

## TEBLİĞ

Sosyal Güvenlik Kurumundan:

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

**MADDE 1** – 24/3/2013 tarihli ve 28597 sayılı Resmî Gazete ’de yayımlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinin 2.4.4.F-2 numaralı alt maddesinin üçüncü fıkrasına son cümle olarak aşağıdaki cümle eklenmiştir.

“Ancak bölge seans kontrolüne tabi fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları için aynı bölgeden toplam 30 seans, iki farklı vücut bölgesinden toplam 60 seans fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemlerinden daha fazla tedavi gereken durumlarda, bu kişilerin fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları Türk Silahlı Kuvvetleri ve Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık hizmeti sunucularında görevli fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimince 30’ar seanslık rapor düzenlenmesi ve tedavinin raporun düzenlendiği sağlık hizmeti sunucularınca yapılması halinde Kurumca karşılanır.”

**MADDE 2** – Aynı Tebliğin 2.4.4.F-3 numaralı alt maddesinin birinci fıkrasının (a) bendinde yer alan “SUT eki EK-2/D-2 Listesinde” ibaresinden sonra gelmek üzere “G80 ve” ibaresi eklenmiştir.

**MADDE 3** – Aynı Tebliğin 2.4.4.İ-1 numaralı alt maddesinin birinci fıkrasında yer alan “Evli olmakla birlikte evlat edinilmiş çocukları hariç çocuk sahibi olmayan” ibaresi “Evli olmakla birlikte daha önceki evliliklerinden çocuk sahibi olup olmadığına bakılmaksızın evlat edinilmiş çocukları hariç mevcut evliliğinde çocuk sahibi olmayan” olarak değiştirilmiştir.

**MADDE 4** – Aynı Tebliğin 2.4.4.İ-1-2 numaralı alt maddesinin altıncı fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(6) Her bir IVF tedavisi için sağlık kurulu raporu düzenlenmesi gereklidir.”

**MADDE 5** – Aynı Tebliğin 3.1.3 numaralı maddesinin ikinci fıkrasında ve yedinci fıkrasında yer alan “1/4/2015” ibareleri “1/7/2015” olarak değiştirilmiştir.

**MADDE 6** – Aynı Tebliğin 3.1.4 numaralı maddesinin ikinci fıkrasına aşağıdaki bent eklenmiştir.

“p) SUT eki EK-3 Tıbbi Malzeme Listelerinde ayrıca faturalandırılabilceği belirtilen tıbbi malzemelerin,”

**MADDE 7** – Aynı Tebliğin 3.2.1.A numaralı alt maddesinin ikinci fıkrasında yer alan “1/4/2015” ibaresi “1/7/2015” olarak değiştirilmiştir.

**MADDE 8** – Aynı Tebliğin 3.3.1 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Maddenin ikinci fıkrasının (c) bendi ile beşinci fıkrasının ikinci cümlesi yürürlükten kaldırılmıştır.

b) Maddenin onüçüncü fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(13) Epidermolizis bülloza tanılı hastalara yara bakım hizmetlerinin ödenebilmesi için Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından, deri ve zührevi hastalıkları uzman hekimi, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi uzman hekimi ve genel cerrahi uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenmesi gerekmektedir. Sağlık kurulu raporu 2 (iki) yıl geçerlidir. Epidermolizis bülloza tanılı hastaların yatarak veya ayakta tedavileri kapsamındaki yara bakım hizmetleri ile bu hizmetlerde kullanılan tıbbi malzemeleri SUT EK-2/B Listesinde yer alan “530.533” kodlu “Epidermolizis bülloza hastalığında yara bakım hizmetleri” işlemi üzerinden sadece Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti sunucularınca faturalandırılır. Bu hasta grubuna sunulan her türlü yara bakım hizmetlerinin ve bu hizmetlerde kullanılan tıbbi malzemelerin Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti sunucuları tarafından temin edilmesi ve uygulanması zorunludur. Bu grup hastalara yara bakım hizmetlerinde kullanılan malzemeler için şahıs ödemesi kapsamında herhangi bir ödeme yapılmaz. Ancak bu kapsamda tedavi gören hastalara kullanılan malzemelerin Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti sunucuları tarafından temin edilmeyerek hastaya reçete karşılığı dışarıdan temin ettirilmesi durumunda fatura tutarı ilgili hastaya ödenerek Sağlık Bakanlığına yapılan global ödemeden söz konusu fatura tutarı düşülür.”

**MADDE 9** – Aynı Tebliğin 3.3.9 numaralı maddesinin birinci fıkrasına aşağıdaki bent eklenmiştir.

“(ö) Total parmak protezi”

**MADDE 10** – Aynı Tebliğin 3.3.29 numaralı maddesinin ikinci fıkrasının birinci cümlesinde yer alan “Kanama durdurmada kullanılan tıbbi malzemelerin vücut dışı uygulamalarında” ibaresi “Kanama durdurmada kullanılan emilemeyen tıbbi malzemelerin” olarak değiştirilmiş ve üçüncü fıkrasının birinci cümlesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“Kanama durdurmada kullanılan emilebilen tıbbi malzemelerin yatarak tedavilerde, epikrizde aşağıdaki durumlardan en az birinin ve kullanılan tıbbi malzeme sayısının belirtilmesi şartıyla bedelleri Kurumca karşılanır.”

**MADDE 11** – Aynı Tebliğin 4.2.1.C-1 numaralı maddesinin ikinci fıkrasının birinci cümlesinde yer alan “Aksiyel tutulumlu ankilozan spondilitli” ibaresinden sonra gelmek üzere “ve radyografik olarak ankilozan spondilit (AS) kanıtı olmayan aksiyel spondilartritli” ibaresi eklenmiş ve dördüncü fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(4) Aksiyel tutulumlu ankilozan spondilitli, periferik eklem tutulumlu ankilozan spondilitli ve radyografik olarak ankilozan spondilit (AS) kanıtı olmayan aksiyel spondilartritli hastalarda ilacın etkinliği, ilaca başlandıktan 3 ay sonra değerlendirilir. Yeterli cevap alınmamışsa (BASDAI’de 2 birimden daha az düzelme olması), ilaca devam edilmesi durumunda ilaç bedeli ödenmez. Tedaviye cevap alınmış ve ilaca devam edilecek ise bu durum 6 ay süreli yeni

düzenlenecek sağlık kurulu raporunda belirtilir.”

**MADDE 12** – Aynı Tebliğin 4.2.14.C numaralı maddesinin üçüncü fıkrasında aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) (a) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

**“a) Trastuzumab;**

1) HER-2 immünohistokimya ile +3 veya FISH/CISH/SISH (+) olan hastalarda, metastatik meme kanseri endikasyonunda, bu durumun belirtildiği tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilir. Trastuzumab kullanılırken progresyon gelişmesi halinde tedavi sonlandırılır.

2) HER-2 immünohistokimya ile +3 veya FISH/CISH/SISH (+) olan hastalarda, erken evre meme kanseri endikasyonunda, tedavi süresi 9 haftadır. Tedavinin 52 haftaya tamamlanması düşünülen durumlarda, 9 haftalık tedaviden sonra “Trastuzumab Kullanımı İçin Bilgilendirilmiş Hasta Olur Formu”nun tedaviyi yürüten hekim tarafından düzenlenerek bir örneğinin Sağlık Bakanlığına gönderilmesi ve reçete üzerinde formun düzenlendiğinin belirtilmesi gerekmektedir. En az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin bulunduğu ve ekokardiyografi değerlendirmesinin de yer aldığı 3 ay süreli sağlık kurulu raporu ile bu hekimlerce reçete edilir. Toplam tedavi süresi 52 haftayı geçemez.

3) Metastatik mide veya özofagogastrik bileşke yerleşimli adenokanserli hastalardan daha önce kemoterapi uygulanmamış olup, Her-2 neu pozitifliği, hem immünohistokimyasal yöntemle +2/+3 hem de FISH/CISH/SISH ile pozitif olarak saptananlarda; platin ve kapisitabin ya da platin ve 5-Fluorourasil içeren kemoterapi rejimleri ile kombine olarak kullanılabilir. Progresyon gelişmesi halinde tedavi sonlandırılır. Tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilir.”

b) (ç) bendinin ikinci alt bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“2) Doğal veya yapay postmenapozal kadınlarda, lokal veya metastaz yapmış hormon reseptör pozitif meme kanserinde, endokrin tedaviden [tamoksifen veya aromataz inhibitörlerinden biri (anastrozole, exemestane, letrozole)] sonra ilerlemeye devam etmiş hastalarda, raporda bunların belirtilmesi koşuluyla reçete edilebilir.”

c) (i) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

**“i) Dasatinib ve nilotinib;**

a) Kronik miyeloid lösemi tanılı yetişkin hastaların tedavisinde;

1) Dasatinib; imatinib dahil önceki tedavilere dirençli veya intolere (aşağıdaki 4. ve 5. maddelerde belirtilen koşullarda), Philadelphia kromozomu pozitif kronik, hızlanmış veya blastik evre kronik miyeloid lösemi tanılı yetişkin hastaların tedavisinde; prospektüsünde yazılan başlama kriterleri dikkate alınarak, bu durumların belirtildiği en az bir hematoloji uzmanının yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimleri tarafından reçetelenir.

2) Nilotinib yalnızca; dasatinibe dirençli veya intolere (aşağıdaki 4. ve 5. maddelerde belirtilen koşullarda), Philadelphia kromozomu pozitif kronik evre veya hızlanmış evre kronik miyeloid lösemi tanılı yetişkin hastaların tedavisinde; prospektüsünde yazılan başlama kriterleri dikkate alınarak, bu durumların belirtildiği en az bir hematoloji uzmanının yer aldığı, en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimleri tarafından reçetelenir.

3) İmatinib dahil önceki tedavilere dirençli veya intolere olan hastalardan; plevral effüzyon veya pulmoner hipertansiyon veya KOAH hastalarından, imatinib sonrası dasatinib kullanılmadan nilotinibe geçilebilir.

4) Direnç gelişmesi durumu;

1- 3. ayda tam hematolojik yanıt olmaması veya Philadelphia kromozomu %95 üzerinde pozitif olması,

2- 6. ayda uluslararası skala ile (IS) BCR-ABL >%10 olması veya Philadelphia kromozomu % 35 üzerinde pozitif olması,

3- 12. ayda uluslararası skala ile (IS) BCR-ABL >% 1 olması veya Philadelphia kromozomu pozitif olması,

4- Tedavi sırasında herhangi bir zamanda aşağıdaki durumlardan herhangi birinin oluşması;

a) Tam hematolojik yanıt kaybı

b) Tam sitogenetik yanıt kaybı

c) En az 2 ölçümle konfirme edilmiş majör moleküler yanıt kaybı (uluslararası skala ile %1'in üzerinde olması)

ç) Mutasyon

d) Philadelphia kromozomu pozitifliği ile birlikte klonal karyotipik anormallik

5) İntolerans gelişmesi durumu;

Yan etkinin ne olduğu ve derecesinin nasıl saptandığı raporda belirtilmek koşulu ile grade (derece) 3-4 yan etki oluşması.

6) Dasatinib ve nilotinib kombine olarak kullanılmayacaktır.

b) ALL (akut lenfoblastik lösemili) yetişkin hastaların tedavisinde;

1) Dasatinib; Relaps/refrakter Philadelphia kromozomu pozitif (Ph+) ALL (akut lenfoblastik lösemili) yetişkin hastaların tedavisinde çoklu ajanlı kemoterapi şemaları ile birlikte içinde en az bir hematoloji uzmanının yer aldığı, en fazla 6 ay süre ile geçerli sağlık kurulu raporu ile tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimleri tarafından reçetelenir.

2) Dasatinib ve nilotinib kombine olarak kullanılmayacaktır.”

ç) (n) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

**“n) Lenalidomid;**

1) En az 2 kür standart multiple myelom tedavisi (VAD, MP veya diğer standart antimiyelom rejimler) kullanım sonrası hastalık progresyonu gelişmiş hastalardan;

a) Yeterli doz ve sürede talidomid veya bortezomib kürlerine dirençli veya EMG ile kanıtlanmış nöropati nedeni ile bu ajanların kullanılmadığı hastaların tedavisinde veya,

b) Transplantasyon sonrasında dirençli hastalığı olan multiple myelom (MM) hastalarının tedavisinde, hematoloji ve/veya onkoloji uzmanının yer aldığı 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak yine bu hekimler tarafından reçete edilir. 3 üncü kür sonunda en az minör yanıt yoksa tedavi sonlandırılır. 3 üncü kür sonunda en az minör yanıt, 6 ncı kür sonunda en az kısmi yanıt var ise tedaviye devam edilir. Tedavinin devamında her 6 ncı kür sonunda en az kısmi yanıt var ise tedavi toplam 26 küre tamamlanabilir.

2) Tek başına veya başka sitogenetik anomalilerle birlikte 5q delesyonu saptanan miyelodisplastik sendromlu hastalardan;

a) IPSS (Uluslararası prognoz puanlama sistemi)'ye göre düşük veya orta-1 riskli ve

b) Transfüzyona bağımlı anemisi bulunan hastalarda; hematoloji ve/veya tıbbi onkoloji uzmanının yer aldığı 3'er aylık sağlık kurulu raporlarına dayanılarak hematoloji veya tıbbi onkoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilebilir. Tedavinin 3. ayın sonunda yapılan yanıt değerlendirmesinde, 8 hafta içinde hiç transfüzyon yapılmamış olması koşulu ile transfüzyon ihtiyacının ortadan kalkması halinde bu durumun belirtildiği yeni düzenlenecek 3 ay süreli sağlık kurulu raporları ile tedavi 12. aya kadar uzatılabilir. 3. ayda yapılan yanıt değerlendirmesinde transfüzyon ihtiyacının ortadan kalkmaması halinde tedavi sonlandırılır. Bu endikasyonda lenalidomidin yalnızca 10 mg'lık formları ödenir.”

d) (p) bendinin ikinci alt bendinde yer alan “(Ki-67 değeri 2 veya altında olan)” ibaresi “(Ki-67 değeri 20 veya altında olan)” olarak değiştirilmiştir.

e) (y) bendinden sonra gelmek üzere aşağıdaki bentler eklenmiştir.

**“z) Dabrafenib ve vemurafenib;**

1) Daha önce herhangi bir RAF yolağı inhibitörü kullanmamış ve ECOG performans skoru 0 veya 1 olan ve BRAF V600 mutasyonu pozitif olan aşağıda belirtilen hasta gruplarında tek ajan olarak progresyona kadar kullanılabilir;

a) Lokal tedaviler sonrası progresyon göstermiş ve lokal tedavilerin tekrar kullanılmadığı relaps malign melanom

b) Metastatik malign melanom

2) Progresyon sonrası tek ajan olarak veya başka tedavilerle kombinasyon şeklinde kullanılamaz.

3) Tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı ve yukarıdaki durumların belirtildiği en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilebilir.

4) Dabrafenib ve vemurafenib ardışık ya da kombine olarak kullanılamaz.

aa) Beksaroten;

1) En az bir sistemik tedaviye dirençli erişkin hastalarda ileri evre (EORCT evre IIB, III, IV) kutanöz T-hücreli lenfomanın cilt bulgularının tedavisinde; tıbbi onkoloji, hematoloji veya dermatoloji uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak uzman hekimlerce reçete edilir.

2) Bu grup hastalarda lipid düşürücü ilaç kullanılması gerektiğinde, bu durumun raporda belirtilmesi halinde SUT'un “4.2.28- Lipid düşürücü ilaçların kullanım ilkeleri” maddesi koşulları aranmaz.

bb) Krizotinib; ALK (Anaplastik Lenfoma Kinaz) pozitifliği FISH testi ile doğrulanmış, en az bir seri kemoterapikullanmış ve sonrasında progresyon göstermiş metastatik non-squamöz küçük hücreli dışı akciğer kanseri hastalarının tedavisinde, tıbbi onkoloji uzmanının yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzmanı hekimlerince reçete edilir.”

**MADDE 13** – Aynı Tebliğin 4.2.16 numaralı maddesinin ikinci fıkrasının (c) bendinde yer alan “(yetmişiki virgül elli) TL” ibaresi “(yetmişyedi virgül elli) TL” olarak değiştirilmiştir.

**MADDE 14** – Aynı Tebliğin 4.2.24.B numaralı maddesinin birinci fıkrasında yer alan “salmeterol” ibaresinden sonra gelmek üzere “, indakaterol” ibaresi eklenmiştir.

**MADDE 15** – Aynı Tebliğin 4.2.30 numaralı maddesi başlığı ile bereber aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

**“4.2.30 - Pulmoner hipertansiyon ile kronik tromboembolik pulmoner hipertansiyonda ilaç kullanım ilkeleri 4.2.30. A-**

**Pulmoner hipertansiyonda iloprost trometamol (inhaler formu), bosentan, sildenafil, tadalafil ve ambrisentan kullanım ilkeleri**

(1) Pulmoner hipertansiyonda hastaların;

a) Fonksiyonel kapasitelerinin NYHA sınıf II, III veya IV olması,

b) Vazoreaktivite testinin negatif olması,

c) Üçüncü aylık tedavi sonrası kontrolünde klinik efor kapasitesi (6 dakika yürüme testi veya treadmill efor testi), hemodinami veya ekokardiyografik verilerinde düzelmeye veya stabil kalmaya, gerekmemektedir.

(2) Üçüncü ay kontrolünde Pulmoner Arteriyel Basınçta (PAB) azalma olmaması (PAB'in değişmemesi veya artması) halinde ve yukarıdaki verilerde düzelmeme halinde kombinasyon tedavilerine geçilebilir. Kombine tedaviye geçildikten sonra başlangıç kriterleri ve PAB'da azalma olması şartı aranmaz.

(3) Uygulanacak tedavi üçer aylık periyotlar halinde yukarıda açıklanan hususlar doğrultusunda sağlık kurulu raporunda belgelenecektir.

(4) İlgili ilaçlar kardiyojoloji, kalp damar cerrahisi, göğüs hastalıkları, çocuk kardiyojoloji uzman hekimlerinden birinin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanarak adı geçen hekimlerce reçete edilir.

(5) Bağ dokusu hastalıklarına (skleroderma gibi) sekonder pulmoner hipertansiyon hastalarında yukarıdaki uzman hekimlerden birinin yer aldığı sağlık kurulu raporuna istinaden bu hekimler veya romatoloji ile klinik immunoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilir.

(6) Bosentan ve ambrisentan kombine kullanılamaz.

(7) Sildenafil ve tadalafil kombine kullanılamaz.

#### **4.2.30. B- Kronik tromboembolik pulmoner hipertansiyonda (KTEPH, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Grup 4) riosiguat kullanım ilkeleri**

(1) Riosiguat; yalnızca inoperabl veya cerrahi tedavi sonrasında dirençli/nükseden KTEPH'li erişkin hastalardan;

a) Ventilasyon perfüzyon sintigrafisi, pulmoner anjiyografi, çok kesitli spiral BT anjiyografi veya manyetikrezonans anjiyografi yöntemlerinden en az ikisi ile tromboemboli tanısı konulmuş ve

b) Sağ kalp kateterizasyonu ile ortalama PAB değeri 25 mmHg ve üzerinde olan ve

c) En az 3 aylık antikoagülan tedavisi sonrasında ortalama PAB değerinde bir düşüş olmayanlarda kullanılır.

(2) Üçüncü basamak sağlık tesislerinde bu durumların belirtildiği ve en az birinin göğüs cerrahisi veya kalp damar cerrahisi uzman hekimi olması koşuluyla, kardiyojoloji, göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi veya kalp damar cerrahisi uzman hekimlerinden en az üçünün bulunduğu üç ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak yine bu hekimlerce reçete edilir.

(3) Her üç aylık tedavi sonunda egzersiz kapasitesinde (6 dakika yürüme testi) düzelmeme veya DSÖ fonksiyonel sınıfında iyileşme olması halinde tedaviye devam edilir. Bu durumların belirtileceği devam raporlarında ayrıca başlangıç kriterleri aranmaz.

**MADDE 16** – Aynı Tebliğin 4.2.33 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) 4.2.33.A numaralı alt maddesinin birinci fıkrasının birinci cümlesinde yer alan “ranibizumab” ibaresinden sonra gelmek üzere “, aflibersept” ibaresi ve aynı alt maddenin ikinci fıkrasında yer alan “Ranibizumab” ibaresinden sonra gelmek üzere “ve aflibersept” ibaresi eklenmiştir.

b) 4.2.33.B numaralı alt maddesinin başlığı “**Retina ven tıkanıklığı ve santral retinal ven tıkanıklığında ilaç kullanım ilkeleri**” olarak değiştirilmiş ve aynı alt maddenin ikinci fıkrasının birinci ve ikinci cümleleri ile üçüncü fıkrasında yer alan “Ranibizumab” ibarelerinden sonra gelmek üzere “ve aflibersept” ibaresi eklenmiştir.

**MADDE 17** – Aynı Tebliğin 4.2.34 numaralı maddesi başlığı ile beraber aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

#### **“4.2.34 - Multipl Skleroz Hastalığında beta interferon, glatiramer asetat ve fingolimod kullanım ilkeleri**

(1) Beta interferon ve glatiramer asetat (copolymer-1); disabilite skorunun (E.D.S.S.) 0-5,5 arasında ve olgularınremitting-relapsing türü olması şartlarının birlikte gerçekleşmesi, bu durumun üçüncü basamak sağlık kurumlarında nöroloji uzman hekimi tarafından düzenlenen uzman hekim raporunda belirtilmesi koşuluyla nöroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilir.

(2) Fingolimod; yalnızca çok aktif durumlarda RR tipindeki erişkin MS hastalarından, en az bir yıl süre ile bir beta interferon veya glatiramer asetat tedavisine yanıt vermeyen ve yüksek hastalık aktivitesine sahip olan hastalarda kullanılır.

a) Yanıt vermeyen hastalar; bir yıllık tedavi ile ataklarında değişiklik olmayan, ataklarında artış gözlenen, daha ciddi atakları olan veya önceki tedaviler ile son yıl içinde en az bir atak geçirmiş ve kraniyal MR'ında bir veya birden fazlakontrast tutan lezyon veya birbirini takip eden MR'larda T2 lezyonlarının arttığı durumlardaki hastalardır.

b) EDSS skoru her düzenlenen raporda belirtilir ve 6 ve üzeri olan hastalarda tedavi sonlandırılır.

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

(3) “Yurt Dışı İlaç Fiyat Listesi” nde (EK-4/C) yer alan ve multipl skleroz hastalığında kullanılan ilaçlar, yalnızca çok aktif durumlarda RR tipindeki erişkin MS hastalarından, yukarıdaki koşullara göre fingolimod tedavisi almış ve EDSS skoru 6 ve üzeri olması nedeniyle fingolimod tedavisi sonlandırılmış hastalarda kullanılır.”

**MADDE 18** – Aynı Tebliğe 4.2.43 numaralı maddeden sonra gelmek üzere aşağıdaki madde eklenmiştir.

#### **“4.2.44- Kriyopirin ilişkili periyodik sendromlar (CAPS) hastalığında kanakinumab kullanım ilkeleri;**

(1) Kanakinumab; yalnızca 15 kg vücut ağırlığının üzerinde olan 4 yaş ve üstü çocuklar ile yetişkinlerde kriyopirinilişkili periyodik sendromlardan (CAPS); ailevi soğuk otoinflamatuvar sendrom (FCAS)/ailevi soğuk ürtiker (FCU),Muckle-Wells sendromu (MWS), neonatal başlangıçlı multisistem inflamatuvar hastalık (NOMID)/kronik infantil nörolojik,kütanöz, artiküler sendrom (CINCA) tedavisinde kullanılır.

(2) Tedaviye anakinra ile başlanır. Anakinra tedavisine yanıt alınmaması veya anakinra tedavisi altındaykenanakinra kullanılmasını engelleyecek ciddi klinik yan etki oluşması halinde kanakinumab tedavisine geçilir.

(3) Kanakinumab tedavisinde 6 ay sonunda yapılacak yanıt değerlendirmesine göre yanıt alınmayan hastalarda

tedavi kesilir.

(4) Kanakinumab; üçüncü basamak sağlık kurumlarında bu durumların belirtildiği romatoloji uzman hekiminin yer aldığı 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak romatoloji uzman hekimlerince reçete edilir.”

**MADDE 19** – Aynı Tebliğ eki “Hizmet Başlı İşlem Puan Listesi” nde (EK-2/B) aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listeye “530.532” SUT kodlu işlemden sonra gelmek üzere aşağıdaki işlem eklenmiştir.

KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
530533	Epidermolizis büllosa hastalığında yara bakım hizmetleri	Sağlık Bakanlığı’na bağlı ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca 3 (üç) günde bir faturalandırılması halinde ödenir. Tüm hizmet ve malzemeler dahildir. (530.500,530.510,530.520,530.530,530.531,530.532,530.560,530.561,530.580,530.581) kodlu işlemler bu işlemle birlikte faturalandırılmaz.Yalnızca SUT Eki EK3/B Listesinde yer alan malzemelerle yapılan pansumanlar bu işlem kodu üzerinden faturalandırılmaz. Bkz. SUT 3.3.1 (13)	303,54

b) Listede işlem adı ve açıklama bölümünde değişiklik yapılan işlemler aşağıdaki tabloda belirtilmiştir.

KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI
510070	Kuvöz	Yemek, yatak, hasta vizit hizmetlerini kapsar.510.081 ile birlikte faturalandırılmaz.Günde en fazla bir defa faturalandırılır.	100,34
590001	Yenidoğan/Çocuk/ErişkinTedavisel soğutma (Terapötik hipotermi)	Üçüncü seviye yenidoğan/çocuk yoğun bakım ünitesi ile ikinci/üçüncü seviye erişkin yoğun bakım ünitesi olan sağlık hizmeti sunucularında, hipoksik iskemik ensefalopati tanısında veya kardiyopulmoner resusitasyon sonrası spontan sistemik dolaşımın sağlandığı komatöz hastalarda (Glasgow Koma Skalası < 9) İlk 12 saat süre ile sadece üçüncü seviye yenidoğan/çocuk yoğun bakım ile erişkin ikinci/üçüncü seviye yoğun bakımlarda uygulanır. Aynı yatış döneminde en fazla üç defa yenidoğan/çocuk veya erişkin yoğun bakım işlem puanına ilave olarak faturalandırılır.	151,92
700210	İntralezyoner enjeksiyon, bir seans günlük	Kortikosteroid, bleomycin, vs.	15,01
	<b>PSİKİYATRİK ÇALIŞMALAR</b>	702.660-702.810 arası çalışmalar Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzman hekimi bulunan sağlık hizmeti sunucularınca yapıldığında faturalandırılır. Resmi psikiyatri dal hastanelerinde ve Sağlık Bakanlığı ile 3.basamak sağlık hizmeti sunucuları bünyesindeki AMATEM/ÇEMATEM Merkezlerinde yapılan işlem puanlarına % 30 ilave edilir.	

**MADDE 20** – Aynı Tebliğ eki “Tanıya Dayalı İşlem Puan Listesi” nde (EK-2/C) açıklama bölümünde değişiklik yapılan işlemler aşağıdaki tabloda belirtilmiştir.

PAKET KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM GRUBU	*	İŞLEM PUANI
P608960	Wedge rezeksiyon, tek veya çok sayıda	P608860 ile birlikte faturalandırılmaz.Aynı faturada bir defadan fazla kodlanmaz.	B		2429,34
P609070	Karaciğer segmentektomi, her bir segment	Patoloji raporu ile segmentektominin teyidi gerekir. Üçten fazla olması halinde P609110 üzerinden faturalandırılır.	A3		4788,21
P609071	Karaciğer	Patoloji raporu ile segmentektominin	A3	*	3794,27

	segmentektomi, her birsegment, laparoskopik	teyidi gerekir. Üçten fazla olması halinde P609111 üzerinden faturalandırılır. Tüm malzemeler dahil.			
--	---	--	--	--	--

**MADDE 21** – Aynı Tebliğin “Birden Fazla Branşta Kullanılan Tıbbi Malzemeler” (EK 3/A) Listesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) “OR2640” SUT kodlu tıbbi malzeme aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	AÇIKLAMA	FİYATI
OR2640	İNSİZYONEL KATETER SETİ, GÜMÜŞ KAPLI, HOMOJEN DAĞILIMLI	(1) Taniya dayalı işlemlerde ayrıca faturalandırılabilir (2) Aynı yatış döneminde en fazla bir adet faturalandırılabilir.	950,00

b) “KANAMA DURDURMADA KULLANILAN TIBBİ MALZEMELER” başlığının altındaki ödeme kriterleri ve/veya kurallarında yer alan “3.1.29” ibaresi “3.3.29” olarak değiştirilmiştir.

c) “VÜCUT DIŞI KANAMA DURDURMADA KULLANILAN TIBBİ MALZEMELER” başlığı, “KANAMA DURDURMADA KULLANILAN EMİLEMEYEN TIBBİ MALZEMELER” olarak değiştirilmiştir.

ç) “ENDOSKOPİK/CERRAHİ ALANDA KULLANILAN KANAMA DURDURMADA KULLANILAN TIBBİ MALZEMELER” başlığı, “KANAMA DURDURMADA KULLANILAN EMİLEBİLEN TIBBİ MALZEMELER” olarak değiştirilmiştir.

d) “OR4370”, “OR4380”, “OR4390” SUT kodlu tıbbi malzemeler aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	AÇIKLAMA	FİYATI
OR4370	BİTKİSEL HEMOSTATİK LİKİT/HEMOSTATİK ETKEN İÇEREN, TAMPON FORMU, 100 cm2'den büyük (Bitkiselhemostatik likit içeren ürünler için etken miktarı en az 10 cc olmalıdır.)		148,00
OR4380	BİTKİSEL HEMOSTATİK LİKİT/HEMOSTATİK ETKEN İÇEREN, TAMPON FORMU, (100 cm2'den küçük) (Bitkiselhemostatik likit içeren ürünler için etken miktarı en az 5cc olmalıdır.)		75,00
OR4390	BİTKİSEL HEMOSTATİK LİKİT/HEMOSTATİK ETKEN İÇEREN, TAMPON FORMU, (100 cm2'den küçük) (Bitkiselhemostatik likit içeren ürünler için etken miktarı en az 3 cc olmalıdır.)		45,00

e) “OR4680” SUT kodlu tıbbi malzemeden sonra gelmek üzere başlığı ile beraber aşağıdaki SUT kodlu tıbbi malzeme eklenmiştir.

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	AÇIKLAMA	FİYATI
	<b>DERİ HASTALIKLARINDA YARA BAKIMI</b>		
OR4685	EPİDERMOLİZİS BÜLLOZA YARA BAKIM SETİ	Bkz SUT 3.3.1 (13)	İşlem puanına dahildir.

**MADDE 22** – Aynı Tebliğin “Omurga Cerrahisi Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler Listesi” nden (EK-3/E-1) “103.080” ve “103.085” SUT kodlu tıbbi malzemeler alt satırlarındaki ödeme kriterleri ve/veya kuralları ile birlikte çıkarılmış ve “103.075” SUT kodlu tıbbi malzemenin alt satırındaki ödeme kriterleri ve/veya kurallarından sonra gelmek üzere “103081”, “103082”, “103083”, “103084” SUT kodlu tıbbi malzemeler aşağıdaki şekilde eklenmiştir.

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYAT (TL)
103081	PERKÜTAN FASET KOMPRESYON (KİLİTLEME) VİDASI, SERVİKAL	4.140,00
(1)	Sadece perkütan girişimlerde, servikal instabilite, faset eklem dejenerasyonu, disfonksiyonuna bağlı dirençli ağrılarda, servikal faset luksasyonu, 2 seviye ve üstü anterior servikal füzyonu desteklemek için kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılır.	
103082	PERKÜTAN FASET KOMPRESYON (KİLİTLEME) VİDASI, LOMBER	3.750,00
(1)	Sadece perkütan girişimlerde, lomber instabilite, faset eklem dejenerasyonu, disfonksiyonuna bağlı dirençli ağrılarda, anterior füzyonu	

desteklemek için kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır.		
103083	PERKÜTAN FASET DİSTRAKSİYON APARATI, SERVİKAL	4.140,00
(1)	Sadece perkütan girişimlerde, servikal faset eklem dejenerasyonu, servikal foraminal stenoza bağlı dirençli ağrılarda kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır.	
103084	PERKÜTAN FASET DİSTRAKSİYON APARATI, LOMBER	3.750,00
(1)	Sadece perkütan girişimlerde, lomber faset eklem dejenerasyonu, lomber foraminal stenoza bağlı dirençli ağrılarda, kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır.	

**MADDE 23** – Aynı Tebliğin “Ortopedi ve Travmatoloji Branşı Artroskopisi ve Eklem Cerrahisi Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler” Listesinde (EK-3/F-2) yer alan “AE2520”, “AE2530”, “AE2540” SUT kodlu tıbbi malzemeler aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI					FİYAT (TL)	
AE2520	EKLEM REKONSTRÜKSİYON, ÇEKİÇ PARMAK	ORTA FALENGEAL KOMPONENT			ÇELİK/TİTANYUM	TÜM BOYLAR	700,00
AE2530	EKLEM REKONSTRÜKSİYON, ÇEKİÇ PARMAK	ORTA VE PROKSİMAL FALENGEAL KOMPONENT KİT			ÇELİK/TİTANYUM	TÜM BOYLAR	1.350,00
AE2540	EKLEM REKONSTRÜKSİYON, ÇEKİÇ PARMAK	PROKSİMALFALENGEAL KOMPONENT			ÇELİK/TİTANYUM	TÜM BOYLAR	700,00

**MADDE 24** – Aynı Tebliğin “Ortopedi ve Travmatoloji Branşı Travma ve Rekonstrüksiyon alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler Listesi”nde (EK-3/F-4) yer alan “TV1820” ve “TV1830” SUT kodlu tıbbi malzemeler aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI								FİYAT (TL)
OPERASYON BÖLGESİ	CERRAHI YAKLAŞIM	BİÇİM	ÜRÜN ÖZELLİĞİ	BOYUTSAL ÖZELLİK	ŞEKİLSSEL ÖZELLİK	MATERYAL	BOY		
TV1820	PLAKLAR VE VIDALAR	İNTERNAL FİKSASYON	KİLİTLİ PLAK SİSTEMLERİ	KİLİTLİ KOMBİNE/KOMPRESYONDELİK, SABİT/DEĞİŞKEN AÇILI	TÜM BOYLAR	PEDİATRİK KANÜLLÜ/ KAMALI KANÜLSÜZ PLAK	ÇELİK	TÜM BOYLAR	720,00
TV1830	PLAKLAR VE VIDALAR	İNTERNAL FİKSASYON	KİLİTLİ PLAK SİSTEMLERİ	KİLİTLİ KOMBİNE/KOMPRESYON DELİK, SABİT/DEĞİŞKEN AÇILI	TÜM BOYLAR	PEDİATRİK KANÜLLÜ/KANÜLSÜZ PLAK	TİTANYUM/CoCr/KARBON	TÜM BOYLAR	800,00

**MADDE 25** – Aynı Tebliğin “Nefroloji Branşına Ait Tıbbi Malzemeler” Listesinde (EK-3/P) yer alan “NF1001” SUT kodlu tıbbi malzemenin fiyatı yeniden belirlenmiştir.

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYAT (TL)
NF1001	KATETER, HEMODİYALİZ, GEÇİCİ, ERİŞKİN / HEPARİN KAPLI	30,00

**MADDE 26** – Aynı Tebliğin “Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Branşlarına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi”nde (EK-3/S) yer alan “GHC1850” SUT kodlu tıbbi malzemenin sonra gelmek üzere “GHC1860” SUT kodlu tıbbi malzeme geri ödeme kural ve kriterleri ile birlikte aşağıdaki şekilde eklenmiştir.

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYAT (TL)
GHC1860	DİYAFRAGMATİK PACE- ELEKTROT ve UYGULAMA SETİ (Tüm malzemeler dahil)	50000,00
	(1) Aşağıdaki geri ödeme kural ve kriterlerinin birlikte sağlandığı durumlarda Kurumca bedeli karşılanır. a) Sadece eğitim verme yetkisi olan üçüncü basamak resmi sağlık kurumları göğüs cerrahisi kliniklerinde, b)“Sağlık Bakanlığı Diyafragma Pili Bilimsel Danışma Komisyonu” tarafından onay verilen hastalarda kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır. (2) Tanıya dayalı işlemlerde ayrıca faturalandırılabilir.	

**MADDE 27** – Aynı Tebliğin “Anesteziyoloji, Reanimasyon ve Ağrı Tedavisi Branşına Ait Tıbbi Malzemeler” Listesinde (EK-3/T) “AN1260” ve “AN1270” SUT kodlu tıbbi malzemelerin altına ödeme kriterleri ve/veya kuralları olarak aşağıdaki satır eklenmiştir.

	(1) Sadece 590.001 işlem kodunun kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır. (2) İşlem kodu ile birlikte 3 (üç) günde en fazla 1(bir) adet faturalandırılabilir. (3) Yoğun bakım tanıya dayalı işlemlerinde ayrıca faturalandırılabilir.	
--	--	--

**MADDE 28** – Aynı Tebliğ eki “Sistemik Antimikrobik ve Diğer İlaçların Reçeteleme Kuralları Listesi”nin (Ek-4/E) “11-ANTİVİRAL İLAÇLAR” başlıklı kısmının “A) HIV/AIDS Tedavisinde Kullanılan Spesifik İlaçlar” adlı alt bölümüne aşağıdaki (15) numaralı satır eklenmiştir.

15	Dolutegravir	EHU; HIV-1 ile enfekte ve integras sınıfına dirençli olmayan hastalarda maksimum 1x1 dozunda; HIV-1 ile enfekte ve integras sınıfına dirençli olan hastalarda ise maksimum 2x1 dozunda kullanılır.
----	--------------	--

**MADDE 29** – Aynı Tebliğ eki “Ayakta Tedavide Sağlık Raporu (Uzman Hekim Raporu/Sağlık Kurulu Raporu) ile Verilebilecek İlaçlar Listesi”nde (Ek-4/F) aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) 58 numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“58. Eplerenon; Yalnızca spironolakton tedavisi altındayken jinekomasti gelişen veya spironolaktonu tolereedemeyen;

a) Akut MI sonrası klinik kalp yetmezliği olan sol ventrikül disfonksiyonlu (sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu ((LVEF)≤%40) hastaların tedavisinde,

b) Standart tedaviye ek olarak, kronik kalp yetmezliği (NYHA Sınıf II) ve sol ventrikül sistolik disfonksiyonu(LVEF ≤ %30) olan yetişkin hastaların tedavisinde,

kardiyoloji uzman hekimlerince düzenlenen rapora istinaden tüm hekimlerce reçetelenebilir.”

b) 59 numaralı maddesine “serebral ataksi endikasyonunda” ibaresinden sonra gelmek üzere “ödenir” ibaresi eklenmiştir.

**MADDE 30** – Aynı Tebliğ eki “Sadece Yatan Hastalarda Kullanımı Halinde Bedelleri Ödenecek İlaçlar Listesi”nde (Ek-4/G) aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) 5 numaralı maddesinde yer alan “Gansiklovir” ibaresinden sonra gelmek üzere “Parenteral” ibaresi eklenmiştir.

b) 50 numaralı maddesinde yer alan “Adenozin” ibaresinden sonra gelmek üzere “6 mg/2 ml ve” ibaresi eklenmiştir.

**MADDE 31** – Bu Tebliğin;

a) 6, 21 inci maddenin (b) bendi ile 27 nci maddesi 1/10/2014 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

b) 8 inci maddesi ile 21 inci maddenin (e) bendi 1/2/2015 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

c) 9,19 ve 21 inci maddenin (a) bendi ile 22 ila 25 inci maddeleri 1/3/2015 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

ç) 11 ila 18 inci maddeleri ile 28 ila 30 uncu maddeleri yayımı tarihinden 7 iş günü sonra,

d) Diğer maddeleri yayımı tarihinde,

yürürlüğe girer.

**MADDE 32** – Bu Tebliğ hükümlerini Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı yürütür.