



T.C. Sağlık Bakanlığı
**Türkiye Kamu
Hastaneleri Kurumu**
Maliyet Analizi Daire Başkanlığı



**T.C.
Sağlık Bakanlığı
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Başkanlığı
İzleme, Ölçme ve Değerlendirme Başkan Yardımcılığı
Maliyet Analizi Daire Başkanlığı**

**SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİNDEKİ
3.BASAMAK KISITLAMASI NEDENİYLE
2.BASAMAK SAĞLIK TESİSLERİNCE
YAPILAMAYAN İŞLEMLER**

Hazırlayanlar

Selim BENER, Daire Başkanı
Yücel BALBAY, Kardiyoloji ve Ekonomi Uzmanı
İlkgül DELİBALTA, Araştırmacı
Taner KAYGUSUZ, Sağlık Memuru
Ferhat GÜNGÖR, Sağlık Memuru
İsa KAYA, Sağlık Memuru
Ali GÜL, Sağlık Memuru
Nurcan SAĞLAM, VHKİ
Sevda POLAT, Hemşire
Ahmet EYÜBOĞLU, Sağlık Memuru
Fatih KODALAK, Eczacı
Salih HEKİM, Sağlık Memuru
Burcu ŞAHİN, Endüstri Mühendisi
Ufuk ÇETİN-Memur

Ocak 2014

Ankara

İÇİNDEKİLER

TABLO LİSTESİ	3
EKLER LİSTESİ	4
ÖZET	5
ABSTRACT	6
AMAÇ	7
SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİNDE YER ALAN HÜKÜMLER.....	10
SUT EKİ 2 LİSTELERİNDE YER ALAN İŞLEMLERDE BULUNAN 3. BASAMAK KISITLAMALARI	14
SUT'TA YER ALAN TIBBİ MALZEME ÖDEME ESASLARI.....	18
SUT EKİ 3 LİSTELERİNDE YER ALAN TIBBİ MALZEMELERDE BULUNAN 3. BASAMAK KISITLAMALARI.....	21
SUT METİN KISMINDA YER ALAN 3. BASAMAK İLE İLGİLİ KISITLAMA BÖLÜMLERİ.....	31
BULGULAR	37
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	45
EKLER.....	47

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. EK-2/A-2 Listesinde Bulunan Kısıtlama	14
Tablo 2. EK-2/B Listesinde Bulunan Kısıtlamalar	14
Tablo 3. EK-2/C Listesinde Bulunan Kısıtlamalar	16
Tablo 4. EK-3/C-3 Listesinde Bulunan Kısıtlamalar	21
Tablo 5. EK-3/E-1 Listesinde Bulunan Kısıtlamalar	22
Tablo 6. EK-3/E-2 Listesinde Bulunan Kısıtlamalar	23
Tablo 7. EK-3/H Listesinde Bulunan Kısıtlamalar	25
Tablo 8. EK-3/J Listesinde Bulunan Kısıtlamalar	28
Tablo 9. EK-3/K Listesinde Bulunan Kısıtlamalar	30
Tablo 10. SUT Metninde Bulunan Kısıtlamalar	31
Tablo 11. SUT'ta 3. Basamak Kısıtlaması Olan İşlem Sayıları	37
Tablo 12. SUT'ta 3. Basamak Kısıtlaması Olan Tıbbi Malzeme Sayıları	37
Tablo 13. Sağlık Tesislerince Bildirilen 3. Basamak İşlem ve Malzeme Kısıtlama Sayıları	38
Tablo 14. SUT'ta Tespit Edilen Kısıtlamalar ile Sağlık Tesislerince Bildirilen Kısıtlama Sayıları	39
Tablo 15. Kısıtlama Bildirimi Yapan Genel Sekretrlikler	40
Tablo 16. Genel Sekreterlikler Tarafından Bildirilen SUT Kodlarının Frekansları	41
Tablo 17. En Fazla Bildirimi Yapılan SUT Kodları	42
Tablo 18. Sağlık Tesislerinin Kısıtlama Olan Kodlara Yönelik Yapılan Açıklamalar ..	43
Tablo 19. 2012 Yılında Yapılan Kısıtlama Olan Kodların İşlem Sayıları ve Tutarları ..	43

EKLER LİSTESİ

ÖZET

25 Mart 2013 tarihinde yayımlanan SUT ile daha önce SUT metinlerinde ve listelerinde yer almayan bazı kısıtlamalar getirilmiştir.

Bu kısıtlama şekillerinden en önemlisi bazı işlemlerin yapılması veya bazı tıbbi malzemelerin sadece 3. Basamak sağlık tesislerince kullanılması durumunda SGK tarafından bedelinin karşılanacağı hükmüdür.

Yapılan yeni düzenleme sonucunda sahadan konu ile ilgili geri bildirimler yapılmaktadır.

Özellikle 2012 yılına ait 2. Basamak frekansı olan bazı özellikli işlemler artık bu sağlık tesisleri tarafından yapılamamaktadır.

Yapılan bu yeni düzenlemenin sahaya yansımaları ve ortaya çıkacak yeni durumun değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu amaçla bir rapor hazırlanmıştır.

ABSTRACT

Some restrictions on the list and text content of notification of health practices has been made Published on 25 March 2013. which was not present before.

The most important of these restrictions are that some operations or some medical supplies which will be paid by Social Security Institution only if ther are performed by tertiary health care centers .

As a result of the new regulations relevant feedback from the field are taken.

Especially some specific secondary level operations can not be performed which were done untill the year 2012.

A reflection of this new regulation and the scope of the new situation should be evaluated. A report has been prepared for this purpose.

AMAÇ

Sağlık Uygulama Tebliğinin (SUT) amacı; sağlık yardımları Sosyal Güvenlik Kurumunca (SGK) karşılanan ve kapsam maddesinde tanımlanan kişilerin, Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderlerinden yararlanma esas ve usulleri ile bu hizmetlere ilişkin Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen Kurumca ödenecek bedellerin bildirilmesidir.

SUT kapsamında, yalnızca üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarının yapılması halinde bedeli SGK tarafından ödenen işlemler ve belli uzmanlık alanları tarafından düzenlenen raporlara istinaden ödeme kapsamına alınan işlemler bulunmaktadır. Bu kısıtlamalar SUT Eki listelerde ve SUT metin kısımlarında yer almaktadır. Örneğin, SUT EK2-B hizmet başı işlem puan listesinde 617.051 SUT kodu ile yer alan Korneal Cross-Linking uygulaması için “Topografi ve pakimetre ile tanı konulmuş keratokonus, postlasik ektazi veya pellusid marjinal dejenerasyonda, **Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti sunucuları ile Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca faturalandırılır.**” koşulu yer almaktadır. Bunun yanında SUT metni içinde ve EK listelerde “3.Basamak Hastanelerde uygulanması halinde; Nöroloji uzmanı (çocuk/erişkin), Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon uzmanı ve Beyin Cerrahisi uzman hekimleri tarafından düzenlenen heyet raporuna istinaden Kurumca bedeli karşılanır.” gibi çeşitli kısıtlamalar bulunmaktadır.

Geri ödeme kurumu olan SGK tarafından yapılan bu tarz düzenlemelere yönelik olarak sağlık tesislerimizden çok sayıda geri bildirim olmaktadır.

SUT EK2/B listesinde yer alan videotorakoskopi, torakal sempatektomi işlemi için de “**Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca faturalandırılır. Hiperhidroz için sağlık kurulu raporu ile tıbbi gerekçe belirtilmelidir. Diğer endikasyonlar hariç**” koşulu bulunmaktadır. Tekirdağ İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği tarafından 02.07.2013 tarihli ve 7637 sayılı yazı ile A2 Grubu Tekirdağ Devlet Hastanesi bünyesinde Video Torakoskopi Torakal Sempatektomi işlemi için gerekli altyapı ile ilgili branş hekimi mevcut olmasına rağmen, ilde bulunan 3. Basamak sağlık tesislerinde ilgili branşın bulunmadığı bildirilmiştir. Bu nedenle söz konusu hizmetin Devlet Hastanesi bünyesinde verilmesinin hasta mağduriyeti ve sevk maliyetleri açısından daha uygun olacağı kanaati bildirilmiştir.

Aynı işleme ait 3. basamak kısıtlaması ile ilgili Mersin İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinin 04.07.2013 tarihli ve 9976 sayılı yazısında da Mersin Devlet Hastanesi tarafından endikasyonu dahilinde bu işlemin yapıldığı, ancak 2013 Yılı Mart ayında yayınlanan SUT ile birlikte 3. Basamak kısıtlaması nedeniyle adı geçen hastanede gerekli donanımın ve personelin olmasına rağmen işlemin yapılamadığı ve hastaların mağdur olduğu bildirilmiştir.

Bilecik İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği tarafından 25.10.2013 tarihli ve 6497 sayılı yazı ile 24.03.2013 tarihli ve 28597 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren SUT öcesinde Sağlık Kurumları Puan Listesi Ek-8'de yer alan 802.890 kodlu "Periferik aterektomi, trombektomi veya lazer, tek lezyon" işlemi kalp damar cerrahisi branşına ait tıbbi malzemeler listesinde (Ek-5/I) KV1155 kodlu "Ablasyon, Venöz, Lazer, Set" adlı malzeme kullanılarak yapılmakta olduğu ama 24.03.2013 tarihinde yayımlanan SUT ile kalp damar cerrahisi branşına ait tıbbi malzemeler listesindeki (EK-3/I) KV1155 kodlu malzeme için aşağıdaki koşulların getirildiği ifade edilmektedir;

“(1) 2 (iki) KVC uzmanı ve 1(bir) Radyoloji uzmanı tarafından düzenlenen sağlık kurulu raporunda aşağıdaki kriterlerin tespit edildiğinin belirtildiği durumlarda Kurumca bedeli karşılanır.

a) Hastanın mevcut durumunun ve semptomlarının venöz yetmezlik kaynaklı olması ve hastanın durumunun CEAP, VCSS, VIS sistemleri ile kayıt altına alınmış olması,

b) Hastanın girişim öncesi Doppler Ultrasonografisinin yapılmış ve belgelenmiş olması,

c) Hastanın ablasyon yapılması planlanan ven çapının Vena Safena Magna (VSM) için en az 5,5 mm, Vena Safena Parva (VSP) için en az 4 mm, Perforan venler (PV) için ise en az üç buçuk (3,5) mm olması ve bu ölçümlerin belgelenmiş olması,

ç) Prosedür öncesi yapılan Doppler USG de 0,5 saniye ve üzeri reflü saptanmış olması ve bu ölçümlerin belgelenmesi,

d) İki ekstremitede de hastalık varsa ve bilateral girişim yapılma endikasyonu olan hastalarda aynı seansta tek kateter ödemesi yapılmalı.”

Bilecik Devlet Hastanesi tarafından KV1155 kodlu malzemenin tanıya dayalı işlem listesinde (Ek-2/C) yer alan P607931 kodlu "Vena safena magna ve/veya parvanın endovenöz ablasyonu (RF/lazer)" işlemi esnasında kullanıldığı, tanıya

dayalı işlem listesinde yer alan tedavilerde kullanılan malzemelerin yapılan işlem bedeli içinde ödenmekte olduğu bu nedenle adı geçen sağlık tesisinde 1 (bir) kalp damar cerrahisi uzmanı görev yaptığı için yukarıda yer alan **“2 (iki) KVC uzmanı ve 1(bir) Radyoloji uzmanı tarafından düzenlenen sağlık kurulu raporunda aşağıdaki kriterlerin tespit edildiğinin belirtildiği durumlarda Kurumca bedeli karşılanır.”** koşulunun sağlanamadığı bildirilmiştir.

SUT ve ekleri incelendiğinde; yalnızca üçüncü basamak sağlık kurumları tarafından yapılması; belirli tıp uzmanlık alanlarından oluşan sağlık kurulu raporu olması ve belirli endikasyonların olması gibi kısıtlayıcı koşulların olduğu görülmektedir.

SUT kapsamında yalnızca 3. basamak sağlık tesislerince yapılması halinde bedeli SGK tarafından ödenen işlemlerden 2. basamak sağlık tesislerimizce de yapılanların ya da yapılması düşünülenlerin SUT kodlarının ve 2012 yılı işlem sayılarının belirlenmesi amacıyla bu çalışma yapılmıştır.

Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliklerinden resmi yazı ile ilgili veriler istenilmiştir.

SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİNDE YER ALAN HÜKÜMLER

Sağlık Uygulama Tebliğinde ikinci basamak resmi sağlık kurumu; eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, entegre ilçe devlet hastaneleri, Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri, Türk Silahlı Kuvvetlerinin eğitim ve araştırma hastanesi olmayan hastaneleri, belediyelere ait hastaneler ile kamu kurumlarına ait tıp merkezleri ve dal merkezleri, İstanbul Valiliği Darülaceze Müessesesi Müdürlüğü Hastanesi olarak tanımlanmıştır.

Üçüncü basamak resmi sağlık kurumları ise; Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ve özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, üniversite hastaneleri ile bu hastanelere bağlı sağlık uygulama ve araştırma merkezleri, enstitüler ve semt poliklinikleri, üniversitelerin diş hekimliği fakülteleri, Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı tıp fakültesi hastanesi ile eğitim ve araştırma hastaneleri olarak tanımlanmıştır.

İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları tarafından ayakta tedavilerde ödeme uygulaması kapsamında; sağlık kurumlarında ayaktan her bir başvuru için, SUT eki “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Ayakta Tedavilerde Sınıflandırılması Listesi” nde (EK-2/A-1) bulunduğu sınıfa göre belirlenmiş olan SUT eki EK-2/A Listesinde yer alan tutarlar esas alınarak ödeme yapılmaktadır. Ayrıca SUT eki “Ayaktan Başvurularda İlave Olarak Faturalandırılabilir İşlemler Listesi”nde (EK-2/A-2) yer alan işlemlerin bedelleri Kurumca karşılanmaktadır.

Üçüncü basamak resmi sağlık kurumları tarafından SUT eki EK-2/A-2 Listesinde yer alan işlemler, işlem puanlarına %10 oranında ilave edilerek faturalandırılmaktadır.

Yatarak tedavilerde ödeme; ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında yatarak verilen sağlık hizmetlerinin bedelleri, SUT eki EK-2/C Listesinde yer alıyorsa “taniya dayalı işlem üzerinden ödeme” yöntemi ile SUT eki EK-2/C Listesinde yer almıyorsa, “hizmet başına ödeme” yöntemi ile faturalandırılmaktadır.

Üçüncü basamak sağlık kurumları; SUT eki EK-2/C Listesinde yanında (*) işareti bulunmayan işlemleri SUT eki EK-2/B Listesinden de faturalandırabilmektedir. Ancak, SUT metninde SUT eki EK-2/C Listesi üzerinden faturalandırılacağı belirtilen işlemler; (*) işareti olup olmadığına bakılmaksızın SUT eki EK-2/C Listesindeki işlemler esas alınarak faturalandırılmaktadır. Bu sağlık kurumları; yanında (*) işareti

olmayan işlemleri SUT eki EK-2/B veya SUT eki EK-2/C listelerinin hangisini esas alacaklarına ilişkin tercihlerini Ocak ve Temmuz aylarında MEDULA sisteminde belirtmeleri gerekmektedir.

Tanıya dayalı işlemler kapsamında; tanıya dayalı ödeme listesi işlem puanlarına yatarak tedaviler kapsamında takip alındıktan sonraki, özel hükümler saklı kalmak kaydıyla; yatak bedeli, muayeneler ve konsültasyonlar, operasyon ve girişimler, anestezi ilaçları, yatış dönemindeki ilaçlar (kan ürünleri ayrıca faturalandırılır), kan bileşenleri (eritrosit süspansiyonu, tam kan, trombosit, plazma, ve benzeri), sarf malzemesi, anestezi bedeli, laboratuvar, patoloji ve radyoloji tetkikleri, refakatçi bedeli (tıbbi zorunluluk halinde) gibi tanı ve tedavi kapsamında yapılan tüm işlemler dahil olup, ayrıca faturalandırılmamaktadır.

SUT eki EK-2/C Listesi "Açıklama" bölümünde belirtilen istisnalar ayrıca dikkate alınması gerekmektedir.

Tanıya dayalı işlemin uygulandığı tarih birinci gün kabul edilmek kaydıyla aşağıda belirtilen süreler içerisinde aynı sağlık hizmeti sunucusunda bu işlemle ilgili olarak verilen sağlık hizmetleri tanıya dayalı işlem kapsamında değerlendirilir.

- A Grubu tanıya dayalı işlemlerde; 15 gün
- B Grubu tanıya dayalı işlemlerde; 10 gün
- C Grubu tanıya dayalı işlemlerde; 8 gün
- D Grubu tanıya dayalı işlemlerde; 5 gün
- E Grubu tanıya dayalı işlemlerde; 3 gün

Yukarıda belirtilen sürelerin aşılması halinde verilen sağlık hizmetlerinin bedelleri, ayrıca faturalandırılmaktadır.

Tanıya dayalı işlem kapsamında olan, ilaç ve/veya tıbbi malzemelerin bedellerinin hasta tarafından ödendiğinin tespiti halinde ilaç ve/veya tıbbi malzemelerin fatura tutarları Kurum tarafından hastaya ödenmektedir. Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti sunucuları için Bakanlığa yapılan global bütçe ödemesinden bu kesintiler mahsup edilmektedir. Mahsup edilen tutar hiçbir surette sağlık hizmet sunucusuna iade edilmemektedir.

SUT eki EK-2/D-2 Listesinde "G81.0, G81.1, G81.9, G82.0, G82.1, G82.2, G82.3, G82.4, G82.5, S06.0, S06.1, S06.2, S06.3, S06.4, S06.5, S06.6, S06.7, S06.8, S06.9, S14.0, S14.1, S24.0, S24.1, S34.0, S34.1" ICD-10 kodları ile yer alan hastalıklarda, tanı ile ilgili düzenlenen ilk sağlık raporu tarihinden itibaren üç yıl içerisinde uygulanan fizik tedavi ve rehabilitasyon işlem bedelleri Kurumca

karşılanmaktadır. Bu sürelerin bitiminden sonra meydana gelen hastalığa ilişkin geç komplikasyonlarda fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarının faturalandırılabilmesi için, üçüncü basamak sağlık kurumu sağlık kurullarınca en az bir fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekiminin yer aldığı (sağlık hizmeti sunucusunda yeterli sayıda fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimi bulunması durumunda sağlık kurulu bu hekimler tarafından oluşturulacaktır.) sağlık kurulu raporu düzenlenmesi ve tedavilerin üçüncü basamak sağlık kurumlarınca yapılmış olması gerekmektedir.

SUT eki EK-2/B Listesinde "9.C Moleküler tetkikler" başlığı altında yer alan moleküler tetkik bedelleri; sadece sözleşmeli/protokollü üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları ile bünyesinde Genetik Tanı Merkezi ruhsatı/geçici çalışma izin belgesine sahip laboratuvarı bulunan ikinci basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından faturalandırılmaktadır. Ancak; preimplantasyon genetik tetkikler, prenatal genetik tetkikler, hematolojik maligniteler, organ ve doku nakli merkezi bulunan sağlık hizmeti sunucularında transplantasyon yapılacak alıcı ve verici adayları için bu şartlar aranmamaktadır. Adli veya tıbbi endikasyonlara bağlı zorunluluklar dışında kişinin kendi isteğine bağlı olarak yaptırılan DNA testleri Kurumca hiçbir şekilde ödenmemektedir. Yapılan işlemlere ait ayrıntılı teknik açıklamayı içeren ayrıntılı rapor ile analiz görüntülü sonuçlarının orjinal cihaz çıktılarının imzalı fotokopisi faturaya eklenmelidir. Ayrıca imzalı orjinal cihaz çıktıları istendiğinde Kuruma ibraz edilmek üzere sağlık hizmeti sunucusunda saklanmalıdır. Hekim tarafından tetkik istem formunda analiz endikasyonu, tanı için gerekliliği ve tedavi protokolünü değiştirip değiştirmedeği belirtilmeli ve bir örneği faturaya eklenmelidir.

Kök hücre vericisi kardeş doğmasına yönelik IVF tedavisinde; hasta çocuk sahibi olup, tedavisinin başka tıbbî bir yöntemle mümkün olmaması ve tıbben zorunlu görülmesi halinde bu çocuğun tedavisi amaçlı preimplantasyon genetik tarama yapılarak uygun kök hücre vericisi kardeş doğmasına yönelik olarak, bünyesinde kemik iliği transplantasyon merkezi bulunan üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları sağlık kurulları tarafından hasta çocuk adına düzenlenen bu durumların belirtildiği genetik uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak yapılan IVF tedavilerine ilişkin giderler, SUT'un 2.4.4.İ-1 maddesinde yer alan hükümler uygulanmaksızın Kurumca karşılanmaktadır. Bu durum dışında preimplantasyon genetik tarama ve bu işlem ile birlikte yapılan IVF bedelleri Kurumca karşılanmamaktadır. Aileler, söz konusu sağlık kurulu raporuna istinaden Kurumla

sözleşmeli/protokollü üremeye yardımcı tedavi merkezlerinden (tüp bebek merkezi) birine başvurabilmektedirler. Sağlık Kurulu raporu ile belirlenen ilaç dozları için SUT'un 4.2.42.C maddesinde yer alan hükümler geçerlidir.

SUT EKİ 2 LİSTELERİNDE YER ALAN İŞLEMLERDE BULUNAN 3. BASAMAK KISITLAMALARI

Tablo 1. EK-2/A-2 Listesinde Bulunan Kısıtlama

EK-2/A-2		
AYAKTAN BAŞVURULARDA İLAVE OLARAK FATURALANDIRILABİLECEK İŞLEMLER LİSTESİ		
KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA
901.450	Glikolize hemoglobin (Hb A1C), HPLC yöntemi ile	Sadece diyabetik hastalarda faturalandırılır. Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca en fazla üç ayda bir faturalandırılır.

Tablo 2. EK-2/B Listesinde Bulunan Kısıtlamalar

EK-2/B		
HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ		
KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA
590.001	Yenidoğan/Çocuk/Erişkin Tedavisel soğutma (Terapötik hipotermi)	Üçüncü seviye yenidoğan/çocuk/erişkin yoğun bakım ünitesi olan Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti sunucuları ile TSK'ya bağlı üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında hipoksik iskemik ensefalopati tanısında uygulanır. Aynı yatış döneminde en fazla üç defa yenidoğan veya erişkin-çocuk yoğun bakım işlem puanına ilave olarak faturalandırılır.
603.640	Küçültme mammoplastisi, iki taraf	Klinik bulgusu olan makromasti hastalarında yaş kısıtlaması olmaksızın, meme büyüklüğüne eşlik eden bulgulardan; "(N64.4), (L30.4), (M54), (M75.9), (M40.1) (M70.8), (E66.8) (E66.9)" ICD-10 kodlu hastalıklardan en az üçünün veya "(Q83.9), (N60)" ICD-10 kodlu hastalıklardan en az birinin varlığının üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusunca düzenlenen sağlık kurulu raporunda belirtilmiş olması halinde Kurumca karşılanır.
603.754	Meme duktoskopi ve duktal lavaj	Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından faturalandırılır.
603.755	Meme duktus eksizyonu	Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından faturalandırılır.
604.155	Sitoredüktif cerrahi ile birlikte hipertermik intraperitoneal kemoterapi	Sağlık Bakanlığına ve TSK'ya bağlı üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca faturalandırılır.
608.940	Videotorakoskopi, torakal sempatektomi	Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca faturalandırılır. Hiperhidroz için sağlık kurulu raporu ile tıbbi gerekçe belirtilmelidir. Diğer endikasyonlar hariç
617.051	Korneal Cross-Linking uygulaması	Topografi ve pakimetre ile tanı konulmuş keratokonus, postlasik ektazi veya pellusid marjinal dejenerasyonda, Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti sunucuları ile Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca faturalandırılır.
617.052	İntrakorneal halka uygulaması	Topografi ve pakimetre ile tanı konulmuş keratokonus veya postlasik ektazide Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti sunucuları ile Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca faturalandırılır.
618.200	Koklear implant yerleştirilmesi	618.021, 618.090, 618.100, 618.201, 618.202, 618.203, 618.250, 618.340, 618.410 ile birlikte faturalandırılmaz. Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca faturalandırılır.
618.201	Orta kulağa implante edilebilir işitme cihazları yerleştirilmesi	618.021, 618.090, 618.100, 618.200, 618.202, 618.203, 618.250, 618.340, 618.410 ile birlikte faturalandırılmaz. Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca faturalandırılır.
618.202	Kemiğe implante edilebilir işitme cihazları yerleştirilmesi	618.021, 618.090, 618.100, 618.200, 618.201, 618.203, 618.250, 618.340, 618.410 ile birlikte faturalanamaz. Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca faturalandırılır.
618.203	İşitsel beyin sapı implantı yerleştirilmesi	618.021, 618.090, 618.100, 618.200, 618.201, 618.202, 618.250, 618.340, 618.410 ile birlikte faturalandırılmaz. Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca faturalandırılır.

700.943	Perkütan mitral kapak onarımı	Sağlık Bakanlığına ve Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca faturalandırılır.
702.712	Transkraniyal manyetik stimülasyon (TMS)	Üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularında, üç ruh sağlığı ve hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile tıbbi gerekçe belirtilmelidir.
901.145	Elektroforez, İzoelektrik odaklama BOS	Sadece üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından faturalandırılır.
901.146	Elektroforez, Kapiller İmmün çıkartım	Sadece üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından faturalandırılır.
901.660	High resolution protein elektroforezi	Sadece üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından faturalandırılır.
	9.A- MOLEKÜLER MİKROBİYOLOJİ	Bu grup işlemlerde sonucun elde edilmesi için yapılması gereken tüm işlemler fiyata dahildir. Sonuç belgesi ile faturalandırılır. Bu başlık altında yer alan işlemler aksi belirtilmedikçe üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları veya SUT'un (4.2.13) numaralı maddesinin birinci fıkrasında belirtilen ilgili uzmanlar tarafından istenilmesi halinde karşılanır.
908.120	Candida PCR	
908.130	Chlamydia PCR	
908.140	CMV PCR	
908.150	HBV-DNA, kantitatif	
908.160	HCV genotiplendirme	
908.170	HCV-RNA, kantitatif	
908.171	HCV-RNA, kantitatif	
908.180	Helicobacter PCR	
908.190	Hepatit G PCR	
908.200	Herpes PCR (Her biri)	
908.210	HIV PCR	
908.220	HIV RNA, kantitatif	
908.230	Human papilloma virus (HPV)	
908.240	Hücre siklusu ve DNA paneli	
908.250	İnsitu hibridizasyon ve insitu PCR tetkikleri, test başına	
908.280	Legionella PCR	
908.290	Mikobakteri (PCR)	
908.300	Mikobakteri tiplendirilmesi (PCR)	
908.310	Moleküler analiz öncesi lökosit alt grup saflaştırma, her bir grup	
908.320	Mycoplasma PCR	
908.330	Parvovirus PCR	
908.340	PCR-mikrowell hibridizasyon yön. İle BOS'da CMV sap.	
908.350	PCR-mikrowell hibridizasyon yön. İle BOS'da EBV sap.	
908.360	PCR-mikrowell hibridizasyon yön. İle BOS'da HSV-1 sap.	
908.370	PCR-mikrowell hibridizasyon yön. İle BOS'da HSV-2 sap.	

908.380	PCR-mikrowell hibridizasyon yön. İle BOS'da HV-6 sapt.	
908.390	PCR-mikrowell hibridizasyon yön. İle BOS'da VZV sapt.	
908.400	Transformasyon Con A ile	
908.410	Transformasyon PHA ile	
908.420	Transformasyon PPD ile	
908.430	Transformasyon tetanoz toksini ile	
	9.D.PATOLOJİ	Patoloji raporu ile birlikte faturalandırılır. Aynı organın çoklu biyopsilerinde her bir lezyon için ya da her bir anatomik bölgeden olduğuna ilişkin patoloji raporunda ayrıntılı bilgi olması halinde birer adet faturalandırılabilir. Sitolojik incelemeler de bu kapsamda değerlendirilir. Onkolojik vakalarla sınırlı olmak üzere başka sağlık hizmeti sunucularınca alınan patolojik materyalin üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca yeniden değerlendirilmesi halinde 911.160, 911.180, 911.190, 911.210 kodlu işlemlerin bedeli Kurumca karşılanır.
	SİTOLOJİK MATERYALLER	
909.210	İmprint	
909.250	Filtre preparatı hazırlanması ve incelenmesi	Asıl tarife ek
909.260	Hücre bloğu hazırlanması ve incelenmesi	Asıl tarife ek
909.300	İnce iğne aspirasyonu sitolojisinin değerlendirilmesi	
909.330	Sıvı bazlı sitoloji	
909.340	Servikal veya vajinal sitoloji	
909.360	Vücut sıvıları ve eksfoliyatif sitoloji	
911.201	Kromojenik İn Situ Hibridizasyon	Sadece üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından faturalandırılır.

Tablo 3. EK-2/C Listesinde Bulunan Kısıtlamalar

EK-2/C		
TANIYA DAYALI İŞLEM PUAN LİSTESİ		
PAKET KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA
P603640	Küçültme mammoplastisi, iki taraf	Klinik bulgusu olan makromasti hastalarında yaş kısıtlaması olmaksızın, meme büyüklüğüne eşlik eden bulgulardan; "(N64.4), (L30.4), (M54), (M75.9), (M40.1) (M70.8), (E66.8) (E66.9)" ICD-10 kodlu hastalıklardan en az üçünün veya "(Q83.9), (N60)" ICD-10 kodlu hastalıklardan en az birinin varlığının üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusunca düzenlenen sağlık kurulu raporunda belirtilmiş olması halinde Kurumca karşılanır. Aynı faturada iki defa kodlanmaz.
P603755	Meme duktus eksizyonu	Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından faturalandırılır.
P604155	Sitoredüktif cerrahi ile birlikte hipertermik intraperitoneal kemoterapi	Sağlık Bakanlığına ve TSK'ya bağlı üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca faturalandırılır.
P608940	Videotorakoskopi, torakal sempatektomi	Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca faturalandırılır. Hiperhidroz için sağlık kurulu raporu ile tıbbi gerekçe belirtilmelidir. Diğer endikasyonlar hariç.

P617051	Korneal Cross-Linking uygulaması	Topografi ve pakimetre ile tanı konulmuş keratokonus, postlasik ektazi veya pellusid marjinal dejenerasyonda, Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti sunucuları ile Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca faturalandırılır.
P617052	Intrakorneal halka uygulaması	Topografi ve pakimetre ile tanı konulmuş keratokonus veya postlasik ektazide Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti sunucuları ile Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca faturalandırılır.
P618200	Koklear implant yerleştirilmesi	P618021, P618090, P618100, P618201, P618202, P618203, P618250, P618340, P618410 ile birlikte faturalandırılmaz. Üçüncü basamak sağlık kurumlarınca faturalandırılır. Koklear implant ve seti dahil
P618201	Orta kulağa implante edilebilir işitme cihazları yerleştirilmesi	P618021, P618090, P618100, P618200, P618202, P618203, P618250, P618340, P618410 ile birlikte faturalandırılmaz. Üçüncü basamak sağlık kurumlarınca faturalandırılır. İmplant hariç
P618202	Kemiğe implante edilebilir işitme cihazları yerleştirilmesi	P618021, P618090, P618100, P618200, P618201, P618203, P618250, P618340, P618410 ile birlikte faturalandırılmaz. Üçüncü basamak sağlık kurumlarınca faturalandırılır. İmplant hariç
P618203	İşitsel beyin sapı implantı yerleştirilmesi	P618021, P618090, P618100, P618200, P618201, P618202, P618250, P618340, P618410 ile birlikte faturalandırılmaz. Üçüncü basamak sağlık kurumlarınca faturalandırılır. İmplant hariç
P700943	Perkütan mitral kapak onarımı	Sağlık Bakanlığına ve Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca faturalandırılır. Sistem seti ayrıca ödenir.

SUT'TA YER ALAN TIBBİ MALZEME ÖDEME ESASLARI

Bazı tıbbi malzemelerin temin edilme esasları şu şekilde belirtilmiştir;

Yara bakım ürünlerinin bedelleri, sağlık kurulu raporuna istinaden Kurumca karşılanmaktadır. Ancak; yara bakım ürünleri için düzenlenecek sağlık kurulu raporlarında;

1) Yatarak tedavide; takip ve tedaviyi yapan uzman hekim ile genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji ve plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurulu,

2) İmmünobüllöz ve mekanobüllöz hastalıklar, deri nekrozuyla seyreden vaskülitler ve nekrotik enfeksiyöz deri hastalıklarında kullanılması gerekli görülen yara bakım ürünleri için sağlık kurulu raporu üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında (eğitim verme yetkisi olan klinik) deri ve zührevi hastalıkları, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi veya genel cerrahi uzman hekimlerinin yer aldığı sağlık kurulu tarafından, düzenlenmesi koşulu aranmaktadır.

Yanık tedavisi uygulanan durumlarda, yatan hastalar için kullanılan yara bakım ürün grubuna dair ödenen malzeme gruplarından ayrı olarak, katkı maddesi içeren ürünlerden kollajen içeren ve polisakkarit içeren ürün grupları üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında sağlık kurulu raporu ile kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanmaktadır. Ayrıca, deri eşdeğerlerinin, eklem alanlarını içeren veya yüz mimiğini etkileyen veya %40'ı geçen 3. derece yanıklarda, üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında sağlık kurulu raporu ile kullanımı halinde bedeli Kurumca karşılanmaktadır.

Teleskopik gözlük için konjenital nedenlere, kalıtsal hastalıklara, yaralanmalara, şeker hastalığına, glokoma, katarakta ve yaşlanmaya bağlı göz bozukluğu olan ve iyi gören gözde düzeltilmiş uzak görme keskinliği 3/10 ve altında olan hastalarda üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca düzenlenen ve en az bir göz sağlığı ve hastalıkları uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak bedelleri Kurumca karşılanmaktadır.

Kontakt lens bedelleri; konjenital katarakt nedeniyle opere olmuş afak olgularda, travma ve iatrojenik nedenlerle tek gözde veya iki gözde göz lens bağlarının kopması ve akabinde göz içine tekrar lens konulamaması sonucu gelişen afaki olgularda, keratokonusu olan göze gözlük uygulanmış ve gözlükle görme keskinlikleri 10/10 a kadar (tama) artmayan olgularda ve bu durumlarının üçüncü

basamak sağlık hizmeti sunucularınca düzenlenen en az bir göz sağlığı ve hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporunda, teşhis, hastaya uygun görülen lensin çapı (BC), derinliği (DİA), diyoptri değeri (POW) ile lensin niteliğinin (sert, yumuşak, gaz geçirgenliği v.b.) belirtilmesi ve Kurumla sözleşmeli optisyenlik müesseselerinden temin edilmesi şartıyla SUT eki EK-3/D Listesinde yer alan bedeller üzerinden Kurumca karşılanmaktadır.

Ortopedi ve travmatoloji branşı ile ilgili ameliyatlarda kullanılan bazı tıbbi malzemelerin ödemeye esas teşkil edecek usul ve esaslara göre; aşağıda sayılan tıbbi malzemelerin bedelleri üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında (eğitim verme yetkisi olan klinik) uygulanması halinde Kurumca karşılanmaktadır.

- a) Taze donmuş (fresh frozen) allogreft,
- b) Tümör rezeksiyon protezi,
- c) Menteşeli diz protezi,
- ç) Kişiyeye özel tasarımı protezler,
- d) Uzaysal eksternal fiksatorler.

Ayrıca aşağıda sayılan tıbbi malzemelerin bedelleri üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında uygulanması ve Sağlık Bakanlığı "Ortopedi Bilimsel Danışma Kurulu"ndan her bir hasta için kullanılmasına onay alınması şartıyla Kurumca karşılanmaktadır.

- a) Bilgisayarlı eksternal fiksator,
- b) Bilgisayarlı destekli intramedüller uygulamalar,
- c) Kişiyeye özel üretilen tümör protezleri,
- ç) Tümör dışı endikasyonlarda kullanılan tümör rezeksiyon protezleri,
- d) Torakolumbar posterior non invazive in situ growing manyetik rod,
- e) Menisküs allogreftleri.

Sakral sinir stimulatorlerinin anal inkontinansa kullanımında; üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında (eğitim kliniği olan) genel cerrahi, gastroenteroloji, nöroloji ve psikiyatri kliniklerince oluşturulacak konsey kararınca ve bu 4 branştan hekimin birlikte bulunduğu sağlık kurulu raporuna istinaden bedeli Kurumca karşılanmaktadır.

Kulak kepçesi protezi, üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında sağlık kurulu raporuna istinaden kulak, burun ve boğaz veya plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi hekimlerince uygulanması halinde bedeli Kurumca karşılanmaktadır.

Üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında ilgili dal uzmanlarınca düzenlenecek sağlık kurulu raporuna istinaden kulak, burun ve boğaz veya plastik,

rekonstrüktif ve estetik cerrahi hekimlerince gerekli durumlarda yenilenmesi halinde bedeli Kurumca karşılanmaktadır.

Hücre içermeyen kırıkta implant ve otolog kondrosit implant işleminde ise üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında, Sağlık Bakanlığı "Ortopedi Bilimsel Danışma Kurulu"ndan her bir hasta için kullanılmasına onay alınması şartıyla bedelleri Kurumca karşılanmaktadır.

Çift yüzlü yama (mesh); karın içine veya göğüs duvarına bakan yüzeyi organlara yapışmayacak özellikte materyalden, karın duvarına karşılık gelen yüzeyi ise başlıca polipropilen olmak üzere emilmeyen ve doku ile entegrasyon sağlayan materyalden yapılmış olan protezler dahil, çift yüzlü yama (mesh) olarak kabul edilmektedir.

Çift yüzlü yamalar (meshler) özellikli vakalarda ameliyat öncesinde hastanın karın duvarı defektinin görüntüsünün (fotoğraf veya bilgisayarlı tomografi gibi bir görüntüleme aracı kullanılarak) epikrizde eklenmesi, kullanılacak meshin boyutu ve defektin boyutunun epikrizde ilişkilendirilmesi ile üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında genel cerrahi, göğüs cerrahisi veya plastik ve rekonstrüktif cerrahi kliniklerince düzenlenecek sağlık kurulu raporu ile hasta başına temin edilmesi durumunda bedeli Kurumca karşılanmaktadır.

Trakeobronşiyal stentler; üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında ilgili dal uzmanlarınca düzenlenecek sağlık kurulu raporuna istinaden bedeli Kurumca karşılanmaktadır. Malign olgularda ise, sağlık kurulu raporunda en az 1 onkoloji veya radyasyon onkolojisi uzmanı imzasının yer alması gerekmektedir.

Damar kapama ve kesme probu (açık cerrahi), doku füzyonu açık aleti kapsamındaki tıbbi malzemeler ultrasonik makas olarak değerlendirilmemektedir. Üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında, göğüs cerrahisi, genel cerrahi uzmanının olduğu sağlık kurulu raporu ile kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanmaktadır.

Burun protezi, total burun defektlerinin rekonstrüksiyonu veya epitezin yenilenmesine gerek duyulduğu hallerde üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında sağlık kurulu raporuna istinaden bedeli Kurumca karşılanmaktadır.

SUT EKİ 3 LİSTELERİNDE YER ALAN TIBBİ MALZEMELERDE BULUNAN 3. BASAMAK KISITLAMALARI

Tablo 4. EK-3/C-3 Listesinde Bulunan Kısıtlamalar

EK-3/C-3				
DİĞER PROTEZ ORTEZLER				
SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	YENİLENME SÜRESİ	ÖZEL KOŞULLAR	AKTİVİTE SKORU
DO1021	GÖZ PROTEZLERİ			
(1) Göz protezleri hareketli bir malzeme olmayıp, göz protezinin hareketi, hastanın daha önce geçirdiği cerrahi müdahale ile ilgilidir. (2) 3.Basamak Hastaneler tarafından düzenlenen, en az 1 (bir) Göz Hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi, Göz Hastalıkları uzman hekimince reçetelendirilmesi halinde göz protez bedelleri Kurumca karşılanır. (3) 5 (beş) yaşına kadar olan hak sahiplerine (çocuklarda 5 (beş) yaşına kadar orbita gelişimi tamamlandığından) sağlık kurulu raporu ile öngörülmesi halinde yılda bir, 5 (beş) yaşından büyük hak sahiplerine ise sağlık kurulu raporu ile öngörülmesi halinde 3 (üç) yılda 1 (bir) göz protezinin Kurumca bedeli karşılanır. Ancak her iki halde de sağlık kurulu raporunda protezin değiştirilme gerekçesi belirtilmelidir.				
	LENFÖDEM BASI GIYSİLERİ			
(1) 3.Basamak Hastanelerde Genel Cerrahi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Kalp Damar Cerrahi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon branş hekimlerinden birinin bulunduğu sağlık kurulu raporlarına istinaden ilgili hekimlerce reçete edilmesi halinde; Evre 1, 2, 3 hastaları içeren tüm evrelerde Kurumca bedelleri karşılanır. (2) Profilaksi amacıyla lenfödem bası giysi bedelleri Kurumca karşılanmaz. (3) Heyet raporu ekinde; lenf diseksiyonuna bağlı lenf ödemlerde ameliyat olduğunu belgeleyen epikriz olmalıdır. (4) Standart bedenler üzerinden Kurumca bedeli karşılanır. Sadece ileri evre (evre 3) lenf ödemlerde, standart bedenlerin uymadığı bası giysisi gereken olgularda, fotoğrafla belgelendirilmesi kaydıyla, kişiye özel ölçülendirilmiş bası giysileri bedelleri Kurumca karşılanır. (5) Rapor geçerlilik süresi sekonder lenf ödemlerde 1 (bir) yıl, primer lenf ödemlerde 2 (iki) yıldır. (6) İlgili hekimce uygun görülmesi 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, kullanım süresinin sonuna kadar bu basıncın en az yarısını sağlayabilmelidir. (9) İç yüzeyi hastada bası yaralarına yol açmayacak tarzda, dikişsiz, pürüzsüz olmalıdır. Hava geçirgen özelliği olan kumaştan imal edilmelidir. (10) Alt ekstremitte bası giysilerinde üst kısmının iç yüzeyinde kaymayı önleyecek silikon bant vb. olmalıdır. (11) Fermuar vb. aksesuarlar kullanılacaksa, hastaya zarar vermeyecek şekilde yerleştirilmeli ve kullanım süresi boyunca bozulmayacak yapıda olmalıdır. (12) Sık yıkanabilir kumaştan imal edilmelidir. Giysi yıkanma ile deforme olmamalı, boyutları değişmemeli ve yıkama talimatı hastaya verilmelidir.				
	LENFÖDEM BASI GIYSİLERİ (ISMARLAMA)			
DO1025	ELDIVEN (PARMAK UCU AÇIK/KAPALI)			
DO1026	OMUZDAN DESTEKLİ KOLLUK BİLEĞE KADAR			
DO1027	DİZ ALTI ÇORAP			
DO1028	DİZ ÜSTÜ ÇORAP (SİLİKON DESTEKLİ)			
DO1029	KÜLOTLU ÇORAP			
DO1030	BELDEN DESTEKLİ TEK BACAK ÇORAP			
	LENFÖDEM BASI GIYSİLERİ (HAZIR)			

DO1031	ELDIVEN (PARMAK UCU AÇIK/KAPALI)			
DO1032	OMUZDAN DESTEKLİ KOLLUK BİLEĞE KADAR			
DO1033	DİZ ALTI ÇORAP			
DO1034	DİZ ÜSTÜ ÇORAP (SİLİKON DESTEKLİ)			
DO1035	KÜLOTLU ÇORAP			
DO1036	BELDEN DESTEKLİ TEK BACAK ÇORAP			
LENF ÖDEM KOMPRESYON CİHAZLARI				
(1) 3.Basamak Hastanelerde Genel Cerrahi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ile Kalp Damar Cerrahisi branş hekimlerinden birinin bulunduğu sağlık kurulu raporlarına istinaden ilgili hekimlerce reçete edilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır. (2) Evre II-III lenf ödemi olan; a) Evre II: Gode, elevasyon ile ödem azalmaz ve klinik olarak fibrozis belirgin. b) Evre III: Ödem irreversible, tekrarlayan infeksiyöz ataklar, fibrozis, deri ve deri altında skleroz, flebolenf ödemi ya da ileri evre (C4-6) kronik venöz hastalık bulunan hastalarda Kurumca bedelleri karşılanır. (3) Heyet raporu ekinde lenf ödemli hastaların, flebolenfödem ya da ileri evre (C4-6) kronik venöz hastalık venöz yetmezliğe bağlı durumlarda venöz sistem doppler ultrasonografi raporu ekte olmalıdır. Hastaların karşılaştırmalı her iki ekstremitte fotoğrafları da rapora eklenmelidir. (4) Kompresyon cihazları diz altı lenf ödemlerde veya venöz yetmezliklerde en fazla 2 (iki) kanallı, diz üstü lenf ödemlerde veya venöz yetmezliklerde en fazla 6 (altı) kanallı, üst ekstremitte lenf ödemlerde veya venöz yetmezliklerde en fazla 1 (bir) kanallı olması halinde Kurumca bedeli karşılanır. Sadece Evre II lenf ödemlerde en fazla 2 (iki) kanallı cihaz bedeli Kurumca karşılanır. (5) Cihazın diz altı, diz üstü, üst ekstremitte ve kaç kanallı olacağı ilgili hekim raporunda belirtilmelidir.				
DO1037	1 KANALLI LENF ÖDEM KOMPRESYON CİHAZI			
DO1038	2 KANALLI LENF ÖDEM KOMPRESYON CİHAZI			
DO1039	3 KANALLI LENF ÖDEM KOMPRESYON CİHAZI			
DO1040	4 KANALLI LENF ÖDEM KOMPRESYON CİHAZI			
DO1041	5 KANALLI LENF ÖDEM KOMPRESYON CİHAZI			
DO1042	6 KANALLI LENF ÖDEM KOMPRESYON CİHAZI			

Tablo 5. EK-3/E-1 Listesinde Bulunan Kısıtlamalar

EK-3/E-1	
OMURGA CERRAHİSİ ALAN GRUBUNA AİT TIBBİ MALZEMELER	
SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI
102.283	PERKUTAN, İNTERBODY FÜZYON FİKSASYON VİDASI (SAKRUM KORPUSUNDAN GEÇEREK LOMBER KORPUS İÇİNE GİREN)
102.460	KİFOPLASTİ1, PERKÜTAN POSTERIOR, OSTEO INTRODUCER, METAL-PLASTİK
102.470	KİFOPLASTİ1, PERKÜTAN POSTERIOR, CAVITY CREATION SET, METAL-PLASTİK
102.475	KİFOPLASTİ1, PERKÜTAN POSTERIOR, GAUGE NEEDLE, METAL-PLASTİK
102.480	KİFOPLASTİ1, PERKÜTAN POSTERIOR, INFLATION SYRINGE, METAL-PLASTİK
102.485	KİFOPLASTİ1, PERKÜTAN POSTERIOR, BONE FILLER, METAL-PLASTİK
102.490	KİFOPLASTİ1, PERKÜTAN POSTERIOR, INFLATABLE BONE TAMP, METAL-PLASTİK

102.495	KİFOPLASTİ1, PERKÜTAN POSTERIOR, CAVITY CREATION EXPANDER, METAL-PLASTİK
102.500	KİFOPLASTİ1, PERKÜTAN POSTERIOR, CAVITY CREATION REAMER, METAL-PLASTİK
102.505	KİFOPLASTİ2, PERKÜTAN POSTERIOR, ŞİŞEBİLEN KAFES TİTANYUM
102.510	KİFOPLASTİ2, PERKÜTAN POSTERIOR, TARGETİNG NEEDLE, METAL-PLASTİK
102.515	KİFOPLASTİ2, PERKÜTAN POSTERIOR, CEMENT MIXING SYSTEM W/ACTUATOR, METAL-PLASTİK
102.520	KİFOPLASTİ2, PERKÜTAN POSTERIOR, CEMENT INJECTOR, METAL-PLASTİK
102.525	KİFOPLASTİ2, PERKÜTAN POSTERIOR, BONE BIOPSY AND CEMENT DELIVERY CANNULA, METAL-PLASTİK
102.530	KİFOPLASTİ2, PERKÜTAN POSTERIOR, MIXING BOWL AND SPATULA, METAL-PLASTİK
102.535	KİFOPLASTİ2, PERKÜTAN POSTERIOR, İNTERVERTEBRAL KIT, METAL-PLASTİK
(1) Perkütan omurga cerrahisinde kullanılır. (2) Osteoporotik kırıklarda MR kesitlerinde kemik iliği ödemi devam etmekte olan, sklerozu gelişmemiş olan (travma dışı akut vertebra kırıkları) olgularda veya omurga korpusunda sınırlı, nörolojik kaybı bulunmayan, konservatif tedaviye cevap vermeyen ağrı şikâyetine neden olan primer veya metastatik tümörlerde uygulanması halinde Kurumca bedeli karşılanır. (3) Hasta başına her bir operasyonda en fazla 1 (bir) kit bedeli karşılanır (4) Kifoplasti işlemleri 3.Basamak Hastanelerde (eğitim kliniği olan) uygulanması halinde Kurumca bedelleri karşılanır.	

Tablo 6. EK-3/E-2 Listesinde Bulunan Kısıtlamalar

EK-3/E-2	
BEYİN CERRAHİSİ BRANŞI KRANİAL CERRAHİSİ ALAN GRUBUNA AİT TIBBİ MALZEMELER	
SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI
	KRANİYOTOMİ ONARIM MALZEMELERİ
KN1005	KRANİYOPLASTİ KİTLERİ POLİETİLEN
(1) Beyin ve Sinir Cerrahisi, Plastik ve Rekonstruktif Cerrahi ve Kulak Burun Boğaz uzman hekimleri tarafından düzenlenen heyet raporu ile kraniyosinüz, kraniyal deformitelerde, (2) Kranio fasiyel olgularda, kafa kaidesi kırıklarında, maxillo fasiyel fraktür vakalarında, kraniyo sinüz, komplike kırıklar ve komplike rekonstrüksiyon vakalarında; 3.Basamak Hastanelerde kullanılması halinde Kurumca bedelleri karşılanır.	
	ICP KATETERLERİ
(1) O2 monitorizasyonu kitler + ısı, Serebral kan akım ölçüm probu (monitorizasyon için) ve O2 monitorizasyonu kitler isimli malzemeler 3.Basamak Hastanelerde kullanılması halinde Kurumca bedelleri karşılanır. (2) ICP monitorizasyonunda (drenaj, basınç) kullanılan sarf malzemelerinin bedelleri Kurumca karşılanır.	
KN1015	O2 MONİTORİZASYONU KİTLER + ISI
KN1016	BASINÇ ÖLÇER KİT (PARANKİMAL/VENTRİKÜLER)
KN1017	BASINÇ + ISI ÖLÇER KİT (PARANKİMAL/VENTRİKÜLER)
KN1018	BASINÇ + ISI + DRENAJ KİTLER
KN1019	BASINÇ ÖLÇER KİT + DRENAJ KİTLER (VENTRİKÜLER)
KN1020	SEREBRAL KAN AKIM ÖLÇÜM PROBU (MONİTORİZASYON İÇİN)
KN1021	O2 MONİTORİZASYONU KİTLER
	İNTRATEKAL POMPALAR:

(1) 3.Basamak Hastanelerde uygulanması halinde; Nöroloji uzmanı (çocuk/erişkin), Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon uzmanı ve Beyin Cerrahisi uzman hekimleri tarafından düzenlenen heyet raporuna istinaden Kurumca bedeli karşılanır. (2) İntratekal baklofen pompası kullanım şartları: a) Kişinin yaşam kalitesini bozacak ciddi derecede spastisite olan (spastisite modifiye ashworth 4-5, spazm skalası 3-4) hastalarda kullanılır. b) Cerrahi dışındaki tedavi yöntemlerinin yararlı olmadığı (tıbbi, rehabilitatif) olgularda programlanabilir ilaç pompasının (baklofen pompası) kullanılması için intratekal baklofen testinin uygulanması ve bunun sonucunda hastanın bu maddeyi tolere edebildiği ve testin pozitif sonuçlandığının heyet raporunda belirtilmesi gereklidir.	
KN1069	TÜM SİSTEM KİT (İNTRATEKAL KATETER VE SABİT SALIMLI İNFÜZYON POMPASI)
KN1070	TÜM SİSTEM KİT (İNTRATEKAL KATETER VE PROGRAMLANABİLİR İNFÜZYON POMPASI)
KN1071	PROGRAMLANABİLİR İNFÜZYON POMPASI TEK (REVİZYON İÇİN)
KN1072	İNTRATEKAL KATETER TEK (REVİZYON İÇİN)
KN1073	SABİT SALIMLI İNFÜZYON POMPASI TEK (REVİZYON İÇİN)
SPİNAL KORD STİMÜLATÖRLERİ:	
(1) 3.Basamak Hastanelerde uygulanması halinde Beyin Cerrahisi, Psikiyatri, Algoloji ile ilgilenen Anesteziyoloji ve Reanimasyon ve Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon uzman hekimleri tarafından düzenlenen heyet raporuna istinaden Kurumca bedeli karşılanır. (2) Hasta seçim kriterleri: a) Konservatif tedavi yöntemlerine veya diğer ağrı kontrol yöntemlerine yanıt alınamayan ve altta yatan patolojinin tedavisi amacı ile daha fazla cerrahi girişim önerilmeyen hastalarda, b) Uygulamanın etkisi, yan etkileri konusunda ayrıntılı olarak bilgilendirilmiş ve bu girişimden gerçekçi beklentileri olan hastalarda, c) Spinal kolon liflerinin en az bir kısmı sağlam olan hastalarda, ç) Pacemaker, implantable kardiyak defibrilatör gibi spinal kord stimülatörleri için kontrendikasyonu bulunmayan hastalarda, d) İmmün yetmezlik, koagülopati gibi spinal kord stimülatörleri için kontrendikasyonu bulunmayan hastalarda, e) İlaç veya madde bağımlılığı, ilaç yoksunluk bulguları, majör psikiyatrik hastalığı (aktif psikoz, ciddi depresyon, hipokondriyak veya somatizasyon bozukluğu) bulunmayan veya tedavinin etkinliği ve nasıl sürdürüleceği yeterli bilgi edinmesinde sorun olmayan hastalarda, f) Test uygulamasının olumlu sonuçlandığı hastalarda, spinal kord stimülasyonu uygulanabilir.	
KN1074	LEAD, NEUROSTİMULATOR
KN1075	LEAD, NEUROSTİMULATOR, TEST KİT
KN1076	SUBKÜTAN İMPLANTE EDİLEBİLEN NEUROSTİMULATOR PULSE GENERATOR, SINGLE ARRAY, NON-RECHARGEABLE, UZATMA (EXTENSION) DAHİL
KN1077	SUBKÜTAN İMPLANTE EDİLEBİLEN NEUROSTİMULATOR PULSE GENERATOR, DUAL ARRAY, RECHARGEABLE, UZATMA (EXTENSION) DAHİL
(1) Eksternal Recharger (rechargeable pil için); neurostimülatör pulse generator ile birlikte ücretsiz verilmelidir.	
KN1078	SUBKÜTAN İMPLANTE EDİLEBİLEN NEUROSTİMULATOR PULSE GENERATOR, DUAL ARRAY, NON-RECHARGEABLE, UZATMA (EXTENSION) DAHİL
KN1079	HASTA PROGRAMLAYICISI (EKSTERNAL)
(1) Sadece açma kapamaya izin veren ve bunu yazılı yada ışıklı uyarı ile gösteren.	
KN1080	UZATMA (EXTENSION) REVİZYON İÇİN TEK
KN1081	ELEKTROD REVİZYON İÇİN TEK
VAGAL SİNİR STİMÜLATÖRÜ:	

(1) 3.Basamak Hastanelerde uygulanması halinde; Psikiyatri, Nöroloji (çocuk/erişkin) ve Beyin Cerrahisi uzman hekimleri tarafından düzenlenen heyet raporuna istinaden Kurumca bedeli karşılanır. Vagal sinir stimülatörleri aşağıdaki tüm şartları taşıması halinde uygulanır: a) Hastanın yaşam kalitesini bozacak sıklık ve şekilde nöbetlerinin olması. b) Nöbet tipine uygun bütün antiepileptikleri kullanmış olması ve hâlihazırda en az ikili major antiepileptik ajanı 2 (iki) yıldır kullanıyor ve bunlara cevap alınamıyor olması. c) Daha önce epileptik cerrahi uygulanıp yanıt alınamamış ya da epileptik cerrahi uygulanamaz durumda olması. ç) Epilepsi nedeninin malign beyin tümörü, nörometabolik ya da nörodejeneratif hastalık olmaması. d) Hastaların zekâ düzeyi ağır derecede geri olmamalı. e) Hamile olmaması. f) Sistemik kronik hastalık olmaması (astım, aktif peptik ulcus, kr. akciğer hastalığı, koroner kalp hastalığı, kr. böbrek hastalığı, kr. karaciğer hastalığı, diabetes mellitus ve benzeri hastalıklar) g) Nöroloji ve/veya Çocuk Nörolojisi, Beyin Cerrahisi ve Psikiyatri uzman hekimleri tarafından oluşan bir komisyon kurulması ve hastaların komisyonca aşağıdaki belgelerle birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir. Komisyon değerlendirilmesinde istenecek belgeler: 1- Uzun çekimli video-EEG kayıtlar, 2- Hastanın daha önce kullandığı antiepileptik tedavi; doz, ilaç-kan seviyesi, nöbet sayısı ve şekli ile ilgili bilgilerin dökümanite edildiği ayrıntılı epikriz (epikriz hasta takibini yapan nörolog yada çocuk nörolog tarafından hazırlanmış ve imzalanmış olmalıdır), 3- Nöroradyolojik görüntüleme tetkiklerinin aslı, 4- Psikolog tarafından düzenlenmiş zeka düzeyini gösteren belge.	
KN1082	SUBKÜTAN İMPLANTE EDİLEBİLEN VNS TERAPİ GENERATOR (SİNGLE PİN)
KN1083	SUBKÜTAN İMPLANTE EDİLEBİLEN VNS TERAPİ GENERATOR (DUAL PİN)
KN1084	LEAD
KN1085	TUNNELER
KN1086	MAGNET

Tablo 7. EK-3/H Listesinde Bulunan Kısıtlamalar

EK-3/H	
KARDİYOLOJİ BRANŞINA AİT TIBBİ MALZEMELER	
SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI
KR1002	ICD, VVIR, SIVI YÜKÜ VEYA SOLUNUM TAKİBİ YAPABİLEN
(1) 3.basamak hastanelerde, epikrizde 2 (iki) Kardiyoloji uzmanının imzasının olması halinde, Kurumca bedeli karşılanır.	
KR1004	ICD, VVIR, MR UYUMLU
(1) 3.basamak hastanelerde, MR ile takibi zorunlu hastalığı olan kişilerde, bu hastalığın ilerlediğinin ve hayati fonksiyonları tehdit edebileceğinin ilgili branş hekimince belirtildiği, ilgili branş hekiminin ve 2 (iki) Kardiyoloji uzmanının olduğu sağlık kurulu raporuna istinaden bedeli Kurumca karşılanır.	
KR1011	ICD, Bİ-VENTRİKÜL,SIVI TAKİBİ VEYA SOLUNUM TAKİBİ YAPABİLEN
(1) 3.basamak hastanelerde, epikrizde 2 (iki) Kardiyoloji uzmanının imzasının olması halinde, Kurumca bedeli karşılanır.	
KR1015	KALP PİLİ, DDDR MR UYUMLU
(1) 3.basamak hastanelerde, MR ile takibi zorunlu hastalığı olan kişilerde, bu hastalığın ilerlediğinin ve hayati fonksiyonları tehdit edebileceğinin ilgili branş hekimince belirtildiği, ilgili branş hekiminin ve 2 (iki) Kardiyoloji uzmanının olduğu sağlık kurulu raporuna istinaden bedeli Kurumca karşılanır.	
KR1020	KALP PİLİ, VVIR, MR UYUMLU
(1) 3.basamak hastanelerde, MR ile takibi zorunlu hastalığı olan kişilerde, bu hastalığın ilerlediğinin ve hayati fonksiyonları tehdit edebileceğinin ilgili branş hekimince belirtildiği, ilgili branş hekiminin ve 2 (iki) Kardiyoloji uzmanının olduğu sağlık kurulu raporuna istinaden bedeli Kurumca karşılanır.	
KR1025	ELEKTROD, ATRİAL (AKTİF-PASİF FİKSASYON), MR UYUMLU

(1) 3.basamak hastanelerde, MR ile takibi zorunlu hastalığı olan kişilerde, bu hastalığın ilerlediğinin ve hayati fonksiyonları tehdit edebileceğinin ilgili branş hekimince belirtildiği, ilgili branş hekiminin ve 2 (iki) Kardiyoloji uzmanının olduğu sağlık kurulu raporuna istinaden bedeli Kurumca karşılanır.	
KR1028	ELEKTROD, VENTRİKÜLER (AKTİF-PASİF), MR UYUMLU
(1) 3.basamak hastanelerde, MR ile takibi zorunlu hastalığı olan kişilerde, bu hastalığın ilerlediğinin ve hayati fonksiyonları tehdit edebileceğinin ilgili branş hekimince belirtildiği, ilgili branş hekiminin ve 2 (iki) Kardiyoloji uzmanının olduğu sağlık kurulu raporuna istinaden bedeli Kurumca karşılanır.	
KR1044	KATETER, ABLASYON, DONDURMALI(CRYO)
(1) 3. basamak hastanelerde, epikrizde 2 (iki) Kardiyoloji uzmanının imzasının olması halinde, Kurumca bedeli karşılanır.	
KR1045	KATETER, ABLASYON, KOMPLEKS HARİTALAMA, 3 BOYUTLU, MANYETİK SENSÖRLÜ PATCH DAHİL
(1) 3. basamak hastanelerde, epikrizde 2 (iki) Kardiyoloji uzmanının imzasının olması halinde, Kurumca bedeli karşılanır.	
KR1046	KATETER, ABLASYON, KOMPLEKS HARİTALAMA, 3 BOYUTLU, ELEKTRİK SENSÖRLÜ PATCH DAHİL
(1) 3. basamak hastanelerde, epikrizde 2 (iki) Kardiyoloji uzmanının imzasının olması halinde, Kurumca bedeli karşılanır.	
KR1047	KATETER, ABLASYON PULMONER VEN BALON DONDURMALI
(1) 3. basamak hastanelerde, epikrizde 2 (iki) Kardiyoloji uzmanının imzasının olması halinde, Kurumca bedeli karşılanır.	
KR1050	KATETER, SHEATH,ABLASYON İÇİN YÖNLENDİRİLEBİLEN
(1) 3. basamak hastanelerde, epikrizde 2 (iki) Kardiyoloji uzmanının imzasının olması halinde, Kurumca bedeli karşılanır.	
KR1053	KATETER, PULMONER VEN DAİRESEL HARİTALAMA KATETERİ
(1) 3. basamak hastanelerde, epikrizde 2 (iki) Kardiyoloji uzmanının imzasının olması halinde, Kurumca bedeli karşılanır.	
KR1058	KATETER, 3 BOYUTLU NON KONTAK BALON HARİTALAMA KATETERİ
(1) 3. basamak hastanelerde, epikrizde 2 (iki) Kardiyoloji uzmanının imzasının olması halinde, Kurumca bedeli karşılanır.	
KR1161	STENT, VASKÜLER, KAROTİS, KENDİLİĞİNDEN AÇILAN, ÇELİK / NİTİNOL / DİSTAL İNCELEN MONORAİL
(1) 3. basamak hastanelerde Kardiyoloji Uzmanı ile KVC veya Beyin Cerrahisi Uzmanları tarafından düzenlenen sağlık kurulu raporu ile stent uygulanma endikasyonunun epikrizde ayrıntılı olarak belirtilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.	
KR1193	KALP PİLİ ELEKTRODU ÇIKARILMASI İÇİN LAZER, RF VEYA MEKANİK CİHAZLAR
(1) 3.basamak hastanelerde 3 (üç) Kardiyoloji uzmanı tarafından düzenlenen sağlık kurulu raporu ile Kurumca bedeli karşılanır.	
KR2020	KALP PİLİ ELEKTRODU ÇIKARILMASI İÇİN KİLİTLEYİCİ STİLE
(Değişik:RG- 12/11/2013-28819/ 21-f md. Yürürlük: 12/11/2013) (1) 3.basamak hastanelerde 3 (üç) kardiyoloji uzmanı tarafından düzenlenen sağlık kurulu raporu ile aşağıdaki durumlardan en az birinin varlığının raporda belirtilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır. a) Kesin enfeksiyon belirlenen durumlar (endokardit, sepsis, cep enfeksiyonu, bakteriyemi), b) Cihazla ilgili olarak hasta konforunu ciddi şekilde etkileyen ve alternatif yöntemlerin denenmesinden sonra da devam eden ağrı, c) Cihazla ilgili ciddi tromboembolik olaylar, ç) Semptomatik süperior vena kava sendromu, d) Bırakılan lead veya lead fragmanlarına bağlı ciddi aritmi, e) Gerekli diğer kardiyak cihazların fonksiyonlarının ciddi olarak etkilendiği durumlar, f) Aynı tarafta 4 lead veya süperior vena kavada 5 lead konulmasını gerektiren durumlar, g) Manyetik Rezonanstan başka alternatifi olmayan görüntüleme yönteminin gerekliliği, ğ) Bilateral subklavyen ven veya süperior vena kava tıkanıklığı olup lead implantasyonunun gerektiği durumlar, h) Lead içeren bir vene planlanan stent implantasyonunun gerektiği durumlar, ı) Lead dizaynı veya disfonksiyonuna bağlı gelişen hayati tehdit edici durumlar.	
KR1198	TRANSKATETER PULMONER KAPAK

(1) (Değişik:RG- 12/11/2013-28819/ 21-e md. Yürürlük: 12/11/2013) (1) Pulmoner kapak hastalıklarında 2 (iki) kardiyoloji/pediyatrik kardiyoloji, 1 (bir) kalp ve damar cerrahisi uzmanının onayının bulunduğu konsey kararı ile bir yılda 2000 kardiyak girişimsel işlem (en az 300 tedavi amaçlı girişim) ve 250 açık kalp cerrahisi yapılan 3.basamak hastanelerde kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.	
KR2021	TRANSKATETER AORTİK KAPAK BALON EXPANDABLE (BALON SHEAT, TAŞIYICI SİSTEM BİRLİKTE) SET
(1) Konvansiyonel cerrahi yöntemlerle Kalp ve Damar Cerrahisi uzmanı tarafından inoperable veya yüksek riskli olarak değerlendirilen semptomatik ciddi kalsifik aort kapak darlığı hastalarında 2 (iki) Kardiyoloji, 2 (iki) Kalp Damar Cerrahisi, 1 (bir) Anestezi Reanimasyon uzmanının onayının bulunduğu konsey kararı ile bir yılda 2000 kardiyak girişimsel işlem (en az 300 tedavi amaçlı girişim) ve 250 açık kalp cerrahisi yapılan 3. basamak hastanelerde kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır. (2) STS skoru ≥ 10 veya Logistic Euro Score ≥ 20 olması, siroz, toraksa radyoterapi almış olma hikayesi, geçirilmiş koroner arter cerrahisi ve fonksiyonel koroner arter bypass greftleri olması, kardiyopulmoner bypassın kullanılmaması gereken malignensi durumları yüksek risk olarak kabul edilir. (3) Yaşam beklentisi bir yıldan az olan hastalarda kullanılmaz. (4) Yukarıda belirtilen şartların sağlanmadığı ve hastanın cerrahi tedaviyi reddettiği durumlarda kullanılan kapak ücretinin hasta tarafından karşılanması uygundur.	
KR2022	TRANSKATETER AORTİK KAPAK SELF EXPANDABLE SET
(1) Konvansiyonel cerrahi yöntemlerle Kalp ve Damar Cerrahisi uzmanı tarafından inoperable veya yüksek riskli olarak değerlendirilen semptomatik ciddi kalsifik aort kapak darlığı hastalarında 2 (iki) Kardiyoloji, 2 (iki) Kalp Damar Cerrahisi, 1 (bir) Anestezi Reanimasyon uzmanının onayının bulunduğu konsey kararı ile bir yılda 2000 kardiyak girişimsel işlem (en az 300 tedavi amaçlı girişim) ve 250 açık kalp cerrahisi yapılan 3.basamak hastanelerde kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır. (2) STS skoru ≥ 10 veya Logistic Euro Score ≥ 20 olması, siroz, toraksa radyoterapi almış olma hikayesi, geçirilmiş koroner arter cerrahisi ve fonksiyonel koroner arter bypass greftleri olması, kardiyopulmoner bypassın kullanılmaması gereken malignensi durumları yüksek risk olarak kabul edilir. (3) Yaşam beklentisi bir yıldan az olan hastalarda kullanılmaz. (4) Yukarıda belirtilen şartların sağlanmadığı ve hastanın cerrahi tedaviyi reddettiği durumlarda kullanılan kapak ücretinin hasta tarafından karşılanması uygundur.	
KR1201	TRANSKATETER MİTRAL KAPAK MANDAL VE TAŞIMA SİSTEMİ
(1) Semptomatik ciddi mitral yetmezliği bulunan ve mitral kapağa yönelik cerrahi girişim açısından inoperable olarak değerlendirilen hastalarda 2 (iki) Kardiyolog ve 2 (iki) KVC, 1 (bir) Anestezi ve Reanimasyon uzmanının bulunduğu konsey kararı ile 2000/YIL kardiyak kateterizasyon (en az 300/YIL tedavi amaçlı girişim) ve 250/YIL açık kalp cerrahisi yapılan 3. basamak Sağlık Bakanlığı Hastaneleri veya 3. basamak TSK Hastanelerinde kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır. • Anatomi olarak işlemin yapılabilmesi için kapak yapısının uygun olması ve aşağıdaki şartları sağlaması gereklidir: 1. Kaçağın A2-P2 segmentlerinden kaynaklanıyor olması 2. Mitral yetmezlik mekanizmasının Flail/prolabe mitral kapak veya romatizmal kaynaklı olmayan liflet hareket kısıtlılığı olması, 3. Yetmezlik gösteren bölgede lifletler arası mesafenin sınırlı olması, ciddi kalsifikasyon ya da ciddi annulus dilatasyonu bulunmaması, 4. Flail mitral kapak varlığında, flail segment genişliğinin $<15\text{mm}$, flail açıklığının $<10\text{mm}$ olması	
STENTGREFT, HASTAYA ÖZEL	
(1) Yılda 250 adet tanısal anjiyografi veya işlem yapılan 3. basamak hastanelerde; 2 (iki) Kardiyoloji uzmanı ile birlikte KVC veya Radyoloji uzmanının olduğu konsey kararı ile kompleks anatomiye sahip aortik visseral dalları içeren aort anevrizmalarının tedavisinde, klasik cerrahi ve EVAR, TEVAR uygulamalarının kontrendike ya da yüksek riskli olduğu durumlarda (organ malperfüzyonu ve buna bağlı komplikasyonları önleyebilmek için) kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır.	
KR1217	STENTGREFT, HASTAYA ÖZEL, ANA GÖVDE, FENESTRE
KR1218	STENTGREFT, HASTAYA ÖZEL, ANA GÖVDE, YAN DALLI
KR1219	STENTGREFT, HASTAYA ÖZEL, İLİAK UZATMA, YAN DALLI
KR2026	STENT, VASKÜLER, AORTİK, AKIM ÇEVİRİCİ, ÇOK KATMANLI

Tablo 8. EK-3/J Listesinde Bulunan Kısıtlamalar

EK-3/J	
KULAK BURUN BOĞAZ BRANŞINA AİT TIBBİ MALZEMELER	
SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI
KEMİĞE MONTE İŞİTME CİHAZI VE AKSESUARLARI	
(1) Bilateral işitme kaybı olan ve her 2 (iki) kulakta da konvansiyonel işitme cihazından fayda görmediği aynı resmi sağlık kurumunda çalışan 3 (üç) Kulak Burun Boğaz hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile saptanan ve aşağıdaki kriterlere uyan hastalarda uygulanır. (2) Kemik yolu işitme eşiği 500, 1000, 2000 ve 4000 Hz' de 60 dB'i aşmayan, iletim veya mikst tip işitme kaybı olan ve konuşmayı ayırt etme skoru %60 ve üzerinde olan hastalarda aşağıda belirtilen kriterlere uyması durumunda; a) Bilateral aural atrezi, cerrahi ile düzeltilemeyen konjenital orta kulak anomalilerinde, b) Bilateral mastoidektomi kavitesi bulunan hastalarda, c) Tedaviye dirençli kronik eksternal otit olan hastalarda bedelleri Kurumca karşılanır. (3) 5 (beş) yaşından küçük hastalara uygulandığı takdirde bedeli Kurumca karşılanmaz. Ancak 5 (beş) yaşından küçük hastalara ya da genel durumu cerrahi uygulamasına elverişli olmayan hastalara kafa bandı (soft band) ya da benzeri bir ataçmanla uygulanması halinde Kurumca bedeli karşılanır. (4) Kemik implantı edilen işitme cihazı, 3.Basamak Hastanelerde uygulanması halinde Kurumca bedeli karşılanır.	
KB1013	KEMİĞE MONTE İŞİTME CİHAZI VE AKSESUARLARI (İşlemci, Pil ve Pil yuvaları, İç parça ile dış parça arasında aktarıcı sistem ve bileşenleri, Cerrahi ile yerleştirilen iç parça)
ORTA KULAK İMPLANTI	
(1) Bilateral işitme kaybı olan ve her 2 (iki) kulakta da konvansiyonel işitme cihazından fayda görmediği aynı resmi sağlık kurumunda çalışan 3 (üç) Kulak Burun Boğaz hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile saptanan ve aşağıdaki kriterlere uyan hastalarda uygulanır. Kurumca bedelinin karşılanması için son 2 (iki) yıl işitme eşiklerinin stabil olduğu belirtilmelidir. a) Sensörinöral işitme kayıpları: 1- Alçak frekanslarda 65 dB, orta frekanslarda 70 dB, yüksek frekanslarda 85 dB'i geçmeyen sensörinöral işitme kaybı olan kişilerde uygulanır. 2- Konuşmayı ayırt etme skorunun %50'den daha iyi olması durumunda uygulanır (5 (beş) yaşından küçüklerde bu şart aranmaz). 3- Retrokoklear patolojinin olmadığına sağlık kurulu raporunda belirtilmesi gereklidir. b) İletim ve mikst tip işitme kayıpları: 1- Kemik yolu işitme eşikleri 60 dB'den kötü olmayan mikst veya iletim tipi işitme kayıplarında uygulanır. 2- Konuşmayı ayırt etme skorunun %50'den daha iyi olması durumunda uygulanır (5 (beş) yaşından küçüklerde bu şart aranmaz). 3- Her iki kulağı da daha önce en az bir kez opere edilmiş hastanın işitme kaybının düzeltilmemiş olduğu sağlık kurulu raporunda belirtilmelidir. c) Bilateral işitme kaybı olup, konvansiyonel işitme cihazı ile düzeltilebilme şartı aranmadan orta kulak implantı yapılabilecek özellikli durumlar; 1- Geçirilmiş kulak cerrahisi sonucu radikal mastoidektomi kavitesi olan ve tekrarlayan enfeksiyonlar nedeniyle konvansiyonel işitme cihazı kullanamayan hastalarda, 2- Tedaviye dirençli kronik eksternal otit nedeniyle klasik hava yolu işitme cihazı kullanamayan hastalarda, 3- Konjenital dış ve orta kulak anomalisi olan hastalarda, 4- İşitme cihazı endikasyonu olup steteskop kullanması gereken sağlık çalışanlarında, orta kulak implantı uygulanabilir. (2) Orta kulağa implante edilebilen işitme cihazı, 3.Basamak Hastanelerde uygulanması halinde bedeli Kurumca karşılanır.	
KB1014	ORTA KULAK İMPLANTI (İşlemci, Pil ve pil yuvaları, Aktarıcı sistem ve bileşenleri, Cerrahi ile yerleştirilen iç parça)
KOKLEAR İMPLANT	

A) Koklear implant (Kİ) (1) Koklear implant, bilateral ileri-çok ileri derecede sensörinöral işitme kaybı olan ve işitme cihazından yarar görmeyen aşağıdaki kriterlere haiz kişilerde uygulanması halinde Kurumca bedeli karşılanır. a) Alıcı ve ifade edici dil yaşı ile kronolojik yaş arasında 4 (dört) yıldan daha az fark olması durumunda veya alıcı ve ifade edici dili 4 (dört) yaş ve üstü olan çocuklarda (4-18 yaş) kronolojik yaşa bakılmaksızın Kİ uygulanır. b) Post-lingual işitme kaybı olanlarda Kİ uygulanır. c) Sağlık kurulu raporu, aynı resmi sağlık kurumunda çalışan 3 (üç) Kulak Burun Boğaz uzman hekimi tarafından düzenlenir. Rapor ekinde aynı veya farklı bir resmi sağlık kurumunda çalışan 1 (bir) uzman odyolog veya odyolog ve psikolog değerlendirme sonucu bulunmalıdır. ç) Elektrod yerleşimini sağlayacak kadar iç kulak gelişiminin olması ve koklear sinirin varlığı yüksek çözünürlükte CT ve/veya MRI ile gösterilmelidir. d) Menenjit sonrası oluşan işitme kaybı ve koklear ossifikasyon varlığında özel şartlar aranmaksızın acil operasyon sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi halinde yapılır. e) İşitsel nöropati tanısı alan ve en az 6 (altı) ay süreyle işitme rehabilitasyonu ve eğitiminden fayda görmediği odyolojik test bataryası ile belgelendirilmesi halinde yapılır. f) İkinci kulağa Kİ uygulanması; menenjit sonrası ileri derecede sensörinöral işitme kayıplarında, ileri işitme kaybı yanında bilateral körlük olduğunda, corpus callosum agenezisine eşlik eden ileri derecede işitme kayıplarında eşzamanlı veya ardışık çift taraflı Kİ uygulanabilir. g) Kİ uygulaması sonrası gelişen enfeksiyon nedeniyle koklear implantın işlevselliğini yitirmesi durumunda, bu durumun aynı resmi sağlık kurumunda çalışan 3 (üç) Kulak Burun Boğaz uzman hekimi tarafından düzenlenen sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi halinde yeniden planlanan implantasyon Kurumca bedeli karşılanır. (2) Odyolojik değerlendirme; odyometrik inceleme, timpanometri, stapes refleks eşiği testi, klinik otoakustik emisyon testi, ABR testleri ile yapılır. Odyolojik kriterler; a) 2 (iki) yaş üstü çocuklarda ve erişkinlerde 500, 1000, 2000 ve 4000 Hz'lerdeki işitme eşikleri ortalamasının 80 dB'den daha kötü olması ve konuşmayı ayırt etme testi yapılabilen hastalarda konuşmayı ayırt etme skorunun %30'un altında olması gereklidir. En az 3 (üç) aylık süre ile binaural işitme cihazı kullanımından fayda görmediği sağlık kurulu raporunda belirtilmelidir. b) 2 (iki) yaş altı çocuklarda, bilateral 90 dB HL'den daha fazla sensörinöral işitme kaybı olması ve en az 3 (üç) aylık süre ile binaural işitme cihazı kullanımından fayda görmediği sağlık kurulu raporunda belirtilmelidir. c) Saf ses ortalaması (500, 1000, 2000 ve 4000 Hz) bir kulakta 70 dB ve daha kötü, karşı kulakta 90 dB ve daha kötü olan ve konuşmayı ayırt etme skorunun %30'un altında kaldığı hastalarda kötü kulağa Kİ yapılabilir. (3) Koklear implantın, 1 (bir) yaş altındaki hastalara uygulanması halinde Kurumca bedeli karşılanmaz. (4) Kİ, 3 Basamak Hastanelerde uygulanması halinde, cihaz ve aksesuarlar dahil olarak Kurumca bedeli karşılanır. (5) Elektroakustik uygulama: 1000 Hz ve altındaki frekanslarda işitme eşiklerinin 50 dB ve daha iyi, 1000 Hz'den yüksek frekanslarda 80 dB ve daha kötü olması ve konuşmayı ayırt etme skorunun %30'dan kötü olması durumunda uygulanır. Elektroakustik uygulamanın Kurumca bedelinin ödenmesi için son 2 (iki) yıl işitme eşiklerinin stabil olduğu belirtilmelidir. B) Koklear implant yapılacak merkezlerde asgari bulunması gereken ekipmanlar 1- Çocuk odyometrisi-serbest alan odyometrisi yapılmasına olanak sağlayacak odyometri donanımı ve uygun özelliklerde test odası, 2- En az 2 (iki) frekansta (226 Hz ve 800/1000 Hz olmak kaydıyla) test yapabilen timpanometri cihazı, 3- Klinik otoakustik emisyon test cihazı, 4- Klinik ABR test cihazı. (Ek:RG- 12/11/2013-28819/ 23 md. Yürürlük: 12/11/2013) C) Koklear İmplant Asgari Çanta İçeriği 1- Modüler implant için; konuşma işlemcisi, transmitter, 2 adet uygun pil yuvası, yedek pil yuvası kapağı, 12 adet 675p düğme pil şarj edilebilir pil ünitesi, 3 adet şarj edilebilir pil ve şarj cihazı (şarj edilebilir pilleri standart üretiminde olmayanlar için 120 adet 675p düğme pil), ara kablo, yedek ara kablo, yedek mıknatıs, yedek kulak kancası, yedek kulak kancası pini, , konuşma işlemcisi test cihazı, tornavida, pin çıkartma aleti, nem alma kiti, nem alma tableti, temizleme fırçası, dış parça taşıma çantası, günlük kullanım çantası, uzaktan kumanda aleti, Türkçe kullanım kılavuzu. 2- Tek parça konuşma işlemcisine sahip implant için; konuşma işlemcisi, elektrikli kurutma cihazı, uzaktan kumanda, değişik güçte mıknatıslar, nem alma kiti, nem alma tableti, 12 adet 675p düğme pil (şarj edilebilir pilleri standart üretiminde olmayanlar için 120 adet 675p düğme pil), mini pil yuvası ve kablosu, Türkçe kullanım kılavuzu.	KB1015 (Değişik:RG- 12/11/2013- 28819/ 23 md. Yürürlük: 12/11/2013) KOKLEAR İMPLANT (İşlemci, Pil ve pil yuvaları, Aktarıcı sistem ve bileşenleri, Cerrahi ile yerleştirilen iç parça)
--	--

BEYİN SAPI İMPLANTI	
(1) Koklear implant ekibi tarafından değerlendirilmiş ve yapılan CT ve/veya MRI incelemeleri sonucu; koklea ve/veya akustik sinirin olmadığı veya tam gelişmediği veya hasar gördüğü tespit edilen hastalara beyin sapı implantı sağlık kurulu raporu ile uygulanır. (2) Sağlık kurulu raporu, aynı resmi sağlık kurumunda çalışan 3 (üç) Kulak Burun Boğaz uzman hekimi tarafından düzenlenir. Rapor ekinde aynı veya farklı bir resmi sağlık kurumunda çalışan bir uzman odyolog veya odyolog ve psikolog değerlendirme sonucu bulunmalıdır. (3) Koklea ve/veya akustik sinirin olmadığı veya tam gelişmediği veya hasar gördüğünün CT ve/veya MRI incelemeleri ile belgelendirilmelidir. (4) Beyin sapı implantının, 1 (bir) yaş altındaki hastalara uygulanması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz. (5) Beyin sapı implantı, 3.Basamak Hastanelerde uygulanması halinde bedeli Kurumca karşılanır.	
KB1016	BEYİN SAPI İMPLANTI (İşlemci, pil ve pil yuvaları, Aktarıcı sistem ve bileşenleri, cerrahi ile yerleştirilen iç parça)

Tablo 9. EK-3/K Listesinde Bulunan Kısıtlamalar

EK-3/K	
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BRANŞINA AİT TIBBİ MALZEMELER	
SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI
KD1003	SERVİKAL OLGUNLAŞTIRICI BALON (CRB)
(1) 3.Basamak Hastanelerde kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.	
	ENJEKSİYON ÜRÜNLERİ
A) Vezikoüreteral reflüde (VUR) kullanılan enjeksiyon dolgu materyalleri (1) Voiding sistoüretrografi veya videoürodinami ile saptanmış VUR olmalı ve hastanın hizmet detay belgesinde yer alan epikriz notunda belirtilmelidir. (2) Seans başına her üretere en fazla 2cc nin bedeli Kurumca karşılanır. (3) Her bir üreter için birinci enjeksiyon bedeli sözleşmeli tüm sağlık kurumlarınca yapılması halinde bedeli Kurumca karşılanır. Ancak aynı üretere ikinci enjeksiyon ise 3.Basamak Hastanelerde uygulanması halinde bedeli Kurumca karşılanır. (4) Aynı üretere en fazla 2 (iki) seans uygulanması halinde enjeksiyon bedeli Kurumca karşılanır. (5) Enjeksiyon aralıkları en az 6 (altı) ay olmalıdır. (6) Kadın hastalıkları ve doğum veya çocuk cerrahisi branşlarınca kullanıldığı takdirde bedeli Kurumca karşılanır. B) Stres inkontinansda kullanılan enjeksiyon dolgu materyalleri (1) Her bir kürde 4 cc. olmak üzere en fazla 2 (iki) kür kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır. (2) Üretra ve mesanenin ek patolojilerini dışlamak amacıyla sistoskopi yapılmalıdır. (3) 3.Basamak Hastanelerde kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır. (4) Her uygulamada, Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanının bulunduğu sağlık kurulu raporuna istinaden bedeli Kurumca karşılanır.	
KD1020	ANTIİNKONTİNANS VE ANTİVESİKOÜRETRAL REFLÜ ENJEKSİYON MATERYALLERİ(1CC)

SUT METİN KISMINDA YER ALAN 3. BASAMAK İLE İLGİLİ KISITLAMA BÖLÜMLERİ

Tablo 10. SUT Metninde Bulunan Kısıtlamalar

BÖLÜM	BAŞLIK 1	BAŞLIK 2	BAŞLIK 3	BAŞLIK 4	KISITLAMA METNİ
İKİNCİ BÖLÜM (Tanı ve Tedavi)	2.4 -Bazı tetkik ve tedavi yöntemlerinin usul ve esasları	2.4.4 - Diğer bazı tetkik ve tedavi yöntemleri	2.4.4.Ç - Ekstrakorporeal fotoferez tedavisi		(1) Ekstrakorporeal fotoferez tedavi bedellerinin ödenebilmesi için; üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından sağlık kurulu raporu düzenlenmesi gerekmektedir.
İKİNCİ BÖLÜM (Tanı ve Tedavi)	2.4 -Bazı tetkik ve tedavi yöntemlerinin usul ve esasları	2.4.4 - Diğer bazı tetkik ve tedavi yöntemleri	2.4.4.F - Fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemleri	2.4.4.F-1 - Fizik tedavi ve rehabilitasyon sağlık raporlarının (uzman hekim /sağlık kurulu) düzenlenmesi	2) 60 seans üzeri olan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları için en az bir fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekiminin yer aldığı (sağlık hizmeti sunucusunda yeterli sayıda fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimi bulunması durumunda sağlık kurulu bu hekimler tarafından oluşturulacaktır) üçüncü basamak sağlık kurumu sağlık kurulunca, sağlık raporu düzenlenmesi gerekmektedir.
İKİNCİ BÖLÜM (Tanı ve Tedavi)	2.4 -Bazı tetkik ve tedavi yöntemlerinin usul ve esasları	2.4.4 - Diğer bazı tetkik ve tedavi yöntemleri	2.4.4.F - Fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemleri	2.4.4.F-2 - Fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemlerinin faturalandırılması	(3) SUT eki EK-2/D-2 Listesinde "G81.0, G81.1, G81.9, G82.0, G82.1, G82.2, G82.3, G82.4, G82.5, S06.0, S06.1, S06.2, S06.3, S06.4, S06.5, S06.6, S06.7, S06.8, S06.9, S14.0, S14.1, S24.0, S24.1, S34.0, S34.1" ICD-10 kodları ile yer alan hastalıklarda, tanı ile ilgili düzenlenen ilk sağlık raporu tarihinden itibaren üç yıl içerisinde uygulanan fizik tedavi ve rehabilitasyon işlem bedelleri Kurumca karşılanacaktır. Bu sürelerin bitiminden sonra meydana gelen hastalığa ilişkin geç komplikasyonlarda fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarının faturalandırılabilmesi için, üçüncü basamak sağlık kurumu sağlık kurullarınca en az bir fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekiminin yer aldığı (sağlık hizmeti sunucusunda yeterli sayıda fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimi bulunması durumunda sağlık kurulu bu hekimler tarafından oluşturulacaktır) sağlık kurulu raporu düzenlenmesi ve tedavilerin üçüncü basamak sağlık kurumlarınca yapılmış olması gerekmektedir.
İKİNCİ BÖLÜM (Tanı ve Tedavi)	2.4 -Bazı tetkik ve tedavi yöntemlerinin usul ve esasları	2.4.4 - Diğer bazı tetkik ve tedavi yöntemleri	2.4.4.F - Fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemleri	2.4.4.F-5 - Robotik rehabilitasyon sistemi uygulamaları	1) Robotik rehabilitasyon sistemi uygulaması için gereken sağlık kurulu raporu, üçüncü basamak sağlık kurumlarında fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekiminin katıldığı sağlık kurulu tarafından düzenlenecektir.

İKİNCİ BÖLÜM (Tanı ve Tedavi)	2.4 -Bazı tetkik ve tedavi yöntemlerinin usul ve esasları	2.4.4 - Diğer bazı tetkik ve tedavi yöntemleri	2.4.4.G - Genetik tetkikler	2.4.4.G-2 - Moleküler tetkikler	SUT eki EK-2/B Listesinde "9.C Moleküler tetkikler" başlığı altında yer alan moleküler tetkik bedelleri; sadece sözleşmeli/protokollü üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları ile bünyesinde Genetik Tanı Merkezi ruhsatı/geçici çalışma izin belgesine sahip laboratuvarı bulunan ikinci basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından faturalandırılır. Ancak; preimplantasyon genetik tetkikler, prenatal genetik tetkikler, hematolojik maligniteler, organ ve doku nakli merkezi bulunan sağlık hizmeti sunucularında transplantasyon yapılacak alıcı ve verici adayları için bu şartlar aranmaz. Adli veya tıbbi endikasyonlara bağlı zorunluluklar dışında kişinin kendi isteğine bağlı olarak yaptırılan DNA testleri Kurumca hiçbir şekilde ödenmez. Yapılan işlemlere ait ayrıntılı teknik açıklamayı içeren ayrıntılı rapor ile analiz görüntülü sonuçlarının orjinal cihaz çıktılarının imzalı fotokopisi faturaya eklenecektir. Ayrıca imzalı orjinal cihaz çıktıları istendiğinde Kuruma ibraz edilmek üzere sağlık hizmeti sunucusunda saklanacaktır. Hekim tarafından tetkik istem formunda analiz endikasyonu, tanı için gerekliliği ve tedavi protokolünü değiştirip değiştirmediği belirtilmeli ve bir örneği faturaya eklenmelidir.
İKİNCİ BÖLÜM (Tanı ve Tedavi)	2.4 -Bazı tetkik ve tedavi yöntemlerinin usul ve esasları	2.4.4 - Diğer bazı tetkik ve tedavi yöntemleri	2.4.4.İ - Yardımcı üreme yöntemi tedavileri	2.4.4.İ-1-2 - IVF sağlık kurulu raporu	(1) IVF tedavisi için gerekli sağlık kurulu raporu; bünyesinde kadın hastalıkları ve doğum kliniği ile üroloji kliniği (bünyesinde üroloji kliniği bulunmayan ancak üroloji uzman hekiminin konsültan olarak görev yaptığı, eğitim verilen kadın-doğum hastaneleri dâhil) bulunan üçüncü basamak sağlık kurumlarında iki kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimi ve bir üroloji uzman hekiminin katılımı ile oluşturulan sağlık kurulları tarafından düzenlenecektir.
İKİNCİ BÖLÜM (Tanı ve Tedavi)	2.4 -Bazı tetkik ve tedavi yöntemlerinin usul ve esasları	2.4.4 - Diğer bazı tetkik ve tedavi yöntemleri	2.4.4.İ - Yardımcı üreme yöntemi tedavileri	2.4.4.İ-2 - Kök hücre vericisi kardeş doğmasına yönelik IVF tedavisi	(1) Hasta çocuk sahibi olup, tedavisinin başka tıbbî bir yöntemle mümkün olmaması ve tıbben zorunlu görülmesi halinde bu çocuğun tedavisi amaçlı preimplantasyon genetik tarama yapılarak uygun kök hücre vericisi kardeş doğmasına yönelik olarak, bünyesinde kemik iliği transplantasyon merkezi bulunan üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları sağlık kurulları tarafından hasta çocuk adına düzenlenen bu durumların belirtildiği genetik uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak yapılan IVF tedavilerine ilişkin giderler, SUT'un 2.4.4.İ-1 maddesinde yer alan hükümler uygulanmaksızın Kurumca karşılanır. Bu durum dışında preimplantasyon genetik tarama ve bu işlem ile birlikte yapılan IVF bedelleri Kurumca karşılanmaz.

İKİNCİ BÖLÜM (Tanı ve Tedavi)	2.5 - Yurt dışında tedavi	2.5.3 - Tetkik/tedavi için yurt dışına gönderilme halinde sağlanacak sağlık hizmetleri	2.5.3.A - Yurt dışı tedavi	2.5.3.A-1 - Yurt dışı tedavi sağlık kurulu raporu	(1) Yurt dışı tedavi için gerekli sağlık kurulu raporları; a) Doku ve organ nakli için Kurumun resmi internet sitesinde yayımlanan "Yurt Dışında Doku ve Organ Nakli Amacıyla Sağlık Kurulu Raporu Vermeye Yetkili Resmi Sağlık Kurumları Listesi" nde yer alan hastanelerin sağlık kurullarınca, b) Diğer tedaviler için ise üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarının sağlık kurullarınca, SUT eki "Yurt Dışına Tedaviye Gönderileceklerle İlişkin Sağlık Kurulu Raporu" (EK-2/E-1) formatına uygun olarak düzenlenecek ve raporda altı ayı geçmemek kaydı ile tedavi süresi belirtilecektir. (2) Sağlık kurulu en az biri ilgili dal uzman hekimi olmak kaydıyla; üniversite hastanelerinde beş öğretim üyesi, eğitim ve araştırma hastanelerinde beş eğitim görevlisi katılımıyla oluşturulacaktır. (3) Düzenlenen sağlık kurulu raporları Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesince veya Kurumca yetkilendirilen ve Kurumun resmi internet sitesinde ilan edilerek duyurulan hastanelerce teyit edilecek ve sonrasında Sağlık Bakanlığınca onaylanacaktır. Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı tıp fakültesi hastaneleri tarafından kendi mevzuatına uygun düzenlenen yurt dışı tedaviye ilişkin sağlık kurulu raporlarının Sağlık Bakanlığınca onaylanmış olması yeterli sayılacaktır. (4) Söz konusu işlemler sonrasında, Dışişleri Bakanlığı nezdinde gerçekleştirilecek işlemler Kurum tarafından yürütülecektir.
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM Tıbbi Malzeme	3.1 - Tıbbi malzeme temin esasları	3.1.2 - Ayakta tedavilerde kullanılan tıbbi malzemeler			(17) 3713 sayılı Kanuna göre aylık bağlanmış maluller, 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanununun 56 ncı maddesi veya 2330 sayılı Kanunun 2 nci maddesinin birinci fıkrasının (e) ve (f) bentlerinde sayılanlardan 3713 sayılı Kanun kapsamına giren olaylar sebebiyle aylık bağlananlar ile 3713 sayılı Kanun kapsamına girmese dahi başkasının yardımı ve desteği olmaksızın yaşamak için gereken hareketleri yapamayacak derecede malul olan vazife ve harp malullerinin sağlık kurulu raporuyla ihtiyaç duydukları her türlü ortez/protez ve diğer iyileştirici araç ve gereçlerin bedelleri herhangi bir kısıtlama getirilmeksizin Kurumca karşılanır. Ancak bu kapsamdaki kişilerin; a) b) SUT eki listelerde yer almayan tıbbi malzemeleri temin etmeleri halinde bedelleri fatura tutarı üzerinden ödenir. Bu malzemelere ait sağlık kurulu raporları üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarınca düzenlenir. c).....

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM Tıbbi Malzeme	3.3 - Bazı tıbbi malzemelerin temin edilme esasları	3.3.1 - Yara bakım ürünleri		(2) Yara bakım ürünleri için düzenlenecek sağlık kurulu raporları; a) Yatarak tedavide; takip ve tedaviyi yapan uzman hekim ile genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji ve plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurullarınca, b) Ancak, immünobüllöz ve mekanobüllöz hastalıklar, deri nekrozuyla seyreden vaskülitler ve nekrotik enfeksiyöz deri hastalıklarında kullanılması gerekli görülen yara bakım ürünleri için sağlık kurulu raporu üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında (eğitim verme yetkisi olan klinik) deri ve zührevi hastalıkları, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi veya genel cerrahi uzman hekimlerinin yer aldığı sağlık kurulu tarafından, (11) Yanık tedavisi uygulanan durumlarda, yatan hastalar için kullanılan yara bakım ürün grubuna dair ödenen malzeme gruplarından ayrı olarak, a) Katkı maddesi içeren ürünlerden kollajen içeren ve polisakkarit içeren ürün grupları üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında sağlık kurulu raporu ile kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır. b) Deri eşdeğerlerinin, eklem alanlarını içeren veya yüz mimiğini etkileyen veya %40'ı geçen 3. derece yanıklarda, üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında sağlık kurulu raporu ile kullanımı halinde bedeli Kurumca karşılanır.
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM Tıbbi Malzeme	3.3 - Bazı tıbbi malzemelerin temin edilme esasları	3.3.3 - Görmeye yardımcı tıbbi malzemeler	3.3.3.B - Teleskopik gözlük	(1) Konjenital nedenlere, kalıtsal hastalıklara, yaralanmalara, şeker hastalığına, glokoma, katarakta ve yaşlanmaya bağlı göz bozukluğu olan ve iyi gören gözde düzeltilmiş uzak görme keskinliği 3/10 ve altında olan hastalarda üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca düzenlenen ve en az bir göz sağlığı ve hastalıkları uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak bedelleri Kurumca karşılanır.
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM Tıbbi Malzeme	3.3 - Bazı tıbbi malzemelerin temin edilme esasları	3.3.3 - Görmeye yardımcı tıbbi malzemeler	3.3.3.C - Kontakt lensler	(1) Kontakt lens bedelleri; a) b) c) Keratokonusu olan göze gözlük uygulanmış ve gözlükle görme keskinlikleri 10/10 a kadar (tama) artmayan olgularda ve bu durumlarının üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca düzenlenen en az bir göz sağlığı ve hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporunda, teşhis, hastaya uygun görülen lensin çapı (BC), derinliği (DIA), diyoptri değeri (POW) ile lensin niteliğinin (sert, yumuşak, gaz geçirgenliği v.b.) belirtilmesi ve Kurumla sözleşmeli optisyenlik müesseselerinden temin edilmesi şartıyla SUT eki EK-3/D Listesinde yer alan bedeller üzerinden Kurumca karşılanır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM Tıbbi Malzeme	3.3 - Bazı tıbbi malzemelerin temin edilme esasları	3.3.8 - Ayakta dik pozisyonlama ve yürütme cihazları	3.3.8.A - Çocuklar için (parapodium, standing table)	(1) Üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarının fizik tedavi ve rehabilitasyon kliniklerinde yatırılarak uygulama ve eğitiminin yapılması sonucunda nöroloji, fiziksel tıp ve rehabilitasyon ve ortopedi uzman hekimlerinin bulunduğu sağlık kurulu raporuna dayanılarak, fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerince; a) Bilinci açık ve kognitif fonksiyonları yerinde olan, b) Baş kontrolü ve oturma dengesi olan, c) Üst ekstremit motor fonksiyonları yerinde olan, ç) Progresif hastalığı olmayan, d) Herhangi bir nedene bağlı yerleşmiş parapleji klinik tablosu olan; 2 yaş ve üzerindeki hastalara (8 yaş üstü hastalara standing table bedeli karşılanmaz) reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM Tıbbi Malzeme	3.3 - Bazı tıbbi malzemelerin temin edilme esasları	3.3.8 - Ayakta dik pozisyonlama ve yürütme cihazları	3.3.8.B - Erişkinler için (stand up wheelchair)	(1) Üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarının fiziksel tıp ve rehabilitasyon kliniklerinde yatırılarak uygulama ve eğitiminin yapılması sonucunda nöroloji, fiziksel tıp ve rehabilitasyon ve ortopedi uzman hekimlerinin bulunduğu sağlık kurulu raporuna dayanılarak fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerince; a) Bilinci açık ve kognitif fonksiyonları yerinde olan, b) Üst ekstremit motor fonksiyonları yerinde olan, c) Progresif hastalığı olmayan, ç) Herhangi bir nedene bağlı yerleşmiş parapleji klinik tablosu olan, d) Mesleğini devam ettiren ve mesleki olarak ayakta durması gereken hastalara (bu durumun Kurum sosyal güvenlik kontrol memurlarınca tespiti halinde) reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM Tıbbi Malzeme	3.3 - Bazı tıbbi malzemelerin temin edilme esasları	3.3.9 - Ortopedi ve travmatoloji branşı ile ilgili ameliyatlarda kullanılan bazı tıbbi malzemelerin ödemeye esas teşkil edecek usul ve esasları		(1) Aşağıda sayılan tıbbi malzemelerin bedelleri üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında (eğitim verme yetkisi olan klinik) uygulanması halinde Kurumca karşılanacaktır. a) Taze donmuş (fresh frozen) allogreft, b) Tümör rezeksiyon protezi, c) Menteşeli diz protezi, ç) Kişiye özel tasarımı protezler, d) Uzaysal eksternal fiksatörler. (2) Aşağıda sayılan tıbbi malzemelerin bedelleri üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında uygulanması ve Sağlık Bakanlığı "Ortopedi Bilimsel Danışma Kurulu"ndan her bir hasta için kullanılmasına onay alınması şartıyla Kurumca karşılanacaktır. a) Bilgisayarlı eksternal fiksatör, b) Bilgisayarlı destekli intramedüller uygulamalar, c) Kişiye özel üretilen tümör protezleri, ç) Tümör dışı endikasyonlarda kullanılan tümör rezeksiyon protezleri, d) e) Menisküs allogreftleri.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM Tıbbi Malzeme	3.3 - Bazı tıbbi malzemelerin temin edilme esasları	3.3.11 - Sakral sinir stimülatörleri			(1) Sakral sinir stimülatörlerinin anal inkontinansta kullanımı: a) Üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında (eğitim kliniği olan) genel cerrahi, gastroenteroloji, nöroloji ve psikiyatri kliniklerince oluşturulacak konsey kararınca ve bu 4 branştan hekimin birlikte bulunduğu sağlık kurulu raporuna istinaden bedeli Kurumca karşılanır.
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM Tıbbi Malzeme	3.3 - Bazı tıbbi malzemelerin temin edilme esasları	3.3.13 - Kulak kepçesi protezi			(1) Üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında sağlık kurulu raporuna istinaden kulak, burun ve boğaz veya plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi hekimlerince uygulanması halinde bedeli Kurumca karşılanır. (2) Üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında ilgili dal uzmanlarınca düzenlenecek sağlık kurulu raporuna istinaden kulak, burun ve boğaz veya plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi hekimlerince gerekli durumlarda yenilenmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM Tıbbi Malzeme	3.3 - Bazı tıbbi malzemelerin temin edilme esasları	3.3.14 - Hücre içermeyen kıkırdak implant ve otolog kondrosit implant			(1) Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında, Sağlık Bakanlığı "Ortopedi Bilimsel Danışma Kurulu"ndan her bir hasta için kullanılmasına onay alınması şartıyla bedelleri Kurumca karşılanacaktır.
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM Tıbbi Malzeme	3.3 - Bazı tıbbi malzemelerin temin edilme esasları	3.3.16 – Çift yüzlü yama (mesh)			 (2) Çift yüzlü yamalar (meshler) özellikli vakalarda ameliyat öncesinde hastanın karın duvarı defektinin görüntüsünün (fotoğraf veya bilgisayarlı tomografi gibi bir görüntüleme aracı kullanılarak) epikrizde eklenmesi, kullanılacak meshin boyutu ve defektin boyutunun epikrizde ilişkilendirilmesi ile üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında genel cerrahi, göğüs cerrahisi veya plastik ve rekonstrüktif cerrahi kliniklerince düzenlenecek sağlık kurulu raporu ile hasta başına temin edilmesi durumunda bedeli Kurumca karşılanır.
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM Tıbbi Malzeme	3.3 - Bazı tıbbi malzemelerin temin edilme esasları	3.3.17 - Trakeobronşiyal stentler			(1) Üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında ilgili dal uzmanlarınca düzenlenecek sağlık kurulu raporuna istinaden bedeli Kurumca karşılanır. Malign olgularda ise, sağlık kurulu raporunda en az 1 onkoloji veya radyasyon onkolojisi uzmanı imzasının yer alması gerekmektedir.
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM Tıbbi Malzeme	3.3 - Bazı tıbbi malzemelerin temin edilme esasları	3.3.21 - Damar kapama ve kesme probu (açık cerrahi), doku füzyonu açık aleti			(2) Üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında, göğüs cerrahisi, genel cerrahi uzmanının olduğu sağlık kurulu raporu ile kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM Tıbbi Malzeme	3.3 - Bazı tıbbi malzemelerin temin edilme esasları	3.3.22 - Burun protezi			(1) Total burun defektlerinin rekonstrüksiyonu veya epitezin yenilenmesine gerek duyulduğu hallerde üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında sağlık kurulu raporuna istinaden bedeli Kurumca karşılanır.

BULGULAR

SUT Eklerinde ve SUT metninde yer alan 3. Basamak Sağlık Tesislerinde yapılabilecek işlemler ve kullanılabilecek tıbbi malzemeler değerlendirildiğinde;

Tablo 11. SUT'ta 3. Basamak Kısıtlaması Olan İşlem Sayıları

SUT EK 2 LİSTESİNDE BULUNAN 3. BASAMAK KISITLAMASI OLAN İŞLEM SAYILARI		
SUT EK 2 ADI	Toplam İşlem Sayısı	Kısıtlama Olan İşlem Sayısı
EK-2/A-2	527	1
EK-2/B	4.876	56
EK-2/C	2.262	11

Toplam 68 adet işlemde 3. Basamak kısıtlaması yer almaktadır. Bu işlemlerden 11 tanesi EK-2/C de yer almaktadır. EK-2/C'de yer alan 11 işlem aynı zamanda EK-2/B'de de yer almaktadır. Sadece EK-2/B listesinde ise 56 işlem bulunmaktadır. 1 işlemin ise EK-2/A-2 listesinde olduğu görülmüştür.

Tablo 12. SUT'ta 3. Basamak Kısıtlaması Olan Tıbbi Malzeme Sayıları

SUT EK 3 LİSTESİNDE BULUNAN 3. BASAMAK KISITLAMASI OLAN TIBBİ MALZEME SAYILARI		
SUT EK 3 ADI	Toplam Malzeme Sayısı	Kısıtlama Olan Malzeme Sayısı
EK-3/C-3	71	19
EK-3/E-1	242	16
EK-3/E-2	198	26
EK-3/G	217	1
EK-3/H	283	25
EK-3/I	426	12
EK-3/J	19	4
EK-3/K	21	2
TOPLAM	1.477	105

EK 3 listelerinde toplam 105 adet tıbbi malzemede 3. basamak kısıtlaması olup, bunların branş listelerine göre dağılımı gösterilmiştir.

Sağlık tesislerimizden gelen veriler değerlendirildiğinde; toplamda 278 tane SUT kodunda (işlem ve tıbbi malzeme) geri bildirim yapılmıştır. Bu kodlar incelendiğinde 202 tanesinin EK 2 listelerinde, 76 tanesinin ise EK 3 listelerinde yer aldığı görülmüştür.

Tablo 13. Sağlık Tesislerince Bildirilen 3. Basamak İşlem ve Malzeme Kısıtlama Sayıları

SAĞLIK TESİSLERİNCE BİLDİRİLEN 3. BASAMAK KISITLAMASI OLAN İŞLEM VE TIBBİ MALZEME SUT KOD SAYILARI DAĞILIMI		
SUT EK ADI	Bildirilen İşlem Sayısı	Bildirilen Tıbbi Malzeme Sayısı
EK-2/A-2	1	-
EK-2/Ç	20	-
EK-2/B	150	-
EK-2/C	31	-
EK-3/F-1	-	16
EK-3/E-1	-	36
EK-3/H	-	20
EK-3/L	-	4
TOPLAM	202	76

**SUT Eki Listelerde Yer Alan 3. Basamak Kısıtlamaları İle Sağlık Tesislerince
Bildirilen Kısıtlamaların Karşılaştırılması**

Tablo 14. SUT'ta Tespit Edilen Kısıtlamalar ile Sağlık Tesislerince Bildirilen Kısıtlama Sayıları

SAĞLIK TESİSLERİNDEN BİLDİRİLEN 3. BASAMAK KISITLAMASI OLAN İŞLEM VE TIBBİ MALZEME SUT KOD SAYILARI İLE SUT EKLERİNDE YER ALAN KISITLAMALARIN DAĞILIMI		
SUT EK ADI	Kısıtlanan Kod Sayısı	Bildirilen Kod Sayısı
EK-2/A-2	1	1
EK-2/B	56	150
EK-2/C	11	31
EK-2/Ç	-	20
EK-3/C-3	19	-
EK-3/E-1	16	36
EK-3/E-2	26	-
EK-3/F-1	-	16
EK-3/G	1	-
EK-3/H	25	20
EK-3/I	12	-
EK-3/J	4	-
EK-3/K	2	-
EK-3/L	-	4
TOPLAM	173	278

Bu tablo incelendiğinde sağlık tesislerimizden gelen veriler SUT eklerinde bulunan kısıtlama sayılarından daha fazla olduğu görülmektedir. Örneğin 2-B listesinde kısıtlama olan kod sayısı 56 adet iken, sağlık tesislerinden gelen geri bildirim 150 adet olmuştur.

87 Genel Sekreterliğin tamamından geri dönüş sağlanmış olup, 41 Genel Sekreterlik bu sınırlandırmalar nedeniyle işlem yapmakta güçlük çektiklerini ifade etmiştir. 46 Genel Sekreterlik ise 3. Basamak kısıtlaması olupta 2. Basamakta yapılan ya da yapılması planlanan işlemlerinin olmadığını bildirmiştir.

Tablo 15. Kısıtlama Bildirimi Yapan Genel Sekreterlikler

S.N	İŞLEM BİLDİREN GENEL SEKRETERLİKLER
1	ADANA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
2	ADIYAMAN İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
3	AFYONKARAHİSAR İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
4	ANKARA 1. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
5	ANTALYA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
6	AYDIN İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
7	BALIKESİR İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
8	BURSA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
9	ÇANAKKALE İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
10	ÇANKIRI İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
11	DENİZLİ İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
12	DİYARBAKIR İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
13	EDİRNE İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
14	ELAZIĞ İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
15	ERZURUM İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
16	ESKİŞEHİR İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
17	GAZİANTEP İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
18	GİRESUN İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
19	ISPARTA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
20	İSTANBUL BEYOĞLU KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
21	İZMİR GÜNEY KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ KUZAY SEKRETERLİĞİ
22	İZMİR KUZAY KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GÜNEY SEKRETERLİĞİ
23	KAHRAMANMARAŞ İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
24	KARABÜK İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
25	KARAMAN İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
26	KASTAMONU İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
27	KIRKLARELİ İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
28	KOCAELİ İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
29	KONYA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
30	MERSİN İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
31	MUŞ İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
32	NEVŞEHİR İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
33	ORDU İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
34	RİZE İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
35	SİNOP İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ

36	SİVAS İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
37	TEKİRDAĞ İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
38	TOKAT İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
39	TRABZON İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
40	YALOVA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
41	ZONGULDAK İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ

41 Genel Sekreterlik tarafından gönderilmiş olan veriler incelendiğinde işlem bazında toplam 202 adet SUT kodu bildirilmiş olup, kaçar defa bildirildiği aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 16. Genel Sekreterlikler Tarafından Bildirilen SUT Kodlarının Frekansları

S.N.	KOD	F	KOD	F	KOD	F	KOD	F	KOD	F
1	403040	1	610980	1	611580	1	700670	1	908210	1
2	403050	1	610990	1	611590	1	700941	2	908280	1
3	403110	1	611000	1	611600	1	700943	3	908290	1
4	404150	1	611010	1	611620	1	701031	1	908300	1
5	404360	1	611020	1	611630	1	701041	1	908320	1
6	404390	1	611030	1	611640	1	701062	1	915033	1
7	404400	1	611040	1	611650	1	701063	1	P603640	5
8	404410	1	611050	1	611680	1	702712	1	P603755	6
9	404420	1	611060	1	611690	1	704110	1	P603781	1
10	405040	1	611070	1	611691	1	704370	1	P603841	1
11	405055	1	611080	1	611700	1	801590	1	P603861	1
12	405080	1	611090	1	611710	1	802730	1	P604160	1
13	405120	1	611100	1	611720	1	802760	1	P608940	10
14	405170	1	611110	1	611730	1	802830	2	P608950	1
15	405230	1	611120	1	611740	1	802890	1	P609781	1
16	405260	1	611130	1	611750	1	802910	1	P609782	1
17	405270	1	611140	1	611760	1	803360	1	P609872	1
18	405350	1	611150	1	611770	1	803370	1	P610130	1
19	406050	1	611160	1	611780	1	803890	1	P610531	1
20	406060	1	611170	1	612320	1	803920	1	P610590	1
21	514020	1	611180	1	612330	1	804030	1	P610625	1
22	530020	1	611190	1	612340	1	804080	1	P614040	2
23	530190	1	611200	1	612420	1	804090	1	P614150	2
24	530200	1	611210	1	612520	1	804100	1	P614660	1
25	530410	1	611220	1	612560	1	804180	1	P617051	1
26	530560	1	611230	1	612570	1	804210	1	P617052	1
27	550010	1	611240	1	612760	1	804240	1	P618200	1
28	550190	1	611290	1	612830	1	804310	1	P618201	1
29	590001	1	611300	2	612850	1	804320	1	P618202	1
30	600980	1	611310	1	612910	1	804330	1	P619920	1

31	603610	1	611320	1	614150	1	804480	1	P619930	1
32	603640	13	611340	1	615920	1	901145	1	P620160	1
33	603754	4	611350	1	617720	1	901146	2	P620340	1
34	603755	5	611360	1	618200	1	901450	7	P620370	1
35	604155	2	611370	1	618201	1	901660	3	P620600	1
36	604610	1	611380	1	618202	1	908120	1	P620640	1
37	604851	1	611390	1	618203	1	908130	1	P621180	1
38	608940	9	611400	1	619460	1	908140	2		
39	610950	1	611410	1	619990	1	908150	2		
40	610960	1	611420	1	620462	1	908160	1		
41	610970	1	611430	2	630640	1	908170	2		

41 Genel Sekreterlik tarafından en fazla bildirimi yapılan işlem kodları şu şekildedir.

Tablo 17. En Fazla Bildirimi Yapılan SUT Kodları

SUT KODU	SUT ADI	EK ADI	AÇIKLAMA	Bildirim Sayısı
603640	Küçültme mammoplastisi, iki taraf	Ek-2/B	Klinik bulgusu olan makromasti hastalarında yaş kısıtlaması olmaksızın, meme büyüklüğüne eşlik eden bulgulardan; "(N64.4), (L30.4), (M54), (M75.9), (M40.1) (M70.8), (E66.8) (E66.9)" ICD-10 kodlu hastalıklardan en az üçünün veya "(Q83.9), (N60)" ICD-10 kodlu hastalıklardan en az birinin varlığının üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusunca düzenlenen sağlık kurulu raporunda belirtilmiş olması halinde Kurumca karşılanır. Aynı faturada iki defa kodlanmaz.	13
P608940	Videotorakoskopi, torakal sempatektomi	Ek-2/C	Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca faturalandırılır. Hiperhidroz için sağlık kurulu raporu ile tıbbi gerekçe belirtilmelidir.Diğer endikasyonlar hariç.	10
608940	Videotorakoskopi, torakal sempatektomi	Ek-2/B	Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca faturalandırılır. Hiperhidroz için sağlık kurulu raporu ile tıbbi gerekçe belirtilmelidir.Diğer endikasyonlar hariç	9
901450	Glikolize hemoglobin (Hb A1C), HPLC yöntemi ile	Ek-2/A-2	Sadece diyabetik hastalarda faturalandırılır. Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca en fazla üç ayda bir faturalandırılır.	7
P603755	Meme duktus eksizyonu	Ek-2/C	Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından faturalandırılır.	6
P603640	Küçültme mammoplastisi, iki taraf	Ek-2/C	Klinik bulgusu olan makromasti hastalarında yaş kısıtlaması olmaksızın, meme büyüklüğüne eşlik eden bulgulardan; "(N64.4), (L30.4), (M54), (M75.9), (M40.1) (M70.8), (E66.8) (E66.9)" ICD-10 kodlu hastalıklardan en az üçünün veya "(Q83.9), (N60)" ICD-10 kodlu hastalıklardan en az birinin varlığının üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusunca düzenlenen sağlık kurulu raporunda belirtilmiş olması halinde Kurumca karşılanır. Aynı faturada iki defa kodlanmaz.	5

Bu bağlamda 120 adet işlem kodu birer (1) kez bildirilmiştir.

41 Genel Sekreterlik tarafından bildirilen işlem kodları için yapılan açıklamalar ve mevcut durum değerlendirildiğinde aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

Tablo 18. Sağlık Tesislerinin Kısıtlama Olan Kodlara Yönelik Yapılan Açıklamalar

Açıklama Şekli	Açıklama Yapılan Kod Sayısı
Açıklama yapılmamış	21
Halen Yapılıyor	32
İşlem Yapılıyor/Malzemesi Ödenmiyor	1
Yapılmıyor/Yapılması Planlanıyor	145
Yapılmıyor/Yapılması Planlanmıyor	3
TOPLAM	202

2012 Yılı verilerine göre 3. Basamak kısıtlaması olan bazı işlemlerde kısıtlamadan önce 2. Basamak sağlık tesisleri tarafında yapılan işlemlerin sayıları ve tutarları aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 19. 2012 Yılında Yapılan Kısıtlama Olan Kodların İşlem Sayıları ve Tutarları

SUT KODU	2. BASAMAK İŞLEM SAYISI	2. BASAMAK İŞLEM TUTARI	3. BASAMAK İŞLEM SAYISI	3. BASAMAK İŞLEM TUTARI
901450	50216	854.176,90 TL	66356	1.216.021,05 TL
590001	YOK		22	
603640	24	10.680,00 TL	481	213.822,50 TL
P603640	1818	2.448.746,40 TL	800	1.073.307,60 TL
608940	37	15.308,17 TL	151	58.961,05 TL
603754	YOK		YOK	
603755	YOK		YOK	
P603755	YOK		YOK	
604155	YOK		YOK	

P604155	YOK		YOK	
608940	37	15.308,17 TL	151	58.961,05 TL
P608940	351	431.050,00 TL	103	128.020,00 TL
617051	YOK		9	800,55 TL
P617051	YOK		222	27.918,44 TL
617052	YOK		1	177,90 TL
P617052	YOK		YOK	
618200	YOK		144	110.527,56 TL
P618200	2		157	270.105,00 TL
618201	YOK		1	640,00 TL
P618201	YOK		YOK	
618202	YOK		YOK	
P618202	YOK		2	2.517,02 TL
618203	YOK		YOK	
P618203	YOK		YOK	
700943	YOK		YOK	
P700943	YOK		14	26.950,00 TL
702712	YOK		YOK	
901145	YOK		YOK	
901146	YOK		YOK	
901660	2	34,00 TL	2	35,70 TL
908120	YOK		YOK	
908130	3	203,04 TL	119	8.346,18 TL
908140	46	4.678,20 TL	7893	852.872,46 TL
908150	52332	5.324.534,03 TL	82838	8.485.794,10 TL
TOPLAM	104.868	9.104.718,91 TL	159.466	12.535.778,16 TL

SONUÇ VE ÖNERİLER

25 Mart 2013 tarihinde yayımlanan SUT ile daha önce SUT metinlerinde ve listelerinde yer almayan 3. Basamak kısıtlamaları getirilmiştir.

Geçen yaklaşık bir yıllık süreçte sahadan konu ile ilgili geri bildirimler olmaktadır. Raporun hazırlanmasındaki esas amaç yapılan bu yeni düzenlemenin sahaya yansımalarının ortaya konulmasıdır.

SUT metni ve Ekleri incelendiğinde toplam 173 adet işlem ve malzeme kullanımında 3. Basamak kısıtlaması olduğu saptanmıştır. Sağlık tesislerince ise bu kapsamda toplam 278 adet işlem ve malzeme bildirilmiştir. Sahada kısıtlama algılamasının daha fazla olduğu görülmektedir.

Tablo 17 gösterilen işlemlerde en fazla bildirim yapılmıştır. 120 adet işlem kodunda ise yalnızca 1 kez bildirim olmuştur.

Tedavi edici sağlık hizmetlerine her geçen gün talep artmakta, hekime ulaşılabilirlik kolaylaşmakta iken tedaviye yönelik işlemlerde ve malzemelerde kısıtlama yapmak son derece hassas bir konudur.

3. Basamak sağlık tesislerinde yapılması halinde SGK tarafından ödeneceği belirtilen işlemlerin bazılarının 25 Mart 2013 tarihinden önce 2. Basamak sağlık tesislerinde yapıldığı ve SGK'ya 9.104.718,91 TL fatura edildiği Tablo 19'dan anlaşılmaktadır.

Sağlık tesislerinden gelen veriler değerlendirildiğinde P608940 ve 608940 SUT Kodlu "Videotorakoskopi, torakal sempatektomi" işlemi 2012 yılında 2. Basamak sağlık tesisleri tarafından 1.855 adet yapıldığı ve 2.464.054,57 TL SGK'na fatura edildiği saptanmıştır. Özellikle P608940 ve 608940 SUT Kodlu "Videotorakoskopi, torakal sempatektomi" işlemi, 19 adet Genel Sekreterlik tarafından geri bildirimi yapılmıştır. Bu işlem, Genel Sekreterlikler tarafından en fazla geri bildirimi yapılan işlem olmuştur.

Eskişehir, Mersin, Tekirdağ gibi nüfus popülasyonu yüksek illerimizde hizmet veren 2. Basamak sağlık tesislerinde bu tarz kısıtlamaların sıkıntı nedeni olduğu görülmüştür. Donanım ve personel açısından yeterli olan 2. Basamak sağlık tesislerinde, SUT ile yapılan çeşitli kısıtlamalar hasta mağduriyetine ve sevk maliyetlerinin ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir.

Ayrıca SUT Ek-3 malzeme listelerinde yer alan en az 3 uzmanın raporu ile kullanılabilecek tıbbi malzemeler ile yapılan işlemlerde dolaylı olarak kısıtlanmış olmaktadır.

Bu tarz kısıtlamalar hastaların ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetine ulaşımı da kısıtlayabilmektedir. SGK tarafından yayınlanmakta olan SUT ve Eklerinde, ödeme yöntemi ile ilgili düzenleme yapılırken, paydaşların katılımlarıyla bilimsel toplantılar gerçekleştirilmektedir.

Bakanlığımızı bu toplantılarda temsil yetkisi bulunan Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğümüzce hazırlanan raporun sosyal politikalarımız yönünden değerlendirilmesi büyük önem arz etmektedir.

EKLER