

23 Şubat 2025 Tarihli SUT	8 Mart 2025 Tarihli SUT
MADDE 1	
2.2.1.A - Birinci basamak sağlık kuruluşları (1) Birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki ayakta tedavilerde, her başvuru için 11 (onbir) TL ödeme yapılır. Hastanın diğer bir sağlık kurumuna sevk edilmesi halinde ise sadece 5 (beş) TL ödeme yapılır.	2.2.1.A - Birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları (1) Birinci basamak sağlık hizmet sunucularındaki ayakta tedavilerde, her başvuru için 11 (onbir) TL ödeme yapılır. Hastanın diğer bir sağlık hizmeti sunucularına sevk edilmesi halinde ise sadece 5 (beş) TL ödeme yapılır.
2.2.1.B - İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları 2.2.1.B-1 - Ayakta tedavilerde ödeme uygulaması (9) Hastanın, ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusundan başka bir sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilmesi halinde sevk eden sağlık kurumuna, SUT eki EK-2/A Listesinde yer alan tutarın %75'i ödenir.	2.2.1.B - İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları 2.2.1.B-1 - Ayakta tedavilerde ödeme uygulaması (9) Hastanın, ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusundan başka bir sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilmesi halinde sevk eden sağlık hizmeti sunucusuna, SUT eki EK-2/A Listesinde yer alan tutarın %75'i ödenir.
MADDE 4	
3.3.2- Şeker ölçüm çubukları (1) Tip I diyabetli ve tip II diyabetliler, hipoglisemili hastalar, gestasyonel diyabetliler ile sadece oral antidiyabetik ilaç kullanan diyabetli hastaların kullanmakta olduğu kan şekeri ölçüm çubuklarına ait bedeller, aşağıda belirtilen esas ve şartlar doğrultusunda Kurumca karşılanacaktır; d) Kan şekeri ölçüm çubukları ve kan şekeri ölçüm cihazları sözleşmeli eczanelerden temin edilecektir.	3.3.2- Şeker ölçüm çubukları (1) Tip I diyabetli ve tip II diyabetliler, hipoglisemili hastalar, gestasyonel diyabetliler ile sadece oral antidiyabetik ilaç kullanan diyabetli hastaların kullanmakta olduğu kan şekeri ölçüm çubuklarına ait bedeller, aşağıda belirtilen esas ve şartlar doğrultusunda Kurumca karşılanacaktır; d) Kan şekeri ölçüm çubukları ve kan şekeri ölçüm cihazları sözleşmeli satış merkezi/eczanelerden temin edilecektir.
MADDE 5	
pp) Nivolumab yalnızca; 1) ECOG performans skoru 0-1 olan, birinci basamak kemoterapi sonrasında progresyon göstermiş, daha önce PD-1 ve PD-L1 inhibitör tedavisi almamış rezeke edilemeyen lokal ileri evre veya metastatik malign melanomu olan hastaların tedavisinde progresyona kadar tek başına kullanılır. Bu durumların belirtildiği, en az bir tıbbi onkoloji uzman	pp) Nivolumab yalnızca; 1) ECOG performans skoru 0-1 olan, birinci basamak kemoterapi sonrasında progresyon göstermiş, daha önce PD-1 ve PD-L1 inhibitör tedavisi almamış rezeke edilemeyen lokal ileri evre veya metastatik malign melanomu olan hastaların tedavisinde progresyona kadar tek başına kullanılır. Bu durumların belirtildiği, en az bir tıbbi onkoloji uzman

hekiminin yer aldığı tedavi protokolünü de gösterir 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Tedavinin devamı için düzenlenecek sağlık kurulu raporunda hastalıkta progresyon olmadığı belirtilmelidir. İpilimumab etken maddeli ilaç ile ardışık veya kombine kullanılması halinde bedeli ödenmez.

2) Karnofsky performans statüsü en az 70 olan, daha önce en az bir seri Vasküler Endotelyal Büyüme Faktörü (VEGF) hedefli tedaviyi kullanmış ve sonrasında progresyon gelişmiş, ileri evre berrak hücreli renal kanser tedavisinde progresyona kadar kullanılır. Bu durumların belirtildiği, en az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı tedavi protokolünü de gösterir 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Tedavinin devamı için düzenlenecek sağlık kurulu raporunda hastalıkta progresyon olmadığı belirtilmelidir.

3) Sağlık Bakanlığından hasta bazında alınacak endikasyon dışı onaya dayanılarak klasik hodgkin lenfoma endikasyonunda, otolog kök hücre nakli sonrasında brentuksimab tedavisi ile progresyon gösteren veya relaps olan hastalarda kullanılır. Bu durumların belirtildiği, en az bir tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekiminin yer aldığı tedavi protokolünü de gösterir 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

4) ECOG performans skoru 0-1 olan ve bilinen EGFR, ALK, ROS mutasyonu ve/veya semptomatik beyin metastazı olmayan, daha önce en az bir basamak kemoterapi tedavisi almış ve sonrasında progresyon gelişmiş olan lokal ileri ve/veya metastatik küçük hücreli dışı akciğer kanseri olan hastaların tedavisinde monoterapi olarak progresyona kadar kullanılır. Bu durumların belirtildiği, en

hekiminin yer aldığı tedavi protokolünü de gösterir 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Tedavinin devamı için düzenlenecek sağlık kurulu raporunda hastalıkta progresyon olmadığı belirtilmelidir. İpilimumab etken maddeli ilaç ile ardışık veya kombine kullanılması halinde bedeli ödenmez.

2) Karnofsky performans statüsü en az 70 olan, daha önce en az bir seri Vasküler Endotelyal Büyüme Faktörü (VEGF) hedefli tedaviyi kullanmış ve sonrasında progresyon gelişmiş, ileri evre berrak hücreli renal kanser tedavisinde progresyona kadar kullanılır. Bu durumların belirtildiği, en az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı tedavi protokolünü de gösterir 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Tedavinin devamı için düzenlenecek sağlık kurulu raporunda hastalıkta progresyon olmadığı belirtilmelidir.

3) Sağlık Bakanlığından hasta bazında alınacak endikasyon dışı onaya dayanılarak klasik hodgkin lenfoma endikasyonunda, otolog kök hücre nakli sonrasında brentuksimab tedavisi ile progresyon gösteren veya relaps olan hastalarda kullanılır. Bu durumların belirtildiği, en az bir tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekiminin yer aldığı tedavi protokolünü de gösterir 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

4) ECOG performans skoru 0-1 olan ve bilinen EGFR, ALK, ROS mutasyonu ve/veya semptomatik beyin metastazı olmayan, daha önce en az bir basamak kemoterapi tedavisi almış ve sonrasında progresyon gelişmiş olan lokal ileri ve/veya metastatik küçük hücreli dışı akciğer kanseri olan hastaların tedavisinde monoterapi olarak progresyona kadar kullanılır. Bu durumların belirtildiği, en

az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı tedavi protokolünü de gösterir 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Tedavinin devamı için düzenlenecek sağlık kurulu raporunda hastalıkta progresyon olmadığı belirtilmelidir. İpilimumab etkin maddeli ilaç ile ardışık veya kombine kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanmaz. Nivolumab tedavisi sırasında veya sonrasında başka bir PD 1/PD L1 inhibitörü kullanılamaz. Nivolumab tedavisi öncesinde immünoterapi tedavisi almış ve bu tedavi ile hastalığı progrese olmuş hastalarda kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanmaz.	az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı tedavi protokolünü de gösterir 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Tedavinin devamı için düzenlenecek sağlık kurulu raporunda hastalıkta progresyon olmadığı belirtilmelidir. İpilimumab etkin maddeli ilaç ile ardışık veya kombine kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanmaz. Nivolumab tedavisi sırasında veya sonrasında başka bir PD 1/PD L1 inhibitörü kullanılamaz. Nivolumab tedavisi öncesinde immünoterapi tedavisi almış ve bu tedavi ile hastalığı progrese olmuş hastalarda kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanmaz. 5) Yukarıdaki koşullar dışında kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.
MADDE 6	
4.2.27.A - Faktörler	4.2.27.A.1- Faktörler
YENİ EKLENDİ	4.2.27.A.2-Emicizumab kullanım ilkeleri 1) Konjenital faktör VIII eksikliği olan inhibitörlü ya da inhibitörsüz hemofili A hastalarının rutin profilaksi tedavisinde aşağıdaki koşullar kullanılır. a) Faktör düzeyi % 1 veya altında ve/veya ayda üçten fazla kanaması olan konjenital faktör VIII eksikliği olan 18 yaş altı hemofili hastalarının rutin profilaksi tedavisinde kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır. b) Faktör VIII'e karşı 5 Bethesda Ünitesi (BU)'nin üzerinde inhibitör gelişmiş olan tüm yaş gruplarındaki konjenital hemofili hastalarının rutin profilaksi tedavisinde kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır. 2) Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında en az bir hematoloji uzman hekiminin yer aldığı, hastanın tanısını, faktör düzeyini, inhibitör düzeyini belirten 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak, hematoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır. İlk 3 aylık tedavi maksimum birer aylık dozda olacak şekilde reçetelenir.

	3) Her düzenlenen reçetede hastanın güncel vücut ağırlığı belirtilmelidir. Emicizumab tedavisine ilk 4 hafta boyunca haftada 1 kez 3 mg/kg yükleme dozu ile başlanır. Bunu takiben 5. haftadan itibaren idame dozu olarak haftada 1 kez 1,5 mg/kg, 2 haftada 1 kez 3 mg/kg veya 4 haftada 1 kez 6 mg/kg reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.		
MADDE 7			
4.4.1- Uygulanacak indirim oranları (3) Aşağıdaki fıkralarda konu edilen kamu kurum iskonto ve ilave iskonto uygulamalarında ilaçların, referans, eşdeğer, fiyat korumalı gibi durumlarının belirlenmesinde Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmış olan düzenlemeler esas alınır. İlaçlarda oluşabilecek durum değişikliklerine ilişkin iskonto uygulamaları Kurum tarafından değerlendirilir. Ancak, SUT-eki EK-4/A listesinde bulunmaktayken Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Detaylı İlaç Fiyat Listesinde yayımlanan; referans ürün, eşdeğer ürün, fiyat korumalı ürün statülerinde oluşan değişiklikler nedeniyle kamu fiyatında artışa yol açabilecek her türlü değişiklik için indirim oranlarına ilişkin güncelleme talepleri ilgili komisyon marifetiyle Kurum tarafından değerlendirilir.	4.4.1- Uygulanacak indirim oranları (3) Aşağıdaki fıkralarda konu edilen kamu kurum iskonto ve ilave iskonto uygulamalarında ilaçların, referans, eşdeğer, fiyat korumalı gibi durumlarının belirlenmesinde Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmış olan düzenlemeler esas alınır. İlaçlarda oluşabilecek durum değişikliklerine ilişkin iskonto uygulamaları Kurum tarafından değerlendirilir.		
MADDE 8			
5.1– MEDULA sistemi (1) Kurumla sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularına, sundukları sağlık hizmetlerine ilişkin bedellerin ödenebilmesi için Kurum mevzuatı gereği istenilen bilgilerin belirlenen istisnalar hariç olmak üzere MEDULA sistemine girilmesi zorunludur.	5.1– MEDULA sistemi (1) Kurumla sözleşmeli, sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularına, sundukları sağlık hizmetlerine ilişkin bedellerin ödenebilmesi için Kurum mevzuatı gereği istenilen bilgilerin belirlenen istisnalar hariç olmak üzere MEDULA sistemine girilmesi zorunludur.		
MADDE 15			
(Ek-3/C-2) Eksternal Alt ve Üst Ekstremitte/Gövde Protez Ortezler Listesi			
	ÖZEL KOŞULLAR		
	<table> <tr> <td>9</td><td>"Mobilite ve Aktivite Destekleyici Ortez ve Protezler" başlığı altında yer alan</td></tr> </table>	9	"Mobilite ve Aktivite Destekleyici Ortez ve Protezler" başlığı altında yer alan
9	"Mobilite ve Aktivite Destekleyici Ortez ve Protezler" başlığı altında yer alan		

YENİ EKLENDİ	protezlerden, temininde aktivite seviyesi şartı bulunan alt ekstremitte protezleri için (bilateral amputeler hariç), SUT eki "Ampute Mobilite Ölçeği Formu (EK-3/C-6)"nın sağlık kurulu raporunu düzenleyen hekimlerden biri tarafından düzenlenmesi ve söz konusu formun fatura eki belgelere ilave edilmesi gerekmektedir.				
MADDE 16					
(EK-3/C-4) Tıbbi Sarf Malzemeler Listesi					
SOLUNUM CİHAZI SARF MALZEMELERİ (1) Solunum cihazları ile birlikte kullanılan tıbbi sarf malzeme bedelleri, sağlık kurulu raporuna istinaden ilgili hekimlerce reçete edilmesi halinde aşağıda belirtilen adetler doğrultusunda Kurumca karşılanır.	SOLUNUM CİHAZI SARF MALZEMELERİ (1) Solunum cihazları ile birlikte kullanılan tıbbi sarf malzemelerin temini için düzenlenecek uzman hekim raporunun, sarf malzemenin birlikte kullanıldığı cihazın temini için düzenlenecek sağlık kurulu raporunda bulunması gereken branş hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenmesi gerekmekte olup, ilgili uzman hekimler tarafından düzenlenecek sağlık raporu ve reçeteye istinaden aşağıda belirtilen adetler doğrultusunda Kurumca karşılanır.				
<table border="1" data-bbox="204 1256 774 1435"> <tr> <td data-bbox="204 1256 343 1435">A10121</td><td data-bbox="343 1256 774 1435">İnhalasyon İçin (Hipertonik Salin %7 Nacl, %0.1 Sodyum Hiyalüronat) Hipertonik Steril Çözelti (5 Ml)</td></tr> </table> (1) Kistik fibrozis hastalarında; 6 yaş üstü çocuk hastalar için en az bir çocuk göğüs hastalıkları uzmanı veya çocuk sağlığı hastalıkları uzmanı veya göğüs hastalıkları uzmanı; 18 yaş üstü hastalarda ise en az bir göğüs hastalıkları uzmanının bulunduğu üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularınca düzenlenen sağlık kurulu raporuna istinaden tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde günde en fazla 10 ml olmak üzere bedeli Kurumca karşılanır.	A10121	İnhalasyon İçin (Hipertonik Salin %7 Nacl, %0.1 Sodyum Hiyalüronat) Hipertonik Steril Çözelti (5 Ml)	<table border="1" data-bbox="813 1256 1380 1435"> <tr> <td data-bbox="813 1256 949 1435">A10121</td><td data-bbox="949 1256 1380 1435">İnhalasyon İçin (Hipertonik Salin %7 Nacl, %0.1 Sodyum Hiyalüronat) Hipertonik Steril Çözelti (5 Ml)</td></tr> </table> (1) Kistik fibrozis hastalarında ve primer siliyer diskinezi tanısı alan hastalarda; 6 yaş üstü çocuk hastalar için en az bir çocuk göğüs hastalıkları uzmanı veya çocuk sağlığı hastalıkları uzmanı veya göğüs hastalıkları uzmanı; 18 yaş üstü hastalarda ise en az bir göğüs hastalıkları uzmanının bulunduğu üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularınca düzenlenen sağlık kurulu raporuna istinaden tüm hekimlerce reçete edilmesi	A10121	İnhalasyon İçin (Hipertonik Salin %7 Nacl, %0.1 Sodyum Hiyalüronat) Hipertonik Steril Çözelti (5 Ml)
A10121	İnhalasyon İçin (Hipertonik Salin %7 Nacl, %0.1 Sodyum Hiyalüronat) Hipertonik Steril Çözelti (5 Ml)				
A10121	İnhalasyon İçin (Hipertonik Salin %7 Nacl, %0.1 Sodyum Hiyalüronat) Hipertonik Steril Çözelti (5 Ml)				

	halinde günde en fazla 10 ml olmak üzere bedeli Kurumca karşılanır.
MADDE 19	
(EK-4/D) Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi	
YENİ EKLENDİ	8.2. Yalnızca bu hastalıkların tedavisine yönelik kullanılan ilaçlar 8.2.21. Emicizumab*

MADDE 20- Bu Tebliğin;

- a) 5 inci maddesi 14/2/2025 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,
 - b) 1 inci, 6 ila 11 inci maddeleri, 12 nci maddesinin (a) ve (b) bentleri ile 13 üncü, 14 üncü ve 19 uncu maddeleri yayımı tarihinden 5 (beş) iş günü sonra,
 - c) 4 üncü, 15 ila 17 nci maddeleri yayımı tarihinden 10 (on) iş günü sonra,
 - ç) 2 nci ve 3 üncü maddeleri ile 12 nci maddesinin (c) bendi 20 (yirmi) iş günü sonra,
 - d) 18 inci maddesinin (a) bendinde düzenlenen ekli listede; listeye giriş tarihi, aktiflenme tarihi veya pasiflenme tarihi bulunan ilaçlar belirtilen tarihlerde, listeye giriş tarihi, aktiflenme tarihi veya pasiflenme tarihi bulunmayan ilaçlar yayımları tarihlerinde, listeye giriş tarihinde (*) işareti bulunan ilaçlar ile ilaç adında (**) işareti bulunan ilaçlar yayımı tarihinden 5 (beş) iş günü sonra,
 - e) 18 inci maddesinin (b) bendinde düzenlenen ekli listede; listeye giriş tarihi, listeden çıkış tarihi, fiyat değişiklik tarihi, ilaç ismi/etkin madde ismi/barkod değişiklik tarihi bulunan ilaçlar belirtilen tarihlerde, listeye giriş tarihi, listeden çıkış tarihi, fiyat değişiklik tarihi, ilaç ismi/etkin madde ismi/barkod değişiklik tarihi bulunmayan ilaçlar yayımları tarihlerinde,
 - f) Diğer hükümleri yayımı tarihinde,
- yürürlüğe girer.

MADDE 21- Bu Tebliğ hükümlerini Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı yürütür.