

## TEBLİĞ

## Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığından:

## SAĞLIK HİZMETLERİ FİYATLANDIRMA KOMİSYONU KARARI

## Karar No: 2024/2

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu gereği oluşturulan Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu 20/02/2024 tarihinde toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

**MADDE 1-** Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) eki "Ayaktan Başvurularda Ödeme Listesi (EK-2/A)"ne "Klinik Nörofizyoloji (Nöroloji)" yan dal uzmanlık dalının aşağıdaki şekilde tanımlanmasına oy birliği ile,

AYAKTAN BAŞVURULARDA ÖDEME LİSTESİ (EK-2/A)																
KODU	UZMANLIK DALLARI	SINIF 3					SINIF 2				SINIF 1					
		U1	U2	A1	A1 Dal	A2	A2 Dal	B	C	ÖH	D	E	KTM	KDM	ÖTM	ÖDM
<b>YAN DALLAR</b>																
1301	Klinik Nörofizyoloji (Nöroloji)	168	168	168	168	168	168	88	88	88	85	85	85	85	85	85

**MADDE 2-**

a) SUT'un "1.4.3.A- Üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucuları" başlıklı maddesine "Diş hekimliği fakülteleri bulunan devlet/vakıf üniversite hastaneleri" ve "Sağlık Bakanlığınca üçüncü basamak hastane olarak basamaklandırılan Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler",

b) Aynı sağlık hizmeti sunucularının "1.8.1 Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılmı payı" maddesine; "Sağlık Bakanlığınca üçüncü basamak hastane olarak basamaklandırılan Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde 7 TL" "Diş hekimliği fakülteleri bulunan devlet/vakıf üniversite hastaneleri 8 TL" ibarelerinin eklenmesine oy birliği ile,

**MADDE 3-** "Hizmet Başı İşlem Puan Listesi (EK-2/B)" ne aşağıda yer alan yeni işlem kodunun eklenmesine oy birliği ile,

SUT KODU	İŞLEM ADI	İŞLEM PUANI
704931	Adsorbantif Sifazerc 1 seans	463,45

**MADDE 4-** SUT'un "Mutat Taşıt Yol Ücreti Listesi (EK-2/L)"nde yer alan mutat taşıt yol ücretlerinin aşağıdaki şekilde yeniden belirlenmesine oy birliği ile,

EK-2/L		
MUTAT TAŞIT YOL ÜCRETİ LİSTESİ		
SUT Kodu	Mesafe (km)	Ücret (TL)
Y0025	0-25	18
Y0050	26-50	45
Y0075	51-75	60
Y0100	76-100	99
Y0115	101-115	123
Y0130	116-130	132
Y0150	131-150	141
Y0175	151-175	159
Y0200	176-200	240
Y0250	201-250	276
Y0300	251-300	316
Y0350	301-350	368
Y0400	351-400	420
Y0475	401-475	484
Y0550	476-550	532
Y0625	551-625	584

Y0700	626-700	632
Y0800	701-800	688
Y0900	801-900	732
Y1000	901-1000	776
Y1100	1001-1100	812
Y1200	1101-1200	852
Y1300	1201-1300	892
Y1400	1301-1400	916
Y1500	1401-1500	956
Y1625	1501-1625	1004
Y1750	1626-1750	1052
Y1875	1751-1875	1116
Y2000	1876-2000	1168
Y2001	2001 ve üzeri	1224

#### MADDE 5-

a) SUT'a aşağıdaki maddelerin eklenmesine,

##### "2.1.1.B Uzaktan hasta değerlendirmeye yönelik sağlık hizmetleri

(1) Sağlık Bakanlığınca yayımlanan "Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik" doğrultusunda Sağlık Bakanlığının denetiminde, "MIRS" den randevu almış ve "Uzaktan hasta değerlendirmeye yönelik sağlık hizmetleri" nin takip ve kontrolünü (kimlik doğrulama, kişisel verilerin korunması vb) yapmak üzere oluşturulmuş olan sistem tarafından Kuruma bildirilen kişilere; Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucuları bünyesinde polikliniklerde mesai saatleri içinde uzman hekimler tarafından, uzaktan sağlık hizmetinin elverdiği ölçüde muayene, tetkik sonuçlarının, klinik bulguların değerlendirilmesi, izlenmesi, tedavi ve ilaç yönetimi yapılması, teşhis edilmiş olan kronik hastalık kontrolü, e-reçete ve e-rapor düzenlenmesi olarak verilen sesli ve görüntülü sağlık hizmetleridir.

##### 2.2.1.B-4 - Uzaktan hasta değerlendirmeye yönelik sağlık hizmetlerinde ödeme

(1) "Uzaktan hasta değerlendirmeye yönelik sağlık hizmetleri"nde tüm branşlarca sunulan sağlık hizmetleri bedelleri SUT eki EK-2/B listesinde yer alan "S20032 Uzaktan hasta değerlendirmeye yönelik sağlık hizmetleri" işlem kodundan faturalandırılır. Sağlık Bakanlığına bağlı üçüncü basamak sağlık hizmet sunucuları tarafından yapıldığında "S20032" işlem puanı bedelinin iki katı olarak faturalandırılır. Aynı sağlık hizmet sunucusunda aynı hasta için günde en fazla bir adet "Uzaktan hasta değerlendirmeye yönelik sağlık hizmeti" bedeli Kurumca karşılanır.

(2) Reçete edilmesi halinde ilaçlar sözleşmeli eczanelerden temin edilir.

(3) Kuruma fatura edilen "Uzaktan hasta değerlendirmeye yönelik sağlık hizmetlerinde" başvuru sayısı sağlık hizmeti sunucusuna gün içindeki acil servis başvuruları hariç olmak üzere tüm branşlarda ayaktan başvuru sayısı toplamının %15'ini geçemez.

(4) Hastanın aynı sağlık hizmeti sunucusuna, acil servise başvuruları hariç olmak üzere daha önce aynı uzmanlık dalı için ayaktan başvurusunda SUT eki EK-2/A listesinde yer alan tutarların faturalandırılması durumunda ayaktan başvurduğu gün dâhil, 10 (on) gün içinde aynı uzmanlık dalı için "S20032 Uzaktan hasta değerlendirmeye yönelik sağlık hizmetleri" işlemi faturalandırılmaz.

(5) Hastanın aynı sağlık hizmeti sunucusuna, acil servise başvuruları hariç olmak üzere daha önce aynı uzmanlık dalı için ayaktan başvurusunda "S20032 Uzaktan hasta değerlendirmeye yönelik sağlık hizmetleri" işleminin faturalandırılması halinde ayaktan başvurduğu gün dâhil, 10 (on) gün içinde aynı uzmanlık dalı için "S20032 Uzaktan hasta değerlendirmeye yönelik sağlık hizmetleri" işlemi ve SUT eki EK-2/A listesinde yer alan tutar faturalandırılmaz. Sadece SUT eki "Ayaktan Başvurularda İlave Olarak Faturalandırılacak İşlemler Listesi (EK-2/A-2)" nde yer alan işlemlerin bedelleri faturalandırılır."

b) SUT eki EK-2/B listesine aşağıdaki yeni işlem kodunun eklenmesine,

oy birliği ile,

SUT KODU	İŞLEM ADI	İŞLEM PUANI
520032	Uzaktan hasta değerlendirmeye yönelik sağlık hizmetleri	141,65

**MADDE 6-** Fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemlerinde; 5510 sayılı Kanununun 75 inci maddesinde yer alan afetler nedeniyle yaralanmaları sonrası "doğal afet" provizyonu ile, SUT eki "Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Tanı Listesi (EK-2/D-2)"ndeki amputasyon, kırık, periferik sinir, pleksus ve tendon yaralanmasına ilişkin tanılarda fizik tedavi ve rehabilitasyon tedavisi alan kişilerin, 30 seans sonrası tedavide devam etmesi gerektiğini belirten üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucusu sağlık kurulu raporuna istinaden Kurumla sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularında bir defaya mahsus ilave 30 seans fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamasının Kurumca karşılanması yönünde SUT'ta düzenleme yapılmasına oy birliği ile,

**MADDE 7-** Kurumla sözleşmeli özel sağlık hizmeti sunucularında sunulan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarında; birden fazla fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekiminin çalıştığı sağlık hizmeti sunucularında, hekimlerin izniyle ya da raporlu olduğu süre içinde ayaktan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulaması başlamış olan hastaların devam eden tedavi işlemlerinin, diğer çalışan fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimlerinin Kuruma fatura edebilecekleri fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulama sayısını aşması halinde uzman hekimin Kuruma fatura edebileceği günlük hasta işlem sayısına ilave edilerek Kuruma fatura edilmesi yönünde SUT'ta düzenleme yapılmasına oy birliği ile,

**MADDE 8-**

a) SUT eki EK-2/B listesine aşağıdaki işlem kodlarının eklenmesine,

İŞLEM KODU	İŞLEM ADI	İŞLEM PUANI
800843	Kardiyak Amiloidoz Sintigrafisi (99mTc-PYP, DPD veya HMDP ile)	658,44
801365	Onkolojik PET (Ga-68 işaretli PSMA)	42.520,24
801412	Radyonüklid İşaretleme ile Lezyon Saptama	841,03

b) SUT eki EK-2/A-2 listesine aşağıda yer alan yeni işlem kodlarının eklenmesine,

İŞLEM KODU	İŞLEM ADI
800843	Kardiyak Amiloidoz Sintigrafisi (99mTc-PYP, DPD veya HMDP ile)
801365	Onkolojik PET (Ga-68 işaretli PSMA)
801412	Radyonüklid İşaretleme ile Lezyon Saptama

c) SUT eki "Pozitron Emisyon Tomografi (PET) Görüntüleme Klinik Uygulamaları Listesi (EK-2/D-1)"nde Tablo 1- "Onkolojik Tüm Vücut F-18 FDG-PET Endikasyonları" nda yer alan Mesane-üreter kanserleri başlığına Evreleme endikasyonunun eklenmesine,

ç) Aynı listede yer alan D) Onkolojik PET (Ga-68 ile işaretli bileşikler) maddesinin Ek-1'de yer aldığı şekilde yeniden düzenlenmesine,

d) Aynı listede yer alan Tablo 4'ün Ek-1'de yer aldığı şekilde yeniden düzenlenmesine,

e) Aynı listeye F) Onkolojik PET (Ga 68 İşaretli PSMA) maddesinin Ek-1 de yer aldığı şekilde eklenmesine,

f) Aynı listeye Tablo 6'nın Ek-1'de yer aldığı şekilde eklenmesine,

oy birliği ile,

**MADDE 9-**

a) Kurum ile sözleşmeli resmi sağlık hizmeti sunucularında %40 ve üzeri engelli veya hafif düzeyde ve üstü özel gereksinimi var olan kişilerde genel anestezi veya sedo analjezi altında verilen diş tedavilerinin SUT eki "Diş Tedavileri Puan Listesi (EK-2/Ç)"nde belirlenen işlem bedellerinin iki katı olarak faturalandırılmasına yönelik düzenleme yapılarak SUT metninde üniversitelerin dış hekimliği fakülteleri tarafından SUT eki EK-2/Ç listesindeki puanlara %50 oranında uygulanan ilave oranının bu işlemler için ayrıca uygulanmamasına,

b) Diş tedavilerinde genel anestezi ve sedo-analjezi altında yapılan müdahalelerde, sayı ve işlem kısıtlaması aranmamasına yönelik düzenleme yapılmasına,

oy birliği ile,

**MADDE 10-**

a) SUT eki EK-2/B listesinde yer alan L105420 kodlu "Neonatal TSH (Kuru Kan)" ile L107610 kodlu "Yenidoğan Taraması (Kuru Kan)" işlemlerinin çıkarılmasına,

b) SUT eki EK-2/A-2 listesinde yer alan L107610 kodlu "Yenidoğan Taraması (Kuru Kan)" işleminin çıkarılmasına,

oy birliği ile,

MADDE 11- Eriolan 50 mg Enjeksiyonluk/İnfüzyonluk Çözelti İçin Liyofilize Toz ve Çözücü isimli ilacın SUT eki "Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi (EK-4/A)"nde kamu kurum iskontosu oranlarının düzenlenmesine oy birliği ile,

MADDE 12- SUT'un "3.3.10- Sakral sinir stimülatörleri" maddesine aşağıdaki 2 noi kırılarak,

"2) Sakral sinir stimülatörlerinin üriner inkontinansda kullanımı:

a) Eğitim kliniği olan üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında üroloji, nöroloji ve psikiyatri kliniklerinde oluşturulacak konsey kararınca ve bu 3 (üç) branştan hekimin birlikte bulunduğu sağlık kurulu raporuna istinaden bedeli Kurumca karşılanır.

b) Genel Endikasyonlar;

1) 75 (yetmiş beş) yaşın altındaki hastalarda kullanılmamalıdır,

2) Hasta cihaz hakkında bilgilendirilmeli ve hastanın cihaz kullanılabilecek bilişsel ve psikolojik yetide olup olmadığı psikiyatri konsültasyonu ile belgelendirilmelidir,

3) Nöroloji konsültasyonu ile işleme bozukluğuna neden olabilecek bir bozukluğunun olmadığı belgelendirilmelidir,

4) Kalıcı implantasyona geçmek için, test aşamasında klinik semptom ve bulgularda en az %50 azalma saptanmış olmalıdır.

c) Tıbbi endikasyonlar;

1) Kronik üriner retansiyonu

a) Bu sürecin en az 1 (bir) yıl devam ettiği hastalara uygulanmalıdır,

b) Ürodinamik olarak

1- Mesane kapasitesi ve kompliyans normal olmalıdır,

2- Intravezikal obstrüksiyon olmamalıdır,

3- Detrüsrör kontraksiyon bozukluğu olmalı ve bu durumun etyolojisinde miyojenik nedenler olmamalıdır.

2) Refraktör idyopatik aşırı aktif mesane; Antimuskarinik ve intradetrüsrör botulinum toksin enjeksiyonu tedavisine cevap vermeyen ve en az 2 (iki) yıldır izlemde olan hastalarda uygulanabilir.

3) Ağrılı mesane sendromu (interstisyel sistit); Bu tanıyı aldıktan sonra en az 2 (iki) yıl geçmiş ve yapılan tüm oral ve intravezikal tedavilere cevap vermeyen hastalara uygulanabilir." eklenmesine ve "Üroloji Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (FK-3/L)"nde "SAKRAL SİNİR STİMÜLATÖRLERİ VE AKSESUARLARI" başlığının açıklama bölümündeki geri ödeme kuralı ve/veya kriterinin "SUT'un 3.3.10 maddesi ve ilgili diğer hükümleri geçerlidir." şeklinde düzenlenmesine oy birliği ile,

SAKRAL SİNİR STİMÜLATÖRLERİ VE  
AKSESUARLARI

SUT'un 3.3.10 maddesi ve ilgili diğer hükümleri geçerlidir.

**MADDE 13-** SUT eki EK-3/A listesinde aşağıda bilgileri yer alan SUT kodları, alan tanımları, fiyatları ile birlikte listeden çıkarılmasına oy birliği ile,

<b>AFEREZ VE KÖK HÜCRE TOPLAMA SETLERİ- FİLTRELERİ VE KAN KOMPONENT AYIRMA KİTLERİ</b>		
OR1020	AFEREZ SETİ, KÖK HÜCRE TOPLAMA İÇİN	2.304,23
OR1030	AFEREZ SETİ, TERAPÖTİK İŞLEMLER İÇİN	2.304,23

**MADDE 14-** SUT eki "Ortopedi ve Travmatoloji Branşı Travma Ve Rekonstrüksiyon Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/F-4)"nde yer alan TV3040 SUT koduna "KİLİTLİ ATAŞMAN PLAK" ibaresinin eklenmesi ve TV3060 SUT kodlu tıbbi malzemenin SUT kodu, alan tanımı ve fiyatı ile birlikte listeden çıkarılmasına oy birliği ile,

**MADDE 15-** SUT eki EK-3/F-4 listesinde yer alan TV3050 SUT koduna "KİLİTLİ ATAŞMAN PLAK" ibaresinin eklenmesi ve TV3070 SUT kodlu tıbbi malzemenin SUT kodu, alan tanımı ve fiyatı ile birlikte listeden çıkarılmasına oy birliği ile,

**MADDE 16-** SUT eki EK-3/F-4 listesinde yer alan TV5730 ve TV5740 SUT kodlu tıbbi malzemelerin "ürün özelliği" alanındaki "PLAK- TEL FİKSASYONU İÇİN DÜĞME İMPLANTİ" ibaresinin çıkarılmasına oy birliği ile,

**MADDE 17-** SUT eki EK-3/F-4 listesinde aşağıda bilgileri yer alan SUT kodları, alan tanımları, fiyatları ile birlikte listeden çıkarılmasına oy birliği ile,

TV5795	ORTAK KULLANIM	TÜM KEMİKLER	ÖRTÜ	BIYOLOJİK ÖRTÜ	YARDIMCI ÜRÜNLER	BIYOLOJİK ÖRTÜ	HYALÜ RONİK ASİT BAZLI	0 - 25 cm2 arası (25 cm2 dahil)	(1) Psödoartroz tedavisinde, üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında kullanılması halinde bedeli karşılır.	2.068,00
TV5796	ORTAK KULLANIM	TÜM KEMİKLER	ÖRTÜ	BIYOLOJİK ÖRTÜ	YARDIMCI ÜRÜNLER	BIYOLOJİK ÖRTÜ	HYALÜ RONİK ASİT BAZLI	25 cm2'n in üzeri	(1) Psödoartroz tedavisinde, üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında kullanılması halinde bedeli karşılır.	2.695,00

**MADDE 18-** SUT eki "Beyin Cerrahisi Branşı Kranial Cerrahisi Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/E-2)"nde yer alan "KN1045" SUT kodlu tıbbi malzemenin alan tanımındaki "Parça" ibaresinin "Kateter" olarak değiştirilmesi ve tıbbi malzemenin açıklama bölümünün üçüncü maddesindeki "nöroloji" ibaresinden sonra gelen "ve" ibaresinin "veya" olarak yeniden düzenlenmesine oy birliği ile,

**MADDE 19-** SUT eki EK-3/E-2 listesinde yer alan "KN1046" SUT kodlu tıbbi malzemenin alan tanımına "Antisifonsuz" ibaresinin eklenmesi ve tıbbi malzemenin açıklama bölümünün üçüncü maddesindeki "nöroloji" ibaresinden sonra gelen "ve" ibaresinin "veya" olarak yeniden düzenlenmesine oy birliği ile,

**MADDE 20-** SUT eki EK-3/E-2 listesinde yer alan "KN1048" SUT kodlu tıbbi malzemenin alan tanımındaki "Parça" ibaresinin "Kateter" olarak değiştirilmesi ve tıbbi malzemenin açıklama bölümünün üçüncü maddesindeki "nöroloji" ibaresinden sonra gelen "ve" ibaresinin "veya" olarak yeniden düzenlenmesine oy birliği ile,

**MADDE 21-** SUT eki "Ortopedi ve Travmatoloji Branşı Artroplasti Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/F-1)"nde yer alan "AP3900, AP3910, AP3920, AP3930" SUT kodlu tıbbi malzemelerin SUT kodları, alan tanımları ve fiyatları ile birlikte listeden çıkarılmasına oy birliği ile,

**MADDE 22-** SUT eki EK-3/F-1 listesinde "AP4000" SUT kodlu tıbbi malzemenin SUT kodu, alan tanımı ve fiyatı ile birlikte listeden çıkarılması ve "AP3990" SUT kodlu malzemenin "Tasarım Özellik" alanına "STANDART" ibaresinin eklenmesine oy birliği ile,

**MADDE 23-** SUT eki EK-3/F-1 listesinde yer alan "AP3180, AP3190, AP3200, AP3210, AP3220, AP3230, AP3240, AP3250" SUT kodlu tıbbi malzemelerin "Uygulama Yeri" nde yer alan "kalça/diz" ibarelerinin listeden çıkarılmasına oy birliği ile,

**MADDE 24-** SUT eki "Ortopedi ve Travmatoloji Branşı Tümör Rezeksiyon Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/F-3)"nde yer alan "TR1630 ve TR1650" SUT kodlu tıbbi malzemelerin SUT kodları, alan tanımları ve fiyatları ile birlikte listeden çıkarılmasına oy birliği ile,

**MADDE 25-** SUT eki "Hematoloji-Onkoloji Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/O)"nde "HO1016" SUT kodlu tıbbi malzeme alan tanımındaki "tüp" ibaresinin "aferez" olarak değiştirilmesine oy birliği ile,

**MADDE 26-** SUT eki EK-3/O listesinde yer alan "Kemik İliği Sarf Malzemeleri" başlığı altındaki "HO1024, HO1025, HO1026, HO1027, HO1028, HO1029, HO1030, HO1031, HO1032 ve HO1033" SUT kodlu tıbbi malzemelerin fiyatlarının "işçim puanına dahildir" olarak yeniden düzenlenmesine oy birliği ile,

**MADDE 27-** SUT eki "Gastroenteroloji Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/R)"nde yer alan "ERCP KATETERLER" başlığı altındaki "GS2230 ve GS2240" SUT kodlu tıbbi malzemelerin SUT kodları, alan tanımları, fiyatları ile birlikte listeden çıkarılmasına oy birliği ile,

**MADDE 28-** SUT eki "Kalp Damar Cerrahisi Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/L)"nde ve "Radyoloji Branşı ve Endovasküler/Nonvasküler Girişimsel İşlemlere Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/M)"nde yer alan "KV2035" ve "GR2002" SUT kodlu tıbbi malzemelerin SUT kodları, alan tanımları, geri ödeme kural ve/veya kriterleri ve fiyatları ile birlikte listeden çıkarılmasına oy birliği ile,

**MADDE 29-** SUT eki EK-3/L listesinde "KATETER CAPD TENKOFF (KALICI)" başlığı ve bu başlık altında yer alan "UR1063" kodlu tıbbi malzeme alan tanımının aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmesine oy birliği ile,

	PERİTON DİYALİZ KATETERİ		
UR1063	KALICI PERİTON DİYALİZ KATETERİ, TÜNELLİ		899,46

**MADDE 30-** SUT eki "Nefroloji Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/P)"nde "NF1023" kodlu tıbbi malzeme alan tanımının aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmesine oy birliği ile,

	KALICI PERİTON DİYALİZ KATETERİ, TÜNELLİ		
NF1023	KALICI PERİTON DİYALİZ KATETERİ, TÜNELLİ		899,46

**MADDE 31-** Kurumca iade alınan tıbbi malzemelerin teminine ilişkin SUT'un "3.3.6 Kurumca iade alınan tıbbi malzemeler" başlıklı maddesinde yer alan geri ödeme kural/kriterlerinin aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmesine oy birliği ile,  
"3.3.6 - Kurumca iade alınan tıbbi malzemeler

(1) ...

a) Non-İnvaziv Mekanik Ventilasyon Cihazları (CPAP, Auto CPAP, BPAP-S, BPAP S/T, BPAP S/T AVAPS, ASV),

...  
3.3.6.A-1 Uykuda solunum bozukluğu hastalıklarında NİMV cihazları verilme ilkeleri

(2) NİMV cihazları verilmesine ilişkin sağlık kurulu raporlarının (tanı-titirasyon uyku testleri), bünyesinde uyku merkezi bulunan sağlık hizmeti sunucuları sağlık kurullarınca düzenlenmesi gerekmektedir. Bu testlerin (tanı-titirasyon uyku testleri) aynı sağlık hizmeti sunucusunda yapılma şartı aranmaksızın, tüzen uyku testinin yapıldığı sağlık hizmeti sunucularınca sağlık kurulu raporunun düzenlenmesi gerekmektedir.

(3) Sağlık kurulu raporunda; göğüs hastalıkları, psikiyatri veya nöroloji uzman hekimlerinden herhangi üç uzman hekimin (Aynı branştan üçünün veya farklı branştan birer kişinin veya bir branştan iki, diğer branştan bir olmak üzere toplam üç uzman hekimin) yer aldığı; hastanın çocuk olması halinde ise sağlık kurulu raporunda çocuk göğüs hastalıkları veya çocuk nöroloji uzmanlarından en az birinin yer alması ve bu hekimler tarafından reçete edilmesi zorunludur.

(6) Sağlık kurulu raporunda tanı ve tedavi, tedavi basıncı ile hastanın kullanacağı NİMV cihazının türü ve birlikte kullanılacak aksesuarlar (maske, nemlendirici ve ısıtıcı nemlendirici gibi) yer almaktadır.

(9) Bünyesinde polisomnografi cihazı bulunan ikinci ve üçüncü basamak özel sağlık hizmeti sunucularının faaliyet izin belgesinde göğüs hastalıkları branşı veya nöroloji branşı (tam zamanlı göğüs hastalıkları uzmanı veya nöroloji uzmanı olan) olması halinde tanı-titirasyon uyku testleri yapılarak NİMV cihazlarının verilmesine ilişkin sağlık kurulu raporları düzenlenebilir. (Sağlık Bakanlığı "Özel Hastaneler Yönetmeliği" nde düzenleme yapıp uyku laboratuvar ünitesi ruhsatı düzenleneceye kadar, polisomnografi cihazının faaliyet izin belgesine işlenmiş olup olmamasına bakılmayacaktır.)

3.3.6.A-2 - Kronik solunum yetmezliğinde NİMV cihazları verilme ilkeleri

...

(1) Kronik solunum yetmezliğinde yalnızca BPAP-S, BPAP S/T ve BPAP S/T AVAPS cihaz bedelleri Kurumca karşılanacak olup, teminine ilişkin düzenlenecek sağlık kurulu raporunda göğüs hastalıkları, nöroloji, anestezi ve reanimasyon, yoğun bakım sorumlu uzmanı ile çocuk göğüs hastalıkları hekimlerinden en az birinin yer alması ve bu hekimler tarafından reçete edilmesi gerekmektedir.

(2) Kronik stabil ya da yavaş ilerleyen solunum yetmezliği (gündüz ya da gece karbondioksit retansiyonuna bağlı semptom varlığı, nöktümal hipoventilasyon) varlığında hastanın ilaç ve oksijen tedavisi alıyorken stabil dönemde solunum yetmezliğinin önlenemiyor olması BPAP-S, BPAP S/T veya BPAP S/T AVAPS cihazı verilme endikasyonu olarak kabul edilir.

...

3.3.6.B - Evde uzun süreli veya taşınabilir bileşeni olan oksijen tedavisi cihazları

(1) Kronik solunum yetmezliği tedavisinde uygulanacak oksijen sistemlerinin verilmesine yönelik sağlık kurulu raporları, göğüs hastalıkları, nöroloji, anestezi ve reanimasyon ile yoğun bakım sorumlu uzman tabiplerinden; hastanın çocuk olması halinde ise çocuk göğüs hastalıkları veya çocuk nöroloji uzmanlarından birinin yer aldığı sağlık kurullarınca düzenlenecektir. Ancak, çocuk göğüs hastalıkları veya çocuk nöroloji uzmanı bulunmayan sağlık hizmeti sunucularında, sağlık kurulu raporunun üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularınca düzenlenmiş olması şartıyla, kronik solunum yetmezliği tedavisinde uygulanacak oksijen sistemlerinin verilmesine yönelik sağlık kurulu raporları, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekiminin bulunduğu sağlık kurullarınca da düzenlenecek ve bu hekimlerce reçete edilecektir.

(3) Sağlık kurulu raporu ekinde arteriyel kan gazı tetkiki (hasta adı-soyadı ve tarihin olduğu sağlık hizmeti sunucusu laboratuvar çıktısı) ve diğer kanıtlayıcı belgeler eklenecektir.

(4)...

a) Kronik solunum yetmezliği olanlarda; (istirahat veya egzersiz halinde) PaO<sub>2</sub> (Parsiyel Oksijen Basıncı) ≤ 55 mmHg veya SaO<sub>2</sub> (Oksijen Saturasyonu) ≤ %88 olması halinde,

b) Korpulmonale varlığında; PaO<sub>2</sub>'de 55-59 mmHg veya SaO<sub>2</sub> ≤ %89 ile birlikte EKG'de "P Pulmonale" bulgusu olması veya hematokrit > %55 veya konjestif kalp yetmezliği olması halinde,

(6) Taşınabilir bileşeni olan oksijen tedavisi cihazları; istirahat halinde PaO<sub>2</sub> (Parsiyel Oksijen Basıncı) > 55 mmHg veya SaO<sub>2</sub> (Oksijen Saturasyonu) > %88 olmasına karşın egzersiz durumunda veya iş sırasında desatüre (PaO<sub>2</sub> ≤ 55 mmHg veya SaO<sub>2</sub> ≤ %88) olması (egzersiz ile %4'den fazla desatüre olan) ve bu durumunu gösterir istirahat ve efor kan gazı sonuçlarının sağlık kurulu raporunda belirtilmesi ve/veya rapor ekinde belgelendirilmesi halinde, yatalak olmayan ve aktif iş yaşamını sürdüren veya öğrenci olan

mobilize hastalarda (sağlık kurulu raporunda bu durum ayrıca belirtilmelidir) bedelleri Kurumca karşılanır. Ancak, istirahat PaO<sub>2</sub> ≤ 55 mmHg veya SaO<sub>2</sub> ≤ %88 olan hastalar için efor kan gazı sonuçları istenmeyecektir."

**MADDE 32-** SUT eki "Diğer Protez Ortezler Listesi (EK-3/C-3)"nde yer alan tıbbi malzemelerden, aşağıda belirtilen tıbbi malzemelerin geri ödeme kural/kriterlerinin yeniden düzenlenmesine ve söz konusu listenin Ek-2'deki şekilde değiştirilmesine oy birliği ile,

NEBÜLİZATÖR CİHAZI				
<p>(1) Nebülizatör cihazı verilmesine ilişkin sağlık kurulu raporlarının,</p> <p>a) Erişkin hastalar için; göğüs hastalıkları veya alerji hastalıkları uzmanlarından en az birinin yer aldığı sağlık kurulu tarafından düzenlenmesi gerekmektedir.</p> <p>b) Çocuk hastalar için; çocuk alerjisi uzmanı veya çocuk göğüs hastalıkları uzmanı, bu uzman hekimlerin bulunmadığı sağlık hizmeti sunucularında çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarından en az birinin yer aldığı sağlık kurulları tarafından düzenlenmesi gerekmektedir.</p> <p>(2) Sağlık kurulu raporu ekinde solunum fonksiyon testi (SFT) ve gerekiyorsa arteriyel kan gazı (AKG) sonuçlarını gösterir belge eklenecektir.</p> <p>(3) Kompresör tipi nebulizatör bedelleri Kurumca karşılanacak olup ultrasonik nebulizerler bedelleri Kurumca karşılanmaz.</p> <p>(4) Erişkin hastalarda cihazın verilmesine ilişkin olarak; inhaler preparatları ve inhaler preparatların kullanılmasına yardımcı aletleri (airchamber, spacer v.b.) kullanılmadığı sağlık kurulu raporu ile belirlenen,</p> <p>a) Stabil kronik akciğer hastalığı olanlarda; FEV<sub>1</sub> ≤ %40 ise AKG değerlerine bakılmaksızın, FEV<sub>1</sub> &gt; %40 ise; AKG'da PaO<sub>2</sub> ≤ 55 mmHg veya SaO<sub>2</sub> ≤ %88 olması.</p> <p>b) Persistan astımlı hastalarda; FEV<sub>1</sub> veya PEFR ≤ %60 veya FEV<sub>1</sub> veya PEFR %60-80 arasında olup günlük PEFR veya FEV<sub>1</sub> değişkenliği %30'un üzerinde,</p> <p>c) Bronşiektazi tanısı ile birlikte kalıcı hava yolu obstrüksiyonu olan hastalarda; stabil dönemde FEV<sub>1</sub> ≤ %40 olduğu sağlık kurulu raporunda belirtilmesi ve dayanağı belgelerin rapor ekinde yer alması koşuluyla nebulizatör cihazı bedelleri Kurumca karşılanır.</p> <p>(5) Çocuk hastalarda cihazın verilmesine ilişkin olarak;</p> <p>a) Persistan astımlı hastalarda; FEV<sub>1</sub> veya PEFR ≤ %60 olan veya FEV<sub>1</sub> veya PEFR %60-80 arasında olup günlük PEFR veya FEV<sub>1</sub> değişkenliği %30'un üzerinde olması veya</p> <p>b) 14 (on dört) yaşın üstündeki hastalarda; FEV<sub>1</sub> veya PEFR ≤ %40 olması veya</p> <p>c) 6 (altı) yaşın altındaki hastalar ve 6 (altı) yaşın üstünde olup ek sorunu (örneğin nörolojik bir sorun) nedeniyle solunum fonksiyon testi yapılmayan hastalarda bu durumun sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla nebulizatör cihazı bedelleri Kurumca karşılanır.</p> <p>ç) Astımlı çocuklarda sadece ağır veya çok ağır (hayatı tehdit eden) astım krizlerinde kan gazı değişikliği olabilir. Astım krizinde olmayan persistan ağır astımı olan çocuklarda arteriyel kan gazı sonuçları, ister 6 yaş altı isterse 6 yaş üstü olsun nebulizer cihaz endikasyonu için aranmaz.</p> <p>(6) Solunum fonksiyon testi yapamayan ve kronik akciğer hastalığı tanısı almış çocuklarda, bronkopulmoner displazi, bronşiektazisi, obliterans tanılı hastalarda, interkostal adaleleri çalışmayan veya mental retarde (IQ ≤ 40) olan nörolojik sorunlu hastalarda PaO<sub>2</sub> ≤ 55 mmHg veya SaO<sub>2</sub> ≤ %88 olması halinde bu durumun sağlık kurulu raporunda belirtilmesi gerekmektedir.</p>				
OKSİJEN KONSANTRATÖRÜ VE TÜPÜ				
DO1009	OKSİJEN KONSANTRATÖRÜ		10 yıl	5.590,00
(1) En az 5 lt/dk lık oksijen konsantratörü temin edilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.				
NON-İNZAVİV MEKANİK VENTİLASYON CİHAZLARI				
DO1011	CPAP CİHAZI		10 yıl	1.944,00
(1) Uykuda solunum bozukluğu hastalıklarında SUT "3.3.6.A-1" maddesinde yer alan genel hükümlere ilaveten, polisomnografik olarak; Apne İndeksi (AI) en az 15 (on beş) veya apne-hipopne indeksi (AHI) en az 30 (otuz) veya apne, hipopne ve solunum eforu sonucu uyanma sayısını gösteren solunum bozukluğu indeksi (RDI) en az 30 (otuz) olarak tespit edilen ve bu bilgilerin sağlık kurulu raporu eki polisomnografi raporunda belirtilmiş olması kaydıyla veya AHI veya RDI 5-30 arasında olmakla birlikte artmış gündüz uyukluluk, bilişsel etilenme, duygudurum bozuklukları, uykusuzluk veya hipertansiyon, iskemik kalp hastalığı, inme veya uyuklaya ilişkili hipoventilasyon/hipoksamik sendromlardan birinin varlığının sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla; kullanılması gerekli görülen CPAP cihazı bedelleri Kurumca karşılanır.				
DO1012	AUTO CPAP		10 yıl	3.888,00
(1) Uykuda solunum bozukluğu hastalıklarında SUT "3.3.6.A-1" maddesinde yer alan genel hükümleri ve CPAP cihazı verilme kriterlerine ilaveten; pozisyonel OUAS, REM ile ilişkili OUAS, yüksek basınca tolere edemeyen veya sabit basınç cihazlarıyla (CPAP) tedaviyi tolere edemeyen hastalarda, bu durumun sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla, kullanılması gerekli görülen Auto-CPAP bedelleri Kurumca karşılanır.				
DO1013	BPAP S CİHAZI		10 yıl	5.340,00

(1) BPAP S cihazı için uykuda solunum bozukluğu hastalıklarında SUT "3.3.6.A-1" maddesinde yer alan genel hükümlere ilaveten; yüksek nazal hava akımını tolere edemeyen veya pozitif basınca karşı nefes verme güçlüğü yaşayan OUAS hastalarında veya Uyku ile ilişkili hipoventilasyon/hipoksemik sendromu (restriktif akciğer hastalığı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, obesite-hipoventilasyon sendromu, pulmoner parankimal veya vasküler patolojilere bağlı hipoventilasyon/hipoksemi vb) olan hastalarda; bu durumun düzenlenecek sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla BPAP S cihazı bedelleri Kurumca karşılanır.

(2) BPAP S cihazı için kronik solunum yetmezliğinde SUT "3.3.6.A-2" maddesinde yer alan genel hükümlere ilaveten;  
a) Restriktif akciğer hastalıklarında;

1- PaCO<sub>2</sub> ≥ 45 mmHg veya

2- En az 2 lt/dk akım hızında nazal O<sub>2</sub> desteği altında O<sub>2</sub> saturasyonunun 5 dk süreyle kesintisiz ≤ %88 veya

3- İlerleyici nöromusküler hastalıklar için maksimal inspiratuar basınç (MİP) ≤ 60 cm H<sub>2</sub>O veya FVC ≤ %50, olarak saptanması ve bunlara ilişkin kanıtlayıcı belgelerin (solunum fonksiyon testi, arteriyel kan gazı ölçümü) sağlık kurulu raporu ekinde yer alması koşuluyla BPAP-S cihazı bedelleri Kurumca karşılanır.

b) Obstrüktif akciğer hastalıkları: Uygun bronkodilatatör ve O<sub>2</sub> tedavisine rağmen;

1- PaCO<sub>2</sub> ≥ 55 mmHg veya

2- PaCO<sub>2</sub> 50 ve 54 mmHg arasında ise en az 2 lt/dk akım hızında nazal O<sub>2</sub> desteği altında noktürnal O<sub>2</sub> saturasyonunun 5 dk süreyle kesintisiz ≤ %88 veya

3- PaCO<sub>2</sub> 50 ve 54 mmHg arasında olup, bir yılda ikiden fazla hiperkapnik atak nedeniyle sağlık hizmeti sunucusuna yatırılan, obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda; bu durumların sağlık kurulu raporunda belirtilmesi ve bunlara ilişkin kanıtlayıcı belgelerin (solunum fonksiyon testi, arteriyel kan gazı ölçümü) sağlık kurulu raporu ekinde yer alması koşuluyla BPAP-S cihazı bedelleri Kurumca karşılanır. (Hasta solunum fonksiyon testi yapılmıyorsa bu durum sağlık kurulu raporunda açıkça belirtilmelidir.)

DO1014	BPAP S/T			10 yıl	5.589,00
--------	----------	--	--	-----------	----------

(1) Uykuda solunum bozukluğu hastalıklarında SUT "3.3.6.A-1" maddesinde yer alan genel hükümlere ilaveten; uyku ile ilişkili hipoventilasyon/hipoksemik sendromu (restriktif akciğer hastalığı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, obesite-hipoventilasyon sendromu, pulmoner parankimal veya vasküler patolojilere bağlı hipoventilasyon/hipoksemi vb) olan hastalarda, spontan solunumu ve tetikleme gücünün yetersiz olduğunun düzenlenecek sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla BPAP S/T cihazı bedelleri Kurumca karşılanır.

(2) Kronik solunum yetmezliğinde SUT "3.3.6.A-2" maddesinde yer alan genel hükümlere ve BPAP S cihazı için tanımlanmış kriterlere ek olarak; inspirasyon basınç yüksekliği (İPAP ≥ 20 cm H<sub>2</sub>O) veya yoğun bakımda izlendiği dönemlerde apne saptanan hastalarda, bu durumların sağlık kurulu raporunda belirtilmesi ve bunlara ilişkin kanıtlayıcı belgelerin sağlık kurulu raporu ekinde yer alması koşuluyla BPAP S/T cihazı bedelleri Kurumca karşılanır.

DO1015	BPAP S/T AVAPS			10 yıl	5.589,00
--------	----------------	--	--	-----------	----------

(1) Uykuda solunum bozukluğu hastalıklarında SUT "3.3.6.A-1" maddesinde yer alan genel hükümlere ilaveten; polisomnografi eşliğinde yapılan BPAP S/T titrasyonunda yeterli tidal volüm sağlanamadığı veya uykuda solunum bozukluğunun ortadan kaldırılamadığı hastalarda, nöromusküler ve göğüs duvarı bozukluklarına bağlı uyku ile ilişkili hipoventilasyon/hipoksemi olan restriktif akciğer hastalığı olan hastalarda (ALS, obesite-hipoventilasyon sendromu, kifoskoloz vb.) bu durumun düzenlenecek sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla BPAP S/T AVAPS cihazı bedelleri Kurumca karşılanır.

(2) Uykuda solunum bozukluğu hastalıkları dışında kalan durumlarda ise SUT "3.3.6.A-2" maddesinde yer alan genel hükümlere ilaveten; nöromusküler ve göğüs duvarı bozukluklarına bağlı uyku ile ilişkili hipoventilasyon/hipoksemi olan restriktif akciğer hastalığı olan hastalarda (ALS, obesite-hipoventilasyon sendromu, kifoskoloz vb.) hastanede yattığı sürede BPAP S/T titrasyonunda yeterli tidal volüm sağlanamadığı, BPAP S/T AVAPS cihazından fayda gördüğü ve yeterli tidal volüm sağlandığının BPAP S/T AVAPS cihazı kullanımını öncesi ve sonrası düzen arar kan gazı değerlerinin (PO<sub>2</sub>, PCO<sub>2</sub>, O<sub>2</sub>sat) sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla (polisomnografi testi şartı aranmaksızın) öngörülen BPAP S/T AVAPS cihazı bedelleri Kurumca karşılanır.

DO1016	ADAPTİF BASINÇ DESTEKLİ SERVO VENTİLASYON (ASV) CİHAZI			10 yıl	10.000,00
--------	--	--	--	-----------	-----------

(1) Uykuda solunum bozukluğu hastalıklarında SUT "3.3.6.A-1" maddesinde yer alan genel hükümlere ilaveten;

a) İlk gece polisomnografi tetkiki sırasında santral uyku apne sendromu, Cheyne-Stokes solunumu sendromu veya kompleks uyku apnesi tanısı alan hastalarda, titrasyon gecesinde sırasıyla CPAP ve BPAP S/T tedavilerinin uyku ile ilişkili solunum bozukluğunu düzeltilmemesi ve ardından polisomnografi eşliğinde başarılı ASV titrasyonu yapılması durumunda, bu durumun düzenlenecek sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla ASV cihazı bedelleri Kurumca karşılanır.

DO1017	EV TİPİ VENTİLATÖR (İNVAZİV MEKANİK VENTİLASYON CİHAZI)			5 yıl	42.000,00
	EV TİPİ MEKANİK VENTİLATÖR (EN AZ BASINÇ DESTEKLİ VENTİLASYON (PSV) İLE BİRLİKTE VOLUM VE/VEYA BASINÇ KONTROLLÜ VENTİLASYON (VCV, PCV) SAĞLAYAN VENTİLATÖRLER)				

(1) İnvaziv mekanik ventilasyon cihazının uygulama endikasyonları;

a) Akut solunum yetmezliği sonrasında yoğun bakımdan çıkışına engel kalmayacak şekilde diğer sistem hastalıkları tedavi edildiği ve kronik tedavi uygulamaları düzenlendiği halde invaziv solunum desteğinden ayrılmayan veya ayrılma olasılığı olmayan trakeostomili hastalarda,

b) Kronik ve/veya ilerleyici solunum yetmezliği veya başka kronik organ disfonksiyonlarına sekonder solunum yetmezliği nedeni ile non-invaziv mekanik ventilasyon uygulamasının yetersiz kaldığı, yapılamadığı veya yapılmasının kontrendike olduğu ve sürekli olarak invaziv solunum desteği ihtiyacı olan hastalarda,

kullanılmıyorsa halinde ev tipi mekanik ventilatör cihazı bedeli Kurumca karşılanır.

(2) Cihazın temini için hastayı takip eden uzman hekimin ve yoğun bakım sorumlusu uzman hekimin (İç hastalıkları, göğüs hastalıkları, anestezi ve reanimasyon, nöroloji, hastanın çocuk olması halinde ise çocuk hastalıkları, çocuk göğüs hastalıkları, çocuk yoğun bakım uzmanları) yer aldığı, yoğun bakım ünitesi bulunan ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca ayrıntılı olarak düzenlenecek sağlık kurulu raporuna istinaden bedelleri Kurumca karşılanır.

(3) Raporada hastanın gereksinimine göre cihazın teknik özelliklerinin belirtilmesi gerekir. Bu teknik özellikler hastanın solunumsal

stabilitesini sağlayan MV parametrelerini (Mod, Vt, frekans, tetikleme hassasiyeti, Pins, Psup, PEEP, FIO2, Inspiratuar akış hızı veya I:E oranı) kapsamalıdır.

(4) Invaziv mekanik ventilasyon cihazı kullanan hastalarda trakeostomi kanülü bedeli ilgili hekimlerce reçete edilmesi halinde ayda 2 (iki) adet olmak üzere Kurumca karşılanır.

(5) Invaziv mekanik ventilasyon cihazı için düzenlenen sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koçulu ile oksijen konsantratörü, oksijen tüpü, ev tipi aspirasyon cihazı, nebulizatör bedelleri Kurumca karşılanır.

(6) Invaziv mekanik ventilasyon cihazlarının kullanımı ve bakımı konusunda verilecek eğitim, hasta için izleme programı oluşturulması, hastayı taburcu eden ve raporlarını düzenleyen hekimin ve sağlık hizmeti sunucusunun sorumluluğundadır.

(7) Invaziv mekanik ventilasyon cihazı için düzenlenen sağlık kurulu raporunda ve reçetelerinde belirtilmesi koçulu ile kesintisiz güç kaynağı bedelleri Kurumca karşılanır. Kesintisiz güç kaynağı, SUT'un Kurumca iade alınan tıbbi malzemeler kapsamında değerlendirilecektir.

**MADDE 33-** Ayakta tedavilerde kullanılan tıbbi malzemelerin bakım onarım işlemleri ile ilgili olarak SUT'un "3.1.2- Ayakta tedavilerde kullanılan tıbbi malzemeler" başlıklı maddesinin 11 inci fıkrasının; "SUT eki EK-3/C-2 ve EK-3/C-3 listelerinde yer alan tıbbi malzemelerin garanti süresi dışında oluşan bakım/onarım masraflarının ayrı ayrı toplamı veya bir defada oluşacak bakım onarım masrafı, SUT'ta belirtilen istisnalar hariç, tıbbi malzeme bedelinin %75' ini geçemez. Kurumca iade alınan cihazların bakım onarım işlemlerinde ise bu maddede belirtilen cihazın garanti süresi dışında oluşan bakım/onarım masraflarının ayrı ayrı toplamı cihaz bedelinin %75 ini geçemez hükmü dikkate alınmayacak olup, Kurumca iade alınan cihazlarda bir defada oluşacak bakım onarım masrafı (Akü ve batarya tutarı bakım onarım bedelinin hesaplanmasında dikkate alınmaz) cihaz bedelinin %75' ini geçemez." şeklinde yeniden düzenlenmesine oy birliği ile,

**MADDE 34-** Alınan kararlardan;

1- 13, 14,15, 21, 22, 24 ve 28 numaralı kararların 20.08.2024 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

2- Diğer Kararların Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ'de belirtilen tarihte,

yürürlüğe girmesine,

Karar verilmiştir.

Ek:

1- EK-2/D-1

2- EK-3/C-3 Listesi



## POZİTRON EMİSYON TOMOGRAFİ (PET) GÖRÜNTÜLEME KLİNİK UYGULAMALARI

### D) ONKOLOJİK PET (Ga 68 İşaretli Somatostatin Analog Peptidler İle (DOTA-TATE, DOTA-NOC, DOTA-TOC ve Türevleri)

Bu bölüm pozitron yayıcı radyoizotoplar kullanılarak PET, kombine PET/BT veya kombine PET/MR tarayıcı kameralarda yapılan tanısal görüntüleme işlemlerini kapsar. 801.364 kodlu "Onkolojik PET, Ga-68 ile işaretli somatostatin analog peptidler (DOTA-TATE, DOTA-NOC, DOTA-TOC ve türevleri)" bedelinin ödenebilmesi için Tablo 4'te ifade edilen klinik durumlar ve aşağıdaki tanım ve şartlara uygun biçimde istenilmesi ve yapılması gereklidir.

#### 1. Klinik endikasyonlar ile ilgili şartlar:

- Tanı amaçlı Ga 68 işaretli somatostatin analog peptidler günümüzde somatostatin reseptörü içeren nöroendokrin tümörlerde kullanılmaktadır. Nöroendokrin tümör histopatolojik tanısının konmuş veya hastalığın varlığının kuvvetli şüphesi olması durumunda (karsinoid sendrom tanısı, kalsitonin yüksekliği, insülinoma tanısı gibi) Ga 68 işaretli somatostatin analog peptidlerle PET görüntüleme yapılır. Tanıya yönelik endikasyonlarda PET sonuçlarının invaziv bir tanısal işlemin yapılmasını önlemeye yardımcı olması ya da PET sonuçlarının invaziv tanısal bir işlem için yol gösterici olması (örneğin heterojen ve büyük kitlelerde ya da yeri belirlenemeyen tümörlerde biyopsi yerinin belirlenmesi) esası aranır. Bunların dışındaki tanısal uygulamalarda ve özellikle kanser tarama amaçlı PET kullanımı halinde bedelleri ödenmez.
- Evreleme, kanser tanısı almış hastalarda hastalığın yaygınlığının belirlenmesini ifade eder. Ga 68 işaretli somatostatin analog peptidlerle PET görüntüleme, sadece somatostatin reseptörü içeren tümörlerde (Tablo 4) evreleme amaçlı uygulanabilir. Evreleme amaçlı PET endikasyonu olan ve RT uygulanması düşünülen hastalarda RT planlama endikasyonu ile de yapılabilir.
- Yeniden evreleme, kanserin ilk tedaviden sonraki takip aşamasında herhangi bir nüks (rekürrens) saptanması veya rekürrens lehine bulgular olması durumunda başka metastazların olup olmadığını araştırmaya ya da hastalığın yaygınlığını göstermeye yönelik bir ifadedir.
- Tedaviye yanıtın değerlendirilmesi KT veya RT'nin tamamlanmasından sonra tümörün verdiği yanıtı araştırmaya yönelik bir ifadedir. Kemoterapi tamamlandıktan sonra en erken 2 (iki) hafta, radyoterapi tamamlandıktan sonra ise en erken 6 (altı) hafta geçmesi gereklidir.
- Radyonüklid tedavi sonrası yanıtı değerlendirmeye, hedefe yönelik Y-90, Lu-177 gibi terapötik işaretli bileşikler ile tedavi gören hastalarda tümörün verdiği yanıtı araştırmaya yönelik bir ifadedir. Bu amaçla PET endikasyonu konması için Radyonüklid tedavi sonrası en erken 4 (dört) hafta geçmesi gereklidir.

#### 2. Diğer şartlar:

- PET çalışmasının tekrar yapılabilmesi için bir önceki PET çalışmasından sonra asgari 3 (üç) ay süre geçmiş olma şartı aranır. Ancak kanser tedavisi yanıtının belirlenmesi amacıyla ve nüks şüphesi nedeniyle erken dönemde yapılacak PET çalışmaları için raporunda ayrıntılı gerekçe belirtilmesi halinde bu şart aranmaz.
- Onkolojik amaçlı yapılan Ga 68 işaretli somatostatin analog peptidlerle PET çalışmalarında tüm vücut tarama yapılır. Tüm vücut PET görüntüleme, kafa tabanı ile uyluk üst kısımlarına kadar olan mesafeyi kapsar. Ayrıca klinik muayene veya diğer görüntüleme yöntemlerinde kraniyal veya periferik alt ekstremitelerdeki tümör veya metastaz şüphesi olan olgularda da kraniyal bölge ve periferik ekstremiteler görüntülenmelidir.
- PET raporlaması nükleer tıp uzmanlarıncaya yapılır. PET ile birlikte tanısal BT veya tanısal MR yapılması halinde BT veya MR raporlaması radyoloji uzman hekimince ayrıca yapılır.
- PET sonuç raporunda tetkik endikasyonunun açık olarak (ICD 10 kodu ile) belirtilmesi gereklidir. Nöroendokrin tümörler vücutta herhangi bir organdan köken alabileceği için primer tümörün lokalizasyonuna göre ICD-10 kodunun raporlanması gerekmektedir.
- Somatostatin reseptör durumunun belirlenmesi ve/veya radyonüklid tedavi için hasta seçimi, somatostatin pozitif-tümörlere yönelik tedavilerde ve hedefe yönelik Y-90, Lu-177 gibi terapötik işaretli bileşikler ile tedavisi planlanan hastalarda, Ga 68 işaretli somatostatin analog peptidler kullanılarak tedaviye uygun hasta seçilmesini sağlamak amacıyla kullanılır."

## POZİTRON EMİSYON TOMOGRAFİ (PET) GÖRÜNTÜLEME KLİNİK UYGULAMALARI

### F) ONKOLOJİK PET (Ga 68 İşaretli PSMA)

Bu bölüm pozitron yayıcı radyoizotoplar kullanılarak PET, kombine PET/BT veya kombine PET/MR tarayıcı kameralarda yapılan tanısal görüntüleme işlemlerini kapsar. 801.365 kodlu "Onkolojik PET, Ga 68 ile işaretli PSMA bedelinin ödenebilmesi için Tablo 6 da ifade edilen klinik durumlar ve aşağıdaki tanım ve şartlara uygun biçimde istenilmesi ve yapılması gereklidir.

## 1. Klinik endikasyonlar ile ilgili şartlar:

- Evreleme amaçlı Ga 68 PSMA PET tetkiki, yüksek risk grubundaki hastalarda (Gleason skoru >7 ve/veya PSA> 20 ng/mL) ve orta risk grubundaki hastalarda (Gleason skor 7 ve/veya PSA> 10 ng/mL) başlangıç evrelemede yapılabilir. Evreleme amaçlı PET endikasyonu olan ve RT uygulanması düşünülen tüm tümörlerde aynı zamanda RT planlama endikasyonu ile de PET uygulanabilir.
- Yeniden Evreleme amaçlı Ga 68 PSMA PET tetkiki lokal definitif tedaviler sonrası biyokimyasal rekürrens gözlenmesi ve ardışık ölçümlerde PSA yükselmesinin devam etmesi durumunda ve/veya diğer görüntüleme yöntemlerinde (kemik sintigrafisi, BT veya MR görüntüleme gibi) şüpheli lezyon bulunması durumunda yapılabilir.
- PSMA hedefli radyonüklid tedavi planlanan hastalarda tedaviye uygunluğun değerlendirilmesi amaçlı yapılabilir
- Tedaviye yanıtın değerlendirilmesi amacıyla Ga 68 PSMA PET endikasyonu konması için kemoterapiyi takiben en erken 2 (iki) hafta radyoterapi tamamlandıktan sonra ise en erken 6 (altı) hafta geçmiş olması gereklidir.
- Radyonüklid tedavi sonrası yanıt değerlendirme, hedefe yönelik Y-90, Lu-177 gibi terapötik işaretli bileşikler ile tedavi gören hastalarda tümörün verdiği yanıtı araştırmaya yönelik bir ifadedir. Bu amaçla PET endikasyonu konması için Radyonüklid tedavi sonrası en erken 4 (dört) hafta geçmiş olması gereklidir.

## 2. Diğer şartlar:

- PET çalışmasının tekrar yapılabilmesi için bir önceki PET çalışmasından sonra asgari 3 (üç) ay süre geçmiş olma şartı aranır. Ancak kanser tedavisi yanıtının belirlenmesi amacıyla ve nüks şüphesi nedeniyle erken dönemde yapılacak PET çalışmaları için raporunda ayrıntılı gerekçe belirtilmesi halinde bu şart aranmaz.
- Ga 68 PSMA PET çalışmalarında tüm vücut görüntülemesine kraniyal bölge ve alt ekstremiteler dahil edilmelidir.
- PET raporlaması nükleer tıp uzmanlarıncaya yapılır. PET ile birlikte tanısal BT veya tanısal MR yapılması halinde BT veya MR raporlaması radyoloji uzman hekimince ayrıca yapılır.
- PET sonuç raporunda tetkik endikasyonunun açık olarak (ICD 10 kodu ile) belirtilmesi gereklidir.
- Klinik ve radyolojik bulguları ile kuvvetle şüpheli prostat kanseri düşünülen (PSA 4 ün üzerinde ve PI-RADS 3 ün üstü ve rektal muayenede nodül şartlarının hepsinin bulunduğu kişilerde) birinci biyopsi sonucu negatif olan tanı konulamayan ikinci biyopsi düşünülen hastalarda biyopsi lokasyonunun belirlenmesi için yapılır.
- Sadece üçüncü basamak resmi sağlık hizmet sunucularında yapılması halinde faturalandırılır. Ayrıca yataklı radyonüklid tedavi ünitesine sahip sağlık hizmet sunucularında; PSMA hedefli radyonüklid tedavi planlanan hastalarda tedaviye uygunluğun değerlendirilmesi ve radyonüklid tedavi sonrası yanıt değerlendirme endikasyonları ile yapılması halinde faturalandırılır.

## **POZİTRON EMİSYON TOMOGRAFİ (PET) GÖRÜNTÜLEME KLİNİK UYGULAMALARI**

**TABLO 4. ONKOLOJİK PET (Ga-68 işaretli somatostatin analog peptid bileşikler ile) ENDİKASYONLARI**

Bu bölüm pozitron yayıcı radyoizotoplar kullanılarak PET, kombine PET/BT veya kombine PET/MR tarayıcı kameralarda yapılan tanısal görüntüleme işlemlerini kapsar.

801364 kodlu "Ga-68 işaretli somatostatin analog peptid bileşikleri ile (DOTA-TATE, DOTA-NOC, DOTA-TOC ve türevleri)" yapılan PET görüntüleme tetkikleri için geçerlidir. Sadece Üçüncü basamak resmi sağlık hizmet sunucuları tarafından faturalandırılır"

Klinik Durum	ICD-10 kodu	PET endikasyonları	Açıklama ve sınırlamalar
Nöroendokrin tümörler (Herhangi bir organdan köken alan veya primeri bilinmeyen nöroendokrin tümörler, karsinoid tümörler, paratiroid kanseri)	Primer tümörün köken aldığı organa göre (C00-C75, C80)	Tanı (Primer Odak Arama)	Klinik biyokimyasal olarak karsinoid sendrom tanısı olan ve diğer görüntüleme yöntemleri ile odak saptanamayan hastalar Klinik biyokimyasal olarak insulino ma tanısı olan ve diğer görüntüleme yöntemleri ile odak saptanamayan hastalar Primer tümör aranması
		Evreleme	- Nöroendokrin tümör (grade 1-2) tanısının histopatolojik olarak konulduğu hastalar
		Tedaviye yanıt	- Histopatolojik tanı ile uyumlu olarak tümör belirteçlerinde yükselme olan hastalar
Medüller tiroit kanseri	C73	Evreleme	Kalsitonin yüksekliği gereklidir
		Tedaviye Yanıt	
		Lu-177 / Y-90 somatostatin analog peptidler ile (DOTA-TATE, DOTA-	Kalsitonin yüksekliği gereklidir.

Klinik Durum	ICD-10 kodu	PET endikasyonları	Açıklama ve sınırlamalar
		NOC, DOTA-TOC ve türevleri) tedavi planlaması	
Papiller ve folliküler tiroit kanseri	C73	Evreleme	I-131/I-123 tüm vücut tarama tetkiki negatif olan, F-18 FDG PET negatif olan ve serum tiroglobulin ve/veya anti-tiroglobulin düzeyi artması durumunda uygulanır
		Tedaviye yanıt	I-131/ I-123 tüm vücut tarama tetkiki negatif olan, F-18 FDG PET negatif olan ve serum tiroglobulin ve/veya anti-tiroglobulin düzeyi artması durumunda uygulanır
		Lu-177 somatostatin analog peptidler ile (DOTA-TATE, DOTA-NOC, DOTA-TOC ve türevleri) tedavi planlaması	Tiroglobulin yüksekliği olmamıştır
Paraganglioma, Ganglionöroma, Feokromasitoma	C74-C75	Tanı	Primer odak arama için
		Evreleme	
		Yeniden evreleme	
		Tedaviye yanıt Lu-177 somatostatin analog peptidler ile (DOTA-TATE, DOTA-NOC, DOTA-TOC ve türevleri) tedavi planlaması	Histopatolojik olarak tanı konulan hastalar
Nöroblastoma	C74.9	Evreleme	Histopatolojik olarak tanı konulan hastalar
		Yeniden evreleme	
		Tedaviye yanıt	
		Lu-177 / Y-90 somatostatin analog peptidler ile (DOTA-TATE, DOTA-NOC, DOTA-TOC ve türevleri) tedavi planlaması	

**TABLO 6. ONKOLOJİK PET (Ga 68 işaretli PSMA ile) ENDİKASYONLARI**

Bu bölüm pozitron yayıcı radyoizotoplar kullanılarak PET, kombine PET/BT veya kombine PET/MR tarayıcı kameralarda yapılan tanısal görüntüleme işlemlerini kapsar. 801365 kodlu (Ga 68 işaretli PSMA ile) yapılan PET görüntüleme tetkikleri için geçerlidir.

Klinik Durum	ICD-10 kodu	PET Endikasyonları	Açıklama ve Sınırlamalar
Prostat Kanseri	C61	Evreleme	Yüksek risk grubundaki hastalarda (Gleason skoru >7 ve/veya PSA> 20 ng/mL) ve orta risk grubundaki hastalarda (Gleason skor 7 ve/veya PSA> 10 ng/mL) evrelemede yapılabilir. Sadece üçüncü basamak resmi sağlık hizmet sunucuları tarafından faturalandırılır.
		Yeniden evreleme	Lokal definitif tedaviler sonrası biyokimyasal rekürrens gözlenmesi ve ardışık ölçümlerde PSA yükselmesinin devam etmesi durumunda ve/veya diğer görüntüleme yöntemlerinde (kemik sintigrafisi, BT veya MR görüntüleme) şüpheli lezyon bulunması durumunda yapılabilir. Sadece üçüncü basamak resmi sağlık hizmet sunucuları tarafından faturalandırılır.
		Tedaviye yanıt	Gleason skoru 7 ve üstünde olan hastalarda lokal ve sistemik tedaviler sonrasında yanıt değerlendirme amaçlı kullanılabilir. Sadece üçüncü basamak resmi sağlık hizmet sunucuları tarafından faturalandırılır.
Prostat Kanseri	C61	Radyonüklid tedavi için hasta seçimi ve radyonüklid tedavi yanıtının değerlendirilmesi	PSMA hedefli radyonüklid tedavi planlanan hastalarda tedaviye uygunluğun değerlendirilmesi amaçlı yapılabilir. PSMA hedefli radyonüklid tedavi uygulanan hastalarda yanıt değerlendirme amaçlı, en erken 4. haftada yapılabilir. Üçüncü basamak resmi sağlık hizmet sunucularında veya yataklı radyonüklid tedavi ünitesine sahip sağlık hizmet sunucularında yapılması halinde faturalandırılır.

## DİĞER PROTEZ ÖZTELEZ LİSTESİ (EK-3/C3)

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	MIAT SÜRESİ	ÖZEL KOŞULLAR	SUT FİYATI (TL)
DO1000	<b>MEME PROTEZİ</b>	C	2 yıl	1.328,00
(1) Mastektomi ameliyatı sonrasında sağlık kurulu raporuna gerekli görülmesi halinde asgiri ile birlikte Kurumca bedeli karşlanır.				
DO1001	<b>VARİS ÇORABI, ANTIEMBOİZİM ÇORABI VE MANŞONU</b>	+	6 ay	186,00
DO1002	<b>ANTIEMBOİZİM BASINÇ ÇORABI</b>	C*	6 ay	45,00
(1) Antiembolizm basınç çorabı, yalnız derin ven tromboz a profilaksisi endikasyonunda kullanılması halinde Kurumca bedeli karşlanır.				
DO1003	<b>ANTIEMBOİZİM BASINÇ MANŞONU</b>	C*	6 ay	152,00
(1) Antiembolizm basınç manşonu, derin ven tromboz profilaksisi, lenfödem, kronik venöz yetmezlik ve komplikasyonların tedavilerinde kullanılması halinde Kurumca bedeli karşlanır.				
<b>İŞİTME CİHAZI VE KULAK KALIBI</b>				
DO1004	<b>DİJİTAL PROGRAMLANABİLİR İŞİTME CİHAZI</b>		5 yıl	3.028,00
DO1005	<b>KULAK KALIBI</b>			44,00
<b>KONUŞMA CİHAZI</b>				
DO1006	<b>KONUŞMA CİHAZI</b>	C	5 yıl	3.000,00
(1) İki yada üç öğüncü basamak resim; sağlık hizmeti sunucular tarafından sağlık kurulu raporu ile beğelenmek kaydıyla konuşma cihazı beledileri Kurumca karşlanır.				
(2) İlgilenen kururu olmaksızın garanti süresi dışında cihazın anlaşılması nedeniyle kullanılması hâlinde ilgili ikinci veya üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularına düzenlenen sağlık kurulu raporu ile beğelenmesi ve Kurumca onayının sağlanmaması hâlinde, süresinden önce yenilenmesi gerekmektedir.				
<b>ASPIRATÖR CİHAZI</b>				
DO1007	<b>EV TİPİ ASPIRATÖR</b>		1 defa	972,00
<b>NEBULİZATÖR CİHAZI</b>				
(1) Nebulizatör cihazı verilmesine ilişkin sağlık kurulu raporlarının,				
a) Erişkin hastaların için; gıdık hastalıkları veya alerji hastalıkları uzmanlarından en az birinin yer aldığı sağlık kurulu tarafından düzenlenmesi gerekmektedir.				
b) Çocuk hastaların için; çocuk alerjisi uzmanı veya çocuk göğüs hastalıkları uzmanı, bu uzman beledilerin bulunmadığı sağlık hizmeti sunucularında çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarından en az birinin yer aldığı sağlık kurulu tarafından düzenlenmesi gerekmektedir.				
(2) Sağlık kurulu raporu ekinde solunum fonksiyon testi (SFT) ve genetik soruları arıyıcı kan gazı (AKG) sonuçlarını gösterir belge eklenmelidir.				
(3) Kompresör tipi nebulizatör beledileri Kurumca karşlanacak olup ultrasonik nebulizatör beledileri Kurumca karşlanmaz.				
(4) Erişkin hastalarda cihazın verilmesine ilişkin olarak; inhaler preparatları ve inhaler preparatlarını kullanılması yardımı aletleri (airchamber, spacer vs.) kullanılmadığı sağlık kurulu raporu ile beğelenen,				
(5) Peristan astımı hastalarında; FEV1 veya PFR ≤ %40 veya FEV1 veya PFR ≤ %40 ise; AKG'da PaO2 ≤ 55 mmHg veya SaO2 ≤ %88 olması.				
c) Bronşektazi tanısı ile birlikte kalıcı hava yolu obstrüksiyonu olan hastalarda; stabil dönemde FEV1 ≤ %40 olduğu sağlık kurulu raporunda belirtilmesi ve dayanağı beledilerin rapor ekinde yer alması koşuluyla nebulizatör cihaz beledileri Kurumca karşlanır.				
(5) Çocuk hastalarda cihazın verilmesine ilişkin olarak;				
a) Peristan astımı hastalarında; FEV1 veya PFR ≤ %60 olan veya FEV1 veya PFR %60-80 arasında olup günlük PEFR veya FEV1 değeri %30'un üzerinde olması veya				
b) 1-4 (on dört) yaş üstündeki hastalarda; FEV1 veya PFR ≤ %40 olması veya				
c) 6 (altı) yaş altındaki hastalar ve 6 (altı) yaş üstünde akciğer akciğeri sorunu nedeniyle solunum fonksiyon testi yapılmayan hastalarda bu durumun sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla nebulizatör cihaz beledileri Kurumca karşlanır.				
g) Astımı polidarda sadece ağır veya çok ağır (hayati tehdit eden) astım krizinde kan gazı değişikliği olabilir. Astım krizinde o mayan persistan ağır astım olan çocuklarda arıyıcı kan gazı sonuçları, ister 6 yaş altı isterse 6 yaş üstü olan nebulizatör cihaz endikasyonu için aranmaz.				
(6) Solunum fonksiyon testi yapılmayan ve kronik akciğer hastalığı tanısı almış çocuklarda, bronkopulmoner displazi, bronşektazi obliterans tanılı hastalarda, interkostal ağdaları çalışmayan veya mental retarde (IQ ≤ 40) olan nörolojik sorunlu hastalarda PaO2 ≤ 55 mmHg veya SaO2 ≤ %88 olması halinde bu durumun sağlık kurulu raporunda belirtilmesi gerekmektedir.				
DO1008	<b>NEBULİZATÖR</b>		1 defa	298,00
<b>OKSİJEN KONSANTRATÖRÜ VE TİPİ</b>				
DO1009	<b>OKSİJEN KONSANTRATÖRÜ</b>		10 yıl	5.590,00
(1) En az 5 l/dk lik oksijen konsantrasyonu terim edinişi halinde Kurumca bedeli karşlanır.				
DO1071	<b>OKSİJEN TÜRÜ VE MANDOMETRESİ (S 1)</b>			418,00
DO1010	<b>OKSİJEN TÜRÜ VE MANDOMETRESİ (O 1)</b>			558,00
DO1071	<b>TASIMANILIR (PORTABLE) OKSİJEN KONSANTRATÖRÜ (5 KG ALTINDA, ŞARJLI VE YEDEK BATERİYA İLE BİRLİKTE)</b>		10 yıl	17.952,00
<b>NON-İNVAZİF MEKANİK VENTİLASYON CİHAZLARI</b>				
DO1011	<b>CPAP CİHAZI</b>		10 yıl	1.944,00
(1) Uyku solunum bozukluğu hastalarında SUT "3.3.6.A-1" maddesinde yer alan genel hükümlere ilaveten, polisomnografik olarak; Apne İndeksi (AI) en az 15 (on beş) veya apne-hipopne İndeksi (AHI) en az 30 (otuz) veya apne, hipopne ve solunum eforsu sonucu uyanma sayısını gösteren solunum bozukluğu İndeksi (RDI) en az 30 (otuz) olarak tespit edilmiş ve bu bilgiler sağlık kurulu raporu eki polisomnografik raporunda belirtilmesi kaydıyla veya AHI veya RDI 5-30 arasında olmaksızın birlikte artmış gündüz uyukuluk, bilişsel etkilenme, duygudurum bozuklukları, uyumsuzluk veya hipertansiyon, iskemik kalp hastalığı, ilıme veya uykuya ilişkin hipopontilasyon/hipoksiemi sendromlarında birinin varlığının sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla; kullanılması gerekli görülün CPAP cihazı beledileri Kurumca karşlanır.				
DO1012	<b>AUTO CPAP</b>		10 yıl	3.888,00
(1) Uyku solunum bozukluğu hastalarında SUT "3.3.6.A-1" maddesinde yer alan genel hükümlere ilaveten; pozisyonel OUAŞ, REM ile ilişkili OUAŞ, yüksek basınçlı tolere edemeyen veya sabit basınç cihazlarıyla (CPAP) tedavisi tolere edemeyen hastalarda, bu durumun sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla, kullanılması gerekli görülün Auto-CPAP beledileri Kurumca karşlanır.				
DO1013	<b>BPAP S CİHAZI</b>		10 yıl	5.340,00
(1) BPAP S cihazı uyku solunum bozukluğu hastalarında SUT "3.3.6.A-1" maddesinde yer alan genel hükümlere ilaveten; yüksek nazal hava akımını tolere edemeyen veya pozitif basınçta karaciğer nefes verme güçlüğü yaşayan OUAŞ hastalarında veya uyku ile ilişkili hiperventilasyon/hipoksiemik sendromu (restriktif akciğer hastalığı, kronik obstrüksiyon akciğer hastalığı, obezite-hiperventilasyon sendromu, pulmoner parankim veya vasküler patolojilere bağlı hiperventilasyon/hipoksiemi) olan hastalarda; bu durumun düzenlenecek sağlık kurulu raporu nda belirtilmesi koşuluyla BPAP S cihazı beledileri Kurumca karşlanır.				
(2) BPAP S cihazı için kronik solunum yetmezliği SUT "3.3.6.A-2" maddesinde yer alan genel hükümlere ilaveten;				
a) Restriktif akciğer hastalıklarında;				
1- PaCO2 ≥ 45 mmHg veya				
2- En az 2 l/dk akım hızında nazal O2 desteği altında O2 saturasyonunun 5 dk süreyle kesintisiz ≤ %88 veya				
3- İlerleyici nöromüsküler hastalıklar için maksimal inspiratuar basınç (MIP) ≤ 60 cm H2O veya FVC ≤ %50, olarakt saptanması ve bunlara ilişkin kanıtlayıcı belgelerin (solunum fonksiyon testi, arıyıcı kan gazı ölçümü) sağlık kurulu raporu ekinde yer alması koşuluyla BPAP S cihazı beledileri Kurumca karşlanır.				
b) Obstrüksiyon akciğer hastalıklarında: Uygun bronkodilatatör ve O2 tedavisine rağmen;				
1- PaCO2 ≥ 55 mmHg veya				
2- PaCO2 50 ve 54 mmHg arasında ise en az 2 l/dk akım hızında nazal O2 desteği altında noktürnal O2 saturasyonunun 5 dk süreyle kesintisiz ≤ %88 veya				
3- PaCO2 50 ve 54 mmHg arasında olup, bir yıla ikiden fazla hiperkapnik atak nedeniyle sağlık hizmeti sunucusuna yatırılan, obstrüksiyon akciğer hastalığı olan hastalarda; bu durumların sağlık kurulu raporunda belirtilmesi ve bunlara ilişkin kanıtlayıcı belgelerin (solunum fonksiyon testi, arıyıcı kan gazı ölçümü) sağlık kurulu raporu ekinde yer alması koşuluyla BPAP S cihazı beledileri Kurumca karşlanır. (Hasta solunum fonksiyon testi yapılmıyorsa bu durumun sağlık kurulu raporunda açıkça belirtilmelidir.)				
DO1014	<b>BPAP S/T</b>		10 yıl	5.589,00
(1) Uyku solunum bozukluğu hastalarında SUT "3.3.6.A-1" maddesinde yer alan genel hükümlere ilaveten; uyku ile ilişkili hiperventilasyon/hipoksiemik sendromu (restriktif akciğer hastalığı, kronik obstrüksiyon akciğer hastalığı, obezite-hiperventilasyon sendromu, pulmoner parankim veya vasküler patolojilere bağlı hiperventilasyon/hipoksiemi) olan hastalarda, spontan solunumu ve tetikleme gücünün yetersiz olduğu düzenlenecek sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla BPAP S/T cihazı beledileri Kurumca karşlanır.				
(2) Kronik solunum yetmezliğinde SUT "3.3.6.A-2" maddesinde yer alan genel hükümlere ve BPAP S cihazı için tanımlanan kriterlere ek olarak; inspirasyon basınç yükseltilmiş (IPAP ≥ 20 cm H2O) veya yavaş bakında ilerleyici ödemlerde aşırı saptanan hastalarda, bu durumların sağlık kurulu raporunda belirtilmesi ve bunlara ilişkin kanıtlayıcı belgelerin sağlık kurulu raporu ekinde yer alması koşuluyla BPAP S/T cihazı beledileri Kurumca karşlanır.				
DO1015	<b>BPAP S/T AYAKS</b>		10 yıl	5.589,00

(1) Uyukda solunum bozukluğu hastalıklarında SUT "3.3.6.A-1" maddesinde yer alan genel hükümlere ilaveten; polisomnografi eşliğinde yapılan BPAP S/T titrasyonuna yeterli tidal volüm sağlanamadığı veya uyukda solunum bozukluğunun ardından kaldırılamadığı hastalarda, nöromusküler ve göğüs duvarı bozukluklarına bağlı uyku ile ilişkili hipventilyasyon/hipoksiemi olan restriktif akciğer hasta ğı olan hastalarda (ALS, obezite-hiperventilyasyon sendromu, kifoskolioz vb.) bu durumun düzenlenerek sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koçuluyla BPAP S/T AVAPS cihazı bedelleri Kuruma karşılıdır.

(2) Uyukda solunum bozukluğu hastalıkları dışında kalın durumlarda ise SUT "3.3.6.A-2" maddesinde yer alan genel hükümlere ilaveten; nöromusküler ve göğüs duvarı bozukluklarına bağlı uyku ile ilişkili hiperventilyasyon/hipoksiemi olan restriktif akciğer hastalığı olan hastalarda (ALS, obezite-hiperventilyasyon sendromu, kifoskolioz vb.) hastanede yatıldığı sürede BPAP S/T titrasyonuna yeterli tidal volüm sağlanamadığı, BPAP S/T AVAPS cihazından fayda göremeli ve yeterli tidal volüm sağlanmadığından dolayı BPAP S/T AVAPS cihazı kullanımına geçmesi ve sonrası düzenleme aracı kan gazı değerlerinin (PCO<sub>2</sub>, PCO<sub>2</sub>, O<sub>2</sub>sat) sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koçuluyla (polisomnografi testi) parti aranmaksızın öngörülen BPAP S/T AVAPS cihazı bedelleri Kuruma karşılıdır.

DO1016 ADAPTİF BASINÇ DESTEKLİ SERVO VENTİLYASYON (ASV) CİHAZI 10 yıl 10.000,00

(1) Uyukda solunum bozukluğu hastalıklarında SLT "3.3.6.A-1" maddesinde yer alan genel hükümlere ilaveten;  
a) İki gece polisomnografi testi/ sırasızdan santral uyku apne sendromu, Cheyne-Stokes solunumu sendromu veya kompleks uyku apnesi tanısı alan hastalarda, titrasyon geçesinde sırasıyla CPAP ve BPAP S/T testlerinin uyku ile ilişkili solunum bozukluğuna düzenlenmesi ve ardından polisomnografi eşliğinde yapılan ASV titrasyonu yapılmış olması durumunda, bu durumun düzenlenmesi için ASV titrasyonu raporunda belirtilmesi koçuluyla ASV cihazı bedelleri Kuruma karşılıdır.

DO1027 EV TİPİ VENTİLYATÖR (İNVAZİV MEKANİK VENTİLYASYON CİHAZI)  
EV TİPİ MEKANİK VENTİLYATÖR (EN AZ BASINÇ DESTEKLİ VENTİLYASYON (PSV) İLE BİRLEKTE VÜLÜM VE/VEYA BASINÇ KONTROLÜ VENTİLYASYON (VCV, PCV) SAĞLAYAN VENTİLYATÖRLER) 5 yıl 42.000,00

(1) İnvaziv mekanik ventilasyon cihazının uygulama endikasyonları;  
a) Akut solunum yetmezliği sonrası nöde yoğun bakımın çıkışına engel kalmayacak şekilde diğer sistem hastalıkların tedavi edildiği ve kronik tedavi uygulamaları düzenlendiği halde invaziv solunum desteğinden ayrılmaları veya ayrılmaya oisaliği olmayan trakeostomi hastalarında,  
b) Kronik ve/veya ilerleyici solunum yetmezliği veya başka kronik organ disfonksiyonlarına sekonder solunum yetmezliği nedeniyle non-invaziv mekanik ventilasyon uygulamasının yetersiz kaldığı, yapılamadığı veya yapılmasının kontrendike olduğu ve sürekli olarak invaziv solunum desteği ihtiyacı olan hastalarda,  
c) Kulaniması halinde ev tipi mekanik ventilatör cihazı bedeli Kuruma karşılıdır.

(2) Cihazın temini için hastayı takip eden uzman hekimin ve yoğun bakım sorumlu uzman hekiminin (iç hastalıkları, göğüs hastalıkları, anestezi ve reanimasyon, nöroloji, hastanın çocuk olması halinde ise çocuk hastalıkları, çocuk göğüs hastalıkları, çocuk yoğun bakım uzmanları) yer aldığı, hastanın bakım ünitesi bulunan ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularına ayrıntılı olarak düzenlenecek sağlık kurulu raporuna istinaden bedelleri Kuruma karşılıdır.

(3) Raporda hastanın gereksinimine göre cihazın teknik özelliklerinin belirtilmesi gerekir. Bu teknik özelliklerin hastanın solunumsal stabilitesini sağlayan MV parametrelerini (Mod, Vr, frekans, teticlenme hassasiyeti, P<sub>ins</sub>, P<sub>exp</sub>, PEEP, FiO<sub>2</sub>, Inspiratuar akış hızı veya I:E oranı) kapsamalıdır.

(4) İnvaziv mekanik ventilasyon cihazı: kullanılan hastalarda trakeostomi kanülü bedeli ilgili hekimlerce reçete edilmesi halinde ayda 2 (iki) adet olmak üzere Kuruma karşılıdır.

(5) İnvaziv mekanik ventilasyon cihazı için düzenlenen sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koçulu ile oluşan konsantrasyon, oksijen tıbbi, ev tipi aspirasyon cihazı, nebulizatör bedelleri Kuruma karşılıdır.

(6) İnvaziv mekanik ventilasyon cihazlarının kullanımını ve bakımını konusunda verilerek eğitilmiş, hasta için izleme programı oluşturulmuş, hastaya taburcu eden ve raporlarını düzenleyen hekimin ve sağlık hizmeti sunucusunun sorumluluğundadır.

(7) İnvaziv mekanik ventilasyon cihazı için düzenlenen sağlık kurulu raporunda ve reçetelerinde belirtilmesi koçulu, ile kesintisiz göç kaynağı bedelleri Kuruma karşılıdır. Kesintisiz göç kaynağı, SUT'un Kuruma lade alınan tıbbi malzemeler kapsamında değerlendirilirdedir.

DO1017A EV TİPİ VENTİLYATÖR İÇİN KESİNTİSİZ GÜÇ KAYNAĞI 1.040,00

(1) Ev tipi ventilatör için kesintisiz güç kaynağı; ödemelerinde TITUBÜS'ten kayıt/bildirim işleminin tamamlanmış olması şartı aranmaz.

DO1018 PULSE OXİMETRE CİHAZI 1 defa 200,00

(1) Pulse oksimetre cihazının bedeli, ev tipi invaziv mekanik ventilasyon cihazı kullanılması gereken veya trakeostomi hastalarında kullanılması halinde Kuruma karşılıdır.

DO1019 DESFERAL VE MİKRO İNFÜZYON POMPASI 1.830,00

(1) Serum ferritin düzeylerinin 750 ng/ml seviyelerine yükselmiş olması veya aynı miktarda birikimine bağlı, organ fonksiyonlarının (kalp, karaciğer) bozulmaya başladığından itibaren K'nin belirtilerinin bulunması halinde; kullanımı gereğinden yetersizliği ve hematoloji uzman hekiminin de yer aldığı, sağlık kurulu raporuna dayanarak ilgili uzman hekimler tarafından reçete edilmesi halinde Kuruma bedeli karşılıdır.

(2) "Deferolesonum" ilaon için kullanılan uygulama seti nin, desferal pompası için düzenlenen sağlık kurulu raporuna dayanarak, kullanımına gerektiren ilaç ile bir, cete reçete edilmesi ve ilaç reçetesinin suretinin ekte sunulması halinde Kuruma bedeli karşılıdır. Hekim tarafından ilaç bitimine kadar, en fazla 3 (üç) aylık miktarlarda 60 adetli spremek üzere reçete edilmektedir.

(3) Sağlık hizmeti sunucularına temin edilmesi halinde sağlık raporu aranmaz.

DO1020 MİKRO İNFÜZYON POMPASI (NSÜLİN POMPASI) 14.612,00

(1) Mikro infüzyon pompası, infüzyon seti ve rezervuarı bedellerinin ödenenilmesi için sağlık kurulu raporu düzenlenmesi gerekmektedir olup raporda;  
a) Hastanın Tipi Diyaliz veya insülin bağımlı Tip II Diyalizli olması ile birlikte kan şekeriinin oynak (brittle) seyrettiğinin ya da gebelikte gestasyonel diyabet (hamilelik diyabet) olduğuun belirtilmesi,  
b) Hastanın kendiliğinden veya yakalanmış diyabet kullarına yetersizliği kasımış olduğunu belirtilmesi,  
c) Raporda iç hastalıkları veya çocuk sağlığı hastalıkları uzman hekimlerinden birinin yer alması şartları aranacaktır.

DO1021 GÖZ PROTEZLERİ H 448,00

(1) Göz protezleri hareketli bir malzeme olup, göz protezlerinin hareketi, hastanın daha önce geçirildiği cerrahi müdahale ile ilgili;  
(2) Üçüncü basamak resimli sağlık hizmeti sunucuları tarafından düzenlenen, en az 1 (bir) göz hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi, göz hastalıkları uzman hekimlerce reçetelendirilmesi halinde göz protez bedelleri Kuruma karşılıdır.

(3) 5 (beş) yaşına kadar olan hak sahiplerine (çocuklarda 5 (beş) yaşına kadar orbita gelişimi tamamlanmış) sağlık kurulu raporu ile öngörülmesi halinde yılda 1 (bir), 5 (beş) yaşından büyük hak sahiplerine ise sağlık kurulu raporu ile öngörülmesi halinde 3 (üç) yılda 1 (bir) göz protezinin Kuruma bedeli karşılıdır. Ancak her iki halde de sağlık kurulu raporunda protezin değiştirilmesi gereksizi belirtilmelidir.

DO1022 ENÜRİZİS ALARMI CİHAZI 1 defa 104,00

(1) Primer monosemptomatik (günlük idrar kapama sıkılığı olmayan) enürizis nokturnası olan 5 (beş) yaş üzeri hastalarda 1 (bir) defaya mahsus olmak üzere enürizis alarm cihazı bedeli Kuruma karşılıdır.

DO1024 İZAL LOOP SETİ C\* 1 yıl 218,00

(1) Evre 1, 2, 3 enfödemlerinde; genel cerrahi, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi, kalp damar cerrahi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon branş hekimlerinden birinin bulunduğu üçüncü basamak resimli sağlık hizmeti sunucularına düzenlenmesi sağlık kurulu raporuna istinaden ilgili hekimlerce reçete edilmesi halinde standart (hazır) bedenler üzerinde Kuruma bedelleri karşılıdır.

(2) Profilaksi amacıyla lenfödem bası giysileri Kuruma karşılıdır.

(3) Heyet raporu ekinde; lenf diseksiyonuna bağlı lenf ödemlerinde ameliyat olduğunu beğelen epikrizi olmalıdır.

(4) Standart bedenlerin ymadığı bası giysisi gereken evre 1, 2, 3 enfödemlerinde bu durumun fotoğrafla belgelendirilmesi ve sağlık kurulu raporunda belirtilmesi kaydıyla kişiye özel üretilenlenmiş bası giysileri bedelleri Kuruma karşılıdır.

(5) Rapor gerekliliği süresi sekonder lenf ödemlerinde 1 (bir) yıl, primer lenf ödemlerinde 2 (iki) yıldır.

(6) İlgili hekimce uygun görüldüğü halinde 6 (altı) ay ara ile olmak şartıyla yılda en fazla 2 (iki) kez reçete edilebilir.

(7) Hastaya alerjik veya toksik etki göstermemelidir.

(8) Ortalama 40 mmHg ve üzeri basınç uygulamalı, kulanim süresinin sonuna kadar bu basınç en az yarıya sağiyabilmelidir.

(9) İki üçüncü hastada başı yaralanma yolu açmayacak tarzda, dikişiz, pürüzsüz olmalıdır. İyava geçirgen özelliği olan kumaştan imal edilmelidir.

(10) Alt ekstremite bası giysilerinde üst kaminin iç yüzünde kaymayı önleyecek silikon bant vb. olmalıdır.

(11) Fermuar vb. aksesuarları kullanılmıcaksa, hastaya zarar veremeyecek şekilde yerleştirilmesi ve kulanim süresi boyunca bulunmayacak yapıda olmalıdır.

(12) Sık yıkanabilir kumaştan imal edilmelidir. Giysiyi yıkanma ile deforme olmamalı, boyutları değişmemeli ve yıkanma talimatı hastaya verilmelidir.

DO1025 EL DİVEN (FARMAK UÇLU AÇIK/KAPALI) 1.124,00

DO1026 OMUZDAN DESTEKLİ KOLLUK BİLİĞE KADAR 1.034,00

DO1027 GİZ ALTI ÇORAP 810,00

DO1028 DİZ ÜSTÜ ÇORAP (SİLİKON DESTEKLİ) 380,00

DO1029 KOL ÜSTÜ ÇORAP 1.908,00

DO1030 BELDEN DESTEKLİ TEK BACAĞ ÇORAP 1.584,00

DO1031 LENFÖDEM BASI GIYSİLERİ (HAZIR) 384,00

DO1032 EL DİVEN (FARMAK UÇLU AÇIK/KAPALI) 384,00

DO1033 OMUZDAN DESTEKLİ KOLLUK BİLİĞE KADAR 350,00

DO1038 GİZ ALTI ÇORAP 276,00

DO1034 DİZ ÜSTÜ ÇORAP (SİLİKON DESTEKLİ) 294,00

DO1035	KÜLOTLU ÇORAP				648,00
DO1036	BELDEN DESTEKLİ TEK BACAĞI ÇORAP				570,00
	<b>LENF ÖZEM KOMPRESYON CİHAZLARI</b>				

- (1) Üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularının genel cerrahi, fizik tedavi ve rehabilitasyon, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi ile kalp damar cerrahisi branş hekimlerinden birinin bulunduğu sağlık kurulu raporuna istinaden ilgili hekimlerce reçete edilmesi halinde Kuruma bedeli karşılıktır.
- (2) Evre II- Göze, elevasyonu ile ödem azaltma ve klinik olarak fibrozis belirgin
- (3) Evre III- Ödem irreversiböl, tekrarlayan enfeksiyöz akutlar, fibrozis, deri ve dext altında skleroz, flebolen ödemini ya da ileri evre (C4-6) kronik venöz hastalık bulunan hastalarda Kuruma bedelleri karşılıktır.
- (4) Heyet raporu ekinde lenf ödemi hastalığını, flebo enfeksiyon ya da ileri evre (C4-6) kronik venöz hastalık venöz yetmezliğe bağlı durumlarda venöz sistem doppler ultrasonografi raporu ekte olmalıdır.
- Hastalığın karşılanmaması her iki ekstremitede fotoğrafları da rapora eklenmelidir.
- (4) Kompresyon cihazları 2' a altı lenf ödeminde veya venöz yetmezliklerde en fazla 2 (iki) kanallı, dört üstü lenf ödemlerinde veya venöz yetmezliklerde en fazla 6 (altı) kanallı, üst ekstremitelerde lenf ödemlerinde en fazla 1 (bir) kanallı olması halinde Kuruma bedeli karşılıktır. Sadece Evre II lenf ödemlerinde en fazla 2 (iki) kanallı cihaz bedeli Kuruma karşılıktır.
- (5) Cihazın dört altı, dört üstü, üst ekstremitede ve kaç kanallı olduğu ilgili hekim raporunda belirtilmelidir.

DO1037	1 KANALLI LENF ÖZEM KOMPRESYON CİHAZI				1.278,00
DO1038	2 KANALLI LENF ÖZEM KOMPRESYON CİHAZI				1.566,00
DO1038	3 KANALLI LENF ÖZEM KOMPRESYON CİHAZI				1.866,00
DO1040	4 KANALLI LENF ÖZEM KOMPRESYON CİHAZI				2.210,00
DO1041	5 KANALLI LENF ÖZEM KOMPRESYON CİHAZI				2.504,00
DO1042	6 KANALLI LENF ÖZEM KOMPRESYON CİHAZI				2.844,00
	<b>LENF ÖZEM KOMPRESYON CİHAZLARI MANŞONLARI</b>				

- (1) İlk almalarında, kompresyon cihazları ile birlikte kullanılacak manşon bedelleri cihaz bedeline dahildir. Manşonların 2 (iki) yıldan erken değiştirilmesi halinde manşon bedeli Kuruma karşılıktır.

DO1043	LENF ÖZEM KOMPRESYON CİHAZI UZUN KOL MANŞONU				486,00
DO1044	LENF ÖZEM KOMPRESYON CİHAZI YARIM BACAĞI MANŞONU				426,00
DO1045	LENF ÖZEM KOMPRESYON CİHAZI UZUN BACAĞI MANŞONU				674,00
	<b>YANIK BASI GİYSİLERİ</b>				

- (1) Erşkin hastalarda plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi veya genel cerrahi uzmanlarının birlikte bulunduğu 18 (on sekiz) yağından altındaki yanık hastalarında ise plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi veya genel cerrahi veya çocuk cerrahi uzmanları tarafından düzenlenen seyret raporuna istinaden ve bu uzman hekimlerden herhangi bir tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kuruma karşılıktır.
- (2) İkinci ve üçüncü derece yanık sonrası olumsuz hipertrofik skar ve keloidlerin tedavisi ve azaltılması, oluşabilecek hipertrofik skar önlemek amacıyla, D-3 yaş çocuklarda 3 (üç) ayda 1 (bir), daha büyük çocuklarda 6 (a) ayda 1 (bir), erişkinlerde ise yılda 1 (bir) kez reçete edilebilir.
- (3) Rapor geçerliliği süresi 1 (bir) yıldır.
- (4) Hastaya alerji veya toksik etisi göstermemelidir.
- (5) Ortalama 15-40 nemliğ basıncı uygulamalı ve kullanımı süresinin sonuna kadar bu basınçın en az yarısını sağlayabilmelidir.
- (6) 9 (dokuz) aylık hasta da basıncı ayarlanamaz ya da ayarlanamaz durumda diğış ve pürüzsüz olmalıdır.
- (7) Fermuar vb. aksesuarlar kullanılmayacak hastaya zarar vermeyecek şekilde yerleştirilmeli ve kullanımı süresi boyunca bozulmaması kayda olmalıdır.
- (8) Gıyaseti uyandırılmaz kumaştan imal edilmeli yıkanması ile deforme olmamalı, boydan çözülmemesi ve yıkanması talimatı hastaya verilmelidir.
- (9) Değişik renk ve desenlerde olabilir. (özellikle çocuklarda kullanılan çamdanırılmak için)
- (10) Hastaya temas eden iç kısmında helmin uygun görme halinde uygun gördüğü amlar silikon tabaka ile kaplanabilmelidir.
- (11) Bası gıyasetinde kullanılacak silikon tabaka miktarı seyret raporu ile belirlenen hipertrofik skar alanının %10 fazlasından daha geniş olamaz.
- (12) 18 (on sekiz) yaşın altındaki yanık hastalarında SUT ekli Et-C/33 listesindeki kriterlere uygun ismarlama yanık bası gıyaseti, erişkinlerde ise ihtiyaca göre ismarlama veya hazır bası gıyaseti fatura edilebilir.
- (13) Bası gıyasetinin yanık olayını takiben ilk 6 (altı) ay içinde kullanılmaya başlanması halinde bedeli Kuruma karşılıktır.

	<b>YANIK BASI GİYSİLERİ (ISMARLAMA)</b>				
DO1046	BİLEĞE KADAR PARMAKLI EL DİVEN				1.250,00
DO1047	TEK KOL (EL HARİCİ)				744,00
DO1048	TÜM GÖVDE (KOLLAR HARİCİ)				1.814,00
DO1049	TÜM GÖVDE (KOLLU)				2.512,00
DO1050	TÜM GÖVDE (KOLLU) ÇOCUK				2.048,00
DO1051	ŞÖRT (DİZALTI)				1.300,00
DO1052	ŞÖRT (DİZALTI) ÇOCUK				990,00
DO1053	BELDEN DESTEKLİ TEK BACAĞI				948,00
DO1054	DİZALTI ÇORAP				1.054,00
DO1055	DİZALTI ÇORAP (FARMAKLI)				1.076,00
DO1056	AÇIK YÜZ MASKESİ				844,00
DO1057	KAPALI YÜZ MASKESİ				952,00
	<b>YANIK BASI GİYSİLERİ (HAZIR)</b>				
DO1058	BİLEĞE KADAR PARMAKLI EL DİVEN				408,00
DO1059	TEK KOL (EL HARİCİ)				446,00
DO1060	TÜM GÖVDE (KOLLAR HARİCİ)				680,00
DO1061	TÜM GÖVDE (KOLLU)				1.068,00
DO1062	TÜM GÖVDE (KOLLU) ÇOCUK				992,00
DO1063	ŞÖRT (DİZALTI)				814,00
DO1064	ŞÖRT (DİZALTI) ÇOCUK				662,00
DO1065	BELDEN DESTEKLİ TEK BACAĞI				526,00
DO1066	DİZALTI ÇORAP				426,00
DO1067	DİZALTI ÇORAP (FARMAKLI)				426,00
DO1068	AÇIK YÜZ MASKESİ				426,00
DO1069	KAPALI YÜZ MASKESİ				462,00
	<b>YANIK BASI GİYSİLERİ SİLİKON TABAKALARI</b>				
DO1070	SİLİKON TABAKA (1 cm <sup>2</sup> )				1,56

- (1) Silikon tabaka ölçüsü, silikon tabakanın kullanıldığı bölgenin bası gıyasetinin ölçüsünden büyük olamaz.

Tıbbi malzeme alan tanımına ait ödeme kriterleri ve/veya kuralları, bulunduğu satırın altında yer almaktadır. Tıbbi malzeme alan tanımlarını kapsayan başlığın altında yer alan ödeme kriterleri ve/veya kuralları, başlık altında tüm malzeme alan tanımlarına aittir.

	<b>ÖZEL KOŞULLAR</b>				
1	Yenilenme süresini takiben yapılan tamir ve değişim bedelli protez bedelinin % 75'ini geçemez.				
2	* Sağlık hizmeti sunucusuna düzenlenen uzman hekim raporuna istinaden bedelli Kuruma karşılıktır.				
3	(C) ile ilgili olan malzemeler için ilgili branşta uzman hekimin bulunduğu sağlık kurulu raporu gerekmektedir.				
4	(C*) ile ilgili olan malzemeler için ilgili branşta uzman hekim tarafından düzenlenen baskımlı onay rapor gerekmektedir.				