

YÜRÜRLÜKTE BULUNAN SUT	26.11.2016 TARİHLİ DEĞİŞİKLİK
1.8.4 - Yardımcı üreme yöntemi katılım payları (1) Yardımcı üreme yöntemi tedavilerinde birinci denemede %30, ikinci denemede %25 üçüncü denemede %20 oranında olmak üzere bu tedaviler için belirlenen bedeller üzerinden katılım payı alınır.	1.8.4 - Yardımcı üreme yöntemi katılım payları (1) Bir hastalığın tedavisinin başka tıbbi yöntemle mümkün olmaması nedeniyle yapılacak üreme yöntemi tedavisi dışındaki yardımcı üreme yöntemi tedavilerinde birinci denemede %30, ikinci denemede %25 üçüncü denemede %20 oranında olmak üzere bu tedaviler için belirlenen bedeller üzerinden katılım payı alınır.
1.9.1 - İlave ücret alınması b) Yükseköğretim kurumlarına ait sağlık hizmeti sunucularında (vakıf üniversiteleri hariç) öğretim üyeleri tarafından mesai saatleri dışında bizzat verilen sağlık hizmetleri için Kurumca belirlenmiş sağlık hizmetleri bedelinin bir defada asgari ücretin iki katını geçmemek üzere, poliklinik muayenelerinde en fazla iki katı, diğer hizmetlerde en fazla bir katı kadar ilave ücret alınabilir. Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarına ait sağlık tesisleri ve üniversitelere ait ilgili birimlerin birlikte kullanımına ilişkin protokolü bulunan sağlık hizmeti sunucularında öğretim üyeleri tarafından ilave ücret alınamaz.	1.9.1 - İlave ücret alınması b)Yükseköğretim kurumlarına ait sağlık hizmeti sunucularında (vakıf üniversiteleri hariç) öğretim üyeleri tarafından mesai saatleri dışında bizzat verilen sağlık hizmetleri için Kurumca belirlenmiş sağlık hizmetleri bedelinin bir defada asgari ücretin iki katını geçmemek üzere, poliklinik muayenelerinde en fazla iki katı, diğer hizmetlerde en fazla bir katı kadar ilave ücret alınabilir. Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarına ait sağlık tesisleri ve üniversitelere ait ilgili birimlerin birlikte kullanımına ilişkin protokolü bulunan sağlık hizmeti sunucularında öğretim üyeleri tarafından ilave ücret alınamaz.
2.4.3 - Finansmanı sağlanan kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri 2.4.3-B - Grip aşısı bedeli; 65 yaş ve üzerindeki kişiler ile yaşlı bakımevi ve huzurevinde kalan kişilerin bu durumlarını belgelendirmeleri halinde sağlık raporu aranmaksızın; astım dâhil kronik pulmoner ve kardiyovasküler sistem hastalığı olan erişkin ve çocuklar, diyabet dâhil herhangi bir kronik metabolik hastalığı, kronik renal disfonksiyonu, hemoglobinopatisi veya immün	2.4.3 - Finansmanı sağlanan kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri 2.4.3-B - Grip aşısı bedeli; 65 yaş ve üzerindeki kişiler ile yaşlı bakımevi ve huzurevinde kalan kişilerin bu durumlarını belgelendirmeleri halinde sağlık raporu aranmaksızın; gebeliğin 2. ve 3. Trimesterinde olan gebeler, astım dâhil kronik pulmoner ve kardiyovasküler sistem hastalığı olanlar olan-erişkin ve çocuklar, diyabet dâhil herhangi bir kronik metabolik hastalığı, kronik renal

yetmezliği olan veya immünsupresif tedavi alan erişkin ve çocuklar ile 6 ay - 18 yaş arasında olan ve uzun süreli asetil salisilik asit tedavisi alan çocuk ve adolesanların hastalıklarını belirten sağlık raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edildiğinde yılda bir defaya mahsus olmak üzere karşılanır.	disfonksiyonu, hemoglobinopatisi veya immün yetmezliği olan veya immünsupresif tedavi alan erişkin ve çocuklar ile 6 ay - 18 yaş arasında olan ve uzun süreli asetil salisilik asit tedavisi alan çocuk ve adolesanların hastalıklarını/gebelik durumunu belirten sağlık raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edildiğinde yılda bir defaya mahsus olmak üzere karşılanır.
YENİ EKLENDİ.	4.2.13.1 - Kronik Hepatit B tedavisi 4.2.13.1.4. Biyopsi ile ilgili genel prensipler (1) Karaciğer biyopsisi ile ilgili gene kurallar Ishak skorlamasına göre (pediyatrik hastalarda Knodell skorlamasına göre) belirlenmiştir. (2) Biyopsi için kondrendikasyon bulunan hastalarda (PT de 3sn den fazla uzama veya trombosit sayısı<80.000/mm3 veya kanama eğilimini arttıran hastalılar veya kronik böbrek yetmezliği/böbrek nakli veya biyopsiye engel olacak konumda bir yr kaplayıcı lezyonun varlığı veya karaciğer sirozu veya karaciğer nakli veya gebeler veya biyopsiye engel teşkil edecek şekilde ciddi yeti yitimine neden olan psikotik bozukluğu veya zeka geriliği olan hastalarda (biyopsi uyumunun olmadığının psikiyatri uzman hekimlerince düzenlenecek sağlık raporunda belirtilmesi koşuluyla) karaciğer biyopsisi koşulu aranmaz. Biyopsi koşulu aranmayan durumlar sağlık raporunda açık olarak belirtilir.

4.2.13.2 - Kronik Hepatit D (=Delta) tedavisi (1) Delta ajanlı Kronik Hepatit B tanısı konmuş anti HDV(+) hastalarda interferon veya pegile interferonlar, kronik hepatit B'deki kullanım süre ve dozunda kullanılabilir. Bu hastalardan Kronik Hepatit B tedavi koşullarını taşıyanlarda tedaviye oral antiviral ilaçlardan biri eklenebilir. (Anti HDV(+) ve HBV DNA sonucu reçete veya raporda belirtilir.)	4.2.13.2 - Kronik Hepatit D (=Delta) tedavisi (1) Delta ajanlı Kronik Hepatit B tanısı konmuş anti HDV(+) hastalarda interferon veya pegile interferonlar, kronik hepatit B'deki kullanım süre ve dozunda kullanılabilir. Bu hastalardan Kronik Hepatit B tedavi koşullarını taşıyanlarda tedaviye oral antiviral ilaçlardan biri eklenebilir. (Anti HDV(+) ve HBV DNA sonucu reçete veya raporda belirtilir.) Biyopsi ile ilgili hepatit B'deki belirtilen genel prensipler esas alınır.
4.2.14.A - Tedavi protokolünü gösteren uzman hekim raporuna dayanılarak endikasyon uyumu aranmaksızın kullanılacak ilaçlar (1) Adriamisin, asparaginaz, bleomisin, busulfan, dakarbazin, daktinomisin, daunorubisin, epirubisin, estramustin, etoposid, fluorourasil, folinik asit, ifosfamid, hidroksiüre, karboplatin, karmustin, klorambusil, lomustin, methotrexat, melfalan, merkaptourin, mesna, mitoksantron, mitomisin, prokarbazin, siklofosfamid, sisplatin, sitozin arabinosid, tamoksifen, vinblastin, vinkristin.	4.2.14.A - Tedavi protokolünü gösteren uzman hekim raporuna dayanılarak endikasyon uyumu aranmaksızın kullanılacak ilaçlar (1) Adriamisin, asparaginaz, bleomisin, busulfan, dakarbazin, daktinomisin, daunorubisin, epirubisin, estramustin, etoposid, fluorourasil, folinik asit, ifosfamid, hidroksiüre, karboplatin, karmustin, klorambusil, lomustin, methotrexat, melfalan, merkaptourin, mesna, mitoksantron, mitomisin, prokarbazin, siklofosfamid, sisplatin, sitozin arabinosid, tamoksifen, vinblastin, vinkristin.
4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar; YENİ EKLENDİ.	4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar; ğğ) Karmustin; 1)Salık Bakanlığından hasta bazında alınacak endikasyon dışı onaya dayanılarak; beyin tümörleri-glioblastom, beyinsapı glioması, medulablastom, astrositom, ependimona ve metastik beyin tümörleri endikasyonlarında; yalnızca rekürrens veya nüks hastalarında tek ajan veya diğerk onaylı kemoterapotik ajanlarla belirlenmiş kombinasyon tedavisi

	şeklinde tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı tedavi protokolünü gösterir sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilir. Bu şekilde kullanımda endikasyon dışı onay tarihi ve süresi sağlık kurulu raporunda belirtilir. 2) Sağlık Bakanlığından hasta bazında alınacak endikasyon dışı onayına dayanılarak; hodgkin lenfoma ve non-hodgkin lenfoma hastalarında kemik iliği nakli hazırlık rejimi kullnımında hematoloji uzman hekiminin yer aldığı tedavi protokolünü gösterir sağlık kurulu raporuna dayanılarak hematoloji uzman hekimlerince reçete edilir. Bu şekilde kullanımında endikasyon dışı onay tarihi ve süresi sağlık kurulu raporunda belirtilir. 3) Yukarıdaki koşullar dışında kullanılması halinde Kurumca bedelleri karşılanmaz.
4.2.34 - Multipl Skleroz Hastalığında beta interferon, glatiramer asetat, teriflunomid ve fingolimod kullanım ilkeleri (3) (Mülga RG-21/04/2015-29333 / 12 md. Yürürlük: 30/04/2015) "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 olması nedeniyle fingolimod tedavisi sonlandırılmış hastalarda kullanılır.	4.2.34 - Multipl Skleroz Hastalığında beta interferon, glatiramer asetat, teriflunomid, fingolimod ve natalizumab kullanım ilkeleri 3) (Mülga RG-21/04/2015-29333 / 12 md. Yürürlük: 30/04/2015) "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 olması nedeniyle fingolimod tedavisi sonlandırılmış hastalarda kullanılır. (3) Natalizumab; yalnızca yüksek derecede aktif relaps remitting multipl skleroz hastalarından, en az bir yıl süre ile beta interferon veya glatiramer asetat tedavisine yanıt

	vermeyen ve yüksek hastalık aktivitesine sahip olan hastalarda kullanılır. 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 bir adet Gadolinium-artırıcı lezyon veya en az 9 adet T2 hiperintens lezyonu bulunması durumundaki hastalar. b) Natalizumab tedavisine başlamak için PML (Prograsif multifokal lökoenseflopatisi) riskini belirleyen Anti-JCV Antikor Testi sonucunun negatif olduğunun raporda belirtilmiş olması gerekir. Bu test tedavi boyunca yılda iki kez yazılır ve her raporda test sonucu belirtilir. Test sonucunun pozitif olması durumunda tedavi sonlandırılır. 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.	4.2.46 İdiyopatik Pulmoner Fibrozis (IPF) Tedavisinde İlaç Kullanım İlkeleri (1) Perfiridon etken maddesini içeren ilaçlar; üçüncü basamak sağlık kurumlarında en az üç göğüs hastalıkları uzman hekiminin bulunduğu 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tüm göğüs hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.
EK-4/G- SADECE YATARAK TEDAVİLERDE KULLANIMI HALİNDE BEDELLERİ ÖDENECEK İLAÇLAR LİSTESİ	EK-4/G- SADECE YATARAK TEDAVİLERDE KULLANIMI HALİNDE BEDELLERİ ÖDENECEK İLAÇLAR LİSTESİ
YENİ EKLENDİ.	59. Karmustin (SUT'UN 4.2.14.C (ğğ) maddesi esaslarına göre)