “Açıklama” bölümüne aşağıdaki madde eklenmiştir.

“(1) Aynı seansta bu başlık altındaki SUT kodlarından en fazla 3 (üç) adedinin bedeli karşılanır.”

c) Listede yer alan “STENT, PERİFERİK, VASKÜLER, İLAÇ SALINIMLI” başlığının “Açıklama” bölümüne aşağıdaki madde eklenmiştir.

“(1) Aynı seansta bu başlık altındaki SUT kodlarından en fazla 3 (üç) adedinin bedeli karşılanır.”

ç) Listede yer alan “STENT, VASKÜLER, PERİFERİK, GREFT KAPLI, PTFE'Lİ” başlığının “Açıklama” bölümüne aşağıdaki madde eklenmiştir.

“(2) Aynı seansta bu başlık altındaki SUT kodlarından en fazla 3 (üç) adedinin bedeli karşılanır.”

d) Listede yer alan “STENT, VASKÜLER, PERİFERİK, GREFT KAPLI, PTFE'Lİ, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, NİTİNOL” başlığının “Açıklama” bölümüne aşağıdaki madde eklenmiştir.

“(2) Aynı seansta bu başlık altındaki SUT kodlarından en fazla 3 (üç) adedinin bedeli karşılanır.”

e) Listede yer alan “STENT, VASKÜLER, PERİFERİK, GREFT KAPLI, PTFE'Lİ, İLAÇ BAĞLI, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, NİTİNOL” başlığının “Açıklama” bölümüne aşağıdaki madde eklenmiştir.

“(2) Aynı seansta bu başlık altındaki SUT kodlarından en fazla 3 (üç) adedinin bedeli karşılanır.”

f) Listede yer alan “EMBOLİZAN, KOİL, PERİFERİK” başlığının “Açıklama” bölümüne aşağıdaki maddeler eklenmiştir.

“(1) Anevrizma varlığı durumunda; anevrizma başına anevrizmanın büyük çapının milimetre değerinin epikrizde belirtilmesi halinde iki fazlası kadar koil bedeli karşılanır.

(2) Periferik damar embolizasyonu durumunda; bu başlık altında yer alan SUT kodlarından tek vasküler lokalizasyonda maksimum 10 (on) adet kullanılması halinde bedeli karşılanır.”

**MADDE 12**- Aynı Tebliğ eki “Kalp Damar Cerrahisi Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/I)” nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan yer alan “KV3159”, “KV3160”, “KV2022”, “KV2023”, “KV2024” ve “KV2025” SUT kodlu tıbbi malzeme satırları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| KV3159 | VEN FARMAKOMEKANİK TROMBOLİZ/TROMBEKTOMİ KATETERLERİ | (1) 1 (bir) yıldan fazla yaşam beklentisi olan hastalarda, tanısal görüntüleme yöntemleri ile objektif olarak tanımlanmış vena cava inferior veya ilio-femoral ven segmentlerini tutan ve rekanalizasyon gelişmemiş akut derin venöz tromboz varlığında (semptomların başlangıcı itibariyle ilk 14 günde olmak kaydıyla), 2 (iki) KVC uzmanı ile birlikte 1 (bir) radyoloji veya 1 (bir) kardiyoloji uzmanı tarafından düzenlenmiş sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi halinde her ekstremite için 1 (bir) adedinin bedeli karşılanır.  (2) “Vena Kava Filtresi, Kalıcı/Geçici/Geri Alınabilir” alan tanımlı SUT kodları ile birlikte fatura edilemez.  (3) Vena cava inferior veya ilio-femoral ven segmentlerini tutan ve rekanalizasyon gelişmemiş akut derin venöz tromboz varlığına ait işlem öncesinde opak madde ile tıkalı ya da daralmış damar görüntüsü ve işlem sonrası görüntülerinin (İşlem görüntülerinde görülecek şekilde hastanın kimlik bilgileri ve işlem tarihini de içermelidir.) fatura ekinde gönderilmesi halinde bedeli karşılanır.  (4) KV3160 SUT kodu ile birlikte fatura edilemez. Ancak birlikte kullanılması durumunda ayrıntılı epikriz raporu sunulması halinde bedeli karşılanır.  (5) KV2022, KV2023, KV2024, KV2025 SUT kodları ile birlikte kullanılması halinde sadece birinin bedeli en fazla 1 (bir) adet olmak üzere epikriz raporunda ayrıntılı belirtilmesi koşuluyla bedeli karşılanır. | 13.475,00 |
| KV3160 | PULMONER ARTER FARMAKOMEKANİK TROMBOLİZ/TROMBEKTOMİ KATETERLERİ | (1) 1 (bir) yıldan fazla yaşam beklentisi olan hastalarda, bilgisayarlı tomografi ya da manyetik rezonans görüntüleme yöntemleri ile tanısı doğrulanmış akut masif pulmoner emboli varlığında ve ekokardiyografi ya da bilgisayarlı tomografi ile sağ-sol ventrikül çap oranının 0,9’dan büyük olduğunun saptandığı durumlarda; 2 (iki) KVC uzmanı ile birlikte 1 (bir) radyoloji veya 1 (bir) kardiyoloji uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi halinde her bir taraf (sağ ve sol) ana pulmoner arter için 1 (bir) adedinin bedeli karşılanır.  (2) “Vena Kava Filtresi, Kalıcı/Geçici/Geri Alınabilir” alan tanımlı SUT kodları ile birlikte fatura edilemez. (3) Akut masif pulmoner emboli varlığında ve ekokardiyografi ya da bilgisayarlı tomografi ile sağ-sol ventrikül çap oranının 0,9’dan büyük olduğunun saptandığı durumlarına ait işlem öncesinde opak madde ile tıkalı ya da daralmış damar görüntüsü ve işlem sonrası görüntülerinin (İşlem görüntülerinde görülecek şekilde hastanın kimlik bilgileri ve işlem tarihini de içermelidir.) fatura ekinde gönderilmesi halinde bedeli karşılanır. (4) KV3159 SUT kodu ile birlikte fatura edilemez. Ancak birlikte kullanılması durumunda ayrıntılı epikriz raporu sunulması halinde bedeli karşılanır.  (5) KV2022, KV2023, KV2024, KV2025 SUT kodları ile birlikte kullanılması halinde sadece birinin bedeli en fazla 1 (bir) adet olmak üzere epikriz raporunda ayrıntılı belirtilmesi koşuluyla bedeli karşılanır. | 18.528,13 |
| KV2022 | KATETER, TROMBEKTOMİ, PERİFERİK, DOĞRUDAN İLERLETİLEN, MOTORU İLE BİRLİKTE | (1) 1 (bir) yıldan fazla yaşam beklentisi olan hastalarda, tanısal görüntüleme yöntemleri ile objektif olarak tanımlanmış vena cava inferior veya ilio-femoral ven segmentlerini tutan ve rekanalizasyon gelişmemiş akut derin venöz tromboz varlığında (semptomların başlangıcı itibarıyla ilk 14 günde olmak kaydıyla), 2 (iki) KVC uzmanı ile birlikte 1 (bir) radyoloji veya 1 (bir) kardiyoloji uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi halinde her ekstremite için 1 (bir) adedinin bedeli karşılanır.  (2) Vena cava inferior veya ilio-femoral ven segmentlerini tutan ve rekanalizasyon gelişmemiş akut derin venöz tromboz varlığına ait işlem öncesinde opak madde ile tıkalı ya da daralmış damar görüntüsü ve işlem sonrası görüntülerinin (İşlem görüntülerinde görülecek şekilde hastanın kimlik bilgileri ve işlem tarihini de içermelidir.) fatura ekinde gönderilmesi halinde bedeli karşılanır.  (3) KV2023 SUT kodu ile birlikte fatura edilemez.  (4) KV3159, KV3160, KV2024, KV2025 SUT kodları ile birlikte fatura edilemez. Ancak birlikte kullanılması durumunda bu SUT kodlarından biri ve en fazla 1 (bir) adedi olmak koşuluyla ayrıntılı epikriz raporu sunulması halinde bedeli karşılanır. | 14.714,70 |
| KV2023 | KATETER, TROMBEKTOMİ, PERİFERİK, TEL ÜZERİNDEN İLERLETİLEN, MOTORU İLE BİRLİKTE | (1) 1 (bir) yıldan fazla yaşam beklentisi olan hastalarda, tanısal görüntüleme yöntemleri ile objektif olarak tanımlanmış vena cava inferior veya ilio-femoral ven segmentlerini tutan ve rekanalizasyon gelişmemiş akut derin venöz tromboz varlığında (semptomların başlangıcı itibarıyla ilk 14 günde olmak kaydıyla), 2 (iki) KVC uzmanı ile birlikte 1 (bir) radyoloji veya 1 (bir) kardiyoloji uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi halinde her ekstremite için 1 (bir) adedinin bedeli karşılanır.  (2) Vena cava inferior veya ilio-femoral ven segmentlerini tutan ve rekanalizasyon gelişmemiş akut derin venöz tromboz varlığına ait işlem öncesinde opak madde ile tıkalı ya da daralmış damar görüntüsü ve işlem sonrası görüntülerinin (İşlem görüntülerinde görülecek şekilde hastanın kimlik bilgileri ve işlem tarihini de içermelidir.) fatura ekinde gönderilmesi halinde bedeli karşılanır.  (3) KV2022 SUT kodu ile birlikte fatura edilemez.  (4) KV3159, KV3160, KV2024, KV2025 SUT kodları ile birlikte fatura edilemez. Ancak birlikte kullanılması durumunda bu SUT kodlarından biri ve en fazla 1 (bir) adedi olmak koşuluyla ayrıntılı epikriz raporu sunulması halinde bedeli karşılanır. | 14.714,70 |
| KV2024 | KATETER, TROMBOASPİRASYON, PERİFERİK, DOĞRUDAN İLERLETİLEN, MOTORU İLE BİRLİKTE | (1) 1 (bir) yıldan fazla yaşam beklentisi olan hastalarda, tanısal görüntüleme yöntemleri ile objektif olarak tanımlanmış vena cava inferior veya ilio-femoral ven segmentlerini tutan ve rekanalizasyon gelişmemiş akut derin venöz tromboz varlığında (semptomların başlangıcı itibarıyla ilk 14 günde olmak kaydıyla), 2 (iki) KVC uzmanı ile birlikte 1 (bir) radyoloji veya 1 (bir) kardiyoloji uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi halinde her ekstremite için 1 (bir) adedinin bedeli karşılanır.  (2) Vena cava inferior veya ilio-femoral ven segmentlerini tutan ve rekanalizasyon gelişmemiş akut derin venöz tromboz varlığına ait işlem öncesinde opak madde ile tıkalı ya da daralmış damar görüntüsü ve işlem sonrası görüntülerinin (İşlem görüntülerinde görülecek şekilde hastanın kimlik bilgileri ve işlem tarihini de içermelidir.) fatura ekinde gönderilmesi halinde bedeli karşılanır.  (3) KV2025 SUT kodu ile birlikte fatura edilemez.  (4) KV3159, KV3160, KV2022, KV2023 SUT kodları ile birlikte fatura edilemez. Ancak birlikte kullanılması durumunda bu SUT kodlarından biri ve en fazla 1 (bir) adedi olmak koşuluyla ayrıntılı epikriz raporu sunulması halinde bedeli karşılanır. | 14.714,70 |
| KV2025 | KATETER, TROMBOASPİRASYON, PERİFERİK, TEL ÜZERİNDEN İLERLETİLEN, MOTORU İLE BİRLİKTE | (1) 1 (bir) yıldan fazla yaşam beklentisi olan hastalarda, tanısal görüntüleme yöntemleri ile objektif olarak tanımlanmış vena cava inferior veya ilio-femoral ven segmentlerini tutan ve rekanalizasyon gelişmemiş akut derin venöz tromboz varlığında (semptomların başlangıcı itibarıyla ilk 14 günde olmak kaydıyla), 2 (iki) KVC uzmanı ile birlikte 1 (bir) radyoloji veya 1 (bir) kardiyoloji uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi halinde her ekstremite için 1 (bir) adedinin bedeli karşılanır.  (2) Vena cava inferior veya ilio-femoral ven segmentlerini tutan ve rekanalizasyon gelişmemiş akut derin venöz tromboz varlığına ait işlem öncesinde opak madde ile tıkalı ya da daralmış damar görüntüsü ve işlem sonrası görüntülerinin (İşlem görüntülerinde görülecek şekilde hastanın kimlik bilgileri ve işlem tarihini de içermelidir.) fatura ekinde gönderilmesi halinde bedeli karşılanır.  (3) KV2024 SUT kodu ile birlikte fatura edilemez.  (4) KV3159, KV3160, KV2022, KV2023 SUT kodları ile birlikte fatura edilemez. Ancak birlikte kullanılması durumunda bu SUT kodlarından biri ve en fazla 1 (bir) adedi olmak koşuluyla ayrıntılı epikriz raporu sunulması halinde bedeli karşılanır. | 14.714,70 |

”

b) Listede yer alan “STENT, VASKÜLER, PERİFERİK”başlığının “Açıklama” bölümüne aşağıdaki madde eklenmiştir.

“(1) Aynı seansta bu başlık altındaki SUT kodlarından en fazla 3 (üç) adedinin bedeli karşılanır.”

c) Listede yer alan “STENT, PERİFERİK VASKÜLER, İLAÇ SALINIMLI”başlığının “Açıklama” bölümüne aşağıdaki madde eklenmiştir.

“(1) Aynı seansta bu başlık altındaki SUT kodlarından en fazla 3 (üç) adedinin bedeli karşılanır.”

ç) Listede yer alan “STENT, VASKÜLER, PERİFERİK, GREFT KAPLI, PTFE'Lİ”başlığının “Açıklama” bölümüne aşağıdaki madde eklenmiştir.

“(2) Aynı seansta bu başlık altındaki SUT kodlarından en fazla 3 (üç) adedinin bedeli karşılanır.”

d) Listede yer alan “STENT, VASKÜLER, PERİFERİK, GREFT KAPLI, PTFE'Lİ, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, NİTİNOL”başlığının “Açıklama” bölümüne aşağıdaki madde eklenmiştir.

“(2) Aynı seansta bu başlık altındaki SUT kodlarından en fazla 3 (üç) adedinin bedeli karşılanır.”

e) Listede yer alan “STENT, VASKÜLER, PERİFERİK, GREFT KAPLI, PTFE'Lİ, İLAÇ BAĞLI, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, NİTİNOL”başlığının “Açıklama” bölümüne aşağıdaki madde eklenmiştir.

“(2) Aynı seansta bu başlık altındaki SUT kodlarından en fazla 3 (üç) adedinin bedeli karşılanır.”

f) Listede yer alan “OKLÜZYONDA TEKRAR LÜMENE GİRİM (REENTRY) KATETERLERİ”başlığının “Açıklama” bölümüne aşağıdaki madde eklenmiştir.

“(1) Venöz yapılarda kullanılması halinde bedeli karşılanmaz.”

g) Listede yer alan “EMBOLİZAN, KOİL, PERİFERİK”başlığının “Açıklama” bölümüne aşağıdaki maddeler eklenmiştir.

“(1) Anevrizma varlığı durumunda; anevrizma başına anevrizmanın büyük çapının milimetre değerinin epikrizde belirtilmesi halinde iki fazlası kadar koil bedeli karşılanır.

(2) Periferik damar embolizasyonu durumunda; bu başlık altında yer alan SUT kodlarından tek vasküler lokalizasyonda maksimum 10 (on) adet kullanılması halinde bedeli karşılanır.”

ğ) Listede yer alan “KOSTA VE/VEYA STERNUM SABİTLEME/KAPAMA MALZEMELERİ” başlığının “Açıklama” bölümünün (2) numaralı maddesindeki “plak ve” ibaresi yürürlükten kaldırılmıştır.

**MADDE 13-** Aynı Tebliğ eki “Radyoloji Branşı ve Endovasküler/Nonvasküler Girişimsel İşlemlere Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/M)” nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “GR2014” SUT kodlu tıbbi malzemenin “Açıklama” bölümüne aşağıdaki madde eklenmiştir.

“(1) Aynı işlemde GR2015 ile birlikte kullanılması halinde ikisi birlikte en fazla 4 (dört) adedinin bedeli karşılanır.”

b) Listede yer alan “GR2015” SUT kodlu tıbbi malzemenin “Açıklama” bölümüne aşağıdaki madde eklenmiştir.

“(1) Aynı işlemde GR2014 ile birlikte kullanılması halinde ikisi birlikte en fazla 4 (dört) adedinin bedeli karşılanır.”

c) Listede yer alan “OKLÜZYONDA TEKRAR LÜMENE GİRİM (REENTRY) KATETERLERİ” başlığının “Açıklama” bölümüne aşağıdaki madde eklenmiştir.

“(1) Venöz yapılarda kullanılması halinde bedeli karşılanmaz.”

ç) Listede yer alan “KILAVUZ TEL, MİKRO, NÖROVASKÜLER” başlığının “Açıklama” bölümüne aşağıdaki madde eklenmiştir.

“(1) Bir işlemde bu başlık altında yer alan SUT kodlarından toplamda maksimum 5 (beş) adet kullanılması halinde bedeli karşılanır.”

d) Listede yer alan “EMBOLİZAN, KOİL, PERİFERİK” başlığının “Açıklama” bölümüne aşağıdaki maddeler eklenmiştir.

“(1) Anevrizma varlığı durumunda; anevrizma başına anevrizmanın büyük çapının milimetre değerinin epikrizde belirtilmesi halinde iki fazlası kadar koil bedeli karşılanır.

(2) Periferik damar embolizasyonu durumunda; bu başlık altında yer alan SUT kodlarından tek vasküler lokalizasyonda maksimum 10 (on) adet kullanılması halinde bedeli karşılanır.”

e) Listede yer alan “STENT, VASKÜLER, PERİFERİK” başlığının “Açıklama” bölümüne aşağıdaki madde eklenmiştir.

“(1) Aynı seansta bu başlık altındaki SUT kodlarından en fazla 3 (üç) adedinin bedeli karşılanır.”

f) Listede yer alan “STENT, PERİFERİK, VASKÜLER, İLAÇ SALINIMLI” başlığının “Açıklama” bölümüne aşağıdaki madde eklenmiştir.

“(1) Aynı seansta bu başlık altındaki SUT kodlarından en fazla 3 (üç) adedinin bedeli karşılanır.”

g) Listede yer alan “STENT, VASKÜLER, PERİFERİK, GREFT KAPLI, PTFE’Lİ” başlığının “Açıklama” bölümüne aşağıdaki madde eklenmiştir.

“(2) Aynı seansta bu başlık altındaki SUT kodlarından en fazla 3 (üç) adedinin bedeli karşılanır.”

ğ) Listede yer alan “STENT, VASKÜLER, PERİFERİK, GREFT KAPLI, PTFE'Lİ, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, NİTİNOL” başlığının “Açıklama” bölümüne aşağıdaki madde eklenmiştir.

“(2) Aynı seansta bu başlık altındaki SUT kodlarından en fazla 3 (üç) adedinin bedeli karşılanır.”

h) Listede yer alan “STENT, VASKÜLER, PERİFERİK, GREFT KAPLI, PTFE'Lİ, İLAÇ BAĞLI, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, NİTİNOL” başlığının “Açıklama” bölümüne aşağıdaki madde eklenmiştir.

“(2) Aynı seansta bu başlık altındaki SUT kodlarından en fazla 3 (üç) adedinin bedeli karşılanır.”

ı) Listede yer alan “GR1042”, “GR1043”, “GR1044” ve “GR1045” SUT kodlu tıbbi malzeme satırları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| GR1042 | KATETER, TROMBEKTOMİ, PERİFERİK, DOĞRUDAN İLERLETİLEN, MOTORU İLE BİRLİKTE | (1) 1 (bir) yıldan fazla yaşam beklentisi olan hastalarda, tanısal görüntüleme yöntemleri ile objektif olarak tanımlanmış vena cava inferior veya ilio-femoral ven segmentlerini tutan ve rekanalizasyon gelişmemiş akut derin venöz tromboz varlığında (semptomların başlangıcı itibarıyla ilk 14 günde olmak kaydıyla), 2 (iki) radyoloji uzmanı ile birlikte 1 (bir) KVC uzmanı veya 1 (bir) kardiyoloji uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi halinde her ekstremite için 1 (bir) adedinin bedeli karşılanır.  (2) Vena cava inferior veya ilio-femoral ven segmentlerini tutan ve rekanalizasyon gelişmemiş akut derin venöz tromboz varlığına ait işlem öncesinde opak madde ile tıkalı ya da daralmış damar görüntüsü ve işlem sonrası görüntülerinin (İşlem görüntülerinde görülecek şekilde hastanın kimlik bilgileri ve işlem tarihini de içermelidir.) fatura ekinde gönderilmesi halinde bedeli karşılanır.  (3) GR1043 SUT kodu ile birlikte fatura edilemez.  (4) GR1044, GR1045 SUT kodları ile birlikte fatura edilemez. Ancak birlikte kullanılması durumunda bu SUT kodlarından biri ve en fazla 1 (bir) adedi olmak koşuluyla ayrıntılı epikriz raporu sunulması halinde bedeli karşılanır. | 14.714,70 |
| GR1043 | KATETER, TROMBEKTOMİ, PERİFERİK, TEL ÜZERİNDEN İLERLETİLEN, MOTORU İLE BİRLİKTE | (1) 1 (bir) yıldan fazla yaşam beklentisi olan hastalarda, tanısal görüntüleme yöntemleri ile objektif olarak tanımlanmış vena cava inferior veya ilio-femoral ven segmentlerini tutan ve rekanalizasyon gelişmemiş akut derin venöz tromboz varlığında (semptomların başlangıcı itibarıyla ilk 14 günde olmak kaydıyla), 2 (iki) radyoloji uzmanı ile birlikte 1 (bir) KVC uzmanı veya 1 (bir) kardiyoloji uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi halinde her ekstremite için 1 (bir) adedinin bedeli karşılanır.  (2) Vena cava inferior veya ilio-femoral ven segmentlerini tutan ve rekanalizasyon gelişmemiş akut derin venöz tromboz varlığına ait işlem öncesinde opak madde ile tıkalı ya da daralmış damar görüntüsü ve işlem sonrası görüntülerinin (İşlem görüntülerinde görülecek şekilde hastanın kimlik bilgileri ve işlem tarihini de içermelidir.) fatura ekinde gönderilmesi halinde bedeli karşılanır.  (3) GR1042 SUT kodu ile birlikte fatura edilemez.  (4) GR1044, GR1045 SUT kodları ile birlikte fatura edilemez. Ancak birlikte kullanılması durumunda bu SUT kodlarından biri ve en fazla 1 (bir) adedi olmak koşuluyla ayrıntılı epikriz raporu sunulması halinde bedeli karşılanır. | 14.714,70 |
| GR1044 | KATETER, TROMBOASPİRASYON, PERİFERİK, DOĞRUDAN İLERLETİLEN, MOTORU İLE BİRLİKTE | (1) 1 (bir) yıldan fazla yaşam beklentisi olan hastalarda, tanısal görüntüleme yöntemleri ile objektif olarak tanımlanmış vena cava inferior veya ilio-femoral ven segmentlerini tutan ve rekanalizasyon gelişmemiş akut derin venöz tromboz varlığında (semptomların başlangıcı itibarıyla ilk 14 günde olmak kaydıyla), 2 (iki) radyoloji uzmanı ile birlikte 1 (bir) KVC uzmanı veya 1 (bir) kardiyoloji uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi halinde her ekstremite için 1 (bir) adedinin bedeli karşılanır.  (2) Vena cava inferior veya ilio-femoral ven segmentlerini tutan ve rekanalizasyon gelişmemiş akut derin venöz tromboz varlığına ait işlem öncesinde opak madde ile tıkalı ya da daralmış damar görüntüsü ve işlem sonrası görüntülerinin (İşlem görüntülerinde görülecek şekilde hastanın kimlik bilgileri ve işlem tarihini de içermelidir.) fatura ekinde gönderilmesi halinde bedeli karşılanır.  (3) GR1045 SUT kodu ile birlikte fatura edilemez.  (4) GR1042, GR1043 SUT kodları ile birlikte fatura edilemez. Ancak birlikte kullanılması durumunda bu SUT kodlarından biri ve en fazla 1 (bir) adedi olmak koşuluyla ayrıntılı epikriz raporu sunulması halinde bedeli karşılanır. | 14.714,70 |
| GR1045 | KATETER, TROMBOASPİRASYON, PERİFERİK, TEL ÜZERİNDEN İLERLETİLEN, MOTORU İLE BİRLİKTE | (1) 1 (bir) yıldan fazla yaşam beklentisi olan hastalarda, tanısal görüntüleme yöntemleri ile objektif olarak tanımlanmış vena cava inferior veya ilio-femoral ven segmentlerini tutan ve rekanalizasyon gelişmemiş akut derin venöz tromboz varlığında (semptomların başlangıcı itibarıyla ilk 14 günde olmak kaydıyla), 2 (iki) radyoloji uzmanı ile birlikte 1 (bir) KVC uzmanı veya 1 (bir) kardiyoloji uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi halinde her ekstremite için 1 (bir) adedinin bedeli karşılanır.  (2) Vena cava inferior veya ilio-femoral ven segmentlerini tutan ve rekanalizasyon gelişmemiş akut derin venöz tromboz varlığına ait işlem öncesinde opak madde ile tıkalı ya da daralmış damar görüntüsü ve işlem sonrası görüntülerinin (İşlem görüntülerinde görülecek şekilde hastanın kimlik bilgileri ve işlem tarihini de içermelidir.) fatura ekinde gönderilmesi halinde bedeli karşılanır.  (3) GR1044 SUT kodu ile birlikte fatura edilemez.  (4) GR1042, GR1043 SUT kodları ile birlikte fatura edilemez. Ancak birlikte kullanılması durumunda bu SUT kodlarından biri ve en fazla 1 (bir) adedi olmak koşuluyla ayrıntılı epikriz raporu sunulması halinde bedeli karşılanır. | 14.714,70 |

”

**MADDE 14-** Aynı Tebliğ eki “Hematoloji-Onkoloji Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/O)” nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “AFEREZ SETLERİ (İÇERİKLERİ; SET + ANTİKOAGULAN SOLUSYON + İĞNE + TRANSFER TORBASI)” başlıklı satır ile “HO1002”, “HO1004”, “HO1010”, “HO1013”, “HO1019” ve “HO1021” SUT kodlu tıbbi malzeme satırları yürürlükten kaldırılmıştır.

b) Listede yer alan “HO1005” SUT kodlu tıbbi malzeme satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| HO1005 | TERAPÖTİK AFEREZ TÜP SETİ (TEK KULLANIMLIK) (ADSORBSİYON, ADSORTİF SİTAFEREZ, DOUBLE FİLTRASYON, Ig ve İMMÜN KOMPLEKS FİLTRASYON VEYA VİRAL ERADİKASYON, LİPİD AFEREZ, SEÇİCİ PLAZMA DEĞİŞİMİ, SEPSİS ADSORBSİYON) | (1) Hematoloji uzmanının bulunduğu, hastalığın tanısının ve yapılacak işlemin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile bedeli karşılanır.  (2) Bu sağlık kurulu raporu 3 (üç) ay geçerlidir. (3) Kolon, filtre veya membran (HO1003, HO1008, HO1009, HO1011, HO1012, HO1017, HO1018, HO1020, HO1022) ile birlikte faturalandırılabilir. (4) İğne ve transfer torbası fiyata dahil olup ayrıca faturalandırılamaz.(4) İğne ve transfer torbası fiyata dahil olup ayrıca faturalandırılamaz. | 1.940,40 |

”

c) Listede yer alan “HO1020” SUT kodlu tıbbi malzeme satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| HO1020 | SEPSİS ADSORBSİYON KOLONU | Üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucuları, üçüncü seviye yoğun bakım ünitelerinde takip edilen hastalarda; (1) Septik şok klinik tablosunun gelişmiş olması durumunda aşağıdaki kriterlerin tamamının varlığı gereklidir. a) Kanıtlanmış ya da kuvvetle şüphelenilen bakteriyel enfeksiyon olması,  1) Enfeksiyon odağının olması, 2) Çok ilaç dirençli bakteri enfeksiyonu olması, 3) Geniş spektrumlu antibiyotik verilmiş olmasına rağmen 48-72 saat içinde yanıt alınamamış olması, 4) Enfeksiyon odak kontrolü sağlanamamış olması veya sitokin fırtınası ile seyreden ağır viral enfeksiyonlar. b) SOFA skorunda ≥ 2 artış olması, c) Yeterli sıvı desteğine rağmen, ortalama arter basıncının >65 mm Hg olması için noradrenalin ≥ 0.5 mg/kg/dk vazopressör desteği gerektirmesi, ç) Kan laktat düzeyinin persistan olarak >2mmol/L olması, (2) Çoklu organ yetmezliği ile seyreden hemodinamik olarak unstabil hiperinflamatuar durum olması, a) Vücut yüzey alanı %30 ve üzeri yanıklar veya b) Crush sendromları  Kriterlerinin varlığının tespit edildiği durumlarda var ise yoğun bakım uzmanı yok ise yoğun bakım sorumlu uzmanı olarak görevlendirilmiş bir uzmanın, hematoloji ile enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanlarının bulunduğu sağlık kurulu raporu ile günde 1 (bir) adetten en fazla 5 (beş) gün kullanılması halinde bedeli karşılanır. | 20.010,38 |

”

**MADDE 15-** Aynı Tebliğ eki “Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi (EK-4/A)” Ek-3’teki şekilde değiştirilmiştir.

**MADDE 16-** Bu Tebliğin;

a) 4 üncü maddesi 19/2/2025 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

b) 2 nci maddesinin (a) bendi ve 8 inci maddesinin (a) bendi 6/6/2025 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

c) 7 nci maddesi 19/9/2025 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

ç) 1 inci maddesi, 2 nci maddesinin (b) ve (c) bentleri, 3 üncü maddesi, 6 ncı maddesi, 8 inci maddesinin (b) bendi, 9 uncu maddesinin (b) bendi yayımı tarihinden 15 iş günü sonra,

d) 5 inci ve 10 ilâ 14 üncü maddeleri yayımı tarihinden 5 iş günü sonra,

e) 9 uncu maddesinin (a), (c), (ç) ve (d) bentleri yayımı tarihinden 60 gün sonra,

f) 15 inci maddesinde düzenlenen ekli listede; 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 yayımı tarihinden 5 iş günü sonra,

g) Diğer hükümleri yayımı tarihinde,

yürürlüğe girer.

**MADDE 17-** Bu Tebliğ hükümlerini Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı yürütür.