

BİLGİ NOTU

KONU : Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ

Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı tarafından 24/03/2013 tarihli Sağlık Uygulama Tebliği'nde yapılan değişiklikler, 26.11.2016 tarih ve 29900 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır. Tebliğ metni ektedir. ([EKI](#))

Değişiklik yapan tebliğ ile "4.2.14.C Özel düzenleme yapılan ilaçlar" başlıklı bentte, Karmustin etken maddeli ilaçların reçetelenmesiyle ilgili düzenlemeler olduğu tespit edilmiştir.

Tebliğin;

- a) 14 ve 15 inci maddeleri 18/6/2016 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,
- b) 6, 16, 17, 18, 34 üncü maddeleri yayımı tarihinden 1 iş günü sonra,
- c) 12 nci maddesi 25/7/2016 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,
- ç) 26 ncı maddenin (a), (b), (c), (d), (e) bentleri, 27, 28 inci maddenin (a) ila (c), (d) ila (g) bentleri, 29 uncu maddenin (a) ila (i) bentleri, 31, 32, 33 üncü maddeleri yayımı tarihinde,
- d) 11,13, 22, 23, 24, 25, 26 ncı maddenin (ç) bendi, 28 inci maddenin (ç) bendi, 29 uncu maddenin (j) bendi, 30uncu maddeleri yayımı takip eden ayın ilk günü,
- e) Diğer maddeleri yayımı tarihinden 10 gün sonra,

yürürlüğe gireceği düzenlenmiştir.

Bilgilerinize saygıyla sunulur. 29/11/2016

Av. Jülide SOYBAŞ

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 1.8.4 numaralı maddesinin birinci fıkrasında yer alan “Yardımcı” ibaresi, “Bir hastalığın tedavisinin başka tıbbi bir yöntemle mümkün olmaması nedeniyle yapılacak yardımcı üreme yöntemi tedavisi dışındaki yardımcı” şeklinde değiştirilmiştir.

MADDE 2 – Aynı Tebliğin 1.9.1 numaralı maddesinin birinci fıkrasının (b) bendinde yer alan “(vakıf üniversiteleri hariç)” ibaresi yürürlükten kaldırılmıştır.

MADDE 3 – Aynı Tebliğin 2.2 numaralı maddesinin yirmi birinci fıkrasının ikinci cümlesi yürürlükten kaldırılmıştır.

MADDE 4 – Aynı Tebliğin 2.2.2 numaralı maddesinin ikinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(2) Üçüncü basamak sağlık kurumları; SUT eki EK-2/C Listesinde yanında (*) işareti bulunmayan işlemleri SUT eki EK-2/B Listesinden de faturalandırılabilir, yanında (*) işareti olmayan işlemleri SUT eki EK-2/B veya SUT eki EK-2/C listelerinin hangisini esas alacaklarına ilişkin tercihlerini Ocak ve Temmuz aylarında MEDULA sisteminde belirtecektir. Ancak, SUT metninde SUT eki EK-2/C Listesi üzerinden faturalandırılacağı belirtilen işlemler; (*) işareti olup olmadığına bakılmaksızın SUT eki EK-2/C Listesindeki işlemler esas alınarak faturalandırılır.”

MADDE 5 – Aynı Tebliğin 2.2.2.B numaralı maddesinin yedinci fıkrasında yer alan “U1” ibareleri “U” şeklinde değiştirilmiştir.

MADDE 6 – Aynı Tebliğin 2.4.3-B numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“2.4.3-B- Grip aşısı bedeli; 65 yaş ve üzerindeki kişiler ile yaşlı bakımevi ve huzurevinde kalan kişilerin bu durumlarını belgelendirmeleri halinde sağlık raporu aranmaksızın; gebeliğin 2. veya 3. trimesterinde olan gebeler, astım dâhil kronik pulmoner ve kardiyovasküler sistem hastalığı olanlar, diyabet dâhil herhangi bir kronik metabolik hastalığı, kronik renal disfonksiyonu, hemoglobininopatisi veya immün yetmezliği olan veya immünsupresif tedavi alanlar ile 6 ay - 18 yaş arasında olan ve uzun süreli asetil salisilik asit tedavisi alan çocuk ve adolesanların hastalıklarını/gebelik durumunu belirten sağlık raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edildiğinde yılda bir defaya mahsus olmak üzere karşılanır.”

MADDE 7 – Aynı Tebliğin 2.4.4.F-2 numaralı maddesinin yedinci fıkrasında yer alan “U1 ve U3” ibaresi “U” şeklinde değiştirilmiştir.

MADDE 8 – Aynı Tebliğin 2.6.1.B-4 numaralı maddesinin dördüncü fıkrasının sonuna aşağıdaki cümle eklenmiştir.

“Uçak ile yapılan sevklerde, faturanın/biletin yanında o seferle seyahat ettiğine ilişkin olarak uçak biniş kartının da ibraz edilmesi gerekmektedir.”

MADDE 9 – Aynı Tebliğin 2.6.3 numaralı maddesinin birinci fıkrasında yer alan “(18 yaşını doldurmamış çocuklar için refakatın tıbben lüzum görülmesi şartı aranmaz)” cümlesi yürürlükten kaldırılmış ve aynı fıkranın sonuna aşağıdaki cümle eklenmiştir.

“18 yaşını doldurmamış çocuklar için bir kişi ile sınırlı olmak üzere refakatçi giderlerinin ödenmesinde yukarıda belirtilen koşullar aranmaz.”

MADDE 10 – Aynı Tebliğin 2.6.9 numaralı maddesinin yedinci fıkrasında yer alan “il sağlık müdürlüğüne” ibaresi “Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine” şeklinde değiştirilmiştir.

MADDE 11 – Aynı Tebliğin 3.1.1 numaralı maddesinin on altıncı fıkrasında yer alan “SUT eki Ek-3 listelerindeki” ibaresinden sonra gelmek üzere “(Ek-3/C listeleri hariç)” ibaresi eklenmiştir.

MADDE 12 – Aynı Tebliğin 3.3.1 numaralı maddesinin ikinci fıkrasının (a) bendinde yer alan “genel cerrahi” ibaresinden sonra gelmek üzere “geriatri,” ibaresi eklenmiştir.

MADDE 13 – Aynı Tebliğin 3.3.35 maddesinin sonuna gelmek üzere aşağıdaki maddeler eklenmiştir.

“3.3.36-İşitsel İmplantlar

3.3.36.A-Genel Hükümler

(1) İşitsel implantların bedelleri sadece üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında uygulanması halinde Kurumca karşılanır.

3.3.36.B- Koklear İmplant

(1) Koklear implant, bilateral ileri-çok ileri derecede sensörinöral işitme kaybı olan ve işitme cihazından yarar görmeyen veya Sağlık Bakanlığı İşitsel İmplantlar Bilimsel Danışma Komisyonu tarafından koklear implant yerleştirilmesi uygun görülen kişilerde uygulanması halinde Kurumca bedeli karşılanır.

(2) En az 3 (üç) aylık süre ile binaural işitme cihazı kullanımından fayda görmediği sağlık kurulu raporunda belirtilmelidir.

(3) Aşağıdaki kriterlerden en az birisine haiz olduğu sağlık kurulu raporu ile belgelenen kişilerde Kurumca bedeli

karşılır:

a) Alıcı ve/veya ifade edici dil yaşı ile kronolojik yaş arasında 4 (dört) yıldan daha az fark olması veya alıcı ve/veya ifade edici dili 4 (dört) yaş ve üstü olması (4-18 yaş, kronolojik yaşa bakılmaksızın),

b) Post-lingual işitme kaybı olması.

(4) Sağlık kurulu raporu, aynı resmi sağlık kurumunda çalışan 3 (üç) kulak burun boğaz hastalıkları uzman hekimi tarafından düzenlenir. Rapor ekinde aynı resmi sağlık kurumunda görevli 1 (bir) odyolog tarafından yapılan odyolojik değerlendirme sonuç belgesi ve 1 (bir) psikolog veya 1 (bir) dil konuşma terapisti tarafından yapılan değerlendirme sonuç belgesi bulunmalıdır.

(5) Elektrod yerleşimini sağlayacak kadar iç kulak gelişiminin olduğu ve koklear sinirin varlığı yüksek çözünürlükte bilgisayarlı tomografi ve/veya manyetik rezonans görüntüleme raporu ile gösterilmelidir.

(6) Menenjit sonrası oluşan işitme kayıplarında, koklear implantasyon kriterlerine uygun olması şartıyla, 3 (üç) aylık süre ile binaural işitme cihazı kullanımından fayda görmeme kuralı aranmaksızın, sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi halinde Kurumca bedeli karşılır.

(7) İşitsel nöropati tanısı alan olgularda; en az 6 (altı) ay süreyle işitme rehabilitasyonu ve eğitiminden fayda görmediğinin odyolojik değerlendirme ve sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi halinde Kurumca bedeli karşılır.

(8) Eş zamanlı veya ardışık bilateral koklear implant uygulaması kriterleri sağlık kurulu raporunda belirtilmesi kaydıyla aşağıdaki gibidir.

a) Koklear implantasyon kriterlerini karşılayan 12-48 ay arası çocuklar,

b) Yaş sınırı aranmaksızın post-lingual dönemde gelişen menenjit sonrası odyolojik kriterlere haiz ileri derecede sensörinöral işitme kayıpları,

c) 48 ayın üzerindeki hastalarda (48 aylık olanlar hariç) ileri derecede sensörinöral işitme kaybına eşlik eden bilateral körlük.

(9) Koklear implant uygulaması sonrası gelişen enfeksiyon, kolesteatom, tümör nedeniyle koklear implantın iç parçasının işlevselliğini yitirmesi durumunda, süre aranmaksızın bu durumun sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi halinde sadece cerrahi olarak yerleştirilen iç parçanın bedeli Kurumca karşılır.

(10) Koklear implantın, 12 (oniki) ayın altındaki hastalara uygulanması halinde Kurumca bedeli karşılmaz.

(11) Koklear implant, cihaz ve aksesuarlar işlem bedeline dahil olarak Kurumca karşılır.

(12) Odyolojik değerlendirme; odyometrik inceleme, timpanometri, stapes refleksi eşliği testi, klinik otoakustik emisyon testi, ABR testleri ile yapılır. Koklear implantın uygulanmasında aşağıdaki odyolojik kriterler dikkate alınır.

a) 2 (iki) yaş üstü çocuklarda ve erişkinlerde bilateral 500, 1000, 2000 ve 4000 Hz'lerdeki işitme eşikleri ortalamasının 80 dB'den daha kötü olması veya bir kulakta 70 dB ve daha kötü, karşı kulakta 90 dB ve daha kötü, konuşmayı ayırt etme testi yapılabilen hastalarda konuşmayı ayırt etme skorunun %30'un altında olması gereklidir.

b) 2 (iki) yaş ve altı çocuklarda, bilateral 90 dB HL'den daha fazla sensörinöral işitme kaybının olması gereklidir.

(13) Koklear implant asgari çanta içeriği; konuşma işlemcisi, transmitter, 12 adet 675 p düğme pil, şarj edilebilir pil ünitesi, 3 adet şarj edilebilir pil ve şarj cihazı (şarj edilebilir pilleri standart üretiminde olmayanlar için 150 adet 675 p düğme pil ya da şarj edilebilir özel veya AAA pil (4 adet)), ara kablo, yedek ara kablo (3 adet), yedek miknatıs, konuşma işlemcisi test cihazı, nem alma ve kurutma kiti, temizleme apereyi, dış parça taşıma çantası veya kutusu, günlük kullanım çantası, Türkçe kullanım kılavuzu, pil tutucu veya yuvası (2 adet) ile yedek pil yuvası kapağı (işlemci içinde olanlarda aranmaz), yedek kulak kancası (cihazda kullanımı gerekmiyorsa istenmez), yedek kulak kancası pini (cihazda kullanımı gerekmiyorsa istenmez), pin çıkarma aleti (pini olmayan cihazlarda istenmez), tornavida (cihazda kullanımı gerekmiyorsa istenmez), uzaktan kumanda (cihazın kullanımı için gerekli değil ise istenmez).

(14) Elektroakustik implant uygulaması:

a) 500 ve 1000 Hz frekanslarda işitme eşiklerinin 50 dB ve daha iyi, 2000, 3000, 4000 Hz frekanslarında 80 dB ve daha kötü olması ve konuşmayı ayırt etme skorunun %50'den kötü olması durumunda uygulanır.

b) Elektroakustik implant uygulamasının Kurumca bedelinin ödenmesi için son 1 (bir) yıl işitme eşiklerinin stabil olduğu belirtilmelidir.

3.3.36.C- Kemiğe Monte İşitme Cihazı ve Aksesuarları

(1) 5 (beş) yaş ve üzerinde, bilateral işitme kaybı olan ve her 2 (iki) kulakta da konvansiyonel işitme cihazlarından fayda görmediği veya tıbbi gerekçesiyle kullanılmadığının belirtildiği aynı resmi sağlık kurumunda çalışan 3 (üç) kulak burun boğaz hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı ve ekinde aynı resmi sağlık kurumunda görevli 1 (bir) odyolog tarafından yapılan odyolojik değerlendirme sonuç belgesi bulunan sağlık kurulu raporu ile aşağıdaki kriterlere uyan hastalarda veya Sağlık Bakanlığı İşitsel İmplantlar Bilimsel Danışma Komisyonu tarafından kemiğe monte işitme cihazı yerleştirilmesi uygun görülen kişilerde uygulanması halinde Kurumca bedeli karşılır.

(2) Kemik yolu işitme eşliği 500, 1000, 2000 ve 4000 Hz'de 60 dB'i aşmayan, iletim veya mikst tip işitme kaybı olan ve konuşmayı ayırt etme skoru %60 ve üzerinde olan hastalarda aşağıdaki kriterlerden mevcut olanlarının saptandığının sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi halinde ve aşağıda belirtilen kriterlerden en az birine uyması kaydıyla;

a) Bilateral aural atrezi olan,

b) Tek taraflı aural atrezi varlığında diğer kulakta 18 yaş ve altı hastalarda 30 dB ve üzerinde, erişkin hastalarda

40 dB ve üzerinde kalıcı işitme kaybı olan,

c) Cerrahi ile düzeltilemeyen bilateral konjenital dış ve orta kulak anomolileri ve yaygın timpanoskleroz olgularında olan,

ç) Bilateral mastoidektomi kavitesi bulunan,

d) Tedaviye dirençli kronik eksternal otit olan,

e) Bir kulakta total işitme kaybı olup diğer kulakta iletim tipi veya mikst tipi işitme kaybı olan, hastalarda uygulanması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

(3) 5 (beş) yaşından küçük hastalara uygulandığı takdirde bedeli Kurumca karşılanmaz. Ancak 5 (beş) yaşından küçük hastalara ya da genel durumu cerrahi uygulamaya elverişli olmayan hastalara kafa bandı ya da benzeri bir ataçmanla uygulanması halinde konuşma işlemcisinin bedeli Kurumca karşılanır.

(4) Kafa bandı uygulanan hastalarda, cerrahi operasyonun planlandığı tarihte iç parça ile dış parça arasında aktarıcı sistem ve bileşenleri ile cerrahi ile yerleştirilen iç parçanın bedeli Kurumca karşılanır.

3.3.36.Ç- Orta Kulak İmplantı

(1) Bilateral işitme kaybı olan ve her 2 (iki) kulakta da konvansiyonel işitme cihazlarından fayda görmediği aynı resmi sağlık kurumunda çalışan 3 (üç) kulak burun boğaz hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı ve ekinde aynı resmi sağlık kurumunda görevli 1 (bir) odyolog tarafından yapılan odyolojik değerlendirme sonuç belgesi bulunan sağlık kurulu raporu ile saptanan ve aşağıdaki kriterlere uyan hastalarda veya Sağlık Bakanlığı İşitsel İmplantlar Bilimsel Danışma Komisyonu tarafından orta kulak implantı yerleştirilmesi uygun görülen kişilerde uygulanması halinde Kurumca bedeli karşılanır. Kurumca bedelinin karşılanması için son 2 (iki) yıl işitme eşiklerinin stabil olduğu sağlık kurulu raporunda belirtilmelidir.

a) Sensörinöral işitme kayıpları:

1) 500 Hz'de 65 dB, 1000, 2000 Hz'de 70 dB, 4000 Hz'de 85 dB'i geçmeyen sensorinöral işitme kaybı olması ve konuşmayı ayırt etme skorunun %50'den daha iyi olması durumunda uygulanır.

2) Retrokoklear patolojinin olmadığına sağlık kurulu raporunda belirtilmesi gereklidir.

b) İletim ve mikst tip işitme kayıpları:

1) Kemik yolu işitme eşikleri 60 dB'den kötü olmayan mikst veya iletim tipi işitme kaybı ve konuşmayı ayırt etme skorunun %50'den daha iyi olması durumunda uygulanır.

2) Her iki kulağı da daha önce en az bir kez opere edilmiş hastanın işitme kaybının düzeltilememiş olduğu sağlık kurulu raporunda belirtilmelidir.

c) Bilateral işitme kaybı olup, konvansiyonel işitme cihazı ile düzeltilebilme şartı aranmadan orta kulak implantı yapılabilecek özellikli durumlar;

1) Geçirilmiş kulak cerrahisi sonucu bilateral radikal mastoidektomi kavitesi olan hastalarda,

2) Bilateral konjenital dış ve orta kulak anomalisi olan hastalarda,

3) İşitme cihazı endikasyonu olup stetoskop kullanması gereken sağlık çalışanlarında.

3.3.36.D- Beyinsapı İmplantı

(1) Rapor ekinde aynı resmi sağlık kurumunda çalışan 1 (bir) odyolog ve 1 (bir) psikolog veya 1 (bir) dil konuşma terapisti değerlendirme sonucu bulunan aynı resmi sağlık kurumunda çalışan 3 (üç) kulak burun boğaz hastalıkları uzman hekimi tarafından düzenlenen sağlık kurulu raporu ile tek taraflı uygulanması halinde Kurumca bedeli karşılanır.

(2) Bilateral çok ileri derecede sensörinöral işitme kaybı olan hastalarda Kurumca bedeli karşılanır.

(3) Aşağıdaki kriterlerden en az birinin varlığında,

a) CT ve/veya MRI incelemeleri sonucu; koklea ve/veya akustik sinirin olmadığı veya tam gelişmediği veya hasar gördüğü tespit edilen hastalarda,

b) Bilateral akustik tümörü olan nörofibromatozis Tip 2 olgularında tek taraflı tümör eksizyonu ile aynı seansta aynı tarafa beyin sapı implantı uygulanması halinde,

Kurumca bedeli karşılanır.

(4) Beyin sapı implantının, 12 (oniki) ayın altındaki hastalara uygulanması halinde bedeli Kurumca karşılanmaz.

(5) Yukarıdaki kriterleri taşımayan hastalar için Sağlık Bakanlığı İşitsel İmplantlar Bilimsel Danışma Komisyonu tarafından beyin sapı implantı yerleştirilmesi uygun görülen kişilerde Kurumca bedeli karşılanır.”

MADDE 14- Aynı Tebliğin 4.2.13.1.3 numaralı alt maddesinden sonra aşağıdaki alt madde eklenmiştir.

“4.2.13.1.4 Biyopsisi ile ilgili genel prensipler

(1) Karaciğer biyopsisi ile ilgili kurallar Ishak skorlamasına göre (pediyatrik hastalarda Knodell skorlamasına göre) belirlenmiştir.

(2) Biyopsi için kontrendikasyon bulunan hastalarda [PT de 3 sn den fazla uzama veya trombosit sayısı <80.000 /mm³ veya kanama eğilimini artıran hastalıklar veya kronik böbrek yetmezliği/böbrek nakli veya biyopsiye engel olacak konumda bir yer kaplayıcı lezyonun varlığı veya karaciğer sirozu veya karaciğer nakli veya gebeler veya biyopsiye engel teşkil edecek şekilde ciddi yeti yitimine neden olan psikotik bozukluğu ve zeka geriliği olan hastalarda (biyopsi uyumunun olmadığına psikiyatri uzman hekimlerince düzenlenecek sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla)] karaciğer biyopsisi koşulu aranmaz. Biyopsi koşulu aranmayan durumlar sağlık raporunda açık olarak belirtilir.”

MADDE 15- Aynı Tebliğin 4.2.13.2 numaralı maddesinin birinci fıkrasının sonuna aşağıdaki cümle eklenmiştir.

“Biyopsisi ile ilgili hepatit B'deki belirtilen genel prensipler esas alınır.”

MADDE 16- Aynı Tebliğin 4.2.14 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) 4.2.14.A maddesinin birinci fıkrasında yer alan “karmustin,” ibaresi yürürlükten kaldırılmıştır.

b) 4.2.14.C maddesinin üçüncü fıkrasına aşağıdaki bent eklenmiştir.

“**ğğ) Karmustin;**

1) Sağlık Bakanlığında hasta bazında alınacak endikasyon dışı onaya dayanılarak; beyin tümörleri-glioblastom, beyinsapı glioması, medullablastom, astrositom, ependimoma ve metastatik beyin tümörleri endikasyonlarında; yalnızca 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. Bu şekildeki kullanımda endikasyon dışı onay tarihi ve süresi sağlık kurulu raporunda belirtilir.

2) Sağlık Bakanlığında hasta bazında alınacak endikasyon dışı onaya dayanılarak; 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. Bu şekildeki kullanımda endikasyon dışı onay tarihi ve süresi sağlık kurulu raporunda belirtilir.

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

MADDE 17 – Aynı Tebliğin 4.2.34 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) 4.2.34 numaralı maddesinin başlığı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“**4.2.34 – Multipl Skleroz Hastalığında beta interferon, glatiramer asetat, teriflunomid, fingolimod ve natalizumab kullanım ilkeleri”**

b) 4.2.34 numaralı maddesinin mülga üçüncü fıkrası aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“(3) Natalizumab; yalnızca yüksek derecede aktif relapsing remitting multipl skleroz hastalarından, en az bir yıl süre ile bir beta interferon veya glatiramer asetat tedavisine yanıt vermeyen ve yüksek hastalık aktivitesine sahip olan hastalarda kullanılır.

a) Yanıt vermeyen hastalar; en az bir yıllık tedavi süresince ataklarında değişiklik olmayan veya yılda en az bir atak geçirmiş olan veya ataklarında artış gözlenen ve hastaların beyin Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG)’sinde en az 1 adet Gadolinium-artırıcı lezyon veya en az 9 adet T2-hiperintens lezyonu bulunması durumundaki hastalardır.

b) Natalizumab tedavisine başlamak için PML (Progresif multifokal lökoensefalopati) riskini belirleyen Anti-JCV Antikor Testi sonucunun negatif olduğunun raporda belirtilmiş olması gerekir. Bu test tedavi boyunca yılda iki kez yapılır ve her raporda test sonucu belirtilir. Test sonucunun pozitif olması halinde tedavi sonlandırılır.

c) Üçüncü basamak sağlık kurumlarında bu durumların belirtildiği ve nöroloji uzman hekiminin yer aldığı 6 aylık sağlık kurulu raporuna dayanılarak nöroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilir.”

MADDE 18 – Aynı Tebliğin 4.2.45 numaralı alt maddesinden sonra gelmek üzere aşağıdaki alt madde eklenmiştir.

“**4.2.46 İdiyopatik Pulmoner Fibrozis (IPF) tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri;**

(1) Pirfenidon etken maddesini içeren ilaçlar; üçüncü basamak sağlık kurumlarında en az üç göğüs hastalıkları uzman hekiminin bulunduğu 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tüm göğüs hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.”

MADDE 19 – Aynı Tebliğ eki Ayaktan Başvurularda Ödeme Listesi (EK-2/A)’nin açıklamalar bölümünün, (4) numaralı satırında yer alan açıklama aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“**Sadece girişimsel radyoloji işlemleri yapılması halinde faturalandırılır.”

MADDE 20 – Aynı Tebliğ eki Hizmet Başlı İşlem Puan Listesi (EK-2/B)’nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “550980, 550990, 551030, 551040, 551060, 551070, 551080, 551081, 551082, 551083, 551090, 551100, 700941” SUT kodlu işlem satırları yürürlükten kaldırılmıştır.

b) Listeye “550980” SUT kodlu işlemden sonra gelmek üzere aşağıdaki işlem satırı eklenmiştir.

“

	550981	Faset Eklem RFT, tek		250,25
--	--------	----------------------	--	--------

”

c) Listeye “550990” SUT kodlu işlemden sonra gelmek üzere aşağıdaki işlem satırı eklenmiştir.

“

	550991	Glossofaringeal RFT	Toplam sayı dahil	350,25
--	--------	---------------------	-------------------	--------

”

ç) Listeye “551030” SUT kodlu işlemden sonra gelmek üzere aşağıdaki işlem satırları eklenmiştir.

“

	551031	Perkütan faset sinir denervasyon RFT, tek	Toplam sayı dahil	250,25
	551032	Perkütan faset sinir denervasyonKriyoablasyon, tek	Toplam sayı dahil	250,25

”

d) Listeye "551040" SUT kodlu işlemden sonra gelmek üzere aşağıdaki işlem satırı eklenmiştir.

551041	Perkütan intradiskal RFT	Toplam sayı dahil	250,25
--------	--------------------------	-------------------	--------

e) Listeye "551060" SUT kodlu işlemden sonra gelmek üzere aşağıdaki işlem satırları eklenmiştir.

551061	RFT Nörotomi	Toplam sayı dahil	250,25
551062	Kriyoablasyon Nörotomi	Toplam sayı dahil	250,25

f) Listeye "551070" SUT kodlu işlemden sonra gelmek üzere aşağıdaki işlem satırları eklenmiştir.

551071	Sakroiliyak eklem RFT	Toplam sayı dahil	200,17
551072	Sakroiliyak eklem Kriyoablasyon	Toplam sayı dahil	200,17

g) Listeye "551083" SUT kodlu işlemden sonra gelmek üzere aşağıdaki işlem satırları eklenmiştir.

551084	Servikal Dorsal Root Gangliyonu RFT	Toplam sayı dahil	250,00
551085	Torakal Dorsal Root Gangliyon (DRG)-RFT	Toplam sayı dahil	250,00
551086	Lomber Dorsal Root Gangliyon (DRG)-RFT	Toplam sayı dahil	250,00
551087	Sakral Dorsal Root Gangliyon (DRG) RFT	Toplam sayı dahil	250,00

ğ) Listeye "551090" SUT kodlu işlemden sonra gelmek üzere aşağıdaki işlem satırı eklenmiştir.

551091	Spenopalatin gangliyon RFT	Toplam sayı dahil	300,17
--------	----------------------------	-------------------	--------

h) Listeye "551100" SUT kodlu işlemden sonra gelmek üzere aşağıdaki işlem satırı eklenmiştir.

551101	Stellat gangliyon RFT	Toplam sayı dahil	250,25
--------	-----------------------	-------------------	--------

i) Listeye "615160" SUT kodlu işlemden sonra gelmek üzere aşağıdaki işlem satırı eklenmiştir.

615161	Hidroşefali Şant Revizyonu	615160 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.000,00
--------	----------------------------	--	----------

i) Listeye "615170" SUT kodlu işlemden sonra gelmek üzere aşağıdaki işlem satırı eklenmiştir.

615171	Araknoid Kist Endoskopik Fenestrasyon	P615170, 615170 ve P615171 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.198,99
--------	---------------------------------------	--	----------

j) Listeye "615350" SUT kodlu işlemden sonra gelmek üzere aşağıdaki işlem satırı eklenmiştir.

615351	Endoskopik ventrikül içi cerrahisi	615350 ile birlikte faturalandırılmaz.	2.500,00
--------	------------------------------------	--	----------

k) Listeye "615440" SUT kodlu işlemden sonra gelmek üzere aşağıdaki işlem satırları eklenmiştir.

615441	Yüzeyel metastatik beyin tümörleri	P615440 birlikte faturalandırılmaz.	1.176,69
615442	Derin metastatik beyin tümörleri	P615440 birlikte faturalandırılmaz.	2.866,00

l) Listeye "615450" SUT kodlu işlemden sonra gelmek üzere aşağıdaki işlem satırı eklenmiştir.

615451	İnsüler bölge lezyonları (talamus bazal ganglion)		2.866,77
--------	--	--	----------

m) Listeye "615570" SUT kodlu işlemden sonra gelmek üzere aşağıdaki işlem satırları eklenmiştir.

615571	4. Ventrikül tümör cerrahisi		2.700,00
615572	Beyin sapı lezyonlar cerrahisi		3.550,00

n) Listeye "615600" SUT kodlu işlemden sonra gelmek üzere aşağıdaki işlem satırları eklenmiştir.

615601	Endoskopik hipofiz cerrahisi	Adenomektomi, P615600, 615600 ve P615601 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.300,00
615602	Endoskopik BOS fistülü cerrahisi	602180, P602180 ve P615602 ile birlikte faturalandırılmaz.	600,34

o) Listeye "615760" SUT kodlu işlemden sonra gelmek üzere aşağıdaki işlem satırı eklenmiştir.

615761	Lomber ekstradural tümör eksizyonu	616020, P615760 ve 615760 ile birlikte faturalandırılmaz. Korpektomi veya laminoplasti ile yapılmışsa ilave edilir, laminektomidahil	1.086,06
--------	------------------------------------	--	----------

ö) Listeye "615800" SUT kodlu işlemden sonra gelmek üzere aşağıdaki işlem satırı eklenmiştir.

615801	Servikal ekstradural tümör eksizyonu	616070, P616070, P615800, 615800 ve 615801 ile birlikte faturalandırılmaz. Korpektomi veya laminoplasti ile yapılmışsa ilave edilir, laminektomi dahil	959,30
--------	--------------------------------------	--	--------

p) Listeye "615840" SUT kodlu işlemden sonra gelmek üzere aşağıdaki işlem satırı eklenmiştir.

615841	Torakal ekstradural tümör eksizyonu	616110, P616110, 615840, P615840 ve P615841 ile birlikte faturalandırılmaz. Korpektomi veya laminoplasti ile yapılmışsa ilave edilir, laminektomi dahil	706,02
--------	-------------------------------------	---	--------

r) Listeye "615890" SUT kodlu işlemden sonra gelmek üzere aşağıdaki işlem satırı eklenmiştir.

615891	Perkutan transpediküler biyopsi	614150 ve 614140 ile birlikte faturalandırılmaz.	320,00
--------	---------------------------------	--	--------

s) Listeye "615920" SUT kodlu işlemden sonra gelmek üzere aşağıdaki işlem satırları eklenmiştir.

615921	İnterlaminar yol ile Endoskopik lomberdisk cerrahisi	615920, P615920, P615921, P615922 ve 615922 ile birlikte faturalandırılmaz. Klasik, laminotomi ile birlikte	770,00
615922	Transforaminal yol ile Endoskopik lomberdisk cerrahisi	615920, P615920, 615921, P615921 ve P615922 ile birlikte faturalandırılmaz. Klasik, laminotomi ile birlikte	770,00

ş) Listeye "615930" SUT kodlu işlemden sonra gelmek üzere aşağıdaki işlem satırı eklenmiştir.

615931	Dar spinal kanalda unilateraldekompresyon	Posterior stabilizasyon işlemleri (614040 ve 614050) ile birlikte faturalandırılmaz.	800,34
--------	---	--	--------

t) Listeye "616140" SUT kodlu işlemden sonra gelmek üzere aşağıdaki işlem satırı eklenmiştir.

616141	Endoskopik odontoid cerrahisi	616140, P616140 ve P616141 ile birlikte faturalandırılmaz.	2.500,00
--------	-------------------------------	--	----------

u) Listeye "618203" SUT kodlu işlemden sonra gelmek üzere aşağıdaki işlem satırları eklenmiştir.

618204	Koklear implant revizyonu	Koklear implant cerrahi ile yerleştirilen iç parçası hariç, Konuşma işlemcisi bu işlem kodu ile birlikte fatura edilemez.Üçüncü basamak sağlık kurumlarınca faturalandırılır.	1.353,41
618205	Kemiğe implante edilebilir işitme cihazı revizyonu	Kafabandı uygulamasından sonra yapılan implantasyon uygulamaları da bu işlem üzerinden faturalandırılır. Konuşma işlemcisi bu işlem kodu ile birlikte fatura edilemez. Üçüncü basamak sağlık kurumlarınca faturalandırılır. Kemiğe monte işitme cihazı aksesuarları, iç parça ile dış parça arasında aktarıcı sistem ve/veya bileşenleri ile Cerrahi ile yerleştirilen iç parça hariç	300,17
618206	Kafa bandı uygulaması	Ömür boyu bir kez faturalandırılabilir. Üçüncü basamak sağlık kurumlarınca faturalandırılır. Kemiğe implante edilebilir işitme cihazı konuşma işlemcisi ile birlikte faturalandırılır.Konuşmaişlemcisi hariç, band dahil.	100,00
618207	Bilateral koklear implantyerleştirilmesi	P618021, P618090, P618100, P618201, P618202, P618203, P618250, P618340, P618410 ile birlikte faturalandırılmaz. Üçüncü basamak sağlık kurumlarınca faturalandırılır. Bir hasta için ömrü boyunca bir defa faturalandırılır. Bu kod faturalandırılan hastalara P618200 kodu ömür boyunca faturalandırılmaz.	1.950,00

ü) Listeye "621045" SUT kodlu işlemden önce gelmek üzere aşağıdaki işlem satırı eklenmiştir.

621044	Kök hücre vericisi kardeş doğmasına yönelik invitro fertilizasyon (İVF)		691,40
--------	---	--	--------

v) Listeye "700943" SUT kodlu işlemden sonra gelmek üzere aşağıdaki işlem satırları eklenmiştir.

700944	Transkateter protez aortik kapak implantasyonu (Replasmanı)		1.200,51
700945	Transkateter protez pulmoner kapak implantasyonu (Replasmanı)		1.200,51

y) Listeye "704630" SUT kodlu işlemden sonra gelmek üzere aşağıdaki işlem satırı eklenmiştir.

704631	Spermiogram (tam otomatize)	704630 ve 704570 ile birlikte faturalandırılmaz.	30,00
--------	-----------------------------	--	-------

z) Listede yer alan “602180” SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

503	602180	Endoskopik BOS rinoresi cerrahisi	602.210 , 602.300 , 602.320 , 602.330, 602.340, 615602 ile birlikte faturalandırılmaz.	600,34
-----	--------	-----------------------------------	--	--------

aa) Listede yer alan “608940” SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

1260	608940	Videotorakoskopi, torakal sempatektomi	Hiperhidroz için sağlık kurulu raporu ile tıbbi gerekçe belirtilmelidir. Diğer endikasyonlar hariç	832,73
------	--------	--	--	--------

bb) Listede yer alan “615000” SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

1976	615000	Perkütan foramen ovale gassergangliyonu RF termokoagülasyonu	X-ray hariç bir hasta için ömrü boyunca üç defadan fazla yapılması halinde nöroloji, algoloji/anestezi ve beyin cerrahisi uzmanlarından oluşan sağlık kurulu ile tıbbi gerekçe belirtmelidir.	359,19
------	--------	---	--	--------

cc) Listede yer alan “615160” SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

1993	615160	Hidrocefali şant ameliyatları	615161 ile birlikte faturalandırılmaz.	826,31
------	--------	-------------------------------	---	--------

çç) Listede yer alan “615170” SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

1994	615170	Hidrocefali ameliyatları, 3.ventrikülostomi	P615171, P615170 ve 615171 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.198,99
------	--------	---	---	----------

dd) Listede yer alan “615350” SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

2020	615350	3. ventrikül içi tümörleri	615351 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.947,72
------	--------	----------------------------	---	----------

ee) Listede yer alan “615440” SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

2029	615440	Glial tümör eksizyonu, mikrosirürjikalteknikle	P615441, P615442 birlikte faturalandırılmaz.	1.176,69
------	--------	--	---	----------

ff) Listede yer alan “615600” SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

2051	615600	Transsfenoidal hipofizektomi	Adenomektomi, P615601, 615601 ve P615600 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.185,73
------	--------	------------------------------	--	----------

gg) Listede yer alan “615760” SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

2069	615760	Lomber intradural tümör eksizyonu	616020, P615761 ve 615761 ile birlikte faturalandırılmaz. Korpektomi veya laminoplasti ile yapılmışsa ilave edilir, laminektomidahil	1.086,06
------	--------	-----------------------------------	--	----------

ğğ) Listede yer alan “615800” SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

207 2	61580 0	Servikal intradural ekstramedüller tümör eksizyonu	616070, P616070, P615801, 615801 ve P615800 ile birlikte faturalandırılmaz. Korpektomi veya laminoplasti ile yapılmışsa ilave edilir, laminektomi dahil	959,5 3
----------	------------	--	---	------------

hh) Listede yer alan "615830" SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

2075	615830	Spinal syringomyeli drenajı eksizyonu	616020, 616070, 616110 ile birlikte faturalandırılmaz. Laminoplasti ile yapılmışsa ilave edilir, laminektomi dahil	1.416,18
------	--------	---------------------------------------	--	----------

ıı) Listede yer alan "615840" SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

207 7	61584 0	Torakal intradural ekstramedüller tümör eksizyonu	616.110, P616110, P615840, P615841 ve 615841 ile birlikte faturalandırılmaz. Korpektomi veya laminoplasti ile yapılmışsa ilave edilir, laminektomi dahil	706,0 2
----------	------------	---	--	------------

ii) Listede yer alan "615920" SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

2085	615920	Lomber mikrocerrahi ile diskektomi, tek seviye	P615920, P615921, 615921, P615922 ve 615922 ile birlikte faturalandırılmaz. Klasik, laminotomi ile birlikte	700,34
------	--------	--	---	--------

jj) Listede yer alan "615990" SUT kodlu işlem satırı SUT kodu ile birlikte aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

2092	615991	Transsakral girişimle kamera eşliğinde lomber epidural adezyolizis		758,85
------	--------	--	--	--------

kk) Listede yer alan "616140" SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

2108	616140	Transoral odontoidektomi	P616140, 616141 ve P616141 ile birlikte faturalandırılmaz.	1.416,59
------	--------	--------------------------	--	----------

ll) Listede yer alan "618200" SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

2343	618200	Koklear implant yerleştirilmesi	P618021, P618090, P618100, P618201, P618202, P618203, P618250, P618340, P618410 ile birlikte faturalandırılmaz. Üçüncü basamak sağlık kurumlarınca faturalandırılır. Bir hasta için ömrü boyunca iki defa faturalandırılır. Bu kod faturalandırılan hastalara P618204 kodu ömür boyunca faturalandırılmaz.	1.303,41
------	--------	---------------------------------	--	----------

mm) Listede yer alan "618202" SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

2345	618202	Kemiğe implante edilebilir işitme cihazı yerleştirilmesi	P618021, P618090, P618100, P618200, P618201, P618203, P618250, P618340, P618410, 618021, 618090, 618100, 618200, 618201, 618203, 618250, 618340 ve 618410 ile birlikte faturalandırılmaz. Üçüncü basamak sağlık kurumlarınca faturalandırılır. Bir hasta için ömrü boyunca bir defa faturalandırılır.	700,34
------	--------	--	---	--------

nn) Listede yer alan “704570” SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

3299	704570	Kruger testi	704631 ile birlikte faturalandırılmaz.	10,12
------	--------	--------------	--	-------

oo) Listede yer alan “704630” SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

3305	704630	Sperma değerlendirilmesi (Bilgisayarla)	704631 ile birlikte faturalandırılmaz.	20,07
------	--------	---	--	-------

MADDE 21 – Aynı Tebliğ eki Taniya Dayalı İşlem Puan Listesi (EK-2/C)’nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “P550980, P550990, P551030, P551040, P551060, P551070, P551080, P551081, P551082, P551083, P551090, P551100, P607931, P700941” SUT kodlu işlem satırları yürürlükten kaldırılmıştır.

b) Listeye “P550980” SUT kodlu işlemden sonra gelmek üzere aşağıdaki işlem satırı eklenmiştir.

	P550981	Faset Eklem RFT, tek		D	*	1.349,07
--	---------	----------------------	--	---	---	----------

c) Listeye “P550990” SUT kodlu işlemden sonra gelmek üzere aşağıdaki işlem satırı eklenmiştir.

	P550991	Glossofaringeal RFT	Toplam sayı dahil	D	*	1.256,32
--	---------	---------------------	-------------------	---	---	----------

ç) Listeye “P551030” SUT kodlu işlemden sonra gelmek üzere aşağıdaki işlem satırları eklenmiştir.

	P551031	Perkütan faset sinir denervasyon RFT, tek	Toplam sayı dahil	D	*	1.256,32
	P551032	Perkütan faset sinir denervasyon Kriyoablasyon, tek	Toplam sayı dahil	D	*	1.256,32

d) Listeye “P551040” SUT kodlu işlemden sonra gelmek üzere aşağıdaki işlem satırı eklenmiştir.

	P551041	Perkütan intradiskal RFT	Toplam sayı dahil	D	*	1.686,34
--	---------	--------------------------	-------------------	---	---	----------

e) Listeye “P551060” SUT kodlu işlemden sonra gelmek üzere aşağıdaki işlem satırları eklenmiştir.

	P551061	RFT Nörotomi	Toplam sayı dahil	D	*	1.256,32
	P551062	Kriyoablasyon Nörotomi	Toplam sayı dahil	D	*	1.256,32

f) Listeye “P551070” SUT kodlu işlemden sonra gelmek üzere aşağıdaki işlem satırları eklenmiştir.

	P551071	Sakroiliyak eklem RFT	Toplam sayı dahil	D	*	1.205,73
	P551072	Sakroiliyak eklem Kriyoablasyon	Toplam sayı dahil	D	*	1.205,73

g) Listeye "P551083" SUT kodlu işlemden sonra gelmek üzere aşağıdaki işlem satırları eklenmiştir.

P551084	Servikal Dorsal RootGangliyonu RFT	Toplam sayı dahil	D	*	1.256,32
P551085	Torakal Dorsal Root Gangliyon (DRG)-RFT	Toplam sayı dahil	D	*	1.256,32
P551086	Lomber Dorsal Root Gangliyon (DRG)-RFT	Toplam sayı dahil	D	*	1.256,32
P551087	Sakral Dorsal Root Gangliyon (DRG) RFT	Toplam sayı dahil	D	*	1.256,32

ğ) Listeye "P551090" SUT kodlu işlemden sonra gelmek üzere aşağıdaki işlem satırı eklenmiştir.

P551091	Spenopalatin gangliyon RFT	Toplam sayı dahil	D	*	1.306,91
---------	----------------------------	-------------------	---	---	----------

h) Listeye "P551100" SUT kodlu işlemden sonra gelmek üzere aşağıdaki işlem satırı eklenmiştir.

P551101	Stellat gangliyon RFT	Toplam sayı dahil	D	*	1.256,32
---------	-----------------------	-------------------	---	---	----------

i) Listeye "P607931" SUT kodlu işlemden sonra gelmek üzere aşağıdaki işlem satırları eklenmiştir.

P607932	Vena safena magna ve /veya parvanın endovenöz ablasyonuRF	Tüm malzemeler dahil	C	*	2.000,00
P607933	Vena safena magna ve /veya parvanın endovenöz ablasyonulazer	Tüm malzemeler dahil	C	*	2.000,00
P607934	Vena safena magna ve /veya parvanın endovenöz ablasyonubuhar	Tüm malzemeler dahil	C	*	2.000,00

i) Listeye "P615160" SUT kodlu işlemden sonra gelmek üzere aşağıdaki işlem satırı eklenmiştir.

P615161	Hidrosefali Şant Revizyonu	P615160,615160 ve 615161 ile birlikte faturalandırılmaz.	B	*	2.455,96
---------	----------------------------	--	---	---	----------

j) Listeye "P615170" SUT kodlu işlemden sonra gelmek üzere aşağıdaki işlem satırı eklenmiştir.

P615171	Araknoid Kist Endoskopik Fenestrasyon	P615170, 615170 ve 615171 ile birlikte faturalandırılmaz.	A3		4.600,57
---------	---------------------------------------	---	----	--	----------

k) Listeye "P615350" SUT kodlu işlemden sonra gelmek üzere aşağıdaki işlem satırı eklenmiştir.

P615351	Endoskopik 3. ventrikül içi tümör cerrahisi	P615350, 615350 ve 615351 ile birlikte faturalandırılmaz.	A3		8.699,29
---------	---	---	----	--	----------

l) Listeye "P615440" SUT kodlu işlemden sonra gelmek üzere aşağıdaki işlem satırları eklenmiştir.

P615441	Yüzeysel metastatik beyin tümörleri	P615440 birlikte faturalandırılmaz.	A3		5.448,97
P615442	Derin metastatik beyin tümörleri	P615440 birlikte faturalandırılmaz.	A2	*	7.139,97

m) Listeye "P615570" SUT kodlu işlemden sonra gelmek üzere aşağıdaki işlem satırları eklenmiştir.

P615571	4. Ventrikül tümör cerrahisi		A3		8.031,68
---------	------------------------------	--	----	--	----------

	P615572	Beyin sapı lezyonlar cerrahisi		A2		13.515,09
--	---------	--------------------------------	--	----	--	-----------

n) Listeye "P615600" SUT kodlu işlemden sonra gelmek üzere aşağıdaki işlem satırları eklenmiştir.

	P615601	Endoskopik hipofiz cerrahisi	Adenomektomi, P615600, 615600 ve 615601 ile birlikte faturalandırılmaz.	A3		5.174,02
	P615602	Endoskopik BOS fistülü cerrahisi	602180, P602180 ve 615602 ile birlikte faturalandırılmaz.	B		2.065,77

o) Listeye "P615760" SUT kodlu işlemden sonra gelmek üzere aşağıdaki işlem satırı eklenmiştir.

	P615761	Lomber ekstradural tümör eksizyonu	616.020, P615760 ve 615760 ile birlikte faturalandırılmaz.Korpektomiveya laminoplasti ile yapılmışsa ilave edilir, laminektomi dahil	B		3.601,58
--	---------	------------------------------------	--	---	--	----------

ö) Listeye "P615800" SUT kodlu işlemden sonra gelmek üzere aşağıdaki işlem satırı eklenmiştir.

	P615801	Servikal ekstradural tümör eksizyonu	616070, P616070, P615800, 615800 ve 615801 ile birlikte faturalandırılmaz.Korpektomiveya laminoplasti ile yapılmışsa ilave edilir, laminektomi dahil	B		2.648,57
--	---------	--------------------------------------	--	---	--	----------

p) Listeye "P615840" SUT kodlu işlemden sonra gelmek üzere aşağıdaki işlem satırı eklenmiştir.

	P615841	Torakal ekstradural tümör eksizyonu	616110, P616110, 615840, P615840 ve 615841 ile birlikte faturalandırılmaz.Korpektomiveya laminoplasti ile yapılmışsa ilave edilir, laminektomi dahil	B		2.185,50
--	---------	-------------------------------------	--	---	--	----------

r) Listeye "P615920" SUT kodlu işlemden sonra gelmek üzere aşağıdaki işlem satırları eklenmiştir.

	P615921	İnterlaminar yol ile Endoskopik lomber disk cerrahisi	615920, P615920, 615921, P615922 ve 615922 ile birlikte faturalandırılmaz. Klasik, laminotomi ile birlikte	B	*	1.999,34
	P615922	Transforaminal yol ile Endoskopik lomber disk cerrahisi	615920, P615920, 615921, P615921 ve 615922 ile birlikte faturalandırılmaz. Klasik, laminotomi ile birlikte	B	*	1.999,34

s) Listeye "P616140" SUT kodlu işlemden sonra gelmek üzere aşağıdaki işlem satırı eklenmiştir.

	P616141	Endoskopik odontoid cerrahisi	616140, P616140 ve 616141 ile birlikte faturalandırılmaz.	A3		5.826,95
--	---------	-------------------------------	---	----	--	----------

ş) Listeye "P618203" SUT kodlu işlemden sonra gelmek üzere aşağıdaki işlem satırları eklenmiştir.

	P618204	Koklear implant revizyonu	Koklear implant cerrahi ile yerleştirilen iç parçası hariç,Konuşma işlemcisi bu işlem kodu ile birlikte fatura edilemez. Üçüncü basamak sağlık kurumlarınca faturalandırılır.	A3	*	2.550,60
	P618205	Kemiğe implante edilebilir işitme cihazı revizyonu	Kafabandı uygulamasından sonra yapılan implantasyon uygulamaları da bu işlem üzerinden faturalandırılır. Konuşma işlemcisi bu işlem kodu ile birlikte fatura edilemez.KEMİĞE MONTE İŞİTME CİHAZI AKSESUARLARI İÇ	B	*	1.979,34

			parça ile dış parça arasında aktarıcı sistem ve/veya bileşenleri ile Cerrahi ile yerleştirilen iç parça hariç. Üçüncü basamak sağlık kurumlarınca faturalandırılır.			
P618206	Kafa bandı uygulaması		Ömür boyu bir kez faturalandırılabilir. Kemiğe implante edilebilir işitme cihazı konuşma işlemcisi ile birlikte faturalandırılır.Konuşma işlemcisi hariç, band dahil. Üçüncü basamak sağlık kurumlarınca faturalandırılır.	E	*	100,00
P618207	Bilateral koklear implantyerleştirilmesi		P618021, P618090, P618100, P618201, P618202, P618203, P618250, P618340, P618410 ile birlikte faturalandırılmaz. Üçüncü basamak sağlık kurumlarınca faturalandırılır. Koklear implant ve seti dahil. Bir hasta için ömrü boyunca bir defa faturalandırılır. Bu kod faturalandırılan hastalara P618200 kodu ömür boyunca faturalandırılmaz.	A3	*	90.900,00

t) Listeye “P621045” SUT kodlu işlemden önce gelmek üzere aşağıdaki işlem satırı eklenmiştir.

P621044	Kök hücre vericisi kardeş doğmasına yönelik invitrofertilizasyon (İVF)	2.4.4.İ.2 Maddesine bakınız.	B	*	2.091,06
---------	--	------------------------------	---	---	----------

u) Listeye “P700943” SUT kodlu işlemden sonra gelmek üzere aşağıdaki işlem satırları eklenmiştir.

P700944	Transkateter protez aortik kapak implantasyonu (Replasmanı)	Protez kapak, deliverysistem ve long sheath hariç	A3	*	2.263,74
P700945	Transkateter protez pulmoner kapak implantasyonu (Replasmanı)	Protez kapak, deliverysistem ve long sheath hariç	A3	*	2.263,74

ü) Listede yer alan P602180 SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

195	P602180	Endoskopik BOS rinoresicerrahisi	P602210, P602300, P602320, P602330, P602340, P615602 ile birlikte faturalandırılmaz.	B		600,34
-----	---------	----------------------------------	--	---	--	--------

v) Listede yer alan “P608940” SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

884	P608940	Videotorakoskopi, torakalsempatektomi	Hiperhidroz için sağlık kurulu raporu ile tıbbi gerekçe belirtilmelidir.Diğerendikasyonlar hariç.	B		2.495,78
-----	---------	---------------------------------------	---	---	--	----------

y) Listede yer alan “P610575” SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

1090	P610575	Anal fistülde seton uygulaması	P610570 ile birlikte faturalandırılmaz.	C	*	1.157,00
------	---------	--------------------------------	---	---	---	----------

z) Listede yer alan “P615000” SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

1551	P615000	Perkütan foramen ovale gassergangliyonu RF termokoagülasyonu	X-ray hariç bir hasta için ömrü boyunca üç defadan fazla yapılması halinde nöroloji, algoloji/anestezi ve	C		937,27
------	---------	--	---	---	--	--------

			beyin cerrahisi uzmanlarından oluşan sağlık kurulu ile tıbbi gerekçe belirtilmelidir.			
--	--	--	---	--	--	--

aa) Listede yer alan "P615160" SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

1568	P615160	Hidrocefali şant ameliyatları	Şant aleti ücreti hariç, P615161,615161 ve 615160 ile birlikte faturalandırılmaz.	B	*	2.280,96
------	---------	-------------------------------	---	---	---	----------

bb) Listede yer alan "P615170" SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

1569	P615170	Hidrocefali ameliyatları, 3.ventrikülostomi	P615171, 615170 ve 615171 ile birlikte faturalandırılmaz.	A3		4.600,57
------	---------	---	---	----	--	----------

cc) Listede yer alan "P615350" SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

1595	P615350	3. ventrikül içi tümörleri	P615351, 615350 ve 615351 ile birlikte faturalandırılmaz.	A3		8.146,29
------	---------	----------------------------	---	----	--	----------

çç) Listede yer alan " P615440" SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

1604	P615440	Glial tümör eksizyonu, mikroşirürjikal teknikle	P615441, P615442 birlikte faturalandırılmaz.	A3		5.448,97
------	---------	---	--	----	--	----------

dd) Listede yer alan "P615600" SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

1626	P615600	Transsfenoidal hipofizektomi	Adenomektomi, P615601, 615601 ve 615600 ile birlikte faturalandırılmaz.	A3		5.059,02
------	---------	------------------------------	---	----	--	----------

ee) Listede yer alan " P615760" SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

1644	P615760	Lomber intradural tümör eksizyonu	616020, P615761 ve 615761 ile birlikte faturalandırılmaz. Korpektomi veya laminoplasti ile yapılmışsa ilave edilir, laminektomi dahil	B		1.086,06
------	---------	-----------------------------------	---	---	--	----------

ff) Listede yer alan "P615800" SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

1647	P615800	Servikal intraduralextramedüller tümör eksizyonu	616070, P615801, 615801 ve 615800 ile birlikte faturalandırılmaz. Korpektomiveya lamina plasti ile yapılmışsa ilave edilir, laminektomi dahil	B		2.648,57
------	---------	--	---	---	--	----------

gg) Listede yer alan "P615830" SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

1650	P615830	Spinal syringomyeli drenajı eksizyonu	616020, 616070, 616110 ile birlikte faturalandırılmaz. Laminoplasti ile yapılmışsa ilave edilir, laminektomi dahil	B		2.803,54
------	---------	---------------------------------------	--	---	--	----------

ğğ) Listede yer alan "P615831" SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

1651	P615831	Servikal anterior oblik korpektomitek omurga		B	*	3.421,00
------	---------	--	--	---	---	----------

hh) Listede yer alan "P615840" SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

1652	P615840	Torakal intraduralekstramedüller tümör eksizyonu	616110, P616110, 615840, P615841 ve 615841 ile birlikte faturalandırılmaz.Korpektomi veya lam inaplasti ile yapılmışsa ilave edilir, laminektomi dahil	B		2.185,50
------	---------	--	--	---	--	----------

ıı) Listede yer alan "P615920" SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

1660	P615920	Lomber mikrocerrahi ile diskektomi, tek seviye	615920, P615921, 615921, P615922 ve 615922 ile birlikte faturalandırılmaz. Klasik, laminotomi ile birlikte	B	*	1.929,34
------	---------	--	--	---	---	----------

ii) Listede yer alan "P616140" SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

1683	P616140	Transoral odontoidektomi	616140, 616141 ve P616141 ile birlikte faturalandırılmaz.	A3		4.742,95
------	---------	--------------------------	---	----	--	----------

jj) Listede yer alan "P618200" SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

1887	P618200	Koklear implant yerleştirilmesi	P618021, P618090, P618100, P618201, P618202, P618203, P618250, P618340, P618410 ile birlikte faturalandırılmaz. Üçüncü basamak sağlık kurumlarınca faturalandırılır.Koklear implant ve seti dahil. Bir hasta için ömrü boyunca herbir taraf için bir defa faturalandırılır.Bu kod faturalandırılan hastalara P618204 kodu ömür boyunca faturalandırılmaz.	A3	*	46.000,00
------	---------	---------------------------------	---	----	---	-----------

kk) Listede yer alan "P618202" SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

1889	P618202	Kemiğe implante edilebilir işitme cihazı yerleştirilmesi	P618021, P618090, P618100, P618200, P618201, P618203, P618250, P618340, P618410 ile birlikte faturalandırılmaz. Üçüncü basamak sağlık kurumlarınca faturalandırılır. Kemiğe Monte İşitme Cihazı ve Aksesuarları hariç, Bir hasta için ömrü boyunca bir defa faturalandırılır.	B	*	1.929,34
------	---------	--	---	---	---	----------

ll) Listede yer alan "P704210" SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

	P704210	Acil hemodiyalizi	SUT'un 2.4.4.D.1-1 numaralı maddesine bakınız. Aynı gün yalnızca bir defa ve sadece yatarak tedavilerde faturalandırılır. P704230, P704233, P704234, 704230, 704233, 704234 ile aynı gün faturalandırılmaz. A-V fistül			303,54
--	---------	-------------------	--	--	--	--------

			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.			
--	--	--	---	--	--	--

mm) Listede yer alan “P704231” SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

2406	P704231	Hemodiyaliz için kateteryerleştirilmesi	Kateter dahil	E		252,95
------	---------	---	---------------	---	--	--------

nn) Listede yer alan “P704232” SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

2407	P704232	Kalıcı tünelli kateter yerleştirilmesi	Kateter dahil	E		505,90
------	---------	--	---------------	---	--	--------

MADDE 22 – Aynı Tebliğ eki İşlem Puanına Dahil Basit Sıhhi Sarf Malzemeler Listesi (EK-3/B-1)’nin sonuna gelmek üzere aşağıdaki satır eklenmiştir.

53	Kafa bandı	Diğer Malzeme
----	------------	---------------

MADDE 23 – Aynı Tebliğin eki Eksternal Alt ve Üst Ekstremitte/Gövde Protez Ortezler Listesi (Ek-3/C-2)’nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listenin “Myoelektrik Kontrollü Üst Ekstremitte Protezleri” başlığının altında yer alan ödeme kural ve kriterlerinin ikinci fıkrasındaki “Bilkent FTR Eğitim Araştırma Hastanesince” ibaresi “Gaziler Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim Araştırma Hastanesince” şeklinde değiştirilmiştir.

b) Listenin “Özel Koşullar” başlıklı bölümünün 18 inci ve 19 uncu maddelerinde yer alan “Bilkent FTR Eğitim Araştırma Hastanesince” ibareleri “Gaziler Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim Araştırma Hastanesince” şeklinde değiştirilmiştir.

MADDE 24 – Aynı Tebliğ eki Tıbbi Sarf Malzemeler Listesi (EK-3/C-4)’nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “**KOKLEAR İMPLANT SARF MALZEMELERİ**” başlığı ve altında yer alan ödeme kural ve/veya kriterleri aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

İŞİTSEL İMPLANTLAR SARF MALZEMELERİ	
(1) İşitsel implant uygulaması sonrasındaki takip, cerrahi tedavi yapılan sağlık kurumunca yapılır. İşitsel implantlar sarf malzemelerinden pil yuvası ve aktarıcı (bobin, transmitter) için hastanın ilk 2 (iki) yılda 2 (iki) defa, işitsel implantın takıldığı merkezde takip edildiğini Kuruma belgelendirmesi gerekmektedir. Bu takipleri belgelendiremeyen hastalarda pil yuvası ve aktarıcı (bobin, transmitter) bedelleri Kurumca karşılanmaz.	
(2) İşitsel implantlardan yalnızca koklear implant uygulaması yapılan hastalar için, cerrahi işlem sırasında verilen çanta içeriğinde 1 (bir) yıllık pil, pil yuvası, aktarıcı (bobin, transmitter) ve aktarıcıdan bağımsız ara kablunun bulunması nedeniyle cerrahi işlem yapıldıktan sonraki ilk 1 yıl bu malzemelerin bedelleri karşılanmaz.	
(3) Tamirinin mümkün olmadığı, işitsel implant üretici firması tarafından düzenlenen teknik rapor ve üçüncü basamak resmi sağlık kurumları tarafından düzenlenen sağlık kurulu raporu ile belgelendirilen konuşma işlemcileri Kurum taşra teşkilatına teslim edilecektir.	

b) Listede yer alan “A10101” SUT kodlu tıbbi malzeme, altında yer alan ödeme kural ve/veya kriterleri ile birlikte aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

A10101	İŞİTSEL İMPLANTLAR PİLİ	1,00
--------	-------------------------	------

(1) Her bir koklear implant için günde en fazla 1 (bir) adet, kemiğe monte işitme cihazı için haftada en fazla 1 (bir) adet, orta kulak implantı için 1 ayda en fazla 6 (altı) adet ve beyin sapı implantı için 1 ayda en fazla 6 (altı) adet pil bedeli olmak üzere: Kulak Burun Boğaz hastalıkları uzman hekiminin düzenleyeceği tek hekim raporuna istinaden, 1 (bir)'er yıllık miktarlarının Kurumca bedelleri karşılanır. (2) Şarj edilebilen pil bedeli Kurumca karşılanmaz.	
---	--

c) Listede yer alan "A10102" SUT kodlu tıbbi malzeme, altında yer alan ödeme kural ve/veya kriterleri ile birlikte aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

A10102	İŞİTSEL İMPLANTLAR ARA KABLO BEDELİ (AKTARICIDAN BAĞIMSIZ)	145,00
(1) Koklear implant için ara kablo (aktarıcından bağımsız): a) 0-5 yaş için yılda 5 (beş) adet, b) 5-10 yaş için yılda 3 (üç) adet c) 10 yaş ve üzeri için yılda 2 (iki) adet olmak üzere, (2) Beyin sapı implantı için ara kablo (aktarıcından bağımsız): a) 0-5 yaş için yılda 3 (üç) adet, b) 5-10 yaş için yılda 2 (iki) adet c) 10 yaş ve üzeri için yılda 1 (bir) adet olmak üzere, Kulak Burun Boğaz hastalıkları uzman hekiminin düzenleyeceği tek hekim raporuna istinaden Kurumca bedelleri karşılanır.		

ç) Listede yer alan "A10104" SUT kodlu tıbbi malzeme, altında yer alan ödeme kural ve/veya kriterleri ile birlikte aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

A10104	İŞİTSEL İMPLANTLAR AKTARICI (BOBİN, TRANSMİTTER)	200,00
(1) Kullanıcı kusuru olmaksızın koklear implant ve beyin sapı implantına ait aktarıcılar (transmitter, bobin), garanti kapsamının dışında ancak 2 (iki) yılda bir olmak üzere üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarınınca düzenlenen 3 (üç) Kulak Burun Boğaz hastalıkları uzman hekiminden oluşan sağlık kurulu raporuna istinaden yenilenir. Bu süreden önce yenilenmez.		

d) Listede yer alan "A10105" SUT kodlu tıbbi malzeme, altında yer alan ödeme kural ve/veya kriterleri ile birlikte aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

A10105	İŞİTSEL İMPLANTLAR PİL YUVASI	180,60
(1) Kullanıcı kusuru olmaksızın bozulan pil yuvaları garanti kapsamının dışında ancak 2 (iki) yılda bir olmak üzere üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarınınca düzenlenen 3 (üç) Kulak Burun Boğaz hastalıkları uzman hekiminden oluşan sağlık kurulu raporuna istinaden yenilenir. Bu süreden önce yenilenmez.		

e) Listede yer alan "A10103" SUT kodlu tıbbi malzeme altında yer alan ödeme kural ve/veya kriterleri ile birlikte aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

A10103	KOKLEAR İMPLANT KONUŞMA İŞLEMCİSİ	12.000,00
(1) Konuşma işlemcisi, 7 (yedi) yıldan önce yenilenemez. Ancak koklear implant üretici firması tarafından verilen teknik rapor ile birlikte üçüncü basamak resmi sağlık kurumları tarafından düzenlenen 3 (üç) Kulak Burun Boğaz hastalıkları uzman hekiminden oluşan sağlık kurulu raporuna istinaden tamiri mümkün olmayan durumlarda süresinden önce yenilenebilir. 7 (yedi) yılı dolduran kişilerde üçüncü basamak resmi sağlık kurumları tarafından düzenlenen 3 (üç) Kulak Burun Boğaz hastalıkları uzman hekiminden oluşan sağlık kurulu raporuna istinaden yenilenebilecektir.		

f) Listeye "A10105" SUT kodlu malzemenin altında yer alan ödeme kural ve/veya kriterlerinden sonra gelmek üzere aşağıdaki tıbbi malzemeler ödeme kural ve/veya kriterleri ile birlikte eklenmiştir.

A10115	KEMİĞE MONTE İŞİTME CİHAZI KONUŞMA İŞLEMCİSİ	11.376,00
--------	--	-----------

(1) Konuşma işlemcisi, 5 (beş) yıldan önce yenilenemez. Ancak kemiğe monte işitme cihazı üretici firması tarafından verilen teknik rapor ile birlikte üçüncü basamak resmi sağlık kurumları tarafından düzenlenen 3 (üç) Kulak Burun Boğaz hastalıkları uzman hekiminden oluşan sağlık kurulu raporuna istinaden tamiri mümkün olmayan durumlarda süresinden önce yenilenebilir. 5 (beş) yılı dolduran kişilerde üçüncü basamak resmi sağlık kurumları tarafından düzenlenen 3 (üç) Kulak Burun Boğaz hastalıkları uzman hekiminden oluşan sağlık kurulu raporuna istinaden yenilenebilecektir.		
A10116	ORTA KULAK İMPLANTI KONUŞMA İŞLEMCİSİ	11.376,00
(1) Konuşma işlemcisi, 5 (beş) yıldan önce yenilenemez. Ancak orta kulak implantı üretici firması tarafından verilen teknik rapor ile birlikte üçüncü basamak resmi sağlık kurumları tarafından düzenlenen 3 (üç) Kulak Burun Boğaz hastalıkları uzman hekiminden oluşan sağlık kurulu raporuna istinaden tamiri mümkün olmayan durumlarda süresinden önce yenilenebilir. 5 (beş) yılı dolduran kişilerde üçüncü basamak resmi sağlık kurumları tarafından düzenlenen 3 (üç) Kulak Burun Boğaz hastalıkları uzman hekiminden oluşan sağlık kurulu raporuna istinaden yenilenebilecektir.		
A10117	BEYİN SAPI İMPLANTI KONUŞMA İŞLEMCİSİ	12.000,00
(1) Konuşma işlemcisi, 7 (yedi) yıldan önce yenilenemez. Ancak beyin sapı implantı üretici firması tarafından verilen teknik rapor ile birlikte üçüncü basamak resmi sağlık kurumları tarafından düzenlenen 3 (üç) Kulak Burun Boğaz hastalıkları uzman hekiminden oluşan sağlık kurulu raporuna istinaden tamiri mümkün olmayan durumlarda süresinden önce yenilenebilir. 7 (yedi) yılı dolduran kişilerde üçüncü basamak resmi sağlık kurumları tarafından düzenlenen 3 (üç) Kulak Burun Boğaz hastalıkları uzman hekiminden oluşan sağlık kurulu raporuna istinaden yenilenebilecektir.		

MADDE 25 – Aynı Tebliğ eki Özel Hallerde Karşılanan Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/C-5)’nde yer alan “100050” SUT kodlu tıbbi malzemenin ödeme kural ve kriterlerinin ikinci fıkrasında yer alan “Bilkent FTR Eğitim Araştırma Hastanesi” ibaresi “Gaziler Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim Araştırma Hastanesi” şeklinde değiştirilmiştir.

MADDE 26 – Aynı Tebliğ eki Omurga Cerrahisi Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/E-1)’nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “**TORAKOLOMBER POSTERİÖR ENSTRÜMANTASYON**” başlığı altındaki ödeme kural ve/veya kriterlerinin birinci fıkrasının (5) numaralı bendinin sonuna “(Tomografi/MR’da spinal kanal çaplarının ölçüm değerlerinin belirtilmesi)” ibaresi eklenmiş, (6) numaralı bendinde yer alan “tek veya” ibaresi yürürlükten kaldırılmıştır.

b) Listede yer alan “**SERVİKAL ANTERİÖR DİSK PROTEZLERİ**” başlığı altındaki ödeme kural ve/veya kriterlerinin birinci fıkrasının (4) numaralı bendinde yer alan “gibi” ibaresi “, osteofit” şeklinde değiştirilmiştir.

c) Listede yer alan “103065” ve “103070” SUT kodlu tıbbi malzemelerin ödeme kural ve/veya kriterlerinin birinci fıkralarının (a) bendleri aşağıdaki şekilde değiştirilmiş, (b) bentlerinde yer alan “Daha önce” ibarelerinden sonra gelmek üzere “Spinal” ibaresi, “sekestre lomber disk hernisi bulunmayan,” ibarelerinden sonra gelmek üzere “kontrastlı” ibaresi eklenmiştir.

“a) Daha Önce Cerrahi Tedavi Uygulanmamış Lomber Spondiloz ve Dejeneratif Disk Hastalığı Olan Olgular İçin; aşağıdaki kriterlerin tümünün varlığı halinde;

1) Üç (3) aylık sürede konservatif tedavi, fizik tedavi, girişimsel ağrı işlemleri (faset ekleme yönelik girişimler veya arka kök ganglionaya yönelik girişimler veya epidural enjeksiyon tedavilerinden en az birini görmüş olma) tedavilerinden fayda görmemiş olması,

2) Radyolojik incelemelerinde ekstrude ve sekestre disk hernisinin olmaması,

3) Radiküler ağrının olması (bacak ağrısı), veya”

ç) Listede yer alan “103081”, “103082”, “103083”, “103084” SUT kodlu tıbbi malzemelerin altlarında yer alan ödeme kural ve/veya kriterlerinin birinci fıkralarından sonra gelmek üzere aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

“(2) Listede yer alan Sadece üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.”

d) Listede yer alan “102283” SUT kodlu tıbbi malzemenin ödeme kural ve/veya kriterlerinin birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(1) Açık cerrahi ile birlikte olmaması koşulu ile perkütan girişimle lumbosakral bileşkede önceden yapılmış başarısız füzyon girişimi veya psödoartroz veya revizyon cerrahisinde kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.”

e) Listede yer alan “103103” SUT kodlu tıbbi malzemenin ödeme kural ve/veya kriterlerinde yer alan “benign/malign” ibaresi yürürlükten kaldırılmıştır.

MADDE 27 – Aynı Tebliğ eki Beyin Cerrahisi Branşı Kranial Cerrahisi Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/E-2)’nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “**BEYİN PİLLERİ**” başlığı altındaki ödeme kural ve/veya kriterlerinin birinci fıkrasında yer alan “Esansiyel tremor,” ibaresinden sonra gelmek üzere ” iskemi sonrası gelişen ilaca dirençli tremor,” ibaresi eklenmiş, üçüncü fıkrasında yer alan “3.Basamak Hastanelerde uygulanması halinde” ibaresi yürürlükten kaldırılmıştır.

b) Listede yer alan “**VAGAL SİNİR STİMÜLATÖRÜ**” başlığı altındaki ödeme kural ve/veya kriterlerinin birinci fıkrasının (d) bendi ile (g) bendinin (4) numaralı alt bendi yürürlükten kaldırılmıştır.

c) Listede yer alan “**KRANİAL ELEKTROFİZYOLOJİK ÇALIŞMA / HARİTALAMA**” başlığı altında yer alan “KN1176”, “KN1177”, “KN1178”, “KN1179”, “KN1180”, “KN1181”, “KN1182”, “KN1183”, “KN1184”, “KN1185”, “KN1186”, “KN1187”, “KN1188” ve “KN1189” SUT kodlu tıbbi malzemeler yürürlükten kaldırılmıştır.

MADDE 28 – Aynı Tebliğin Kardiyoloji Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/H)’nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “**PERİFERİK BALONLU KATETERLER**” başlığı “**KATETER, BALON, PERİFERİK**” şeklinde değiştirilmiştir.

b) Listede yer alan “**KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ**” başlığında yer alan “KATETER, BALON,” ibaresinden sonra gelmek üzere “**PERİFERİK,**” ibaresi eklenmiştir.

c) Listede yer alan “KR1092”, “KR1093”, “KR1094”, “KR1095”, “KR1096”, “KR1097”, “KR1098”, “KR1099”, “KR1100” ve “KR1101” SUT kodlu tıbbi malzemelerin isimlerinde yer alan “KATETER, BALON,” ibarelerinden sonra gelmek üzere “**PERİFERİK,**” ibaresi eklenmiştir.

ç) Listede yer alan “KR1126” SUT kodlu tıbbi malzemenin sonra gelmek üzere ödeme kural ve/veya kriteri olarak aşağıdaki satır eklenmiştir.

“

(1) Sadece stent restenozu vakalarında kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.
--

”

d) Listede yer alan “KR1127” SUT kodlu tıbbi malzemenin ismi “KATETER, BALON, PERİFERİK, ANJİYOPLASTİ, SKORLAMA, 018 ", OTW/ 014 MONORAİL” şeklinde değiştirilmiştir.

e) Listede yer alan “KR1128” SUT kodlu tıbbi malzemenin ismi “PTCA, BALON (OTW OVER THE WİRE)” şeklinde değiştirilmiştir.

f) Listede yer alan “**STENT, VASKÜLER, GREFT KAPLI**”, “**STENT, VASKÜLER, GREFT KAPLI, PTFE'Lİ**”, “**STENT, VASKÜLER, GREFT KAPLI, PTFE'Lİ, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, NİTİNOL**”, “**STENT, VASKÜLER, GREFT KAPLI, PTFE'Lİ, İLAÇ BAĞLI, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, NİTİNOL**” başlıklarında yer alan “STENT, VASKÜLER,” ibarelerinden sonra gelmek üzere “**PERİFERİK,**” ibaresi eklenmiştir.

g) Listede yer alan “KR1164”, “KR1165”, “KR1166”, “KR1167”, “KR1168”, “KR1169”, “KR2015”, “KR2016” ve “KR2017” SUT kodlu tıbbi malzemelerin isimlerinde yer alan “STENT, VASKÜLER,” ibarelerinden sonra gelmek üzere “**PERİFERİK,**” ibaresi eklenmiştir.

MADDE 29 – Aynı Tebliğin Kalp Damar Cerrahisi Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/I)’nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “**STERNUM SABİTLEME MALZEMELERİ**” başlığı altındaki ödeme kural ve/veya kriterlerinin birinci fıkrasının (b) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“b) Obezite (VKİ ≥ otuz(30))”

b) Listede yer alan “**STERNUM SABİTLEME MALZEMELERİ**” başlığı altındaki ödeme kural ve/veya kriterlerinin birinci fıkrasına aşağıdaki bent eklenmiştir.

“(h) Neoadjuvan tedavi almış hastalar”

c) Listede yer alan “KV1124” SUT kodlu tıbbi malzemenin ismindeki “MALZEMELER” ibaresinden sonra gelmek üzere “**STERİL**” ibaresi eklenmiştir.

ç) Listeye “KV1126” SUT kodundan sonra gelmek üzere aşağıdaki tıbbi malzemeler eklenmiştir.

“

KV4007	STERNAL KABLO İMPLANTI (TİTANYUM)	150,00
KV4008	STERNAL PLAK, TİTANYUM, KİLİTLİ/KİLİTSİZ (HER BOY ŞEKİL ÖZELLİK DAHİL)	900,00

”

d) Listede yer alan “**CERRAHİ ABLASYON ÜRÜNLERİ**” başlığında yer alan “ÜRÜNLERİ” ibaresinden “**CERRAHİ ABLASYON ÜRÜNLERİ (BİPOLAR)**” başlığında yer alan “(BİPOLAR)” ibaresinden ve “**CERRAHİ ABLASYON ÜRÜNLERİ (UNİPOLAR)**” başlığında yer alan “(UNİPOLAR)” ibaresinden sonra gelmek üzere “**KALP ARİTMİSİ TEDAVİSİ İÇİN**” ibaresi eklenmiştir.

e) Listede yer alan “KV1148”, “KV1149”, “KV1150”, “KV1151” ve “KV1152” SUT kodlu tıbbi malzemelerin isimlerinin sonuna “**KALP ARİTMİSİ TEDAVİSİ İÇİN**” ibaresi eklenmiştir.

f) Listede yer alan “**STENT, VASKÜLER, GREFT KAPLI**”, “**STENT, VASKÜLER, GREFT KAPLI, PTFE'Lİ**”, “**STENT, VASKÜLER, GREFT KAPLI, PTFE'Lİ, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, NİTİNOL**”, “**STENT, VASKÜLER, GREFT KAPLI, PTFE'Lİ, İLAÇ BAĞLI, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, NİTİNOL**” başlıklarında yer alan “STENT, VASKÜLER,” ibarelerinden sonra gelmek üzere “**PERİFERİK,**” ibaresi eklenmiştir.

g) Listede yer alan “KV1176”, “KV1177”, “KV1178”, “KV1179”, “KV1180”, “KV1181”, “KV2026”, “KV2027” ve “KV2028” SUT kodlu tıbbi malzemelerin isimlerinde yer alan “STENT, VASKÜLER,” ibarelerinden sonra gelmek üzere “**PERİFERİK,**” ibaresi eklenmiştir.

ğ) Listede yer alan “**BALONLU KATETERLER**” başlığı “**KATETER, BALON, PERİFERİK**” şeklinde

değiştirilmiştir.

h) Listede yer alan “**KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ**”, “**KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, İLAÇ SALINIMLI**”, “**KATETER, BALON, OKLÜZYON**” ve “**KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, KESİCİ**” başlıklarında yer alan “**KATETER, BALON,**” ibarelerinden sonra gelmek üzere “**PERİFERİK,**” ibaresi eklenmiştir.

i) Listede yer alan “**KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, İLAÇ SALINIMLI**” başlığı altındaki ödeme kural ve/veya kriterlerine aşağıdaki fıkra eklenmiş, birinci fıkrasında yer alan “İntravasküler stentleme” ibaresinden sonra gelmek üzere “(stent ya da greft)” ibaresi eklenmiştir.

“(2) Tek ekstremitte için aynı seansta en fazla iki adetinin bedeli Kurumca karşılanır.”

i) Listede yer alan “KV1250”, “KV1251”, “KV1252”, “KV1253”, “KV1254”, “KV1255”, “KV1256”, “KV1257”, “KV1258”, “KV1259”, “KV2033”, “KV2034”, “KV2035”, “KV2036”, “KV2037”, “KV2038”, “KV2039”, “KV2040”, “KV2041”, “KV2042”, “KV1270” ve “KV1271” SUT kodlu tıbbi malzemelerin isimlerinde yer alan “**KATETER, BALON,**” ibarelerinden sonra gelmek üzere “**PERİFERİK,**” ibaresi eklenmiştir.

j) Listede yer alan “KV1324” SUT kodundan sonra gelmek üzere aşağıdaki satırlar eklenmiştir.

“

EMBOLİZAN, SIVI, ADHEZİV, DMSO İÇERMEYEN	
(1) 2 (iki) kalp damar cerrahisi uzmanı ve 1 (bir) radyoloji uzmanı tarafından düzenlenen sağlık kurulu raporu ile aşağıdaki kriterlerin tamamının birlikte varlığının tespit edildiği durumlarda kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.	
a) Hastanın mevcut durumunun ve semptomlarının venöz yetmezlik kaynaklı olması ve hastanın CEAP, VCSS, VIS, sistemleri ile kayıt altına alınmış olması,	
b) Hastanın girişim öncesi Doppler Ultrasonografisinin yapılmış ve belgelenmiş olması,	
c) Hastanın embolizasyon yapılması planlanan ven çapının Vena Safena Magna (VSM) için en az 5,5 mm, Vena Safene Parva (VSP) için en az 4 mm olması ve bu ölçümlerin belgelenmiş olması,	
ç) Prosedür öncesi yapılan Doppler Ultrasonografide 0,5 saniye ve üzeri reflü saptanmış olması ve bu ölçümlerin belgelenmiş olması.	

”

MADDE 30 – Aynı Tebliğin Kulak Burun Boğaz Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/J)’nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “**KEMİĞE MONTE İŞİTME CİHAZI VE AKSESUARLARI**” başlığı ve altında yer alan ödeme kural ve/veya kriterleri, “KB1013” SUT kodlu tıbbi malzeme, “**ORTA KULAK İMPLANTI**” başlığı ve altında yer alan ödeme kural ve/veya kriterleri, “KB1014” SUT kodlu tıbbi malzeme, “**KOKLEAR İMPLANT**” başlığı ve altında yer alan ödeme kural ve/veya kriterleri, “KB1015” SUT kodlu tıbbi malzeme, “**BEYİN SAPI İMPLANTI**” başlığı ve altında yer alan ödeme kural ve/veya kriterleri, “KB1016” SUT kodlu tıbbi malzeme yürürlükten kaldırılmıştır.

b) Listede yer alan “KB1012” SUT kodlu tıbbi malzemedan sonra gelmek üzere aşağıdaki satırlar eklenmiştir.

“

İŞİTSEL İMPLANTLAR		
	(1) Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) 3.3.36 ve ilgili diğer hükümleri geçerlidir.	
KOKLEAR İMPLANT		
	(1) SUT 3.3.36.B ve ilgili diğer hükümleri geçerlidir.	
KB1019	KOKLEAR İMPLANT (Konuşma İşlemcisi, Aktarıcı sistem ve bileşenleri, Cerrahi ile yerleştirilen iç parça)	İşlem puanınadadır
KB1020	KOKLEAR İMPLANT (Cerrahi ile yerleştirilen iç parça)	13275,00
	(1) Revizyon işlemi başına en fazla bir adetinin bedeli Kurumca karşılanır.	
KEMİĞE MONTE İŞİTME CİHAZI VE AKSESUARLARI		
	(1) SUT 3.3.36.C ve ilgili diğer hükümleri geçerlidir.	
KB1022	KEMİĞE MONTE İŞİTME CİHAZI VE AKSESUARLARI (Konuşma İşlemcisi, İç parça ile dış parça arasında aktarıcı sistem ve bileşenleri, Cerrahi ile yerleştirilen iç parça)	15800,00
	(1) KB1022 SUT kodu ile birlikte KB1023, KB1024 ve KB1025 SUT kodları fatura edilemez.	
KB1023	KEMİĞE MONTE İŞİTME CİHAZI VE AKSESUARLARI (Konuşma İşlemcisi)	11376,00
KB1024	KEMİĞE MONTE İŞİTME CİHAZI VE AKSESUARLARI (İç parça ile dış parça arasında aktarıcı sistem ve bileşenleri)	3424,00
KB1025	KEMİĞE MONTE İŞİTME CİHAZI VE AKSESUARLARI (Cerrahi ile yerleştirilen iç	1000,00

	parça)	
	ORTA KULAK İMPLANTI	
	(1) SUT 3.3.36.Ç ve ilgili diğer hükümleri geçerlidir.	
KB1030	ORTA KULAK İMPLANTI (Konuşma İşlemcisi, Aktarıcı sistem ve bileşenleri, Cerrahi ile yerleştirilen iç parça)	17949,00
	BEYİN SAPI İMPLANTI	
	(1) SUT 3.3.36.D ve ilgili diğer hükümleri geçerlidir.	
KB1035	BEYİN SAPI İMPLANTI (Konuşma İşlemcisi, Aktarıcı sistem ve bileşenleri, cerrahi ile yerleştirilen iç parça)	35425,00

MADDE 31 – Aynı Tebliğin Radyoloji Branşı ve Endovasküler/Nonvasküler Girişimsel İşlemlere Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/M)’nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “**BALONLU KATETERLER**” başlığı “**KATETER, BALON, PERİFERİK**” şeklinde değiştirilmiştir.

b) Listede yer alan “**KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ**”, “**KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, İLAÇ SALINIMLI**”, “**KATETER, BALON, OKLÜZYON**” ve “**KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, KESİCİ**” başlıklarında yer alan “**KATETER, BALON,**” ibarelerinden sonra gelmek üzere “**PERİFERİK,**” ibaresi eklenmiştir.

c) Listede yer alan “**KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, İLAÇ SALINIMLI**” başlığı altındaki ödeme kural ve/veya kriterlerinin birinci fıkrasında yer alan “**İntravasküler stentleme**” ibaresinden sonra gelmek üzere “(stent ya da greft)” ibaresi eklenmiştir.

ç) Listede yer alan “**KATETER, BALON, ANJİYOPLASTİ, İLAÇ SALINIMLI**” başlığı altındaki ödeme kural ve/veya kriterlerinin birinci fıkrasından sonra gelmek üzere aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

“(2) Tek ekstremitte için aynı seans da en fazla iki adetinin bedeli Kurumca karşılanır.”

d) Listede yer alan “GR1006”, “GR1007”, “GR1008”, “GR1009”, “GR1010”, “GR1011”, “GR1012”, “GR1013”, “GR1014”, “GR1015”, “GR2000”, “GR2001”, “GR2002”, “GR2003”, “GR2004”, “GR2005”, “GR2006”, “GR2007”, “GR2008”, “GR2009”, “GR1016” ve “GR1017” SUT kodlu tıbbi malzemelerin isimlerinde yer alan “**KATETER, BALON,**” ibarelerinden sonra gelmek üzere “**PERİFERİK,**” ibaresi eklenmiştir.

e) Listede yer alan “**STENT, VASKÜLER, GREFT KAPLI**”, “**STENT, VASKÜLER, GREFT KAPLI, PTFE'Lİ**”, “**STENT, VASKÜLER, GREFT KAPLI, PTFE'Lİ, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, NİTİNOL**”, “**STENT, VASKÜLER, GREFT KAPLI, PTFE'Lİ, İLAÇ BAĞLI, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, NİTİNOL**” başlıklarında yer alan “**STENT, VASKÜLER,**” ibarelerinden sonra gelmek üzere “**PERİFERİK,**” ibaresi eklenmiştir.

f) Listede yer alan “GR1142”, “GR1143”, “GR1144”, “GR1145”, “GR1146”, “GR1147”, “GR2037”, “GR2038” ve “GR2039” SUT kodlu tıbbi malzemelerin isimlerinde yer alan “**STENT, VASKÜLER,**” ibarelerinden sonra gelmek üzere “**PERİFERİK,**” ibaresi eklenmiştir.

g) Listede yer alan “GR2048” SUT kodlu tıbbi malzemenin sonra gelmek üzere ödeme kural ve/veya kriteri olarak aşağıdaki satır eklenmiştir.

<p>(1) Bir anevrizmanın endovasküler tedavisinde GR2048 SUT kodlu tıbbi malzeme ile birlikte “İNTRAKRANİYAL ENDOVASKÜLER CİHAZLAR” başlığı altında yer alan diğer SUT kodlu tıbbi malzemelerin kullanılması halinde GR2048 SUT kodlu tıbbi malzemenin dışındaki bu başlık altında yer alan diğer SUT kodlarının Kurumca bedeli karşılanmaz.</p> <p>(2) Birden fazla anevrizmanın aynı seansta tedavisi durumunda GR2048 SUT kodlu tıbbi malzemenin kullanıldığı anevrizma için “İNTRAKRANİYAL ENDOVASKÜLER CİHAZLAR” başlığı altındaki diğer SUT kodlu tıbbi malzemelerden herhangi birinin kullanılmadığının epikriznotunda açıkça belirtilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.</p> <p>(3) Anevrizma başına en fazla bir adetinin bedeli Kurumca karşılanır.”</p>	
---	--

MADDE 32 – Aynı Tebliğ eki Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Branşlarına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/S)’nde “**STERNUM SABİTLEME MALZEMELERİ**” başlığı altında yer alan ödeme kural ve/veya kriterlerinin birinci fıkrasının (b) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(b) Obezite (VKİ ≥ otuz(30))”

MADDE 33 – Aynı Tebliğ eki Anesteziyoloji, Reanimasyon ve Ağrı Tedavisi Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/T)’nde yer alan “AN1410” ve “AN1420” SUT kodlu tıbbi malzemelerin ödeme kural ve/veya kriterlerinin birinci fıkralarının (a) bentleri aşağıdaki şekilde değiştirilmiş, (b) bentlerinde yer alan “**Daha Önce**” ibarelerinden sonra gelmek üzere “**Spinal**” ibaresi, “**sekestre lomber disk hernisi bulunmayan,**” ibarelerinden sonra gelmek üzere “**kontrastlı**” ibaresi eklenmiştir.

“(a) Daha Önce Cerrahi Tedavi Uygulanmamış Lomber Spondiloz ve Dejeneratif Disk Hastalığı Olan Olgular İçin;

Aşağıdaki kriterlerinin tümünün varlığı halinde;

1) Üç (3) aylık sürede Konservatif tedavi, fizik tedavi, girişimsel ağrı işlemleri (faset ekleme yönelik girişimler veya arka kök gangliona yönelik girişimler veya epidural enjeksiyon tedavilerinden en az birini görmüş olma) tedavilerinden fayda görmemiş olması,

2) Radyolojik incelemelerinde ekstrude ve sekestre disk hernisinin olmaması,

3) Radiküler ağrının olması (bacak ağrısı), veya”

MADDE 34 – Aynı Tebliğ eki “Sadece Yatarak Tedavilerde Kullanımı Halinde Bedelleri Ödenecek İlaçlar Listesi (EK-4/G)”ne 59 uncu maddeden sonra gelmek üzere aşağıdaki madde eklenmiştir.

60. Karmustin (SUT’un 4.2.14.C(ğğ) maddesi esaslarına göre)

MADDE 35 – Bu Tebliğin;

a) 14 ve 15 inci maddeleri 18/6/2016 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

b) 6, 16, 17, 18, 34 üncü maddeleri yayımı tarihinden 1 iş günü sonra,

c) 12 nci maddesi 25/7/2016 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

ç) 26 ncı maddenin (a), (b), (c), (d), (e) bentleri, 27, 28 inci maddenin (a) ila (c), (d) ila (g) bentleri, 29 uncu maddenin (a) ila (i) bentleri, 31, 32, 33 üncü maddeleri yayımı tarihinde,

d) 11,13, 22, 23, 24, 25, 26 ncı maddenin (ç) bendi, 28 inci maddenin (ç) bendi, 29 uncu maddenin (j) bendi ,30uncu maddeleri yayımı takip eden ayın ilk günü,

e) Diğer maddeleri yayımı tarihinden 10 gün sonra,

yürürlüğe girer.

MADDE 36 – Bu Tebliğ hükümlerini Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı yürütür.