|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 12 Aralık 2024 PERŞEMBE | **Resmî Gazete** | Sayı : 32750 |
|  **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 “Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik” ibaresi “5378 sayılı Engelliler Hakkında Kanunun 5 inci maddesine dayanılarak çıkarılan Yönetmelikler” şeklinde değiştirilmiştir.

**MADDE 2**- Aynı Tebliğin2.4.1 numaralı maddesinin dördüncü fıkrasının (b) bendinde yer alan **“**Süt ve karma dişlenme dönemindeki dental”ibaresi “Dental” şeklinde değiştirilmiştir.

**MADDE 3**- Aynı Tebliğin 3.3.2 numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“**3.3.2- Şeker ölçüm çubukları**

(1) Tip I diyabetli ve tip II diyabetliler, hipoglisemili hastalar, gestasyonel diyabetliler ile sadece oral antidiyabetik ilaç kullanan diyabetli hastaların kullanmakta olduğu kan şekeri ölçüm çubuklarına ait bedeller, aşağıda belirtilen esas ve şartlar doğrultusunda Kurumca karşılanacaktır;

a) Tip I diyabetli, tip II diyabetli, hipoglisemili, gestasyonel diyabetli hastalar ile sadece oral antidiyabetik ilaç kullanan diyabetli hastalar için, aile hekimi uzmanı, endokrinoloji ve metabolizma, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından uzman hekim raporu düzenlenmesi gerekmektedir.

b) Kan şekeri ölçüm cihazlarına ait bedeller Kurumca karşılanacaktır. Kan şekeri ölçüm cihazının yenilenme süresi 2 yıldır. Bu süreden önce temin edilen kan şekeri ölçüm cihazının bedeli Kurumca ödenmez.

c) Kan şekeri ölçüm çubukları;

1) Tip I diyabetli çocuk hastalar (18 yaş altı), gebeler, transplantasyon hastalarında sağlık raporunda tedavi protokolü olarak belirtilen adetler esas alınarak,

2) Tip I diyabetli erişkin hastalar ve insülin kullanan tip II diyabetli tüm hastalarda ayda en fazla 150 adet,

3) Medikal tedavi ile kontrol altında tutulan hiperinsülinemik hipoglisemisi olan çocuk hastalar için ayda en fazla 150 adet, erişkin hastalar için en fazla 50 adet,

4) Oral antidiyabetik ilaç kullanan diyabetli hastalara 3 ayda en fazla 100 adet hesabıyla,

reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.

ç) Kan şekeri ölçüm çubuklarına ait faturalara, sağlık raporunun fotokopisi (e-rapor hariç) ile reçetenin asılları (e-reçete hariç) eklenecektir.

d) Kan şekeri ölçüm çubukları ve kan şekeri ölçüm cihazları sözleşmeli eczanelerden temin edilecektir.”

**MADDE 4**- Aynı Tebliğin 3.3.15 numaralı maddesinin birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(1) Üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında göğüs hastalıkları ve/veya göğüs cerrahisi uzmanlarınca düzenlenecek sağlık kurulu raporuna istinaden bedeli Kurumca karşılanır.”

**MADDE 5**- Aynı Tebliğin 4.2.1 numaralı maddesinin başlığında yer alan “kanakinumab,” ibaresinden sonra gelmek üzere “**anakinra,**” ibaresi eklenmiştir.

 **MADDE 6-** Aynı Tebliğin 4.2.1.C numaralı maddesinin başlığı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

 “**4.2.1.C-Biyolojik ajanlar (Anti-TNF ilaçlar, rituksimab, abatasept, ustekinumab, kanakinumab, anakinra, tosilizumab, sekukinumab, iksekizumab, guselkumab, risankizumab, vedolizumab, bimekizumab), tofacitinib, barisitinib, upadasitinib, abrositinib ve apremilast kullanım ilkeleri**”

**MADDE 7-** Aynı Tebliğin 4.2.1.C-7 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Maddenin başlığında yer alan “Kanakinumab” ibaresinden sonra gelmek üzere “**, anakinra**” ibaresi eklenmiştir.

b) Birinci fıkrasında yer alan “2 yaş ve üzeri” ibaresi “hastalardan anakinra için 8 ay ve üzeri ve vücut ağırlığı 10 kg ve üzerinde olan, kanakinumab için 2 yaş ve üzerinde olan” şeklinde değiştirilmiş, aynı fıkranın (a) ve (b) bentlerinde yer alan “belirtilir,” ibarelerinden sonra gelmek üzere “anakinra veya tosilizumab ile ACR pediatrik 50 yanıtı, kanakinumab ile” ibareleri eklenmiştir.

c) Maddeye aşağıdaki fıkralar eklenmiştir.

“(4) Kriyopirin ilişkili periyodik sendromlar (CAPS) hastalığında;

1) Kanakinumab 7,5 kg vücut ağırlığının üzerinde olan 2 yaş ve üstü çocuklar ile yetişkinlerde Kriyopirin İlişkili Periyodik Sendromlardan (CAPS); Ailevi Soğuk Otoinflamatuar Sendrom (FCAS)/Ailevi Soğuk Ürtiker (FCU), Muckle-Wells Sendromu (MWS), Neonatal Başlangıçlı Multisistem İnflamatuar Hastalık (NOMID)/Kronik İnfantil Nörolojik, Kütanöz, Artiküler Sendrom (CINCA) tedavisinde kullanılır.

2) Anakinra erişkinler, adolesanlar, çocuklar ve vücut ağırlığı 10 kg veya üzeri 8 aylık ve daha büyük infantlarda Kriyopirin İlişkili Periyodik Sendromlardan (CAPS); Ailevi Soğuk Otoinflamatuar Sendrom (FCAS), Muckle-Wells Sendromu (MWS), Neonatal Başlangıçlı Multisistem İnflamatuar Hastalık (NOMID)/Kronik İnfantil Nörolojik, Kütanöz, Artiküler Sendrom (CINCA) tedavisinde kullanılır.

3) Tedaviye anakinra ile başlanır (Ailevi Soğuk Ürtiker (FCU) endikasyonunda ayrıca Sağlık Bakanlığı endikasyon dışı onayı aranır). Anakinra tedavisine yanıt alınamaması veya anakinra tedavisi altındayken anakinra kullanılmasını engelleyecek ciddi klinik yan etki oluşması halinde kanakinumab tedavisine geçilir.

4) Kanakinumab tedavisinde 6 ay sonunda yapılacak yanıt değerlendirmesine göre yanıt alınamayan hastalarda tedavi kesilir.

5) Üçüncü basamak sağlık kurumlarında bu durumların belirtildiği romatoloji uzman hekiminin yer aldığı 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak romatoloji uzman hekimlerince reçete edilir.

(5) Erişkin Başlangıçlı Still Hastalığında (AOSD) anakinra kullanım ilkeleri;

1) Erişkin başlangıçlı Still Hastalığı (AOSD) tedavisinde orta ve yüksek şiddette, aktif sistemik özellikleri olan erişkinlerde, glukokortikoidler ve en az 1 hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçlar (DMARD’lar) veya konvansiyonel immunosupresifler ile 3 aylık tedaviye rağmen hastalık aktivitesi devam eden hastalarda anakinra kullanılır.

2) Sistemik özellikleri olmayan (artiküler fenotip) AOSD’de, Steroid Olmayan Anti-inflamatuvar İlaçlar (NSAİİ’ler), glukokortikoidler ve bir veya daha fazla hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçlar (DMARD’lar) veya konvansiyonel immunosupresifler ile 3 aylık tedaviye rağmen hastalık aktivitesi devam eden hastalarda kullanılır.

3) Anakinra monoterapi olarak veya diğer anti-inflamatuvar ilaçlar ve Konvansiyonel ve Sentetik Hastalık Modifiye Edici Antiromatizmal İlaçlar (DMARD’lar) ile kombinasyon halinde verilebilir. Biyolojik DMARD’lar ve JAK inhibitörleri ile kombine kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanmaz.

4) Üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında erişkin romatoloji uzmanının yer aldığı en fazla 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak romatoloji uzman hekimlerince reçete edilir.”

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

a) (ğğ) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“**ğğ)** **Karmustin;**

1) Beyin tümörleri-glioblastom, beyinsapı glioması, medullablastom, astrositom, ependimoma ve metastatik beyin tümörleri endikasyonlarında; yalnızca en az iki basamak tedavi almış rekürrens veya nüks hastalarda tek ajan veya diğer onaylı kemoterapötik ajanlarla belirlenmiş kombinasyon tedavisi şeklinde tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı tedavi protokolünü gösterir sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilir.

2) Hodgkin lenfoma ve non-hodgkin lenfoma hastalarında kemik iliği nakli hazırlık rejimi kullanımında hematoloji uzman hekiminin yer aldığı tedavi protokolünü gösterir sağlık kurulu raporuna dayanılarak hematoloji uzman hekimlerince reçete edilir.

3) Yukarıdaki koşullar dışında kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.”

b) (rr) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“**rr) Osimertinib;**

1) Epidermal Büyüme Faktörü Reseptörü (EGFR) ekson 19 delesyonu ve/veya ekson 21 mutasyon pozitifliği tespit edilmiş olan lokal ileri evre veya Metastatik Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri (KHDAK) olan yetişkin hastaların birinci basamak tedavisinde progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

2) Epidermal Büyüme Faktörü Reseptörü (EGFR) tirozin kinaz İnhibitörü tedavisi sırasında veya sonrasında progresyon gelişmiş, EGFR T790M mutasyon pozitifliği progresyon sonrası yapılan biyopsi ile tespit edilmiş olan, kemoradyoterapiye ve cerrahiye uygun olmayan lokal ileri evre veya Metastatik Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri (KHDAK) olan yetişkin hastaların tedavisinde progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

3) Osimertinib kullanan hastalarda progresyon gelişmesi halinde diğer EGFR tirozin kinaz inhibitörleri kullanılamaz.

4) En az bir tıbbi onkoloji uzmanının yer aldığı birinci basamak endikasyonunda en fazla 6 ay süreli, ikinci basamak endikasyonunda en fazla 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden tıbbi onkoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için hastalıkta progresyon olmadığı yeni düzenlenecek raporda belirtilmelidir.”

**MADDE 9-** Aynı Tebliğin 4.2.44 numaralı maddesi yürürlükten kaldırılmıştır.

**MADDE 10-** Aynı Tebliğin 4.2 numaralı maddesine aşağıdaki alt madde eklenmiştir.

“**4.2.72- Mitokondriyal sitopati hastalığında tedaviye yardımcı olarak kullanılan ürünler**

(1) Mitokondriyal sitopati hastalığında tedaviye yardımcı olarak kullanılan takviye edici gıdalar için; aşağıda yer alan durumların belirtildiği üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında 6 ay süreli çocuk nöroloji, çocuk endokrinoloji ve metabolizma, çocuk metabolizma veya erişkin endokrinoloji ve metabolizma uzman hekimlerinden en az birinin bulunduğu sağlık kurulu raporuna istinaden tedaviye başlanır. Tedavinin devamında hastanın klinik durumu değerlendirilir ve yukarıda belirtilen uzman hekimlerden birinin yer aldığı raporlarda hastanın klinik durumu da belirtilir.

a) Mitokondriyal DNA veya nükleer DNA’da mitokondriyal hastalığa yol açtığı bilinen gende patojenik mutasyon saptanması sonucunda mitokondriyal hastalık tanısı kesinleşmiş hastalar.

b) Mitokondriyal hastalık tanısı genetik çalışmalar ile kesinleşmemiş hastalarda ise aşağıdaki kriterlerden en az ikisi karşılanan hastalar:

1) Kas veya diğer organ biyopsilerinde mitokondriyal hastalık telkin eden bulguların olması.

2) Mitokondriyal hastalığı destekleyen en az bir organ tutulumu olması.

3) Biyokimyasal tetkiklerde (kanda açil karnitin veya karnitin analizi veya idrar-kan aminoasitleri veya idrar organik asit veya kan gazı analizi veya kan laktat yüksekliği) anlamlı bulguların görülmesi.

4) Görüntüleme incelemelerinde klinik olarak mitokondriyal hastalığı destekleyici bulguların görülmesi.

5) Genetik olarak kanıtlanmış mitokondriyal hastalık aile öyküsü görülmesi.

(2) Mitokondriyal sitopati hastalığında tedaviye yardımcı olarak kullanılan takviye edici gıdaların bedelleri aylık nakden 800,00 (sekiz yüz) TL olarak sağlık kurulu raporu ile şahıs bazında ödenir.”

**MADDE 11-** Aynı Tebliğin 4.4.1 numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“**4.4.1- Uygulanacak indirim oranları**

(1) Depocuya satış fiyatı 39,04 (otuz dokuz virgül sıfır dört) TL ve altında olan ilaçlar için kamu kurum iskontosu uygulanmaz (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(2) Depocuya satış fiyatı 39,05 (otuz dokuz virgül sıfır beş) TL’nin (dahil) üzerinde olan ilaçlara kamu kurum iskontosu olarak %10 veya %11 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(3) Aşağıdaki fıkralarda konu edilen kamu kurum iskontoları ve ilave iskonto uygulamalarında ilaçların, referans, eşdeğer, fiyat korumalı gibi durumlarının belirlenmesinde Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmış olan düzenlemeler esas alınır. İlaçlarda oluşabilecek durum değişikliklerine ilişkin iskonto uygulamaları Kurum tarafından değerlendirilir. Ancak, SUT eki EK-4/A listesinde bulunmaktayken Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Detaylı İlaç Fiyat Listesinde yayımlanan; referans ürün, eşdeğer ürün, fiyat korumalı ürün statülerinde oluşan değişiklikler nedeniyle kamu fiyatında artışa yol açabilecek her türlü değişiklik için indirim oranlarına ilişkin güncelleme talepleri ilgili komisyon marifetiyle Kurum tarafından değerlendirilir.

(4) Fiyat korumalı ürünlerden;

a) Depocuya satış fiyatı 39,05 (otuz dokuz virgül sıfır beş) TL (dahil) ile 74,72 (yetmiş dört virgül yetmiş iki) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %0 iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

b) Depocuya satış fiyatı 74,73 (yetmiş dört virgül yetmiş üç) TL (dahil) ile 112,58 (yüz on iki virgül elli sekiz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

c) Depocuya satış fiyatı 112,59 (yüz on iki virgül elli dokuz) TL ve üzerinde olan, referansı olan ve referansı olmayıp maliyet kartına göre fiyat alan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11+%17 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

ç) Depocuya satış fiyatı 112,59 (yüz on iki virgül elli dokuz) TL ve üzerinde olan, referansı olmayan ilaçlara; %40 iskonto (baz iskonto %11+%29 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(5) Eşdeğeri olmayan referans ilaçlardan;

a) Depocuya satış fiyatı 39,05 (otuz dokuz virgül sıfır beş) TL (dahil) ile 74,72 (yetmiş dört virgül yetmiş iki) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

b) Depocuya satış fiyatı 74,73 (yetmiş dört virgül yetmiş üç)TL (dahil) 112,58 (yüz on iki virgül elli sekiz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %31 (baz iskonto %11+%20 ilave iskonto) iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

c) Depocuya satış fiyatı 112,59 (yüz on iki virgül elli dokuz) TL ve üzerinde olan ilaçlara; %41 iskonto (baz iskonto %11+%30 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(6) Eşdeğeri olan referans ilaçlar ile eşdeğer ilaçlardan;

a) Depocuya satış fiyatı 39,05 (otuz dokuz virgül sıfır beş) TL (dahil) ile 74,72 (yetmiş dört virgül yetmiş iki) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

b) Depocuya satış fiyatı 74,73 (yetmiş dört virgül yetmiş üç) TL (dahil) ile 112,58 (yüz on iki virgül elli sekiz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %18 iskonto (baz iskonto %11+%7 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

c) Depocuya satış fiyatı 112,59 (yüz on iki virgül elli dokuz) TL ve üzerinde olan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11+%17 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(7) Depocuya satış fiyatı 39,05 (otuz dokuz virgül sıfır beş) ve üzerinde olan kan ürünleri, tıbbi mamalar ve radyofarmasötik ürünlere; %11 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(8) Enteral beslenme ürünlerinden;

a) Depocuya satış fiyatı 39,04 (otuz dokuz virgül sıfır dört) TL ve altında olan ilaçlar için kamu kurum iskontosu uygulanmaz (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

b) Depocuya satış fiyatı 39,05 (otuz dokuz virgül sıfır beş) TL (dahil) ile 74,72 (yetmiş dört virgül yetmiş iki) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %11 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

c) Depocuya satış fiyatı 74,73 (yetmiş dört virgül yetmiş üç) TL (dahil) ile 112,58 (yüz on iki virgül elli sekiz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %31 iskonto (baz iskonto %11+%20 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

ç) Depocuya satış fiyatı 112,59 (yüz on iki virgül elli dokuz) TL ve üzerinde olan ilaçlara; %41 iskonto (baz iskonto %11+%30 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(9) Piyasaya verilecek, mevcut EK-4/A listesinde bulunmayan yeni moleküller ile tedaviye yenilik getirecek ürünlerin EK-4/A listesine kabulü halinde, bu ürünler listeye girdiği tarihten itibaren 1 yıl süre ile ilave iskontolardan muaf tutulur. Bu süre; SUT’un “4.3- Yurt dışından ilaç getirilmesi” başlıklı maddesinin sekizinci fıkrası kapsamında Kurumca ödemesi yapılan ilaçlar için EK-4/A listesine giriş talebi tarihinden itibaren başlar. Molekülün ilave iskontodan muafiyeti açısından 1 yıllık süresi, tüm farmasötik formları için listeye ilk giren forma uygulanan süre bitiminde sona erer.

(10) EK-4/A listesinde yer alıp, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından kamu kurum iskontosu ayrıca belirlenen ilaçlar için bu maddenin (4), (5) ve (6) numaralı fıkraları uygulanmaz.

(11) Ayakta veya yatarak tanı ve tedavi hizmeti sunan sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, ayakta veya yatarak tedavilerde kullandıkları ve kendi eczanelerinden temin ettikleri ilaçlara da Kurum eşdeğer ilaç uygulaması ile belirlenen azami birim bedel esas alınmak suretiyle yukarıda belirtilen esaslara göre kamu kurum iskontosu ile %3,5 oranında eczacı indirimi uygulayarak fatura edeceklerdir. Ayakta veya yatarak tanı ve tedavi hizmeti sunan sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularının ilaç satın alma bedeli ile eşdeğer ilaçların Kurumca ödenen azami fiyatları arasında fark oluşması halinde fark ücreti kişilerden talep edilemez. Serbest eczane satışı olmayan ve Sağlık Bakanlığı tarafından “depocu fiyatlı ilaçlar” şeklinde tanımlanan ürünlere, depocu satış fiyatı üzerinden EK-4/A listesinde gösterilen indirim oranları (özel iskontolar dahil) uygulanır, ayrıca eczacı indirimi uygulanmaz.

(12) Sağlık Bakanlığı tarafından perakende satış fiyatı verilen ürünlere, perakende satış fiyatı üzerinden EK-4/A listesinde gösterilen indirim oranları (özel iskontolar dahil) uygulanmak suretiyle, ilaçların indirimli bedeli (kamu fiyatı) bulunur. Ayrıca tüm ilaçlara indirimli bedel üzerinden eczacı indirimi yapılır.”

**MADDE 12**-Aynı Tebliğin 5.2.1 numaralı maddesinin birinci fıkrasında yer alan “2 ay” ibaresi “30 gün” şeklinde değiştirilmiştir.

**MADDE 13**- Aynı Tebliğ eki “Hizmet Başı İşlem Puan Listesi (EK-2/B)” nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “600830”, “L109960”, “L109970”, “L109980”,” L109990”, “L110000”, “L110010” SUT kodlu işlem satırları ile “9.2. Yasadışı ve Kötüye Kullanılan Madde Analizleri”, “Tarama Analizleri”, “Doğrulama Analizleri” başlıklı satırlar aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 600830 | 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. | 852,16 |

 ”

 “

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L109960 | Homosistein (Serum/Plazma)  | Çocuk genetik hastalıkları, tıbbi genetik, kadın hastalıkları ve doğum, endokrinoloji, hematoloji, çocuk hematoloji, kardiyoloji, metabolizma, nefroloji, neonatoloji, nöroloji ve tıbbi onkoloji uzman hekimleri tarafından istenmesi halinde faturalandırılır. | 201,85 |
| L109970 | Homosistein/Kreatinin (Spot idrar)  | Çocuk genetik hastalıkları, tıbbi genetik, kadın hastalıkları ve doğum, endokrinoloji, hematoloji, çocuk hematoloji, kardiyoloji, metabolizma, nefroloji, neonatoloji, nöroloji ve tıbbi onkoloji uzman hekimleri tarafından istenmesi halinde faturalandırılır. L104780, L104790, L104800, L104810, L109980 ile birlikte faturalandırılmaz. | 212,99 |
| L109980 | Homosistein (24 saatlik idrar)  | Çocuk genetik hastalıkları, tıbbi genetik, kadın hastalıkları ve doğum, endokrinoloji, hematoloji, çocuk hematoloji, kardiyoloji, metabolizma, nefroloji, neonatoloji, nöroloji ve tıbbi onkoloji uzman hekimleri tarafından istenmesi halinde faturalandırılır. L109970 ile birlikte faturalandırılmaz. | 201,85 |
| L109990 | Homosistein (Kuru kan) | Çocuk genetik hastalıkları, tıbbi genetik, kadın hastalıkları ve doğum, endokrinoloji, hematoloji, çocuk hematoloji, kardiyoloji, metabolizma, nefroloji, neonatoloji, nöroloji ve tıbbi onkoloji uzman hekimleri tarafından istenmesi halinde faturalandırılır. | 201,85 |
| L110000 | Homosistein (BOS) | Çocuk genetik hastalıkları, tıbbi genetik, kadın hastalıkları ve doğum, endokrinoloji, hematoloji, çocuk hematoloji, kardiyoloji, metabolizma, nefroloji, neonatoloji, nöroloji ve tıbbi onkoloji uzman hekimleri tarafından istenmesi halinde faturalandırılır. | 201,85 |
| L110010 | Homosistein (Diğer vücut sıvıları) | Çocuk genetik hastalıkları, tıbbi genetik, kadın hastalıkları ve doğum, endokrinoloji, hematoloji, çocuk hematoloji, kardiyoloji, metabolizma, nefroloji, neonatoloji, nöroloji ve tıbbi onkoloji uzman hekimleri tarafından istenmesi halinde faturalandırılır. | 201,85 |

 ”

“

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   | **9.2. YASADIŞI VE KÖTÜYE KULLANILAN MADDE ANALİZLERİ**  | **(F10-19) Psikoaktif madde kullanımına bağlı zihin ve davranış bozukluklarında veya** **klinik olarak, psikoaktif madde kullanımı şüphesi düşünülen vakalarda faturalandırılır. Genel tarama amaçlı faturalandırılmaz.** |   |

 ”

“

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   | **Tarama Analizleri** | **Kart testle yapılan tarama analizleri ödenmez. Acil tıp, çocuk/ergen ruh sağlığı ve hastalıkları ile erişkin ruh sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından istenmesi halinde veya yoğun bakım ünitelerince faturalandırılır.** |   |

 ”

“

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   | **Doğrulama Analizleri** | **Sadece (F10-19) psikoaktif madde kullanımına bağlı zihin ve davranış bozuklukları tanılarında (F15, F17 kod grupları hariç) faturalandırılır. Bu analizler Sağlık Bakanlığı tarafından yetkilendirilmiş doğrulama laboratuvarı tarafından çalışılması halinde ödenir. SUT eki EK-2/Y formu faturaya eklenmelidir. Doğrulama analizleri için istem yapan hekim tarafından tıbbi gerekçe belirtilmelidir. (Tarama testi pozitif olan vaka, tarama test sonucunun klinikle uyumsuzluğu, vb.)** |   |

 ”

b) Listede yer alan “704210”, “704230”, “704233”, “705350”, “705351”, “705352”, “705353”, “705354”, “705355”, “705360”, “705370”, “705371”, “705372”, “705373”, “705380”, “705390”, “705400”, “705410”, “705420”, “705430”, “705431”, “705432”, “705440”, “705441”, “705442” ve “705443” SUT kodlu işlem satırları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 704210 | Acil hemodiyaliz | SUT'un 2.4.4.D-1 maddesine bakınız. Aynı gün yalnızca bir adet ve sadece yatarak tedavilerde faturalandırılır. P704230, P704233, 704230, 704233 ile aynı gün faturalandırılmaz. | 3.216,65 |
| 704230 | Hemodiyaliz | SUT'un 2.4.4.D-1 maddesine bakınız.P704210, P704233, 704210, 704233 ile aynı gün faturalandırılmaz. A-V fistül iğnesi, A-V kan seti, diyalizör, serum, antikoagülan olarak kullanılan düşük molekül ağırlıklılar dahil her türlü heparin, konsantre hemodiyaliz solüsyonu ve her türlü serum dahildir. | 3.216,65 |

 ”

“

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 704233 | Ev hemodiyalizi | SUT’un 2.4.4.D-1-1 maddesine bakınız. P704210, P704230, 704210, 704230 ile aynı gün faturalandırılmaz. A-V fistül iğnesi, A-V kan seti, diyalizör, serum, antikoagülan olarak kullanılan düşük molekül ağırlıklılar dahil her türlü heparin, konsantre hemodiyaliz solüsyonu ve her türlü serum dahildir. | 3.216,65 |

 ”

“

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 705350 | Aferez trombosit süspansiyonu | 1 ünite tek donör trombositi, aferez işlemi ve tüm malzemeler dahil. 704810 ile birlikte faturalandırılmaz. | 6.740,16 |
| 705351 | Tek donörden çift aferez trombosit süspansiyonu, tek ünite | Aferez işlemi ve tüm malzemeler dahildir. 704810 ile birlikte faturalandırılmaz. | 4.281,70 |
| 705352 | Aferez trombosit süspansiyonu pediatrik (ikiye bölünmüş), tek ünite | Aferez işlemi ve tüm malzemeler dahildir. 704810 ile birlikte faturalandırılmaz. | 3.443,77 |
| 705353 | Aferez trombosit süspansiyonu pediatrik (üçe bölünmüş), tek ünite | Aferez işlemi ve tüm malzemeler dahildir. 704810 ile birlikte faturalandırılmaz. Kızılay tarafından ek torba ile hazırlanan pediatrik aferez trombosit süspansiyonu bu işlem kodundan faturalandırılır. | 2.345,04 |
| 705354 | Tek donörden çift aferez trombosit süspansiyonu, pediatrik (ikiye bölünmüş), tek ünite | Aferez işlemi ve tüm malzemeler dahil. 704810 ile birlikte faturalandırılmaz. | 2.288,41 |
| 705355 | Tek donörden çift aferez trombosit süspansiyonu, pediatrik (üçe bölünmüş), tek ünite | Aferez işlemi ve tüm malzemeler dahildir. 704810 ile birlikte faturalandırılmaz. | 1.574,70 |
| 705360 | Aferez granülosit süspansiyonu  | Aferez işlemi dahildir. 704820 ile birlikte faturalandırılmaz. | 1.823,25 |
| 705370 | Eritrosit Süspansiyonu | 705130, 705140, 906290, 906610, 906620, 906630, 906640, 906660, 906670, 906680, 906690, 907430, 907440, 907450, 907460, 907470, 907480, 907590, 907600, 907610, 705240, 705280, 705300 işlemleri ve lökosit filtresi (İn-line vb.) dahildir. | 2.386,62 |
| 705371 | Eritrosit Süspansiyonu, Kızılay'dan temin edilen | 705130, 705140, 905090, 906290, 906610, 906620, 906630, 906640, 906660, 906670, 906680, 906690, 907430, 907440, 907450, 907460, 907470, 907480, 907590, 907600, 907610, 705240, 705280, 705300 işlemleri ve lökosit filtresi (İn-line vb.) dahildir. | 5.574,48 |
| 705372 | Pediatrik eritrosit süspansiyonu, üçlü transfer torba ile hazırlanan, tek ünite | 705130, 705140, 905090, 906290, 906610, 906620, 906630, 906640, 906660, 906670, 906680, 906690, 907430, 907440, 907450, 907460, 907470, 907480, 907590, 907600, 907610, 705240, 705280, 705300, 705330 işlemleri ve tüm malzemeler dahildir. | 2.433,18 |
| 705373 | Pediatrik eritrosit süspansiyonu, dörtlü transfer torba ile hazırlanan, tek ünite | 705130, 705140, 905090, 906290, 906610, 906620, 906630, 906640, 906660, 906670, 906680, 906690, 907430, 907440, 907450, 907460, 907470, 907480, 907590, 907600, 907610, 705240, 705280, 705300, 705330 işlemleri ve tüm malzemeler dahildir. | 2.061,43 |
| 705380 | Granülosit süspansiyonu (Random donor, 1 ünite) | 705130, 705140, 905090, 906290, 906610, 906620, 906630, 906640, 906660, 906670, 906680, 906690, 907430, 907440, 907450, 907460, 907470, 907480, 907590, 907600, 907610, 705240, 705280 ile birlikte faturalandırılmaz. | 147,34 |
| 705390 | Kriyopresipitat | 705130, 705140, 905090, 906290, 906610, 906620, 906630, 906640, 906660, 906670, 906680, 906690, 907430, 907440, 907450, 907460, 907470, 907480, 907590, 907600, 907610, 705240, 705280 ile birlikte faturalandırılmaz. | 852,20 |
| 705400 | Otolog tam kan | 705130, 705140, 905090, 906290, 906610, 906620, 906630, 906640, 906660, 906670, 906680, 906690, 907430, 907440, 907450, 907460, 907470, 907480, 907590, 907600, 907610, 705240, 705280 ile birlikte faturalandırılmaz. | 1.337,77 |
| 705410 | Otolog fibrin yapıştırıcı | 705130, 705140, 905090, 906290, 906610, 906620, 906630, 906640, 906660, 906670, 906680, 906690, 907430, 907440, 907450, 907460, 907470, 907480, 907590, 907600, 907610, 705240, 705280 ile birlikte faturalandırılmaz. | 1.823,25 |
| 705420 | Tam kan (Torbada) | 705130, 705140, 905090, 906290, 906610, 906620, 906630, 906640, 906660, 906670, 906680, 906690, 907430, 907440, 907450, 907460, 907470, 907480, 907590, 907600, 907.610, 705240, 705280 ile birlikte faturalandırılmaz. | 1.179,99 |
| 705430 | Taze donmuş plazma | 705130, 705140, 905090, 906290, 906610, 906620, 906630, 906640, 906660, 906670, 906680, 906690, 907430, 907440, 907450, 907460, 907470, 907480, 907590, 907600, 907610, 705240, 705280 işlemleri ve tüm malzemeler dahildir. | 1.417,41 |
| 705431 | Taze donmuş plazma pediatrik (ikiye bölünmüş), tek ünite  | 705130, 705140, 705240, 705280, 905090, 906290, 906610, 906620, 906630, 906640, 906660, 906670, 906680, 906690, 907430, 907440, 907450, 907460, 907470, 907480, 907590, 907600, 907610 işlemleri ve tüm malzeme dahildir. | 782,39 |
| 705432 | Taze donmuş plazma pediatrik (üçe bölünmüş), tek ünite | 705130, 705140, 705240, 705280, 905090, 906290, 906610, 906620, 906630, 906640, 906660, 906670, 906680, 906690, 907430, 907440, 907450, 907460, 907470, 907480, 907590, 907600, 907610 işlemleri ve tüm malzeme dahildir. | 570,85 |
| 705440 | Trombosit süspansiyonu(1 ünite random donör trombositi) | 705130, 705140, 905090, 906290, 906610, 906620, 906630, 906640, 906660, 906670, 906680, 906690, 907430, 907440, 907450, 907460, 907470, 907480, 907590, 907600, 907610, 705240, 705280 işlemleri ve tüm malzemeler dahildir. | 1.417,41 |
| 705441 | Random trombosit süspansiyonu filtrelenmiş (pediatrik) | 705130, 705140, 705300, 705330, 905090, 906290, 906610, 906620, 906630, 906640, 906660, 906670, 906680, 906690, 907430, 907440, 907450, 907460, 907470, 907480, 907590, 907600, 907610, 705240, 705280 işlemleri ve tüm malzemeler dahildir. | 3.203,12 |
| 705442 | Havuzlanmış trombosit süspansiyonu, dörtlü | 705130, 705140, 705190, 705300, 705330, 905090, 906290, 906610, 906620, 906630, 906640, 906660, 906670, 906680, 906690, 907430, 907440, 907450, 907460, 907470, 907480, 907590, 907600, 907610, 705240, 705280 işlemleri ve tüm malzemeler dahildir. | 7.765,28 |
| 705443 | Havuzlanmış trombosit süspansiyonu, altılı | 705130, 705140, 705190, 705300, 705330, 905090, 906290, 906610, 906620, 906630, 906640, 906660, 906670, 906680, 906690, 907430, 907440, 907450, 907460, 907470, 907480, 907590, 907600, 907610, 705240, 705280 işlemleri ve tüm malzemeler dahildir. | 10.923,47 |

 ”

**MADDE 14**- Aynı Tebliğ eki “Tanıya Dayalı İşlem Puan Listesi (EK-2/C)” nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “P600830” 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. |  |  | 1.544,49 |

 ”

b) Listede yer alan “P704210”, “P704230” ve “P704233” SUT kodlu işlem satırları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| P704210 | Acil hemodiyalizi | SUT'un 2.4.4.D-1 maddesine bakınız. Aynı gün yalnızca bir adet ve sadece yatarak tedavilerde faturalandırılır. P704230, P704233, 704230, 704233 ile aynı gün faturalandırılmaz. A-V fistül iğnesi, A-V kan seti, diyalizör, serum, antikoagülan olarak kullanılan düşük molekül ağırlıklılar dahil her türlü heparin, konsantre hemodiyaliz solüsyonu (bazik ve asidik), Sağlık Bakanlığınca yayımlanan Diyaliz Merkezleri Hakkındaki Yönetmelik gereğince yapılması zorunlu olan tetkikler ile kullanılan her türlü serum ve seans sırasında gelişen komplikasyonların tedavisinde kullanılan ilaçlar dahildir. |   |   | 6.802,54 |
| P704230 | Hemodiyaliz | SUT'un 2.4.4.D-1 maddesine bakınız. P704210, P704233, 704210, 704233 ile aynı gün faturalandırılmaz. A-V fistül iğnesi, A-V kan seti, diyalizör, serum, antikoagülan olarak kullanılan düşük molekül ağırlıklılar dahil her türlü heparin, konsantre hemodiyaliz solüsyonu ve her türlü serum dahildir.  |   |   | 6.802,54 |

 ”

 “

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| P704233 | Ev hemodiyalizi | SUT'un 2.4.4.D-1-1 maddesine bakınız. P704210, P704230, 704210, 704230 ile aynı gün faturalandırılmaz. A-V fistül iğnesi, A-V kan seti, diyalizör, serum, antikoagülan olarak kullanılan düşük molekül ağırlıklılar dahil her türlü heparin, konsantre hemodiyaliz solüsyonu ve her türlü serum dahildir.  |   |   | 6.802,54 |

 ”

**MADDE 15**- Aynı Tebliğ eki “Diş Tedavileri Puan Listesi (EK-2/Ç)” nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

 a) Listede yer alan “402010”, "402020”, “402030”, “402040”, “402050”, “402060”, “402070”, “402080”, “402090”, “402100”, “402110”, “402120”, “402150”, “402152”, “402153”, “402154”, “402300”, “402340”, “403010”, “403090”, “404010”, “404020”, “404030”, “404040”, “404250”, “404260”, “405010”, “405011”, “405020”, “405021”, “405030”, “405040”, “405050”, “406040”, “406130" SUT kodlu işlem satırları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

 “

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 402010 | Amalgam dolgu, bir yüzlü | Lokal anestezi ücreti dahildir. Aynı diş için 180 günden önce faturalandırılmaz. Aynı günde aynı diş için 402130, 403010 kodlu işlem ile birlikte faturalandırılmaz | 527,49 |
| 402020 | Amalgam dolgu, iki yüzlü | Lokal anestezi ücreti dahildir. Aynı diş için 180 günden önce faturalandırılmaz. Aynı günde aynı diş için 402130, 403010 kodlu işlem ile birlikte faturalandırılmaz. | 647,31 |
| 402030 | Amalgam dolgu, üç yüzlü | Lokal anestezi ücreti dahildir. Aynı diş için 180 günden önce faturalandırılmaz. Aynı günde aynı diş için 402130, 403010 kodlu işlem ile birlikte faturalandırılmaz. | 695,25 |
| 402040 | İnley dolgu, oklüzal | Lokal anestezi ücreti dahildir. Aynı diş için 180 günden önce faturalandırılmaz. Aynı günde aynı diş için 402130, 403010 kodlu işlem ile birlikte faturalandırılmaz. | 191,79 |
| 402050 | İnley dolgu, iki yüzlü | Lokal anestezi ücreti dahildir. Aynı diş için 180 günden önce faturalandırılmaz. Aynı günde aynı diş için 402130, 403010 kodlu işlem ile birlikte faturalandırılmaz. | 191,79 |
| 402060 | İnley dolgu, üç yüzlü | Lokal anestezi ücreti dahildir. Aynı diş için 180 günden önce faturalandırılmaz. Aynı günde aynı diş için 402130, 403010 kodlu işlem ile birlikte faturalandırılmaz. | 239,73 |
| 402070 | Kompozit dolgu, ön diş | Lokal anestezi ücreti dahildir. Aynı diş için 180 günden önce faturalandırılmaz. Aynı günde aynı diş için 402130, 403010 kodlu işlem ile birlikte faturalandırılmaz. | 575,37 |
| 402080 | Kompozit dolgu, arka diş | Lokal anestezi ücreti dahildir. Aynı diş için 180 günden önce faturalandırılmaz. Aynı günde aynı diş için 402130, 403010 kodlu işlem ile birlikte faturalandırılmaz. | 575,37 |
| 402090 | Işınlı kompozit dolgu, ön diş | Lokal anestezi ücreti dahildir. Aynı diş için 180 günden önce faturalandırılmaz. Aynı günde aynı diş için 402130, 403010 kodlu işlem ile birlikte faturalandırılmaz. | 671,25 |
| 402100 | Işınlı kompozit dolgu, arka diş, bir yüzlü | Lokal anestezi ücreti dahildir. Aynı diş için 180 günden önce faturalandırılmaz. Aynı günde aynı diş için 402130, 403010 kodlu işlem ile birlikte faturalandırılmaz. | 671,25 |
| 402110 | Işınlı kompozit dolgu, arka diş, iki yüzlü | Lokal anestezi ücreti dahildir. Aynı diş için 180 günden önce faturalandırılmaz. Aynı günde aynı diş için 402130, 403010 kodlu işlem ile birlikte faturalandırılmaz. | 719,19 |
| 402120 | Işınlı kompozit dolgu, arka diş, üç yüzlü | Lokal anestezi ücreti dahildir. Aynı diş için 180 günden önce faturalandırılmaz. Aynı günde aynı diş için 402130, 403010 kodlu işlem ile birlikte faturalandırılmaz. | 767,19 |

 ”

“

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 402150 | Kanal tedavisi, tek kanal  | 402152, 402153, 402154 kodlu işlemlerle aynı günde aynı diş için faturalandırılmaz. Üst dolgu hariçtir. Tedavi öncesi ve sonrası radyografi ile belgelendirilerek faturalandırılır.  | 959,04 |
| 402152 | Kanal tedavisi, iki kanal  | 402150, 402153, 402154 kodlu işlemlerle aynı günde aynı diş için faturalandırılmaz. Üst dolgu hariçtir. Tedavi öncesi ve sonrası radyografi ile belgelendirilerek faturalandırılır | 1.366,62 |
| 402153 | Kanal tedavisi, üç kanal | 402150, 402152 kodlu işlemlerle aynı günde aynı diş için faturalandırılmaz. Üst dolgu hariçtir. Tedavi öncesi ve sonrası radyografi ile belgelendirilerek faturalandırılır.  | 2.013,99 |
| 402154 | Kanal tedavisi, ilave her kanal | 402150, 402152 kodlu işlemlerle aynı günde aynı diş için faturalandırılmaz. Tedavi öncesi ve sonrası radyografi ile belgelendirilerek faturalandırılır.  | 647,31 |

 ”

“

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 402300 | Ekstirpasyon, her bir diş | Aynı diş için bir kez faturalandırılır. | 263,70 |

 ”

“

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 402340 | Kompozit veneer | Aynı diş için 180 günden önce faturalandırılmaz. | 743,19 |

 ”

“

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 403010 | Fissür örtülmesi (Sealant), her bir diş | 3 yaşından gün almış, 8 yaşını doldurmuş çocuklarda süt dişlerde; 3 yaşından gün almış, 15 yaşını doldurmuş çocuklarda daimi dişlerde 6 (altı) ayda bir faturalandırılır. 402010, 402020, 402030, 402040, 402050, 402060, 402070, 402080, 402090, 402100, 402110, 402120 kodlu işlemlerle birlikte faturalandırılmaz. Aynı dişe toplamda 3 kereden fazla fatura edilemez. | 167,70 |

 ”

“

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 403090 | Kompomer dolgu, her bir diş | Aynı diş için 180 günden önce faturalandırılmaz | 623,37 |

 ”

“

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 404010 | Akrilik tam protez, tek çene | 404140 kodlu işlem ile birlikte faturalandırılmaz. 1 ay boyunca 404080, 404090, 404110, 404140 işlemleri aynı sağlık hizmeti sunucusu tarafından fatura edilemez. | 3.596,34 |
| 404020 | Akrilik bölümlü protez, tek çene | 404140 kodlu işlem ile birlikte faturalandırılmaz. 1 ay boyunca 404080, 404090, 404110, 404140 işlemleri aynı sağlık hizmeti sunucusu tarafından fatura edilemez. | 3.596,34 |
| 404030 | Metal kaideli tam protez, tek çene | 404140 kodlu işlem ile birlikte faturalandırılmaz. 1 ay boyunca 404080, 404090, 404110, 404140 işlemleri aynı sağlık hizmeti sunucusu tarafından fatura edilemez. | 4.639,35 |
| 404040 | Metal kaideli bölümlü protez, tek çene | 404140 kodlu işlem ile birlikte faturalandırılmaz. 1 ay boyunca 404080, 404090, 404110, 404140 işlemleri aynı sağlık hizmeti sunucusu tarafından fatura edilemez. | 4.639,35 |

 ”

“

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 404250 | Kron sökümü, her ayak üye için | Aynı sağlık hizmeti sunucusunda 404260 kodlu işlem ile birlikte faturalandırılmaz | 95,79 |
| 404260 | Düşmüş kron-köprü simantasyonu, her sabit tutucu için | Aynı diş için 45 günden önce faturalandırılmaz | 95,79 |

 ”

“

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 405010 | Diş çekimi, infiltrasyon anestezi ile | İnfiltrasyon anestezi ücreti dahildir. 405070, 405080, 405090, 405100 kodlu işlemler ile birlikte aynı günde aynı diş için faturalandırılmaz. Aynı çene de 405090, 405100 kodlu işlem 45 gün için de fatura edilemez | 407,52 |
| 405011 | Diş çekimi, rejyonel anestezi ile | Rejyonel anestezi ücreti dahildir. 405070, 405080, 405090, 405100 kodlu işlemler ile birlikte aynı günde aynı diş için faturalandırılmaz. Aynı çene de 405090, 405100 kodlu işlem 45 gün için de fatura edilemez. | 407,52 |
| 405020 | Komplikasyonlu diş çekimi, infiltrasyon anestezi ile | İnfiltrasyon anestezi ücreti dahildir. 405070, 405080, 405090, 405100 kodlu işlemler ile birlikte aynı günde aynı diş için faturalandırılmaz. Aynı çene de 405090, 405100 kodlu işlem 45 gün için de fatura edilemez. | 407,52 |
| 405021 | Komplikasyonlu diş çekimi, rejyonel anestezi ile | Rejyonel anestezi ücreti dahildir. 405070, 405080, 405090, 405100 kodlu işlemler ile birlikte aynı günde aynı diş için faturalandırılmaz. Aynı çene de 405090, 405100 kodlu işlem 45 gün için de fatura edilemez. | 407,52 |
| 405030 | Gömülü diş çekimi, mukoza retansiyonlu | Lokal anestezi ücreti dahildir. 405070, 405080, 405090, 405100, 405150, 406050 kodlu işlemler ile birlikte aynı günde aynı diş için faturalandırılmaz. Tanı radyografi ile belgelendirilmelidir. Aynı çene de 405090, 405100 kodlu işlem 45 gün için de fatura edilemez. | 1.558,35 |
| 405040 | Gömülü diş çekimi, kemik retansiyonlu | Lokal anestezi ücreti dahildir. 405070, 405080, 405090, 405100, 405150, 406050 kodlu işlemler ile birlikte aynı günde aynı diş için faturalandırılmaz. Tanı radyografi ile belgelendirilmelidir. Aynı çene de 405090, 405100 kodlu işlem 45 gün için de fatura edilemez. | 1.678,32 |
| 405050 | Gömülü kanin-premolar diş çekimi | Lokal anestezi ücreti dahildir. 405070, 405080, 405090, 405100 kodlu işlemler ile birlikte aynı günde aynı diş için faturalandırılmaz. Tanı radyografi ile belgelendirilmelidir.Aynı çene de 405090, 405100 kodlu işlem 45 gün için de fatura edilemez. | 1.678,32 |

 ”

“

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 406040 | Gingivektomi, yarım çene | 405010,405011,405020,405021,405030,405040,405050,406020,406021,406022, 406023,406030,406031,406032,406033, 406130 kodlu işlemler ile birlikte aynı günde faturalandırılmaz. | 407,52 |

 ”

“

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 406130 | Gingivoplasti, yarım çene | 405010,405011,405020,405021,405030,405040,405050,406020,406021,406022, 406023,406030,406031,406032,406033, 406040 kodlu işlemler ile birlikte aynı günde faturalandırılmaz. | 167,70 |  |  |  |  |

 ” b) Listede yer alan “402240” SUT kodlu işlem satırından sonra gelmek üzere aşağıdaki satır eklenmiştir.

 “

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 402251 | Gangren veya periapikal lezyon tedavisi | 402150,402152,402153,402154 kodlu işlemler ile birlikte yapılması halinde tedavi öncesi ve sonrası radyografi ile belgelendirilerek faturalandırılır. | 73,01 |

 ”

c) Listede yer alan “405011” SUT kodlu işlem satırından sonra gelmek üzere aşağıdaki satır eklenmiştir.

“

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 405012 | Diş kökü çekimi, infiltrasyon anestezi ile | İnfiltrasyon anestezi ücreti dahildir. 405070, 405080, 405090, 405100 kodlu işlemler ile birlikte aynı günde aynı diş için faturalandırılmaz. Tanı radyografi ile belgelendirilmelidir. | 210,05 |

 ”

ç) Listede yer alan “402270”, “402271”, “402272” ve “402273” SUT kodlu işlem satırları yürürlükten kaldırılmıştır.

 **MADDE 16**- Aynı Tebliğ eki “Diş Tedavileri Puan Listesine İlişkin Açıklamalar (EK-2/Ç-1)” listesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listenin birinci maddesinin “Kanal tedavisi” başlıklı cümlesinde yer alan “extirpasyon,” ibaresi ve aynı maddenin “Gangren veya periapikal lezyonlu diş tedavisi” başlıklı cümlesi yürürlükten kaldırılmıştır.

 b) Listeye aşağıdaki madde eklenmiştir.

“**MADDE 11.** Kanal tedavisi yapılan tüm dişlerde o dişe ait başlangıç (tanı) ve bitiş (kontrol) röntgeni olmalıdır. Kanal tedavisi işlemleri öncesinde tanı amaçlı yapılan radyolojik tetkikler ayrıca faturalandırılabilir. Diş kanalının guttalı röntgen filmi de bitiş filmi olarak kabul edilebilir.”

 **MADDE 17**- Aynı Tebliğ eki“Eksternal Alt ve Üst Ekstremite/Gövde Protez Ortezler Listesi (EK-3/C-2)” Ek-1’deki şekilde değiştirilmiştir.

 **MADDE 18**-Aynı Tebliğ eki “Tıbbi Sarf Malzemeler Listesi (EK-3/C-4)” nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

 a) Listede yer alan “A10093” SUT kodlu satırdan sonra gelmek üzere aşağıdaki tıbbi malzeme satırı eklenmiştir.

 “

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A10094 | KAN ŞEKERİ ÖLÇÜM CİHAZI | 20,00 |

  ”

b) Listede yer alan “A10141” SUT kodlu satırdan sonra gelmek üzere aşağıdaki tıbbi malzeme satırı eklenmiştir.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A10142 | SÜREKLİ GLUKOZ İZLEME SENSÖRÜ | 3.500,00 |
| (1) Sürekli Glukoz İzleme Sensörü; 2-18 yaş aralığında ve Tip I Diyabetli hastalarda ikinci veya üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında görevli en az bir çocuk endokrinoloji hastalıkları uzmanının yer aldığı bir yıllık sağlık kurulu raporuna istinaden, çocuk endokrinoloji hastalıkları uzmanı veya çocuk hastalıkları uzmanı veya aile hekimi tarafından üçer aylık kullanım miktarlarında reçete edilmesi halinde üç aylık miktarının bedeli Kurumca karşılanır.(2) Geri ödeme fiyatı reçete edilen 1 aylık malzeme tutarıdır. |

 “

 ”

**MADDE 19**- Aynı Tebliğ eki “Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Branşlarına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/S)” nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “GHC1160”, “GHC1710” ve “GHC1850” SUT kodlu tıbbi malzeme satırları ile “TRAKEOBRONŞİYAL STENTLER” başlıklı satır aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| GHC1160 | ASPİRASYON İĞNESİ, TRANSBRONŞİYAL | (1) SUT'un 3.3.17 madde hükümleri geçerlidir. | 505,31 |

 ”

“

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| GHC1710 | BRONKOSKOPİK KORUMALI FIRÇA |   | 101,06 |

 ”

“

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| GHC1850 | BRONŞ DİLATASYON BALONLARI | (1) SUT'un 3.3.18 madde hükümleri geçerlidir. | 4.210,94 |

 ”

“

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   | **TRAKEOBRONŞİYAL STENTLER** | (1) SUT'un 3.3.15 madde hükümleri geçerlidir. |   |

 ”

 b) Listede yer alan “GHC1660” SUT kodlu tıbbi malzeme satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| GHC1660 | BRONKOSKOPİK FIRÇA |   | 151,59 |

 ”

 c) Listede yer alan **“**GHC1730” ve “GHC1740” SUT kodlu tıbbi malzemelerin “Açıklama” bölümünde yer alan “seansta” ibareleri “işlemde” şeklinde değiştirilmiştir.

 ç) Listede yer alan “GHC1150”, “GHC1700” ve “GHC1720” SUT kodlu tıbbi malzeme satırları yürürlükten kaldırılmıştır.

 d) Listede yer alan “GHC1800” SUT kodlu tıbbi malzeme satırı yürürlükten kaldırılmıştır.

**MADDE 20**- Aynı Tebliğ eki;

a) “Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi (EK-4/A)” Ek-2’ deki şekilde,

 b) “Yurt Dışı İlaç Fiyat Listesi (EK-4/C)” Ek-3’ deki şekilde,

değiştirilmiştir.

**MADDE 21-** Aynı Tebliğ eki “Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi (EK-4/D)” nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listenin 6.2. numaralı maddesine aşağıdaki alt madde eklenmiştir.

 “6.2.3. Anakinra\*”

 b) Listenin 9.2.16. numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

 “9.2.16. Anakinra\*”

 c) Listenin 13.5.4. numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

 “13.5.4. Anakinra\*”

 ç) Listenin 15.16. numaralı maddesine aşağıdaki alt madde eklenmiştir.

 “15.16.2. Anakinra\*”

**MADDE 22**-Bu Tebliğin;

a) 3 üncü, 17 nci ve 18 inci maddesinin (a) bendi 23/8/2024 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

b) 11 inci maddesi 25/10/2024 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

c) 1 inci, 2 nci, 4 ilâ 10 uncu maddeleri, 13 üncü maddesinin (a) bendi, 14 üncü maddesinin (a) bendi, 15inci, 16 ncı maddesi, 18 inci maddesinin (b) bendi, 19 uncu maddesinin (a), (c) ve (d) bentleri ile 21 inci maddesi yayımı tarihinden 5 (beş) iş günü sonra,

 ç) 20 nci maddesinin (a) bendinde 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 ile ilaç adında (\*\*) işareti bulunan ilaçlar yayımı tarihinden 5 (beş) iş günü sonra,

 d) 20 nci maddesinin (b) bendinde düzenlenen ekli listede; listeye giriş tarihi, listeden çıkış tarihi, fiyat değişiklik tarihi, ilaç ismi/etkin madde ismi/barkod 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, listeye giriş tarihi, listeden çıkış tarihi, fiyat değişiklik tarihi, ilaç ismi/etkin madde ismi/barkod değişiklik tarihinde (\*) işareti bulunan ilaçlar ise yayımı tarihinden 5 (beş) iş günü sonra,

e) 12 nci maddesi, 13 üncü maddesinin (b) bendi ve 14 üncü maddesinin (b) bendi 1/1/2025 tarihinde,

f) 19 uncu maddesinin (b) ve (ç) bentleri 17/3/2025 tarihinde,

g) Diğer hükümleri yayımı tarihinde,

yürürlüğe girer.

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