

## TEBLİĞ

Sosyal Güvenlik Kurumundan:

**2008 YILI SOSYAL GÜVENLİK KURUMU SAĞLIK UYGULAMA  
TEBLİĞİNDE DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR TEBLİĞ**

29/9/2008 tarihli ve 27012 sayılı birinci mükerrer Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren “2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği” (SUT) ve 22/10/2008 tarih ve 27032 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ” de yapılan düzenlemeler aşağıda belirtilmiştir.

**MADDE 1-** SUT’un (3) numaralı maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“3. Sağlık hizmeti sunucularına müracaat ve kimlik tespiti işlemleri

**3.1. Sağlık hizmeti sunucularına müracaat işlemleri**

(1) Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler, SUT’ta belirtilen özel hükümler saklı kalmak kaydıyla Kurum ile sözleşmesi bulunan ayakta ve yatarak tedavi hizmeti sağlayan sağlık hizmeti sunucularına doğrudan veya sevk edilmek suretiyle müracaat edebilirler.

(2) Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilerin, SUT’un (24) numaralı maddesinin dördüncü fıkrasında belirtilen istisnalar hariç olmak üzere acil haller dışında Kurum ile sözleşmesi olmayan sağlık hizmeti sunucularından aldıkları sağlık hizmeti bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(3) Hizmet akdi ile bir veya daha fazla işveren tarafından çalıştırılan kişilerin, ayakta ve yatarak tedavi hizmeti sağlayan Kurumla sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularına, işveren tarafından düzenlenen vizite kâğıdı ile müracaat etmeleri zorunludur.

(4) Kurum ile sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilerin müracaatlarını ayırım yapmaksızın kabul etmek zorundadır.

**3.1.1. Aile hekimliğine geçilen illerde sağlık hizmeti sunucularına müracaat işlemleri**

(1) Aile hekimliğine geçilen SUT eki “Sevk Zinciri Uygulanacak İller Listesi” nde (EK-4) belirtilen illerde ilk müracaatın aile hekimliğine veya aile hekimliği dışında kalan diğer birinci basamak resmi sağlık kuruluşlarına (ana çocuk sağlığı merkezi, toplum sağlığı merkezi, verem savaş dispanseri, ilgili mevzuatı doğrultusunda muayene ve tedavilerini yapmakla yetkili oldukları kişilerle sınırlı olmak üzere işyeri hekimleri ve kurum hekimlikleri, üniversitelerin medikososyal birimleri) yapılması zorunludur.

(2) SUT eki EK-4 Listesinde yer almamakla birlikte aile hekimliği uygulamasına geçilen ve Kurumca SUT eki EK-4 Listesine dâhil edilecek illerde ilk müracaatın aile hekimliğine veya aile hekimliği dışında kalan diğer birinci basamak resmi sağlık kuruluşlarına (ana çocuk sağlığı merkezi, toplum sağlığı merkezi, verem savaş dispanseri, ilgili mevzuatı doğrultusunda muayene ve tedavilerini yapmakla yetkili oldukları kişilerle sınırlı olmak üzere işyeri hekimleri ve kurum hekimlikleri, üniversitelerin medikososyal birimleri) yapılması uygulamasına 01 Temmuz 2009 tarihinde başlanacaktır.

(3) Sevk alınmaksızın ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına yapılan müracaatlara ilişkin sağlık hizmeti bedelleri Kurumca ödenmez.

(4) Ancak;

a) Acil hallerde, (acil hal nedeniyle aile hekimliğinden sevk alınmaksızın ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına yapılan müracaatlara ilişkin giderlerin ödenebilmesi için acil tıbbi müdahale yapılmasını zorunlu kılan durumun müdahaleyi yapan hekim tarafından imzalanmış bir belge ile belgelendirilmesi ve Kurumca kabul edilmesi şarttır.)

b) Ağız ve diş sağlığı hizmetleri için yapılan müracaatlarda,

c) Başka bir yerleşim yerindeki sağlık kurumundan/ kuruluşundan sevk edilmek suretiyle yapılan müracaatlarda,

ç) Tedavi programı sağlık raporu ile belgelenen kişilerin bu tedavileri (kemoterapi, radyoterapi, ESWL, tüp bebek tedavisi, hiperbarik oksijen tedavisi, diyaliz, fizik tedavi ve rehabilitasyon vb.) için sağlık kurum ve kuruluşlarına müracaatlarında,

sevk zorunluluğu aranmayacaktır.

(5) SUT eki EK-4 Listesinde belirtilen illerde de sevkler SUT eki "Hasta Sevk Formu" (EK-4/A) tanzim edilerek yapılacaktır. Sevkler sevkin yapıldığı gün dâhil 3 (üç) iş günü geçerlidir.

(6) Aile hekimliğinden veya aile hekimliği dışında kalan diğer birinci basamak resmi sağlık kuruluşları tarafından sevk edilen kişilerin ayaktan tedavileri için;

a) Sevk edildiği branş hekimince, başka branş tarafından muayenesinin veya başka bir sağlık kurumuna sevkinin gerekli görülmesi halinde bu durumun sevk formunda belirtilmiş olması koşuluyla ayrıca sevk aranmayacaktır. (Sevk formunun aslı gibi onaylı fotokopisi faturaya eklenecektir.)

b) Sevk edildiği sağlık hizmeti sunucusunda yapılan muayenesi sonrasında kontrol öngörülmüşse, bu durumun sevk formunda belirtilmiş olması koşuluyla kontrol amaçlı muayeneler için ayrıca sevk aranmayacaktır. (Sevk formunun aslı gibi onaylı fotokopisi faturaya eklenecektir.)

c) Sevk edildiği sağlık hizmeti sunucusunda, aynı branşta aynı takip numarası ile yapılacak diğer işlemleri için ayrıca sevk aranmayacaktır.

### 3.2. Kimlik tespiti

(1) Sağlık kurum ve kuruluşları, Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilerin müracaatı aşamasında (acil hallerde ise acil halin sona ermesinden sonra) nüfus cüzdanı, sürücü belgesi, evlenme cüzdanı, pasaport veya verilmiş ise Kurum sağlık kartı belgelerinden biri ile kimlik tespiti yapacaktır. Kimlik tespiti yükümlülüğünü yapmayan ve bu nedenle bir başka kişiye sağlık hizmeti sunulması nedeniyle Kurumun zarara uğramasına sebebiyet veren sağlık hizmeti sunucularından uğranılan zarar geri alınır.

(2) 2828 sayılı Kanunla sağlanan yardımlardan ücretsiz faydalananlardan çocuk, özürlü, kadın ve yaşlıların sağlık kurum ve kuruluşlarına birinci fıkrada belirtilen belgeleri ibraz edememeleri halinde Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu kapsamında bulduklarını gösterir belgeye göre gerekli işlemler yürütülerek sonrasında söz konusu belgelerin ibrazı anılan Kurumdan istenecektir.

(3) Kapsamdaki kişilerin kendi adına bir başkasının sağlık hizmeti almasını veya Kurumdan haksız bir menfaat temin etmesini sağlaması yasaktır. Bu fiilleri işleyenlerden Kurumun uğradığı

zararın iki katı kanunî faiziyle birlikte müştereken ve müteselsilen tahsil edilir ve ilgililer hakkında 26/9/2004 tarihli ve 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu hükümleri uygulanır.

### 3.3. Provizyon işlemleri

(1) Kurumla sözleşmesi bulunan sağlık hizmeti sunucuları tarafından müracaat eden kişinin sağlık yardımlarından yararlanma haklarının olup olmadığının tespiti için Kurum bilgi işlem sistemi (MEDULA, MEDULA-optik, eczane provizyon sistemi) üzerinden, T.C. kimlik numarası ile hasta takip numarası/ provizyon alınması zorunludur.

(2) Ancak; Kurumla sözleşmeli sağlık kurum ve kuruluşlarınca, aşağıda sıralanan istisnai durumlar nedeniyle Kurum bilgi işlem sisteminden hasta takip numarası/ provizyon alınamamasına rağmen gerekli sağlık yardımları sağlanacaktır.

a) Sağlık yardımları yeterli prim ödeme gün sayısı olmaksızın ve/veya prim borcu olup olmadığına bakılmaksızın Kurumca karşılanacak olan;

1) İş kazasına uğrayan kişiler (Hizmet akdiyle bir veya birden fazla işveren tarafından çalıştırılanlar için iş kazası bölümü doldurulmuş vizite kâğıdı faturaya eklenir. Sadece iş kazası nedeniyle sunulan sağlık hizmeti bedelleri ödenir),

2) Meslek hastalığına uğrayan kişiler (meslek hastalığının Kurumca tespiti şartıyla sadece meslek hastalığı nedeniyle sunulan sağlık hizmetleri bedelleri ödenir),

3) Tıbben başkasının bakımına muhtaç kişiler (Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırılması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik kapsamında, yetkilendirilmiş özürlü sağlık kurulu raporu vermeye yetkili sağlık kuruluşlarınca ağır özürlü olduğunu gösterir “Özürlü Sağlık Kurulu Raporu” faturaya eklenir),

4) Sağlık Bakanlığınca duyurulan “Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar Listesi” nde yer alan hastalık tespit edilen kişiler (sadece bu hastalığı nedeniyle sunulan sağlık hizmeti bedelleri ödenir),

5) Acil haller nedeniyle müracaat eden kişiler (sadece acil hal nedeniyle sunulan sağlık hizmeti bedelleri ödenir),

6) Koruyucu sağlık hizmetleri sunulacak kişiler (sadece koruyucu sağlık hizmeti bedelleri ödenir),

7) Gebeliğin başladığı tarihten itibaren doğumdan sonraki ilk sekiz haftalık, çoğul gebelik halinde ise ilk on haftalık süreye kadar olan gebelik ve analık halini kapsayan analık haliyle ilgili rahatsızlık ve özürlülük hallerinde sağlık hizmeti sağlanan kadınlar (sadece analık hali nedeni ile sunulan sağlık hizmeti bedelleri ödenir),

8) 18 yaşını doldurmamış kişiler. (nüfus cüzdan fotokopisi faturaya eklenir)

b) Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan ve Sosyal Güvenlik İl Müdürlüklerince düzenlenmiş ve onaylanmış “Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sağlık Yardım Belgesi” ile müracaat eden kişiler (Kurum bilgi işlem sisteminde müstahaklık sorgulamasının yapılması sağlanıncaya kadar),

c) SUT'un (1.2.4) numaralı maddesinin (a) bendi hariç olmak üzere diğer bentlerinde sayılan kişiler (sayılan bentlerde belirtilen Kanunlara tabi olduklarını gösterir belge örneği fatura ekinde gönderilir),

ç) Kurum Hizmet Sunumu Genel Müdürlüğü yetkililerince imzalanacak bir tutanak ile tevsik edilmesi kaydıyla MEDULA sisteminden kaynaklanan arıza nedeniyle hasta takip numarasının alınmadığı süre zarfında Kurum sağlık yardımlarından yararlanma hakkının olduğunu yazılı olarak beyan etmek

veya belgelemek suretiyle müracaat eden kişiler (daha sonra yapılan sorgulama sonucu bu kişilerin müstahak olmadığı tespit edilmesi halinde, tedaviye ait fatura bedeli ilgili sağlık kurumuna/ kuruluşuna ödenerek gerekli yasal işlemler Kurumca yürütülür).”

**MADDE 2-** SUT’un (4.1.2) numaralı maddesinin beşinci fıkrası “Günübirlik tedavilerde SUT eki “Sağlık Kurumları Fiyat Listesi” nde (EK-8) yer alan refakatçi ücreti ödenmez.” şeklinde değiştirilmiştir.

**MADDE 3-** SUT’un (6) numaralı maddesinde aşağıda belirtilen düzenlemeler yapılmıştır.

**a)**(6.1) numaralı maddenin birinci fıkrasının birinci cümlesinde yer alan “resmi” ibaresi çıkarılmıştır.

**b)**(6.1) numaralı maddede yer alan “Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında” ibaresi “Özel sağlık kurumlarında” şeklinde değiştirilmiştir.

**c)**(6.2) numaralı maddeye ve (6.3) numaralı maddenin birinci fıkrasında yer alan “Kurumdan gelir ve aylık alanlar” ibarelerinden sonra gelmek üzere “ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler” ibaresi eklenmiştir.

**ç)**(6.3.2) numaralı maddeye (6.3.2.4) numaralı madde olarak; “(6.3.2.3) numaralı maddede belirtilenler dışında kalan ve sağlık raporunda (yatarak tedavilerde sağlık raporu veya epikrizde) hayati öneme haiz olduğu belirtilmeyen; iyileştirme araç ve gereçleri ile protez ve ortezler.” ibaresi eklenmiştir.

**d)**(6.4) numaralı maddeye (c) bendi olarak “Embriyo freezing işlemi için %30,” ibaresi eklenmiştir.

**e)**(6.5.6) numaralı madde “Tetkik ve tahliller ile diğer tanı yöntemlerinde kullanılan ilaçlardan, yatarak tedavilerde kullanılan ilaçlardan, sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla SUT eki “Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi” nde (EK-2) yer alan ilaçlardan katılım payları alınmaz.” şeklinde değiştirilmiştir.

**f)**(6.5.7) numaralı madde “Tıbbi sarf malzemeleri ile (6.3.2) numaralı maddede yer almayan tıbbi malzemelerden katılım payı alınmaz.” şeklinde değiştirilmiştir.

**g)**(6.6.1) numaralı maddeye aşağıdaki (c) ve (ç) bentleri eklenmiştir.

“**c)**İstisnai durumlar nedeniyle Kurum bilgi işlem sisteminden hasta takip numarası/ provizyon alınmamasına rağmen gerekli sağlık yardımları sağlanan, (3.3) numaralı maddenin ikinci fıkrasının (a), (b) ve (c) bentlerinde belirtilen kişilerden muayene katılım payı tahsil edilmesi gerekenler için muayenenin yapıldığı sağlık kurumlarınca kişilerden,” ibaresi eklenmiştir.

**ç)** MEDULA sisteminden kaynaklanan arıza nedeniyle hasta takip numarası alınmadığı süre zarfında SUT’un (3.3) numaralı maddesinin (ç) bendi doğrultusunda Kurumla sözleşmeli özel sağlık kurumlarınca kabul edilen müracaatlarda, muayene katılım payı tahsil edilmesi gerekenler için muayenenin yapıldığı sağlık kurumlarınca kişilerden,”

**h)**(6.6.3) numaralı maddenin (c) bendinde yer alan “vücut dışı protezler ve ortezler” ibaresi “ve SUT hükümleri gereği katılım payı tahsil edilmesi gereken tıbbi malzemeler” şeklinde değiştirilmiştir.

**ı)**(6.6.3) numaralı maddeye aşağıdaki (ç) ve (d) bentleri eklenmiştir.

“**ç)** Sağlık kurumlarınca temin edilen ve SUT hükümleri gereği katılım payı tahsil edilmesi gereken tıbbi malzemelerin katılım payı;

Tıbbi malzemeyi temin eden sağlık kurumlarınca kişilerden tahsil edilir.

**d)** Üremeye yardımcı tedavi (tüp bebek) katılım payı;

Tedavinin yapıldığı merkez tarafından kişilerden tahsil edilir.”

**MADDE 4-** SUT’un (7.3) numaralı maddesinin onikinci fıkrasında yer alan “(3.1)” ibaresi “(22)” olarak değiştirilmiştir.

**MADDE 5-** SUT’un (8) numaralı maddesine dördüncü fıkra olarak “18 yaşını doldurmuş kişilerin ortodontik diş tedavilerine ilişkin giderler Kurumca ödenmez.” ibaresi eklenmiştir.

**MADDE 6-** SUT’un (11) numaralı maddesinin;

**a)** Birinci fıkrasının birinci cümlesinde yer alan “Kaplıca tedavileri için,” ibaresinden sonra gelmek üzere “resmi sağlık kurumlarınca” ibaresi eklenmiştir.

**b)** İkinci fıkrası “Kaplıca tedavisine gerek görülenler, Sağlık Bakanlığınca İşletme İzni Verilen Kaplıca Tesislerine müracaat edebilirler. Kaplıca tedavilerine ilişkin yol giderleri ve gündelikler sağlık kurulu raporuna dayanılarak karşılanacak olup ayrıca sevk formu aranmayacaktır. Ödeme işlemleri, tedavinin sağlanabildiği en yakın kaplıca tesisinin bulunduğu yerleşim yeri esas alınarak yürütülecektir. Raporda refakatin tıbben gerekli olduğunun belirtilmesi ve tedavinin yapıldığı tesis tarafından refakatçi kalındığının belgelenmesi halinde refakatçinin yol giderleri ve gündelikleri Kurumca karşılanır. Yol giderleri mutata taşıt bedeli üzerinden ödenir.” şeklinde değiştirilmiştir.

**MADDE 7-** SUT’un (12) numaralı maddesinde aşağıda belirtilen düzenlemeler yapılmıştır.

**a)** SUT’un (12.1.1) numaralı maddesinin ikinci fıkrası aşağıdaki şekilde düzenlenmiştir.

“(2) Düzenlenen reçetelerde mutlaka teşhis, ilgili hekimin ıslak imzası ve bilgileri yer alacaktır. SUT eki EK-2/F Listesinde yer alan kısaltmalar hariç teşhislerde kısaltma yapılmayacaktır. Reçetede yazılı ilacın/ilaçların yan etkilerini önlemek ve/veya tedaviyi desteklemek amacıyla yazılan ilaçlar için ayrıca teşhis aranmayacaktır.”

**b)** SUT’un (12.1.3) numaralı maddesinin sekizinci ve dokuzuncu fıkraları aşağıda belirtildiği şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“(8) Kullanımı sağlık raporuna bağlı veya katılım payından muaf ilaç(lar) için düzenlenecek reçetelere ait aslı gibidir onayı yapılmış rapor fotokopisi, fatura ekinde Kuruma gönderilecektir. Aslı gibidir onayı; raporu düzenleyen sağlık kurumu veya reçeteyi düzenleyen hekim veya reçeteyi karşılayan eczacı tarafından yapılacaktır.

(9) SUT’un yürürlüğe girmesinden önce düzenlenen sağlık raporları, bu SUT hükümlerine uygun olması kaydıyla süresi sonuna kadar geçerlidir (Bu maddenin 5. fıkrası saklıdır). Bu SUT hükümlerine uygun olmayan raporlar, SUT’un (12.1.3) numaralı maddesi kapsamında bu SUT hükümlerine uygun hale getirilebildiği takdirde geçerli olacaktır.”

**c)** SUT’un (12.2.) numaralı maddesinin birinci ve üçüncü fıkraları aşağıda belirtildiği şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“(1) Ayaktan yapılan tedavilerde, 12.3 üncü maddede belirtilen durumlar dışında, bir reçetede en fazla dört kalem ilaç yazılır ve her kalem ilaçtan bir kutunun (ilaçların parenteral ve topikal formları ile 12.5 inci maddede belirtilen durumlar hariç) bedeli ödenir. Parenteral formlar ile majistrallerin reçeteye yazılması durumunda en fazla 10 günlük tedavi bedeli ödenir. Reçetede mutlak surette günlük kullanım dozu belirtilecektir. Majistraller en fazla 10 günlük tedavi dozunda reçetelendirilebilecek olup, bu durum ve tedavi amaçlı olduğu hekim tarafından reçete üzerinde belirtilecektir.

**(3)** Antiinflamatuvar ve antiromatizmal grubu ilaçların solid-oral formlarında büyük ambalaj kapsamına giren ilaçlar, ayaktan tedavide tek uzman hekim tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporuna dayanılarak reçete edildiklerinde, en küçük ambalajlı formları ise rapor aranmaksızın reçete edildiklerinde bedelleri ödenir. Bunların dışında kalan ilaçlarda, aynı dozda bir veya birden fazla formu olan ilaçların/ eşdeğer ilaçların 30 günlük tedavi dozunu geçen ambalaj formları için sağlık raporu düzenlenmesi zorunludur.”

**d)** SUT’un (12.7.3) numaralı maddesi aşağıda belirtildiği şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“12.7.3. Aşı ve serum temini uygulaması

Enjektabl allerji aşı endikasyonları;

**(1)** İnhalen alerjen duyarlılığı olduğu cilt testleri ve/veya spesifik Ig E ölçümü ile gösterilmiş, en fazla 2 farklı grup inhalen allerjene karşı duyarlılığı olan, en az 3 ay süre ile uygulanan medikal tedavi ile hastalığın kontrol altına alınmadığının raporda belirtilmesi kaydı ile;

**1)**Allerjik bronş astımı,

**2)**Allerjik rinit,

**3)**Allerjik konjoktivit,

durumlarında, bu durumların allerji veya klinik immunoloji uzman hekimlerinden birinin yer aldığı, tedavi protokolünü gösterir resmi sağlık kurulu raporuna dayanılarak reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. İlk reçetelendirme allerji veya klinik immunoloji uzman hekimleri tarafından yapılacaktır.

Sağlık Kurulu raporuna istinaden tedavinin devamı niteliğindeki diğer reçetelendirmeler bu hekimlerin yanı sıra, çocuk sağlığı ve hastalıkları, kulak burun boğaz, göz hastalıkları, göğüs hastalıkları, iç hastalıkları veya aile hekimliği uzman hekimi tarafından yapılabilecektir.

**(2)** Alerji aşılarının oral formları ödenmez.

**(3)** Arı Venom alerjisi; Arı venom aşıları, allerji, klinik immunoloji, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak, uzman hekimler tarafından reçete edilmeleri halinde bedeli ödenir.

**(4)** Aşı tedavileri, arı venom alerjisi hariç 5 yılı geçemez. Bu amaçla yukarıda tanımlanan raporlarda tedaviye başlama tarihi yazılacaktır.

**(5)** Zehirlenmelerde kullanılan antidotların bedelinin tamamı sağlık raporu aranmaksızın ödenir.”

**e)** SUT’un (12.7.9) numaralı maddesinin (a) bendi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“**a)** Eritropoietin ve darbepoietin kullanım ilkeleri;

Eritropoietin ve darbepoietin preparatları sadece kronik böbrek yetmezliği ile ilişkili anemi ve myelodisplastik sendrom endikasyonlarında aşağıda belirtilen koşullarda Kurumca karşılanacak olup, diğer endikasyonlarda Kurumca karşılanmaz.

**1)** Kronik böbrek yetmezliği ile ilişkili anemi endikasyonunda;

Eritropoietin alfa-beta ve darbepoetin ile tedaviye başlamadan önce; hastanın ferritin ve/veya transferrin saturasyonu (TSAT) değerlerine bakılacaktır. Bu değerler TSAT < %20 ve/veya ferritin <100 µg/L ise hastaya öncelikle oral veya intravenöz demir tedavisine başlanacaktır. TSAT ≥ %20 ve/veya ferritin ≥ 100 µg/L olduğunda hemoglobin değeri 10 gr/dl altında ise tedaviye başlanır. Hedef hemoglobin değeri 11-12 gr/dl arasındır. Hemoglobin değeri 11 gr/dl'ye ulaşıncaya kadar başlangıç dozunda tedaviye devam edilir ve Hb seviyesini 11-12 gr/dl arasında tutabilmek için idame dozda tedaviye devam edilir. Hb seviyesi 12 gr/dl'yi aşınca tedavi kesilir. Hasta Hb seviyesi için takibe alınacak ve Hb seviyesi 11-12 gr/dl'nin arasına gelince hastaya idame dozda tedaviye tekrar başlanabilir. İdame tedavi sırasında ve/veya tedaviye yeniden başlandığında TSAT >%20 ve/veya ferritin >100 µg/L olmalıdır. Bu değerlere 3 ayda bir bakılır ve tetkik sonuç belgesi reçeteye eklenir. Tetkik sonuçlarının cihaz çıktısı şeklinde olması şart olup, el yazısı ile yazılan sonuçlar dikkate alınmaz.

Eritropoietin alfa-beta ve darbepoetin, nefroloji uzman hekimi veya diyaliz sertifikalı uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak, nefroloji uzman hekimi veya diyaliz merkezinde görevli diyaliz sertifikalı tüm hekimlerce yazılabilir.

Tedaviye başlama ve idame dozu, sırasıyla: darbepoetin için 0.25-0.75 mcg/kg/hafta ve idame dozu 0.13-0.35 mcg/kg/hafta, eritropoietin alfa-beta için ise tedaviye başlangıç dozu 50-150 IU/kg/hafta ve idame dozu 25- 75 IU/kg/haftadır.

## 2) Myelodisplastik sendrom endikasyonunda

Hemoglobin değeri 11 gr/dl'nin, blast oranı %5'in ve serum eritropoietin düzeyi 500mu/ml'nin altında olan hastalarda tedaviye başlanır. Hedef hemoglobin değeri 12 gr/dl'dir. Hb seviyesi 12 gr/dl'yi aşınca tedavi kesilir. Maksimum doz haftada 900 IU/kg'ı aşmamalıdır. Eritropoietin alfa-beta ve darbepoetin, hematoloji uzman hekimi tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak, hematoloji veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilebilir. Hemogram sonuç belgesi her reçeteye eklenir.

Tetkik sonuçlarının cihaz çıktısı şeklinde olması şart olup, el yazısı ile yazılan sonuçlar dikkate alınmaz.

3)Eritropoietin alfa-beta ve darbepoetin endikasyon muadili olarak birbirlerinin yerine kullanılabilirler.

Eritropoietin ve darbepoetinlerin ilgili uzman hekim raporlarında ilacın kullanım dozu ve süresi belirtilir. Bir defada en fazla 1 aylık ilaç verilir.”

f) SUT'un (12.7.9) numaralı maddesinin (b) bendine son fıkra olarak,

“Fosfor düzeyinin 3.5mg/dl'nin üzerine çıkması durumunda tedaviye ilk başlama kriterleri aranarak tekrar başlanabilir.” ibaresi eklenmiştir.

g) SUT'un (12.7.14) numaralı maddesinin (c) bendinin (3) numaralı maddesinin (a) alt bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“a) Tıbbi onkoloji veya çocuk onkolojisi uzman hekimlerinin bulunduğu tüm hastanelerde, bu hekimlerden en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenerek bu hekimlerce reçete edilir. Bu uzman hekimlerden hiçbirinin bulunmadığı üçüncü basamak sağlık kurumlarında ise, hastalıkla ilgili branşlardaki uzman hekimlerce sağlık kurulu raporu düzenlenir ve yine üçüncü basamak sağlık tesislerinde bu hekimlerce reçete edilir.

Bevacizumab, erlotinib, gefinitib, octreotid, lanreotid, setuksimab.”

**ğ)** SUT'un (12.7.14) numaralı maddesinin (c) bendinin (3) numaralı maddesinin (d) alt bendine birinci fıkra olarak;

“Trastuzumab; Metastik meme kanseri tedavisinde HER- 2 immünohistokimya ile +3 veya FISH/CISH (+) olan hastalarda progresyona kadar kullanılabilir. Hastanın tedaviden fayda görmesi ve bu durumun reçete üzerinde hekim tarafından belirtilmesi halinde tedaviye devam edilir. Trastuzumab kullanılırken progresyon gelişmesi halinde tedavi sonlandırılır. Tıbbi onkoloji uzman hekiminin bulunduğu tüm hastanelerde bu hekimin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile bu hekimlerce reçete edilir. Tıbbi onkoloji uzman hekiminin bulunmadığı 3.basamak sağlık kurumlarında ise genel cerrahi uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile ve yine 3. basamak sağlık tesislerinde genel cerrahi uzman hekimince reçete edilir.” ibaresi eklenmiştir.

**h)**SUT'un (12.7.14) numaralı maddesinin (c) bendinin (3) numaralı maddesinin (d) alt bendinde “Ritüksimab:” başlıklı fıkrasında yer alan “uzman hekim raporuna istinaden” ibaresinden sonra gelmek üzere “, yalnızca bu uzman hekimler tarafından reçete edildiğinde” ifadesi eklenmiştir.

**ı)** SUT'un (12.7.15) numaralı maddesinin (b) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

**“b)** Akut koroner sendrom tanısıyla hastaneye yatırılan veya müşahedeye alınan hastalarda EKG değişikliği veya troponin pozitif olan ST yükselmesi miyokard enfarktüsü veya anstabil anginalı hastalar ile ST yükselmeli miyokard enfarktüsü hastalarında kardiyoloji, kalp damar cerrahisi veya acil tıp uzman hekimleri tarafından rapor aranmaksızın bir defaya mahsus olmak üzere reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Bu durumlarda hasta taburcu olduktan sonra bir defaya mahsus olmak ve 4 haftayı geçmemek üzere bu hekimlerden biri tarafından raporsuz reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.”

**i)** SUT'un (12.7.17) numaralı maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

#### **“12.7.17. Osteoporozda ilaç kullanım ilkeleri**

**1-** Osteoporoz tedavisinde bifosfonatlar ve diğer osteoporoz ilaçları (raloksifen, calcitonin, stronsiyum ranelat) yalnızca aşağıdaki endikasyonlarda ve aşağıda belirtilen koşullar çerçevesinde ödenir. Bu ilaçlar tedavi süresinin belirtildiği sağlık raporuna dayanılarak reçete edilirler. Rapor süresi 1 yıldır. Omurgadan ve femurdan yapılan tetkiklerle ilgili KMY ölçümünün bir örneği reçeteye eklenir. Bu grup ilaçların birlikte kombine kullanımı halinde sadece birinin bedeli ödenir.

Aktif D vitaminleri (kalsitriol ve al fakalsidol) osteoporoz tedavisinde ödenmez. (Ek-2 listesindeki düzenlemeler hariç)

**A.** Senil osteoporoz, postmenopozal ve cerrahi menapoza bağlı osteoporozda:

**1)** Osteoporotik patolojik kırık bulunan ve lomber bölgeden posteroanterior veya lateral yapılan kemik mineral yoğunluk (KMY) ölçümünde L1,L2,L3,L4 veya femoral bölgeden yapılan KMY ölçümünde “T” değerlerinden herhangi birinin -1 veya daha düşük olduğu hastalarda,

**2)** Lomber bölgeden posteroanterior veya lateral yapılan KMY ölçümünde L1,L2,L3,L4 veya femoral bölgeden yapılan femur total veya femur boynu KMY ölçümünde “T” değerlerinden herhangi birinin -2,5 veya daha düşük olduğu hastalarda,

uzman hekim raporuna dayanılarak uzman hekimlerce reçete edilir.

**B.** Senil, postmenopozal ve cerrahi menapoza bağlı osteopenide (T-skorunun -1 ile -2.5 arasında olması)



Aşağıdaki hasta gruplarında bifosfonatların veya diğer osteoporoz ilaçların (raloksifen, stronsiyum ranelat) kullanımında raporda tedavi süresi belirtilir, omurgadan ve femurdan yapılan tetkiklerle ilgili KMY ölçümünün bir örneği ile belirlenen hastalıklara ait raporun bir örneği reçeteye eklenir.

Romatoid artrit, çölyak hastalığı, kronik inflamatuvar barsak hastalığı (Crohn Hastalığı veya Ülseratif Kolit), ankilozan spondilit, hipertiroidi, hipogonadizm, hipopituitarizm, anoreksia nervoza, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, tip I diyabet, uzun süreli (en az 3 ay) ve > 5mg/gün sistemik kortikosteroid kullanımı veya organ nakli uygulanmış hastalara sağlık kurulu raporuna dayanılarak uzman hekimlerce reçete edilir.

### C. Sudek atrofisinde:

Altı ay boyunca uygulanan standart tedavilere (analjezik, fizyoterapi) rağmen yeterli cevap alınmadığının ve lokal kırığın raporda belirtilmesi halinde uzman hekim raporuna dayanılarak reçete edilir.

Yukarıda belirtilen durumlar için düzenlenen raporların süresi 1 (bir) yıldır. Osteoporozda ilaç tedavisi son 6 ay içinde yapılan KMY ölçümüyle planlanır. Ölçüm en erken 1 yıl sonra tekrar edilebilir ve yılda bir defadan daha sık yapılamaz. 75 yaş ve üzerindeki hastalarda KMY ölçümüne gerek yoktur. KMY ölçümü bir kalçasında protez olan hastada diğer kalçadan, her iki kalçasında da protez olan hastada vertebradan yapılabilir.

### 2-Paget, Uzun süreli kortikosteroid kullanımına bağlı osteoporoz ve juvenil osteoporoz:

Uzman hekim raporuna dayanılarak uzman hekimlerce reçete edilir. Rapor süresi 1 yıldır.”

j) SUT'un (12.7.27) numaralı maddesinin (A) bendinin birinci fıkrası aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“Hastanın tanısı, faktör düzeyi, varsa inhibitör düzeyini belirten hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak, hematoloji uzman hekiminin olmadığı hastanelerde ise üç iç hastalıkları ya da üç çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından düzenlenecek sağlık kurulu raporuna dayanılarak, hematoloji veya iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından;”

k) SUT'un (12.7.28) numaralı maddesinde aşağıda belirtilen düzenlemeler yapılmıştır

1. Birinci cümlesi “Aşağıda belirtilen hastalıklardan birini gösteren sağlık raporuna istinaden;” şeklinde değiştirilmiştir.

2. (B) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“B-Uzman hekim raporu iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, kardiyoloji, kalp damar cerrahisi veya nöroloji uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenir ve rapor süresi boyunca tetkik sonuçları değerlendirmeye alınmaz. İlk uzman hekim raporuna son 6 ayda yapılmış, kan lipid düzeylerinin yüksek olduğunu gösteren tetkik eklenir veya bu tetkik sonuçları raporda belirtilir. 01x01 dozda reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.”

3. (D) bendinde yer alan “Tetkik sonuçlarının cihaz çıktısı şeklinde olması şart olup, el yazısı ile yazılan sonuçlar dikkate alınmaz.” ibaresi, (12.7.28) numaralı maddenin son fıkrası olacak şekilde düzenlenmiştir.

l) SUT'un (12.7) numaralı maddesine (12.7.33) numaralı madde olarak aşağıdaki madde ilave edilmiştir.

### **“12.7.33. Makula Dejenerasyonunda kullanılan ilaçların kullanım ilkeleri;**

Pegaptanib Sodyum, Ranibizumab ve Vertaporfin etken maddelerini içeren ilaçlar; 3. basamak sağlık tesislerinde en az üç göz hastalıkları uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporu ile hasta anamnezi, FFA ve lezyona ait renkli resim rapora eklenerek, göz hastalıkları uzmanlarınca reçetelenerek uygulanır. Pegaptanib Sodyum 6 haftada bir yılda en fazla 9 enjeksiyon, Ranibizumab etken maddeli ilaçlar da yılda en fazla 6 enjeksiyon uygulanabilir.”

**m)** SUT’un (12.8) numaralı maddesi aşağıda yer aldığı şekilde yeniden düzenlenmiştir.

### **“12.8. Güvenlik ve Endikasyon Formu ile Uyuşturucu ve Psikotrop İlaçlar**

Sağlık Bakanlığı (İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü) Bilimsel Komisyonları tarafından herhangi bir ilaçla ilgili “Güvenlik ve Endikasyon Formu” geliştirilmiş ise ilgili ilacın geri ödenmesi için söz konusu formun doldurulması ve gereken imzaların tamamlanması ve bir örneğinin reçeteye eklenmesi gerekmektedir.

Güvenlik ve endikasyon formu olan ilaçlar ile uyuşturucu ve psikotrop ilaçların reçeteye yazılacak maksimum dozları ve varsa rapor süreleri konusunda Sağlık Bakanlığınca belirlenen kurallara uyulacaktır.”

**MADDE 8-** SUT’un (18) numaralı maddesinin dördüncü fıkrası “Yurtiçinde veya yurtdışında organın bulunması halinde hastanın organın bulunduğu yere veya organın organ nakli yapılacak merkezin bulunduğu yere getirilmesine ilişkin gidiş-dönüş için nakliye/ transfer masrafları SUT’un (22) numaralı maddesi doğrultusunda Kurumca karşılanır.” şeklinde değiştirilmiştir.

**MADDE 9-** SUT’un (19.5.1) numaralı maddesinin altıncı fıkrasına son cümle olarak “Ancak akut böbrek yetmezliği tanısıyla hemodiyaliz tedavisi görmesi gerektiğine dair rapor düzenlenmeksizin uygulanan hemodiyaliz tedavileri SUT eki EK-8 Listesi “704.210” işlem kodundan faturalandırılır.” cümlesi eklenmiştir.

**MADDE 10-** SUT’un (19.7) numaralı maddesinin birinci ve ikinci fıkraları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

**“(1)** Ayaktan fizik tedaviler ile ayaktan/ yatarak tedavilerde uygulanan rehabilitasyon işlemleri için gerekli uzman hekim raporu, fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerince düzenlenecektir. Raporda tanı ve uygulanacak seans sayısı yer alacaktır.

**(2)** Rehabilitasyon işlemleri ile ayaktan fizik tedavi uygulamaları SUT eki EK-9 Listesinde yer alan fiyatlar esas alınarak ödenir.”

**MADDE 11-** SUT’un (19.7) numaralı maddesine (19.7.3) numaralı madde olarak aşağıdaki madde eklenmiştir.

### **“19.7.3. Ekstrakorporal şok dalgası (ESWT) tedavisi**

ESWT tedavisi için gereken uzman hekim raporu, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji ile spor hekimlerinden biri tarafından düzenlenecektir.

ESWT tedavisi, sadece epin calcanei, plantar fasiit, epikondilit ve kalsifik tendinit tanılarında uygulanması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

ESWT tedavisi SUT eki EK-9 Listesinde yer alan fiyat esas alınarak ödenir. Bir hasta için bir yıl içinde farklı vücut bölgelerinden olmak şartıyla iki kez, aynı bölgeden bir kez olmak üzere uygulanan ESWT işlemlerine ait bedeller Kurumca karşılanır.

ESWT işlemleri diğer fizik tedavi işlemleri ile birlikte faturalandırılmaz.”

MADDE 12- SUT’un (19) numaralı maddesine (19.10) ve (19.11) numaralı madde olarak aşağıdaki maddeler ilave edilmiştir.

#### **“19.10. Yoğun bakım tedavisi**

(1) Resmi ve özel sağlık kurumları bünyesinde kurulu bulunan yoğun bakım ünitelerinin standartları, yoğun bakım ünitelerinin tanımı, hasta özellikleri, personel durumu, yatak sayısı, tıbbi cihaz ve donanım ile yoğun bakım ünitelerinin taşınması gereken diğer özellikleri v.b. hususlarda Sağlık Bakanlığı düzenlemelerine uyulacaktır.

(2) Yoğun bakım tedavileri SUT eki EK-9 Listesinde yer alan ücretler üzerinden faturalandırılır. Ayrıca faturalandırmada aşağıdaki hususlar da dikkate alınacaktır.

1) “Trombosit süspansiyonu” ve “aferez trombosit” bedelleri yoğun bakım hizmetleri paket fiyatlarına dahil olmayıp ayrıca fatura edilebilecektir.

2) Yoğun bakımda tedavi gören hastaya SUT eki EK-8 veya EK-9 Listelerinde yer alan işlemlerden A, B, C grubu cerrahi işlemlerin yapılması halinde, SUT eki EK-8 Listesi üzerinden işlem bedelleri ile bu işlemler ile ilgili olarak kullanılan faturalandırılabilir tıbbi malzeme bedelleri ayrıca faturalandırılabilir. SUT eki EK-8 ve EK-9 Listesinde yer alan işlemlerden D ve E grubu işlemler ise yoğun bakım hizmetleri paket ücretlerine dahil olup ayrıca faturalandırılmaz.

3) SUT eki EK-8 ve/ veya EK-9 Listeleri kapsamında cerrahi işlem yapılan hastaya işlem sonrası yoğun bakım tedavisi gerekmesi durumunda yoğun bakım hizmetleri, SUT eki EK-9 Listesinde yer alan ücretler üzerinden faturalandırılabilir. Bu durumda yapılan cerrahi işlem bedeli SUT eki EK-8 Listesi üzerinden, bu işlem ile ilgili olarak kullanılan faturalandırılabilir tıbbi malzeme bedelleri ayrıca faturalandırılabilir.

4) Yoğun bakımdaki hastalara uygulanan hemofiltrasyon, hemodiyaliz, plazmaferez tedavileri, SUT eki EK-8 Listesi üzerinden ayrıca faturalandırılabilir.

5) Aynı sağlık kurumunda aynı gün birden fazla basamakta yoğun bakım tedavisi gören hasta için bir yoğun bakım ücreti faturalandırılabilir. Hastanın genel durumu itibarıyla bulunduğu basamaktan farklı bir basamağa geçmesi durumunda, gelişmeler epikrizde belirtilmelidir. Haftanın ilk günlerinde basamak değişikliği olması halinde basamak değişikliğinin olduğu gün için geçilen basamağın birinci gün ücreti ödenir. Haftanın birinci günleri dışındaki günlerde basamak değişikliği olması halinde basamak değişikliğinin olduğu gün için birinci gün ücreti değil, geçilen basamağın diğer gün ücreti ödenir.

6) Birinci, sekizinci, onbeşinci vb. gün uygulamaları hastanın yatış günleri esas alınarak uygulanacak olup, hasta; birinci, sekizinci, onbeşinci vb. günlerde hangi klinik basamakta ise bu maddenin (5) numaralı madde hükmü göz önünde bulundurularak ilgili basamağın ilk gün ücreti üzerinden faturalandırılacaktır.

7) Yoğun bakımda üç günden (üçüncü gün dahil) daha kısa süre yatan hastalar için haftanın ilk günü dâhil tüm günler “diğer günler” üzerinden ücretlendirilir. Ancak üç günden kısa yatışlar, hastanın ölümü nedeniyle oluşmuşsa ilk gün için “ilk gün” ücreti ödenir.

#### **19.11. İşlem tekrarı için süre sınırlaması**

(1) SUT eki “İşlem Tekrarı İçin Süre Sınırlaması Listesinde” (EK-8/A) yer alan süre sınırlamaları yatarak tedaviler, acil haller ile onkolojik hasta takipleri için uygulanmaz.”

**MADDE 13-** SUT'un (20.1) numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

**a)** Üçüncü fıkrasına son cümle olarak "Bir malzemenin UBB'na kayıtlı olması o malzemenin Kurumca ödenmesi için tek başına yeterli olmayıp aynı zamanda distribütör ve/veya ana bayice alt bayilerin de UBB'de tanımlanmış olması halinde fatura bedelleri kurumca karşılanır." cümlesi eklenmiştir.

**b)** Yedinci fıkrasına son cümle olarak "Kurumca gerekli görüldüğü hallerde ibrazı zorunludur." cümlesi eklenmiştir.

**c)** Onuncu fıkrasına son cümle olarak "Bu madde kapsamındaki tıbbi malzemelerin, garanti süresi bitiminden kullanım miadlarının sonuna kadar servis hizmeti verebileceğinin yüklenici firmalarca taahhüt edilmelidir." cümlesi eklenmiştir.

**d)** Onüçüncü fıkrası "Tıbbi malzemelerin yenilenmesi için düzenlenecek sağlık kurulu raporlarında önceden verilen protez ve ortezin yenilenmesi gerektiğinin gerekçeleriyle birlikte belirtilmelidir. Kurumca temin edilen ortez ve protezlerin gerek kullanım sürelerinin dolması, gerekse sağlık kurulu raporu ile yenilenmesinin gerektiği durumlarda düzenlenecek sağlık kurulu raporlarında daha önce kullanılan protez ve ortezin belirtilmesi gerekmektedir." şeklinde değiştirilmiştir.

**e)** 15, 16, 17, 18 inci fıkra olarak aşağıdaki fıkralar ilave edilmiştir.

**(15)** Mücbir sebeplere bağlı olarak protez-ortezlerin kullanılamayacağı belgelendirilmesi halinde, Kurumun da uygun görmesi durumunda süreye bakılmaksızın yenilenir.

**(16)** Hastanelerce demirbaş olarak kullanılan malzemelerin ve bunlara ait sarf malzemelerinin bedelleri kurumca karşılanmaz.

**(17)** Tıbbi malzemelerin şahıs ödenmesine ilişkin fatura ve ekli belgeler;

-reçete

-sağlık raporu aslı (sürekli kullanım arz eden malzemelerde raporun onaylı sureti)

-fatura ve faturada UBB kodu, varsa emekli sandığı kodu (yatan hastalar için)

-fatura arkasında reçeteyi yazan hekim tarafından hasta üzerinde uygulandığı görüldüğü ve uygunluğunun belirtilerek onaylanması. (2007/82 sayılı genelge kapsamındaki ürünler hariç)

**(18)** İnterspinoz implantlar, viskosüplemantasyon ürünleri, sacral sinir sitimilatörü (aksesuarları dahil) ve inflow kateter bedelleri ödenmez."

**MADDE 14-** SUT'un (20.2.1) numaralı maddesinde aşağıda belirtilen düzenlemeler yapılmıştır.

**a)** (a) bendinin ikinci fıkrası "Yatarak tedavilerde temini zorunlu tıbbi malzemelerin, reçete düzenlenerek hastaya aldırılması durumunda; fatura tutarı hastaya ödenerek ilgili sağlık kurumunun alacağından mahsup edilir. Ancak, mahsup edilen malzemenin sağlık kurumunca ihale veya doğrudan alım yöntemi ile temin edilemediğinin başhekimlik onayı ile belgelendirilmesi halinde; SUT'un 20.2.2 nci maddesine göre tespit edilen tutar sağlık kurumuna iade edilir." şeklinde değiştirilmiştir.

**b)** (b) bendi aşağıdaki şekilde düzenlenmiştir.

**"b)** Özel sağlık kurumlarında;

1. Sözleşmeli özel sağlık kurumlarınca temin edilen SUT eki Listelerde yer alan malzemeler, SUT eki listelerde belirlenen birim fiyatlar üzerinden,

2. SUT ve eki listelerde yer almayan tıbbi malzemelerden;

a) Kurum (devredilen T.C.Emekli Sandığı) ile protokollü firmaların protokol dâhili malzemeleri protokol fiyatları üzerinden,

b) Kurum (devredilen T.C. Emekli Sandığı) tıbbi malzeme listelerinde fiyatı tespit edilemeyen tıbbi malzemeler, KDV dâhil alış fiyatı üzerinden,

Kuruma fatura edilen tutarı aşmamak şartıyla ödenir.

Özel sağlık kurumunca yatarak tedavilerde temini zorunlu tıbbi malzemelerin reçete karşılığı hastaya aldırılması durumunda; fatura tutarı hastaya ödenerek ilgili sağlık kurumunun alacağından mahsup edilir.”

MADDE 15- SUT’un (20.3.1.) numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

#### **“20.3.1. Myoelektronik kontrollü kol protezleri**

(1) Bilateral üst ekstremitte ampute hastalar veya tek taraflı üst ekstremitte amputasyonu ile birlikte karşı ekstremitteyi kullanamayacak hastalar için önerilen myoelektronik kontrollü kol protezlerine yönelik sağlık kurulu raporu, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji ve psikiyatri uzman hekimlerinin bulunduğu üçüncü basamak sağlık kurumları sağlık kurullarınca düzenlenecektir.

(2) Sağlık Kurulu raporunda; hastanın myoelektronik kontrollü kol protezi kullanımına ilişkin eğitim aldığı ve kullanabileceğinin yanında ayrıntılı değerlendirmeleri içeren ilgili uzman hekimlerin görüşünün yer alması zorunlu olup söz konusu raporların Sağlık Bakanlığına bağlı Ankara veya İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanelerince veya TSK Ankara Rehabilitasyon merkezince onaylanması gerekmektedir.

(3) Myoelektronik kontrollü kol protezlerinin yenilenme süresi 10 yıldır. Bu süreden önce temin edilen myoelektronik kontrollü kol protezlerinin bedeli Kurumca ödenmez.

(4) Tek taraflı dominant üst ekstremitte amputasyonu olanlara 2 kanallı myoelektronik kontrollü kol protezi ödenir.

(5) EMG ile tespiti yapılmış yeterli aksiyon potansiyeline sahip olmalıdır,

(6) Myoelektronik kontrollü kol protezi temin edildikten sonra hasta tarafından, yüksek gerilim altında ve manyetik alanlarda çalışmayacağını belgelemesi veya taahhüt etmesi gerekmektedir.”

MADDE 16- SUT’un (20.3.2) numaralı maddesinin birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(1) Uzman hekim raporu ile mesane veya rektum kontrolü olmaması (raporda tanı belirtilmek kaydı ile) nedeni ile (çocuklar için en az iki yaşını tamamlamış olmak kaydı ile) hasta alt bezi kullanması gerekli görülen hastalar için günde 4 adedi geçmemek üzere en fazla 1 aylık miktarlarda hasta alt bezi reçetelendirilmesi durumunda bedelleri Kurumca karşılanır.”

MADDE 17- SUT’un (20.3.3) numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

### **“20.3.3. Kolostomi, ürostomi torbası**

**(1)** Kolostomi ve ürostomi torbası için uzman hekim raporu düzenlenecek olup raporda, teşhis, yapılan ameliyatın adı, malzemenin adı, kullanım süresi ve günlük kullanım miktarı belirtilecektir. Hastada ikinci bir stoma söz konusu ise bu durum raporda açık olarak belirtilecektir.

**(2)** Sağlık raporuna dayanılarak tüm hekimlerce en fazla iki aylık dozlar halinde kolostomi ve ürostomide en fazla 60 torba, 20 adaptör ve 2 pasta; ileostomili hastada ise 90 torba, 30 adaptör ve 3 pastayı geçmemek üzere reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

**(3)** Sağlık kurumlarınca temin edilmesi halinde sağlık raporu aranmaz.

**(4)** Kolostomi, ileostomi ve ürostomi torbası kullanan hastalara Ek-5/A listesi dışında kalan yardımcı ürünlerin bedeli kurumca karşılanmaz.”

**MADDE 18-** SUT’un (20.3.4) numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

**a)** Birinci fıkranın birinci maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

**“1)** Yara bakım ürünleri için düzenlenecek sağlık kurulu raporları;

**a)** Yatarak tedavide;

Takip ve tedaviyi yapan branş uzman hekimi ile genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji ve plastik ve rekonstrüktif cerrahi uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı,

**b)** Ayaktan tedavide;

Resmî sağlık kurum/kuruluşlarında Genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı,

sağlık kurullarınca düzenlenecektir.”

**b)** Birinci fıkranın beşinci maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

**“5)** Ayaktan tedavide kullanılacak yara bakım ürünleri için, sağlık kurulu raporuna dayanılarak genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji ile plastik ve rekonstrüktif cerrahi uzmanı hekimlerinden biri tarafından reçete düzenlenmesi gerekmektedir.”

**d)** Birinci fıkranın altıncı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

**“6)** Tek reçetede en fazla 15 (onbeş) günlük miktar yazılabilir. Reçete düzenlenirken SUT eki EK-5/D Listesinde belirtilen kriterler kapsamındaki miktarların bedeli kurumca karşılanır.”

**e)** Birinci fıkranın sekizinci maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

**“8)** Ayaktan tedavide, sadece hydrocolloid, köpüklü ve hidrofiber içeren yara bakım ürünleri, SUT eki Ek-5/A Listesinde belirtilen bedeller doğrultusunda Kurumca karşılanır.”

**MADDE 19-** SUT’un (20.3.7) numaralı maddesinin dördüncü fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

**“4)** Odyoloji (cihazlı ve cihazsız) test sonuçlarını gösterir belgelerin aslı rapora eklenecektir. Odyoloji testlerinin, Kurumla sözleşmeli sağlık kurumlarında/ kuruluşlarında veya raporu düzenleyen sağlık kurumunun hizmet alım sözleşmesi yaptığı sağlık kurumlarınca/ kuruluşlarınca yapılması ve

odyometrist veya işitme testi yapmaya yetkili sertifikalı personel tarafından onaylanmış olması halinde kabul edilecektir.”

**MADDE 20-** SUT’un (20.3.9) numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

**a)** Birinci fıkrası “Kemik allogreftleri Sağlık Bakanlığı Tıbbi Cihaz Yönetmeliği kapsamına alınincaya kadar, bedellerinin ödenmesinde UBB kayıt/ bildirim işlemi tamamlanmış olma ve UBB ile Sağlık Bakanlığınca onaylanmış olma şartı aranmaz. Sentetik greftler Sağlık Bakanlığı Tıbbi Cihaz Yönetmeliği kapsamında olup, UBB kayıt/ bildirim işlemi tamamlanmış olma ve UBB ile Sağlık Bakanlığınca onaylanmış olma şartı aranır.” şeklinde değiştirilmiştir.

**b)** (20.3.9.1) numaralı madde başlığı “Kemik yapımını uyaran materyaller (DBM, DBM içeren “putty” “crunch”, jel)” şeklinde değiştirilmiştir.

**c)** (20.3.9.2) numaralı maddenin başlığı “Kemik yerine geçen materyaller (liyofilize edilmiş “strut greft, kortikal ve spongioz kemik içeren yongalar, küpler)” şeklinde, (f) bendi ise “Üç veya daha fazla seviye implant uygulanması gereken omurga cerrahisinde,” şeklinde değiştirilmiştir.

**d)** (20.3.9.3) numaralı maddesine “(5) Hidroksi apatit kristalleri mercan kaynaklı, tricalcium fosfat, cam granülleri kaynaklı kemik greftlerinin bedelleri kurumca karşılanmaz.” ibaresi beşinci fıkra olarak eklenmiştir.

**MADDE 21-** SUT’un (20.3.12) numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

**a)** Birinci fıkrasına (j) bendi olarak “Ayakta dik pozisyonlama ve yürütme cihazları” eklenmiştir.

**b)** (20.3.12.1) numaralı maddesinin (A) bendinin onikinci maddesinin “c) Bilevel Positive Airway Presssure Therapy (BPAP) Cihazı:” alt bendinin son fıkrası “Bu durumun düzenlenecek sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla BPAP cihazı (auto BPAP hariç) bedelleri Kurumca karşılanır.” şeklinde değiştirilmiştir.

**c)** (20.3.11.2) madde numarası (20.3.12.2) şeklinde ve (2) numaralı maddesinde yer alan “PaO<sub>2</sub> ’de 55-59 mmHg veya SaO<sub>2</sub> ≥ 89 ile birlikte” ibaresi “PaO<sub>2</sub> ’de 55-59 mmHg veya SaO<sub>2</sub> ≤ 89 ile birlikte” şeklinde değiştirilmiştir.

**d)** (20.3.11.3) madde numarası (20.3.12.3), (20.3.11.4) madde numarası (20.3.12.4), (20.3.11.6) madde numarası (20.3.12.6) şeklinde değiştirilmiştir.

**e)** (20.3.11.5) madde numarası (20.3.12.5) şeklinde ve üçüncü fıkrası “Deferoksamine flakon için kullanılan uygulama seti” nin, desferal pompası için düzenlenen sağlık kurulu raporuna dayanılarak, kullanımını gerektiren ilaç ile birlikte reçete edilmesi ve ilaç reçetesinin suretinin ekte sunulması halinde bedeli ödenir. Hekim tarafından ilaç bitimine kadar, en fazla 3 aylık miktarlarda 60 adeti geçmemek üzere reçete edilecektir.” şeklinde değiştirilmiştir.

**f)** (20.3.11.7) madde numarası (20.3.12.7) şeklinde ve birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“Ayakta durmak ve/veya yürümek için alt ekstremitelerini kullanamayacak hastalığı veya sakatlığının yanında

- El, ön kol ve kolun tek taraflı fonksiyonuna mani olan haller veya,
- Kalp yetmezliği veya koroner arter hastalıkları veya,
- Kronik obstrüktif akciğer hastalıkları

gibi tekerlekli sandalyeyi hareket ettirememesi yada hareket ettirmesi halinde kişinin sağlığının tehlikeye gireceği durumlarda, bu durumlarının ortopedi ve travmatoloji, beyin cerrahisi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, erişkin veya çocuk nöroloji uzman hekimlerinden birinin ve Kalp yetmezliği veya koroner arter hastalıkları varsa ayrıca kardiyoloji uzmanı, adı geçen branşta hekim yoksa dahiliye uzmanı; Kronik obstrüktif akciğer hastalıkları varsa ayrıca göğüs hastalıkları uzmanı, adı geçen branşta hekim yoksa dahiliye uzmanının yer aldığı;

• mental fonksiyonlar yönünden akülü tekerlekli sandalye kullanıp kullanamayacağı hususunun ayrıca belirtildiği; sağlık kurullarınca düzenlenen sağlık kurulu raporuyla tevsik edilmesi koşuluyla, akülü tekerlekli sandalye bedelleri Kurumca ödenir. 12 yaş altı hastalarda yukarıdaki şartlar sağlansa bile akülü tekerlekli sandalye bedelleri Kurumca ödenmez.”

g)(20.3.12.8) numaralı madde olarak aşağıdaki madde eklenmiştir.

### **“20.3.12.8. Ayakta Dik Pozisyonlama ve Yürütme Cihazları**

#### **20.3.12.8.1. Çocuklar İçin (Parapodium, Standing Table )**

(1)Üniversite veya Eğitim Araştırma Hastanelerinin fizik tedavi ve rehabilitasyon kliniklerinde yatırılarak uygulama ve eğitiminin yapılması sonucunda nöroloji, fiziksel tıp ve rehabilitasyon ve ortopedi uzman hekimlerinin bulunduğu sağlık kurulu raporuna dayanılarak, fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerince;

- Bilinci açık ve kognitif fonksiyonları yerinde olan,
- Baş kontrolü ve oturma dengesi olan,
- Üst ekstremit motor fonksiyonları yerinde olan,
- Progresif hastalığı olmayan,
- Herhangi bir nedene bağlı yerleşmiş parapleji klinik tablosu olan,

2 yaş ve üzerindeki hastalara (8 yaş üstü hastalara standing table bedeli karşılanmaz) reçete edilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.

(2) Parapodium, Standing Table, cihazları birlikte temin edilmez.

(3) Ayrıca bu hastalara tekerlekli sandalye bedeli ödenmez.

#### **20.3.12.8.2. Erişkinler için ( Stand Up Wheelchair (manuel kalkış manuel sürüş))**

(1) Üniversite veya Eğitim Araştırma Hastanelerinin fiziksel tıp ve rehabilitasyon kliniklerinde yatırılarak uygulama ve eğitiminin yapılması sonucunda nöroloji, fiziksel tıp ve rehabilitasyon ve ortopedi uzman hekimlerinin bulunduğu sağlık kurulu raporuna dayanılarak fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerince;

- Bilinci açık ve kognitif fonksiyonları yerinde olan,
- Üst ekstremit motor fonksiyonları yerinde olan,
- Progresif hastalığı olmayan,
- Herhangi bir nedene bağlı yerleşmiş parapleji klinik tablosu olan,



· Mesleğini devam ettiren ve mesleki olarak ayakta durması gereken,

hastalara (bu durumun Kurum sosyal güvenlik kontrol memurlarınca tespiti halinde) reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.

(2) Bu hastalara ayrıca tekerlekli sandalye (özelliksiz, özellikli, akülü), ayakta dik durma, parapodium cihazı bedeli ödenmez.

(3) Bu Tebliğin yürürlük tarihinden önce temin edilen tekerlekli sandalye (özellikli, özelliksiz, akülü), ayakta dik durma, parapodium cihazlarının kullanım süreleri tamamlanmadan erişkinler için Stand Up Wheelchair bedeli karşılanmaz.

(4) Akülü, motorlu, elektrikli, kalkış/ sürüş, merdiven inip çıkabilen ve benzeri cihaz bedelleri kurumca karşılanmaz.

(5) Stand Up Wheelchair yenilenme süresi 10 yıldır. Bu süreden önce yenilenmesi halinde Kurumca bedeli ödenmez.”

**MADDE 22-** SUT'un (20.3) numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a)(20.3.13) numaralı madde olarak aşağıdaki madde eklenmiştir.

#### **“20.3.13. işitmeye yardımcı implantlar/kulakla ilgili implantlar**

##### **20.3.13.1. Koklear implantlar (Kİ):**

Koklear implant, bilateral ileri-çok ileri derecede sensörinöral işitme kaybı olan ve işitme cihazından yarar görmeyen kişilerde aşağıdaki kriterlere haiz olması halinde uygulanır;

- Pre-lingual işitme kaybı olan çocuklarda (işitme cihazı hiç kullanmamış olanlar da dahil) 6 yaşını tamamlayıncaya kadar Kİ uygulanır.
- 7 yaş ve üzeri pre-lingual işitme kaybı olan çocuklarda kronolojik yaşla konuşma yaşı arasındaki fark 4 yıldan az ise Kİ uygulaması yapılır.
- Post-lingual işitme kaybı olanlarda Kİ uygulanır, ancak hiç işitme cihazı kullanmamış post-lingual işitme kaybı olanlarda 20 yıl geçmesi halinde Kİ uygulanmaz.
- Kİ sağlık kurulu raporu aynı resmi sağlık kurumunda çalışan üç kulak burun boğaz uzman hekimi ve iki uzman odyologdan oluşan bir ekip tarafından düzenlenir.
- Elektrod yerleşimini sağlayacak kadar iç kulak gelişiminin olması ve koklear sinirin varlığı yüksek çözünürlükte CT ve/veya MRI ile gösterilmelidir.
- Eğitimsel, psikolojik değerlendirmeler ve uygunluğu ekipte yer alan eğitim odyoloğu ve psikolog tarafından yapılmalı ve Kİ kurul raporunda belirtilmelidir.
- Menenjit sonrası oluşan işitme kaybı ve koklear ossifikasyon varlığında özel şartlar aranmaksızın acil operasyon Kİ kurul raporu ile belgelendirilmesi halinde yapılır.
- İşitsel Nöropati’de ayrıntılı değerlendirmeler sonunda Kİ uygulamasının yararlı olacağı Kİ kurul raporu ile belgelendirilmesi halinde yapılır.
- Kİ uygulaması sonrasındaki eğitimin takibi; cerrahi tedavi yapılan sağlık kurumunca; eğitim odyoloğu ve yer belirtilerek en az 5 yıllık süreyi içeren bir taahhütname ile belgelendirilmelidir.

Odyolojik Değerlendirme:

Odyometrik değerlendirme,

Saf ses hava yolu ve kemik yolu işitme eşikleri; 1000, 2000,3000 ve 4000 Hz'lerdeki ortalama eşiklerin 90 dB'den daha kötü olması ve işitme cihazı ile konuşmayı ayırtetme skorunun %30'un altında olmalıdır.

#### **20.3.13.2. Beyinsapı İmplantı**

Koklear implant ekibi tarafından değerlendirilmiş ve yapılan CT ve/veya MRI incelemeleri sonucu; Koklea ve/veya Akustik sinirin olmadığı veya tam gelişmediği veya hasar gördüğü tespit edilen hastalara beyinsapı implantı Kİ kurul raporu ile uygulanır.

#### **20.3.13.3. Kemiğe İmplant Edilen İşitme Cihazı**

Konvansiyonel işitme cihazından fayda görmediği Kİ kurul raporu ile saptanan ve otolojik açıdan alttaki kriterlere uyan hastalar ile sınırlıdır.

Ortalama kemik yolu işitme eşiği 500, 1000, 2000 ve 4000 Hz de 45 dB'i aşmayan, iletim veya mikst tip işitme kaybı olan ve Maksimum konuşmayı ayırt etme skoru %60 ve üzerinde olan hastalarda aşağıda belirtilen kriterlere uyması durumunda;

- Bilateral aural atrezi, cerrahi ile düzeltilemeyen konjenital orta kulak anomalilerinde,
- Bilateral mastoidektomi kavitesi bulunan hastalarda,
- Tek işiten kulakta iletim tipi işitme kaybı olan hastalarda,

uygulanır.

#### **20.3.13.4. Orta Kulağa İmplant Edilebilen İşitme Cihazları**

Konvansiyonel işitme cihazından fayda görmediği Kİ kurul raporu ile saptanan ve otolojik açıdan aşağıdaki kriterlere uyan hastalar ile sınırlıdır.

- Alçak frekanslarda işitmesi iyi olup yüksek frekanslara doğru ani artışlar gösteren fakat 80 dB'i aşmayan sensori-neural işitme kaybı olan kişilerde (konvansiyonel endikasyon),
- Kemik yolu işitme eşikleri 60 dB'den kötü olmayan mikst tip işitme kaybında, (yuvarlak pencere endikasyonu) uygulanır. Ancak hastanın her iki kulağı da daha önce en az bir kez opere edilmiş ve işitme kaybı düzeltilememiş olmalı ve yeni bir mikrocerrahi ile işitmenin düzeltilmesi şansının olmadığı belirtilmelidir.”

**b)** (20.3.14) numaralı madde olarak aşağıdaki madde eklenmiştir.

#### **“20.3.14. Servikal disk protezleri**

45 yaş ve altı, aktif hayat beklentisi olan, boyun hareketlerinin korunması amaçlanan, dejeneratif omurga sorunu bulunmayıp, servikal lordozu uygun olan hastalarda, tek mesafe için kullanımı halinde bedelleri Kurum mevzuatı doğrultusunda ödenecektir.”

**c)**(20.3.15) numaralı madde olarak aşağıdaki madde eklenmiştir.

### **“20.3.15. Pedikül vida yerleştirici**

Pedikül vida yerleştirici malzemeleri tanıya dayalı işlemler listesi (EK-9) dahilinde olup, ayrıca fatura edilse dahi bedelleri kurumca ödenmeyecektir.”

d)(20.3.16) numaralı madde olarak aşağıdaki madde ilave edilmiştir.

### **“20.3.16. Perkutan interbody füzyon ve vida fiksasyonu (Sakrum korpusundan geçerek lomber korpus içine giren fiksasyon yöntemi)**

Dejeneratif disk hastalığına bağlı foraminal stenoz, instabilite, spondilolistezis (grade 1 veya 2) ve başarısız füzyon girişimi olan hastalarda, eğitim araştırma ve üniversite hastanelerinde uygulanması halinde bedelleri Kurum mevzuatı doğrultusunda ödenecektir.”

**MADDE 23-** SUT’un (22) numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

### **“22. Yol, gündelik, refakatçi, ambulans giderleri**

#### **22.1. Refakatçi yemek ve yatak gideri;**

(1) Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin yatarak tedavileri sırasında hekimin veya dış hekiminin tıbben göreceği lüzum üzerine; ilgili sağlık hizmeti sunucusunca düzenlenen refakatçi kalındığına dair belgeye istinaden, yanında kalan refakatçinin yatak ve yemek giderleri bir kişi ile sınırlı olmak üzere Kurumca karşılanır. 18 yaşını doldurmamış çocuklar için refakatçi kalınmasının tıbben lüzum görülmesi şartı aranmaz. Gününbirlik tedavilerde SUT eki “Sağlık Kurumları Fiyat Listesi” nde (EK-8) yer alan refakatçi ücreti ödenmez.

#### **22.2. Yol gideri ve gündelik;**

(1) Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, müracaat ettikleri sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusunda yapılan hekim veya dış hekiminin muayenesi veya tedavisi sonrasında, gerekli teşhis veya tedavi cihazlarının veya ilgili branş uzmanının bulunmaması gibi tıbbi ve zorunlu nedenlerle hekim veya dış hekim tarafından tıbben lüzum görülmesi üzerine belediye/ büyükşehir belediye mücavir alanı dışındaki sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilmeleri halinde kendilerinin ve bir kişi ile sınırlı olmak üzere refakatçisinin yol ve gündelik giderlerinin Kurumca ödenebilmesi için;

a)Sevkin, SUT eki EK-4/A formu tanzim edilerek yapılmış olması

b)Sevkin yapıldığı tarihten itibaren 3 (üç) işgünü içinde sevkin yapıldığı sağlık hizmeti sunucuna müracaat etmiş olmaları,

gerekmektedir.

(2)Ancak organ nakli tedavilerinde hastanın organın bulunduğu yere veya organın organ nakli yapılacak merkezin bulunduğu yere getirilmesine ilişkin gidiş-dönüş için nakliye/transfer masrafları Ulusal Koordinasyon Merkezi veya Bölge Koordinasyon Merkezi tarafından tutanak altına alınarak belirlenen ulaşım aracı esas alınmak kaydıyla karşılanır. Ulusal Koordinasyon Merkezi veya Bölge Koordinasyon Merkezi tarafından tutanak altına alınarak belirlenen ulaşım aracı için, (22.2.1) numaralı madde doğrultusunda tespit edilen bedel, fatura/ bilet tutarını aşmamak üzere ödenir.

(3)Kemik iliği/ kordon kanı nakline ilişkin yol giderleri, SUT’un (18) numaralı madde hükümleri doğrultusunda karşılanır.

(4) Sürekli iş göremezlik veya malûllük durumlarının tespiti, kontrolü veya periyodik sağlık muayenesinin yaptırılması için Kurumca yapılacak sevklerde yol, gündelik ve refakatçi giderleri sevk edilen yer esas alınarak karşılanır.

### **22.2.1. Yol gideri**

(1) Sevklerin, teşhis ve tedavinin sağlanabildiği en yakın sağlık hizmet sunucusuna yapılması esastır.

(2) Sağlık durumları dolayısıyla kendilerine başka birinin eşlik etmesinin tıbben gerekli bulunduğu sevk formunda belirtilmesi kaydıyla, bir kişi ile sınırlı olmak üzere refakatçisinin yol gideri de Kurumca karşılanır. (18 yaşını doldurmamış kişiler için sevk formunda refakatçi belirtilmesi şartı aranmaz.)

(3) Tedavi sonrası kontrol muayeneleri de dâhil olmak üzere yerleşim yeri dışına yapılan sevklerde yol giderinin ödenmesi, kişinin muayene veya tedavi olduğu yerleşim yeri dışındaki sağlık hizmetinin sağlanabildiği en yakın sağlık hizmeti sunucusu dikkate alınmak suretiyle yapılır. Kişinin daha uzak bir yerleşim yerindeki sağlık hizmeti sunucusuna gitmesi/ sevk edilmesi hâlinde, en yakın sağlık hizmeti sunucusunun bulunduğu yerden itibaren oluşacak yol gideri farkı genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişilerce karşılanır. Daha önce kontrol muayenesine ilişkin yol gideri en yakın yer esas alınarak karşılanan kişilerin müteakip kontrollerine ilişkin yol giderleri, tedavi sonrası kontrole çağırıldığını belirtir aslı gibi onaylı sevk formu olması kaydıyla her seferinde sevk yapılması gerekmeksizin en yakın yer esas alınarak Kurumca karşılanır.

(4) Sevk formunda, sevk vasıtası belirtilmediği sürece, mutata taşıt ücreti ödenir. Mutata taşıt giderleri fatura/bilet tutarını aşmamak kaydıyla Ulaştırma Bakanlığı tarafından onaylanan fiyat tarifesi esas alınarak karşılanır. Ancak fatura/ bilet ibraz edilememesi halinde anılan fiyat tarifesi üzerinden ödeme yapılır.

(5) Kişilerin özel araçları ile sağlık hizmeti sunucusuna gidiş ve dönüşlerinde mutata taşıt ücreti ödenir.

(6) Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler, kendilerine bir vasıta tahsis edilmesi suretiyle başka bir yere gönderilmiş iseler, eşlik eden refakatçiye ayrıca yol gideri ödenmez.

(7) Belediye/ büyükşehir belediye mücavir alanı dışındaki sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilen, ancak yapılan tedavilere rağmen vefat eden genel sağlık sigortasından yararlandırılan kişilerin cenazesinin nakline ilişkin giderler Kurumca karşılanır.

#### **22.2.1.1. Mutata taşıt dışı araç ile nakile ilişkin yol giderlerinin ödenmesi**

(1) Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin mutata taşıt dışı araç ile nakile ilişkin gidiş- dönüş yol giderinin ödenebilmesi için hastalığın ne olduğu, mutata taşıt aracı ile seyahat edememe gerekçeleri ve taşıt tipinin belirtildiği sağlık kurulu raporu düzenlenmesi ve Kurumca kabul edilmesi gerekmektedir. Dönüş için yol gideri ödemesinde, sağlık kurulu raporu tedavinin yapıldığı sağlık kurumunca düzenlenecektir.

(2) Ancak belli bir program çerçevesinde tedavi gören (kemoterapi, radyoterapi, diyaliz vb) genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin mutata taşıt dışı araç ile nakillerine ilişkin gidiş- dönüş yol giderinin ödenmesinde, her seferinde sağlık kurulu raporu aranmaz. Ödeme işlemleri ilk sağlık kurulu raporuna istinaden yürütülür. Ancak mutata taşıt dışı araç ile nakile ilişkin sağlık kurulu raporları 3 (üç) ay süre ile geçerlidir.

(3) Acil hal nedeniyle sağlık kurulu raporu düzenlenmeksizin sevk edilen kişinin kara ambulansı ve hasta nakil aracı da dahil olmak üzere mutata taşıt dışı araç ile nakline ilişkin yol gideri, acil hal nedeniyle naklin gerektiğinin tıbbi gerekçeleriyle birlikte ilgili hekim tarafından imzalanmış belge ile belgelenmesi ve Kurumca kabul edilmesi halinde karşılanır.

(4) Mutat taşıt dışı araçlar (tarifeli uçak, taksi vb.) ile nakile ilişkin yol gideri ödemelerinde bilet/ fatura ibrazı şarttır.

(5) Kara ambulansı ve hasta nakil aracı ücreti, 07/12/2006 tarih, 26369 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları İle Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği”nin 28 inci maddesi gereği belirlenen fiyatlar esas alınarak ödenir. Ancak özel kara ambulans firmalarının Sağlık Bakanlığı onayı ile yürürlüğe giren Ambulans Ücret Tarifesinden daha düşük bedelle hasta nakil beyanlarının olması durumunda, kamu ve Kurum yararı doğrultusunda belirlenen ücret tarifesinden daha düşük fatura edilmesi halinde fatura bedeli üzerinden ödeme yapılacaktır.

(6) Hava ambulans ücretleri sadece SUT’un “Organ ve doku nakli tedavileri” başlıklı (18) numaralı maddesi kapsamında sağlanan sağlık hizmetleri için ödenir. Organın/ dokunun naklin yapılacağı sağlık kurumuna, hava ambulansı dışında ki özel hava taşıtı ile getirilmesi halinde gidiş-dönüş yol giderleri hava ambulansı için belirlenen tutarlar esas alınarak ödenir. Hava ambulans bedelinin ödenebilmesi için fatura ekinde hava ambulans aracının ambulans görevi maksadıyla ilk kule teması “ambulans görevi” ifadesi ile temas kurulmuş olması, hava aracının uçucu ve teknik kayıtlarının (motor çalıştırma motor susturma arasındaki geçen zaman dilimi) ibraz edilmesi gerekmektedir. Ruhsatlandırılmış hava ve deniz ambulansları için belirlenen ücretler azami ücretler olup ücretlere tıbbi müdahale bakım ücretleri dâhildir.

a) Uçak ambulans ücretleri;

(1) Turbo prob motorlu ambulans uçağı için gidiş dönüş hesap edilmek suretiyle uçuş saati başına 2.000,00 (ikibin) YTL + KDV,

(2) Jet motorlu ambulans uçağı için gidiş dönüş hesap edilmek suretiyle uçuş saati başına 3.500,00 (üçbinbeşyüz) YTL + KDV, yurt dışı uçuşlar için 4.000,00 (dörtbin) YTL,

b) Helikopter ambulans ücretleri;

(1) Tek motorlu ambulans helikopter için gidiş dönüş hesap edilmek suretiyle uçuş saati başına 1.500,00 (binbeşyüz) YTL + KDV,

(2) Çift motorlu ambulans helikopter için gidiş dönüş hesap edilmek suretiyle uçuş saati başına 2.750,00 (ikibinyediyüzelli) YTL + KDV,

c) Deniz ambulans ücretleri;

Deniz ambulansı için gidiş dönüş hesap edilmek suretiyle seyir saati başına 1.500,00 (binbeşyüz) YTL + KDV.

### **22.2.2. Gündelik ücreti**

(1) Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, belediye/ büyükşehir belediye mücavir alanı dışındaki sağlık hizmeti sunucusuna sevklerinde,

a) Sevk edildikleri sağlık hizmeti sunucusuna müracaat tarihi itibarıyla ayakta tedavi gördüğü günler için gündelik ödenir. Ancak ayaktan tedavi sonrasında istirahat raporu verilmiş ise müracaat tarihi ile tedavinin sona erdiği tarihler arasında istirahatli olunan süreler için gündelik ödenmez.

b) Müracaat sonrası sağlık hizmeti sunucusunda yatarak tedavi edilmesi gerekli görülmesine rağmen, yatak bulunmaması nedeniyle sağlık hizmeti sunucusuna yatırılmaksızın geçen günler için bu durumun sağlık hizmeti sunucusuna belgelenmesi şartıyla beş günü geçmemek üzere gündelik ödenir.

(2) Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerle refakat eden kimselere, gidiş-dönüş günleri ile muayene ve tedavinin ayaktan yapılması ve refakat halinin devamına tıbben lüzum gösterilmesi halinde, refakat süresince geçen her gün için gündelik ödenir.

(3) Yatarak tedavilerde, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerle refakatçinin yemek ve yatak giderleri Kurumca karşılandığından ayrıca gündelik ödenmez.

(4) Gündelikler; il dâhilindeki sevklerde (ilçe-merkez arası) 50, iller arası sevklerde ise 100 gösterge rakamının devlet memurları aylıklarına uygulanan katsayı ile çarpımı sonucu bulunacak tutar üzerinden, 7 yaşını doldurmamış çocuklar için ise söz konusu tutarın yarısı üzerinden ödenir.

### 22.3. Ortak hükümler

(1) Belli bir program çerçevesinde tedavi gören (kemoterapi, radyoterapi, diyaliz vb) genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin ilk sevk belgesine istinaden tedavilerinin devamı niteliğindeki diğer müracaatları nedeniyle oluşan yol gideri, gündelik ve refakatçi giderlerinin ödenmesinde, her gidişleri için sevk belgesi aranmaz. Ödeme işlemleri, ilk sevk belgesine istinaden diğer müracaatlara ilişkin tedavi gördüğü tarihleri belirtir müracaat edilen sağlık hizmeti sunucusunca düzenlenecek belge doğrultusunda yürütülür.

(2) Sevk edilen sağlık hizmet sunucularına ayaktan müracaatlarda, ilgili branş uzman hekiminin bulunmaması nedeniyle sağlık hizmeti verilemediğinin ilgili sağlık hizmeti sunucusu başhekimliğince onaylanarak belgelenmesi halinde dönüş için ilgili giderler Kurumca karşılanır.

(3) Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerle refakatçilere mücavir alan içindeki nakiller için yol ve gündelik gideri ödenmez.

(4) Sevk yapılmaksızın belediye/ büyükşehir belediye mücavir alanı dışındaki bir sağlık hizmeti sunucusundan sağlık hizmeti alınması hâlinde yol gideri ve gündelik ödenmez.

(5) SUT'un (7.3) numaralı maddesi doğrultusunda, yurtdışına yapılacak sevklerde yol, gündelik ve refakatçi giderlerinin ödenmesinde (22) numaralı madde hükümleri uygulanır. Bu kişilerin tedavisi sırasında ölümü hâlinde, cenazesinin nakil gideri ile varsa refakatçisinin yurda dönüş için gereken yol giderleri de Kurumca karşılanır.

(6) Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucusu tarafından yapılan sevklerdeki yol gideri, gündelik ve refakatçi giderlerinin ödenebilmesi için sevk, acil hal nedeniyle yapıldığının Kurumca kabul edilmesi gereklidir.

(7) Sürekli iş göremezlik, malûllük, çalışma gücü kaybı hâllerinin tespiti veya bu amaçla yapılan kontroller ile sağlık hizmeti sunucusuna yapılan sevkler nedeniyle ödenecek gündelik ve yol giderleri, refakatçi giderleri, kısa ve uzun vadeli sigorta kolları prim gelirlerinden karşılandığından Kurum ödeme birimlerince bu durumun dikkate alınması gerekmektedir.”

**MADDE 24-** SUT'un (24) numaralı maddesinin altıncı fıkrası “(6) Üniversitelerin medikososyal birimleri, Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağlık üniteleri, işyeri hekimlikleri ve kamu idareleri bünyesindeki kurum hekimlikleri tarafından verilen sağlık hizmetleri için Kurumdan her hangi bir ücret talep edilemez. Bu birimlerde görevli hekimler tarafından, SUT ve eki listelerde yer alan usul ve esaslar dâhilinde reçete edilmiş ilaç bedelleri Kurumca karşılanır. 5258 sayılı Kanun gereği aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde birinci basamak resmi ve özel sağlık kuruluşları tarafından verilen sağlık hizmetleri için Kurumdan her hangi bir ücret talep edilemez.” şeklinde değiştirilmiştir.

**MADDE 25-** SUT'un (24.1.1.2) numaralı maddesinin;

**a)**Dokuzuncu fıkrasının (b) bendi “b) Farklı sağlık kurumuna olması halinde ise ilk müracaat edilen branş tarafından sevk edilmesi durumu hariç olmak üzere sağlık hizmeti giderleri faturalandırılmaz. (Bu bent hükmü 01 Nisan 2009 tarihinde uygulamaya konulacaktır.)” şeklinde değiştirilmiştir.

**b)**Onbirinci fıkrasının son cümlesi “Ancak SUT eki EK-8 Listesi üzerinden muayene ücreti ve yapılması halinde SUT eki EK-10/C Listesinde yer alan işlem bedelleri faturalandırılabilir.” şeklinde değiştirilmiştir.

**MADDE 26-** SUT'un (24.2.1) numaralı maddesinin üçüncü fıkrasında yer alan “(3.1)” ibaresi “(22.1)” şeklinde değiştirilmiştir.

**MADDE 27-** SUT'un (24.3.1) numaralı maddesinin üçüncü fıkrasının son cümlesi “Bu fark ücretinde %30 luk tavan uygulanmaz ve ilave ücret olarak değerlendirilmez.” şeklinde değiştirilmiştir.

**MADDE 28-** SUT'un (24.3.2) numaralı maddesinde yer alan “otelcilik hizmetleri” ibaresinden önce gelmek üzere “ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerden” ibaresi eklenmiştir.

**MADDE 29-** SUT'un (24.3.3) numaralı maddesinde yer alan “bedellerinden ilave ücret alınamaz.” ibaresi “için herhangi bir ilave ücret alınamaz.” şeklinde değiştirilmiştir.

**MADDE 30-** SUT'un (25.2.1) numaralı maddesinin ikinci fıkrasında, aşağıda belirtilen düzenlemeler yapılmıştır.

**a)**(c) bendinde yer alan “Sağlık yardımlarından yararlanmak için yeterli prim ödeme gün sayısı olmayanlardan;” ibaresi “Kurum bilgi işlem sisteminden hasta takip numarası/ provizyon alınamamasına rağmen sağlık yardımları yeterli prim ödeme gün sayısı olmaksızın ve/veya prim borcu olup olmadığına bakılmaksızın Kurumca karşılanacak olan;” şeklinde değiştirilmiştir.

**b)**(c) bendinin (1) numaralı maddesi “1) İş kazasına uğrayan kişilere ait faturalar her hasta için ayrı ayrı olmak üzere manuel,” şeklinde değiştirilmiştir.

**c)**(c) bendinin (6) numaralı maddesi “6) Gebeliğin başladığı tarihten itibaren doğumdan sonraki ilk sekiz haftalık, çoğul gebelik halinde ise ilk on haftalık süreye kadar olan gebelik ve analık halini kapsayan analık haliyle ilgili rahatsızlık ve özürllük hallerinde sağlık hizmeti sağlanan kadınlara ait faturalar, her hasta için ayrı ayrı olmak üzere manuel,” şeklinde değiştirilmiştir.

**d)**(c) bendine (7) numaralı madde olarak “7) Meslek hastalığına uğrayan kişilere ait faturalar her hasta için ayrı ayrı manuel,” ibaresi eklenmiştir.

**e)**(d) bendi “d) Kemik iliği, kök hücre nakilleri, ekstrakorporeal fotoferez tedavisi, hiperbarik oksijen tedavileri, tüp bebek tedavileri, plazmaferez tedavileri, radyofarmasötik ajan kullanılarak yapılan tetkik ve tedaviler, ağız ve diş tedavileri ile ilgili olarak damak yarığı protezi, yeni doğanda preoperatif aparey, velum uzantılı konuşma apareyi, geçici opturatörler, basit çene defektlerinin protetik tedavileri, komplike çene defektlerinin protetik tedavileri, yüz protezleri ayrı ayrı,” şeklinde değiştirilmiştir.

**f)**(f) bendi “f) Kurum Hizmet Sunumu Genel Müdürlüğü yetkililerince imzalanacak bir tutanak ile tevsik edilmesi kaydıyla MEDULA sisteminden kaynaklanan arıza nedeniyle hasta takip numarasının alınmadığı süre zarfında Kurum sağlık yardımlarından yararlanma hakkının olduğunu yazılı olarak beyan etmek veya belgelemek suretiyle müracaat eden kişilerden daha sonra yapılan sorgulama sonucu müstahak olmadığı tespit edilenlere ait faturaların ayrı ayrı manuel,” şeklinde değiştirilmiştir.

g)(g) bendi olarak “g) Mücavir alan dışı ambulans ücretleri, her hasta için ayrı ayrı manuel,” ibaresi eklenmiştir.

**MADDE 31-** SUT’un (25.2.2) numaralı maddesinin birinci fıkrasının (b) bendi aşağıda belirtildiği şekilde değiştirilmiştir.

“b) Kurum bilgi işlem sisteminden hasta takip numarası/ provizyon alınamamasına rağmen sağlık yardımları yeterli prim ödeme gün sayısı olmaksızın ve/veya prim borcu olup olmadığına bakılmaksızın Kurumca karşılanacak olan;

1) İş kazasına uğrayan kişilere ait faturalar her hasta için ayrı ayrı (sadece iş kazası nedeniyle sunulan sağlık hizmeti bedelleri ödenir) olmak üzere manuel,

2) “Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırılması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik” kapsamında, yetkilendirilmiş özürlü sağlık kurulu raporu vermeye yetkili sağlık kuruluşlarınca, ağır özürlü olduğu özürlü sağlık kurulu raporu ile belgelendirilen tıbben başkasının bakımına muhtaç kişilere ait faturalar her hasta için ayrı ayrı olmak üzere manuel,

3) Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalık tespit edilen kişilere ait faturalar her hasta için ayrı ayrı olmak üzere manuel,

4) Acil haller nedeni ile sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilere ait faturalar her hasta için ayrı ayrı olmak üzere manuel,

5) Koruyucu sağlık hizmetleri nedeni ile sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilere ait faturalar her hasta için ayrı ayrı olmak üzere manuel,

6) Gebeliğin başladığı tarihten itibaren doğumdan sonraki ilk sekiz haftalık, çoğul gebelik halinde ise ilk on haftalık süreye kadar olan gebelik ve analık halini kapsayan analık haliyle ilgili rahatsızlık ve özürlülük hallerinde sağlık hizmeti sağlanan kadınlara ait faturalar, her hasta için ayrı ayrı olmak üzere manuel,

7) Meslek hastalığına uğrayan kişilere ait faturalar her hasta için ayrı ayrı manuel,”

**MADDE 32-** SUT’un (25.2.2) numaralı maddesinin birinci fıkrasının (d) bendinde yer alan “uzman hekim raporu” ibaresi “sağlık raporu” şeklinde değiştirilmiştir.

**MADDE 33-** SUT’un (25.3.1) numaralı maddesinin;

a)(3) numaralı maddesinde yer alan “Hastanın adı soyadı,” ibaresi “Hastanın adı soyadı ve telefon ve/veya adres bilgileri,” şeklinde değiştirilmiştir.

b)(4) numaralı maddesi;

“4- Diş hastalarına yapılan işlemleri gösteren diş şeması. (Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde, tüm işlemler, hizmet detay belgesindeki diş şeması üzerinde işaretlenecektir.)

Diş protezi işlemlerinde (sabit ve hareketli protezlerde) fatura tarihinden önce Kuruma onaylatılan “Diş Müstahaklık Belgeleri”,

Ağız ve diş cerrahisi işlemlerinden büyük-küçük kist operasyonları, büyük-küçük odontojenik tümör operasyonları, büyük-orta-küçük operasyonları vb.de açıklayıcı operasyon bilgileri,

Gömülü diş çekimi (mukoza-kemik retansiyonlu), gömülü kanin-premolar çekimi, kök ucu rezeksiyonu işlemlerinde, radyolojik teşhis filmi,



Kanal tedavisi, gangren ve periapikal lezyonlu dişlere uygulanan kanal tedavilerinde, radyolojik teşhis ve sonuç kontrol filmi (dijital, periapikal, panoramik vb. hangisi kullanıldı ise)." şeklinde değiştirilmiştir.

**MADDE 34-** SUT'un (25.3.2) numaralı maddesinin;

**a)(2)** numaralı maddesinde yer alan "Hastanın adı soyadı," ibaresi "Hastanın adı soyadı ve telefon ve/veya adres bilgileri," şeklinde değiştirilmiştir.

**b)(11)** numaralı maddesi;

**"11-** Diş hastalarına yapılan işlemleri gösteren diş şeması. (Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde, tüm işlemler, hizmet detay belgesindeki diş şeması üzerinde işaretlenecektir.)

Diş protezi işlemlerinde (sabit ve hareketli protezlerde) fatura tarihinden önce Kuruma onaylatılan "Diş Müstahaklık Belgeleri",

Ağız ve diş cerrahisi işlemlerinden büyük-küçük kist operasyonları, büyük-küçük odontojenik tümör operasyonları, büyük-orta-küçük operasyonları vb.de, bilgisayar çıktısı ya da daktilo ile yazılmış açıklayıcı operasyon bilgileri,

Gömülü diş çekimi (mukoza-kemik retansiyonlu), gömülü kanin-premolar çekimi, kök ucu rezeksiyonu işlemlerinde, radyolojik teşhis filmi,

Kanal tedavisi, gangren ve periapikal lezyonlu dişlere uygulanan kanal tedavilerinde, radyolojik teşhis ve sonuç kontrol filmi (dijital, periapikal, panoramik vb. hangisi kullanıldı ise)." şeklinde değiştirilmiştir.

**MADDE 35-** SUT'un (25.4.1) numaralı maddesinde yer alan "Günübirlik tedaviler için branş bazında ayrılmış olarak," ibaresi çıkarılmıştır.

**MADDE 36-** SUT'un (25.5.1) numaralı maddesinin birinci fıkrasına "Ancak Kurum tarafından fatura teslim tarihi mücbir sebeplerle ertelenebilir. Bu durumda faturaların teslimi için verilen ek süre içerisinde teslim edilen faturalar zamanında teslim edilmeyen fatura olarak değerlendirilmez." ibaresi üçüncü cümle olarak eklenmiştir.

**MADDE 37-** SUT'un (29) numaralı maddesinin (b) bendinde yer alan "01 Ocak 2009" ibaresi "01 Nisan 2009" şeklinde değiştirilmiştir.

**MADDE 38-** 22/10/2008 tarih 27032 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan "2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ" in (20) numaralı maddesinde yer alan "(5) numaralı maddesi" ibaresi çıkarılmıştır.

**MADDE 39-** SUT'un "Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi" nin (EK-2)

**a)** "4.8.Hiperkolesterolemi\*, hiperlipidemi\*" işaretli maddesi aşağıda belirtildiği şekilde yeniden düzenlenmiştir.

#### **“4.8. Hiperkolesterolemi, hiperlipidemi**

**4.8.1.** Fibrik asit türevleri\*

**4.8.2.** Niasin\*

**4.8.3.** Reçineler (Kolestramin) \*

**4.8.4.** Statinler\*

**4.8.5.** Ezetimib\*”

**b)**(7.5.2) numaralı maddesinde yer alan “Senil ve postmenopozal osteoporoz haricinde” ibaresi çıkarılmıştır. Maddenin başlığı “Juvenil Osteoporoz, kronik steroid kullanımına bağlı oluşan osteoporoz, paget hastalığı, osteogenezis imperfekta, osteokondrodizplazi, sudek atrofisi,” şeklinde değiştirilmiştir.

**c)**(12.3) ve (12.3.1) numaralı maddeler listeden çıkarılmıştır.

**d)**(15.4) numaralı madde başlığı; “Barsak operasyonundan dolayı oluşan malabsorbsiyonlar ve malnütrisyonlar. İlk iki yaşta inek sütü alerjisi. Doğuştan metabolik ve kalıtsal hastalıklar” şeklinde değiştirilmiştir.

**MADDE 40-** SUT’un “Sistemik Antimikrobik ve Diğer İlaçların Reçeteleme Kuralları Listesi” nin (EK-2/A) 120 ve 121 sıra numaralarında yapılan değişiklik aşağıdaki tabloda belirtilmiştir.

120

Lamivudin 100 mg

Madde 12.7.13. esaslarına uygun olarak

121

Ribavirin

Madde 12.7.13. esaslarına uygun olarak

**MADDE 41-** SUT’un “Sadece Yatan Hastalarda Kullanımı Halinde Bedelleri Ödenecek İlaçlar Listesi” nin (EK-2/B ) 4. maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

**“4. Aztreonam, Vankomisin, İmipenem, Meropenem, Linezolid, Ertapenem (EK-2/A’ya göre)”**

**MADDE 42-** SUT’un “Ayakta Tedavide Sağlık Raporu (Uzman Hekim Raporu / Sağlık Kurulu Raporu) İle Verilebilecek İlaçlar Listesi” (EK-2/C ) bu Tebliğ eki (1) numaralı listede belirtildiği şekilde yeniden düzenlenmiştir.

**MADDE 43-** SUT eki “Hasta Sevk Formu” (EK-4/A), bu Tebliğin ekinde yer alan (2) numaralı listede belirtildiği şekilde yeniden düzenlenmiştir.

**MADDE 44-** SUT eki “Fiyatlandırılmış Tıbbi Sarf Malzemeleri Listesi” nde (EK-5/A) aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

**a)**360.121 kod numaralı “Suni göz yaşı solüsyonu” listeden çıkarılmış ve SUT eki “Bedeli Ödenmeyecek Basit Sıhhi Sarf Malzeme Listesi” ne (EK-5/B) eklenmiştir.

**b)**“FİYATLANDIRILMIŞ TIBBİ SARF MALZEMELERİ LİSTESİ” başlığı altında yapılan düzenlemeler, birim fiyat değişikliği yapılan kodlar ve yeni düzenlemeler, bu Tebliğ ekinde yer alan (3) numaralı listede belirtilmiştir.

**MADDE 45-** SUT eki “Bedeli Ödenmeyecek Basit Sıhhi Sarf Malzeme Listesi” nde (EK-5/B) aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) “A-Cerrahi malzemeler” başlığı altına (6) numaralı maddeden sonra gelmek üzere;

**“7-Hastane tekstili olan ürünler**

8-Süt sağma seti

9 -Keton stripleri” ibaresi eklenmiştir.

b) “C- Sargı-pamuk-flaster-ateller ve diğer pansuman malzemesi” başlığı altına

(11) numaralı madde olarak;

“11- diyalizli hastalarda banyo bandı (opside bandı /sprey)” ibaresi eklenmiştir.

c) “E-Aseptik-antiseptik-serumlar ve diğer solüsyonlar” başlığı altına (11) numaralı madde olarak;

“11- suni göz yaşı solüsyonu” ibaresi eklenmiştir.

**MADDE 46-** SUT eki “Protez ve Ortez Listesi” nde (EK-5/C) aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a)200.501 kod numaralı “Ayak bileği stabilizasyon ortezi” listeden çıkarılmıştır. Aynı kod ile “Fleksible Balenli Ayak Bilekliği” ibaresi eklenmiştir.

b)209.200 kod numaralı “Knee Cage” listeden çıkarılmıştır.

c)EK-5/C Listesinde “PROTEZ VE ORTEZ LİSTESİ” başlığı altında yapılan düzenlemeler, birim fiyat değişikliği yapılan kodlar ve yeni düzenlemeler, bu Tebliğ ekinde yer alan (4) numaralı listede belirtilmiştir.

**MADDE 47-** Tebliğ eki (5) numaralı liste, SUT eki EK-5/D Listesi olarak eklenmiştir.

**MADDE 48-** SUT eki “Diş İşlemleri Sevk Formu” (EK-7/B), bu Tebliğin ekinde yer alan (6) numaralı listede belirtildiği şekilde yeniden düzenlenmiştir.

**MADDE 49-** SUT eki “Diş Tedavileri Fiyat Listesi” nde (EK-7) yer alan 402.010, 402.020, 402.030, 402.040, 402.050, 402.060, 402.070, 402.080, 402.090, 402.100, 402.110, 402.120, 402.130, 402.140, 402160, 402.170, 402.180, 402.190, 402.200, 405.030, 405.040, 405.050, 405.060 kod numaralı işlemlerin “AÇIKLAMALAR” başlıklı bölümlerine “lokal anestezi ücreti dahil.” ibaresi eklenmiştir.

**MADDE 50-** SUT eki EK-8 Listesinde aşağıda belirtilen düzenlemeler yapılmıştır.

a)Bu Tebliğ eki (7) numaralı listede yer alan işlemler SUT eki EK-8 Listesinden çıkarılmıştır.

b)Bu Tebliğ eki (8) numaralı listede yer alan işlemler SUT eki EK-8 Listesine eklenmiştir.

c)SUT eki EK-8 Listesinde, işlem adı, açıklama bölümü ile birim fiyat değişikliği yapılan kodlar ve yeni düzenlemeler, bu Tebliğ ekinde yer alan (9) numaralı listede belirtilmiştir.

**MADDE 51-** SUT eki “Radyofarmasötik Ajan Tavan Fiyat Listesi” nde (EK-8/C) 113, 114, 115 116, 117, 118, 119, 120, 121 ve 122 sıra numaralarında yer alan işlemlerde yapılan düzenlemeler bu Tebliğ eki (10) numaralı listede belirtilmiştir.

**MADDE 52-** SUT eki “Taniya Dayalı İşlem Listesi” nde (EK-9) aşağıda belirtilen düzenlemeler yapılmıştır.

**a)**Bu Tebliğ eki (11) numaralı listede yer alan işlemler SUT eki EK-9 Listesinden çıkarılmıştır.

**b)**Bu Tebliğ eki (12) numaralı listede yer alan işlemler SUT eki EK-9 Listesine eklenmiştir.

**c)**SUT eki EK-9 Listesinde, işlem adı, açıklama bölümü ile birim fiyat değişikliği yapılan kodlar ve yeni düzenlemeler, bu Tebliğ ekinde yer alan (13) numaralı listede belirtilmiştir.

**MADDE 53-** SUT eki “Ayaktan Tedavilerde Ödeme Listesi” nde (EK-10/B) yer alan “Çocuk Psikiyatrisi” uzmanlık kodu, “1600” şeklinde değiştirilmiştir.

**MADDE 54-** Bu Tebliğ eki (14) numaralı listede yer alan işlemler SUT eki “Ayaktan Tedavilerde İlave Olarak Faturalandırılabilir İşlemler Listesi” nden (EK-10/C) çıkarılmıştır.

**MADDE 55-** SUT eki “İstisnai Sağlık Hizmetleri Listesi” nde (EK-12) (2) sıra no ile yer alan “Koroner arter hastalığında kullanılan ilaçlı stent” ibaresi “Koroner arter hastalığında ilaçlı stent uygulaması” şeklinde değiştirilmiştir.

**MADDE 56-** Bu Tebliğin;

**a)**(7) numaralı maddesinin (d) bendi hükmü 01/10/2008,

**b)**Diğer hükümleri 01 Ocak 2009 tarihinde,

yürürlüğe girer.

Bu Tebliğ hükümlerini Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı yürütür.

[Ekleri Görmek İçin Tıklayınız](#)