

Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığından:

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİNDE DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR TEBLİĞ

MADDE 1- 24/3/2013 tarihli ve 28597 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinin 2.4.4.G numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“2.4.4.G - Genetik tetkikler

2.4.4.G-1 - Sitogenetik tetkikler

(1) SUT eki EK-2/B Listesinde “9.B. Sitogenetik Tetkikler” başlığında yer alan işlem kodları (“9.B.1. Moleküler Sitogenetik Tetkikler” alt başlığı altında yer alan tetkikler hariç);

a) Sözleşmeli/protokollü üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından faturalandırılır. Sözleşmeli/protokollü üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından, herhangi bir sebeple yapılamayan tetkikler başka bir ruhsatlı Genetik Hastalıklar Değerlendirme Merkezinden (GHDM) hizmet alımı yöntemi ile sağlanarak faturalandırılabilir.

b) Bünyelerinde Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlı GHDM bulunan ikinci basamak sağlık hizmeti sunucularında yapılması halinde 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 başka bir ruhsatlı GHDM’den hizmet alımı yöntemi ile sağlanarak faturalandırılabilir.

(2) SUT eki EK-2/B Listesinde “9.B.1. Moleküler Sitogenetik Tetkikler” alt başlığında yer alan işlem kodları;

a) Sözleşmeli/protokollü üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından faturalandırılır. Sözleşmeli/protokollü üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından, herhangi bir sebeple yapılamayan tetkikler hizmet alımı yöntemi ile sağlanarak faturalandırılabilir.

b) Bünyelerinde Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlı GHDM bulunan ikinci basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından yapılması halinde faturalandırılır.

(3) Yapılan işlemlere ait ayrıntılı teknik açıklamayı içeren rapor ile analiz görüntülü sonuçlarının orijinal cihaz çıktılarının imzalı fotokopisi faturaya eklenecektir. Ayrıca imzalı orijinal cihaz çıktıları istendiğinde Kuruma ibraz edilmek üzere sağlık hizmeti sunucusunda saklanacaktır. Hekim tarafından istem formunda tetkik endikasyonu, tanı için gerekliliği ve tedavi protokolünü değiştirip değiştirmediği belirtilmeli ve bir örneği faturaya eklenmelidir.

2.4.4.G-2 - Moleküler tetkikler

(1) SUT eki EK-2/B Listesinde “9.C. Moleküler Genetik Tetkikler” başlığında yer alan işlem kodları (“9.C.1. Onkolojik Moleküler Tetkikler” alt başlığında yer alan işlem kodları hariç);

a) Sözleşmeli/protokollü üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından faturalandırılır. Sözleşmeli/protokollü üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından, herhangi bir sebeple yapılamayan tetkikler başka bir ruhsatlı GHDM’den hizmet alımı yöntemi ile sağlanarak faturalandırılabilir.

b) Bünyelerinde Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlı GHDM bulunan ikinci basamak sağlık hizmeti sunucularında yapılması halinde 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 başka bir ruhsatlı GHDM’den hizmet alımı yöntemi ile sağlanarak faturalandırılır.

(2) SUT eki EK-2/B Listesinde “9.C.1. Onkolojik Moleküler Tetkikler” alt başlığında yer alan işlem kodları;

a) Sözleşmeli/protokollü üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından faturalandırılır. Sözleşmeli/protokollü üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından, herhangi bir sebeple yapılamayan tetkikler hizmet alımı yöntemi ile sağlanarak faturalandırılabilir.

b) Bünyelerinde Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlı GHDM bulunan ikinci basamak sağlık hizmeti sunucularında yapılması halinde faturalandırılır.

(3) Adli veya tıbbi endikasyonlara bağlı zorunluluklar dışında kişinin kendi isteğine bağlı olarak yapılan tetkikler Kurumca karşılanmaz. Yapılan işlemlere ait ayrıntılı teknik açıklamayı içeren ayrıntılı rapor ile analiz görüntülü sonuçlarının orijinal cihaz çıktılarının imzalı fotokopisi faturaya eklenecektir. Ayrıca imzalı orijinal cihaz çıktıları istendiğinde Kuruma ibraz edilmek üzere sağlık hizmeti sunucusunda saklanacaktır. Hekim tarafından istem formunda tetkik endikasyonu, tanı için gerekliliği ve tedavi protokolünü değiştirip değiştirmediği belirtilmeli ve bir örneği faturaya eklenmelidir.”

MADDE 2- Aynı Tebliğin 2.4.4.İ numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) 2.4.4.İ-2 numaralı alt maddesinin dördüncü fıkrasında yer alan “908746” ibaresi “G101600” şeklinde değiştirilmiştir.

b) 2.4.4.İ-3 numaralı alt maddesinin beşinci fıkrasında yer alan “908747” ibaresi “G101610” şeklinde değiştirilmiştir.

MADDE 3- Aynı Tebliğin 3.3.6 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) 3.3.6.A-1 numaralı alt maddesinin onuncu fıkrası yürürlükten kaldırılmıştır.

b) 3.3.6.A-2 numaralı alt maddesinin dördüncü fıkrası yürürlükten kaldırılmıştır.

c) 3.3.6.B numaralı alt maddesinin ikinci fıkrasında yer alan “(maske, kanül taşıyıcı hortum, nemlendirici gibi)” ibaresi ve dokuzuncu fıkrası yürürlükten kaldırılmıştır.

MADDE 4- Aynı Tebliğin 3.3.8 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) 3.3.8.A numaralı alt maddesinin başlığında yer alan “parapodium,” ibaresi ve ikinci fıkrası yürürlükten kaldırılmıştır.

b) 3.3.8. B numaralı alt maddesinin ikinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(2) Bu hastalarda, ayrıca tekerlekli sandalye ve ayakta dik konumlandırma cihaz bedeli Kurumca karşılanmaz.”

MADDE 5- Aynı Tebliğin 4.2.14.C numaralı maddesinin üçüncü fıkrasının (pp) bendine aşağıdaki alt bent eklenmiştir.

“(4) ECOG performans skoru 0-1 olan ve bilinen EGFR, ALK, ROS mutasyonu ve/veya semptomatik beyin metastazı olmayan, daha önce en az bir basamak kemoterapi tedavisi almış ve sonrasında progresyon gelişmiş olan lokal ileri ve/veya

metastatik küçük hücreli dışı akciğer kanseri olan hastaların tedavisinde monoterapi olarak progresyona kadar kullanılır. Bu durumların belirtildiği, en az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı tedavi protokolünü de gösterir 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Tedavinin devamı için düzenlenecek sağlık kurulu raporunda hastalıkta progresyon olmadığı belirtilmelidir. İpilimumab etkin maddeli ilaç ile ardışık veya kombine kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanmaz. Nivolumab tedavisi sırasında veya sonrasında başka bir PD 1/PD L1 inhibitörü kullanılamaz. Nivolumab tedavisi öncesinde immünoterapi tedavisi almış ve bu tedavi ile hastalığı progresse olmuş hastalarda kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanmaz.”

MADDE 6- Aynı Tebliğin 4.2.39 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Maddenin başlığına “Kseroderma Pigmentosum” ibaresinden sonra gelmek üzere “ve Albinizm (okülökütanöz)” ibaresi eklenmiştir.

b) Maddenin birinci fıkrasına “Kseroderma pigmentosum” ibaresinden sonra gelmek üzere “ve albinizm (okülökütanöz)” ibaresi eklenmiştir.

MADDE 7- Aynı Tebliğin 4.2.49 numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“4.2.49 – Spinal Musküler Atrofi hastalığında nusinersen sodium kullanım ilkeleri;

4.2.49.A – Spinal Musküler Atrofi Tip-1 (SMA Tip-1) hastalığında;

(1) SMA Tip-1 tedavisinde kullanılan ilaçlar çocuk nörolojisi uzman hekiminin yer aldığı ilk 4 uygulama için 3 ay süreli sonraki uygulamalar için 4 ay süreli Kurumca belirlenen üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında düzenlenen sağlık kurulu raporuna istinaden “Sağlık Bakanlığı-Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu İlaçların Kişisel Tedavide Kullanılmalarını Değerlendirme Komisyonu” tarafından verilecek “İlaç Kullanım Onayı” ile Kurumca belirlenen üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında çocuk nörolojisi uzman hekim tarafından her bir uygulama için ayrı ayrı reçete edilir. “İlaç Kullanım Onayı”nın; ilk 4 uygulama için tek seferde ve sonraki her bir uygulama için ise ayrı ayrı verilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.

(2) Nusinersen Sodium etken maddesini içeren ilacın; tescilli yapılmış yenidoğan ve çocuk yoğun bakım servisi bulunan, bünyesinde çocuk nörolojisi uzmanının da yer aldığı, beslenme ve diyetetik ile fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin multidisipliner bir yaklaşımla sunulabileceği Kurumca belirlenen üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır.

(3) Hastalarda aşağıda yer alan kriterlerin tamamının sağlanması halinde Kurumca bedeli karşılanır.

a) Genetik (5qSMA; homozigot gen delesyonu veya homozigot gen mutasyonu veya bileşik heterozigot gen mutasyonu olan ve SMN2 kopya sayısının en az 1 olduğunun gösterilmesi kaydıyla) ve klinik olarak SMA Tip-1 tanısı konmuş ve birisi çocuk nörolojisi uzmanı olmak üzere 3 uzman hekimden oluşan konsey kararına istinaden yurt dışı ilaç kullanım başvurusu yapılarak “Sağlık Bakanlığı-Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu İlaçların Kişisel Tedavide Kullanılmalarını Değerlendirme Komisyonu” tarafından verilecek “İlaç Kullanım Onayı” bulunmalıdır.

b) Klinik belirti ve bulgular, SMA Tip-1 ile uyumlu olarak ≤ 6 ay (180 gün) iken başlamış olmalıdır.

c) Bu maddenin 3 üncü fıkrasının (a) ve (b) bentlerinde belirtilen kriterlere uyan hastalarda invaziv/non invaziv mekanik solunum desteği ihtiyacı olup olmadığına bakılmaksızın tedavie başlanır. İlk 4 doz ilaç kullanımı başlangıç tedavisi olarak kabul edilir ve ilk 4 doz ilaç kullanımı sürecinde SMA’dan kaynaklı invaziv mekanik solunum desteği ihtiyacı ve süreleri değerlendirmelerde dikkate alınmaz. 5 inci ve takip eden dozlar idame tedavilerdir.

ç) Lomber ponksiyon prosedürleri, BOS sirkülasyonu veya güvenilirlik değerlendirmelerini engelleyebilecek bir beyin veya spinal kord hastalığı veya öyküsü olmamalıdır.

d) BOS drenajı için implant edilmiş bir şant veya implante edilmiş bir BOS kateteri bulunmaması gerekmektedir.

e) Bakteriyel menenjit veya viral ensefalit hastalığı veya öyküsü olmamalıdır.

f) Hipoksik iskemik ensefalopati tanısı almamış olmalı ve hipoksik doğuma bağlı nörolojik sekelleri bulunmamalıdır.

4.2.49.B – Spinal Musküler Atrofi Tip-2 (SMA Tip-2) ve Spinal Musküler Atrofi Tip-3 (SMA Tip-3) hastalığında;

(1) Hastalarda aşağıda yer alan kriterlerin tamamının sağlanması halinde Kurumca bedeli karşılanır.

a) Genetik (5qSMA; homozigot gen delesyonu veya homozigot gen mutasyonu veya bileşik heterozigot gen mutasyonu olan ve SMN2 kopya sayısının en az 2 olduğunun gösterilmesi kaydıyla) ve klinik olarak SMA Tip-2 veya SMA Tip-3 tanısı konmuş ve Kurumca belirlenen üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında en az birisi çocuk nörolojisi/nöroloji uzmanı ve ortopedi ve travmatoloji veya beyin ve sinir cerrahisi uzmanı olmak üzere 3 uzman hekimden oluşan sağlık kurulu raporuna istinaden yurt dışı ilaç kullanım başvurusu yapılarak “Sağlık Bakanlığı-Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu İlaçların Kişisel Tedavide Kullanılmalarını Değerlendirme Komisyonu” tarafından verilecek “İlaç Kullanım Onayı” bulunmalıdır.

b) Klinik belirti ve bulgular, SMA Tip-2 veya SMA Tip-3 ile uyumlu olarak ≥ 6 ay (180 gün) iken başlamış olmalıdır.

c) İnvaziv/non invaziv mekanik solunum desteği ihtiyacı olmayan ve normal yutma refleksine sahip ve oral beslenebilen hastalarda tedaviye başlanır.

ç) Lomber ponksiyon prosedürleri, BOS sirkülasyonu veya güvenilirlik değerlendirmelerini engelleyebilecek bir beyin veya spinal kord hastalığı veya öyküsü olmamalıdır.

d) BOS drenajı için implante edilmiş bir şant veya implante edilmiş bir BOS kateteri bulunmaması gerekmektedir.

e) Bakteriyel menenjit veya viral ensefalit hastalığı veya öyküsü olmamalıdır.

f) Hipoksik iskemik ensefalopati tanısı almamış olmalı ve hipoksik doğuma bağlı nörolojik sekelleri bulunmamalıdır.

g) Lomber ponksiyon uygulanmasına engel bir durum olmadığının “İlaç Kullanım Onayı” nda belirtilmiş olması gerekmektedir.

(2) “Nusinersen Sodium” pozolojisi SMA Tip-2 veya SMA Tip-3 hastalarında 0, 14, 28 ve 63 üncü günler olmak üzere 4 doz yükleme dozu şeklindedir. İdame dozlar da 4 ayda bir uygulanır. İlk 4 doz için tek sağlık kurulu raporu, idame tedavilerde ise her bir uygulama için ayrı ayrı sağlık kurulu raporuna istinaden “Sağlık Bakanlığı-Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu İlaçların Kişisel Tedavide Kullanılmalarını Değerlendirme Komisyonu” tarafından verilecek “İlaç Kullanım Onayı” ile çocuk nörolojisi/nöroloji uzman hekim tarafından her bir uygulama için ayrı ayrı reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.”

MADDE 8- Aynı Tebliğin 4.4.1 numaralı maddesinin üçüncü fıkrasında yer alan “veya referans durumlarında ortaya çıkabilecek” ibaresi yürürlükten kaldırılmıştır.

MADDE 9- Aynı Tebliğ eki “Ayaktan Başvurularda İlave Olarak Faturalandırılacak İşlemler Listesi (EK-2/A-2)” nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan "9.C-Moleküler Tetkikler" başlığındaki tetkikler” satırından sonra gelmek üzere aşağıdaki satırlar eklenmiştir.

	SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan “9.B. SİTOGENETİK TETKİKLER” başlığındaki tetkikler	
	SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan “9.B.1. MOLEKÜLER SİTOGENETİK TETKİKLER” başlığındaki tetkikler”	
	SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan “9.C. MOLEKÜLER GENETİK TETKİKLER” başlığındaki tetkikler	
	SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan “9.C.1. ONKOLOJİK MOLEKÜLER TETKİKLER” başlığındaki tetkikler	

b) Listede yer alan aşağıdaki işlem satırları yürürlükten kaldırılmıştır.

	SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan "9.B-Sitogenetik Tetkikler" başlığındaki tetkikler	
	SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan "9.C-Moleküler Tetkikler" başlığındaki tetkikler	

MADDE 10- Aynı Tebliğ eki;

- “Ayaktan Başvurularda Ödeme Listesi (EK-2/A)” Ek-1’deki şekilde,
- “Hizmet Baş İşlem Puan Listesi (EK-2/B)” Ek-2’deki şekilde,
- “Tanıya Dayalı İşlem Puan Listesi (EK-2/C)” Ek-3’teki şekilde,
- “Diş Tedavileri Puan Listesi (EK-2/Ç)” Ek-4’teki şekilde, değiştirilmiştir.

MADDE 11- Aynı Tebliğ eki “İlave Ücret Alınmayacak İşlemler Listesi (EK-2/G)” nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan “614980” SUT kodlu işlem satırından sonra gelmek üzere aşağıdaki satır eklenmiştir.

614981	İntraoperatif nöronavigasyon
--------	------------------------------

b) Listede yer alan “614980” SUT kodlu işlem satırı yürürlükten kaldırılmıştır.

c) Listede yer alan “P614980” SUT kodlu işlem satırından sonra gelmek üzere aşağıdaki satır eklenmiştir.

P614981	İntraoperatif nöronavigasyon
---------	------------------------------

c) Listede yer alan “P614980” SUT kodlu işlem satırı yürürlükten kaldırılmıştır.

MADDE 12- Aynı Tebliğ eki;

- “Birden Fazla Branşta Kullanılan Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/A)” Ek-5’deki şekilde,
- “Ayakta Tedavilerde Kullanılan Tıbbi Malzemeler (EK-3/C)” Listesi Ek-6’daki şekilde,
- “Tıbbi Uygunluk Aranacak Tıbbi Malzemeler (EK-3/C-1)” Listesi Ek-7’deki şekilde,
- “Eksternal Alt ve Üst Ekstremit/Gövde Protez Ortezler Listesi (EK-3/C-2)” Ek-8’deki şekilde,
- “Diğer Protez Ortezler Listesi (EK-3/C-3)” Ek-9’daki şekilde,
- “Tıbbi Sarf Malzemeler Listesi (EK-3/C-4)” Ek-10’daki şekilde,
- “Özel Hallerde Karşılanan Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/C-5)” Ek-11’deki şekilde,
- “Omurga Cerrahisi Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/E-1)” Ek-12’deki şekilde,
- “Beyin Cerrahisi Branşı Kranial Cerrahisi Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/E-2)” Ek-13’deki şekilde,
- “Ortopedi ve Travmatoloji Branşı Artroplastisi Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/F-1)” Ek-14’deki şekilde,
- 1) “Ortopedi ve Travmatoloji Branşı Artroskopi ve Eklem Cerrahisi Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/F-2)” Ek-15’deki şekilde,
- i) “Ortopedi ve Travmatoloji Branşı Tümör Rezeksiyon Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/F-3)” Ek-16’daki şekilde,
- j) “Ortopedi ve Travmatoloji Branşı Travma ve Rekonstrüksiyon Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/F-4)” Ek-17’deki şekilde,
- k) “Göz Sağlığı ve Hastalıkları Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/G)” Ek-18’deki şekilde,
- l) “Kardiyoloji Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/H)” Ek-19’daki şekilde,
- m) “Kalp Damar Cerrahisi Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/I)” Ek-20’deki şekilde,
- n) “Kulak Burun Boğaz Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/J)” Ek-21’deki şekilde,
- o) “Kadın Hastalıkları ve Doğum Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/K)” Ek-22’deki şekilde,
- ö) “Üroloji Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/L)” Ek-23’deki şekilde,
- p) “Radyoloji Branşı ve Endovasküler/Nonvasküler Girişimsel İşlemlere Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/M)” Ek-24’deki şekilde,

- r) “Allogreft Ürün Grubu Listesi (EK-3/N-1)” Ek-25’deki şekilde,
- s) “Xenogreft Ürün Grubu Listesi (EK-3/N-2)” Ek-26’daki şekilde,
- ş) “Hematoloji-Onkoloji Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/O)” Ek-27’deki şekilde,
- t) “Nefroloji Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/P)” Ek-28’deki şekilde,
- u) “Gastroenteroloji Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/R)” Ek-29’daki şekilde,
- ü) “Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Branşlarına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/S)” Ek-30’daki şekilde,
- v) “Anesteziyoloji, Reanimasyon ve Ağrı Tedavisi Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/T)” Ek-31’deki şekilde,

değiştirilmiştir.

MADDE 13- Aynı Tebliğ eki “Ayakta Tedavide Sağlık Raporu (Uzman Hekim Raporu/Sağlık Kurulu Raporu) ile Verilebilecek İlaçlar Listesi (EK-4/F)” nin “80” numaralı maddesinde “hiperamonyemi” ibaresinden sonra gelmek üzere “; izovalerik asidemiye bağlı hiperamonyemi, metilmalonik asidemiye bağlı hiperamonyemi veya propiyonik asidemiye bağlı hiperamonyemi” ibaresi eklenmiştir.

MADDE 14- Bu Tebliğin;

- a) 7 nci maddesi 1/2/2022 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,
 - b) 1 inci, 2 nci, 5 inci, 6 ncı, 8 ilâ 11 inci ve 13 üncü maddeleri yayımı tarihinden 5 iş günü sonra,
 - c) Diğer hükümleri yayımı tarihinde,
- yürürlüğe girer.

MADDE 15- Bu Tebliğ hükümlerini Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı yürütür.