

İlgili Madde Başlığı	Eski Hali	Yeni Hali	Açıklama
2.4.4.F-2 - Fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemlerinin faturalandırılması	(3) 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 malulü hastalarda SUT'un 2.4.4.F-1 maddesinde tanımlanan raporlara göre fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları Kurumca karşılanır.	(3) 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 malulü hastalarda SUT'un 2.4.4.F-1 maddesinde tanımlanan raporlara göre fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları Kurumca karşılanır. Ancak bölge seans kontrolüne tabi fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları için aynı bölgeden toplam 30 seans, iki farklı vücut bölgesinden toplam 60 seans fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemlerinden daha fazla tedavi gereken durumlarda, bu kişilerin fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları Türk Silahlı Kuvvetleri ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık hizmeti sunucularında görevli fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimince 30'ar seanslık rapor düzenlenmesi ve tedavinin raporun düzenlendiği sağlık hizmeti sunucularınca yapılması halinde Kurumca karşılanır.	(Ek: RG-18/02/2015-29271/1 md. Yürürlük: 18/02/2015)
2.4.4.F-3 - Kurumla sözleşmeli özel sağlık hizmeti sunucularında fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları	a) Özel sağlık hizmet sunucularınca yatarak tedavilerde sadece SUT eki EK-2/D-2 Listesinde (*) işaretli tanılarda yapılan uygulamalar Kuruma fatura edilebilir. Bu tedaviler bir yıl içerisinde 60 seansı geçemez.	a) Özel sağlık hizmet sunucularınca yatarak tedavilerde sadece SUT eki EK-2/D-2 Listesinde G80 ve (*) işaretli tanılarda yapılan uygulamalar Kuruma fatura edilebilir. Bu tedaviler bir yıl içerisinde 60 seansı geçemez.	(Ek: RG-18/02/2015-29271/2 md. Yürürlük: 18/02/2015)
2.4.4.İ-1 - İnvitro fertilizasyon (IVF)	(1) Evli olmakla birlikte evlat edinilmiş çocukları hariç çocuk sahibi olmayan genel sağlık sigortalısı kadın ise kendisine, erkek ise bakmakla yükümlü olduğu karısına, en fazla üç deneme (siklus) ile sınırlı olmak üzere uygulanan IVF tedavilerine ilişkin giderler, aşağıda belirtilen şartların birlikte gerçekleşmesi halinde Kurumca karşılanır.	(1) Evli olmakla birlikte daha önceki evliliklerinden çocuk sahibi olup olmadığına bakılmaksızın evlat edinilmiş çocukları hariç mevcut evliliğinde çocuk sahibi olmayan genel sağlık sigortalısı kadın ise kendisine, erkek ise bakmakla yükümlü olduğu karısına, en fazla üç deneme (siklus) ile sınırlı olmak üzere uygulanan IVF tedavilerine ilişkin giderler, aşağıda belirtilen şartların birlikte gerçekleşmesi halinde Kurumca karşılanır.	(Değişik:RG-18/02/2015-29271/3 md. Yürürlük: 18/02/2015)

2.4.4.İ-1-2 - IVF sağlık kurulu raporu	(6) İkinci IVF tedavisi için de yeniden sağlık kurulu raporu düzenlenmesi gereklidir.	(6) Her bir IVF tedavisi için sağlık kurulu raporu düzenlenmesi gereklidir.	(Değişik:RG-18/02/2015-29271/4 md. Yürürlük: 18/02/2015)
3.1.3 - Yatarak tedavilerde kullanılan tıbbi malzemeler	(2) Aşağıda tanımlı SUT eki listelerde yer almayan tıbbi malzeme bedelleri Kurumca karşılanmaz. Ancak Kamu İhale Kanununa tabi olan resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında alım tarihi ve/veya 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu kapsamında kesinleşen ihale karar tarihi 1/10/2014 tarihinden önce olmak kaydıyla “Birden Fazla Branşta Kullanılan Tıbbi Malzemeler (EK-3/A)” kapsamında değerlendirilecek ürünler için 1/4/2015 tarihine kadar bu şart aranmaz.	(2) Aşağıda tanımlı SUT eki listelerde yer almayan tıbbi malzeme bedelleri Kurumca karşılanmaz. Ancak Kamu İhale Kanununa tabi olan resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında alım tarihi ve/veya 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu kapsamında kesinleşen ihale karar tarihi 1/10/2014 tarihinden önce olmak kaydıyla “Birden Fazla Branşta Kullanılan Tıbbi Malzemeler (EK-3/A)” kapsamında değerlendirilecek ürünler için 1/7/2015 tarihine kadar bu şart aranmaz.	(Değişik:RG-18/02/2015-29271/5 md. Yürürlük: 18/02/2015)
3.1.3 - Yatarak tedavilerde kullanılan tıbbi malzemeler	(7) SUT ve eki listelerde yer alan veya yer almayan malzemeler, serbest kodsuz olarak MEDULA hastane uygulamasına girilemez, girilmesi durumunda hiçbir koşulda bedelleri Kurumca karşılanmaz. Ancak Kamu İhale Kanununa tabi olan resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında alım tarihi ve/veya 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu kapsamında kesinleşen ihale karar tarihi 1/10/2014 tarihinden önce olmak kaydıyla “Birden Fazla Branşta Kullanılan Tıbbi Malzemeler (EK-3/A)” kapsamında değerlendirilecek ürünler için 1/4/2015 tarihine kadar bu şart aranmaz. İsmarlama tıbbi cihaz kapsamında bulunan tümör rezeksiyon protezi şeklindeki nihai ürünlerin bedellerinin karşılanmasında ise MEDULA-Hastane sistemi üzerinden faturalandırma şartı aranmayacak olup manuel faturalandırılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.	(7) SUT ve eki listelerde yer alan veya yer almayan malzemeler, serbest kodsuz olarak MEDULA hastane uygulamasına girilemez, girilmesi durumunda hiçbir koşulda bedelleri Kurumca karşılanmaz. Ancak Kamu İhale Kanununa tabi olan resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında alım tarihi ve/veya 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu kapsamında kesinleşen ihale karar tarihi 1/10/2014 tarihinden önce olmak kaydıyla “Birden Fazla Branşta Kullanılan Tıbbi Malzemeler (EK-3/A)” kapsamında değerlendirilecek ürünler için 1/7/2015 tarihine kadar bu şart aranmaz. İsmarlama tıbbi cihaz kapsamında bulunan tümör rezeksiyon protezi şeklindeki nihai ürünlerin bedellerinin karşılanmasında ise MEDULA-Hastane sistemi üzerinden faturalandırma şartı aranmayacak olup manuel faturalandırılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.	(Değişik:RG-18/02/2015-29271/5 md. Yürürlük: 18/02/2015)
3.1.4 - Taniya dayalı işleme dahil olmayan tıbbi malzemeler	(2) Taniya dayalı ödeme işlem puanına dâhil olmayan tıbbi malzemeler; a) Plak, çivi, vida, b) Kemik çimentosu, c) Eksternal fiksator setleri, ç) Her türlü eklem implantı, c) Omurga implantı, d) Kalp pili, e) Pace elektrodu, f) Koroner stentler, ğ) Kalp kapakları, h) İntraaortik balon, ventrikül destek cihazı, ı) Kapaklı kapaksız kondüit, i) Valf ringi, j) Her türlü greft, shunt ve suni damar, k) Protezler, l) Aterektomi cihazı,	(2) Taniya dayalı ödeme işlem puanına dâhil olmayan tıbbi malzemeler; a) Plak, çivi, vida, b) Kemik çimentosu, c) Eksternal fiksator setleri, ç) Her türlü eklem implantı, c) Omurga implantı, d) Kalp pili, e) Pace elektrodu, f) Koroner stentler, ğ) Kalp kapakları, h) İntraaortik balon, ventrikül destek cihazı, ı) Kapaklı kapaksız kondüit, i) Valf ringi, j) Her türlü greft, shunt ve suni damar, k) Protezler, l) Aterektomi cihazı,	(Ek: RG-18/02/2015-29271/6 md. Yürürlük: 01/10/2014)

	m) Çift yüzlü yamalar (meshler), n) İntraoperatif nöromonitarizasyonda kullanılan tıbbi malzemeler, o) SUT eki EK-2/C Listesi açıklama bölümünde tanıya dayalı ödeme işlem puanına dâhil olmadığı belirtilen tıbbi malzemelerin, ö) SUT eki EK-3/F-2 listesinde yer alan "Artroskopi ve Eklem Cerrahisi Malzeme Seti"	m) Çift yüzlü yamalar (meshler), n) İntraoperatif nöromonitarizasyonda kullanılan tıbbi malzemeler, o) SUT eki EK-2/C Listesi açıklama bölümünde tanıya dayalı ödeme işlem puanına dâhil olmadığı belirtilen tıbbi malzemelerin, ö) SUT eki EK-3/F-2 listesinde yer alan "Artroskopi ve Eklem Cerrahisi Malzeme Seti" p) SUT eki EK-3 Tıbbi Malzeme Listelerinde ayrıca faturalandırılabilceği belirtilen tıbbi malzemelerin,	
3.2.1.A- Kamu ihale Kanununa tabi olan resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında;	(2) SUT eki listelerde yer almayan tıbbi malzemelerin fatura edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz. Ancak alım tarihi ve/veya 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu kapsamında kesinleşen ihale karar tarihi 1/10/2014 tarihinden önce olmak kaydıyla "Birden Fazla Branşta Kullanılan Tıbbi Malzemeler (EK-3/A)" kapsamında değerlendirilecek ürünler için 1/4/2015 tarihine kadar bu şart aranmaz. Bu kapsamda değerlendirilmekle birlikte SUT eki EK-3/A listesinde tanımlanmayan tıbbi malzemeler alış fiyatı ile fatura edilir, alış fiyatının üzerine Kurum bilgi işlem sistemi tarafından % 15 işletme gideri ile Hazine kesintisi, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu kesintisi ilave edilerek bedelleri Kurumca karşılanır.	(2) SUT eki listelerde yer almayan tıbbi malzemelerin fatura edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz. Ancak alım tarihi ve/veya 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu kapsamında kesinleşen ihale karar tarihi 1/10/2014 tarihinden önce olmak kaydıyla "Birden Fazla Branşta Kullanılan Tıbbi Malzemeler (EK-3/A)" kapsamında değerlendirilecek ürünler için 1/7/2015 tarihine kadar bu şart aranmaz. Bu kapsamda değerlendirilmekle birlikte SUT eki EK-3/A listesinde tanımlanmayan tıbbi malzemeler alış fiyatı ile fatura edilir, alış fiyatının üzerine Kurum bilgi işlem sistemi tarafından % 15 işletme gideri ile Hazine kesintisi, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu kesintisi ilave edilerek bedelleri Kurumca karşılanır.	(Değişik:RG-18/02/2015-29271/7 md. Yürürlük: 18/02/2015)
3.3.1 - Yara bakım ürünleri ve Antimikrobiyal Örtüler	(2) Yara bakım ürünleri veya antimikrobiyal örtüler 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 düzenlenecektir. b) Ayakta tedavide; resmi sağlık kurum/kuruluşlarında genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi,geriatri uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurullarınca düzenlenecektir. c) Ayakta ve yatarak tedavide immünobüllöz ve mekanobüllöz hastalıklar, deri nekrozuyla seyreden vaskülitler ve nekrotik enfeksiyöz deri hastalıklarında kullanılması gerekli görülen yara bakım ürünleri için Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından, deri ve zührevi hastalıkları, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi veya genel cerrahi uzman hekimlerinin yer aldığı sağlık kurulu tarafından düzenlenecektir.	(2) Yara bakım ürünleri veya antimikrobiyal örtüler 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 düzenlenecektir. b) Ayakta tedavide; resmi sağlık kurum/kuruluşlarında genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi,geriatri uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurullarınca düzenlenecektir. c) Ayakta ve yatarak tedavide immünobüllöz ve mekanobüllöz hastalıklar, deri nekrozuyla seyreden vaskülitler ve nekrotik enfeksiyöz deri hastalıklarında kullanılması gerekli görülen yara bakım ürünleri için Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından, deri ve zührevi hastalıkları, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi veya genel cerrahi uzman hekimlerinin yer aldığı sağlık kurulu tarafından düzenlenecektir.	(Mülga: RG-18/02/2015-29271/8 md. Yürürlük: 01/02/2015)
3.3.1 - Yara bakım ürünleri ve Antimikrobiyal Örtüler	(5) Sağlık kurulu raporları ayakta tedavide 2 ay, yatarak tedavilerde ise yatış süresince geçerlidir. Ancak immünobüllöz ve mekanobüllöz hastalıklar, deri nekrozuyla seyreden vaskülitler ve	(5) Sağlık kurulu raporları ayakta tedavide 2 ay, yatarak tedavilerde ise yatış süresince geçerlidir. Ancak immünobüllöz ve mekanobüllöz hastalıklar, deri nekrozuyla seyreden vaskülitler ve	(Mülga: RG-18/02/2015-29271/8 md. Yürürlük: 01/02/2015)

	nekrotik enfeksiyöz deri hastalıklarında sağlık kurulu raporları ayakta tedavide 6 ay geçerlidir.	nekrotik enfeksiyöz deri hastalıklarında sağlık kurulu raporları ayakta tedavide 6 ay geçerlidir.	
3.3.1 - Yara bakım ürünleri ve Antimikrobiyal Örtüler	(13) İmmünobüllöz ve mekanobüllöz hastalıklar, deri nekrozuyla seyreden vaskülitler ve nekrotik enfeksiyöz deri hastalıkları” tanısı ile tedavi gören hastalara verilecek yara bakım hizmetleri ve bu hizmetlerde kullanılan tıbbi malzemeler ayakta tedavi, yatarak tedavi ve evde sağlık hizmetleri kapsamında verilecek olup, bu kapsamdaki tıbbi malzemeler yalnızca Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti sunucuları tarafından temin edilmesi ve uygulanması durumunda Sağlık Bakanlığı götürü bedel kapsamı içinde değerlendirilerek Kurumumuz tarafından karşılanacaktır. Ayrıca bu hasta grubu için herhangi bir şahıs ödemesi yapılmayacaktır. Bu kapsamdaki malzeme gruplarının Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti sunucuları tarafından temin edilmeyerek reçete karşılığı hastaya temin ettirilmesi durumunda, fatura tutarı hastaya ödenerek ilgili sağlık kurumunun alacağından mahsup edilir.	(13) Epidermolizis bülloza tanılı hastalara yara bakım hizmetlerinin ödenebilmesi için Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından, deri ve zührevi hastalıkları uzman hekimi, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi uzman hekimi ve genel cerrahi uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenmesi gerekmektedir. Sağlık kurulu raporu 2 (iki) yıl geçerlidir. Epidermolizis bülloza tanılı hastaların yatarak veya ayakta tedavileri kapsamındaki yara bakım hizmetleri ile bu hizmetlerde kullanılan tıbbi malzemeleri SUT EK-2/B Listesinde yer alan “530.533” kodlu “Epidermolizis bülloza hastalığında yara bakım hizmetleri” işlemi üzerinden sadece Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık hizmeti sunucularınca faturalandırılır. Bu hasta grubuna sunulan her türlü yara bakım hizmetlerinin ve bu hizmetlerde kullanılan tıbbi malzemelerin Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti sunucuları tarafından temin edilmesi ve uygulanması zorunludur. Bu grup hastalara yara bakım hizmetlerinde kullanılan malzemeler için şahıs ödemesi kapsamında herhangi bir ödeme yapılmaz. Ancak bu kapsamda tedavi gören hastalara kullanılan malzemelerin Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti sunucuları tarafından temin edilmeyerek hastaya reçete karşılığı dışarıdan temin ettirilmesi durumunda fatura tutarı ilgili hastaya ödenerek Sağlık Bakanlığına yapılan global ödemeden söz konusu fatura tutarı düşülür.”	(Değişik: RG-18/02/2015-29271/8 md. Yürürlük: 01/02/2015)



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 bedeli Kurumca karşılanacaktır. a) Taze donmuş (fresh frozen) allogreft, b) Tümör rezeksiyon protezi, c) Menteşeli diz protezi, ç) Çok eksenli eksternal fiksatörler, d) Teleskopik çiviler. e) Proksimal femur başlı/başsız ile femoral baş allogreftler, f) Tendon allogreftleri, g) Kortikal şaft allogreftler, ğ) Sinüs tarsi vidası, h) Bilgisayar destekli/Uzaysal eksternal fiksatörler, ı) Bilgisayar destekli intramedüller uygulamalar, i) Sentetik menisküs implantları, j) Hücresiz Kıkırdak Matriksleri, k) Hücresiz Menisküs Implantları, l) Absorbe olabilir omuz balon spacer, m) Rijid olabilen intramedüler elastik çiviler, n) Uzatma yapabilen intramedüler çiviler motorlu/manyetik. o) Yüzey yenileme implantları	(1) Aşağıda sayılan tıbbi malzemelerin bedelleri üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında (eğitim verme yetkisi olan klinik) uygulanması halinde bedeli Kurumca karşılanacaktır. a) Taze donmuş (fresh frozen) allogreft, b) Tümör rezeksiyon protezi, c) Menteşeli diz protezi, ç) Çok eksenli eksternal fiksatörler, d) Teleskopik çiviler. e) Proksimal femur başlı/başsız ile femoral baş allogreftler, f) Tendon allogreftleri, g) Kortikal şaft allogreftler, ğ) Sinüs tarsi vidası, h) Bilgisayar destekli/Uzaysal eksternal fiksatörler, ı) Bilgisayar destekli intramedüller uygulamalar, i) Sentetik menisküs implantları, j) Hücresiz Kıkırdak Matriksleri, k) Hücresiz Menisküs Implantları, l) Absorbe olabilir omuz balon spacer, m) Rijid olabilen intramedüler elastik çiviler, n) Uzatma yapabilen intramedüler çiviler motorlu/manyetik. o) Yüzey yenileme implantları ö) Total parmak protezi	(Ek: RG-18/02/2015-29271/9 md. Yürürlük: 01/03/2015)
3.3.29- Kanama durdurmada kullanılan tıbbi malzemeler	(2) Kanama durdurmada kullanılan tıbbi malzemelerin vücut dışı uygulamalarında, acil servislerde veya yatarak tedavilerde, epikrizde aşağıdaki durumlardan en az birinin belirtilmesi şartıyla en fazla 2 (iki) adet olmak üzere bedelleri Kurumca karşılanır.	(2) Kanama durdurmada kullanılan emilemeyen tıbbi malzemelerin acil servislerde veya yatarak tedavilerde, epikrizde aşağıdaki durumlardan en az birinin belirtilmesi şartıyla en fazla 2 (iki) adet olmak üzere bedelleri Kurumca karşılanır.	(Değişik:RG-18/02/2015-29271/10 md. Yürürlük: 18/02/2015)
3.3.29- Kanama durdurmada kullanılan tıbbi malzemeler	(3) Kanama durdurmada kullanılan tıbbi malzemelerin endoskopik/cerrahi uygulamalarında, epikrizde aşağıdaki durumlardan en az birinin ve kullanılan tıbbi malzeme sayısının belirtilmesi şartıyla bedelleri Kurumca karşılanır.	(3) Kanama durdurmada kullanılan emilebilen tıbbi malzemelerin yatarak tedavilerde, epikrizde aşağıdaki durumlardan en az birinin ve kullanılan tıbbi malzeme sayısının belirtilmesi şartıyla bedelleri Kurumca karşılanır.	(Değişik:RG-18/02/2015-29271/10 md. Yürürlük: 18/02/2015)
4.2.1.C-1 - Anti-TNF (tümör nekrozis faktör) ilaçlar	(2) Aksiyel tutulumlu ankilozan spondilitli hastalarda; biri maksimum doz indometazin olmak üzere en az 3 nonsteroid antiinflatuar ilacı maksimum dozunda kullanmasına rağmen yeterli cevap alınamayan (Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi (BASDAİ) >5), bununla birlikte eritrosit sedimentasyon hızı >28 mm/s veya normalin üst sınırını aşan CRP değeri veya MR/sintigrafi ile gösterilmiş aktif sakroilit/spondiliti olan durumlarda, bu durumun 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla ilaca başlanır.	(2) Aksiyel tutulumlu ankilozan spondilitli ve radyografik olarak ankilozan spondilit (AS) kanıtı olmayan aksiyel spondilartiritli hastalarda; biri maksimum doz indometazin olmak üzere en az 3 nonsteroid antiinflatuar ilacı maksimum dozunda kullanmasına rağmen yeterli cevap alınamayan (Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi (BASDAİ) >5), bununla birlikte eritrosit sedimentasyon hızı >28 mm/s veya normalin üst sınırını aşan CRP değeri veya MR/sintigrafi ile gösterilmiş aktif sakroilit/spondiliti olan	(Ek: RG-18/02/2015-29271/11 md. Yürürlük: 28/02/2015)

		durumlarda, bu durumun 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla ilaca başlanır.	
4.2.1.C-1 - Anti-TNF (tümör nekrozis faktör) ilaçlar	(4) Aksiyel tutulumlu ankilozan spondilitli ve periferik eklem tutulumlu ankilozan spondilitli hastalarda ilacın etkinliği, ilaca başlandıktan 3 ay sonra değerlendirilir. Yeterli cevap alınamamışsa (BASDAI'de 2 birimden daha az düzelme olması), ilaca devam edilmesi durumunda ilaç bedeli ödenmez. Tedaviye cevap alınmış ve ilaca devam edilecek ise bu durum 6 ay süreli yeni düzenlenecek sağlık kurulu raporunda belirtilir.	(4) Aksiyel tutulumlu ankilozan spondilitli, periferik eklem tutulumlu ankilozan spondilitli ve radyografik olarak ankilozan spondilit (AS) kanıtı olmayan aksiyel spondilartritli hastalarda ilacın etkinliği, ilaca başlandıktan 3 ay sonra değerlendirilir. Yeterli cevap alınamamışsa (BASDAI'de 2 birimden daha az düzelme olması), ilaca devam edilmesi durumunda ilaç bedeli ödenmez. Tedaviye cevap alınmış ve ilaca devam edilecek ise bu durum 6 ay süreli yeni düzenlenecek sağlık kurulu raporunda belirtilir.	(Değişik:RG-18/02/2015-29271/11 md. Yürürlük: 28/02/2015)



sağlıkAktüel

4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar;	a) Trastuzumab; HER-2 immünhistokimya ile +3 veya FISH/CISH/SISH (+) olan hastalarda; 1) Metastatik meme kanseri tedavisinde, hastanın tedaviden fayda görmesi ve bu durumun reçete üzerinde hekim tarafından belirtilmesi halinde tedaviye devam edilir. Trastuzumab kullanılırken progresyon gelişmesi halinde tedavi sonlandırılır. Tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile bu hekimlerce veya bu sağlık kurulu raporuna dayanılarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarındaki uzman hekimlerce reçete edilir. 2) Erken evre meme kanseri endikasyonunda, tedavi süresi 9 haftadır. Tedavinin 52 haftaya tamamlanması düşünülen durumlarda, 9 haftalık tedaviden sonra “Trastuzumab Kullanımı İçin Bilgilendirilmiş Hasta Olur Formu”nun tedaviyi yürüten hekim tarafından düzenlenerek bir örneğinin Sağlık Bakanlığına gönderilmesi ve reçete üzerinde formun düzenlendiğinin belirtilmesi gerekmektedir. En az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin bulunduğu ve ekokardiyografi değerlendirmesinin de yer aldığı 3 ay süreli sağlık kurulu raporu ile bu hekimlerce reçete edilir. Toplam tedavi süresi 52 haftayı geçemez.	a) Trastuzumab; 1) HER-2 immünhistokimya ile +3 veya FISH/CISH/SISH (+) olan hastalarda, metastatik meme kanseri endikasyonunda, bu durumun belirtildiği tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilir. Trastuzumab kullanılırken progresyon gelişmesi halinde tedavi sonlandırılır. 2) HER-2 immünhistokimya ile +3 veya FISH/CISH/SISH (+) olan hastalarda, erken evre meme kanseri endikasyonunda, tedavi süresi 9 haftadır. Tedavinin 52 haftaya tamamlanması düşünülen durumlarda, 9 haftalık tedaviden sonra “Trastuzumab Kullanımı İçin Bilgilendirilmiş Hasta Olur Formu”nun tedaviyi yürüten hekim tarafından düzenlenerek bir örneğinin Sağlık Bakanlığına gönderilmesi ve reçete üzerinde formun düzenlendiğinin belirtilmesi gerekmektedir. En az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin bulunduğu ve ekokardiyografi değerlendirmesinin de yer aldığı 3 ay süreli sağlık kurulu raporu ile bu hekimlerce reçete edilir. Toplam tedavi süresi 52 haftayı geçemez. 3) Metastatik mide veya özofagogastrik bileşke yerleşimli adenokanserli hastalardan daha önce kemoterapi uygulanmamış olup, Her-2 neu pozitifliği, hem immünhistokimyasal yöntemle +2/+3 hem de FISH/CISH/SISH ile pozitif olarak saptananlarda; platin ve kapesitabin ya da platin ve 5-Fluorourasil içeren kemoterapi rejimleri ile kombine olarak kullanılabilir. Progresyon gelişmesi halinde tedavi sonlandırılır. Tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilir.	(Değişik:RG-18/02/2015-29271/12a md. Yürürlük: 28/02/2015)
4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar;	ç) Fulvestrant; 1) Tıbbi onkoloji uzman hekimlerinin yer aldığı tedavi protokolünü gösterir sağlık kurulu raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilir. 2) Doğal veya yapay postmenapozal kadınlarda, lokal veya metastaz yapmış hormon reseptör pozitif meme kanserinde, endokrin tedaviden [öncelikle tamoksifen, sonra aromataz inhibitörlerinden biri (anastrozole, exemastane, letrozole) kullanıldıktan] sonra ilerlemeye devam etmiş hastalarda, hazırlanan raporda bunların belirtilmesi koşuluyla reçete edilebilir.	ç) Fulvestrant; 1) Tıbbi onkoloji uzman hekimlerinin yer aldığı tedavi protokolünü gösterir sağlık kurulu raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilir. 2) Doğal veya yapay postmenapozal kadınlarda, lokal veya metastaz yapmış hormon reseptör pozitif meme kanserinde, endokrin tedaviden [tamoksifen veya aromataz inhibitörlerinden biri (anastrozole, exemastane, letrozole)] sonra ilerlemeye devam etmiş hastalarda, raporda bunların belirtilmesi koşuluyla reçete edilebilir.	(Değişik:RG-18/02/2015-29271/12b md. Yürürlük: 28/02/2015)
4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar;	ı) Dasatinib ve nilotinib; 1) Dasatinib; prospektüsünde yazılan başlama kriterleri dikkate alınarak, içinde en az bir hematoloji uzmanının yer aldığı, en fazla	ı) Dasatinib ve nilotinib; a) Kronik miyeloid lösemi tanılı yetişkin hastaların tedavisinde; 1) Dasatinib; imatinib dahil önceki tedavilere dirençli	(Değişik:RG-18/02/2015-29271/12c md. Yürürlük: 28/02/2015)

	6 ay süre ile geçerli sağlık kurulu raporu ile tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimleri tarafından reçetelenir. 2) Nilotinib yalnızca; İmatinib dahil önceki tedavilere dirençli veya intolere, Philadelphia kromozomu pozitif kronik evre veya hızlanmış evre kronik miyeloid lösemi tanılı yetişkin hastaların tedavisinde; prospektüsünde yazılan başlama kriterleri dikkate alınarak, içinde en az bir hematoloji uzmanının yer aldığı, en fazla 6 ay süre ile geçerli sağlık kurulu raporu ile tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimleri tarafından reçetelenir. 3) Dasatinib ve nilotinib kombine olarak kullanılamayacaktır.	veya intolere (aşağıdaki 4. ve 5. maddelerde belirtilen koşullarda), Philadelphia kromozomu pozitif kronik, hızlanmış veya blastik evre kronik miyeloid lösemi tanılı yetişkin hastaların tedavisinde; prospektüsünde yazılan başlama kriterleri dikkate alınarak, bu durumların belirtildiği en az bir hematoloji uzmanının yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimleri tarafından reçetelenir. 2) Nilotinib yalnızca; dasatinibe dirençli veya intolere (aşağıdaki 4. ve 5. maddelerde belirtilen koşullarda), Philadelphia kromozomu pozitif kronik evre veya hızlanmış evre kronik miyeloid lösemi tanılı yetişkin hastaların tedavisinde; prospektüsünde yazılan başlama kriterleri dikkate alınarak, bu durumların belirtildiği en az bir hematoloji uzmanının yer aldığı, en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimleri tarafından reçetelenir. 3) İmatinib dahil önceki tedavilere dirençli veya intolere olan hastalardan; plevral effüzyon veya pulmoner hipertansiyon veya KOAH hastalarında, imatinib sonrası dasatinib kullanılmadan nilotinibe geçilebilir. 4) Direnç gelişmesi durumu; 1- 3. ayda tam hematolojik yanıt olmaması veya Philadelphia kromozomu %95 üzerinde pozitif olması, 2- 6. ayda uluslararası skala ile (IS) BCR-ABL >%10 olması veya Philadelphia kromozomu % 35 üzerinde pozitif olması, 3- 12. ayda uluslararası skala ile (IS) BCR-ABL >% 1 olması veya Philadelphia kromozomu pozitif olması, 4- Tedavi sırasında herhangi bir zamanda aşağıdaki durumlardan herhangi birinin oluşması; a) Tam hematolojik yanıt kaybı b) Tam sitogenetik yanıt kaybı c) En az 2 ölçümle konfirme edilmiş majör moleküler yanıt kaybı (uluslararası skala ile %1'in üzerinde olması) ç) Mutasyon d) Philadelphia kromozomu pozitifliği ile birlikte klonal karyotipik anormallik 5) İntolerans gelişmesi durumu; Yan etkinin ne olduğu ve derecesinin nasıl saptandığı raporda belirtilmek koşulu ile grade (derece) 3-4 yan etki oluşması.	
--	---	---	--

		6) Dasatinib ve nilotinib kombine olarak kullanılamayacaktır. b) ALL (akut lenfoblastik lösemili) yetişkin hastaların tedavisinde; 1) Dasatinib; Relaps/refrakter Philadelphia kromozomu pozitif (Ph+) ALL (akut lenfoblastik lösemili) yetişkin hastaların tedavisinde çoklu ajanlı kemoterapi şemaları ile birlikte içinde en az bir hematoloji uzmanının yer aldığı, en fazla 6 ay süre ile geçerli sağlık kurulu raporu ile tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimleri tarafından reçetelenir. 2) Dasatinib ve nilotinib kombine olarak kullanılamayacaktır.	
--	--	--	--



SağlıkAktüel

4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar;	n) Lenalidomid; en az 2 kür standart multiple myelom tedavisi (VAD, MP veya diğer standart antimiyeleom rejimler) kullanım sonrası hastalık progresyonu gelişmiş hastalardan; 1) Yeterli doz ve sürede talidomid veya bortezomib kürlerine dirençli veya EMG ile kanıtlanmış nöropati nedeni ile bu ajanların kullanılmadığı hastaların tedavisinde veya, 2) Transplantasyon sonrasında dirençli hastalığı olan multiple myelom (MM) hastalarının tedavisinde, hematoloji ve/veya onkoloji uzmanının yer aldığı 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak yine bu hekimler tarafından reçete edilir. 3. üçü kür sonunda en az minör yanıt yoksa tedavi sonlandırılır. 3. üçü kür sonunda en az minör yanıt, 6. ncı kür sonunda en az kısmi yanıt var ise tedaviye devam edilir. Tedavinin devamında her 6. ncı kür sonunda en az kısmi yanıt var ise tedavi toplam 26 küre tamamlanabilir.	n) Lenalidomid; 1) En az 2 kür standart multiple myelom tedavisi (VAD, MP veya diğer standart antimiyeleom rejimler) kullanım sonrası hastalık progresyonu gelişmiş hastalardan; a) Yeterli doz ve sürede talidomid veya bortezomib kürlerine dirençli veya EMG ile kanıtlanmış nöropati nedeni ile bu ajanların kullanılmadığı hastaların tedavisinde veya, b) Transplantasyon sonrasında dirençli hastalığı olan multiple myelom (MM) hastalarının tedavisinde, hematoloji ve/veya onkoloji uzmanının yer aldığı 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak yine bu hekimler tarafından reçete edilir. 3. üçü kür sonunda en az minör yanıt yoksa tedavi sonlandırılır. 3. üçü kür sonunda en az minör yanıt, 6. ncı kür sonunda en az kısmi yanıt var ise tedaviye devam edilir. Tedavinin devamında her 6. ncı kür sonunda en az kısmi yanıt var ise tedavi toplam 26 küre tamamlanabilir. 2) Tek başına veya başka sitogenetik anomalilerle birlikte 5q delesyonu saptanan miyelodisplastik sendromlu hastalardan; a) IPSS (Uluslararası prognoz puanlama sistemi)'ye göre düşük veya orta-1 riskli ve b) Transfüzyona bağımlı anemisi bulunan hastalarda; hematoloji ve/veya tıbbi onkoloji uzmanının yer aldığı 3'er aylık sağlık kurulu raporlarına dayanılarak hematoloji veya tıbbi onkoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilebilir. Tedavinin 3. ayın sonunda yapılan yanıt değerlendirmesinde, 8 hafta içinde hiç transfüzyon yapılmamış olması koşulu ile transfüzyon ihtiyacının ortadan kalkması halinde bu durumun belirtildiği yeni düzenlenecek 3 ay süreli sağlık kurulu raporları ile tedavi 12. aya kadar uzatılabilir. 3. ayda yapılan yanıt değerlendirmesinde transfüzyon ihtiyacının ortadan kalkmaması halinde tedavi sonlandırılır. Bu endikasyonda lenalidomidin yalnızca 10 mg'lık formları ödenir.	(Değişik:RG-18/02/2015-29271/12ç md. Yürürlük: 28/02/2015)
4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar;	p) Everolimus; Hastalığı VEGF (Vasküler Endotelial Büyüme Faktörü) hedefli tedavi sırasında veya sonrasında progresyon gösteren metastatik renal hücreli karsinomlu hastalarda en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulunduğu tedavi protokolünü de gösterir 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. 2) Cerrahi ya da diğer lokal tedavi yaklaşımlarına uygun bulunmayan, son 12 ay içinde RECIST kriterlerine göre progresyon gösteren, metastatik ya da lokal ileri evrede olan, iyi differansiye (Ki-67 değeri 2 veya altında olan) pankreatik nöroendokrin tümörü bulunan, daha önce somatostatin ve	p) Everolimus; Hastalığı VEGF (Vasküler Endotelial Büyüme Faktörü) hedefli tedavi sırasında veya sonrasında progresyon gösteren metastatik renal hücreli karsinomlu hastalarda en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulunduğu tedavi protokolünü de gösterir 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. 2) Cerrahi ya da diğer lokal tedavi yaklaşımlarına uygun bulunmayan, son 12 ay içinde RECIST kriterlerine göre progresyon gösteren, metastatik ya da lokal ileri evrede olan, iyi differansiye (Ki-67 değeri 20 veya altında olan) pankreatik nöroendokrin tümörü bulunan, daha önce somatostatin ve	(Değişik:RG-18/02/2015-29271/12d md. Yürürlük: 28/02/2015)

	kemoterapi uygulanmış olan hastalarda en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulunduğu tedavi protokolünü gösterir 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. 3) Sunitinib ve everolimus pankreatik nöroendokrin tümör tedavisinde ardışık ya da kombine olarak kullanılamaz.	kemoterapi uygulanmış olan hastalarda en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulunduğu tedavi protokolünü gösterir 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. 3) Sunitinib ve everolimus pankreatik nöroendokrin tümör tedavisinde ardışık ya da kombine olarak kullanılamaz.	
--	--	--	--



SağlıkAktüel

4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar;	-----	z) Dabrafenib ve vemurafenib; 1) Daha önce herhangi bir RAF yolağı inhibitörü kullanmamış ve ECOG performans skoru 0 veya 1 olan ve BRAF V600 mutasyonu pozitif olan aşağıda belirtilen hasta gruplarında tek ajan olarak progresyona kadar kullanılabilir; a) Lokal tedaviler sonrası progresyon göstermiş ve lokal tedavilerin tekrar kullanılamadığı relaps malign melanom b) Metastatik malign melanom 2) Progresyon sonrası tek ajan olarak veya başka tedavilerle kombinasyon şeklinde kullanılamaz. 3) Tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı ve yukarıdaki durumların belirtildiği en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilebilir. 4) Dabrafenib ve vemurafenib ardışık ya da kombine olarak kullanılamaz. aa) Beksaroten; 1) En az bir sistemik tedaviye dirençli erişkin hastalarda ileri evre (EORCT evre IIB, III, IV) kutanöz T-hücreli lenfomanın cilt bulgularının tedavisinde; tıbbi onkoloji, hematoloji veya dermatoloji uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak uzman hekimlerce reçete edilir. 2) Bu grup hastalarda lipid düşürücü ilaç kullanılması gerektiğinde, bu durumun raporda belirtilmesi halinde SUT'un "4.2.28- Lipid düşürücü ilaçların kullanım ilkeleri" maddesi koşulları aranmaz. bb) Krizotinib; ALK (Anaplastik Lenfoma Kinaz) pozitifliği FISH testi ile doğrulanmış, en az bir seri kemoterapi kullanmış ve sonrasında progresyon göstermiş metastatik non-squamöz küçük hücreli dışı akciğer kanseri hastalarının tedavisinde, tıbbi onkoloji uzmanının yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzmanı hekimlerince reçete edilir.	(Ek:RG-18/02/2015-29271/12e md. Yürürlük: 28/02/2015)
4.2.16 - Doğuştan metabolik hastalıklar ile Çölyak Hastalığı	(2) Protein metabolizması bozukluklarında (aminoasit metabolizması bozuklukları, üre siklus bozuklukları, organik asidemiler); çocuk metabolizma hastalıkları veya erişkin endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları ya da gastroenteroloji uzman hekimi tarafından, bu uzman hekimlerin bulunmaması halinde çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından 1 yıl süreli rapor düzenlenir. Bu rapora dayanılarak hastaların kısıtlı diyetleri sebebi ile hayati öneme haiz özel formüllü un ve özel formül içeren mamul ürünler (makarna, şehriye, bisküvi, çikolata, gofret vb.) için bir aylık; a) 0-12 ay için 31 (otuzbir) TL, b) 1-5 yaş için 60 (altmış) TL,	(2) Protein metabolizması bozukluklarında (aminoasit metabolizması bozuklukları, üre siklus bozuklukları, organik asidemiler); çocuk metabolizma hastalıkları veya erişkin endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları ya da gastroenteroloji uzman hekimi tarafından, bu uzman hekimlerin bulunmaması halinde çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından 1 yıl süreli rapor düzenlenir. Bu rapora dayanılarak hastaların kısıtlı diyetleri sebebi ile hayati öneme haiz özel formüllü un ve özel formül içeren mamul ürünler (makarna, şehriye, bisküvi, çikolata, gofret vb.) için bir aylık; a) 0-12 ay için 31 (otuzbir) TL, b) 1-5 yaş için 60 (altmış) TL,	((Değişik:RG-18/02/2015-29271/13 md. Yürürlük: 28/02/2015))

	c) 5-15 yaş için 77,50 (yetmişiki virgöl elli) TL, ç) 15 yaş üstü için 80 (seksen) TL, tutar ödenir.	c) 5-15 yaş için 77,50 (yetmişyedi virgöl elli) TL, ç) 15 yaş üstü için 80 (seksen) TL, tutar ödenir.	
4.2.24.B - Kronik obstrüktif hastalığı tedavisinde	(1) Formeterol, salmeterol ve tiotropium; göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları veya kardiyoloji uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak diğer hekimlerce de reçete edilebilir.	(1) Formeterol, salmeterol, indakaterol ve tiotropium; göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları veya kardiyoloji uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak diğer hekimlerce de reçete edilebilir.	(Ek: RG-18/02/2015-29271/14 md. Yürürlük: 28/02/2015)
4.2.30 -	4.2.30 - Pulmoner hipertansiyonda iloprost trometamol (inhale formu), bosentan, sildenafil ve ambrisentan kullanım ilkeleri (1) Pulmoner hipertansiyonda hastaların; a) Fonksiyonel kapasitelerinin NYHA sınıf II, III veya IV olması, b) Vazoreaktivite testinin negatif olması, c) Üçüncü aylık tedavi sonrası kontrolünde klinik efor kapasitesi (6 dakika yürüme testi veya treadmill efor testi), hemodinami veya ekokardiyografik verilerinde düzelme olması veya stabil kalması, gerekmektedir. (2) Üçüncü ay kontrolünde Pulmoner Arteriyel Basınçta (PAB) azalma olmaması (PAB'in değişmemesi veya artması) halinde ve yukarıdaki verilerde düzelme olmaması halinde kombinasyon tedavilerine geçilebilir. Kombine tedaviye geçildikten sonra başlangıç kriterleri ve PAB'da azalma olması şartı aranmaz. (3) Uygulanacak tedavi üçer aylık periyotlar halinde yukarıda açıklanan hususlar doğrultusunda sağlık kurulu raporunda belgelenecektir. (4) İlgili ilaçlar kardiyoloji, kalp damar cerrahisi, göğüs hastalıkları, çocuk kardiyolojisi uzman hekimlerinden birinin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanarak adı geçen hekimlerce reçete edilir. (5) Bağ dokusu hastalıklarına (skleroderma gibi) sekonder pulmoner hipertansiyon hastalarında yukarıdaki uzman hekimlerden birinin yer aldığı sağlık kurulu raporuna istinaden bu hekimler veya romatoloji ile klinik immunoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilir. (6) Bosentan ve ambrisentan kombine kullanılamaz. (7) Sildenafil ve tadalafil kombine kullanılamaz.	4.2.30 - Pulmoner hipertansiyon ile kronik tromboembolik pulmoner hipertansiyonda ilaç kullanım ilkeleri 4.2.30.A Pulmoner hipertansiyonda iloprost trometamol (inhale formu), bosentan, sildenafil, tadalafil ve ambrisentan kullanım ilkeleri (1) Pulmoner hipertansiyonda hastaların; a) Fonksiyonel kapasitelerinin NYHA sınıf II, III veya IV olması, b) Vazoreaktivite testinin negatif olması, c) Üçüncü aylık tedavi sonrası kontrolünde klinik efor kapasitesi (6 dakika yürüme testi veya treadmill efor testi), hemodinami veya ekokardiyografik verilerinde düzelme olması veya stabil kalması, gerekmektedir. (2) Üçüncü ay kontrolünde Pulmoner Arteriyel Basınçta (PAB) azalma olmaması (PAB'in değişmemesi veya artması) halinde ve yukarıdaki verilerde düzelme olmaması halinde kombinasyon tedavilerine geçilebilir. Kombine tedaviye geçildikten sonra başlangıç kriterleri ve PAB'da azalma olması şartı aranmaz. (3) Uygulanacak tedavi üçer aylık periyotlar halinde yukarıda açıklanan hususlar doğrultusunda sağlık kurulu raporunda belgelenecektir. (4) İlgili ilaçlar kardiyoloji, kalp damar cerrahisi, göğüs hastalıkları, çocuk kardiyolojisi uzman hekimlerinden birinin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanarak adı geçen hekimlerce reçete edilir. (5) Bağ dokusu hastalıklarına (skleroderma gibi) sekonder pulmoner hipertansiyon hastalarında yukarıdaki uzman hekimlerden birinin yer aldığı sağlık kurulu raporuna istinaden bu hekimler veya romatoloji ile klinik immunoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilir. (6) Bosentan ve ambrisentan kombine kullanılamaz. (7) Sildenafil ve tadalafil kombine kullanılamaz.	(Değişik:RG-18/02/2015-29271/15 md. Yürürlük: 28/02/2015)

		4.2.30. B- Kronik tromboembolik pulmoner hipertansiyonda (KTEPH, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Grup 4) riosigat kullanım ilkeleri (1) Riosigat; yalnızca inoperabl veya cerrahi tedavi sonrasında dirençli/nükseden KTEPH'li erişkin hastalardan; a) Ventilasyon perfüzyon sintigrafisi, pulmoner anjiyografi, çok kesitli spiral BT anjiyografi veya manyetik rezonans anjiyografi yöntemlerinden en az ikisi ile tromboemboli tanısı konulmuş ve b) Sağ kalp kateterizasyonu ile ortalama PAB değeri 25 mmHg ve üzerinde olan ve c) En az 3 aylık antikoagülan tedavisi sonrasında ortalama PAB değerinde bir düşüş olmayanlarda kullanılır. (2) Üçüncü basamak sağlık tesislerinde bu durumların belirtildiği ve en az birinin göğüs cerrahisi veya kalp damar cerrahisi uzman hekimi olması koşuluyla, kardiyoloji, göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi veya kalp damar cerrahisi uzman hekimlerinden en az üçünün bulunduğu üç ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak yine bu hekimlerce reçete edilir. (3) Her üç aylık tedavi sonunda egzersiz kapasitesinde (6 dakika yürüme testi) düzelme olması veya DSÖ fonksiyonel sınıfında iyileşme olması halinde tedaviye devam edilir. Bu durumların belirtileceği devam raporlarında ayrıca başlangıç kriterleri aranmaz.	
4.2.33.A - Yaş tip yaşa bağlı makula dejenerasyonu ve diyabetik maküler ödem (DMÖ)'den kaynaklanan görme bozukluğu tedavisinde kullanılan ilaçların kullanım ilkeleri	(1) Pegaptanib sodyum, ranibizumab ve vertaporfin etken maddelerini içeren ilaçlar; üçüncü basamak sağlık kurumlarında en az üç göz hastalıkları uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporu ile hasta anamnezi, FFA ve lezyona ait renkli resim varlığı raporda belirtilerek, göz hastalıkları uzmanlarınca reçetelenerek uygulanır. (2) Ranibizumab; hasta anamnezi, FFA ve lezyona ait renkli resim varlığına ait bilgiler 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilerek birer ay arayla 3 kez yükleme dozuyla başlanır. Hastalar izlenerek göz dibi bulguları, görme keskinliği ve optik koherens tomografileri (OKT) değerlendirilir ve tekrar tedavi gerekirse bu bulgular ve tedaviye devam kararı her uygulama için düzenlenecek yeni sağlık kurulu raporunda belirtilir.	(1) Pegaptanib sodyum, ranibizumab, aflibersept ve vertaporfin etken maddelerini içeren ilaçlar; üçüncü basamak sağlık kurumlarında en az üç göz hastalıkları uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporu ile hasta anamnezi, FFA ve lezyona ait renkli resim varlığı raporda belirtilerek, göz hastalıkları uzmanlarınca reçetelenerek uygulanır. (2) Ranibizumab ve aflibersept; hasta anamnezi, FFA ve lezyona ait renkli resim varlığına ait bilgiler 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilerek birer ay arayla 3 kez yükleme dozuyla başlanır. Hastalar izlenerek göz dibi bulguları, görme keskinliği ve optik koherens tomografileri (OKT) değerlendirilir ve tekrar tedavi gerekirse bu bulgular ve tedaviye devam kararı her uygulama için düzenlenecek yeni sağlık kurulu raporunda belirtilir.	(Ek: RG-18/02/2015-29271/16a md. Yürürlük: 28/02/2015)
4.2.33.B -	4.2.33.B - Retina ven tıkanıklığında ilaç kullanım ilkeleri	4.2.33.B - Retina ven tıkanıklığı ve santral retinal ven tıkanıklığında ilaç kullanım ilkeleri	Değişik: RG-18/02/2015-29271/16b md. Yürürlük: 28/02/2015)

4.2.33.B - Retina ven tıkanıklığı ve santral retinal ven tıkanıklığında ilaç kullanım ilkeleri	(2) Ranibizumab deksametazon intravitreal implant kullanımı uygun olmayan veya yanıt alınamayan hastalarda kullanılabilir. Ranibizumab; intravitreal implant kullanılamama gerekçesi ile birlikte hasta anamnezi, FFA ve lezyona ait renkli resim varlığına ait bilgiler 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilerek birer ay arayla 3 kez yükleme dozuyla başlanır. Hastalar izlenerek göz dibi bulguları, görme keskinliği ve optik koherens tomografileri (OKT) değerlendirilir ve tekrar tedavi gerekirse bu bulgular ve tedaviye devam kararı her uygulama için düzenlenecek yeni sağlık kurulu raporunda belirtilir. (3) Deksametazon intravitreal implant; her bir göz için yılda maksimum 2, ranibizumab; her bir göz için ömür boyu maksimum 7 kutu ilaç bedeli ödenir.	(2) Ranibizumab ve aflibersept deksametazon intravitreal implant kullanımı uygun olmayan veya yanıt alınamayan hastalarda kullanılabilir. Ranibizumab ve aflibersept; intravitreal implant kullanılamama gerekçesi ile birlikte hasta anamnezi, FFA ve lezyona ait renkli resim varlığına ait bilgiler 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilerek birer ay arayla 3 kez yükleme dozuyla başlanır. Hastalar izlenerek göz dibi bulguları, görme keskinliği ve optik koherens tomografileri (OKT) değerlendirilir ve tekrar tedavi gerekirse bu bulgular ve tedaviye devam kararı her uygulama için düzenlenecek yeni sağlık kurulu raporunda belirtilir. (3) Deksametazon intravitreal implant; her bir göz için yılda maksimum 2, ranibizumab ve aflibersept; her bir göz için ömür boyu maksimum 7 kutu ilaç bedeli ödenir.	(Ek: RG-18/02/2015-29271/16b md. Yürürlük: 28/02/2015)
4.2.34 -	4.2.34 - Multipl Skleroz Hastalığında beta interferon ve copolymer-L kullanım ilkeleri (1) Multipl skleroz hastalığında beta interferon ve copolymer-L ilaç bedellerinin Kurumca ödenebilmesi için; disabilite skorunun (E.D.S.S.) 0-5,5 arasında ve olguların remitting-relapsing türü olması şartlarının birlikte gerçekleşmesi, bu durumun üçüncü basamak sağlık kurumlarında nöroloji uzman hekimi tarafından düzenlenen uzman hekim raporunda belirtilmesi ve nöroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi gerekmektedir.	4.2.34 - Multipl Skleroz Hastalığında beta interferon, glatiramer asetat ve fingolimod kullanım ilkeleri (1) Beta interferon ve glatiramer asetat (copolymer-L); disabilite skorunun (E.D.S.S.) 0-5,5 arasında ve olguların remitting-relapsing türü olması şartlarının birlikte gerçekleşmesi, bu durumun üçüncü basamak sağlık kurumlarında nöroloji uzman hekimi tarafından düzenlenen uzman hekim raporunda belirtilmesi koşuluyla nöroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilir. (2) Fingolimod; yalnızca çok aktif durumlarda RR tipindeki erişkin MS hastalarından, en az bir yıl süre ile bir beta interferon veya glatiramer asetat tedavisine yanıt vermeyen ve yüksek hastalık aktivitesine sahip olan hastalarda kullanılır. a) Yanıt vermeyen hastalar; bir yıllık tedavi ile ataklarında değişiklik olmayan, ataklarında artış gözlenen, daha ciddi atakları olan veya önceki tedaviler ile son yıl içinde en az bir atak geçirmiş ve kraniyal MR'ında bir veya birden fazlakontrast tutan lezyon veya birbirini takip eden MR'larda T2 lezyonlarının arttığı durumlardaki hastalardır. b) EDSS skoru her düzenlenen raporda belirtilir ve 6 ve üzeri olan hastalarda tedavi sonlandırılır. c) Üçüncü basamak sağlık kurumlarında bu durumların belirtildiği nöroloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak nöroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilir. (3) "Yurt Dışı İlaç Fiyat Listesi" nde (EK-4/C) yer alan ve multipl skleroz hastalığında kullanılan ilaçlar, yalnızca çok aktif durumlarda RR tipindeki erişkin MS hastalarından, yukarıdaki koşullara göre fingolimod tedavisi almış ve EDSS skoru 6 ve üzeri	(Değişik:RG-18/02/2015-29271/17 md. Yürürlük: 28/02/2015)

		olması nedeniyle fingolimod tedavisi sonlandırılmış hastalarda kullanılır.	
4.2.44-	---	4.2.44- Kriyopirin ilişkili periyodik sendromlar (CAPS) hastalığında kanakinumab kullanım ilkeleri; (1) Kanakinumab; yalnızca 15 kg vücut ağırlığının üzerinde olan 4 yaş ve üstü çocuklar ile yetişkinlerde kriyopirin ilişkili periyodik sendromlardan (CAPS); ailevi soğuk otoinflamatuvar sendrom (FCAS)/ ailevi soğuk ürtiker (FCU), Muckle-Wells sendromu (MWS), neonatal başlangıçlı multisistem inflamatuvar hastalık (NOMID)/kronik infantil nörolojik, kütanöz, artiküler sendrom (CINCA) tedavisinde kullanılır. (2) Tedaviye anakinra ile başlanır. Anakinra tedavisine yanıt alınamaması veya anakinra tedavisi altındayken anakinra kullanılmasını engelleyecek ciddi klinik yan etki oluşması halinde kanakinumab tedavisine geçilir. (3) Kanakinumab tedavisinde 6 ay sonunda yapılacak yanıt değerlendirmesine göre yanıt alınamayan hastalarda tedavi kesilir. (4) Kanakinumab; üçüncü basamak sağlık kurumlarında bu durumların belirtildiği romatoloji uzman hekiminin yer aldığı 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak romatoloji uzman hekimlerince reçete edilir.	(Ek: RG-18/02/2015-29271/18 md. Yürürlük: 28/02/2015)



HİZMET BAŞI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI	Açıklama
(Ek: RG-18/02/2015-29271/19a md. Yürürlük: 01/03/2015)	530.533	Epidermolizis büllosa hastalığında yara bakım hizmetleri	Sağlık Bakanlığı'na bağlı ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca 3 (üç) günde bir faturalandırılması halinde ödenir. Tüm hizmet ve malzemeler dahildir. (530.500,530.510,530.520,530.530,530.531,530.532,530.560,530.561, 530.580,530.581) kodlu işlemler bu işlemle birlikte faturalandırılmaz. Yalnızca SUT Eki EK3/B Listesinde yer alan malzemelerle yapılan pansumanlar bu işlem kodu üzerinden faturalandırılmaz. Bkz. SUT 3.3.1 (13)	303,54	Yeni eklendi
3 (Değişik:RG-24/12/2014-29215 / 19-a md. Yürürlük: 01/01/2015)	510.070	Kuvöz	Yemek, yatak, hasta vizit hizmetlerini kapsar.510.080 ile birlikte faturalandırılmaz.Günde en fazla bir defa faturalandırılır.	100,34	Açıklamada yazan 510.080 kodu 510.081 olarak değiştirildi.
3 (Değişik: RG-18/02/2015-29271/19b md. Yürürlük: 01/03/2015)	510.070	Kuvöz	Yemek, yatak, hasta vizit hizmetlerini kapsar.510.081 ile birlikte faturalandırılmaz.Günde en fazla bir defa faturalandırılır.	100,34	
283 (Değişik:RG-24/12/2014-29215 / 19-a md. Yürürlük: 01/01/2015)	590.001	Yenidoğan/Çocuk/ErişkinTedavis el soğutma (Terapötik hipotermi)	Üçüncü seviye yenidoğan/çocuk yoğun bakım ünitesi ile ikinci/üçüncü seviye erişkin yoğun bakım ünitesi olan sağlık hizmeti sunucularında, hipoksik iskemik ensefalopati tanısında ve kardiyopulmoner resusitasyon sonrası spontan sistemik dolaşımın sağlandığı komatöz hastalarda (Glasgow Koma Skalası < 9) İlk 12 saat içinde başlanmak koşuluyla maksimum 72 saat süre ile sadece üçüncü seviye yenidoğan/çocuk yoğun bakım ile erişkin ikinci/üçüncü seviye yoğun bakımlarda uygulanır. Aynı yatış döneminde en fazla üç defa yenidoğan/çocuk veya erişkin yoğun bakım işlem puanına ilave olarak faturalandırılır.	151,92	Açıklamada yazan "...hipoksik iskemik ensefalopati tanısında ve kardiyopulmoner resusitasyon sonrası..." ve, veya olarak değiştirildi.
283 (Değişik: RG-18/02/2015-29271/19b md. Yürürlük: 01/03/2015)	590.001	Yenidoğan/Çocuk/ErişkinTedavis el soğutma (Terapötik hipotermi)	Üçüncü seviye yenidoğan/çocuk yoğun bakım ünitesi ile ikinci/üçüncü seviye erişkin yoğun bakım ünitesi olan sağlık hizmeti sunucularında, hipoksik iskemik ensefalopati tanısında veya kardiyopulmoner resusitasyon sonrası spontan sistemik dolaşımın sağlandığı komatöz hastalarda (Glasgow Koma Skalası < 9) İlk 12 saat içinde başlanmak koşuluyla maksimum 72 saat süre ile sadece üçüncü seviye yenidoğan/çocuk yoğun bakım ile erişkin ikinci/üçüncü seviye yoğun	151,92	

			bakımlarda uygulanır. Aynı yatış döneminde en fazla üç defa yenidoğan/çocuk veya erişkin yoğun bakım işlem puanına ilave olarak faturalandırılır.		
2774	700.210	İntralezyoner enjeksiyon	Kortikosteroit, bleomycin, vs.	15,01	
2774 (Değişik: RG-18/02/2015-29271/19b md. Yürürlük: 01/03/2015)	700.210	İntralezyoner enjeksiyon, bir seans günlük	Kortikosteroit, bleomycin, vs.	15,01	İşlem adına "bir seans günlük" eklendi.
3087 (Değişik: RG-30/08/2014-29104/23-a md. Yürürlük: 30/08/2014)	-	PSİKİYATRİK ÇALIŞMALAR	702.660-702.810 arası çalışmalar Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzman hekimi bulunan sağlık hizmeti sunucularınca yapıldığında faturalandırılır. Resmi psikiyatri dal hastanelerinde ve Sağlık Bakanlığı ile 3.basamak sağlık hizmeti sunucuları bünyesindeki AMATEM Merkezlerinde yapılan işlem puanlarına % 30 ilave edilir.		
3087 (Değişik: RG-18/02/2015-29271/19b md. Yürürlük: 01/03/2015)		PSİKİYATRİK ÇALIŞMALAR	702.660-702.810 arası çalışmalar Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzman hekimi bulunan sağlık hizmeti sunucularınca yapıldığında faturalandırılır. Resmi psikiyatri dal hastanelerinde ve Sağlık Bakanlığı ile 3.basamak sağlık hizmeti sunucuları bünyesindeki AMATEM/ÇEMATEM Merkezlerinde yapılan işlem puanlarına % 30 ilave edilir.		Açıklamaya ÇEMATEM ilave edildi

TANIYA DAYALI İŞLEM PUAN LİSTESİ

SIRA NO	PAKET KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM GRUBU	*	İŞLEM PUANI	Açıklama
886	P608960	Wedge rezeksiyon, tek veya çok sayıda	608.860 ile birlikte faturalandırılmaz. Aynı faturada bir defadan fazla kodlanmaz.	B	-	2.429,34	
886 (Değişik:RG-18/02/2015-29271/20 md. Yürürlük: 18/02/2015)	P608960	Wedge rezeksiyon, tek veya çok sayıda	P608860 ile birlikte faturalandırılmaz. Aynı faturada bir defadan fazla kodlanmaz.	B	-	2.429,34	Açıklamada kodun başına "P" eklendi
900 (Değişik:RG-24/12/2014-29215/20 md. Yürürlük:01/01/2015)	P609070	Karaciğer segmentektomi, her bir segment	Patoloji raporu ile segmentektominin teyidi gerekir. Üçten fazla olması halinde 609.110 üzerinden faturalandırılır.	A3	-	4.788,21	Açıklamada kodun başına "P" eklendi
900 (Değişik:RG-24/12/2014-29215/20 md. Yürürlük:01/01/2015)	P609070	Karaciğer segmentektomi, her bir segment	Patoloji raporu ile segmentektominin teyidi gerekir. Üçten fazla olması halinde P609110 üzerinden faturalandırılır.	A3	-	4.788,21	
901	P609071	Karaciğer segmentektomi, her bir segment, laparoskopik	Patoloji raporu ile segmentektominin teyidi gerekir. Üçten fazla olması halinde 609.111 üzerinden faturalandırılır. Tüm malzemeler dahil.	A3	*	3.794,27	Açıklamada kodun başına "P" eklendi
901 (Değişik:RG-24/12/2014-29215/20 md. Yürürlük:01/01/2015)	P609071	Karaciğer segmentektomi, her bir segment, laparoskopik	Patoloji raporu ile segmentektominin teyidi gerekir. Üçten fazla olması halinde P609111 üzerinden faturalandırılır. Tüm malzemeler dahil.	A3	*	3.794,27	

BİRDEN FAZLA BRANŞTA KULLANILAN TIBBİ MALZEMELER

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	AÇIKLAMA	FİYATI	Açıklama
ÖR2640	İNSİZYONEL KATETER SETİ, GÜMÜŞ KAPLI, HOMOJEN DAĞILIMLI	-	950,00	Açıklama eklendi
OR2640 (Değişik:RG-18/02/2015-29271/21a md. Yürürlük: 01/03/2015)	İNSİZYONEL KATETER SETİ, GÜMÜŞ KAPLI, HOMOJEN DAĞILIMLI	(1) Tanıya dayalı işlemlerde ayrıca faturalandırılabilir (2) Aynı yatış döneminde en fazla bir adet faturalandırılabilir.	950,00	
	KANAMA DURDURMADA KULLANILAN TIBBİ MALZEMELER			Açıklamada madde numarası değişti
(Değişik:RG-18/02/2015-29271/21b md. Yürürlük: 01/10/2014)	Sağlık Uygulamaları Tebliği 3.1.29 3.3.29 maddesi ve ilgili diğer hükümleri geçerlidir.			
(Değişik:RG-18/02/2015-29271/21c md. Yürürlük: 18/02/2015)	VÜCUT DIŞI KANAMA DURDURMADA KULLANILAN TIBBİ MALZEMELER			Başlık değişti
	KANAMA DURDURMADA KULLANILAN EMİLEMEYEN TIBBİ MALZEMELER			
(Değişik:RG-18/02/2015-29271/21ç md. Yürürlük: 18/02/2015)	ENDOSKOPIK/CERRAHİ ALANDA KULLANILAN KANAMA DURDURMADA KULLANILAN TIBBİ MALZEMELER			Başlık değişti
	KANAMA DURDURMADA KULLANILAN EMİLEBİLEN TIBBİ MALZEMELER			
ÖR4370	HEMOSTATİK ETKEN İÇEREN TAMPON, 100 cm2'den büyük (Bitkisel sıvı hemostatik içeren ürünler için etken miktarı en az 10 cc olmalıdır.)	-	148,00	Tıbbi Malzeme Alan Tanımı

OR4370 (Değişik:RG-18/02/2015-29271/21d md. Yürürlük: 18/02/2015)	BİTKİSEL HEMOSTATİK LİKİT/HEMOSTATİK ETKEN İÇEREN, TAMPON FORMU, 100 cm2'den büyük (Bitkisel hemostatik likit içeren ürünler için etken miktarı en az 10 cc olmalıdır.)		148,00	değişti
OR4380	HEMOSTATİK ETKEN İÇEREN TAMPON (100 cm2'den küçük) (Bitkisel sıvı hemostatik içeren ürünler için etken miktarı en az 5cc olmalıdır.)	-	75,00	Tıbbi Malzeme Alan Tanımı değişti
OR4380 (Değişik:RG-18/02/2015-29271/21d md. Yürürlük: 18/02/2015)	BİTKİSEL HEMOSTATİK LİKİT/HEMOSTATİK ETKEN İÇEREN, TAMPON FORMU, (100 cm2'den küçük) (Bitkisel hemostatik likit içeren ürünler için etken miktarı en az 5cc olmalıdır.)		75,00	
OR4390	HEMOSTATİK ETKEN İÇEREN TAMPON (100 cm2'den küçük) (Bitkisel sıvı hemostatik içeren ürünler için etken miktarı en az 3 cc olmalıdır.)	-	45,00	Tıbbi Malzeme Alan Tanımı değişti
OR4390 (Değişik:RG-18/02/2015-29271/21d md. Yürürlük: 18/02/2015)	BİTKİSEL HEMOSTATİK LİKİT/HEMOSTATİK ETKEN İÇEREN, TAMPON FORMU, (100 cm2'den küçük) (Bitkisel hemostatik likit içeren ürünler için etken miktarı en az 3 cc olmalıdır.)		45,00	
(Ek: RG-18/02/2015-29271/21e md. Yürürlük: 01/02/2015)	DERİ HASTALIKLARINDA YARA BAKIMI			Yeni eklendi
OR4685 (Ek: RG-18/02/2015-29271/21e md. Yürürlük: 01/02/2015)	EPİDERMOLİZİS BÜLLOZA YARA BAKIM SETİ	Bkz SUT 3.3.1 (13)	İşlem puanına dahildir.	

OMURGA CERRAHİSİ ALAN GRUBUNA AİT TIBBİ MALZEMELER

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYAT (TL)	Açıklama
103080 (Ek:RG-25/07/2014-29071/54 md. Yürürlük: 01/08/2014)	PERKÜTAN TRANSFASET VİDASI, SERVİKAL (Mülga: RG-18/02/2015-29271/22 md. Yürürlük: 01/03/2015)	4.140,00	Listeden Çıkarıldı
(1) Sadece perkütan girişimlerde, servikal instabilitede veya faset eklem dejenerasyonu, disfonksiyonuna bağlı dirençli ağrılarda kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır.			
103085 (Ek:RG-25/07/2014-29071/54 md. Yürürlük: 01/08/2014)	PERKÜTAN TRANSFASET VİDASI, LOMBER (Mülga: RG-18/02/2015-29271/22 md. Yürürlük: 01/03/2015)	3.750,00	Listeden Çıkarıldı
(1) Sadece perkütan girişimlerde, lomber instabilitede veya faset eklem dejenerasyonu, disfonksiyonuna bağlı dirençli ağrılarda kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır.		-	
103081 (Ek: RG-18/02/2015-29271/22 md. Yürürlük: 01/03/2015)	PERKÜTAN FASET KOMPRESYON (KİLİTLEME) VİDASI, SERVİKAL	4.140,00	Listeye eklendi
(1) Sadece perkütan girişimlerde, servikal instabilite, faset eklem dejenerasyonu, disfonksiyonuna bağlı dirençli ağrılarda, servikal faset luksasyonu, 2 seviye ve üstü anterior servikal füzyonu desteklemek için kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır.			
103082 (Ek: RG-18/02/2015-29271/22 md. Yürürlük: 01/03/2015)	PERKÜTAN FASET KOMPRESYON (KİLİTLEME) VİDASI, LOMBER	3.750,00	Listeye eklendi
(1) Sadece perkütan girişimlerde, lomber instabilite, faset eklem dejenerasyonu, disfonksiyonuna bağlı dirençli ağrılarda, anterior füzyonu desteklemek için kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır.			

103083 (Ek: RG-18/02/2015-29271/22 md. Yürürlük: 01/03/2015)	PERKÜTAN FASET DİSTRAKSİYON APARATI, SERVİKAL	4.140,00	Listeye eklendi
(1) Sadece perkütan girişimlerde, servikal faset eklem dejenerasyonu, servikal foraminal stenoza bağlı dirençli ağrılarda kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır.			
103084 (Ek: RG-18/02/2015-29271/22 md. Yürürlük: 01/03/2015)	PERKÜTAN FASET DİSTRAKSİYON APARATI, LOMBER	3.750,00	Listeye eklendi
(1) Sadece perkütan girişimlerde, lomber faset eklem dejenerasyonu, lomber foraminal stenoza bağlı dirençli ağrılarda, kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır.			



ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ BRANŞI ARTROSKOPİ VE EKLEM CERRAHİSİ ALAN GRUBUNA AİT TIBBİ MALZEMELER LİSTESİ

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI						FİYAT (TL)	
	EKLEM CERRAHİSİ							Açıklama
AE2520	EKLEM REKONSTRÜKSİYON, ÇEKİÇ PARMAK	ORTA FALENGEAL KOMPONENT			ÇELİK	TÜM BOYLAR	700,00	Tıbbi Malzeme Alan Tanımı değişti
AE2520 (Değişik:RG-18/02/2015-29271/23 md. Yürürlük: 01/03/2015)	EKLEM REKONSTRÜKSİYON, ÇEKİÇ PARMAK	ORTA FALENGEAL KOMPONENT			ÇELİK/TİTANYUM	TÜM BOYLAR	700,00	
AE2530	EKLEM REKONSTRÜKSİYON, ÇEKİÇ PARMAK	ORTA VE PROKSİMAL FALENGEAL KOMPONENT KİT			ÇELİK	TÜM BOYLAR	1.350,00	Tıbbi Malzeme Alan Tanımı değişti
AE2530 (Değişik:RG-18/02/2015-29271/23 md. Yürürlük: 01/03/2015)	EKLEM REKONSTRÜKSİYON, ÇEKİÇ PARMAK	ORTA VE PROKSİMAL FALENGEAL KOMPONENT KİT			ÇELİK/TİTANYUM	TÜM BOYLAR	1.350,00	
AE2540	EKLEM REKONSTRÜKSİYON, ÇEKİÇ PARMAK	PROKSİMAL FALENGEAL KOMPONENT			ÇELİK	TÜM BOYLAR	700,00	Tıbbi Malzeme Alan Tanımı değişti
AE2540 (Değişik:RG-18/02/2015-29271/23 md. Yürürlük: 01/03/2015)	EKLEM REKONSTRÜKSİYON, ÇEKİÇ PARMAK	PROKSİMAL FALENGEAL KOMPONENT			ÇELİK/TİTANYUM	TÜM BOYLAR	700,00	

ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ BRANŞI TRAVMA VE REKONSTRÜKSİYON ALAN GRUBUNA AİT TIBBİ MALZEMELER LİSTESİ

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI								FİYAT (TL)	
	OPERASYON BÖLGESİ	CERRAHİ YAKLAŞIM	Biçim	ÜRÜN ÖZELLİĞİ	BOYUTSAL ÖZELLİK	ŞEKİSEL ÖZELLİK	MATERYAL	BOY		Açıklama
TV1820	PLAKLAR VE VİDALAR	İNTERNAL FİKSASYON	KİLİTLİ PLAK SİSTEMLERİ	KİLİTLİ KOMBİNE/KOMPRESYON DELİK, SABİT/DEĞİŞKEN AÇILI	TÜM BOYLAR	PEDİATRİK KAMALI PLAK	ÇELİK	TÜM BOYLAR	720,00	Şekilsel Özellik değişti
TV1820 (Değişik:RG-18/02/2015-29271/24 md. Yürürlük: 01/03/2015)	PLAKLAR VE VİDALAR	İNTERNAL FİKSASYON	KİLİTLİ PLAK SİSTEMLERİ	KİLİTLİ KOMBİNE/KOMPRESYON DELİK, SABİT/DEĞİŞKEN AÇILI	TÜM BOYLAR	PEDİATRİK KAMALI, KANÜLLÜ/KANÜLSÜZ PLAK	ÇELİK	TÜM BOYLAR	720,00	
TV1830	PLAKLAR VE VİDALAR	İNTERNAL FİKSASYON	KİLİTLİ PLAK SİSTEMLERİ	KİLİTLİ KOMBİNE/KOMPRESYON DELİK, SABİT/DEĞİŞKEN AÇILI	TÜM BOYLAR	PEDİATRİK KAMALI PLAK	TİTANYUM /CoCr/ KARBON	TÜM BOYLAR	800,00	Şekilsel Özellik değişti
TV1830 (Değişik:RG-18/02/2015-29271/24 md. Yürürlük: 01/03/2015)	PLAKLAR VE VİDALAR	İNTERNAL FİKSASYON	KİLİTLİ PLAK SİSTEMLERİ	KİLİTLİ KOMBİNE/KOMPRESYON DELİK, SABİT/DEĞİŞKEN AÇILI	TÜM BOYLAR	PEDİATRİK KAMALI, KANÜLLÜ/KANÜLSÜZ PLAK	TİTANYUM/ CoCr/ KARBON	TÜM BOYLAR	800,00	

NEFROLOJİ BRANŞINA AİT TIBBİ MALZEMELER

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYAT (TL)	Açıklama
NF1001	KATETER, HEMODİYALİZ, GEÇİCİ, ERİŞKİN / HEPARİN KAPLI	50,00	Fiyatı düştü
NF1001 (Değişik:RG-18/02/2015-29271/25 md. Yürürlük: 01/03/2015)	KATETER, HEMODİYALİZ, GEÇİCİ, ERİŞKİN / HEPARİN KAPLI	30,00	

GÖĞÜS HASTALIKLARI VE GÖĞÜS CERRAHİSİ BRANŞLARINA AİT TIBBİ MALZEMELER LİSTESİ

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYAT (TL)	Açıklama
GHC1860	DİYAFRAGMATİK PACE- ELEKTROT ve UYGULAMA SETİ (Tüm malzemeler dahil)	50.000	Yeni madde eklendi
(Ek: RG-18/02/2015-29271/26 md. Yürürlük: 18/02/2015)	(1) Aşağıdaki geri ödeme kural ve kriterlerinin birlikte sağlandığı durumlarda Kurumca bedeli karşılanır. a) Sadece eğitim verme yetkisi olan üçüncü basamak resmi sağlık kurumları göğüs cerrahisi kliniklerinde, b)“Sağlık Bakanlığı Diyafragma Pili Bilimsel Danışma Komisyonu” tarafından onay verilen hastalarda kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır. (2) Tanıya dayalı işlemlerde ayrıca faturalandırılabilir.		

ANESTEZİYOLOJİ, REANİMASYON VE AĞRI TEDAVİSİ BRANŞINA AİT TIBBİ MALZEMELER LİSTESİ

SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI	FİYATI (TL)	Açıklama
AN1260	DİSPOSABLE EKSTERNAL SOĞUTMA PEDLERİ (ERİŞKİN)	4.350,00	
(Ek: RG-18/02/2015-29271/27 md. Yürürlük: 01/10/2014)	(1) Sadece 590.001 işlem kodunun kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır. (2) İşlem kodu ile birlikte 3 (üç) günde en fazla 1(bir) adet faturalandırılabilir. (3) Yoğun bakım taniya dayalı işlemlerinde ayrıca faturalandırılabilir.		Ödeme kriterleri/kuralları eklendi
AN1270	DİSPOSABLE EKSTERNAL SOĞUTMA PEDLERİ (YENİDOĞAN)	1.100,00	
(Ek: RG-18/02/2015-29271/27 md. Yürürlük: 01/10/2014)	(1) Sadece 590.001 işlem kodunun kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır. (2) İşlem kodu ile birlikte 3 (üç) günde en fazla 1(bir) adet faturalandırılabilir. (3) Yoğun bakım taniya dayalı işlemlerinde ayrıca faturalandırılabilir.		Ödeme kriterleri/kuralları eklendi

SİSTEMİK ANTİMİKROBİK VE DİĞER İLAÇLARIN REÇETELEME KURALLARI LİSTESİ

Tedavi için gerekli görülen antibiyotikler, aşağıda belirtilen esaslara göre reçete edilecektir.

Aşağıdaki Listedeki kısaltma ve ibareler için liste sonunda “AÇIKLAMALAR” bulunmaktadır.

11-ANTİVİRAL İLAÇLAR			Açıklama
A) HIV/AIDS Tedavisinde Kullanılan Spesifik İlaçlar			
15	Dolutegravir	EHU; HIV-1 ile enfekte ve integras sınıfına dirençli olmayan hastalarda maksimum 1x1 dozunda; HIV-1 ile enfekte ve integras sınıfına dirençli olan hastalarda ise maksimum 2x1 dozunda kullanılır. (Ek: RG-18/02/2015-29271/28 md. Yürürlük: 28/02/2015)	Yeni madde eklendi

AYAKTA TEDAVİDE SAĞLIK RAPORU (Uzman Hekim Raporu/Sağlık Kurulu Raporu) İLE VERİLEBİLECEK İLAÇLAR LİSTESİ

~~58. (Ek:RG-04/05/2013-28637 / 41 ç md. Yürürlük: 11/05/2013) Eplerenon (Spironolakton tedavisi altındayken jinekomasti gelişen veya spironolaktonu tolere edemeyen akut MI sonrası klinik kalp yetmezliği olan sol ventrikül disfonksiyonlu (Atım volümü(LVEF)≤%40) hastaların tedavisinde kardiyoloji uzman hekimlerince düzenlenen rapora istinaden tüm hekimlerce reçetelenebilir. Hipertansiyon tedavisinde ödenmez.)~~

~~(Değişik:RG-18/02/2015-29271/29a md. Yürürlük: 28/02/2015)~~

58. Eplerenon; Yalnızca spironolakton tedavisi altındayken jinekomasti gelişen veya spironolaktonu tolere edemeyen;

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

b) Standart tedaviye ek olarak, kronik kalp yetmezliği (NYHA Sınıf II) ve sol ventrikül sistolik disfonksiyonu(LVEF ≤ %30) olan yetişkin hastaların tedavisinde, kardiyoloji uzman hekimlerince düzenlenen rapora istinaden tüm hekimlerce reçetelenebilir.

59. İdebenon; yalnızca Fridreich Ataksisi veya serebral ataksi endikasyonunda (Ek İbare: RG-18/02/2015-29271/29b md. Yürürlük: 28/02/2015) ödenir, nöroloji uzman hekimi raporuna istinaden nöroloji uzman hekimlerince reçetelenir.

SADECE YATAN HASTALARDA KULLANIMI HALİNDE BEDELLERİ ÖDENECEK İLAÇLAR LİSTESİ

5. Sefodizim, Sefoperazon, Sefaperazon-Sulbaktam, Sefotaksim, Seftazidim, Seftizoksım, Siprofloksasin Parenteral, Levfloksasin Parenteral, Ofloksasin Parenteral, Moksifloksasin Parenteral, Teikoplanin (EHU APAT'TA KY), Gansiklovir (Ek İbare: RG-18/02/2015-29271/30a md. Yürürlük: 28/02/2015) Parenteral (Kanser Hastalarında, Tüberküloz Hastalarında, Bronşektazide, Pnömonide, Diyaliz tedavisi gören ve Kronik Böbrek Hastalarında, Nefrotik Sendromda, Osteomiyelitte, Tromboflebitte, Kistik Fibroziste, Antibiyotik kullanımı gerektiren immün bozukluğu olan hastalarda, Kronik Karaciğer Hastalıklarında ve Diyabetli Hastalarda, bir aydan küçük yenidoğan bebeklerdeki enfeksiyonlarda, orbital selülitte; yatarak tedavide başlanan antibiyotiğin hastaneden çıkışta devamı gerektiğinde bu ilaçların antibiyotik tablosunda belirtilen şartlarda ayaktan verilebilecektir.)

50. Adenozin (Ek İbare: RG-18/02/2015-29271/30b md. Yürürlük: 28/02/2015) 6 mg/2 ml ve 10mg/2 ml: Yalnızca; Paroksizmal Supraventriküler Taşikardi tanısı konulmuş; WPW (Wolf Parkinson White) sendromlu veya hipotansif seyri olan veya gebe veya çocuk hastalarda; kardiyoloji veya acil hekimlerince bu durumun reçete veya tabelada belirtilmesi koşulu ile kullanılabilir.