

TEBLİĞ

Sosyal Güvenlik Kurumundan:

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

MADDE 1- 25/3/2010 tarihli ve 27532 sayılı mükerrer Resmî Gazete’de yayımlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinin 3.2. numaralı maddesine aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

“(4) 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1), (2) ve (3) numaralı alt bentleri gereği genel sağlık sigortalısı sayılanlar ile bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerin ödemiş oldukları katılım payları, talepleri halinde, 29/5/1986 tarihli ve 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu hükümlerine göre kendilerine geri ödenir.”

MADDE 2- Aynı Tebliğin 3.2.1 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Dördüncü fıkrasının (b) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(b) Diğer kişiler için ise 12 (oniki) TL katılım payı tutarı sağlık hizmeti sunucusu tarafından, 3 (üç) TL lik tutar ise kişilerin muayeneye ilişkin ilaç temini için reçete ile eczanelere müracaat aşamasında eczanelerce kişilerden tahsil edilir. Ayrıca “Yeşil alan muayenesi” sonucunda oluşan katılım payı da eczanelerce kişilerden tahsil edilir.”

b) Beşinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(5) Sağlık hizmeti sunucularında yapılan muayene sonrasında kişilerin muayeneye ilişkin reçete ile ilaç temini için eczanelere müracaat etmemesi durumunda, ikinci ve üçüncü basamak resmi sağlık kurumları ile özel sağlık kurumlarındaki muayenelerde 3 (üç) TL indirim yapılır. Bu durumda bu maddenin üçüncü fıkrasının (b) bendinde belirtilen kişilerin resmi sağlık hizmeti sunucularındaki muayenelerine ilişkin uygulanan 5 (beş) TL tutarındaki katılım payı ile özel ve resmi sağlık hizmet sunucularındaki “Yeşil alan muayenesi” sonucunda oluşan katılım payı, reçete ile eczaneye ilk müracaatında eczanelerce kişilerden tahsil edilecektir.”

c) Altıncı fıkrasına, (c) bendinden sonra gelmek üzere (ç) bendi eklenmiştir.

“(ç) “Yeşil alan muayenesi” sonucunda oluşan katılım payı eczanelerce kişilerden,”

MADDE 3- Aynı Tebliğin 3.2.5. numaralı maddesinin beşinci ve yedinci fıkraları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(5) Acil servislerde verilen ve SUT eki EK-8 Listesinde yer alan 520.021 kodlu “Yeşil alan muayenesi” adı altında Kuruma fatura edilebilen sağlık hizmetleri hariç olmak üzere acil servislerde verilen sağlık hizmetleri, bedeli Kurumca karşılanmayan ayakta tedavide hekim ve diş hekimisi muayeneleri, Sağlık Bakanlığı tarafından sözleşme yapılmış, görevlendirilmiş veya yetkilendirilmiş aile hekimisi muayeneleri ile SUT’un 2.3 numaralı maddesinde belirtilen sağlık kurumları/ kuruluşları tarafından sunulan sağlık hizmetlerinde SUT’un 3.2.1 numaralı maddesinde tanımlanan katılım payı alınmaz.”

“(7) Sağlık raporu ile belgelendirilmesi şartıyla; Kurumca belirlenen SUT Eki “Ayakta Tedavide Hekim ve Diş Hekimisi Muayenesi Katılım Payı Alınmayacak Kronik Hastalıklar Listesi”nde (EK-9/C) yer alan kronik hastalıklarda, kişilerin bu hastalıkları ile ilgili branştaki ayaktan muayenelerinde SUT’un 3.2.1 numaralı maddesinde tanımlanan katılım payı alınmaz. Ancak; aynı muayenede Kurumca belirlenen katılım payı alınmayacak kronik hastalıklar listesinde yer almayan başka bir tanının da tespit edilmesi ve/veya bu tanıya yönelik tedavinin düzenlenmesi halinde SUT’un 3.2.1 numaralı maddesinde tanımlanan katılım payı alınır.”

MADDE 4- Aynı Tebliğin 3.3.1. numaralı maddesinin birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(1) Kurumla sözleşmeli; vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşları; SUT ve eklerinde yer alan sağlık hizmetleri işlem bedellerinin tamamı üzerinden Kurumca belirlenen oranı geçmemek kaydıyla Kuruma fatura edilebilen tutarlar esas alınarak kişilerden ilave ücret alabilir. EK-7, EK-8 ve EK-9 listelerinde yer alan işlemlerde kullanılan tıbbi malzeme ve ilaçlar ile EK-10/B Listesindeki tutarlara dahil olan işlemler için ayrıca ilave ücret alınmaz. İlave ücretler, genel sağlık sigortalıları veya bakmakla yükümlü olunan kişilerce ve/veya sağlık kurum/kuruluşlarınca Kurumdan talep edilemez.”

MADDE 5- Aynı Tebliğin 3.3.1 numaralı maddesinin 6 ncı fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(6) Kurumla sözleşmeli; vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşları, aynı başvuru numarası altında hastaya yapılan işlem bedellerinin toplamı 100 TL’yi aşarsa, bu hizmetleri ve varsa ilave ücret tutarını gösterir, şekli Kurumca belirlenecek bir belgeyi, yatan hasta tedavilerinde en geç hastanın taburcu olduğu tarihte, diğer tedavilerde ise işlemin yapıldığı tarihte hastaya vermek zorundadır. Ancak hastanın istemesi halinde tutar sınırı olmaksızın sunulan tüm işlemleri ayrıntılı olarak gösteren bilgi ve belgeler hastaya verilmek zorundadır. Söz konusu bilgiler aynı süreler içerisinde elektronik ortamda da sağlanabilir.”

MADDE 6- Aynı Tebliğin 3.3.2. numaralı maddesinin birinci fıkrasının son cümlesine “otelcilik hizmetleri” ibaresinden sonra gelmek üzere “ve istisnai sağlık hizmetleri” ibaresi eklenmiştir.

MADDE 7- Aynı Tebliğin 3.3.3. numaralı maddesinin birinci bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“1- Acil servislerde verilen ve SUT eki EK-8 Listesinde yer alan 520.021 kodlu “Yeşil alan muayenesi” adı altında Kuruma fatura edilebilen sağlık hizmetleri hariç olmak üzere, acil haller nedeniyle sunulan sağlık hizmetleri,”

MADDE 8- Aynı Tebliğin 3.3.4. numaralı maddesinin birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(1) Sözleşmeli sağlık kurumları, asgari banyo, tv ve telefon bulunan; 2 yataklı odalarda sundukları otelcilik hizmetleri için SUT eki EK-8 Listesinde 510.010 kod ile yer alan “Standart yatak tarifesı” işlem bedelinin bir buçuk, tek yataklı odalarda ise üç katını geçmemek üzere kişilerden ilave ücret alabilir. Günübirlik tedavi kapsamındaki işlemler sırasında verilen otelcilik hizmeti için ise en fazla SUT eki Ek-8 Listesinde yer alan “Gündüz yatak tarifesı” işlem bedelinin 3 katına kadar ilave ücret alınabilir.”

MADDE 9- Aynı Tebliğin 3.3. numaralı maddesine, 3.3.5. ve 3.3.5.1. numaralı maddeler olarak aşağıdaki düzenlemeler eklenmiştir.

“3.3.5. İstisnai Sağlık Hizmetlerinde İlave Ücret Uygulanması

(1) Sözleşmeli sağlık kurum ve kuruluşları, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenen ve 3.3.5.1. numaralı maddede yer alan istisnai sağlık hizmetleri için genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden SUT eki listelerde yer alan işlem bedellerinin üç katını geçmemek üzere ilave ücret alabilir.

(2) Sözleşmeli sağlık kurum ve kuruluşları istisnai sağlık hizmeti olarak belirlenen işlemler için; yanında (*) işareti olup olmadığına bakılmaksızın EK-9 Listesinden, işlemin sadece EK-8 Listesinde yer alması halinde ise EK-8 Listesindeki sadece işlem bedeli üzerinden ilave ücret alabilir.

3.3.5.1. İlave Ücret Alınabilecek İstisnai Sağlık Hizmetleri

a) Robotik cerrahi yöntemi ile yapılan işlemler (P618.690, P621.410, P619.490, P618.680, P618.840, P618.550, P618.560, P601.930, P601.940, P602.410, 605.070, P604.710, P604.690, P605.000, P604.940, P604.990, P604.930 kodlu işlemler hariç olmak üzere)

b) Prostata Lazer Tedavisi veya Plazmakinetik Tedavisi (P621360) (kanama diyatezi ve kalp yetmezliği olan hastalar hariç)

c) Suda doğum (P619925), Epidural anestezi ile doğum (P619922)

ç) Penis Protez implantasyonu (çok parçalı) (P621180)

d) Katarakta fakoemülsifikasyon + multifokal İOL uygulaması (P617341)

e) Diş protez işlemleri (Sadece 404.201,404.360, 404.400, 404.410, 404.420 kodlu işlemler)

f) Robotik rehabilitasyon sistemi uygulamaları

g) Kapsül endoskopi (701.281)”

MADDE 10- Aynı Tebliğin 4.1.1. numaralı maddesinden sonra gelmek üzere 4.1.1.A maddesi eklenmiştir.

“4.1.1.A- Evde Sağlık Hizmetleri

(1) Sağlık Bakanlığınca yayımlanan ve 1 Şubat 2010 tarihli ve 3895 sayılı Makam Onayı ile yürürlüğe giren “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” doğrultusunda Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmet sunucuları bünyesinde oluşturulan evde sağlık hizmeti vermek üzere kurulmuş olan birimlerce verilen sağlık hizmetleridir.”

MADDE 11- Aynı Tebliğin 4.1.2.B- numaralı maddesinin birinci fıkrasının (f) bendi yürürlükten kaldırılmıştır.

MADDE 12- Aynı Tebliğin 4.2. numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) 18 inci fıkrası yürürlükten kaldırılmıştır.

b) Aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

“(20) SUT eki EK-8 ve EK-9 Listelerinde yer alan işlemlerin laparoskopik, perkütan, endoskopik, endosonografik, mikrocerrahi, robotik cerrahi gibi yöntemlerle yapılması halinde yapılan işlem, SUT'ta yer alan işlem puanı esas alınarak Kurumca karşılanır. Ancak aynı kodu bulunan laparoskopik, perkütan, endoskopik, endosonografik, mikrocerrahi, robotik cerrahi gibi yöntemlerle yapılan işlemler kendi puanı esas alınarak Kurumca karşılanır. Ayrıca P618.690, P621.410, P619.490, P618.680, P618.840, P618.550, P618.560, P601.930, P601.940, P602.410, 605.070, P604.710, P604.690, P605.000, P604.940, P604.990, P604.930 kodlu işlemlerin robotik cerrahi yöntemi ile yapılması durumunda işlem puanlarına %50 ilave edilerek Kuruma fatura edilir.”

MADDE 13- Aynı Tebliğin 4.2.1.B- numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) 4.2.1.B.1- numaralı maddesinin sekizinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(8) Sağlık raporu ile yapılması gerekli görülen hiperbarik oksijen tedavisi, fizik tedavi ve rehabilitasyon, ESWL, ESWT tedavilerinde; ayaktan başvurularda tedavi için sağlık raporu düzenlendikten sonra tedavinin sonraki günlerde aynı veya başka bir sağlık hizmeti sunucusunda yapılması halinde, bu sağlık raporu ile yapılan tedavi başvuruları "ayaktan tedavide ödeme" uygulaması kapsamında SUT eki EK-10/B Listesinde yer alan tutarlar girilmeksizin SUT eki EK-9 Listesi üzerinden faturalandırılır.”

b) 4.2.1.B.2- numaralı maddesinin ikinci fıkrasının (e) bendindeki “tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji,” ibaresi metinden çıkarılmıştır.

c) 4.2.1.B.3- numaralı madde olarak aşağıdaki düzenleme eklenmiştir.

“4.2.1.B.3 – Evde Sağlık Hizmetlerinde Ödeme

(1) Evde sağlık hizmetleri bedelleri hizmet başına ödeme yöntemi ile SUT eki EK-8 ve EK-7 Listeleri esas alınarak faturalandırılır.

(2) Hastaya kullanılan her türlü tıbbi malzemenin sağlık hizmeti sunucusu tarafından temini zorunludur. SUT eki EK-5/B Listesinde yer alan tıbbi malzemeler hariç olmak üzere tıbbi malzeme ile sağlık hizmeti sunucusu tarafından temin edilen ilaçların bedelleri ilaveten faturalandırılabilir. Reçete edilmesi halinde ilaçlar sözleşmeli

eczanelerden temin edilir.”

MADDE 14- Aynı Tebliğin 4.2.2. numaralı maddesinin birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(1) İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında yatarak verilen sağlık hizmetlerinin bedelleri, SUT eki EK-9 Listesinde yer alıyorsa “tanıya dayalı işlem üzerinden ödeme” yöntemi ile EK-9 Listesinde yer almıyorsa, “hizmet başına ödeme” yöntemi ile fatura edilir. Ancak, EK-9 Listesinde yanında (*) işareti bulunan işlemler ve SUT metninde EK-9 Listesi üzerinden faturalandırılacağı belirtilen işlemler dışında kalan EK-9 Listesindeki işlemler, üçüncü basamak sağlık kurumları tarafından SUT eki EK-8 Listesinde de fatura edilebilir. Üçüncü basamak sağlık kurumları; yanında (*) işareti olmayan işlemleri EK-8 veya EK-9 Listelerinin hangisini esas alacaklarına ilişkin tercihlerini Ocak ve Temmuz aylarında MEDULA Sisteminde belirteceklerdir.”

MADDE 15- Aynı Tebliğin 4.3. numaralı maddesinin birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiş, ikinci fıkrasındaki “acil servislerde” ibaresinden sonra gelen “sunulan sağlık hizmetleri ile” ibaresi metinden çıkarılmıştır.

“(1) Acil sağlık hizmeti vermekle yükümlü sağlık hizmeti sunucuları acil servis hizmetlerini Sağlık Bakanlığı düzenlemeleri ile konuya ilişkin Başbakanlık tarafından yayımlanan Başbakanlık genelgeleri ve Kurum mevzuatı doğrultusunda yürüteceklerdir. Acil servisine müracaat eden ve muayeneleri sonucunda acil olmadığı tespit edilen kişilerin tedavi giderleri SUT eki EK-8 Listesinde 520.021 kodlu “Yeşil alan muayenesi” adı altında yer alan işlem bedeli üzerinden Kurumca karşılanır. Muayene sonucunda acil olduğu tespit edilenler için ise SUT’un 4.2.1.B.2- numaralı maddesinin birinci ve ikinci fıkralarındaki ilgili hükümler uygulanır. Ancak sağlık hizmeti sunucularınca acil servislerde verilen ve Kuruma acil sağlık hizmeti olarak faturalandırılan hizmetlerin Kurumun inceleme birimlerince acil hal kapsamına girmediğinin tespit edilmesi halinde verilen sağlık hizmetlerinin bedelleri ödenmez ayrıca kişilerin ödemesi gereken katılım payı tutarı sağlık hizmet sunucularının alacağından mahsup edilir.”

MADDE 16- Aynı Tebliğin 4.5.4.B- numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“4.5.4.B- Hiperbarik Oksijen Tedavisi

(1) Hiperbarik oksijen tedavisi bedelleri, bünyesinde hiperbarik oksijen tedavi merkezi bulunan Kurumla sözleşmeli resmi sağlık kurumunda veya “Hiperbarik Oksijen Tedavisi Uygulanan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” kapsamında faaliyet sürdüren Kurumla sözleşmeli özel merkezlerde yapılması halinde Kurumca karşılanır.

(2) Acil durumlar hariç olmak üzere HBO tedavisi için, ikinci veya üçüncü basamak sağlık kurumları tarafından sağlık kurulu raporu düzenlenecektir. Ancak resmi sağlık kurumu bünyesinde Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp ile Hava ve Uzay Hekimliği uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen tek uzman hekim raporu da geçerli olacaktır. Uzman hekim raporunda/sağlık kurulu raporunda; tanı ile uygulanması istenilen seans sayısı yer alacaktır.

(3) Raporla belirtilen seans sayısı, SUT Eki “Hiperbarik Oksijen Tedavisi Uygulama Listesi”nde (EK-9/D) belirtilen “İlk sevkte seans sayısı” sütununda yer alan seans sayısını geçemez. Ancak, bu seans sayılarını aşan seanslarda tedavinin devamının gerekmesi halinde, SUT eki EK-9/D listesinde belirtilen “Maksimum toplam seans sayısı” sütunundaki seans sayıları aşılmamak kaydıyla, ikinci bir sağlık kurulu raporu düzenlenecektir. Maksimum toplam seans sayısı; aynı tanı ve aynı lokalizasyonda (baş, gövde, sol alt ekstremitte, sol üst ekstremitte, sağ alt ekstremitte, sağ üst ekstremitte) bir yıl için geçerlidir. Sekestrektomi, minör amputasyon, majör amputasyon durumu yeni vaka gibi değerlendirilir. Dördüncü fıkrada sayılan acil durumlar ve ani işitme kaybı için maksimum toplam seans sayısı; her bir atak (vaka) için geçerlidir.

(4) Acil durumlarda (dekompresyon hastalığı, hava veya gaz embolisi, karbon monoksit veya siyanit zehirlenmesi, anoksik/hipoksik ensefalopati, akut duman inhalasyonu, gazlı gangren, kompartman sendromu, santral retinal arter tıkanıklığı ve nekrotizan yumuşak doku enfeksiyonunda) bu durumun sevk eden veya hiperbarik oksijen tedavisini yapan hekim tarafından imzalanmış bir belge ile belgelendirilmesi şartıyla sağlık kurulu raporu aranmaz. Ancak acil durumlar için “İlk sevkte seans sayısı” sütununda yer alan seans sayılarının aşılması halinde bu maddenin ikinci fıkrasında yer alan hükümler doğrultusunda rapor düzenlenecektir.

(5) Tedavi basıncı hastanın durumuna göre tedavinin yapıldığı merkezin uzman hekimi tarafından belirlenecektir.

(6) HBO tedavisine raporun düzenlenme tarihinden itibaren en geç 10 gün içerisinde başlanmalıdır. Tedaviye başladıktan sonra tedavinin yapıldığı merkezin uzman hekiminin onayı ile tedaviye bir defada kesintisiz en fazla yedi gün ara verilebilir. Tedaviye yedi günden daha uzun süre kesintisiz ara verilmesi halinde maksimum seans sayısı dikkate alınarak bu maddenin ikinci fıkrasında yer alan hükümler doğrultusunda yeni rapor düzenlenecektir.

(7) Bir hasta için günde en fazla bir seans HBO uygulaması bedeli Kurumca karşılanır. Ancak ani işitme kaybı ve acil hastalarda, tedavinin başladığı gün dahil en fazla yedi gün boyunca günde birden fazla seans HBO uygulaması bedeli Kurumca karşılanır.

(8) Ani işitme kaybında HBO uygulaması bedelinin ödenebilmesi için, tanı konulmasını takiben bir ay içinde HBO uygulamasına başlanmış olması gerekmektedir. Bu hastalarda on seansta bir odyolojik test yapılır. 20 nci seans sonunda saf ses ortalamasında 20 dB’lik bir düzelme yoksa tedavi bedelleri daha sonraki seanslar için ödenmez.

(9) Santral retinal arter tıkanıklığında HBO tedavi bedelinin ödenebilmesi için, tanı konulmasını takiben 5 gün içinde HBO tedavisine başlanmış olması gerekmektedir.

(10) Hipoksik/ anoksik ensefalopati tanısında HBO tedavi bedelinin ödenebilmesi için, tanı konulmasını takiben ilk 5 gün içinde HBO tedavisine başlanmış olması gerekmektedir.

(11) HBO seans süresi tekli basınç odasında en az 90 dakika, çoklu basınç odasında en az 2 saat olarak kabul edilir.

(12) HBO tedavi bedelleri sadece SUT Eki EK-9/D Listesinde belirtilen endikasyonlar ve ICD-10 tanı kodları dikkate alınarak SUT eki EK-9 Listesinde yer alan bedeller üzerinden Kurumca karşılanır.”

MADDE 17- Aynı Tebliğin 4.5.4.C- numaralı maddesinin birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(1) Kurumca radyo cerrahi yöntemleri ile tedavi bedellerinin karşılanabilmesi için; cyberknife tedavisinde radyasyon onkolojisi uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu, gammaknife tedavisinde en az 2 (iki) beyin cerrahi ve en az 1(bir) radyasyon onkolojisi uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenmesi gerekmektedir.”

MADDE 18- Aynı Tebliğin 4.5.4.F- numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“4.5.4.F- Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon İşlemleri

4.5.4.F-1- Sağlık raporlarının (uzman hekim / sağlık kurulu) düzenlenmesi

(1) Fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarının Kurumca bedelinin karşılanması için;

a) 30 seansa kadar (30 uncu seans dahil) olan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları için fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimince,

b) SUT eki EK-9/A Listesinde (*) işaretli (Bölge/Seans Kontrolüne Tabi Olmayan) tanılarda 30 seans sonrası devam edilecek tedaviler için;

1- 31-60 seansa kadar (60 ıncı seans dahil) olan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları için en az bir fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekiminin yer aldığı (sağlık hizmeti sunucusunda yeterli sayıda fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimini bulunması durumunda sağlık kurulu bu hekimler tarafından oluşturulacaktır) sağlık kurumu sağlık kurulunca (ayaktan tedavilerde resmi sağlık kurulunca),

2- 60 seans üzeri olan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları için en az bir fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekiminin yer aldığı (sağlık hizmeti sunucusunda yeterli sayıda fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimini bulunması durumunda sağlık kurulu bu hekimler tarafından oluşturulacaktır) üçüncü basamak sağlık kurumu sağlık kurulunca,

sağlık raporu düzenlenmesi gerekmektedir.

(2) Düzenlenen raporda ayrıntılı hastalık hikâyesi dışında SUT eki EK-9/A Listesinde A ve B grubunda yer alan hastalıklar için; Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon İşlemlerine Yönelik Değerlendirme Ölçekleri esas alınarak mevcut hastalığa ve komplikasyonlarına uygun ayrıntılı muayene ve değerlendirme sonuçları belirtilecektir. 30 seans üzeri fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları için düzenlenecek sağlık kurulu raporunda tedavinin devamının gerekliliğine dair gerekçeler ayrıca belirtilecektir.

(3) Raporun sonuç bölümünde elde edilen değerlendirme ve muayene bulgularına uygun olarak, tanı ve tanıya ilişkin ICD-10 kodları ile hastanın kaç seans fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamasına ihtiyacı olduğu ve uygulanacak bölge yazılacaktır.

(4) Fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemleri başlıklı 4.5.4.F maddesinin yürürlük tarihinden önce usulüne uygun düzenlenmiş sağlık raporları geçerli olup, bu raporlara dayanılarak yapılan tedaviler, bu Tebliğ hükümlerine göre sağlanmaya devam edilecektir.

4.5.4.F-2- Fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemlerinin faturalandırılması

(1) Fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemlerinin Kurumca faturalandırılabilmesi için SUT’un 4.5.4.F-1 numaralı maddesinde tanımlanan sağlık raporunun düzenlenmesi gerekmektedir.

(2) Ayaktan veya yatarak fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları yapılacak hastalarda, hastanın tedaviye girdiği kurumun fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimini tarafından belirlenecek tedavi ayrıntıları (elektroterapi uygulamaları, egzersiz çeşitleri, masaj, manipülasyon uygulamaları, ortez-protez uygulamaları ve eğitimi, konuşma terapisi uygulamaları, iş-uğraşı terapisi uygulamaları vb. gibi tedavi uygulamaları; bu tedavilerin süreleri, dozları ve sayıları, uygulanan vücut bölgeleri gibi), hazırlanacak tedavi çizelgesine yazılarak fizik tedavi ve rehabilitasyon hekimince kaşelenip imzalanacaktır.

(3) SUT eki EK-9/A Listesinde “G81.0, G81.1, G81.9, G82.0, G82.1, G82.2, G82.3, G82.4, G82.5, S06.0, S06.1, S06.2, S06.3, S06.4, S06.5, S06.6, S06.7, S06.8, S06.9, S14.0, S14.1, S24.0, S24.1, S34.0, S34.1” ICD-10 kodları ile yer alan hastalıklarda, tanı ile ilgili düzenlenen ilk sağlık raporu tarihinden itibaren üç yıl içerisinde uygulanan fizik tedavi ve rehabilitasyon işlem bedelleri Kurumca karşılanacaktır. Bu sürelerin bitiminden sonra meydana gelen hastalığa ilişkin geç komplikasyonlarda fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarının faturalandırılabilmesi için, üçüncü basamak sağlık kurumu sağlık kurullarınca en az bir fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekiminin yer aldığı (sağlık hizmeti sunucusunda yeterli sayıda fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimini bulunması durumunda sağlık kurulu bu hekimler tarafından oluşturulacaktır) sağlık kurulu raporu düzenlenmesi ve tedavilerin üçüncü basamak sağlık kurumlarınca yapılmış olması gerekmektedir.

(4) Ayaktan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarında bir hastaya günde en fazla bir seans, yatarak fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarında ise aynı bölge için bir seans fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemi bedeli Kurumca karşılanır.

(5) Bir hasta için son bir yıl içinde en fazla; aynı bölgeden toplam 30 seans, iki farklı vücut bölgesinden toplam 60 seans fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemlerine ait bedeller Kurumca karşılanır. Aynı bölge için bir yıl içinde en

fazla iki sağlık raporu dzenlenebilir. Bølge, seans ve sağlık raporu sayılarının kontrollerinde 4.5.4.F-6- numaralı maddesinin ikinci fıkrasında belirtilen bølge, seans ve sağlık raporu sayıları da hesaba katılır. Ancak SUT eki EK-9/A Listesinde (*) işaretli tanılarda bølge ve seans kontrolü yapılmaz. Ekstremitelerdeki sağ ve sol bölgeler ayrı bølge olarak değerlendirilir.

(6) SUT eki EK-9/A Listesinde (*) işaretli tanılar hariç olmak üzere bir bølge için en fazla 30 seans fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemlerine ait bedeller Kurumca karşılanır. SUT eki EK-9/A Listesinde (*) işaretli tanılarda ise 30 seans üzeri fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemlerine ait bedeller de Kurumca karşılanabilecek olup farklı zamanlarda aynı tanı ile aynı bölgeye uygulanan tedaviler devam eden tedavi olarak değerlendirilerek ilk 30 seanstan sonra uygulanacak tedaviler için SUT'un 4.5.4.F-1(1)b bendinde belirtilen sağlık kurulu raporu dzenlenecektir.

(7) Fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları; sağlık raporunun dzenlenme tarihinden itibaren 15 gün içerisinde tedaviye başlanmış olması kaydıyla SUT eki EK-9/A da yer alan gruplar dikkate alınmak suretiyle SUT eki EK-9 Listesinde yer alan puanlar esas alınarak bedelleri Kurumca karşılanır. (SUT eki EK-10/A Listesinde E4 kodu ile yer alan hastanelerce, SUT eki EK-9 Listesinde belirlenen puana %35 ilave edilerek faturalandırılır.) Sağlık raporunun dzenlenme tarihinden itibaren 15 gün içerisinde tedaviye başlanmaması halinde hastaya yeni sağlık raporu dzenlenecektir.

(8) EK-9/A Listesinde (*) işaretli tanılarda yapılan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları hariç olmak üzere sağlık raporunda belirtilen fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamasına, tedaviye başlandıktan sonra 5 (beş) işgününden fazla ara verilmesi halinde ara verildikten sonra yeni bir sağlık raporu dzenlenmedikçe uygulanan fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemleri Kurumca karşılanmaz. Ara verilmeden önce uygulanan tedavi, bølge ve seans kontrolünde dikkate alınır.

(9) Yatarak fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarında; fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulaması dışındaki sağlık hizmetleri (yatak bedeli, tetkik, ilaç, tıbbi malzeme gibi), SUT hükümlerine uyulmak koşuluyla "hizmet başına ödeme yöntemi" ile faturalandırıldığında Kurumca karşılanır.

4.5.4.F-3- Kurumla sözleşmeli özel sağlık hizmeti sunucularında fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları

(1) Özel sağlık kurumlarının yapılacak fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemlerinde SUT'un 4.5.4.F-1 ve 4.5.4.F-2 numaralı madde hükümleri ile birlikte aşağıda belirtilen düzenlemelere de uyulacaktır.

a) Özel sağlık hizmet sunucularınca yatarak tedavilerde sadece SUT eki EK-9/A Listesinde (*) işaretli tanılarda yapılan uygulamalar Kuruma fatura edilebilir. Bu tedaviler bir yıl içerisinde 60 seansı geçemez.

b) Uygulamalar fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekim tarafından veya bu uzman hekimlerin gözetiminde yapılır.

c) Fizik tedavi ve rehabilitasyon seansları 60 dakika olarak kabul edilir.

4.5.4.F-4- Ekstrakorporeal şok dalgası (ESWT) tedavisi

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

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

(3) ESWT tedavisi SUT eki EK-9 Listesi 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. Ekstremitelerdeki sağ ve sol bölgeler ayrı bølge olarak değerlendirilir.

(4) ESWT işlemi diğer fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemleri ile birlikte faturalandırılmaz.

4.5.4.F-5- Robotik rehabilitasyon sistemi uygulamaları

(1) Robotik rehabilitasyon sistemi uygulaması için gereken sağlık kurulu raporu, üçüncü basamak sağlık kurumlarında fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekiminin katıldığı sağlık kurulu tarafından dzenlenecektir.

(2) Robotik rehabilitasyon sistemi uygulaması SUT eki EK-9/A Listesinde yer alan (**) işaretli ICD-10 kodlarındaki tanılarda uygulanması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

(3) SUT eki EK-9/A Listesinde yer alan gruplar dikkate alınmak suretiyle EK-9 Listesinde yer alan puanlar üzerinden faturalandırılır.

(4) Robotik rehabilitasyon sistemi uygulaması işlemi diğer fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemleri ile birlikte faturalandırılmaz.

(5) Bir hasta için bir yılda en fazla 30 seans uygulanabilir. Her bir robotik rehabilitasyon sistemi için günlük en fazla 15 hasta faturalandırılabilir.

4.5.4.F-6 Spor hekimliği ile tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji uygulamaları

(1) Resmi sağlık kurumlarında görevli; spor hekimlerince sunulan spor hekimliği uygulamalarının bedelinin Kurumca karşılanabilmesi için bu hekimler tarafından, tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji uzman hekimlerince sunulan tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji uygulamalarının Kurumca bedelinin karşılanabilmesi için bu uzman hekimler tarafından sağlık raporu dzenlenmesi gereklidir. Dzenlenecek raporda uygulanacak tedavi ve tedavi süresi belirtilecektir.

(2) Bir hasta için son bir yıl içinde en fazla; aynı bölgeden toplam 30 seans, iki farklı vücut bölgesinden toplam 60 seans fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarına ait bedeller Kurumca karşılanır. Aynı bølge için bir yıl içinde en

fazla iki sağlık raporu dzenlenebilir. Bølge, seans ve sağlık raporu sayılarının kontrollerinde 4.5.4.F-2 maddesinin beşinci fıkrasında belirtilen bølge, seans ve sağlık raporu sayıları da hesaba katılır.

(3) Spor hekimliği ile tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji uzman hekimlerince SUT eki EK-9/A Listesinde yer alan tanılarda yapılan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları SUT eki EK-9 Listesindeki P915.030 kodlu işlem puanı esas alınarak faturalandırılır.”

MADDE 19- Aynı Tebliğin 6.1.1.B- numaralı maddesine aşığıdaki fıkraya eklenmiştir.

“(6) Robotik kemoterapi ünitesi olan sağlık tesislerinde kemoterapi ilaçlarının hastaya kullanılan miktar kadarının fatura edilmesi mümkündür. Uygulamanın esasları Kurumun resmi internet sitesinde duyurulur.”

MADDE 20- Aynı Tebliğin 6.1.1.Ç- numaralı maddesine aşığıdaki fıkraya eklenmiştir.

“(8) Hastanın tedavisinde ilk defa reçete edilecek ilaçlar (raporlu olsa dahi) en fazla 1 aylık doza kadar ödenir. Sonraki reçetelerde yazılacak ilaç miktarı için tebliğde yer alan genel veya özel düzenlemeler esas alınır. Bu ilaçların devam reçetelerindeki farklı farmasötik dozları da ilk tedavi olarak kabul edilir.”

MADDE 21- Aynı Tebliğin 6.2.14.C- numaralı maddesinin üçüncü fıkrasında aşığıda yer alan düzenlemeler yapılmıştır.

a) (i) bendinin (2) numaralı alt bendi aşığıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“2- Temsirolimus, Sunitinib, Sorafenib ve Pazopanib metastatik renal hücreli karsinomlu hastalarda ardışık ya da kombine olarak kullanılamaz.”

b) (k) bendinin (7) numaralı alt bendi aşığıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“7- Temsirolimus, Sunitinib, Sorafenib ve Pazopanib metastatik renal hücreli karsinomlu hastalarda ardışık ya da kombine olarak kullanılamaz.”

c) (l) bendinin (A) alt bendinin (2) numaralı maddesi aşığıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“2- Temsirolimus, Sunitinib, Sorafenib ve Pazopanib metastatik renal hücreli karsinomlu hastalarda ardışık ya da kombine olarak kullanılamaz.”

ç) (n) bendi aşığıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“**n) Lenalidomid;** en az 2 kür standart multiple myelom tedavisi (VAD, MP veya diğer standart antimiyelom rejimler) kullanım sonrası hastalık progresyonu gelişmiş hastalardan aşığıda belirtilen durumlardan birinin olması halinde; hematoloji ve/veya onkoloji uzmanının yer aldığı 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak yine bu hekimler tarafından reçete edilir. 3. kür sonunda en az minör yanıt yoksa tedavi sonlandırılır. 3. kür sonunda en az minör yanıt, 6. kür sonunda en az kısmi yanıt var ise tedavi bir yıla tamamlanabilir.

1-Yeterli doz ve sürede talidomid veya bortezomib kürlerine dirençli veya EMG ile kanıtlanmış nöropati nedeni ile bu ajanların kullanılmadığı durumlarda,

2-Transplantasyon sonrasında dirençli hastalığı olan multiple myelom (MM) hastalarının tedavisinde”

d) Aşığıdaki düzenleme (r) bendi olarak eklenmiştir.

“**r) Pazopanib;**

1-Biyolojik tedaviler (interferon ya da interlökin) sonrasında progresyon gelişmiş lokal ileri ya da metastatik evredeki renal hücreli karsinomların tedavisinde, içinde en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulunduğu tedavi protokolünü de gösterir ve en fazla 6 ay süre ile geçerli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkologlar tarafından reçetelenir. Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için hastalıkta progresyon olmadığı belirlenmeli ve bu durum çıkarılacak raporda belirtilmelidir.

2-Temsirolimus, Sunitinib, Sorafenib ve Pazopanib metastatik renal hücreli karsinomlu hastalarda ardışık ya da kombine olarak kullanılamaz.”

MADDE 22- Aynı Tebliğin 6.2.15.C- numaralı maddesinin birinci fıkrası aşığıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(1) Normal sinüs ritmi olan, kronik stabil angina pektorisli hastaların semptomatik tedavisinde Beta blokör ve/veya verapamil-diltiazem intoleransı veya kontrendikasyonu olan ve kalp atım hızı düşürücü kalsiyum kanal blokörü kullanımını engelleyen asemptomatik solventriküler disfonksiyonu (LVEF<% 40 in) bulunan hastalar için en az bir kardiyoloji uzmanının bulunduğu sağlık kurulu raporu ile kardiyoloji uzmanı veya dahiliye uzmanı tarafından reçete edilebilir.”

MADDE 23- Aynı Tebliğin 6.2.16 numaralı maddesinin beşinci fıkrası aşığıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(5) İkinci ve üçüncü fıkralarda belirtilen ödemeye ilişkin izlenecek yöntem Kurum tarafından ayrıca duyurulur.”

MADDE 24- Aynı Tebliğ’in 6.2.35 numaralı maddesinin ikinci fıkrası aşığıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(2) Pregabalin; üçüncü basamak sağlık kurumlarında romatoloji, anestezi ve reanimasyon, immünoloji, cilt hastalıkları, endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları, nöroloji, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, nefroloji uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimlerden birinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.”

MADDE 25- Aynı Tebliğin 7.3.8 numaralı maddesinde aşığıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) 7.3.8.A- numaralı maddesinin dördüncü fıkrası yürürlükten kaldırılmıştır.

b) 7.3.8.B- maddesinin dördüncü fıkrasında yer alan “(cap)” ibaresi “kep” şeklinde değiştirilmiştir.

MADDE 26- Aynı Tebliğin 7.3.26 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) 7.3.26.A- numaralı alt maddesinin ikinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(2) İntra aortik balon pompası kullanımı ve ECMO kullanımı bu kurallara tabi değildir.”

b) 7.3.26.A- numaralı alt maddesine aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

“(3) Sağlık Bakanlığınca ruhsatlandırılmış kalp nakli yapılmasına müsaade edilen merkezler dışında ki kalp ve damar cerrahisi (açık kalp operasyonları) uygulanan hastanelerde ve farklı endikasyonlarda kullanım Sağlık Bakanlığı bilim kurulu tarafından (işlem sonrası olmak üzere) onaylanması kaydı ile mümkündür.”

c) 7.3.26.B- numaralı alt maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“7.3.26.B- Uzun Süreli Ventrikül Destek Cihazı

(1) Uzun süreli destek sağlayan (en az 6 ay) aşağıda tanımlanan cihazlar yalnızca Sağlık Bakanlığı tarafından Kalp nakli Merkezi olarak ruhsatlandırılmış merkezlerde kullanılırlar.

(2) Bu adı geçen merkezlerde oluşturulacak biri nakil sorumlusu kalp ve damar cerrahisi olmak üzere, 2 kalp ve damar cerrahisi ve bir kardiyologdan oluşan konsey kararı mutlak olmalıdır.

1- Parakorporeal uzun süreli destek sistemleri:

a- Transplantasyona köprüleme amacı ile kullanılırlar.

b- En az 6 ay ve üzeri destek vermeleri beklenir.

c- Sağ ve veya sol ventrikülü destek amacı ile tek veya çift olarak kullanılabilirler.

2- İntrakorporeal uzun süreli destek cihazları:

a- Transplantasyona köprüleme amacı ile kullanılırlar.

b- Kalıcı (destination) tedavi amacı ile: 90 günden uzun süreli tıbbi tedaviye dirençli, NYHA III-B veya NYHA IV kliniği olan, sol ventrikül EF % 25 ‘in altı olan hastalarda kullanılırlar. Kalp dışı hastalıkları nedeni ile yaşam beklentisi 2 yılın altında olanlarda kullanılamaz.

c- En az 6 ay ve üzeri destek vermeleri beklenir.

ç- Sağ ve veya sol ventrikülü destek amacı ile tek veya çift olarak kullanılabilirler.”

ç) Aşağıdaki düzenleme alt madde olarak eklenmiştir.

“7.3.26.C-Total Yapay Kalp

(1) Total yapay kalp yetmezliği tanısı ile acil kalp nakli programına alınan uzun süreli parakorporeal ve intrakorporeal ventrikül destek pompalarının kullanılmadığı aşağıdaki tıbbi durumlarda geçerlidir:

a- Çıkarılamayan kardiyak trombus,

b- Ventriküler seviyede intrakardiyak şant varlığı (Qp/Qs oranı 2 ve üzeri olan),

c- Çıkarılamayan kardiyak tümör varlığı,

ç- Çoklu mekanik kapak olması,

d- Ciddi aort ve pulmoner kapak yetmezliği,

e- Kalp nakli sonrası gelişen kalp yetmezliği olguları veya daha önceden yapılmış kalp nakli rejeksiyonu olgularında,

f- Ciddi hipertrofik kardiyomyopati”

MADDE 27- Aynı Tebliğin 9.2.3. numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) İkinci fıkrasının (b) bendinde yer alan “gözlük/cam/çerçeve” ibaresi “görmeye yardımcı tıbbi malzeme” şeklinde değiştirilmiştir.

b) İkinci fıkrasına (c) bendi eklenmiştir.

“(c) Trafik kazası nedeniyle Kurumumuzca karşılanacak görmeye yardımcı tıbbi malzemeler için diğer reçetelerden ayrı tek bir fatura düzenlenecektir.”

MADDE 28- Aynı Tebliğin 9.3.2.D- numaralı maddesinin 12 nci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“12-Ayaktan veya yatarak yapılan hiperbarik oksijen tedavisi ve fizik tedavi ve rehabilitasyon tedavisi süresince her fatura dönemine ait, her seansın tarihinin, seansların başlayış ve bitiş saatleri ile her bir seans sonrasında alınan tedaviyi takip eden sorumlu uzman hekimin imzasının ve hasta imzasının ya da parmak izinin (eğer alınmıyorsa adı ve telefon numarası belirtilmek kaydıyla hasta yakınının imzasının) yer aldığı belge/belgeler,”

MADDE 29- Aynı Tebliğin “Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi”nde (Ek-2) aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) “Erken başlangıçlı serebellar ataksi [Friedreich ataksisi (Otozomal resesif)]” başlıklı (10.1.4) numaralı alt maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“10.1.4 Otozomal resesif serebral ataksiler

10.1.4.1. Friedreich ataksisi

10.1.4.1.1. İdebenon

10.1.4.2. Serebrotendinöz ksantomatozis

10.1.4.2.1. Kenodeoksikolik asit*”

b) “Epilepsi, Narkolepsi ve febril konvülsiyonlar” başlıklı (10.4) numaralı alt maddesine aşağıdaki düzenlemeler (10.4.24), (10.4.25) ve (10.4.26) numaralı maddeler olarak ilave edilmiştir.

“10.4.24. Stiripentol*

10.4.25. Rufinamide*

10.4.26. Lacosamide*”

MADDE 30- Aynı Tebliğ eki “Sistemik Antimikrobik ve Diğer İlaçların Reçeteleme Kuralları Listesi”nde (Ek-2/A) aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) “Antiviral İlaçlar” başlıklı (11) numaralı maddesinin (11.A) alt maddesine aşağıdaki düzenleme (12) numaralı madde olarak ilave edilmiştir.

112	Darunavir	EHU; Prospektüs endikasyonunda, düşük doz ritonavir ve diğer antiretroviral ilaçlarla kombinasyon halinde kullanılır.
-----	-----------	---

b) “Diğerleri” başlıklı (13) numaralı maddesinin (10) numaralı alt maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

110	Sadece üre içeren preparatlar	Cilt hastalıkları uzmanı (Sadece ihtiyozis veya kseroderma veya kserosis kutis endikasyonlarında ödenir)
-----	-------------------------------	--

c) “Diğerleri” başlıklı (13) numaralı maddenin (11) numaralı alt maddesi yürürlükten kaldırılmıştır.

MADDE 31- Aynı Tebliğ eki “Sadece Yatan Hastalarda Kullanımı Halinde Bedelleri Ödenecek İlaçlar Listesi”nin (Ek-2/B) 34 numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“34. Fondaparinux (Ortopedi, kardiyojoloji, iç hastalıkları ve acil tıp uzmanları tarafından reçete edilebilir.)”

MADDE 32- Aynı Tebliğ eki “Ayakta Tedavide Sağlık Raporu (Uzman Hekim Raporu/Sağlık Kurulu Raporu) ile Verilebilecek İlaçlar Listesi”ne (Ek-2/C), (52) ve (53) numaralı maddeler olarak aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“52. Asetilsistein (600 mg ve altındaki farmasötik dozları içeren aynı eşdeğer gruptaki en küçük ambalaj formu hariç)

53. Dabigatran (Elektif kalça ve diz total eklem replasmanlarında derin ven trombozunun profilaksisinde, bu durumun belirtildiği ortopedi uzman hekimlerince düzenlenen rapora dayanılarak; diz için en fazla 10, kalça için en fazla 35 günlük kullanım bedeli ödenir.)”

MADDE 33- Aynı Tebliğ eki “Yurt Dışı İlaç Fiyat Listesi”nde (EK-2/G) fiyatları güncellenen ve listeye eklenecek ilaçlar ile fiyatları bu Tebliğ eki (1) numaralı listede belirtilmiştir.

MADDE 34- Aynı Tebliğ eki “Fiyatlandırılmış Tıbbi Sarf Malzemeleri Listesi”nde (EK-5/A-2) aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) “350.161” SUT kodlu “Ventriküler Destek Pompası (Uzun Süreli)” adlı malzeme, listeden çıkarılmıştır.

b) Bu Tebliğ eki (2) numaralı listede yer alan tıbbi malzemeler, EK-5/A-2 listesine “Göz Malzemeleri” başlığından önce gelmek üzere ilave edilmiş, (2) numaralı listede yer alan “Not” ise EK-5/A-2 listesinin sonuna ilave edilmiştir.

MADDE 35- Aynı Tebliğ eki “Protez ve Ortez Listesi” (EK-5/C) bu Tebliğ eki (3) numaralı listede yer aldığı şekli ile değiştirilmiştir.

MADDE 36- Aynı Tebliğ eki “Sağlık Kurumları Puan Listesi” nde (EK-8) yapılan değişiklikler bu Tebliğ eki (4) numaralı listede belirtilmiştir