| YÜRÜRLÜKTEKİ SUT METNİ | 25.03.2017 TARİHLİ DEĞİŞKLİK |
|---|---|
| **1.5.1 - Özel sevk kurallarına tabi olan kişilerin sağlık hizmeti sunucularına müracaat işlemleri**<br>(1) 5510 sayılı Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1), (3) ve (9) numaralı alt bentleri gereği genel sağlık sigortası kapsamına alınan kişilerin, ayakta veya yatarak teşhis ve tedavi hizmeti veren sağlık hizmeti sunucularına müracaatlarında MEDULA sistemi üzerinden yapılan müstahaklık sorgulaması sonucu Kurum bilgisi 60/c-1, 60/c-3 veya 60/c-9 dönen kişilerin müracaat kabul ve sevk işlemleri aşağıdaki şekilde yürütülecektir. Aşağıda belirtilen usul ve esaslara uygun olmayan müracaatlara ilişkin sağlık hizmeti bedelleri Kurumca karşılanmaz. | **1.5.1 - Özel sevk kurallarına tabi olan kişilerin sağlık hizmeti sunucularına müracaat işlemleri**<br>(1) 5510 sayılı Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1), (3) ve (9) numaralı alt bentleri **ileaynı maddenin onikinci, onüçüncü ve ondördüncü fıkraları** gereği genel sağlık sigortası kapsamına alınan kişilerin, ayakta veya yatarak teşhis ve tedavi hizmeti veren sağlık hizmeti sunucularına müracaatlarında MEDULA sistemi üzerinden müstahaklık sorgulaması **yapılır.** Sorgulama sonucu Kurum bilgisi 60/c-1, 60/c-3 veya 60/c-9 dönen kişiler **ile 60 ıncımaddenin onikinci, onüçüncü ve ondördüncü fıkralarında tanımlanan kişilerin** müracaat kabul ve sevk işlemleri aşağıdaki şekilde yürütülecektir. Aşağıda belirtilen usul ve esaslara uygun olmayan müracaatlara ilişkin sağlık hizmeti bedelleri Kurumca karşılanmaz.” |
| **1.8.5 - Katılım payı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler** | **1.8.5 - Katılım payı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler** |
| **YENİ EKLENDİ.** | (22) 5510 sayılı Kanunun 60 ıncı maddesinin;<br>a) Onikinci fıkrası kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılanlardan SUT’un 1.8.1, 1.8.2 ve 1.8.3 maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.<br>b) Onüçüncü ve ondördüncü fıkraları kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılanlar ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerden, SUT’un 1.8.1, 1.8.2, 1.8.3 ve 1.8.4 maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz. |
| **1.9.2 - İlave ücret alınmayacak kişiler** | **1.9.2 - İlave ücret alınmayacak kişiler** |
| (1) Otelcilik hizmetleri ve istisnai sağlık hizmetleri hariç olmak üzere aşağıda belirtilen kişiler ile a, b ve c bentlerinde sayılan kişilerin bakmakla yükümlü olduğu kişilerden ilave ücret alınamaz. | (1) Otelcilik hizmetleri ve istisnai sağlık hizmetleri hariç olmak üzere aşağıda belirtilen ~~kişiler ile a, b ve c bentlerinde sayılan kişilerin bakmakla yükümlü olduğu~~ kişilerden ilave ücret alınamaz. |
| a) 1005 sayılı Kanun hükümlerine göre şeref aylığı alan kişiler, | a) 1005 sayılı Kanun hükümlerine göre şeref aylığı alan kişiler **ile bakmakla yükümlü olduğu kişilerden,** |

| | |
|---|---|
| b) 2330 sayılı Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler, | b) 2330 sayılı Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler **ile bakmakla yükümlü olduğu kişilerden,** |
| Harp malûllüğü aylığı alanlar ile 3713 sayılı Kanun kapsamında aylık alanlar, | c) Harp malûllüğü aylığı alanlar ile 3713 sayılı Kanun kapsamında aylık alanlar **ile bakmakla yükümlü olduğu kişilerden,** |
| ç) Tedavileri sonuçlanıncaya veya maluliyetleri kesinleşinceye kadar; 3713 sayılı Kanunun 21 inci maddesinde sayılan olaylara maruz kalmaları nedeniyle yaralananlar. | ç) Tedavileri sonuçlanıncaya veya maluliyetleri kesinleşinceye kadar; 3713 sayılı Kanunun 21 inci maddesinde sayılan olaylara maruz kalmaları nedeniyle yaralananlar, |
| **YENİ EKLENDİ.** | **d) 5510 sayılı Kanunun 60 ıncı maddesinin onikinci fıkrasında belirtilen kişilerden,** |
| **YENİ EKLENDİ.** | **e) 5510 sayılı Kanunun 60 ıncı maddesinin onüçüncü ve ondördüncü fıkraları kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılanlar kişiler ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden.** |
| **1.9.3 - İlave ücret alınmayacak sağlık hizmetleri**<br>a) Acil servislerde verilen ve SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan 520.021 kod numaralı "Yeşil alan muayenesi" adı altında Kuruma fatura edilebilen sağlık hizmetleri hariç olmak üzere, acil haller nedeniyle sunulan sağlık hizmetleri,<br>b) Yoğun bakım hizmetleri,<br>c) Yanık tedavisi hizmetleri,<br>ç) Kanser tedavisi (radyoterapi, kemoterapi, radyo izotop tedavileri),<br>d) Yenidoğana verilen sağlık hizmetleri,<br>e) Organ, doku ve kök hücre nakillerine ilişkin sağlık hizmetleri,<br>f) Doğumsal anomaliler için yapılan cerrahi işlemlere yönelik sağlık hizmetleri,<br>g) Hemodiyaliz tedavileri,<br>ğ) Kardiyovasküler cerrahi işlemler. (İstisnai sağlık hizmetlerinde belirtilen işlemler hariç)<br>h) SUT eki EK-2/B ve EK-2/C Listesindeki Koklear implant işlemlerinden | **1.9.3 - İlave ücret alınmayacak sağlık hizmetleri**<br>a) Acil servislerde verilen ve SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan 520.021 kod numaralı "Yeşil alan muayenesi" adı altında Kuruma fatura edilebilen sağlık hizmetleri hariç olmak üzere, acil haller nedeniyle sunulan sağlık hizmetleri,<br>b) Yoğun bakım hizmetleri,<br>c) Yanık tedavisi hizmetleri,<br>ç) Kanser tedavisi (radyoterapi, kemoterapi, radyo izotop tedavileri),<br>d) Yenidoğana verilen sağlık hizmetleri,<br>e) Organ, doku ve kök hücre nakillerine ilişkin sağlık hizmetleri,<br>f) Doğumsal anomaliler için yapılan cerrahi işlemlere yönelik sağlık hizmetleri,<br>h) Hemodiyaliz tedavileri,<br>ğ) Kardiyovasküler cerrahi işlemler. (İstisnai sağlık hizmetlerinde belirtilen işlemler hariç)<br>h) SUT eki EK-2/B ve EK-2/C Listesindeki Koklear implant işlemlerinden<br>**ı) SUT eki EK-2/C Listesindeki P551120, P615895, P615991 ve P703365 kodlu işlemler** |

| | |
|---|---|
| **3.1.2 - Ayakta tedavilerde kullanılan tıbbi malzemeler**<br>(5) SUT eki EK-3/C-1 Listesinde yer alan tıbbi malzemelerden tıbbi uygunluk aranması esas olup, SUT eki EK-3/C listelerinde yer alan diğer tıbbi malzemelerden tıbbi uygunluk aranmaz. Ancak, sürekli kullanım gerektiren rapor takipli;<br>a) Hasta alt bezi/ külotlu hasta alt bezi ve çocuk alt bezi | **3.1.2 - Ayakta tedavilerde kullanılan tıbbi malzemeler**<br>(5) SUT eki EK-3/C-1 Listesinde yer alan tıbbi malzemelerden tıbbi uygunluk aranması esas olup, SUT eki EK-3/C listelerinde yer alan diğer tıbbi malzemelerden tıbbi uygunluk aranmaz. Ancak, sürekli kullanım gerektiren rapor takipli;<br>a) Hasta alt bezi/ külotlu hasta alt bezi ve ~~çocuk alt bezi~~ **çocuk hasta alt bezi/ çocuk külotlu hasta alt bezi** |
| **3.1.2 - Ayakta tedavilerde kullanılan tıbbi malzemeler**<br>(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 3713 sayılı Kanun kapsamına girmese dahi başkasının yardımı ve desteği olmaksızın yaşamak için gereken hareketleri yapamayacak derecede malul olan vazife ve harp malulleri ile atış, tatbikat veya diğer ateşli silah yaralanmaları nedeniyle 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;<br>a) SUT ve eki listelerinde yer alan tıbbi malzemeleri temin etmeleri halinde fatura bedelleri SUT ve eki listelerde belirtilen fiyatları aşmamak üzere Kurumca karşılanır.<br>b) SUT ve eki listelerinde yer almayan tıbbi malzemelerden, benzer nitelik veya aynı işlevsel özellikte olanların SUT ve eki listelerde yer alması durumunda bu tıbbi malzemeler için listelerdeki fiyatlar tavan fiyatı olarak uygulanır.<br>c) SUT ve eki listelerde yer alan tıbbi malzemeler ile benzer nitelik veya aynı işlevsel özellikte olmayan tıbbi malzeme bedellerinin ödemeleri ise, söz konusu tıbbi malzemenin Kurumca uygun görülerek bu listelere eklenmesi halinde mümkün olacaktır. | **3.1.2 - Ayakta tedavilerde kullanılan tıbbi malzemeler**<br>(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 3713 sayılı Kanun kapsamına girmese dahi başkasının yardımı ve desteği olmaksızın yaşamak için gereken hareketleri yapamayacak derecede malul olan vazife ve harp malulleri ile atış, tatbikat veya diğer ateşli silah yaralanmaları nedeniyle 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;<br>~~a) SUT ve eki listelerinde yer alan tıbbi malzemeleri temin etmeleri halinde fatura bedelleri SUT ve eki listelerde belirtilen fiyatları aşmamak üzere Kurumca karşılanır.~~<br>~~b) SUT ve eki listelerinde yer almayan tıbbi malzemelerden, benzer nitelik veya aynı işlevsel özellikte olanların SUT ve eki listelerde yer alması durumunda bu tıbbi malzemeler için listelerdeki fiyatlar tavan fiyatı olarak uygulanır.~~<br>~~c) SUT ve eki listelerde yer alan tıbbi malzemeler ile benzer nitelik veya aynı işlevsel özellikte olmayan tıbbi malzeme bedellerinin ödemeleri ise, söz konusu tıbbi malzemenin Kurumca uygun görülerek bu listelere eklenmesi halinde mümkün olacaktır.~~ |

| | |
|---|---|
| ç) Tıbbi malzemelere ilişkin bakım ve onarım masrafları garanti süresi içinde firma tarafından karşılanacağından Kuruma ayrıca faturalandırılamaz.<br><br>d) Tıbbi malzemelerin garanti süresi içindeki yenilenme talepleri Kurumca karşılanmaz.<br><br>e) Aynı işlevi gören birden fazla ürün çeşidi bulunan tıbbi malzemelerden birinin temini halinde diğerlerinin bedeli, temin edilen tıbbi malzemenin garanti süresi dolana kadar Kurumca karşılanmaz.<br><br>f) SUT eki Ek-3/C-2 ve Ek-3/C-5 listelerinde yer alan tıbbi malzemelerin garanti süresi sonunda kullanılamaz durumda olduğunun fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi halinde, tıbbi malzemelerin yenilenme talepleri listelerde yer alan yenilenme süreleri dikkate alınmadan Kurumca karşılanır.<br><br>g) SUT eki Ek-3/C-2 ve Ek-3/C-5 listelerinde yer alan tıbbi malzemeleri temin etmeleri halinde hakem hastane onay şartı aranmaz.<br><br>ğ) Tetrapleji veya parapleji tanılı hastalarda manuel tekerlekli sandalye ile akülü tekerlekli sandalyenin aynı anda reçete edildiği durumlarda, her iki malzeme bedeli de Kurumumuzca karşılanır. | ç) Tıbbi malzemelere ilişkin bakım ve onarım masrafları garanti süresi içinde firma tarafından karşılanacağından Kuruma ayrıca faturalandırılamaz.<br><br>d) Tıbbi malzemelerin garanti süresi içindeki yenilenme talepleri Kurumca karşılanmaz.<br><br>e) Aynı işlevi gören birden fazla ürün çeşidi bulunan tıbbi malzemelerden birinin temini halinde diğerlerinin bedeli, temin edilen tıbbi malzemenin garanti süresi dolana kadar Kurumca karşılanmaz.<br><br>f) SUT eki Ek-3/C-2 ve Ek-3/C-5 listelerinde yer alan tıbbi malzemelerin garanti süresi sonunda kullanılamaz durumda olduğunun fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi halinde, tıbbi malzemelerin yenilenme talepleri listelerde yer alan yenilenme süreleri dikkate alınmadan Kurumca karşılanır.<br><br>g) SUT eki Ek-3/C-2 ve Ek-3/C-5 listelerinde yer alan tıbbi malzemeleri temin etmeleri halinde hakem hastane onay şartı aranmaz.<br><br>ğ) Tetrapleji veya parapleji tanılı hastalarda manuel tekerlekli sandalye ile akülü tekerlekli sandalyenin aynı anda reçete edildiği durumlarda, her iki malzeme bedeli de Kurumumuzca karşılanır. |
| **4.2.13.3.2 - Kronik Hepatit C tedavisinde genel hükümler**<br>(1) HCV RNA'sı pozitif hastalarda genotip tayini yapılır. Genotip ve subtipi (Laboratuar tetkikinde genotip 1 subtipi belirlenemediği olgular genotip 1a olarak kabul edilir) raporda belirtilir.<br>(2) Karaciğer biyopsisi ile ilgili kurallar ISHAK skorlamasına göre (pediatrik hastalarda Knodell skorlamasına göre) belirlenmiştir.<br>(3) Kronik hepatit C tedavisi; ISHAK skoruna göre fibrozis 3 ve üzeri hastalarda tedaviye başlanır. | **4.2.13.3.2 - Kronik Hepatit C tedavisinde genel hükümler**<br>(1) HCV RNA'sı pozitif hastalarda genotip tayini yapılır. Genotip ve subtipi (Laboratuar tetkikinde genotip 1 subtipi belirlenemediği olgular genotip 1a olarak kabul edilir) raporda belirtilir.<br>(2) Karaciğer biyopsisi ile ilgili kurallar ISHAK skorlamasına göre (pediatrik hastalarda Knodell skorlamasına göre) belirlenmiştir.<br>(3) Kronik hepatit C tedavisi; ISHAK skoruna göre fibrozis ~~3~~ **1** ve üzeri hastalarda tedaviye başlanır. |

| | |
|---|---|
| **4.2.13.3.2.A.1 – Daha önce Kronik Hepatit C tedavisi almamış hastalarda tedavi** | **4.2.13.3.2.A.1 – Daha önce Kronik Hepatit C tedavisi almamış hastalarda tedavi** |
| (1) Genotip 1 hastalarda tedavi;<br>b) Sirotik hastalarda tedavi;<br>1- Genotip 1a ve Genotip 1b (Child B veya C) : (Sofosbuvir+Ledipasvir) + Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.<br>2- Genotip 1a ve Genotip 1b (Child B veya C) : Sofosbuvir+Ledipasvir ile tedavi süresi toplam 24 haftadır.<br>3- Genotip 1b (Child A) : (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.<br>4-Genotip 1a (Child A) : (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir + (Ribavirin) ile toplam tedavi süresi 24 haftadır. | (1) Genotip 1 hastalarda tedavi;<br>b) Sirotik hastalarda tedavi;<br>1- Genotip 1a ve Genotip 1b (Child **A,** B veya C) : (Sofosbuvir+Ledipasvir) + Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.<br>2- Genotip 1a ve Genotip 1b (Child **A,** B veya C) : Sofosbuvir+Ledipasvir ile tedavi süresi toplam 24 haftadır.<br>3- Genotip 1b (Child A) : (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.<br>4-Genotip 1a (Child A) : (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir + (Ribavirin) ile toplam tedavi süresi 24 haftadır. |
| **z) Dabrafenib ve vemurafenib;**<br>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;<br>a) Lokal tedaviler sonrası progresyon göstermiş ve lokal tedavilerin tekrar kullanılamadığı relaps malign melanom<br>b) Metastatik malign melanom<br>2) Progresyon sonrası tek ajan olarak veya başka tedavilerle kombinasyon şeklinde kullanılamaz.<br>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.<br>4) Dabrafenib ve vemurafenib ardışık ya da kombine olarak kullanılamaz. | **z) Dabrafenib, dabrafenib+trametinib, ve murafenib, vemurafenib+kobimetinib;**<br>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 **(dabrafenib+trametinib kombine tedavisi ile vemurafenib+kobimetinib kombine tedavisi tek ajan olarak kabul edilecektir.)**olarak progresyona kadar kullanılabilir.<br>a) Lokal tedaviler sonrası progresyon göstermiş ve lokal tedavilerin tekrar kullanılamadığı relaps malign melanom<br>b) Metastatik malign melanom<br>2) Progresyon sonrası tek ajan olarak veya başka tedavilerle kombinasyon şeklinde kullanılamaz.<br>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.<br>4) ~~Dabrafenib ve vemurafenib ardışık ya da kombine olarak kullanılamaz.~~ **Bu ilaçlar ardışık ya da kombine olarak (dabrafenib+trametinib kombine tedavisi ile vemurafenib+kobimetinib kombine tedavisi hariç) kullanılamaz.** |

| | |
|---|---|
| **4.2.34 - Multipl Skleroz Hastalığında beta interferon, glatiramer asetat, teriflunomid, fingolimod ve natalizumab kullanım ilkeleri** | **"4.2.34 - Multipl Skleroz Hastalığında beta interferon, glatiramer asetat, teriflunomid, dimetil fumarat, fingolimod, natalizumab, alemtuzumab ve fampiridin kullanım ilkeleri "** |
| (1) Beta interferon,teriflunomid 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. | (1) Beta interferon,teriflunomid, **dimetil fumarat** 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.<br>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 fazla kontrast tutan lezyon veya birbirini takip eden MR'larda T2 lezyonlarının arttığı durumlardaki hastalardır.<br>b) EDSS skoru her düzenlenen raporda belirtilir ve 6 ve üzeri olan hastalarda tedavi sonlandırılır.<br>c) Üçüncü basamak sağlık kurumlarında bu durumların belirtildiği nöroloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak nöroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilir. | |
| (3) Natalizumab; yalnızca yüksek derecede aktif relapsing remitting multipl skleroz hastalarından, en az bir yıl süre ile bir beta interferon veya glatiramer asetat tedavisine yanıt vermeyen ve yüksek hastalık aktivitesine sahip olan hastalarda kullanılır.<br>a) Yanıt vermeyen hastalar; en az bir yıllık tedavi süresince ataklarında değişiklik olmayan veya yılda en az bir atak geçirmiş olan veya ataklarında artış gözlenen ve hastaların beyin Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG)'sinde en az 1 adet Gadolinium-artırıcı lezyon veya en az 9 adet T2-hiperintens lezyonu bulunması durumundaki hastalardır. | |

| | |
|---|---|
| b) Natalizumab tedavisine başlamak için PML (Progresif multifokal lökoensefalopati) riskini belirleyen Anti-JCV Antikor Testi sonucunun negatif olduğunun raporda belirtilmiş olması gerekir. Bu test tedavi boyunca yılda iki kez yapılır ve her raporda test sonucu belirtilir. Test sonucunun pozitif olması halinde tedavi sonlandırılır.<br>c) Üçüncü basamak sağlık kurumlarında bu durumların belirtildiği ve nöroloji uzman hekiminin yer aldığı 6 aylık sağlık kurulu raporuna dayanılarak nöroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilir. | |
| **YENİ EKLENDİ.** | **(4) Alemtuzumab, yukarıdaki fıkralarda yer alan ilaçlara ilişkin hükümler doğrultusunda tedaviye yanıt vermeyen veya sonlandırma kriterleri oluşmuş yüksek derecede aktif relapsing remitting multipl skleroz hastalarında üçüncü basamak tedavi olarak üçüncü basamak sağlık kurumlarında bu durumların belirtildiği ve nöroloji uzman hekiminin yer aldığı 6 aylık sağlık kurulu raporuna dayanılarak nöroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilir.** |
| **YENİ EKLENDİ.** | **(5) Fampiridin; disabilite skoru (E.D.S.S.) 4 ve üzeri olan ve 25 adım yürüme testine göre ilacı kullanması hekim tarafından gerekli görülen relapsing remitting multipl skleroz hastalarında tedaviye başlanır, EDSS skoru 7 üzeri olan hastalarda tedavi sonlandırılır. Üçüncü basamak sağlık kurumlarında bu durumların belirtildiği nöroloji uzman hekiminin yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak nöroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilir.** |
| (4) Bu ilaçlar klinik izole sendrom endikasyonunda ödenmez. | ~~(4)~~ **(6)** Bu ilaçlar klinik izole sendrom endikasyonunda ödenmez |
| **YENİ EKLENDİ.** | **4.2.48 – 3 beta hidroksi steroid dehidrojenaz eksikliği tanısında kolik asit kullanım ilkeleri;**<br>**(1) Yalnızca 3 beta hidroksi steroid dehidrojenaz eksikliği tanısında; üçüncü basamak sağlık kurumlarında çocuk endokrinoloji, çocuk metabolizma hastalıkları, erişkin endokrinoloji ve metabolizma** |

| | |
|---|---|
| | **hastalıkları, gastroenteroloji uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce reçetelenir.** |
| **4.6 - Kan ve kan bileşenlerinin temini ve bedelinin ödenmesi**<br>(4) SUT eki EK-2/C Listesi kapsamında yer alan işlemler için sağlık kurum ve kuruluşlarında kullanılan kan ve kan bileşenleri, tanıya dayalı işlem puanlarına dâhil olduğundan Kuruma fatura edilemez. (Ancak 705371, 705430 ve 705440 kodlu kan bileşenlerinin tanıya dayalı işlemler kapsamında kullanılması halinde bu kan bileşenlerinin puanının %30'u sağlık hizmeti sunucusunca ayrıca faturalandırılır. Tüm kan bileşenlerinin MEDULA sistemine kaydedilmesi zorunludur.) | **4.6 - Kan ve kan bileşenlerinin temini ve bedelinin ödenmesi**<br>(4) SUT eki EK-2/C Listesi kapsamında yer alan işlemler için sağlık kurum ve kuruluşlarında kullanılan kan ve kan bileşenleri, tanıya dayalı işlem puanlarına dâhil olduğundan Kuruma fatura edilemez. (Ancak 705371, 705430 ve 705440 kodlu kan bileşenlerinin tanıya dayalı işlemler kapsamında kullanılması halinde bu kan bileşenlerinin puanının %30'u, **705372 ve 705373 kodlu kan bileşenlerinin kullanılması halinde %18'i, 705441 kodlu kan bileşenin kullanılması halinde %13'ü, 705442 ve 705443 kodlu kan bileşenlerinin kullanılması halinde ise %22' si** sağlık hizmeti sunucusunca ayrıca faturalandırılır. Tüm kan bileşenlerinin MEDULA sistemine kaydedilmesi zorunludur.) |
| **5.3.4 - Tıbbi malzeme şahıs ödemelerinde istenecek fatura ve eki belgeler** | **5.3.4 - Tıbbi malzeme şahıs ödemelerinde istenecek fatura ve eki belgeler** |
| **YENİ EKLENDİ.** | **(6) Sağlık Bakanlığı ile yapılan protokol kapsamında Sağlık Bakanlığı tarafından iadeli tıbbi cihazlar ile verilen sağlık hizmetleri karşılığında hizmet ve/veya cihaz bedeli ödenir.** |

<table>
<tr><th>EK-3/C-4 - TIBBİ SARF MALZEMELER</th><th>EK-3/C-4 - TIBBİ SARF MALZEMELER</th></tr>
<tr><td>YENİ EKLENDİ.</td><td>
<table>
<tr><td>A10118</td><td>ÇOCUK HASTA ALT BEZİ/ ÇOCUK KÜLOTLU HASTA ALT BEZİ</td><td>0,70</td></tr>
<tr><td colspan="3">(1) Uzman hekim raporu ile mesane veya rektum kontrolü olmaması (raporda idrar veya gaita inkontinansına neden olan primer tanının belirtilmesi kaydı ile) nedeni ile (çocuklar için en az 2 (iki) yaşını tamamlamış olmak kaydı ile) çocuk hasta alt bezi/ çocuk külotlu hasta alt bezi kullanması gerekli görülen hastalar için günde 4 (dört) adedi geçmemek üzere en fazla 2 (iki) aylık miktarlarda, rapora istinaden tüm hekimlerce reçetelendirilmesi durumun da Kurumca bedelleri karşılanır.<br>(2) Çocuk hasta alt bezi/ çocuk külotlu hasta alt bezi bedellerinin karşılanmasında, Kurum TİTUBB kayıt/bildirim işlemi tamamlanmış olma şartı aranmaz.<br>(3) İdrar inkontinansı ve gaita inkontinansı olan hastalara çocuk hasta alt bezi/ çocuk külotlu hasta alt bezi ve hidrofilik kendinden kayganlaştırıcılı sonda fatura edilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.<br>(4) Sadece idrar inkontinansı olan çocuk hasta alt bezi/ çocuk külotlu hasta alt bezi kullanan hastalara hidrofilikkendinden kayganlaştırıcılı sonda fatura edilmesi halinde, hidrofilik kendinden kayganlaştırıcılı sonda Kurumca bedeli karşılanmaz.<br>(5) Sağlık raporunda; kolostomili hastalarda idrar inkontinansı, ürostomili hastalard a gaita inkontinansı olduğunun belirtilmesi halinde çocuk hasta alt bezinin/ çocuk külotlu hasta alt bezinin Kurumca bedeli karşılanır.</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>