

Sosyal Güvenlik Kurumundan:

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ

BİRİNCİ BÖLÜM.....	6
GENEL HÜKÜMLER	6
1.1 - Amaç	6
1.2 - Kapsam.....	6
1.3 - Dayanak	6
1.4 - Sağlık hizmeti sunucuları	6
1.4.1 - Sağlık kuruluşları	6
1.4.2 - Sağlık kurumları.....	6
1.4.3 - Sağlık hizmet sunumu bakımından basamaklandırılamayan sağlık kurumları/kuruluşları	6
1.4.4 - Sağlık hizmet sunumu bakımından basamaklandırılamayan diğer sağlık hizmeti sunucuları	6
1.4.5 - Sağlık hizmeti sunucularının sınıflandırılması.....	7
1.5 - Sağlık hizmeti sunucularına müracaat ve yükümlülükler	7
1.5.1 - Özel sevk kurallarına tabi olan kişilerin sağlık hizmeti sunucularına müracaat işlemleri.....	7
1.5.2 - Genel sağlık sigortası kapsamındaki diğer kişilerin sağlık hizmeti sunucularına müracaat işlemleri	9
1.6 - Kimlik tespitı	9
1.6.1 - Biyometrik kimlik doğrulama işlemi	9
1.7 - Provizyon işlemleri	10
1.7.1 - Yurt dışı sigortalı müracaatlari.....	10
1.7.2 - MEDULA sisteminde kaynaklanan nedenlerle provizyon alınamaması.....	11
1.7.3 – Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı sağlık kurumlarının provizyon işlemleri	11
1.8 - Katılım hayatı	11
1.8.1 - Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım hayatı	11
1.8.2 - Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için katılım hayatı.....	12
1.8.3 - Tıbbi malzeme katılım hayatı	12
1.8.4 - Yardımcı üreme yöntemi katılım payları	12
1.8.5 - Katılım hayatı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler	12
1.9 - İlave ücret	13
1.9.1 - İlave ücret alınması	13
1.9.2 - İlave ücret alınmayacak kişiler.....	14
1.9.3 - İlave ücret alınmayacak sağlık hizmetleri	15
1.9.4 - Otelcilik hizmetlerinde ilave ücret uygulaması.....	15
1.9.5 - İstisnai sağlık hizmetlerinde ilave ücret uygulanması.....	16
1.10 - Sağlık raporlarının düzenlenmesi.....	16
1.10.1 - Uzman hekim raporlarının düzenlenmesi.....	16
1.10.2 - Sağlık kurulu raporlarının düzenlenmesi	16
1.11 - SGK Hekim Şifresi	16
İKİNCİ BÖLÜM.....	16
TANI VE TEDAVİ	16

2.1 - Tedavi kategorileri ve ilişkili tanımlar	16
2.1.1 - Ayakta tedaviler	16
2.1.2 - Yatarak tedaviler	16
2.2 - Finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin sağlanması yöntemleri ve ödeme kuralları	16
2.2.1 - Ayakta tedavilerde ödeme	18
2.2.2 - Yatarak tedavilerde ödeme	20
2.3 - Acil sağlık hizmetleri.....	22
2.4 -Bazı tetkik ve tedavi yöntemlerinin usul ve esasları	23
2.4.1 - Diş tedavileri	23
2.4.2 - Organ, doku ve kök hücre nakli tedavileri	26
2.4.3 - Finansmanı sağlanan kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri	27
2.4.4 - Diğer bazı tetkik ve tedavi yöntemleri	28
2.5 - Yurt dışında tedavi	42
2.5.1 - Yurt dışında görevlendirme halinde sağlanacak sağlık hizmetleri	42
2.5.2 - Yurt dışında bulunma halinde sağlanacak sağlık hizmetleri	42
2.5.3 - Tetkik/tedavi için yurt dışına gönderilme halinde sağlanacak sağlık hizmetleri	42
2.6 - Yol ve gündelik giderleri	44
2.6.1 -Yol ve gündelik gideri esasları.....	44
2.6.2 - Gündelik giderleri	47
2.6.3 - Refakatçi giderleri (yol, gündelik)	48
2.6.4 - Kontrol çağrılarına istinaden yapılan sevklerle ilişkin yol ve gündelik giderleri	48
2.6.5 - Organ nakli tedavilerine ait yol ve gündelik giderleri.....	48
2.6.6 - Kaplıca tedavilerine ait yol ve gündelik giderleri	48
2.6.7 - Belli bir program çerçevesinde sayılan tedavilere ait yol ve gündelik giderleri	49
2.6.8 - Cenaze nakil işlemleri.....	49
2.6.9 - Yol ve gündelik gideri ortak hükümleri	49
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM.....	49
TİBBİ MALZEME.....	49
3.1 - Tıbbi malzeme temin esasları	49
3.1.1 -Tanım ve genel hükümler.....	49
3.1.2 - Ayakta tedavilerde kullanılan tıbbi malzemeler.....	51
3.1.3 - Yatarak tedavilerde kullanılan tıbbi malzemeler.....	54
3.1.4 - Taniya dayalı işleme dahil olmayan tıbbi malzemeler	55
3.2 - Tıbbi malzeme ödeme esasları	56
3.2.1 - Yatarak tedavilerde tıbbi malzeme bedellerinin ödenmesi.....	56
3.2.2 - Ayakta tedavilerde tıbbi malzeme bedellerinin ödenmesi.....	58
3.2.3 - Sözleşmesiz sağlık kurum ve kuruluşlarında tıbbi malzeme bedellerinin ödenmesi.....	58
3.3 - Bazı tıbbi malzemelerin temin edilme esasları.....	58
3.3.1 - Yara bakım ürünleri ve antimikrobiyal örtüler.....	59
3.3.2 - Şeker ölçüm çubukları	61
3.3.3 - Görmeye yardımcı tıbbi malzemeler	62
3.3.4 - Greftler	63
3.3.5 - Enjektör bedelleri	66
3.3.6 - Kurumca iade alınan tıbbi malzemeler.....	66
3.3.7 – Kapalı loop mikro infüzyon pompası eşik sistemi ile çalışan, sürekli glikoz monitörizasyonu yapan, uyarı yeteneği olan insülin infüzyon pompası	68

3.3.8 - Ayakta dik pozisyonlama ve yürütme cihazları	69
3.3.9 - Ortopedi ve travmatoloji branşı ile ilgili ameliyatlarda kullanılan bazı tıbbi malzemelerin ödemeye esas teşkil edecek usul ve esasları	69
3.3.10 - Kronik venöz hastalıklar için başı giysileri	70
3.3.11 - Sakral sinir stimülatörleri	71
3.3.12 - Ayakta ağız ve diş tedavilerinde tıbbi malzeme temin/ödeme usul ve esasları	71
3.3.13 - Kulak kepçesi protezi	72
3.3.14 - Kıkıldak hücre kültürleri	72
3.3.15 - Yapışıklık önleyiciler	72
3.3.16 - İntraoperatif nöromonitörizasyon işlemlerinde kullanılan tıbbi malzemeler	72
3.3.17 - Trakeobronşiyal stentler	72
3.3.18 - Total yüz maskesi	72
3.3.19 - Transbronşiyal iğne aspirasyonu iğnesi	72
3.3.20 - Bronş dilatasyon balonları	72
3.3.21 - Damar kapama ve kesme probu ve ultrasonik cerrahi problemleri	73
3.3.22 - Burun protezi	73
3.3.23 - Dura yapıştırıcı	73
3.3.24 - Sentetik menisküs implantları	73
3.3.25 - Menisküs tamiri ürünler	73
3.3.26 - Sinüs tarsi vidası	73
3.3.27 - Absorbe olabilir omuz balon spacer	73
3.3.28 - Tümör protezleri	73
3.3.29 - Kanama durdurmada kullanılan tıbbi malzemeler	74
3.3.30 - Kanama durdurmada kullanılan tıbbi malzemeler	75
3.3.31 - Hücresziz kıkıldak matriksleri	75
3.3.32 - Hücresziz menisküs implantları	75
3.3.33 - Bağ/tendon güçlendirici implantlar	75
3.3.34 - Biyoçzünür kompresyon/antibiyotikli/antibiyotiksiz internal fiksasyon vidaları	75
3.3.35 - İşitme cihazı ve kulak kalıbı	77
3.3.36 - İşitsel implantlar	79
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	81
İLAÇ	81
4.1 - Reçete ve sağlık raporu yazım ilkeleri	81
4.1.1 - Ayakta tedavilerde reçetelerin düzenlenmesi	81
4.1.2 - Yatarak tedavilerde reçetelerin düzenlenmesi	81
4.1.3 - İlaç kullanımına esas sağlık raporlarının düzenlenmesi	82
4.1.4 - Reçetelere yazılabilen ilaç miktarı	83
4.1.5 - Elektronik reçete uygulaması	84
4.1.6 - Hasta katılım payından muaf ilaçlar (EK-4/D)	85
4.1.7 - Sadece yatarak tedavilerde kullanımını halinde bedelleri ödenecek ilaçlar (EK-4/G)	85
4.1.8 - Ayakta tedavide sağlık raporu ile verilebilecek ilaçlar (EK-4/F)	85
4.1.9 - Bedeli ödenecek ilaçlar (EK-4/A)	86
4.1.10 - İlaç güvenlik izlem formları ile uyuşturucu ve psikotrop ilaçlar	86
4.1.11 - Hastanelerce temini zorunlu kemoterapi ilaçları listesi (EK-4/H)	86
4.2 - Bazı özel hastalıklara ve ilaç kullanımına ilişkin düzenlemeler	86
4.2.1 - Leflunomid, altın preparatları, Anti-TNF ilaçlar, rituksimab (romatoid artritte), abatacept, ustekinumab, tofacitinib, kanakinumab, tosilizumab ve vedolizumab kullanım ilkeleri	86
4.2.2 - Antidepresanlar ve antipsikotiklerin kullanım ilkeleri	93
4.2.3 - Enjektabl alerji aşılarının kullanım ilkeleri	93
4.2.4 - Rasburicase kullanım ilkeleri	94
4.2.5 - Botulismus toksini Tip A kullanım ilkeleri	94
4.2.6 - Büyüme bozuklukları	94

4.2.7 - Düşük molekül ağırlıklı heparinlerin kullanım ilkeleri	96
4.2.8 - Enteral ve parenteral beslenme ürünleri verilme ilkeleri	96
4.2.9 - Eritropoietin, darbepoetin, sevelamer, parikalsitol, oral esansiyel aminoasit preperatları ve keto analogları kullanım ilkeleri	97
4.2.10 - Lizozomal hastalıklar için tedavi ilkeleri	99
4.2.11 - Glokom ilaçları	101
4.2.12 - İmmünglobulinlerin kullanım ilkeleri	101
4.2.13 - Hepatit tedavisi	103
4.2.14 - Kanser tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri	111
4.2.15 - Klopidoğrel, silostazol, ivabradin, prasugrel, dabigatran, rivaroksaban, apiksaban, tikagrelor ve ranolazin kullanım ilkeleri.....	124
4.2.16 - Doğustan metabolik hastalıklar, gıda allerjileri ile çölyak hastalığı.....	128
4.2.17 - Osteoporoz, Sudek Atrofisi (Algonörodistrofi) ve paget hastalığında ilaç kullanım ilkeleri	129
4.2.18 - Orlistat kullanım ilkeleri	130
4.2.19 - Migrende ilaç kullanım ilkeleri	130
4.2.20 - Palivizumab kullanım ilkeleri	130
4.2.21 - Anagrelid kullanım ilkeleri	131
4.2.22 - Aktive protein C kullanım ilkeleri	131
4.2.23 - Amfoterisin-B, kaspofungin, anidilofungin, vorikonazol, posakonazol (oral süspansiyon ve tablet formu), itrakonazol (infüzyon ve solüsyon), mikafungin kullanım ilkeleri	131
4.2.24 - Solunum sistemi hastalıkları ilaçları kullanım ilkeleri	132
4.2.25 - Antiepileptik ilaçların kullanım ilkeleri	133
4.2.26 - Levosimendan ve milrinon kullanım ilkeleri	133
4.2.27 - Faktör ve diğer kan ürünlerinin reçete edilme ilkeleri	133
4.2.28 - Lipid düşürücü ilaçların kullanım ilkeleri	137
4.2.29 - Kadın cinsiyet hormonları kullanım ilkeleri	138
4.2.30 - Pulmoner hipertansiyon ile kronik tromboembolik pulmoner hipertansiyonda ilaç kullanım ilkeleri	139
4.2.31 - Krım kongo kanamalı ateşinde ribavirin kullanım ilkeleri.....	139
4.2.32 - Kontrast maddeler	139
4.2.33 - Göz hastalıklarında ilaç kullanım ilkeleri	140
4.2.34 - Multipl skleroz hastalığında beta interferon, glatiramer asetat, teriflunomid, fingolimod, fampiridin, alemtuzumab, okrelizumab ve natalizumab kullanım ilkeleri	142
4.2.35 - Nöropatik ağrı ve fibromiyaljide ilaç kullanım ilkeleri.....	144
4.2.36 - Parkinson tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri	144
4.2.37 - Akromegalide ilaç kullanım ilkeleri.....	144
4.2.38 - Diyabet tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri.....	145
4.2.39 - Kseroderma pigmentosum tedavisinde güneşten koruyucu kremlerin kullanım ilkeleri.....	146
4.2.40 - Huzursuz bacak sendromunda ilaç kullanım ilkeleri.....	146
4.2.41 - Parenteral demir preparatları kullanım ilkeleri	146
4.2.42 - İnvitro fertilitasyon (IVF), ovulasyon indüksiyonu (OI) ve intrauterin inseminasyonu (IUI) işlemlerinde ilaç kullanım ilkeleri	147
4.2.43 - Dijital ülseri olan sistemik skleroz hastalarında ilaç kullanım ilkeleri	147
4.2.44 - Kriyopirin ilişkili periyodik sendromlar (CAPS) hastalığında kanakinumab kullanım ilkeleri	147
4.2.45 - Duchenne Müsküler Distrofi (DMD) hastalığında ataluren kullanım ilkeleri.....	148
4.2.46 - İdiyopatik Pulmoner Fibrozis (IPF) tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri	148
4.2.47 - Jeneralize lipodistrofi ve konjenital leptin eksikliği tanlarında metreleptin kullanım ilkeleri	149
4.2.48 - Kolik asit kullanım ilkeleri.....	150
4.2.49 - Spinal Musküler Atrofi Tip-1 (SMA Tip-1) hastalığında nusinersen sodium kullanım ilkeleri	150
4.2.50 - Chenodenxycholic acid kullanım ilkeleri.....	151
4.3 - Yurt dışından ilaç getirilmesi	151
4.4 - İlaçlarda uygulanacak indirim oranları ve eşdeğer ilaç uygulaması	152
4.4.1 - Uygulanacak indirim oranları.....	155
4.4.2 - Eşdeğer ilaç uygulaması.....	156

4.5 - Eczanelerden ilaç temini	157
4.5.1 - Kişilerin acil durumlarda sözleşmesiz eczanelerden temin ettikleri ilaç bedelinin ödenmesi	157
4.5.2 - Reçetelerin geçerli olduğu süre	157
4.5.3 - İlaç bedellerinin ödenmesi	157
4.5.4 - İlaç takip sistemi	157
4.6 - Kan ve kan bileşenlerinin temini ve bedelinin ödenmesi	157
4.7 - Faktör ve diğer kan ürünlerinin reçete edilmesi ve hemofili hastalarının bildirim zorunluluğu	158
BEŞİNCİ BÖLÜM	164
FATURALANDIRMA VE ÖDEME.....	164
5.1 - MEDULA sistemi	164
5.2 - Fatura düzenlenmesi	165
5.2.1 - Sağlık kurum/kuruluşları faturalarının düzenlenmesi	165
5.2.2 - Eczane faturalarının düzenlenmesi.....	165
5.2.3 - Optisyenlik müesseseleri faturalarının düzenlenmesi	166
5.2.4 - Sözleşmeli satış merkezleri ve eczaneler tarafından ayakta tedavide kullanılan tıbbi malzemelere ait faturaların düzenlenmesi	166
5.2.5 - Kişiye özel üretilen ismarlama malzemeler ve iyileştirici araç ve gereçleri karşılayan sözleşmeli merkezler tarafından ayakta tedavide kullanılan tıbbi malzemelere ait faturaların düzenlenmesi	166
5.2.6 - Kişiye özel üretilen ismarlama malzemeler ve iyileştirici araç ve gereçleri karşılayan sözleşmeli resmi kurum/kuruluşlar tarafından ayakta tedavide kullanılan tıbbi malzemelere ait faturaların düzenlenmesi.....	166
5.2.7 - Kurum ve Sağlık Bakanlığı arasındaki protokole istinaden gaziler için her türlü ortez/protez ve diğer iyileştirici araç ve gereçlerin teminine ilişkin faturaların düzenlenmesi	167
5.3 – İncelemeye esas belgeler	167
5.3.1 - Sağlık kurum/kuruluşları için incelemeye esas belgeler	167
5.3.2 - Tıbbi cihaz/sarf malzeme şahıs ödemelerinde istenecek incelemeye esas belgeler	169
5.4 – Fatura, incelemeye esas belgelerin teslimi ve ödeme işlemleri	169
ALTINCI BÖLÜM.....	169
SON HÜKÜMLER.....	169
6.1 - Tedavi giderlerine ait katma değer vergisi	169
6.2 - Duyurular	169
6.3 - Geçici hükümler.....	169
6.3.1 -Tanı ve tedavi	169
6.3.2 - Tıbbi malzeme.....	170
6.4 - Yürürlükten kaldırılan mevzuat ve atıflar	170
6.5 - Yürürlük	170
6.6 - Yürütme	170

BİRİNCİ BÖLÜM

Genel Hükümler

1.1 - Amaç

(1) Tebliğin amacı (bundan sonra SUT olarak ifade edilecektir); sağlık yardımları Sosyal Güvenlik Kurumunca (bundan sonra Kurum olarak ifade edilecektir) karşılanan ve kapsam maddesinde tanımlanan kişilerin, (**Ek: RG- 18/02/2017- 29983/ 1 md. Yürürlük: 01/03/2017**) sağlıklı kalmalarını, hastalanmaları halinde sağlıklarını kazanmalarını, iş kazası ile meslek hastalığı, hastalık ve analık sonucu tıbben gereklî görülen sağlık hizmetlerinin karşılaşmasını, iş göremezlik hallerinin ortadan kaldırılmasını veya azaltılmasını temin etmek amacıyla Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakaî giderlerinden yararlanma esas ve usulleri ile bu hizmetlere ilişkin Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonuna belirlenen Kurumca ödenecek bedellerin bildirilmesidir.

1.2 - Kapsam

(1) 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve diğer kanunlardaki özel hükümler gereği genel sağlık sigortasından yararlandırılan kişiler.

1.3 - Dayanak

(1) SUT; 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu, 5510 sayılı Kanun ve “Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği” hükümleri çerçevesinde düzenlenmiştir.

1.4 - Sağlık hizmeti sunucuları

(1) 5510 sayılı Kanun gereği sağlık hizmeti sunucuları Sağlık Bakanlığınca aşağıdaki şekilde basamaklandırılmıştır.

1.4.1 - Sağlık kuruluşları

1.4.1.A - Birinci basamak resmi sağlık kuruluşu

(1) Sağlık Bakanlığına bağlı birinci basamak sağlık kuruluşları, kamu idareleri bünyesindeki kurum hekimlikleri, 112 acil sağlık hizmeti birimi, üniversitelerin medikososyal birimleri, Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağlık üniteleri, belediyelere ait poliklinikler.

1.4.1.B - Birinci basamak özel sağlık kuruluşu

(1) İş yeri hekimlikleri, (**Ek: RG- 25/08/2016- 29812/ 1 md. Yürürlük: 05/09/2016**) 10/3/2005 tarihli ve 25751 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” kapsamında hizmet veren merkez veya birimler, “Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” kapsamında açılan özel poliklinikler, “Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” kapsamında açılan ağız ve diş sağlığı hizmeti veren özel sağlık kuruluşları.

1.4.1.C - Serbest eczaneler

(1) 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun kapsamında serbest faaliyet gösteren ve birinci basamak sağlık kuruluşu olan eczaneler.

1.4.2 - Sağlık kurumları

1.4.2.A - İkinci basamak resmi sağlık kurumu

(1) Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, entegre ilçe devlet hastaneleri, Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri, (**Mülga: RG- 07/10/2016- 29850/ 1 md. Yürürlük: 18/10/2016**) Türk Silahlı Kuvvetlerinin eğitim ve araştırma hastanesi olmayan hastaneleri, belediyelere ait hastaneler ile kamu kurumlarına ait tip merkezleri ve dal merkezleri, İstanbul Valiliği Darülaceze Müessesesi Müdürlüğü Hastanesi.

1.4.2.B - İkinci basamak özel sağlık kurumu

(1) “Özel Hastaneler Yönetmeliği” ne göre ruhsat almış hastaneler, “Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” kapsamında açılan tip merkezleri ile “Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” in geçici ikinci maddesine göre faaliyetlerine devam eden tip merkezleri ve dal merkezleri.

1.4.2.C - Üçüncü basamak resmi sağlık kurumu

(1) Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ve özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, üniversite hastaneleri ile bu hastanelere bağlı sağlık uygulama ve araştırma merkezleri, enstitüler (**Mülga: RG- 30/04/2016- 29699/ 1 md. Yürürlük: 30/04/2016**) ve semt poliklinikleri (**Ek: RG- 07/10/2016- 29850/ 2-b md. Yürürlük: 03/09/2016**) ve semt poliklinikleri, üniversitelerin diş hekimliği fakülteleri, (**Mülga: RG- 07/10/2016- 29850/ 2-a md. Yürürlük: 18/10/2016**) Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı tip fakültesi hastanesi ile eğitim ve araştırma hastaneleri.

1.4.3 - Sağlık hizmet sunumu bakımından basamaklandırılamayan sağlık kurumları/kuruluşları

- 1) Diyaliz merkezleri ve Sağlık Bakanlığından ruhsatlı diğer özelleşmiş tedavi merkezleri,
- 2) Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Merkez Laboratuvarları (Refik Saydam Hıfzıssıhha Laboratuvarları),
- 3) Tani, tetkik ve görüntüleme merkezleri ile laboratuvarlar.

1.4.4 - Sağlık hizmet sunumu bakımından basamakandrılamayan diğer sağlık hizmeti sunucuları

- 1) Optisyenlik müesseseleri,
- 2) Tibbi cihaz ve malzeme tedarikçileri,
- 3) Kaplıcalar,

(Ek: RG- 21/04/2015- 29333/ 1 md. Yürürlük: 21/4 /2015)

4) Beşeri tıbbi ürün/ürün sunan ve/veya üreten özel hukuk tüzel kişileri ve bunların tüzel kişiliği olmayan şubeleri.

1.4.5 - Sağlık hizmeti sunucularının sınıflandırılması

(1) Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunda, Sağlık Bakanlığınca basamaklandırılan sağlık hizmeti sunucularının ayakta tedavide fiyatlandırmaya esas olmak üzere sınıflandırılması SÜT eki "Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Ayakta Tedavilerde Sınıflandırılması Listesi" nde (EK-2/A-1) yer almaktadır.

1.5 - Sağlık hizmeti sunucularına müracaat ve yükümlülükler

(1) Ayakta veya yatarak tanı ve tedavi hizmeti sunan sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularına, sunmuş oldukları sağlık hizmeti bedellerinin ödenebilmesi için müracaat işlemlerinin aşağıda belirtilen usul ve esaslar doğrultusunda gerçekleştirilmiş olması gerekmektedir.

1.5.1 - Özel sevk kurallarına tabi olan kişilerin sağlık hizmeti sunucularına müracaat işlemleri

(+) (Değişik: RG- 25/03/2017- 30018/ 1 md. Yürürlük: 01/03/2017) 5510 sayılı Kanunun 60inci 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 müstahaklik 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) 5510 sayılı Kanunun 60inci maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (Değişik: RG- 09/09/2017- 30175/ 1 md. Yürürlük: 29/04/2017) (+), (3) ve (9) (1) ve (3) numaralı alt bentleri ile aynı maddenin onikinci, on üçüncü 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 müstahaklik 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.

(2) Sağlık hizmeti sunucuları tedavilerinin sağlanamaması halinde kişileri, aşağıdaki düzenlemelere göre söz konusu tedavi için doğrudan müracaat hakkı bulunduğu sağlık hizmeti sunucularına sevk de edebilirler.

(3) (Değişik: RG- 18/01/2016- 29597/ 1 md. Yürürlük: 01/11/2015) Sözleşmesiz özel sağlık hizmeti sunucularından alınan sağlık hizmeti bedellerinin Kurumca karşılanması için sağlık hizmetinin, acil müdahale edilmemesi halinde uzuv kaybı ve/veya yüreklilik fonksiyonunu kaybetmesine sebep olacak durumlar nedeniyle alınmış olması ve bu durumun Kurumun inceleme birimince kabul edilmesi gereklidir. Söz konusu durumlar dışında sözleşmesiz özel sağlık hizmeti sunucularından alınan sağlık hizmeti bedelleri Kurumca karşılanmaz. Acil haller dışında sözleşmesiz özel sağlık hizmeti sunucularından alınan sağlık hizmeti bedelleri Kurumca ödenmez. Sözleşmesiz özel sağlık hizmeti sunucularından acil hallerde alınan sağlık hizmetlerinin bedellerinin ödenebilmesi için bu durumun Kurum inceleme birimlerince kabul edilmesi gerekmektedir.

1.5.1.A - Sağlık Bakanlığı sağlık hizmeti sunucularınca hasta kabul ve sevk işlemleri

1.5.1.A-1 - Hasta kabul işlemleri

(1) Doğrudan veya sevkli müracaatlar kabul edilir.

1.5.1.A-2 - Hasta sevk işlemleri

(1) Tedavinin sağlanamaması halinde;

a) **Birinci basamak sağlık hizmeti sunucularınca:** sevkler aynı yerleşim yeri içindeki Sağlık Bakanlığı ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusuna yapılabilir.

b) **İkinci basamak sağlık hizmeti sunucularınca:**

1) Kişi, aynı yerleşim yeri içindeki Sağlık Bakanlığı ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilebilir.

2) Kişi, aynı yerleşim yerinde Sağlık Bakanlığı üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusu yoksa aynı yerleşim yerindeki diğer resmi sağlık hizmeti sunucularına veya yerleşim yeri dışındaki Sağlık Bakanlığı ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularına sevk edilebilir.

3) Kişi, resmi sağlık hizmeti sunucularında uygun yoğun bakım yatağının bulunmaması ve hasta naklinin 112 Komuta Kontrol Merkezi koordinasyonunda gerçekleştirilmesi koşuluyla yoğun bakım tedavisi için özel sağlık hizmeti sunucularına da sevk edilebilir. Bu durumda, naklin 112 Komuta Kontrol Merkezi koordinasyonunda gerçekleştigiğini gösterir belge yeterli kabul edilecektir.

4) Kişi, aynı il içindeki resmi sağlık hizmeti sunucularında tedavinin sağlanabileceği radyoterapi merkezi bulunmaması halinde radyoterapi tedavisi için aynı il içindeki özel sağlık hizmeti sunucularına sevk edilebilir.

5) Sağlık Bakanlığı dışındaki resmi sağlık hizmeti sunucularına kronik hemodiyaliz tedavisi programı için yapılacak sevkler, aynı yerleşim yerinde varsa bünyesinde hemodiyaliz merkezi bulunan Sağlık Bakanlığı sağlık hizmeti sunucularına yoksa müracaat edilen sağlık hizmeti sunucusuna yapılacaktır. Sağlık Bakanlığı dışındaki resmi sağlık hizmeti sunucularına yapılan hemodiyaliz amaçlı sevkler 3 ay süre ile geçerli olup sürenin bitiminde sevk belgesinin yenilenmesi gerekmektedir.

c) **Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca;**

1) Kişi, aynı yerleşim yeri içindeki veya dışındaki; Sağlık Bakanlığı ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusuna veya diğer resmi sağlık hizmeti sunucularına sevk edilebilir.

2) Kişi, resmi sağlık hizmeti sunucularında uygun yoğun bakım yatağının bulunmaması ve hasta naklinin 112 Komuta Kontrol Merkezi koordinasyonunda gerçekleştirilmesi koşuluyla yoğun bakım tedavisi için özel sağlık hizmeti sunucularına da sevk edilebilir. Bu durumda, naklin 112 Komuta Kontrol Merkezi koordinasyonunda gerçekleştigiğini gösterir belge yeterli kabul edilecektir.

3) Kişi, aynı il içindeki resmi sağlık hizmeti sunucularında tedavinin sağlanabileceği radyoterapi merkezi bulunmaması halinde radyoterapi tedavisi için aynı il içindeki özel sağlık hizmeti sunucularına sevk edilebilir.

4) Sağlık Bakanlığı dışındaki resmi sağlık hizmeti sunucularına kronik hemodiyaliz tedavisi programı için yapılacak sevkler, aynı yerleşim yerinde varsa bünyesinde hemodiyaliz merkezi bulunan Sağlık Bakanlığı sağlık hizmeti sunucularınca yoksa müracaat edilen sağlık hizmeti sunucusuna yapılacaktır. Sağlık Bakanlığı dışındaki resmi sağlık hizmeti sunucularına yapılan hemodiyaliz amaçlı sevkler 3 ay süre ile geçerli olup sürenin bitiminde sevk belgesinin yenilenmesi gerekmektedir.

1.5.1.B - Sağlık Bakanlığı dışındaki üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca hasta kabul ve sevk işlemleri

1.5.1.B-1 - Hasta kabul işlemleri

(1) Sağlık Bakanlığı dışındaki üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca aşağıda belirtilen müracaatlar kabul edilir.

a) Sevkli müracaatlar

- 1) Sağlık Bakanlığı ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca SUT'un 1.5.1.A-2 maddesine uygun olarak düzenlenen sevk belgesi ile müracaat eden hastalar.
- 2) Sağlık Bakanlığı dışındaki üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca SUT'un 1.5.1.B-2 maddesine uygun olarak düzenlenen sevk belgesi ile müracaat eden hastalar.

b) Doğrudan müracaatlar

- 1) Organ, doku ve kök hücre nakline ilişkin; sağlık hizmetleri ve naklin yapıldığı sağlık hizmeti sunucusundaki kontroller ve devam tedavileri için yapılan müracaatlar.
 - 2) Akkiz immün yetmezlik sendrom tanılı hasta müracaatları.
 - 3) Hiperbarik oksijen tedavisi için yapılan müracaatlar.
 - 4) Trafik kazası nedeniyle yapılan müracaatlar.
 - 5) Acil servis müracaatları (SUT'un 2.3 maddesi hükümleri doğrultusunda işlem yürütülür).
 - 6) Kurum ile götürü bedel üzerinden sağlık hizmeti alım sözleşmesi imzalanan Sağlık Bakanlığı dışındaki üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularına yapılan müracaatlar.

c) Diğer müracaatlar

- 1) SUT'un 1.5.1.B-1(1)a bendine göre müracaatları kabul edilen hastaların aynı sağlık hizmeti sunucusunda diğer branşlarda da muayene veya tedavisinin gerekli görülmESİ durumunda (konsültasyon istemi hariç); branş hekimince aynı sevk belgesi üzerinde gönderilecek branşın belirtilmesi şartıyla ilgili branşa yapılan müracaatlar. Bu durumda Kurum bilgi işlem sistemine yeniden sevk beyanı (hastane içi sevk) girilecektir.
- 2) SUT'un 1.5.1.B-1(1) fikrasının a ve b bentlerine göre müracaatları kabul edilen hastalardan çağrı evrakı düzenlenmek suretiyle tedavi veya kontrol amaçlı çağrıların müracaatları. (Bu durumda müracaatın çağrıya istinaden yapıldığına dair Kurum bilgi işlem sistemine beyan girilecektir.)
- 3) SUT'un 1.5.1.B-1(1) fikrasının a ve b bentlerine göre müracaatları kabul edilen hastalardan fizik tedavi ve rehabilitasyon tedavisi, hemodiyaliz tedavisi, radyoterapi ve kemoterapi gibi belli bir program dahilinde tedavi gören hastaların tedavi süresi içindeki, ilk sevk belgesine istinaden yapılan müteakip müracaatları. Hemodiyaliz amaçlı sevkler 3 ay süre ile geçerli olup sürenin bitiminde sevk belgesinin yenilenmesi gerekmektedir.

1.5.1.B-2 - Hasta sevk işlemleri

(1) Tedavinin sağlanamaması halinde;

- 1) KişiLER, Sağlık Bakanlığı sağlık hizmeti sunucularına sevk edilebilir.
- 2) KişiLER, Sağlık Bakanlığı dışındaki üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularına sevk edilebilir.

3) KişiLER, resmi sağlık hizmeti sunucularında uygun yoğun bakım yatağının bulunmaması ve hasta naklinin 112 Komuta Kontrol Merkezi koordinasyonunda gerçekleştirilmesi koşuluyla yoğun bakım tedavisi için özel sağlık hizmeti sunucularına da sevk edilebilir. Bu durumda, naklin 112 Komuta Kontrol Merkezi koordinasyonunda gerçekleştigiğini gösterir belge yeterli kabul edilecektir.

4) KişiLER, kronik hemodiyaliz tedavisi programı için aynı yerleşim yerinde varsa bünyesinde hemodiyaliz merkezi bulunan Sağlık Bakanlığı sağlık hizmeti sunucularına yoksa diğer resmi sağlık hizmeti sunucularına, yerleşim yeri içinde resmi sağlık hizmeti sunucularınca diyaliz tedavisinin yapılamaması halinde ise yerleşim yeri dışındaki Sağlık Bakanlığı sağlık hizmeti sunucularına sevk edilebilir. Sağlık Bakanlığı dışındaki resmi sağlık hizmeti sunucularına yapılan hemodiyaliz amaçlı sevkler 3 ay süre ile geçerlidir.

5) KişiLER, aynı il içindeki resmi sağlık hizmeti sunucularında tedavinin sağlanabileceği radyoterapi merkezi bulunmaması halinde radyoterapi tedavisi için aynı il içindeki özel sağlık hizmeti sunucularına sevk edilebilir.

1.5.1.C - Sağlık Bakanlığı dışındaki ikinci basamak resmi sağlık hizmeti sunucularınca hasta kabul ve sevk işlemleri

1.5.1.C-1 - Hasta kabul işlemleri

(1) Hasta kabul işlemleri yürütümünde aşağıdaki düzenlemelere uyulacaktır.

a) Kurum ile götürü bedel üzerinden sağlık hizmeti alım sözleşmesi imzalanan sağlık hizmeti sunucularınca

(Ek: RG- 18/06/2016- 29746/ 1 md. Yürürlük: 29/06/2016) belediyelere ait hastanelere (Değişik: RG - 04/02/2018- 30322/ 1 md. Yürürlük: 15/02/2018) ve belediyelere ait sağlık hizmeti sunucularınca;

- 1) Doğrudan veya sevkli müracaatlar kabul edilir.

b) Diğer resmi sağlık hizmeti sunucularınca;

1) Sevkli müracaatlar

- aa) SUT'un 1.5.1.A-2 ve 1.5.1.B-2 maddelerine uygun olarak düzenlenen sevk belgesi ile müracaat eden hastalar.

2) Doğrudan müracaatlar

aa) Organ, doku ve kök hücre nakline ilişkin; sağlık hizmetleri ve naklin yapıldığı sağlık hizmeti sunucusundaki kontroller ve devam tedavileri için yapılan müracaatlar.

- bb) Akkiz immün yetmezlik sendrom tanılı hasta müracaatları.

- cc) Hiperbarik oksijen tedavisi için yapılan müracaatlar.

- çç) Trafik kazası nedeniyle yapılan müracaatlar.

- dd) Acil servis müracaatları (SUT'un 2.3 maddesi hükümleri doğrultusunda işlem yürütülür.)

1.5.1.C-2 - Hasta sevk işlemleri

(1) Kişiler, resmi sağlık hizmeti sunucularında uygun yoğun bakım yatağının bulunmaması ve hasta naklinin 112 Komuta Kontrol Merkezi koordinasyonunda gerçekleştirilmesi koşuluyla yoğun bakım tedavisi için özel sağlık hizmeti sunucularına da sevk edilebilir. Bu durumda, naklin 112 Komuta Kontrol Merkezi koordinasyonunda gerçekleştigiğini gösterir belge yeterli kabul edilecektir.

1.5.1.Ç - Özel sağlık hizmeti sunucularınca hasta kabul ve sevk işlemleri

1.5.1.Ç-1 - Hasta kabul işlemleri

(1) Hasta kabul işlemleri yürütümde aşağıdaki düzenlemelere uyulacaktır.

a) Sevkli müracaatlar

1) Resmi sağlık hizmeti sunucularında uygun yoğun bakım yatağının bulunmaması ve hasta naklinin 112 Komuta Kontrol Merkezi koordinasyonunda gerçekleştirilmesi koşuluyla yoğun bakım tedavisi için gönderilen hastalar. Bu durumda, naklin 112 Komuta Kontrol Merkezi koordinasyonunda gerçekleştigiğini gösterir belge yeterli kabul edilecektir.

2) SUT'un 1.5.1.A-2 ve 1.5.1.B-2 maddelerine uygun olarak düzenlenen sevk belgesi ile radyoterapi tedavisi için sevk edilen hastalar.

b) Doğrudan müracaatlar

1) **(Değişik: RG - 18/01/2016- 29597/ 2 md. Yürürlük: 01/11/2015)** *Aeil müdahale edilmemesi halinde hastanın uzuv kaybı ve/veya vücut fonksyonunu kaybetmesine sebep olacak durumlar nedeniyle yapılan müracaatlar. Hasta müracaatının söz konusu durum nedeniyle yapıldığının Kurum inceleme birimlerince kabul edilmesi gerekmektedir. Acil haller nedeniyle yapılan müracaatlar. Hasta müracaatının söz konusu durum nedeniyle yapıldığının Kurum inceleme birimlerince kabul edilmesi gerekmektedir.*

2) Hiperbarik oksijen tedavisi için yapılan müracaatlar.

3) Trafik kazası nedeniyle yapılan müracaatlar.

1.5.1.Ç-2 - Hasta sevk işlemleri

(1) Kişiler, resmi sağlık hizmeti sunucularında uygun yoğun bakım yatağının bulunmaması ve hasta naklinin 112 Komuta Kontrol Merkezi koordinasyonunda gerçekleştirilmesi koşuluyla yoğun bakım tedavisi için özel sağlık hizmeti sunucularına da sevk edilebilir. Bu durumda, naklin 112 Komuta Kontrol Merkezi koordinasyonunda gerçekleştigiğini gösterir belge yeterli kabul edilecektir.

1.5.1.D - Diğer hükümler

(1) Sağlıklı hizmeti sunucularınca sevkler, Kurum bilgi işlem sistemi üzerinden elektronik olarak düzenlenmesi sağlanıncaya kadar SUT eki "Hasta Sevk Formu" (EK-2/F) ile veya bu formda istenilen bilgilerin yer aldığı belge tanzim edilerek yapılacaktır. Düzenlenen sevkin bir örneği hastaya verilecektir. Sevk belgesinde sevk edilen branş ile birlikte sağlık hizmeti sunucusu adı mutlaka yer alacaktır. Kişiler sevk belgesi ile sevkin düzenlendiği tarih dahil 5 iş günü içinde sevk edildikleri sağlık hizmeti sunucusuna müracaat edeceklerdir.

(2) Sevkli müracaati kabul eden sağlık hizmeti sunucusuna, SUT eki EK-2/F veya bu formda istenilen bilgilerin yer aldığı belgenin bir örneği fatura ekinde Kuruma gönderilecektir. Ayrıca SUT'un 1.5 maddesinde hasta müracaatının kabulüne ilişkin düzenleneceği belirtilen diğer belgelerin (112 Komuta Kontrol Merkezi koordinasyonunu gösterir belge, çağrı evrakı gibi) düzenlenme ve takip işlemlerinin Kurum bilgi işlem sistemi üzerinden yapılması sağlanıncaya kadar söz konusu belgelerin bir örneği fatura ekinde Kuruma gönderilecektir.

(3) Sevklerin, Kurum bilgi işlem sistemi üzerinden elektronik olarak düzenlenmesi uygulamasına geçilmesi halinde yürütülecek işlemler Kurumca ayrıca duyurulur.

(4) Kurum gerekli gördüğü hallerde, Sağlık Bakanlığı dışındaki resmi sağlık hizmeti sunucuları ile sağlık hizmetinin sunulduğu il, sağlık hizmetinin niteliği itibarıyla hayatı öneme sahip olup olmaması, sağlık hizmeti ihtiyacının resmi sağlık hizmeti sunucularında karşılanıp karşılanması, hizmetin niteliği gibi hususları dikkate alarak özel sağlık hizmeti sunucularına müracaatlara ilişkin ayrıca usul ve esas belirlemeye yetkilidir.

1.5.2 - Genel sağlık sigortası kapsamındaki diğer kişilerin sağlık hizmeti sunucularına müracaat işlemleri

(1) Kişiler, SUT'ta belirtilen özel hükümler saklı kalmak kaydıyla Kurum ile sözleşmesi bulunan ayakta ve yatarak tedavi hizmeti sağlayan sağlık hizmeti sunucularına doğrudan veya sevk edilmek suretiyle müracaat edebilirler.

(2) Kişilerin, SUT'un 2.2(5) fıkrasında belirtilen istisnalar hariç olmak üzere acil haller dışında Kurum ile sözleşmesi olmayan sağlık hizmeti sunucularından aldıkları sağlık hizmeti bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(3) Kurum ile sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, Kurum sağlık yardımcılarından yararlandırılan kişilerin müracaatlarını ayrılmaksızın kabul etmek zorundadır.

1.6 - Kimlik tespiti

(1) Sağlık kurum ve kuruluşlarında, kişilerin müracaatı aşamasında, acil hallerde ise acil halin sona ermesinden sonra, nüfus cüzdanı, sürücü belgesi, evlenme cüzdanı, pasaport veya verilmiş ise Kurum sağlık kartı belgelerinden biri ile kimlik tespiti ve biyometrik yöntemlerle kimlik doğrulaması yapılması zorunludur. Kimlik tespiti, biyometrik kayıt işlemi veya biyometrik kimlik doğrulama işlemini usulüne uygun yapmayan ve bu nedenle bir başka kişiye sağlık hizmeti sunulması nedeniyle Kurumun zarara uğramasına sebebiyet veren sağlık hizmeti sunucularından ödenen tutar geri alınır.

(2) 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu kapsamında sağlanan yardımlarından ücretsiz faydalananların, sağlık kurum ve kuruluşlarına birinci fıkrada belirtilen belgeleri ibraz edememeleri halinde 2828 sayılı Kanun kapsamında bulunduklarını gösterir belgeye göre gerekli işlemler yürütülecek sonrasında söz konusu belgelerin ibrazı ilgili Kurumdan istenecektir.

(3) Kapsamdaki kişilerin kendi adına bir başkasının sağlık hizmeti almasını veya Kurumdan haksız bir menfaat temin etmesini sağlaması yasaktır. Bu fiilleri işleyenlerden Kurumun uğradığı zararın iki katı kanunî faiziyle birlikte müştereken ve müteselsilen tahsil edilir ve ilgililer hakkında 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu hükümleri doğrultusunda suç duyurusunda bulunulur.

1.6.1 - Biyometrik kimlik doğrulama işlemi

(1) Kimlik doğrulamada kullanılacak olan biyometrik sistem ve uygulamaya geçilecek sağlık hizmeti sunucuları, uygulama tarihi ile uygulamaya ilişkin usul ve esaslar Kurum tarafından belirlenir.

(2) Kişinin sağlık hizmeti sunucusuna müracaati sırasında ilk biyometrik verinin Kurum veri tabanına kayıt işlemi, sağlık hizmeti sunucusu tarafından yapılacaktır.

1.7 - Provizyon işlemleri

(1) Kurumla sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, müracaat eden kişinin sağlık yardımlarından yararlanma hakkının olup olmadığını tespiti için, Kurum bilgi işlem sistemi (MEDULA-Hastane, MEDULA-Optik, MEDULA-Eczane provizyon sistemi) üzerinden T.C. Kimlik Numarası (**Ek: RG- 18/03/2014- 28945/ 1 md. Yürürlük: 01/04/2014**) veya Yurtdışı Provizyon Aktivasyon ve Sağlık Sistemi (YUPASS) numarası ile hasta takip numarası/provizyon alacaklardır.

(2) Sağlık hizmeti sunucularınca T.C. Kimlik Numarası (**Ek: RG- 18/03/2014- 28945/ 1 md. Yürürlük: 01/04/2014**) veya YUPASS numarası ile Kurum bilgi işlem sistemi üzerinden yapılan sorgulama sonucunda,

a) Kurum bilgi işlem sistemi tarafından hasta takip numarası/provizyon verilmesi halinde, sunulan sağlık hizmetleri faturalandırılabilecektir.

b) Kurum bilgi işlem sistemi tarafından prim ödeme gün sayısı veya prim borcu bulunması nedeniyle hasta takip numarası/provizyon verilmemesi halinde sağlık hizmeti sunucularınca kişinin müracaatının, aşağıda belirtilen istisnai haller nedeniyle yapılmış yapılmadığı değerlendirilecektir. Müracaat aşağıda sayılan istisnai nedenlerle yapılmış ise sadece söz konusu müracaat nedeni ile ilgili sağlık hizmeti bedelleri faturalandırılabilecektir.

- 1) Acil hal (*),
- 2) İş kazası ile meslek hastalığı hali,
- 3) Trafik kazası,
- 4) Bildirim zorunlu bulaşıcı hastalık,
- 5) Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmeti,
- 6) Analık hali (**),
- 7) Afet ve savaş ile grev ve lokavt hali,
- 8) 18 yaş altı çocuklar,
- 9) Tıbben başkasının bakımına muhtaç kişiler (***) ,

(**Ek: RG- 11/10/2017- 30207/ 1 md. Yürürlük: 25/08/2017**)

10) Madde bağımlılığı tedavisine yönelik sağlık hizmetleri,

c) 5510 sayılı Kanuna göre genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olunan kişi sayılmaması nedeniyle hasta takip numarası/provizyon alınamaması ancak kişinin müracaatının trafik kazası nedeniyle yapılmış olması halinde sadece söz konusu müracaat nedeni ile ilgili sağlık hizmeti bedelleri faturalandırılabilecektir.

c) 5510 sayılı Kanuna göre genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olunan kişi sayılmaması nedeniyle hasta takip numarası/provizyon alınamayan kişilerin acil servis müracaatlarına ilişkin işlemler, acil sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin Başbakanlık Genelgeleri doğrultusunda yürütülecektir.

(3) Kişiilerin müstahaklığının belirlenmesi konusunda, Kurum bilgi işlem sistemine eklenmemiş olmakla birlikte mevzuat düzenlemelerinde başka kontrollerin de yapılması belirtiliyorsa, bu konuda gerekli araştırma sağlık hizmeti sunucularınca yapılacaktır.

(*) Acil hal; ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlarda olayın meydana gelmesini takip eden ilk 24 saat içinde tıbbi müdahale gerektiren durumlar ile ivedilikle tıbbi müdahale yapılmadığı veya başka bir sağlık kuruluşuna nakli halinde hayatın ve/veya sağlık bütünlüğünün kaybedilme riskinin doğacağı kabul edilen durumlardır. (**Mülga: RG- 25/08/2016- 29812/ 2 md. Yürürlük: 05/09/2016**) Bu nedenle sağlanan sağlık hizmetleri acil sağlık hizmeti olarak kabul edilir. (**Ek: RG- 04/02/2018- 30322/ 2 md. Yürürlük: 15/02/2018**) Bu nedenle sağlanan sağlık hizmetleri acil sağlık hizmeti olarak kabul edilir.

(**) Analık hali; gebeliğin başladığı tarihten itibaren doğumdan sonraki ilk sekiz haftalık, çoğul gebelik halinde ise ilk on haftalık süre 5510 sayılı Kanun bakımından analık hali olarak kabul edilir.

(Değişik: **RG- 25/08/2016- 29812/ 2md. Yürürlük: 05/09/2016**)

(***) Tıbben başkasının bakımına muhtaç kişi; “Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik” kapsamında, yetkilendirilmiş özürlü engelli sağlık kurulu raporu vermeye yetkili sağlık kuruluşlarında, ağır özürlü engelli olduğu “Özürlü Engelli Sağlık Kurulu Raporu” ile belgelendirilen kişiler, tıbben başkasının bakımına muhtaç kişiler olarak kabul edilir. Bu kişiler için düzenlenen faturaya “Özürlü Engelli Sağlık Kurulu Raporu” eklenecektir.

1.7.1 - Yurt dışı sigortalı müracaatları

(1) (Değişik: **RG- 04/05/2013- 28637/ 1 md. Yürürlük: 01/05/2013**) Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilerin sağlık hizmetleri, Kurumca düzenlenmiş ve onaylanmış “Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sağlık Yardım Belgesi” ne istinaden sağlanacaktır. Ancak Almanya ile yapılan sosyal güvenlik sözleşmesi kapsamındaki kişiler için MEDULA sistemi üzerinden ayrıca provizyon alınacaktır. Kurum bilgi işlem sisteminde müstahaklık sorgulamasının yapılması sağlanınca kadar; yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilerin sağlık hizmetleri, Kurumca düzenlenmiş ve onaylanmış “Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sağlık Yardım Belgesi” ne istinaden sağlanacaktır. (**Ek: RG- 18/03/2014- 28945/ 2-a md. Yürürlük: 01/04/2014**) Ancak Almanya (**Ek: RG- 18/02/2017- 29983/ 2 md. Yürürlük: 01/02/2017**), Avusturya, Belçika, Fransa ve Hollanda ile yapılan sosyal güvenlik sözleşmesi kapsamındaki kişiler için (**Mülga: RG- 18/02/2017- 29983/ 2 md. Yürürlük: 01/02/2017**) 1/4/2014 tarihinden itibaren MEDULA sistemi üzerinden provizyon alınacaktır.

(**Ek: RG- 18/03/2014- 28945/ 2-b md. Yürürlük: 01/04/2014**)

(2) Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmesi kapsamında yabancı ülke sigorta kurumlarında talep edilen sözleşmeli göre belirlenmiş ”Tıbbi raporlar“ manuel olarak düzenlenerek, onaylanacak ve raporu isteyen sosyal güvenlik il müdürlüğü/sosyal güvenlik merkezine gönderilecektir.

(3) Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmesi kapsamında iş kazası ve meslek hastalığı sigortaları ve tedavi edilmek üzere ülkemize gönderilme kapsamında sağlık yardımlarından yararlanacak sigortalılara YUPASS provizyon sisteminde “açıklamalar” bölümünde belirtilen hastalıklar dışındaki tedavi masrafları Kurumca karşılanmayacaktır.

(4) Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmesi kapsamında geçici olarak Türkiye’de bulundukları sürede Kurum Sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilere acil haller dışında sağlanacak ortez, protez, tıbbi araç ve gereç ile kişi kullanımına mahsus tıbbi cihaz için YUPASS provizyon sisteminde “açıklamalar” bölümünde belirtilen uyarı doğrultusunda önceden Kurumun ilgili biriminden onay alınacaktır.

1.7.2 - MEDULA sisteminden kaynaklanan nedenlerle provizyon alınaması

(1) Kurum Hizmet Sunumu Genel Müdürlüğü yetkililerince imzalanacak bir tutanak ile tevsik edilmesi kaydıyla MEDULA sisteminden kaynaklanan ariza nedeniyle hasta takip numarasının alınmadığı süre zarfında Kurum sağlık yardımlarından yararlanma hakkının olduğunu yazılı olarak beyan etmek veya belgelemek suretiyle müracaat eden kişilerin sağlık hizmetleri Kurumca karşılanır. Daha sonra yapılan sorgulama sonucu bu kişilerin müstahak olmadığından tespit edilmesi halinde, tedaviye ait fatura bedeli ilgili sağlık kurumuna/kuruluşuna ödenerek gerekli yasal işlemler Kurumca yürütülür.

1.7.3 - (Mülga: RG- 25/07/2014- 29071/ 1 md. Yürürlük: 25/07/2014) Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı sağlık kurumlarının provizyon işlemleri

(1) TSK’ya bağlı sağlık kurumlarına, müracaat eden kişilerin sağlık yardımlarından yararlanma haklarının olup olmadığı, T.C. Kimlik Numarası ile Sağlık Provizyon ve Aktivasyon Sistemi (SPAS) üzerinden tespit edilecektir.

1.8 - Katılım payı

(1) Katılım payı; sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ödenecek tutarı ifade eder.

(2) Katılım payı uygulanacak sağlık hizmetleri aşağıda belirtilmiştir:

a) Sağlık Bakanlığı tarafından sözleşme imzalanmış, görevlendirilmiş veya yetkilendirilmiş aile hekimleri hariç olmak üzere ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı,

b) Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar,

c) Vücut dışı protez ve ortezler,

ç) Yardımcı üreme yöntemi tedavileri.

(3) Katılım paylarının tahsil şekli ilgili maddelerde açıklanmıştır. Ancak, Kurumdan aldığıları gelir ve aylık tutarı 100 (yüz) TL'nin altında olan kişiler ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin;

a) SUT'un 1.8.1 ve 1.8.2 maddelerinde tanımlanan katılım payları Kurumla sözleşmeli eczanelerce,

b) SUT'un 1.8.3.(1)a bendinde tanımlanan katılım payı Kurumla sözleşmeli optisyenlik müessesesi tarafından,

(Ek:RG- 28/12/2018-30639/ 1 md. Yürürlük: 15/01/2019)

c) SUT'un 1.8.3.(1)c bendinde tanımlanan katılım payı Kurumla sözleşmeli merkezler/eczaneler tarafından, kişilerden tahsil edilir.

(4) 5510 sayılı Kanunun 60 inci maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1), (2) ve (3) numaralı alt bentleri gereği genel sağlık sigortalısı sayılanlar ile bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerin ödemmiş oldukları katılım payları talepleri halinde, 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu hükümlerine göre sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıflarınca kendilerine geri ödenir.

1.8.1 - Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı

(1) Birinci basamak sağlık hizmeti sunucularında yapılan hekim ve diş hekimi muayenesinden katılım payı alınmayacağından. Diğer sağlık hizmeti sunucularında yapılan hekim ve diş hekimi muayenesi nedeniyle uygulanacak katılım payı tutarları aşağıda belirtilmiştir.

(Değişik: RG- 31/12/2016- 29935/ 1 md. Yürürlük: 01/01/2017)

a) İkinci ve üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında..... 5 (beş) TL

b) Özel sağlık hizmeti sunucularında 12 (oniki) TL

a) İkinci basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında 6 (altı) TL

b) Üniversiteler ile ortak kullanılan Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerinde..... 7 (yedi) TL

c) Üniversite hastanelerine bağlı üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında..... 8 (sekiz) TL

ç) Özel sağlık hizmeti sunucularında 15 (onbeş) TL

(2) İkinci ve üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında yapılan muayeneler için öngörülen katılım payı;

a) Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için gelir ve aylıklarından,

b) (Değişik: RG- 18/03/2014- 28945/ 3 md. Yürürlük: 18/03/2014) Diğer kişiler için eczanelerce kişilerden, Diğer kişiler için eczanelerce kişilerden, Kurumumuzla Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde eczanelerle sözleşme yapılmaya kadar Kurumumuzla protokol/sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularınca kişilerden,

tahsil edilir.

(3) Özel sağlık hizmeti sunucularında yapılan muayeneler için öngörülen katılım payı;

a) Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için gelir ve aylıklarından,

b) Diğer kişiler için ayakta hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı sağlık hizmeti sunucusuna, “Yeşil alan muayenesi” sonucunda oluşan katılım payı ise eczanelerce kişilerden, tahsil edilir.

(4) Sağlık hizmeti sunucularında yapılan muayene sonucunda oluşan ve eczanelerce kişilerden tahsil edileceği belirtilen ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payları (Ek: RG- 30/04/2016- 29699/ 2 md. Yürürlük: 30/04/2016) , SUT'un 4.1.2 - Yatarak tedavilerde reçetelerin düzenlenmesi başlıklı maddesinde tanımlanan yatan hasta reçeteleri (Ek: RG- 04/02/2018- 30322/ 3 md. Yürürlük: 15/02/2018) ile 5510 sayılı Kanunun 60 inci maddesinin on ikinci fıkrası kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılanlara askerlik hizmeti süresince düzenlenen reçeteleri hariç olmak üzere, kişilerin reçete ile eczaneye ilk müracaatında kişilerden tahsil edilir.

(5) SUT'un 1.7.1 maddesinde belirtilen durumlarda muayene katılım payı tahsil edilmesi gerekenler için; resmi ve özel sağlık kurumlarındaki muayenelerine ilişkin katılım payı sağlık hizmeti sunucularınca kişilerden tahsil edilir.

(6) Bu maddede yer alan genel hükümler saklı kalmak kaydıyla; birinci basamak sağlık kuruluşları muayeneleri, Kurumca belirlenen kronik hastalıklar (**Ek: RG- 21/03/2018- 30367/ 1md. Yürürlük: 21/04/2018**), elektronik sevk formu ile sevk edilen hastalar ve acil haller hariç olmak üzere 10 gün içerisinde aynı uzmanlık dalında farklı sağlık hizmeti sunucusuna yapılan başvurularla bu maddede belirtilen ayakta tedavide hekim ve dış hekimi muayenesi katılım payı tutarları 5 (beş) TL artırılarak tahsil edilir. Artırılan 5 (beş) TL'lik tutar; Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakiyeli oldukları kişiler için gelir ve aylıklarından, diğer kişiler için ise eczanelere kişilerden tahsil edilir.

1.8.2 - Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için katılım payı

(1) Kurumca bedeli karşılanan ilaçlar için Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakiyeli oldukları kişilerden %10, diğer kişilerden %20 oranında katılım payı alınır.

(2) Ayrıca her bir reçete için;

- a) 3 kutuya kadar (üç kutu dahil) temin edilen ilaçlar için.....3 (üç) TL,
- b) 3 kutuya ilave temin edilen her bir kutu ilaç için.....1 (bir) TL,

olmak üzere katılım payı alınır.

c) Enjektabl formular ile serum, beslenme ürünlerini ve majistraller için kutu sayısına bakılmaksızın her bir kalem 1 kutu olarak değerlendirilir.

(3) Sağlık raporu ile belgelendirilmek koşuluyla Kurumun resmi internet sitesinde (www.sgk.gov.tr) yayınlanan "Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi" nde (EK-4/D) yer alan hastalıklarda, listede belirtilen ilaçlar için bu maddede belirtilen katılım payları uygulanmaz ve kutu/kalem hesabında dikkate alınmaz.

(4) Bu maddede tanımlanan ilaçlar için katılım payları;

a) Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakiyeli oldukları kişiler için gelir ve aylıklarından mahsup edilmek suretiyle,

b) Diğer kişiler için ise Kurumla sözleşmeli eczaneler tarafından kişilerden,

c) Yurt dışından temin edilen ilaçlar için; ilaçları temin eden kuruluş tarafından kişilerden, şahıslar tarafından temin edilmesi halinde Kurum tarafından kişilerden,

tahsil edilir.

1.8.3 - Tibbi malzeme katılım payı

(1) Vücut dışı protez ve ortezlerden,

a) Görmeye yardımcı tıbbi malzemelerden,

b) Ağız protezlerinden (SUT eki "Diş Tedavileri Puan Listesi" nde (EK-2/Ç) yer alan 404.010, 404.020, 404.030, 404.040, 404.050, 404.170, 404.180, 404.181, 404.190, 404.200, 404.201, 404.210, 404.220, 404.230, 404.360, 404.370, 404.380, 404.390, (**Ek: RG- 05/08/2015- 29436/ 1 md. Yürürlük: 05/08/2015**) 404.395, 404.400, 404.410, 404.420 kod numarasında sayılanlar),

c) Sağlık raporunda hayatı öneme haiz olduğu belirtilmeyen diğer protezler ve ortezlerden,
katılım payı alınır.

(2) Vücut dışı protez ve ortezlerden, Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakiyeli oldukları kişiler için %10, diğer kişiler için %20 oranında katılım payı alınır. Ancak katılım payı tutarı vücut dışı protez veya ortezin alındığı tarihteki brüt asgarı ücretin %75'ini geçemez. %75'lik üst sınırın hesaplanmasında her bir protez ve ortez bağımsız olarak değerlendirilir.

(3) (**Değişik: RG- 28/12/2018-30639/ 2 md. Yürürlük: 15/01/2019**) ~~Görmeye yardımcı tıbbi malzemelerle ilişkin katılım payı; Görmeye yardımcı tıbbi malzemeler ile ayakta tedavide kullanılan tıbbi malzemelerden sözleşmeler kapsamında temin edilen tıbbi malzemelere ilişkin katılım payı;~~

a) Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakiyeli oldukları kişiler için gelir ve aylıklarından mahsup edilmek suretiyle,

b) Diğer kişiler için ise Kurumla sözleşmeli optisyenlik müessesesi (**Ek:RG- 28/12/2018- 30639/ 2 md. Yürürlük: 15/01/2019**), ~~merkezler/eczaneler~~ tarafından kişilerden,

tahsil edilir.

(4) Ağız protezlerine ilişkin katılım payı;

a) Kurumla sözleşmeli/protokollü sağlık kurum veya kuruluşlarında yapılan ağız protezi katılım payları, sağlık kurum veya kuruluşlarında kişilerden,

b) Kurumla sözleşmesiz; serbest dişhekimlikleri ile sağlık kurum veya kuruluşlarında yaptırılan ağız protezi katılım payları, Kurumca ödeme aşamasında kişilerden,
tahsil edilir.

(5) Kişiye temin edilen ve katılım payı tahsil edilmesi gereken vücut dışı protez ve ortezler için katılım payı, Kurumca ödeme aşamasında kişilerden tahsil edilir.

(6) Sağlık kurumlarında temin edilen ve SUT hükümleri gereği katılım payı tahsil edilmesi gereken tıbbi malzemelerin katılım payı tıbbi malzemeyi temin eden sağlık kurumlarında kişilerden tahsil edilir.

1.8.4 - Yardımcı üreme yöntemi katılım payları

(1) (**Değişik: RG- 26/11/2016- 29900/ 1 md. Yürürlük: 07/12/2016**) Bir hastalığın tedavisinin başka tıbbi bir yöntemle mümkün olmaması nedeniyle yapılacak yardımcı üreme yöntemi tedavisi dışındaki yardımcı üreme yöntemi tedavilerinde birinci denemede %30, ikinci denemede %25 (**Ek: RG- 01/10/2014- 29136/ 1 md. Yürürlük: 01/10/2014**) ~~Üçüncü denemede %20~~ oranında olmak üzere bu tedaviler için belirlenen bedeller üzerinden katılım payı alınır.

(2) Yardımcı üreme yöntemi katılım payları, tedavinin sağlandığı sağlık hizmeti sunucusunda kişilerden tahsil edilir.

1.8.5 - Katılım payı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler

(1) İş kazasına uğrayan veya meslek hastalığına yakalanan sigortalılardan, bu durumları nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri için SUT'un 1.8.1, 1.8.2 ve 1.8.3 maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

(2) Askerî tatbikat ve manevralarda sağlanan sağlık hizmetleri için SUT'un 1.8.1, 1.8.2 ve 1.8.3 maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

(3) 5510 sayılı Kanunun 75inci maddesinde yer alan afet ve savaş hali nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri için SUT'un 1.8.1, 1.8.2 ve 1.8.3 maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

(4) 5510 sayılı Kanunun 94üncü maddesinde tanımlanan kontrol muayenelerinden SUT'un 1.8.1 maddesinde tanımlanan katılım payı alınmaz.

(5) Acil servislerde verilen ve SUT eki "Hizmet Başı İşlem Puan Listesi" nde (EK-2/B) yer alan 520.021 kodlu "Yeşil alan muayenesi" adı altında Kuruma fatura edilebilen sağlık hizmetleri hariç olmak üzere acil servislerde verilen sağlık hizmetleri, bedeli Kurumca karşılanmayan ayakta tedavide hekim ve dış hekimi muayeneleri, Sağlık Bakanlığı tarafından sözleşme yapılmış, görevlendirilmiş veya yetkilendirilmiş aile hekimi muayeneleri ile SUT'un 1.4.3 maddesinde belirtilen sağlık kurumları/kuruluşları tarafından sunulan sağlık hizmetlerinde SUT'un 1.8.1 maddesinde tanımlanan katılım payı alınmaz.

(6) Kurumca finansmanı sağlanan kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri için SUT'un 1.8.1, 1.8.2 ve 1.8.3 maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

(7) Sağlık raporu ile belgelendirilmesi şartıyla; Kurumca belirlenen SUT Eki "Ayakta Tedavide Hekim ve Dış Hekimi Muayenesi Katılım Payı Alınmayacağı Kronik Hastalıklar Listesi" nde (EK-1/A) yer alan kronik hastalıklarda, kişilerin bu hastalıkları ile ilgili uzmanlık dolayısıyla ayaktan muayenelerinde SUT'un 1.8.1 maddesinde tanımlanan katılım payı alınmaz. Ancak; aynı muayenede Kurumca belirlenen katılım payı alınmayacağı kronik hastalıklar listesinde yer almayan başka bir tanının da tespit edilmesi ve/veya bu tanya yönelik tedavinin düzenlenmesi halinde SUT'un 1.8.1 maddesinde tanımlanan katılım payı alınır.

(8) Tetkik ve tahliller ile diğer tanı yöntemlerinde kullanılan ilaçlardan, yatarak tedavilerde kullanılan ilaçlardan, sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla EK-4/D Listesinde yer alan ilaçlardan SUT'un 1.8.2 maddesinde tanımlanan katılım payı alınmaz.

(9) Tibbi sarf malzemeleri ile SUT'un 1.8.3(1) fıkrasında yer almayan tıbbi malzemelerden katılım payı alınmaz.

(10) Sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla; organ, doku ve kök hücre nakline ilişkin sağlık hizmetleri için SUT'un 1.8.1, 1.8.2 ve 1.8.3 maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

(11) 1005 sayılı İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre şeref aylığı alan kişiler ile bunların eşlerinden, SUT'un 1.8.1, 1.8.2, 1.8.3 ve 1.8.4 maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

(12) 3292 sayılı Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişilerden SUT'un 1.8.1, 1.8.2 ve 1.8.3 maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

(13) 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler ile 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.

(14) 2828 sayılı Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişilerden SUT'un 1.8.1, 1.8.2 ve 1.8.3 maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

(15) Harp malullüğü aylığı alanlar ile 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlardan 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.

(16) Vazife malüllerinden SUT'un 1.8.1, 1.8.2, 1.8.3 ve 1.8.4 maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

(17) Kurumca iade alınan tıbbi malzemelerden katılım payı alınmaz.

(18) Polis akademisi ile fakülte ve yüksekokullarda, Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okuyan veya kendi hesabına okumakta iken Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okumaya devam eden öğrencilerden SUT'un 1.8.1, 1.8.2 ve 1.8.3 maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

(19) Harp okulları ile fakülte ve yüksekokullarda, Türk Silahlı Kuvvetleri hesabına okuyan veya kendi hesabına okumakta iken askeri öğrenci olanlar ile astsubay meslek yüksekokulları ve astsubay nasipdilemek üzere temel askerlik eğitime tâbi tutulan adaylardan SUT'un 1.8.1, 1.8.2 ve 1.8.3 maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

(20) 19.05.2011, 23.10.2011 ve 9.11.2011 tarihlerinde meydana gelen depremler sonucunda yaralanan veya sakat kalanlara verilecek protez, ortez, araç ve gereç bedelleri için SUT'un 1.8.3 maddesinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

(21) 3713 sayılı Kanunun 21inci maddesinde sayılan olaylara maruz kalmaları nedeniyle yaralananların tedavileri sonuçlanıncaya veya maluliyetleri kesinleşinceye kadar sağlanacak sağlık hizmetlerinde, bu kişilerden SUT'un 1.8.1, 1.8.2, 1.8.3 ve 1.8.4 maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

(Ek: RG- 25/03/2017- 30018/ 2 md. Yürürlük: 01/03/2017)

(22) 5510 sayılı Kanunun 60inci maddesinin;

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.

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 - İlave ücret

1.9.1 - İlave ücret alınması

(Değişik: RG- 04/05/2013- 28637/ 2 md. Yürürlük: 01/05 /2013)

(1) Kurumla sözleşmeli; vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşları; SUT ve eklerinde yer alan sağlık hizmetleri işlem bedellerinin tamamı üzerinden Kurumca belirlenen oranı geçmemek kaydıyla Kuruma fatura edilebilen tutarlar esas alınarak kişilerden ilave ücret alabilir. SUT eki EK-2/B, EK-2/C, EK-2/Ç listelerinde yer alan işlemlerde kullanılan tıbbi malzeme ve ilaçlar ile SUT eki EK-2/A Listesindeki tutarlarla dahil olan işlemler için ayrıca ilave ücret alınmaz. **(Değişik: RG- 01/08/2013- 28725/ 1 md. Yürürlük: 01/08/2013)**

(1) Kurumla sözleşmeli; vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşları; SUT ve eklerinde yer alan sağlık hizmetleri işlem bedellerinin tamamı üzerinden Kurumca belirlenen oranı geçmemek kaydıyla Kuruma fatura edilebilen tutarlar esas alınarak kişilerden ilave ücret alabilir. SUT eki EK-2/B, EK-2/C, EK-2/Ç listelerinde yer alan işlemlerin bedellerine ilave

olarak kuruma ayrıca faturalandırılabilen tıbbi malzeme ve ilaçlar ile SUT eki EK-2/A Listesindeki tutarlara dahil olan işlemler için ayrıca ilave ücret alınamaz.

(Değişik: RG- 18/03/2014- 28945/ 4 md. Yürürlük: 17/01/2014)

(1) Ilave ücret alınması uygulamasında;

a) Kurumla sözleşmeli; vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşları; SUT ve eklerinde yer alan sağlık hizmetleri işlem bedellerinin tamamı üzerinden Kurumca belirlenen oranı geçmemek kaydıyla Kuruma fatura edilebilen tutarlar esas alınarak kişilerden ilave ücret alınamaz.

b) Yükseköğretim kurumlarına ait sağlık hizmeti sunucularında (vakıf üniversiteleri hariç) öğretim üyeleri tarafından mesai saatleri dışında bizzat verilen sağlık hizmetleri için poliklinik muayenelerinde bir katını, diğer hizmetlerde yüzde ellisini geçmemek üzere, Kuruma fatura edilebilen tutarlar esas alınarak kişilerden ilave ücret alınabilir. Ancak alınacak ilave ücret bir defada asgari ücretin iki katını geçemez.

c) SUT eki EK-2/B, EK-2/C, EK-2/Ç listelerinde yer alan işlemlerin bedellerine ilave olarak Kuruma ayrıca faturalandırılabilen tıbbi malzeme ve ilaçlar ile SUT eki EK-2/A Listesindeki tutarlara dahil olan işlemler için ayrıca ilave ücret alınamaz.

(1) İlave ücret alınması uygulamasında;

a) Kurumla sözleşmeli; vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşlarında; Kurumca belirlenen oranı geçmemek kaydıyla kişilerden ilave ücret alınabilir.

b) Yükseköğretim kurumlarına ait sağlık hizmeti sunucularında (Mülga: RG- 26/11/2016- 29900/ 2 md. Yürürlük: 07/12/2016) (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. (Ek: RG- 25/07/2014- 29071/ 2 md. Yürürlük: 25/07/2014) 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.

c) (a) ve (b) bentlerinde belirtilen sağlık hizmeti sunucularında SUT ve eklerinde yer alan sağlık hizmetleri işlem bedellerinin tamamı üzerinden Kuruma fatura edilebilen tutarlar esas alınarak kişilerden ilave ücret alınabilir. Ancak SUT eki EK-2/B, EK-2/C, EK-2/Ç listelerinde yer alan işlemlerin bedellerine ilave olarak Kuruma ayrıca faturalandırılabilen (Değişik: RG- 24/12/2014- 29215/ 1 md. Yürürlük: 01/01/2015) **“tıbbi malzeme ve ilaçlar”** tıbbi malzeme, ilaçlar ve kan bileşenleri ile SUT eki EK-2/A Listesindeki tutarlara dahil olan işlemler için ayrıca ilave ücret alınamaz.

(2) İlave ücretler, genel sağlık sigortalıları veya bakmakla yükümlü olunan kişilerce ve/veya sağlık kurum/kuruluşlarında talep edilemez.

(3) Kurumla sözleşmeli eczaciler, eşdeğer ilaçların azami fiyatı ile kişinin talep ettiği eşdeğer ilaçın fiyatı arasında olusacak fark ücretini, Kurumla sözleşmeli optisyenlik müesseseleri de kişinin talep ettiği görmeye yardımcı malzemenin bedeli ile Kurumca ödenen görmeye yardımcı malzeme bedeli arasında olusacak fark ücretini kişilerden talep edebileceklerdir. Bu fark ücreti ilave ücret olarak değerlendirilmez.

(4) Sağlık hizmeti sunucularınca, Kurumca finansmanı sağlanmayan sağlık hizmetleri için talep edilen ücretler, ilave ücret olarak değerlendirilmez.

(5) Sağlık hizmeti sunucusu, sunduğu sağlık hizmetleri öncesinde, alacağı ilave ücrete ilişkin olarak hasta veya hasta yakınının yazılı onayını alır. Bu yazılı onay alınmadan, işlemler sonrasında herhangi bir gerekçe ileri sürerek ilave ücret talebinde bulunamaz.

(Değişik: RG- 04/02/2018- 30322/ 4-a md. Yürürlük: 15/02/2018)

(6) (Değişik: RG- 25/08/2016- 29812/ 3 md. Yürürlük: 05/09/2016) Hastanın acil haller nedeniyle sağlık hizmeti sunucusuna başvurması ve acil halin sona ermesi halinde, acil halin sona erdiğine ve müteakip işlemlerin ilave ücretle tabi olduğunu ilişkin hastaya/hasta yakınına SUT eki “Acil Halin Sona Ermesine İlişkin Bilgilendirme Formu” (EK-1/D) kullanılarak, yazılı bilginin imza karşılığı verilmesi zorunludur. **Hastanın acil haller nedeniyle sağlık hizmeti sunucusuna başvurması halinde bu başvurusuna ilişkin tabureu edilmesiye kadar sunulan tüm sağlık hizmetleri için hiç bir ilave ücret alınamaz.**

(6) Hastanın acil servislerde 24 saat içinde stabilizasyonu esastır. Hastanın acil servise başvurusundan itibaren 24 saat içinde stabilize edilerek ilgili kliniğe yatişi ya da başka bir sağlık hizmeti sunucusunun yataklı kliniğine sevk edilmesiyle acil hal sona erer. Acil servislerden kabul edilerek doğrudan uygulanan acil girişimsel işlemler ile 24 saat içinde acil gözlem ünitelerinde uygulanan tüm sağlık hizmetleri için ilave ücret alınamaz. Hastadan ilave ücret alınabilmesi için hastaya/hasta yakınına acil halin sona erdiğine ve müteakip işlemlerin ilave ücretle tabi olduğunu ilişkin “Acil Halin Sona Ermesine İlişkin Bilgilendirme Formu” (EK-1/D) kullanılarak, yazılı bilginin imza karşılığı verilmesi zorunludur.

(Değişik: RG- 04/02/2018- 30322/ 4-b md. Yürürlük: 15/02/2018)

(7) Kurumla sözleşmeli/protokollü vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşları, aynı başvuru numarası altında yapılan Kurumca karşılanan sağlık hizmeti bedellerinin toplamının 100 (yüz) TL’yi aşması halinde, bu hizmetleri ve varsa ilave ücret tutarını gösterir, SUT eki “Hastaya Sunulmuş Olan Hizmetleri ve Ilave Ücreti Gösterir Belge” yi (EK-1/B) yatan hasta tedavilerinde en geç hastanın tabureu olduğu tarihte, diğer tedavilerde ise işlemin yapıldığı tarihte hastaya vermek zorundadır. Ancak hastanın istemesi halinde tutar sınırı olmaksızın sunulan tüm işlemleri ayrıntılı olarak gösteren bilgi ve belgeler hastaya verilmek zorundadır. Söz konusu bilgiler aynı süreler içerisinde elektronik ortamda da sağlanabilir.

(7) Kurumla sözleşmeli/protokollü vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşları, aynı başvuru numarası altında yatarak tedavilerde yapılan Kurumca karşılanan sağlık hizmeti bedellerinin toplamının 100 (yüz) TL’yi aşması halinde, bu hizmetleri ve varsa ilave ücret tutarını gösterir, SUT eki “Hastaya Sunulmuş Olan Hizmetleri ve Ilave Ücreti Gösterir Belge” yi (EK-1/B) en geç hastanın taburcu olduğu tarihte hastaya vermek zorundadır. Söz konusu bilgiler aynı süreler içerisinde elektronik ortamda da verilebilir.

1.9.2 - İlave ücret alınmayacak kişiler

(Değişik: RG- 25/03/2017- 30018/ 3 md. Yürürlük: 01/03/2017)

(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;
- b) 2330 sayılı Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler;
- c) Harp malülüğü aylığı alanlar ile 3713 sayılı Kanun kapsamında aylık alanlar;
- ç) Tedavileri sonuçlanıncaya veya maluliyetleri kesinleşinceye kadar; 3713 sayılı Kanunun 21inci maddesinde sayılan olaylara maruz kalmaları nedeniyle yaralananlar.

(1) (Değişik: RG-21/03/2018- 30367/ 2md. Yürürlük: 01/04/2018) **Otelcilik hizmetleri ve istisnai sağlık hizmetleri hariç olmak üzere aşağıda belirtilen kişilerden ilave ücret alınamaz.** Aşağıda belirtilen kişilerden hiçbir ilave ücret alınamaz.

- a) 1005 sayılı Kanun hükümlerine göre şeref aylığı alan kişiler ile bakmakla yükümlü olduğu kişilerden,
- b) 2330 sayılı Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler ile bakmakla yükümlü olduğu kişilerden,
- c) Harp malülüğü aylığı alanlar ile 3713 sayılı Kanun kapsamında aylık alanlar ile bakmakla yükümlü olduğu kişilerden,
- ç) Tedavileri sonuçlanıncaya veya maluliyetleri kesinleşinceye kadar; 3713 sayılı Kanunun 21inci maddesinde sayılan olaylara maruz kalmaları nedeniyle yaralananlar,
- d) 5510 sayılı Kanunun 60inci maddesinin onikinci fikrasında belirtilen kişilerden,
- e) 5510 sayılı Kanunun 60inci maddesinin onüçüncü ve ondördüncü fikraları kapsamında genel sağlık sigortalısı (Değişik: RG- 04/02/2018- 30322/ 5 md. Yürürlük: 15/02/2018) **sayılanlar** sayılan kişiler ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden.

1.9.3 - İlave ücret alınmayacak sağlık hizmetleri

(1) (Değişik: RG- 12/11/2013- 28819/ 1 md. Yürürlük: 12/11/2013) (Değişik: RG- 01/08/2013- 28725/1- md. Yürürlük: 01/08/2013) Aşağıda belirtilen sağlık hizmetleri için hiçbir ilave ücret alınamaz. Aşağıda belirtilen sağlık hizmetleri için (Yükseköğretim kurumlarına ait sağlık hizmeti sunucularında (vakıf üniversiteleri hariç) öğretim üyesi tarafından SUT'un 2.1.1 numaralı maddesi kapsamında verilen sağlık hizmetleri hariç) hiçbir ilave ücret alınamaz. Aşağıda belirtilen sağlık hizmetleri için hiçbir ilave ücret alınamaz. (Ek: RG- 30/08/2014- 29104/ 1 md. Yürürlük: 30/08/2014) Ancak; Yükseköğretim kurumlarına ait sağlık hizmeti sunucularında (Mülga: RG- 14/07/2016- 29770/ 1-a md. Yürürlük: 13/07/2016) (vakıf üniversiteleri hariç) öğretim üyesi tarafından verilen 18 yaşını doldurmamış çocuklar hariç olmak üzere; SUT eki EK-2/B ve EK-2/C Listesindeki (Değişik: RG- 18/02/2017- 29983/ 3 md. Yürürlük: 01/03/2017) 618200-P618200 kodlu "Koklear implant yerleştirilmesi" işlemi (Değişik: RG- 09/09/2017- 30175/ 2 md. Yürürlük: 09/09/2017) Koklear işitsel implant işlemleri için ilave ücret alınabilir. (Değişik: RG- 18/06/2016- 29746/ 2 md. Yürürlük: 01/06/2016) Ayrıca Yükseköğretim kurumlarına ait sağlık hizmeti sunucularında (vakıf üniversiteleri hariç) öğretim üyesi tarafından verilen SUT'un 2.1.1 numaralı maddesi kapsamındaki sağlık hizmetleri ve kardiyovasküler cerrahi branşında yapılan cerrahi işlemler için de ilave ücret alınabilir. Ayrıca Yükseköğretim kurumlarına ait sağlık hizmeti sunucularında öğretim üyesi tarafından verilen SUT'un 2.1.1 numaralı maddesi kapsamındaki sağlık hizmetleri ve (Mülga: RG- 14/07/2016- 29770/ 1-a md. Yürürlük: 13/07/2016) (vakıf üniversiteleri hariç) kardiyovasküler (Mülga: RG- 14/07/2016- 29770/ 1-b md. Yürürlük: 25/07/2016) cerrahi branşında yapılan cerrahi işlemler için de ilave ücret alınabilir.

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,

- b) Yoğun bakım hizmetleri,
- c) Yanık tedavisi hizmetleri,
- ç) Kanser tedavisi (radyoterapi, kemoterapi, radyo izotop tedavileri),
- d) Yenidoğana verilen sağlık hizmetleri,
- e) Organ, doku ve kök hücre nakillerine ilişkin sağlık hizmetleri,
- f) Doğumsal anomaliler için yapılan cerrahi işlemlere yönelik sağlık hizmetleri,
- g) Hemodiyaliz tedavileri,

(Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 3 md. Yürürlük: 25/07/2014)

ğ) Kardiyovasküler cerrahi işlemleri. (İstisnai sağlık hizmetlerinde belirtilen işlemler hariç)

ğ) Kardiyovasküler (Mülga: RG- 14/07/2016- 29770/ 1-b md. Yürürlük: 25/07/2016) cerrahi branşında yapılan cerrahi işlemler. (İstisnai sağlık hizmetlerinde belirtilen işlemler hariç)

(Ek: RG- 12/11/2013- 28819/ 1 md. Yürürlük: 12/11/2013)

h) SUT eki EK-2/B ve EK-2/C Listesindeki (Değişik: RG- 18/02/2017- 29983/ 4 md. Yürürlük: 01/03/2017) 618200-P618200 kodlu "Koklear implant yerleştirilmesi" işlemi (Değişik: RG- 09/09/2017- 30175/ 2 md. Yürürlük: 09/09/2017) Koklear işitsel implant işlemlerinden

(Mülga: RG- 05/07/2018- 30469/ 1-a md. Yürürlük: 05/07/2018)

(Ek: RG- 25/03/2017- 30018/ 4 md. Yürürlük: 05/04/2017)

+) SUT eki EK-2/C Listesindeki P551120, P615895, P615991 ve P703365 kodlu işlemler;

(Mülga: RG- 05/07/2018- 30469/ 1-a md. Yürürlük: 05/07/2018)

(Ek: RG- 08/06/2017- 30090/ 1 md. Yürürlük: 26/04/2017)

i) SUT eki EK-2/C Listesindeki P560000 kodlu işlem

(Ek: RG- 05/07/2018- 30469/ 1-b md. Yürürlük: 05/07/2018)

j) SUT eki EK-2/G Listesinde yer alan işlemler ile bu işlemlere ilişkin sunulan sağlık hizmetlerinden,

1.9.4 - Otelcilik hizmetlerinde ilave ücret uygulaması

(1) Sözleşmeli/protokollü sağlık kurumları, asgari banyo, TV ve telefon bulunan; 2 yataklı odalarda sundukları otelcilik hizmetleri için SUT eki EK-2/B Listesinde 510.010 kod ile yer alan "Standart yatak tarifesi" işlem bedelinin 1,5

katını, tek yataklı odalarda ise 3 katını geçmemek üzere kişilerden ilave ücret alabilir. Gündürlik tedavi kapsamındaki işlemler sırasında verilen otelcilik hizmeti için ise en fazla SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan “Gündüz yatak tarifesi” işlem bedelinin 3 katına kadar ilave ücret alınabilir. SUT eki (**Değişik: RG- 12/11/2013- 28819/ 2 md. Yürürlük: 12/11/2013**) ~~EK-2/C EK-1/C~~ Listesinde yer alan istisnai sağlık hizmetlerinde otelcilik hizmetleri için ayrıca ilave ücret uygulanmaz.

1.9.5 - İstisnai sağlık hizmetlerinde ilave ücret uygulanması

(1) Sözleşmeli/protokollü sağlık kurum ve kuruluşları, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenen ve SUT eki “İstisnai Sağlık Hizmetleri Listesi” nde (EK-1/C) yer alan istisnai sağlık hizmetleri için genel sağlık sigortalısı ve bakımla yükümlü olduğu kişilerden SUT eki listelerde yer alan işlem bedellerinin 3 katını geçmemek üzere ilave ücret alabilir.

(2) Sözleşmeli/protokollü sağlık kurum ve kuruluşları istisnai sağlık hizmeti olarak belirlenen işlemler için; yanında (*) işaret olup olmadığına bakılmaksızın EK-2/C Listesinden, işlemin sadece EK-2/B Listesinde yer olması halinde ise EK-2/B Listesindeki işlem bedelleri üzerinden ilave ücret alabilir.

1.10 - Sağlık raporlarının düzenlenmesi

(1) Sağlık rapor formatları ile bu raporların tasdik, mühür ve diğer uygulamalarında Sağlık Bakanlığı mevzuatı ve MEDULA sistemindeki düzenlemelere uyulacaktır. MEDULA hastane sistemini kullanan sağlık hizmeti sunucuları raporları elektronik ortamda düzenleyecektir ve bu raporlar başhekimlik tarafından elektronik ortamda onaylanacaktır. Sağlık kurulu raporlarına ait istisnai düzenlemeler SUT’ ta ayrıca belirtilmiştir.

1.10.1 - Uzman hekim raporlarının düzenlenmesi

(1) Uzman hekim raporları, ilgili tek uzman hekim tarafından düzenlenenecektir.

1.10.2 - Sağlık kurulu raporlarının düzenlenmesi

(1) İlgili uzmanlık branşından üç uzman hekimin katılımıyla, ilgili uzmanlık branşından üç uzman hekim bulunmaması halinde ise ilgili branş uzmanı ile birlikte öncelikle bu uzmanlık branşına en yakın uzmanlık branşından olmak üzere başhekimin seçeceği diğer uzmanlık branşlarından uzman hekimlerin katılımı ile en az üç uzman hekimden oluşan sağlık kurullarınaca düzenlenir.

1.11 - SGK Hekim Şifresi

(1) MEDULA-Hastane, MEDULA-Eczane ve MEDULA-Optik girişi ve uygulamalarında kullanılmak üzere hekimlere, Kurum web uygulaması üzerinden “SGK Hekim Şifresi” verilir.

İKİNCİ BÖLÜM **Tanı ve Tedavi**

2.1 - Tedavi kategorileri ve ilişkili tanımlar

2.1.1 - Ayakta tedaviler

(1) SUT’un 2.1.2 maddesinde açıklanan durumlar dışında kalan ve hastaların sağlık kurum ve kuruluşlarında veya bulunduğu yerde yatırılmaksızın sağlık hizmetlerinin sağlanması ayakta tedavi olarak kabul edilir.

2.1.1.A - Evde sağlık hizmetleri

(1) Sağlık Bakanlığınca yayımlanan “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” doğrultusunda Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmet sunucuları bünyesinde oluşturulan evde sağlık hizmeti vermek üzere kurulmuş olan birimlerce verilen sağlık hizmetleridir.

2.1.2 - Yatarak tedaviler

2.1.2.A - Yatan hasta tedavisi

(1) Sağlık kurumlarında yatis tarihinden taburcu işlemi yapılmışa kadar uygulanan tedavidir.

2.1.2.B - Gündürlik tedavi

(1) Gündürlik tedavi kapsamındaki işlemler; sağlık kurumlarında yatis ve taburcu işlemi yapılmadan 24 saatlik zaman dilimi içinde yapılan aşağıda belirtilen işlemlerdir.

a) Kemoterapi tedavisi,

b) Radyoterapi tedavisi,

c) Genel anestezî, bölgесel/lokal anestezî, intravenöz veya inhalasyon ile sedasyon gerçekleştirilen tanısal veya cerrahi tüm işlemler,

ç) Hemodializ tedavileri,

d) (**Değişik: RG- 05/08/2015- 29436/ 2 md. Yürürlük: 13/08 /2015**) ~~Kan, kan bileşenleri, kan ürünlerleri ve SUT eki “Sadece Yatan Hastalarda Kullanımı Halinde Bedelleri Ödenecek İlaçlar Listesi” nde (EK 4/G) yer alan ilaçların intravenöz infüzyonu, Kan, kan bileşenleri, kan ürünleri, SUT eki “Sadece Yatarak Tedavilerde Kullanımı Halinde Bedelleri Ödenecek İlaçlar Listesi” nde (EK-4/G) yer alan ilaçların intravenöz infüzyonu ile “Hastanelerce Temini Zorunlu Kemoterapi İlaçları Listesi” nde (Ek-4/H) tanımlı ilaçlar,~~

e) Sağlık Bakanlığınca yayımlanan “Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” eki “Tip Merkezlerinde Gerçekleştirilebilecek Cerrahi Müdahaleler Listesi” nde yer alan işlemler,

f) Genel anestezî ve sedasyon ile gerçekleştirilen dişhekimliği uygulamaları.

2.2 - Finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin sağlanması yöntemleri ve ödeme kuralları

(1) Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin teşhis ve tedavi yöntemleri SUT ve eki listelerde belirtilmiştir. SUT ve eki listelerde yer almayan teşhis ve tedavi yöntemlerinin bedellerinin Kurumca karşılanabilmesi için Kurum tarafından uygun olduğunu kabul edilmesi ve Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından Kurumca ödenecek bedellerinin belirlenmesi gerekmektedir.

(2) Kurum, finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin SUT’ta belirtilen teşhis ve tedavi yöntemlerinin yanı sıra teşhis ve tedavi ile ilgili diğer kurallar ile sağlık hizmeti bedellerinin ödenmesine ilişkin usul ve esasları Sağlık Bakanlığının

görüşünü alarak belirleyebilir ve bu amaçla ihtisas komisyonları kurabilir. (Ek: RG- 21/04/2015- 29333/ 2 md. Yürürlük: 21/04 /2015) Ayrıca Kurum, finansmanı sağlanan/sağlanacak sağlık hizmetleri için ihtiyaç duyulan alanlarda mevcut ödeme usul, esas ve koşulları dışında finansal veya tıbbi olarak getireceği kazanca göre alternatif ödeme modelleri kullanılarak sağlık hizmetlerini ödeme kapsamına alabilir, ödeme usul ve esaslarını belirleyebilir, yurtdışından temin edilen, ülkemizde imal edilemeyen veya bulunmayan ürün gruplarının üretimi, ithal ürünlerin yerli üretime geçmesi, piyasada bulunurlüğünün sağlanması hususlarının teşvik edilmesi amacıyla alternatif ödeme modelleri oluşturulabilir.

(3) Vücut bütünlüğünü sağlamak amacıyla yapılan ve iş kazası ile meslek hastalığına, kazaya, hastalıklara veya konjenital nedenlere bağlı olarak yapılanlar hariç estetik amaçlı yapılan sağlık hizmetleri Kuruma faturalandırılamaz. Estetik amaçlı yaptığı tespit edilen sağlık hizmetlerine ilişkin giderler Kurumca karşılanmaz.

(4) Finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, Kurumla sağlık hizmeti sunucuları arasında sağlık hizmeti satın alımı sözleşmeleri yapılması suretiyle karşılanır. Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından ise acil hallerde (Değişik: RG- 25/08/2016- 29812/ 4md. Yürürlük: 05/09/2016) alınan (Değişik: RG- 04/02/2018- 30322/ 6 md. Yürürlük: 15/02/2018) müracaat eden hastalara tabureye kadar sunulan tüm alınan sağlık hizmetlerinin bedelleri Kurumca karşılanır.

(5) Ancak, tıbbi malzeme tedarikçileri ve kaplıca tesisleri ile sözleşmeler yapılmaya kadar bu sağlık hizmeti sunucularından kişilerce alınan sağlık hizmeti bedelleri SUT'ta belirtilen usul ve esaslar dâhilinde kişilere ödenmek suretiyle, serbest diş hekimlikleri ile Kurumla sözleşmesiz resmi veya özel sağlık kurum veya kuruluşlarındaki diş üniteleri ile sözleşme yapılmaya kadar ise bu sağlık hizmeti sunucularından kişilerce alınan sağlık hizmeti bedelleri Kurum mevzuatı (SUT'ta düzenlenme yok ise diğer düzenlemeler) dâhilinde kişilere ödenmesi suretiyle karşılanır.

(6) (Değişik: RG- 26/09/2013- 28777/ 1 md. Yürürlük: 26/09/2013) İşyeri hekimleri veya birden fazla işyerine hizmet veren ortak sağlık birimleri ile özel poliklinikler tarafından verilen sağlık hizmetleri için Kurumdan herhangi bir ücret talep edilemez. İşyeri hekimleri veya birden fazla işyerine hizmet veren ortak sağlık birimlerine sadece yetkili oldukları işyerlerinde hizmet akdi ile çalıştırılanlara, bu işyerlerinin kamu kurumu niteligidde olması halinde ise o iş yerinde hizmet akdiyle çalıştırılanlara ile birlikte 5510 sayılı Kanunun 4 üçüncü maddesinin birinci fıkrasının (e) bendinde sayılan sigortalılara da SUT ve eki listelerde yer alan usul ve esaslar dâhilinde reçete edilmiş ilaç bedelleri Kurumca karşılanır. Özel polikliniklerce ve ağız ve diş sağlığı hizmeti veren özel sağlık kuruluşlarında verilen sağlık hizmetleri ve düzenlenen reçete bedelleri Kurumca karşılanmaz. (Değişik: RG- 25/08/2016- 29812/ 5 md. Yürürlük: 05/09/2016) İşyeri hekimleri veya birden fazla işyerine hizmet veren ortak sağlık birimleri ile özel poliklinikler tarafından verilen sağlık hizmetleri için Kurumdan herhangi bir ücret talep edilemez. İşyeri hekimleri veya birden fazla işyerine hizmet veren ortak sağlık birimleri, özel poliklinikler ile "Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik" kapsamında hizmet veren merkez veya birimler tarafından verilen sağlık hizmetleri için Kurumdan herhangi bir ücret talep edilemez. İşyeri hekimleri veya birden fazla işyerine hizmet veren ortak sağlık birimlerince sadece yetkili oldukları işyerlerinde; 5510 sayılı Kanunun 4 üçüncü maddesinin birinci fıkrasının (a) ve (b) bentlerinde sayılan sigortalılara, bu işyerlerinin kamu kurumu niteligidde olması halinde ise, bu sigortalılara ek olarak, 5510 sayılı Kanunun 4 üçüncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinde sayılan sigortalılara da SUT ve eki listelerde yer alan usul ve esaslar dahilinde reçete edilmiş ilaç bedelleri Kurumca karşılanır. (Ek: RG- 25/08/2016- 29812/ 5 md. Yürürlük: 05/09/2016) Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik" kapsamında hizmet veren merkez veya birimler tarafından SUT ve eki listelerde yer alan usul ve esaslar dahilinde düzenlenen reçete bedelleri Kurumca karşılanır. Özel polikliniklerce ve ağız ve diş sağlığı hizmeti veren özel sağlık kuruluşlarında verilen sağlık hizmetleri ve düzenlenen reçete bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(7) Sağlık Bakanlığı dışındaki birinci basamak resmi sağlık kuruluşları ile kamu idareleri bünyesindeki kurum hekimlikleri tarafından verilen sağlık hizmetleri için Kurumdan herhangi bir ücret talep edilemez. Bu birimlerde görevli hekimler tarafından SUT ve eki listelerde yer alan usul ve esaslar dâhilinde reçete edilmiş ilaç ve (Mülga: RG- 14/07/2016- 29770/ 2 md. Yürürlük: 25/07/2016) görmeye yarayan tıbbi malzeme bedelleri Kurumca karşılanır.

(8) (Mülga: RG- 24/12/2014- 29215/ 2 md. Yürürlük: 01/01/2015) İşyeri hekimleri veya birden fazla işyerine hizmet veren ortak sağlık birimleri, yetkilendirildikleri kişiler hariçindeki kişilere reçete düzenlemeleri halinde Kurumca ödenen reçete bedelleri bu reçeteyi düzenleyenlerden tasih edilir.

(9) Sözleşmeli/protokollü sağlık kurum ve kuruluşları, ayakta ve yatarak tedaviler ile ilgili olarak yapılması gereklili görülen tetkik ve/veya tahlilleri, bünyelerinde veya başka bir sağlık hizmeti sunucusundan hizmet alımı ile sağlamak zorundadırlar. Hizmet alımı yoluyla sağlanan Kuruma fatura edilebilir tetkik ve/veya tahlil bedelleri, sözleşmeli/protokollü sağlık kurum ve kuruluşları bünyesinde üretilen hizmetlerden ayırmı yapılmaksızın, hizmet alımı yapan sağlık hizmeti sunucusu tarafından Kuruma faturalandırılır ve SUT hükümleri doğrultusunda karşılaşır. Sağlık kurum ve kuruluşlarında, hizmet alımına ilişkin bilgi ve belgeler istenildiğinde Kuruma ibraz edilecektir. (Ek: RG- 07/10/2016- 29850/ 3 md. Yürürlük: 18/10/2016) Ayrıca sözleşmeli/protokollü sağlık kurum ve kuruluşları, infüzyon kemoterapi hazırlanması işlemlerini Kurum ile sözleşmeli/protokollü başka bir sağlık hizmeti sunucusundan hizmet alımı yöntemi ile de sağlayabilirler. (Ek: RG- 24/12/2014- 29215/ 2 md. Yürürlük: 01/01/2015) Ağız ve diş sağlığı hizmeti veren sözleşmeli/protokollü resmi sağlık kurum ve kuruluşları, genel anestezî altında yapılması gereklili görülen tetkik, tahlil ve tedavileri bünyelerinde veya başka bir resmi sağlık hizmeti sunucusundan hizmet alımı ile sağlayabilirler. Bu hizmetleri sözleşmeli/protokollü resmi sağlık kurum ve kuruluşları bünyesinde üretilen hizmetlerden ayırmı yapılmaksızın, hizmet alımı yapan sağlık hizmeti sunucusu tarafından Kuruma faturalandırılır ve SUT hükümleri doğrultusunda karşılaşır. Sağlık kurum ve kuruluşlarında, hizmet alımına ilişkin sözleşmeleri Kuruma teslim edeceklerdir.

(10) Sözleşmeli/protokollü sağlık kurum ve kuruluşlarındaki tedaviler ile ilgili olarak kişilere Kuruma ibraz edilen tetkik ve/veya tahlile ilişkin fatura bedelleri sevk/istem belgesine dayanılarak kişilere ödenir ve sevk/istem belgesini düzenleyen sözleşmeli/protokollü sağlık kurum ve kuruluşunun alacağından mahsup edilir. Sağlık Bakanlığının bağlı sağlık hizmeti sunucuları için Bakanlığa yapılan global bütçe ödemesinden mahsup edilir.

(11) (Değişik: RG- 10/04/2014- 28968/ 1 md. Yürürlük: 10/04/2014) Kurumla sözleşmeli özel sağlık kurum ve kuruluşları, bir başka sağlık kurum ve kuruluşundan hizmet alımı yoluyla sağladıkları tetkik ve/veya tahlil dışındaki tedavilere ait giderleri Kuruma faturalandıramazlar. Hekim veya diş hekimlerinin, özel sağlık hizmeti sunucusu bünyesinde çalışmazı halinde, bu hekimler tarafından fatura düzenlenerek alınan/sunulan sağlık hizmetleri bu kapsamda değerlendirilmez. Kurumla

sözleşmeli özel sağlık kurum ve kuruluşları, bir başka sağlık kurum ve kuruluşundan hizmet alımı yoluyla sağladıkları kuruluş ve faaliyetiyle ilgili olarak bağlı bulunduğu mevzuat gereği düzenlenmiş olan ruhsat/faaliyet veya uygunluk belgesinde yer alan tetkik ve/veya tahlil dışındaki tedavilere (gastroskopi, kolonoskopi, rektosigmoidoskopi, rektoskopı, bronkoskopi, anjiyografi gibi işlemler de dahil olmak üzere) ait giderleri Kuruma faturalandıramazlar. Hekim veya diş hekimlerinin, özel sağlık hizmeti sunucusu bünyesinde çalışması halinde, bu hekimler tarafından fatura düzenlenerek alınan/sunulan sağlık hizmetleri bu kapsamında değerlendirilmelidir.

(12) Başka bir sağlık kurum veya kuruluşundan laboratuvar hizmeti alınması durumunda, hasta hastane dışına numune almak için gönderilmez, alınan numunenin transferi veya sonucu hasta veya yakını aracılığı ile istenilemez. Görüntüleme hizmetlerinin hizmet alımı yoluyla sağlanması halinde acil ve yatan hastaların transferi sağlık hizmeti sunucuları tarafından yapılacaktır.

(13) Kurum ile sözleşmeli/protokollü sağlık kurum ve kuruluşları, tetkik, tahlil ve tedaviye ait her türlü bilgi, belge ve rapor, istenildiğinde Kuruma ibraz edeceklerdir. İbraz edilememesi durumunda Kuruma faturalandırılan ilgili tetkik, tahlil ve/veya tedavi bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(14) Kişiye sağlanan sağlık hizmetlerine ilişkin düzenlenen sağlık raporu bedelleri, SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan rapor puanları esas alınarak sadece bir adet olarak faturalandırılır. Ancak Kurum birimlerince sevk belgesi düzenlenmek suretiyle maluliyet, meslek hastalığı ve kontrol muayeneleri vb nedenlerle sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilen kişiler için düzenlenen sağlık raporları ile ilaç ve tıbbi malzeme temini de dahil olmak üzere tedavi amacıyla düzenlenen sağlık raporları dışında kalan; (**Değişik: RG- 25/08/2016- 29812/ 6 md. Yürürlük: 05/09/2016**) özürlülük engellilik raporu, ehliyet raporu, vasi tayini raporu, portör muayeneleri ve işlemleri, tarama amaçlı muayene ve işlemleri vb özel amaçla kullanılacak durum belirtir rapor bedelleri ile bu durumların tespitine yönelik yapılan işlem bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(15) Kişiye sağlanan tıbbi malzeme, ilaç, tedavi vb sağlık hizmetleri için SUT gereği düzenlenmesi gereken sağlık kurulu raporu ile ilgili olarak sadece bir adet muayene bedeli faturalandırılabilir. Ancak Kurum birimlerince sevk belgesi düzenlenmek suretiyle maluliyet, meslek hastalığı ve kontrol muayeneleri vb nedenlerle sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilen kişiler için düzenlenen sağlık kurulu raporları ile ilgili olarak, kurula katılan her bir uzmanlık dalı için muayene bedeli faturalandırılabilir.

(16) Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri için Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenen Kurumca ödenecek bedeller SUT ve eki listelerde yer almaktadır. Ancak Komisyonca SUT eki EK-2/B, EK-2/C ve EK-2/Ç listelerinde yer alan işlemleri için ödemeye esas puanlar ile katsayı (0,593) belirlenmiş olup işlem bedeli ilgili puan ile katsayının çarpımı sonucu bulunacak tutardır.

(17) Sağlık hizmeti sunucularınca gerçekleştirilecek check-up, kampanya ya da tarama kapsamında yapılan işlemler Kurumca faturalandırılmaz.

(18) SUT eki EK-2/B ve EK-2/C listelerinde yer alan işlemlerin laparoskopik, perkütan, endoskopik, endosonografik, mikrocerrahi, robotik cerrahi gibi yöntemlerle yapılması halinde yapılan işlem, SUT'ta yer alan işlem puanı esas alınarak Kurumca karşılanır. Ancak ayrı kodu bulunan laparoskopik, perkütan, endoskopik, endosonografik, mikrocerrahi, robotik cerrahi gibi yöntemlerle yapılan işlemler kendi puanı esas alınarak Kurumca karşılanır. (**Mülga: RG-24/12/2014- 29215/ 2 md. Yürürlük: 01/01/2015**) – Ayrıca P618690, P621410, P619490, P618680, P618840, P618550, P618560, P601930, P601940, P602410, 605070, P604710, P604690, P605000, P604940, P604990, P604930 kodlu işlemlerin robotik cerrahi yöntemi ile yapılması durumunda işlem puanlarına %50 ilave edilerek Kurumca faturalandırılabilir.

(19) Trafik kazası nedeniyle ilk müdahalenin sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularında sağlanması halinde bu sağlık hizmeti sunucusunda trafik kazası nedeniyle sunulan sağlık hizmetinin devamı niteliğinde olan tedaviler SUT ve ekleri esas alınarak Kurumca karşılaşacaktır. Ancak bu süre trafik kazasının olduğu tarihten itibaren 6 ayı geçemez.

(Ek: RG- 18/03/2014- 28945/ 5 md. Yürürlük: 18/03/2014)

(20) Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinde geri ödeme kural ve/veya kriterleri belirlenmemiş sağlık hizmetleri için güncel bilimsel klinik uygunluğun bulunması gereklidir.

(**Değişik: RG- 18/06/2016- 29746/ 3 md. Yürürlük: 29/06/2016**)

(Ek: RG- 24/12/2014- 29215/ 2 md. Yürürlük: 01/01/2015)

(21) SUT eki EK-2/C listelerinde yer alan P604250, P604260, P604280, P604470, P604500, P604520, P604530, P604570, P604580, P604620, P604910, P604960, P604970, P605040, P605190, P605220, P605230, P605240, P605250, P605260, P605270, P605290, P605320, P605410, P605420, P605430, P605440, P605450, P605460, P605470, P605480, P605490, P605500, P604610, P604710, P604711, P604690, P604980, P604990, P605000, P605010, P604720, P604730, P604740, P605680, 605710, 605720, 605730 kodlu işlemlerin üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularına yapılması durumunda işlem puanlarına % 15 ilave edilerek Kurumca faturalandırılır. SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan; 604250, 604260, 604280, 604470, 604500, 604520, 604530, 604570, 604580, 604620, 604910, 604960, 604970, 605040, 605190, 605220, 605230, 605240, 605250, 605260, 605270, 605290, 605320, 605410, 605420, 605430, 605440, 605450, 605460, 605470, 605480, 605490, 605500, 604610, 604710, 604711, 604690, 604980, 604990, 605000, 605010, 604720, 604730, 604740, 605680, 605710, 605720, 605730 kodlu işlemlerin üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularına yapılması durumunda işlem puanlarına % 15 ilave edilerek Kurumca faturalandırılır. (**Mülga: RG- 26/11/2016- 29900/ 3 md. Yürürlük: 07/12/2016**) SUT eki EK-2/C listelerinde yer alan P604250, P604260, P604280, P604470, P604500, P604520, P604530, P604570, P604580, P604620, P604910, P604960, P604970, P605040, P605190, P605220, P605230, P605240, P605250, P605260, P605270, P605290, P605320, P605410, P605420, P605430, P605440, P605450, P605460, P605470, P605480, P605490, P605500, P604610, P604710, P604711, P604690, P604980, P604990, P605000, P605010, P604720, P604730, P604740, P605680, P605710, P605720, P605730 kodlu işlemlerin SUT Eki EK-2/A 1 listesinde yer alan U1 kodlu sağlık hizmet sunucuları hariç olmak

~~üzerde, üçüncü basamak sağlık hizmeti sunueularına yapılması durumunda işlem puanlarına % 15 ilave edilerek Kuruma faturalandırılır.~~

2.2.1 - Ayakta tedavilerde ödeme

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.B - İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları

2.2.1.B-1 - Ayakta tedavilerde ödeme uygulaması

(1) "Ayakta tedavilerde ödeme" uygulaması kapsamında; sağlık kurumlarında ayaktan her bir başvuru için, SUT eki "Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Ayakta Tedavilerde Sıfırlanması Listesi" nde (EK-2/A-1) bulunduğu sınıfa göre belirlenmiş olan SUT eki EK-2/A Listesinde yer alan tutarlar esas alınarak ödeme yapılır. Ayrıca SUT eki "Ayaktan Başvurularla İlave Olarak Faturalandırılabilen İşlemler Listesi" nde (EK-2/A-2) yer alan işlemlerin bedelleri Kurumca karşılanır.

(2) Hastanın aynı sağlık kurumuna, acil servise başvuruları hariç olmak üzere ayaktan başvurduğu gün dâhil, 10 (on) gün içindeki aynı uzmanlık dalına diğer ayaktan başvurularında; sadece SUT eki EK-2/A-2 Listesinde yer alan işlemlerin bedelleri faturalandırılabilen olup SUT eki EK-2/A Listesinde yer alan tutar faturalandırılamaz.

(3) Hastaya SUT eki EK-2/A-2 Listesinde yer alan işlemlerin yapılması gerekliliğinin gerekli görülmesi, ancak söz konusu işlemlerin, bu muayene başvurusundan sonra aynı sağlık kurumunda randevu verilmek suretiyle ileri bir tarihte yapılması durumunda, SUT eki EK-2/A Listesinde yer alan tutarlar ikinci bir defa girilmeksiz sadece yapılan işlem faturalandırılır.

(4) Hastanın aynı sağlık kurumunda aynı uzmanlık dalına ayaktan başvurusu sonrasında aynı gün "yatarak tedavi" kapsamında, SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan bir işlem yapılması halinde bu işlem ile birlikte ayaktan yapılan işlemler bu maddenin birinci fikrasındaki hükümlere göre faturalandırılır. Ancak "yatarak tedavi" kapsamında hizmet başına ödeme yöntemi ile bir işlem yapılması durumunda SUT eki EK-2/A Listesinde yer alan tutarlar faturalandırılmayacak olup ayaktan başvurular da hizmet başına ödeme yöntemine göre faturalandırılacaktır.

(5) Hastanın aynı gün içerisinde, aynı sağlık hizmeti sunucusunda; birden fazla uzmanlık dalına başvurusu sonrasında bu uzmanlık dallarından herhangi birinde aynı gün "yatarak tedavi" kapsamında SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan bir işlem yapılması halinde bu işlem ile birlikte, o uzmanlık dalına ait ayaktan yapılan işlemler bu maddenin birinci fikrasındaki hükümlere göre, diğer uzmanlık dallarındaki ayakta tedavi kapsamındaki başvuruları SUT eki EK-2/B Listesindeki "normal poliklinik muayenesi" bedeli ve yapılması halinde SUT eki EK-2/A-2 Listesinde yer alan işlemlerin bedelleri faturalandırılacaktır. Ancak, yatarak tedavi kapsamında hizmet başına ödeme yöntemi ile bir işlem yapılması durumunda; SUT eki EK-2/A Listesinde yer alan tutarlar faturalandırılmayacak olup ayaktan yapılan işlemler hizmet başına ödeme yöntemine göre faturalandırılacaktır.

(6) Hastanın, aynı gün içinde aynı sağlık kurumunda ilk muayenesini takip eden diğer uzmanlık dallarındaki ayakta tedavi kapsamında yer alan başvuruları, "ayakta tedavilerde ödeme" uygulaması kapsamında değerlendirilmez ve SUT eki EK-2/A Listesinde yer alan tutarlar faturalandırılamaz. Ancak SUT eki EK-2/B Listesindeki "normal poliklinik muayenesi" bedeli ve yapılması halinde SUT eki EK-2/A-2 Listesinde yer alan işlemlerin bedelleri faturalandırılacaktır.

(7) Hastanın aynı gün içinde aynı sağlık kurumundaki ilk başvurusunu ana dal, sonraki başvurusunun yan dal olması durumunda yan dala olan başvuru "ayakta tedavilerde ödeme" uygulaması kapsamında faturalandırılır. Ana dala başvuru ise, SUT eki EK-2/A Listesinde yer alan tutarlar girilmeksiz, SUT eki EK-2/B Listesindeki "normal poliklinik muayenesi" bedeli ve yapılması halinde SUT eki EK-2/A-2 Listesinde yer alan işlemlerin bedelleri faturalandırılabilir.

(8) Sağlık raporu ile yapılması gerekliliğindeki hiperbarik oksijen tedavisi, fizik tedavi ve rehabilitasyon, ESWL ve ESWT tedavilerinde; ayaktan başvurularda tedavi için sağlık raporu düzenlenerek sonradan tedavinin sonraki günlerde aynı veya başka bir sağlık hizmeti sunucusunda yapılması halinde, bu sağlık raporu ile yapılan tedavi başvuruları "ayakta tedavilerde ödeme" uygulaması kapsamında SUT eki EK-2/A Listesinde yer alan tutarlar girilmeksiz SUT eki EK-2/C Listesi üzerinden faturalandırılır.

(9) (Mülga: RG- 07/10/2016- 29850/ 4 md. Yürürlük: 03/09/2016) Özel tip merkezleri ve dal merkezlerinin vermiş oldukları acil sağlık hizmetlerinin bedelleri uzmanlık dalı dikkate alınmaksızın SUT eki EK-2/A Listesinin "Acil" bölümünde yer alan ücret üzerinden faturalandırılır.

(10) Hastanın, ikinci veya üçüncü basamak sağlık kurumundan başka bir sağlık kurumuna sevk edilmesi halinde sevk eden sağlık kurumuna, SUT eki EK-2/A Listesinde yer alan tutarın %75'i ödenir.

(11) **(Değişik: RG- 18/06/2016- 29746/ 4 md. Yürürlük: 29/06/2016) Ayaktan başvurularda Ayakta tedavilerde ödeme uygulamasında**, SUT eki EK-2/A-2 Listesinde yer alan işlemlerin faturalandırılmasında aşağıdaki hususlara uyulur.

a) İşlenen SUT eki EK-2/C Listesinde yer alması halinde bedelleri "taniya dayalı işlem üzerinden ödeme" yöntemi ile faturalandırılır. Bu işleme ilişkin "taniya dayalı işlem üzerinden ödeme" yöntemine dâhil olmayan tıbbi malzeme ve ilaç bedelleri ayrıca faturalandırılabilir.

b) İşlenen sadece SUT eki EK-2/B Listesinde yer alması halinde, SUT eki EK-2/A Listesinde yer alan tutarlara ilave olarak işlem bedeli ve bu işlemle ilgili ilaç ve tıbbi malzeme bedelleri ayrıca faturalandırılabilir.

c) Üçüncü basamak resmi sağlık kurumları tarafından SUT eki EK-2/A-2 Listesinde yer alan işlemler, işlem puanlarına %10 oranında ilave edilerek faturalandırılır.

(12) **(Değişik: RG- 12/11/2013- 28819/ 3 md. Yürürlük: 12/11/2013) (Değişik:RG- 01/08/2013- 28725/ 3 md. Yürürlük: 01/08/2013)** Ayaktan başvurularda özel sağlık hizmeti sunucuları için günlük muayene sınırı acil servis/poliklinike başvurular hariç olmak üzere, sağlık hizmeti sunucusundaki sözleşme kapsamında çalışan hekimlerin çalışma saatlerinin 6 ile çarpılması ile bulunur. Her bir hekim için günlük muayene sayısı her haftada 60'ı geçemez. Özel sağlık hizmeti sunucuları her bir hekim için ayrı ayrı olmak üzere bu sınırlarda muayene fatura edebilir. Bu sınırlar aşıldıkten sonra kabul edilen hastalar için yapılan işlemler Kuruma faturalandırılamaz. Ayaktan başvurularda özel sağlık hizmeti sunucuları için günlük muayene sınırı acil servis/poliklinike başvurular hariç olmak üzere, sağlık hizmeti sunucusundaki sözleşme kapsamında çalışan hekimlerin çalışma saatlerinin 6 ile çarpılması ile bulunur. Her bir hekim için günlük muayene sayısı her haftada 60'ı

geçemez. Aneak göz hastalıkları branşında günlük muayene sınırı çalışma saatlerinin 4 ile çarpılması ile bulunur. Her bir göz hastalıkları uzman hekimi için günlük muayene sayısı her halükarda 40'ı geçemez. SUT eki EK-2/B Listesindeki 617340, 617341, 617342 kodlu işlemler ile EK-2/C Listesindeki P617340, P617341, P617342 kodlu işlemlerin yapılması halinde her bir işlem için hekim çalışma saatinden 30 dakika düşürelerek yeni günlük muayene sayısı hesaplanır. Özel sağlık hizmeti sunucuları her bir hekim için ayrı ayrı olmak üzere bu sınırlarda muayene fatura edebilir. Bu sınırlar aşıldıkten sonra kabul edilen hastalar için yapılan işlemler Kuruma faturalandırılamaz. Ayaktan başvurularda özel sağlık hizmeti sunucuları için günlük muayene sınırı acil servis/polkliniğe başvurular hariç olmak üzere, sağlık hizmeti sunucusundaki sözleşme kapsamında çalışan hekimlerin çalışma saatlerinin 6 ile çarpılması ile bulunur. Her bir hekim için günlük muayene sayısı her halükarda 60'ı geçemez. (Ek: RG- 25/07/2014- 29071/ 4 md. Yürürlük: 01/09/2014) Acil servis/polkliniğine başvurularda ise özel sağlık hizmeti sunucularında bir acil servis doktoru için günlük muayene sayısı 90'ı geçemez. Sağlık Bakanlığının “Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ” e göre triyaj uygulamasında Kırmızı alan tarifine giren acil servis/polkliniğe başvurular olması halinde günlük muayene sayısı 90'ı geçebilir, ancak bu durum dahil günlük toplam sayı hiçbir şekilde 100'ü geçemez. Özel sağlık hizmet sunucularında SUT eki EK-2/B Listesindeki 700610 kodlu “Transözefajiyal ekokardiyografi” ve 700611 kodlu “Transözefajiyal ekokardiyografi, çocuk” işlemlerinin yapılması durumunda her bir işlem için muayene sayısından bir muayene sayısı düşürelerek yeni günlük muayene sayısı hesaplanır. Özel sağlık hizmeti sunucuları her bir hekim için ayrı ayrı olmak üzere bu sınırlarda muayene fatura edebilir. Bu sınırlar aşıldıkten sonra kabul edilen hastalar için yapılan işlemler Kuruma faturalandırılamaz.

2.2.1.B-2 - Hizmet başına ödeme yöntemi ile faturalandırılacak ayakta tedaviler

- (1) Birinci basamak sağlık kuruluşlarında;
 - a) 112 acil sağlık hizmeti birimince verilen hizmetler,
 - b) Diş tedavisine yönelik işlemler,
 - c) Enjeksiyon işlemi (başka bir sağlık kurum ya da kuruluşunda hizmet almış hastaların yapılan enjeksiyonları için sadece enjeksiyonun bedeli karşılanır),
 - ç) Kalıtsal hemoglobinopati tanı ve tedavi merkezlerinde yapılan, SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan, 904.690 kod numaralı “Hemoglobin elektroforezi HPLC ile” ve 904.700 kod numaralı “Hemoglobin elektroforezi Aqar jel ile” işlemleri, SUT eki EK-2/B ve EK-2/Ç Listesinde yer alan puanlar esas alınarak faturalandırılır.
 - (2) İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında;
 - a) **(Değişik: RG- 07/10/2016- 29850/ 5 md. Yürürlük: 03/09/2016)**
 - a) Özel tıp merkezleri ile özel dal merkezleri dışındaki sağlık kurumlarına verilen acil sağlık hizmetleri,
 - b) İş kazasına yönelik sağlanan sağlık hizmetleri,
 - c) Meslek hastalıkları hastanelerince sağlanan meslek hastalığına yönelik sağlık hizmetleri,
 - ç) MEDULA'da tedavi tipi “onkolojik tedavi” olarak seçilmiş onkolojik ön tanı/tanı konulmuş hastalıklar ile ilgili tüm işlemler,
 - d) Organ ve doku nakline ilişkin doneğe yapılan hazırlık tetkik ve tahlilleri,
 - e) Diş tedavilerine yönelik işlemler,
 - f) Kurum birimlerince sevk belgesi düzenlenmek suretiyle (maluliyet, meslek hastalığı ve kontrol muayeneleri vb.) sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilen kişilere sunulan sağlık hizmetleri,
 - g) Enjeksiyon/pansuman (sadece enjeksiyon/pansuman amacıyla gelen hasta için sadece enjeksiyon/pansuman bedeli karşılanır),

(Ek: RG- 01/08/2013- 28725/ 4 md. Yürürlük: 01/08/2013)

g) Alkol, madde bağımlılığı tedavisi,

“hizmet başına ödeme yöntemi” ile faturalandırılır. Bu durumda SUT eki EK-2/A Listesinde yer alan tutarlar faturalandırılamaz.

(3) Hizmet başına ödeme yöntemi kapsamında ayaktan muayene sonrasında aynı sağlık kurumunda, söz konusu muayene ile ilgili olarak yapılması gereklilik görülen tanı ve/veya tedaviye yönelik işlemler için muayene girişi yapılmayacaktır.

(Ek: RG- 14/07/2016- 29770/ 3 md. Yürürlük: 25/07/2016)

(4) Üçüncü basamak resmi sağlık kurumları tarafından SUT eki EK-2/A-2 Listesinde yer alan işlemler, işlem puanlarına %10 oranında ilave edilerek faturalandırılır.

2.2.1.B-3 - Evde sağlık hizmetlerinde ödeme

(1) Evde sağlık hizmetleri bedelleri hizmet başına ödeme yöntemi ile SUT eki EK-2/B ve EK-2/Ç listeleri esas alınarak faturalandırılır.

(2) Hastaya kullanılan her türlü tıbbi malzemeyi sağlık hizmeti sunucusu tarafından temini zorunludur. Kurumca bedeli karşılanmayan ilaç ve tıbbi malzemeler hariç olmak üzere sağlık hizmeti sunucusu tarafından temin edilen faturalandırılabilir ilaç ve tıbbi malzeme bedelleri ilaveten faturalandırılabilir. Reçete edilmesi halinde ilaçlar sözleşmeli eczanelerden temin edilir.

2.2.2 - Yatarak tedavilerde ödeme

(1) İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında yatarak verilen sağlık hizmetlerinin bedelleri, SUT eki EK-2/C Listesinde yer alıysorsa “tümü dayalı işlem üzerinden ödeme” yöntemi ile SUT eki EK-2/C Listesinde yer almıyorsa, “hizmet başına ödeme” yöntemi ile faturalandırılır.

(2) **(Değişik: RG- 26/11/2016- 29900/ 4 md. Yürürlük: 07/12/2016)** Üçüncü basamak sağlık kurumları; SUT eki EK-2/C Listesinde yanında (*) işaretli bulunmayan işlemleri SUT eki EK-2/B Listesinden de faturalandırılabilir. Ancak, SUT metninde SUT eki EK-2/C Listesi üzerinden faturalandırıldığı belirtilen işlemleri; (*) işaret olup olmadığına bakılmaksızın SUT eki EK-2/C Listesindeki işlemler esas alınarak faturalandırılır. Bu sağlık kurumları; yanında (*) işaret olmayan işlemleri SUT eki EK-2/B veya SUT eki EK-2/C listelerinin hangisini esas alacaklarına ilişkin terecihlerini Ocak ve Temmuz aylarında MEDULA sisteminde belirteceklerdir. Üçüncü basamak sağlık kurumları; SUT eki EK-2/C Listesinde yanında (*) işaretli bulunmayan işlemleri SUT eki EK-2/B Listesinden de faturalandırılabilir, yanında (*) işaret olmayan işlemleri SUT eki EK-

2/B veya SUT eki EK-2/C listelerinin hangisini esas alacaklarına ilişkin tercihlerini Ocak ve Temmuz aylarında MEDULA sisteminde belirteceklerdir. Ancak, SUT metninde SUT eki EK-2/C Listesi üzerinden faturalandırılacağı belirtilen işlemler; (*) işaretini olup olmadığına bakılmaksızın SUT eki EK-2/C Listesindeki işlemler esas alınarak faturalandırılır.

- (3) 24 saatten kısa süreli yataşlarda yatak bedeli, gündüz yatak bedeli üzerinden faturalandırılır.
- (4) Günübirlik tedavilerde SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan işlemler için gündüz yatak bedeli faturalandırılamaz.
- (5) Günübirlik tedavilerde, SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan refakatçi bedeli ödenmez.

2.2.2.A - Hizmet başına ödeme yöntemi

(1) Hizmet başına ödeme yönteminde sağlık hizmeti bedelleri, SUT eki EK-2/B ve EK-2/Ç Listesi esas alınarak faturalandırılır.

(2) Kurumca bedeli karşılanmayan ilaç ve tıbbi malzemeler hariç olmak üzere sağlık hizmeti sunucusu tarafından temin edilen faturalandırılabilir ilaç ve tıbbi malzeme bedelleri ayrıca faturalandırılabilir.

- (3) Hizmet başına ödeme yönteminde refakatçi bedeli SUT'un 2.6.3(2) fıkrası doğrultusunda faturalandırılır.

(4) İnvitro diyagnostik kit kontrolü ile ilgili çalışma yapan sağlık kurum ve kuruluşlarında (serokonversiyon paneli ya da doğrulama testleri hariç) bu amaçla yapılan test bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(Ek: RG- 24/12/2014- 29215/ 3 md. Yürürlük: 01/01/2015)

- (5) Aynı seansta birden fazla işlem yapıldığı durumlarda (**Ek-2/Ç listesindeki işlemler hariç**):

a) Aynı kesiden yapılan işlem puanı yüksek olan işlemin puanı tam, sonraki işlem puanları ise her birinin %30'u alınarak,

b) Aynı kesiden yapılan işlemlerde puanı yüksek olan işlemin puanı tam, sonraki işlem puanları ise her birinin %50'si alınarak,

faturalandırılır. Yukarıdaki işlemler farklı uzmanlık dallarında yapılmışsa yüzdelik oranlar 25 puan artırılarak uygulanır.

(6) Kurumla sözleşmeli/protokollü üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında yapılan SUT eki EK-2/B Listesi "8. Radyolojik Görüntüleme ve Tedavi" ile "9. Laboratuvar İşlemleri" bölümlerinde yer alan işlemler, listede belirtilen puanlara %10 ilave edilerek faturalandırılır.

2.2.2.B - Tanya dayalı işlem üzerinden ödeme yöntemi

(1) Tanya dayalı işlem üzerinden ödeme yönteminde, sağlık hizmeti bedelleri SUT eki EK-2/C Listesi esas alınarak faturalandırılır.

(2) Tanya dayalı işlem üzerinden ödeme yöntemine dâhil olmayan faturalandırılabilir sağlık hizmeti bedelleri, hizmet başına ödeme yöntemi ile faturalandırılır.

- (3) Birden fazla kesi ve birden fazla işlemin yapıldığı durumlarda;

a) **Aynı seansta aynı kesi** ile birden fazla işlem yapılması halinde; işlem puanı yüksek olan tanya dayalı işlemin puanı tam olarak, diğer işlemler ise kendi tanya dayalı işlem puanının %25'i alınarak,

b) **Aynı seansta ayrı kesi** ile birden fazla işlem yapılması halinde; işlem puanı yüksek olan tanya dayalı işlemin puanı tam olarak, diğer işlemler ise kendi tanya dayalı işlem puanının %50'si alınarak,

c) **Aynı seansta aynı kesi** ile SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan bir işlem ile birlikte SUT eki EK-2/C Listesinde yer almayan bir işlem yapılması halinde tanya dayalı işlem puanı tam olarak, SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan işlem puanının %30'u alınarak, ancak SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan işlemin puanının diğer işlemlerden yüksek olması durumunda tüm işlemler 2.2.2.A(5) fıkrası göz önünde bulundurularak hizmet başına ödeme yöntemiyle,

ç) **Aynı seansta ayrı kesi** ile SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan bir işlem ile birlikte SUT eki EK-2/C Listesinde yer almayan bir işlem yapılması halinde tanya dayalı işlem puanı tam olarak, SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan işlem puanının %50'si alınarak, ancak SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan işlemin puanının diğer işlemlerden yüksek olması durumunda tüm işlemler 2.2.2.A(5) fıkrası göz önünde bulundurularak hizmet başına ödeme yöntemiyle,

faturalandırılır. Yukarıdaki işlemler farklı uzmanlık dallarında yapılmışsa yüzdelik oranlar 25 puan artırılarak uygulanır.

(4) Anatomik olarak göğüs bölgesinde yapılacak planlı ameliyatlarda, kapalı göğüs drenajı veya göğüs tüpü takılması ayrıca faturalandırılmayacaktır.

(5) Kurumla sözleşmeli/protokollü üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında yapılan SUT eki EK-2/C Listesinde yanında (*) işaretini olan işlemler, listede belirtilen puanlara %10 ilave edilerek faturalandırılır.

(Ek: RG- 18/03/2014- 28945/ 6 md. Yürürlük: 18/03/2014)

(6) **(Mülga: RG- 10/04/2014- 28968/ 2 md. Yürürlük: 10/04/2014)** ~~Tanya dayalı işlem kapsamına dahil olup Kuruma ayrıca faturalandırılmayan tıbbi malzemeler de MEDULA sistemine kaydedilir.~~

(Ek: RG- 18/06/2016- 29746 / 5 md. Yürürlük: 29/06/2016)

(7) SUT Eki EK-2/C-1 Listesinde yer alan işlemlerin SUT Eki EK-2/A-1 Listesinde **(Değişik: RG- 26/11/2016- 29900/ 5 md. Yürürlük: 07/12/2016)** ~~Ü+ U kodu ile yer alan üniversite hastanelerince yapılması halinde işlem puanlarına Listede belirtilen oranlar ilave edilerek faturalandırılır. Bu Listede yer alan işlemlerin SUT Eki EK-2/A-1 Listesinde **(Değişik: RG- 26/11/2016- 29900/ 5 md. Yürürlük: 07/12/2016)** ~~Ü+ U kodu ile yer alan üniversite hastanelerince yapılması halinde beşinci fıkrada yer alan hükmü uygulanmaz.~~~~

2.2.2.B-1 - Tanya dayalı işlemlerin kapsamı

(1) Tanya dayalı ödeme listesi işlem puanlarına yatarak tedaviler kapsamında takip alındıktan sonraki, özel hükümler saklı kalmak kaydıyla;

- a) Yatak bedeli,
- b) Muayeneler ve konsültasyonlar,
- c) Operasyon ve girişimler,
- ç) Anestezi ilaçları,

d) Yatış döneminin ilaçları **(Ek: RG- 21/04/2015- 29333/ 3 md. Yürürlük: 01/05/2015)** (kan ürünleri ayrıca faturalandırılır, kanama durdurma, sizdirmazlık sağlama doku yapıştırmada kullanılan ilaçlar bu kapsamda değerlendirilmez),

(Değişik: RG- 14/07/2016- 29770/ 4 md. Yürürlük: 25/07/2016)

e) Kan bileşenleri (eritrosit süspansiyonu, tam kan, trombosit, plazma, ve benzeri), (Ancak 705371, 705430 ve 705440 kodlu kan bileşenlerinin tanıya dayalı işlemler kapsamında kullanılması halinde bu kan bileşenlerinin puanının %30'u sağlık hizmeti sunucusunda ayrıca faturalandırılır. Tüm kan bileşenlerinin MEDULA sistemine kaydedilmesi zorunludur.)

(Değişik: RG- 25/03/2017- 30018/ 5 md. Yürürlük: 05/04/2017)

e) Kan bileşenleri (Ancak kan bileşenlerinin tanıya dayalı işlemler kapsamında kullanılması halinde kan bileşenleri puanlarının; 705371, 705430 ve 705440 kodlu kan bileşenleri için (Değişik: RG- 04/02/2018- 30322/ 7 md. Yürürlük: 01/10/2017) %30'ü %36'sı, 705372 ve 705373 kodlu kan bileşenleri için (Değişik: RG- 04/02/2018- 30322/ 7 md. Yürürlük: 01/10/2017) %48'ü %24'ü, 705441 kodlu kan bileşenleri için (Değişik: RG- 04/02/2018- 30322/ 7 md. Yürürlük: 01/10/2017) %13'ü %20'si, 705442 ve 705443 kodlu kan bileşenleri için (Değişik: RG- 04/02/2018- 30322/ 7 md. Yürürlük: 01/10/2017) %22'si %28'i sağlık hizmeti sunucusunda ayrıca faturalandırılır. Tüm kan bileşenlerinin MEDULA sistemine kaydedilmesi zorunludur.)

f) Sarf malzemesi,

g) Anestezi bedeli,

ğ) Laboratuvar, patoloji ve radyoloji tetkikleri,

h) Refakatçi bedeli (tibbi zorunluluk halinde),

gibi tanı ve tedavi kapsamında yapılan tüm işlemler dahil olup ayrıca faturalandırılmaz.

(2) SUT eki EK-2/C Listesi "Açıklama" bölümünde belirtilen istisnalar dikkate alınacaktır.

(3) Tanyaya dayalı işlemin uygulandığı tarih birinci gün kabul edilmek kaydıyla aşağıda belirtilen süreler içerisinde aynı sağlık hizmeti sunucusunda bu işlemle ilgili olarak verilen sağlık hizmetleri tanıya dayalı işlem kapsamında değerlendirilir.

a) A Grubu tanıya dayalı işlemlerde; 15 gün

b) B Grubu tanıya dayalı işlemlerde; 10 gün

c) C Grubu tanıya dayalı işlemlerde; 8 gün

ç) D Grubu tanıya dayalı işlemlerde; 5 gün

d) E Grubu tanıya dayalı işlemlerde; 3 gün

(4) Üçüncü fıkarda belirtilen sürelerin aşılması halinde verilen sağlık hizmetlerinin bedelleri, ayrıca faturalandırılır.

(5) Tanyaya dayalı işlem kapsamında olan, ilaç ve/veya tıbbi malzemelerin bedellerinin hasta tarafından ödendiğinin tespiti halinde ilaç ve/veya tıbbi malzemelerin fatura tutarları hastaya ödenir. Kurumca ödenen tutar ilgili sağlık kurumundan mahsup edilir. Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti sunucuları için Bakanlığa yapılan global bütçe ödemesinden mahsup edilir. Mahsup edilen tutar hiçbir surette sağlık hizmet sunucusuna iade edilmez.

2.2.2.B-2 - Hizmetin iptal olması veya yarılmaması

(1) Hastanın tanıya dayalı işlem öncesi hazırlık işlemleri aşamasında ölmesi veya ortaya çıkan başka sağlık sorunları nedeniyle tanıya dayalı işlem kapsamına giren bir müdahalenin yapılamaması halinde verilen hizmetler, ameliyat/girişim kararı verilen hastanın, herhangi bir nedenle tedaviden vazgeçmesi halinde (hastanın hastaneden ayrılmasından 10 gün sonra) veya başlanan işlemin herhangi bir aşamada kalarak tamamlanamaması halinde o zamana kadar verilen sağlık hizmetlerine ilişkin giderler, hizmet başına ödeme yöntemi ile faturalandırılır. Ancak bu durumda SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan işlem bedelleri, %10 indirimli olarak faturalandırılacaktır. Bu durumda işlemleri kullanılmayan malzemeler faturalandırılmayacaktır.

2.2.2.B-3 - Tanyaya dayalı işlem sonrası kontroller ve testler

(1) Hastanın taburcu (taburcu işleminin A, B, C, D, E grubunda belirtilen sürelerden önce gerçekleşmesi halinde belirtilen sürelerin bitimi taburcu tarihi olarak kabul edilir) olduktan sonraki, aynı sağlık kurumundaki aynı uzmanlık dalında; 10 gün içerisinde yapılan muayeneleri ve bu muayene sonucunda gerekli görülen rutin biyokimyasal, bakteriyolojik, hematolojik, kardiyolojik (EKG, EKO, efor) ve radyolojik tetkikleri tanıya dayalı ödeme işlem puanına dahil olup ayrıca faturalandırılmaz.

2.2.2.C - Komplikasyonlar ve eşlik eden hastalıklar

(1) Tanı veya tedaviye yönelik işlem sonrasında hastada komplikasyon ortaya çıkması durumunda, komplikasyona ait sağlık hizmetlerinin bedelleri aynı sağlık hizmeti sunucusunda %10 indirimli olarak hizmet başına ödeme yöntemiyle faturalandırılır. Ancak hastanın önceden bilinen risk faktörleri (diabetes mellitus, hipertansiyon, morbid obezite, alkolizm vb) veya eşlik eden hastalıklarının (hemofili, lösemi, immun yetmezlikler, organ yetmezlikleri, maligniteler, immun ve otoimmun, romatolojik hastalıklar vb) bulunması halinde, bunlarla ilgili olarak gelişen komplikasyonlarda bu indirim uygulanmaz.

(2) Tanı veya tedaviye yönelik işlemler kapsamında tedavisi yapılan hastanın eşlik eden hastalıkları (hemofili, lösemi, immun yetmezlikler, organ yetmezlikleri, maligniteler, immun ve otoimmun, romatolojik hastalıklar vb) nedeniyle sunulan sağlık hizmetlerinin bedelleri, hizmet başına ödeme yöntemi ile faturalandırılır.

2.3 - Acil sağlık hizmetleri

(1) Acil sağlık hizmeti yükümlü sağlık hizmeti sunucuları acil servis hizmetlerini Sağlık Bakanlığı düzenlemeleri ile konuya ilişkin Başbakanlık tarafından yayımlanan Başbakanlık genelgeleri ve Kurum mevzuatı doğrultusunda yürüteceklerdir. Acil servise müracaat eden ve muayeneleri sonucunda acil olmadığı tespit edilen kişilerin tedavi giderleri, SUT eki EK-2/B Listesinde 520.021 kodlu "Yeşil alan muayenesi" adı altında yer alan işlem bedeli üzerinden Kurumca karşılanır. Muayene sonucunda acil olduğu tespit edilenler için ise SUT'un 2.2.1.B-2 maddesinin birinci ve ikinci fıkralarındaki ilgili hükümler uygulanır. Ancak sağlık hizmeti sunucularınca acil servislerde verilen ve Kuruma acil sağlık hizmeti olarak faturalandırılan hizmetlerin Kurumun inceleme birimlerince yeşil alan muayenesi olarak değerlendirilmesi halinde verilen sağlık hizmetlerinin bedelleri karşılanmaz.

(2) Sözleşmeli/protokollü ve sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucuları acil haller nedeniyle sunulan sağlık hizmetleri için kişilerden veya Kurumdan herhangi bir ilave ücret talep edemez.

(3) Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilerin sözleşmesiz sağlık kurum veya kuruluşuna SUT'un 1.7 maddesinde tanımlanan acil haller nedeniyle müracaati sonucu oluşan sağlık giderleri; acil tıbbi müdahale yapılmasını zorunlu

kılan durumun müdahaleyi yapan hekim tarafından imzalanmış bir belge ile belgelendirilmesi ve Kurumca kabul edilmesi şartıyla karşılanır.

(4) Bu madde kapsamında sözleşmesiz sağlık kurum veya kuruluşlarındaki yatarak tedavileri Kurumca karşılanan kişiler için, hekim veya diş hekimi tarafından düzenlenen refakatçi kalınması gereğinin tıbben lüzum görüldüğünü belirtir belgeye dayanılarak, refakatçının yatak ve yemek giderleri bir kişi ile sınırlı olmak üzere Kurumca karşılaşır. 18 yaşını doldurmamış çocuklar için refakatçi kalınmasının tıbben lüzum görülmesi şartı aranmaz.

(5) Sözleşmesiz sağlık kurum ve kuruluşlarında, acil tedavilere ilişkin bilgilerin tıbbi açıdan kaydedilmesi ve Kurumca gerek görüldüğünde ibraz edilmesi zorunludur.

(6) Sözleşmesiz sağlık kurum veya kuruluşları tarafından, Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilere acil hallerde sundukları sağlık hizmetleri "hizmet başına ödeme yöntemi" esas alınarak kişiler adına manuel olarak fatura edilir. Ancak kişilerce sağlık hizmet bedelinin Kurum tarafından ilgili sağlık hizmeti sunucusuna ödenmesinin talep edilmesi halinde kişilerin yazılı muvafakatı alınarak fatura ile birlikte Kuruma gönderilir. Kurumca yapılacak inceleme sonrasında belirlenen tutarlar, fatura karşılığı kişilere veya sağlık hizmeti sunucusuna ödenir.

2.4 -Bazi tetkik ve tedavi yöntemlerinin usul ve esasları

2.4.1 - Diş tedavileri

(1) Diş tedavileri sırasında; altın, platin, paladyum+platin, irrudium+platin, iropal gibi kıymetli madenler ile argenco 23, bego gold EWL ve poliaug-M gibi bileşiminde kıymetli maden bulunan maddelerin bedelleri ödenmez.

(2) Kemik içi implantların bedelleri ödenmez. Ancak;

a) Maksillofasiyal travma, kist ve tümörlere bağlı olarak gelişen, maksiler ve mandibuler kemikte aşırı doku kaybinin olduğu vakalarda,

b) Alt ve üst çenede tek taraflı serbest sonlu dişsizlik vakalarında,

c) Konjenital diş eksikliği vakalarında,

ç) Dudak damak yarığı vb. doğumsal anomalilere bağlı, diş ve ilgili kemik doku defektlerinin olduğu vakalarda,

hastaların bilinen rutin protetik diş tedavi yöntemleri ile tedavi edilemeyeceğinin implant uygulamasının zorunlu olduğunu, üniversite diş hekimliği fakültelerinden cerrahi, protez ve periodontoloji anabilim dallarından en az birer öğretim üyesinin katılımlarıyla oluşacak sağlık kurulu ile karara bağlanması, kararı destekleyen radyografik tetkiklerin sağlık kurulu raporu ekinde yer alması ve kaç adet implant uygulanacağının belirtilmesi şartıyla; her bir çene için en fazla 4 adet SUT eki EK-2/Ç Listesinde yer alan "kemik içi implant uygulaması" işlem bedeli ile her implant için 90 (doksan) TL (**Ek: RG-25/07/2014- 29071/ 5 md. Yürürlük: 25/07/2014**), 3713 sayılı Kanuna göre aylık bağlanmış maluller, 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanununun 56 nci 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 yardım ve desteği olmaksızın yaşamak için gereken hareketleri yapamayacak derecede malul olan vazife ve harp malullerinde ise her implant için en fazla 700 (yedi yüz) TL üzerinden faturalandırılabilir.

(3) Hareketli ve sabit protezlerin yenilenme süresi 4 yıldır. Bu süreden önce yenilenen protez bedelleri Kurumca ödenmez. Ancak, trafik kazası (**Ek: RG- 04/02/2018- 30322/ 8 md. Yürürlük: 15/02/2018**) veya iş kazası sonucu oluşan ağız ve çene travmalarında bu süre dikkate alınmaz. (**Ek: RG- 21/04/2015- 29333/ 4 md. Yürürlük: 01/05 /2015**) Ayrıca malign ve benign neoplazik değişiklikler nedeniyle genesinin bir bölümünü veya tamamını kaybetmiş hastalarda veya kanser nedeniyle aşırı kilo kaybinin olduğu vakalarda üç diş hekiminin oluşturduğu sağlık kurulu raporuna istinaden 4 yıllık süre aranmaz.

(4) (**Değişik: RG- 01/08/2013- 28725/ 5 md. Yürürlük: 01/08/2013**) 18 yaşını doldurmuş kişilerin ortodontik diş tedavilerine ilişkin giderler Kurumca ödenmez. Ancak 18 yaşını doldurmuş kişinin ortodontik diş tedavisi 5510 sayılı Kanunun genel sağlık sigortasına ilişkin hükümlerinin yürürlük tarihi öncesinde başlamış ve devam ediyor ise söz konusu tedavi bedelleri karşılanır. Sınıf I, II, III ve ortognatik cerrahide uygulanan ortodontik tedaviler; SUT eki EK-2/Ç Listesindeki "7.1 Tanya dayalı ortodontik tedavi işlemleri" bölümünde yer alan işlem kodları üzerinden Kurumca karşılaşır. Kurumca ortodontik tedavi bedellerinin ödemesi; "Başlangıç aşaması (hastanın ortodontik tam ve tedavi planaması yapıldıktan sonra ortodontik tedaviye alınarak tedavi mekaniklerinin uygulanması)", "Tedavi aşaması (uygulanan mekanikler sonrasında planlanan sonuçların alınmaya başlandığı veya belirli bir aşamaya gelmesi)" ve "Pekiştirme aşaması (tedavinin tamamlanması)" olmak üzere üç aşamada yapılır. Adı geçen aşamaların tamamlandığının gösterilmesi ve belgelenmesi halinde herbir aşama için işlem bedelinin 1/3'ü ödenir. "Başlangıç aşaması" ile "Tedavi aşaması" arasında en az 6 ay, "Tedavi aşaması" ile "Pekiştirme aşaması" arasında en az 4 ay süre bulunması gereklidir. 18 yaşını doldurmuş kişilerin ortodontik diş tedavilerine ilişkin giderler Kurumca ödenmez. Ancak 18 yaşını doldurmuş kişinin ortodontik diş tedavisi 5510 sayılı Kanunun genel sağlık sigortasına ilişkin hükümlerinin yürürlük tarihi öncesinde başlamış ve devam ediyor ise söz konusu tedavi bedelleri karşılanır. Sınıf I, II, III ve ortognatik cerrahide uygulanan ortodontik tedaviler; SUT eki EK-2/Ç Listesindeki "7.1 Tanya dayalı ortodontik tedavi işlemleri" bölümünde yer alan işlem kodları üzerinden Kurumca karşılaşır. (**Ek: RG- 24/12/2014- 29215/ 4 md. Yürürlük: 01/01/2015**) Bu işlem kodlarına fonksiyonel, kamuflaj tedavileri ile open-bite, deep-bite, ağız dışı aparey uygulaması, expansiyon tedavileri gibi her türlü ortodontik tedavi ve görüntüleme yöntemleri dahildir. Kurumca ortodontik tedavi bedellerinin ödemesi; "Başlangıç aşaması (hastanın ortodontik tedavi planamasının yapılarak, tedaviye ve tedavi mekaniklerinin uygulanmaya başlanması)" "Tedavi aşaması (uygulanan mekanikler sonrasında planlanan sonuçların alınmaya başlandığı veya belirli bir aşamaya gelmesi)" ve "Pekiştirme aşaması (tedavinin tamamlanması)" olmak üzere üç aşamada yapılır. Adı geçen aşamaların tamamlandığının gösterilmesi ve belgelenmesi halinde her bir aşama için işlem bedelinin 1/3'ü ödenir. "Başlangıç aşaması" ile "Tedavi aşaması" arasında en az 6 ay, "Tedavi aşaması" ile "Pekiştirme aşaması" arasında en az 4 ay süre bulunması gereklidir.

2.4.1.A - Kurum ile sözleşmeli/protokollü resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılacak diş tedavileri

(1) Kurum ile sözleşmeli/protokollü resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılan diş tedavi bedellerinin ödenmesinde SUT eki EK-2/Ç Listesi uygulanacaktır. Protez tedavilerinde ayrıca döküm ve işçilik ücreti ödenmez. Protez ücretlerine her türlü malzeme, döküm ve işçilik ücretleri dahil olduğundan sağlık kurum veya kuruluşlarında temin edilmesi zorunlu olup hastalar tarafından temin edilmesi halinde fatura tutarı hastaya ödenerel sağlık kurum veya kuruluşunun alacağından mahsup edilir. Bu listede yer alan (**Mülga: RG- 09/09/2017- 30175/ 3-a md. Yürürlük: 05/07/2017**) işlemler, (**Ek: RG- 18/01/2016- 29597/ 3 md. Yürürlük: 01/01/2016**) 401.051, 401.060, 401.070, 401.080, 401.090, 401.100, 401.110, 401.120, 401.130,

401.135, 401.150 işlem kodları (Mülga: RG- 09/09/2017- 30175/ 3-a md. Yürürlük: 05/07/2017) ve vakıf üniversiteleri hariç olmak üzere üniversitelerin dış hekimliği fakülteleri tarafından SUT eki EK-2/Ç Listesindeki puanlara (Değişik: RG- 18/01/2016- 29597/ 3 md. Yürürlük: 01/01/2016) %10 (Değişik: RG-05/07/2018-30469/ 2 md. Yürürlük: 05/07/2018) %30 %50 oranında ilave edilerek faturalandırılır. (Mülga: RG- 18/01/2016- 29597/ 3 md. Yürürlük: 01/01/2016) Bu oran, SUT eki EK 2/Ç Listesindeki “7.1 Tanıya dayalı ortodontik tedavi işlemleri” başlıklı bölümde yer alan ortodontik tedavi işlemlerinde %20 olarak uygulanır.

2.4.1.B Kurum ile sözleşmeli/protokollü olmayan sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılacak diş tedavileri

(Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 6 md. Yürürlük: 25/07/2014)

(1) 5510 sayılı Kanunun 60/e 1, 60/e 3 veya 60/e 9 bentlerinde sayılan kişiler hariç olmak üzere Kurumumuz kapsamındaki diğer kişilerin özel sağlık hizmeti sunucular ile Kurumla sözleşmesi/protokollü olmayan resmi sağlık hizmeti sunucular diş ünitelerindeki ağız ve diş sağlığı hizmetlerine ilişkin tedavi giderlerinin Kurumca karşılanması için usulüne uygun sevk ve rapor düzenlenmesi gerekmektedir.

2.4.1.B-1 Diş tedavileri sevk işlemleri:

(1) %40 ve üzerinde özürlü kişiler hariç olmak üzere kapsamlıkişilerin özel sağlık hizmeti sunucular ile Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sağlık hizmeti sunucularındaki diş ünitelerinde yapılan diş tedavilerinin ödenebilmesi için; Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri (ADSM), ağız ve diş sağlığı hastaneleri, ağız ve diş sağlığı eğitim ve araştırma hastaneleri tarafından tedavinin sağlanamaması nedeniyle sevk edilmiş olmaları zorunludur.

(2) %40 ve üzerinde özürlü kişilerin özel sağlık hizmeti sunucular ile Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sağlık hizmeti sunucularındaki diş ünitelerinde yapılan diş tedavilerinin ödenebilmesi için özürlük durumunu belgelendirmek kaydıyla müracaat ettikleri Kurumla sözleşmeli ağız ve diş sağlığı hizmeti verilen sağlık hizmeti sunucularında tedavilerinin sağlanamaması nedeniyle sevk edilmiş olmaları zorunludur.

(3) Başa zihinsel özürlü olmak üzere iletişim kurulamayan veya algılama güçlüğü yaşayan özürlü kişilerin diş tedavileri, sınırlı uyuşturma altında gerçekleştirilemeyorsa ve genel anestezi altında müdahale gereklimi durumunda genel anestezi bedelinin ödenebilmesi için; tedavinin anesteziyoloji ve reanimasyon uzman hekiminin sorumluluğunda genel anestezi altında cerrahi müdahale uygulanabilecek, asgari tubbi malzeme ve ilaçların bulunduğu genel anestezi ile müdahale birimi olan sağlık hizmeti sunucularında yapıldığının belgelendirilmesi gerekmektedir.

(4) 14.01.2012 tarihli ve 28173 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kuru Raporları Hakkında Yönetmelik” hükümlerine uygun olarak düzenlenmiş raporun bir örneği düzenlenerek faturaya eklenir.

(5) Özel sağlık hizmeti sunucular ile Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sağlık hizmeti sunucularındaki diş ünitelerine yapılacak sevkler, SUT eki EK 2/Ç 2 Listesinde yer alan “Diş Tedavileri Sevk Formu” düzenlenmek suretiyle yapılacak olup sevk tarihinden itibaren 10 iş günü içerisinde tedaviye başlanması gerekmektedir. Ortodontik tedavi gereksinimi olan hastalar için sevk koşulu aranmaz. Bu hastalar, Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri (ADSM), ağız ve diş sağlığı hastaneleri, ağız ve diş sağlığı eğitim ve araştırma hastaneleri veya üniversitelerin diş hekimliği fakültelerine en az bir ortodonti uzmanın/ortodonti konusunda doktoraya sahip diş hekiminin yer aldığı üç diş hekimi tarafından sağlık kurulu raporu düzenlenmesi halinde özel sağlık hizmeti sunucular ile Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sağlık hizmeti sunucularındaki diş ünitelerine başvurabilirler. Tedavinin başlanacağı il sınırları içerisinde, ortodonti uzmanın/ortodonti konusunda doktoraya sahip diş hekiminin bulunmaması halinde sağlık kurulu üç diş hekiminden oluşur. Sağlık kurulu raporunda yapılan tedavinin estetik amaçlı olmadığı ve maloklüzyon tipi açıkça belirtilir. Sağlık kurulu raporunun düzenleniği tarihten itibaren 6 ay içinde tedaviye başlanılması gerekmektedir.

(6) Özel sağlık hizmeti sunucular ile Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sağlık hizmeti sunucularına yapılan diş tedavileri sonrasında, SUT eki EK 2/Ç 2 Listesinde yer alan “Diş Tedavileri Sevk Formu” ve/veya ortodontik tedavilerde SUT eki EK 2/Ç 3 Listesinde yer alan “Taniya Dayalı Ortodontik Tedavi Kontrol Formu”da yer alan tedavinin yapıldığına dair bölümün diş ünitesi bulunan protokollü resmi sağlık hizmeti sunucusunda görevli diş hekimi tarafından onaylanması gerekmektedir.

2.4.1.B-2 Diş tedavileri ödeme işlemleri:

(1) SUT eki EK 2/Ç Listesinde yer alan “Diş Tedavileri Puan Listesi” nde yer olması koşuluyla özel sağlık hizmeti sunucularında uygulanan ortodontik tedaviler dışındaki ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin bedelleri, “Ağız Diş Sağlığı Muayene ve Tedavi Ücretleri Rehber Tarifesi” nde yer alan fiyatlar tavan olmak kaydıyla, fatura tutarı üzerinden ödenir. Ancak ödeme tutarı; tedavinin yapıldığı ilde o işlem için fatura edilen en düşük fatura tutarını geçmez. En düşük tutarın SUT eki EK 2/Ç Listesinde yer alan tutardan az olması halinde bu tutar en düşük tutar hesabında dikkate alınmaz.

(2) SUT eki EK 2/Ç Listesinde yer olması şartıyla Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sağlık hizmeti sunucularındaki ağız ve diş sağlığı hizmetleri üreticileri SUT eki EK 2/Ç Listesi üzerinden ödenir.

(3) Özel sağlık hizmeti sunucular ile Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sağlık hizmeti sunucuları diş ünitelerinde uygulanan ortodontik tedavi bedelleri SUT’un 2.4.1(4) fıkrasına göre ödenir.

(4) Ödemelerde; SUT ve eki EK 2/Ç Listesindeki süre ve adet ile ilgili hükümlere uyulur.

(5) Özel sağlık hizmeti sunucular ile Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sağlık hizmeti sunucuları diş ünitelerinde uygulanan protez tedavileri için malzeme dahil döküm ve işçilik ücreti ödenmez.

(6) Ortodontik tedavi uygulanan kişilere ait faturaların ödemeleri SUT eki EK 2/Ç 3 Listesinde yer alan formlar üzerinden üç aşamada yapılır. Her bir aşama tamamlandığında tedavi bedelinin 1/3’ü ödenir.

2.4.1.B-3 Diğer hükümler

(1) Hastalar, başvurdukları Kurum ile sözleşmeli ağız ve diş sağlığı hizmeti verilen sağlık hizmeti sunucularına düzenlenen sevk ile ilişkin belgede ve/veya ortodontik tedaviler için düzenlenen sağlık kurulu raporunda imzası bulunan hekimin kendisinin, birinci derece yakınının veya bunların ortaklarının özel muayenecanelerine/özel sağlık hizmeti sunucularına sevk edilemezler. Bu şekilde, sevk belgesinde veya sağlık kurulu raporunda onayı bulunan ve tedaviyi sağlayan hekimin aynı olduğu veya eşi veya ortakları tarafından yapıldığı belirlenen tedavilere ait giderler ödenmez.

(2) SUT eki EK 2/Ç Listesinde (*) işaretli olan tedaviler ile aynı listenin “7.1 Tantıya dayalı ortodontik tedavi işlemleri” başlıklı bölümünde yer alan tedavilere ait giderlerin karşılanması için, tedavinin konularında uzman veya doktoralı diş hekimleri tarafından yapıldığının belgelendirilmesi gerekmektedir.

2.4.1.B - Kurum ile sözleşmeli/protokollü olmayan sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılacak diş tedavileri

(1) 5510 sayılı Kanunun (Değişik: RG- 09/09/2017- 30175/ 3-b md. Yürürlük: 29/04/2017) 60/e 1, 60/e 3 veya 60/e 9 60/c-1 veya 60/c-3 bentlerinde sayılan kişiler (Ek: RG- 25/03/2017- 30018/ 6 md. Yürürlük: 01/03/2017) ile 5510 sayılı Kanunun 60 inci maddesinin onikinci, onüçüncü ve ondördüncü fıkraları kapsamında genel sağlık sigortası sayılan kişiler hariç olmak üzere Kurumumuz kapsamındaki diğer kişilerin özel sağlık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sağlık hizmeti sunucuları diş ünitelerindeki ağız ve diş sağlığı hizmetleri aşağıdaki şekilde yapılacaktır.

2.4.1.B-1 Diş tedavileri uygulama esasları

(1) %40 ve üzerinde (Değişik: RG- 25/08/2016- 29812/ 7 md. Yürürlük: 05/09/2016) özürlü engelli kişiler hariç olmak üzere kapsamındaki kişilerin özel sağlık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sağlık hizmeti sunucularındaki diş ünitelerinde yapılan ağız ve diş sağlığını ilişkin tedavileri (ortodonti hariç) Kurumca ödenmez.

(Değişik: RG- 21/03/2018- 30367/ 3 md. Yürürlük: 10/01/2018)

(2) (Değişik: RG- 25/08/2016- 29812/ 7 md. Yürürlük: 05/09/2016) %40 ve üzerinde özürlü engelli kişilerin özel sağlık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sağlık hizmeti sunucularındaki diş ünitelerinde yapılan diş tedavilerinin ödenebilmesi için, özürlülük engellilik durumu belgelendirilmelidir. Bu hastalar; Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri (ADSM), ağız ve diş sağlığı hastaneleri, ağız ve diş sağlığı eğitim ve araştırma hastaneleri veya üniversitelerin diş hekimliği fakültelerince üç diş hekimi tarafından sağlık kurulu raporu düzenlenmesi halinde, özel sağlık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sağlık hizmeti sunucularındaki diş ünitelerine başvurabilirler. Sağlık kurulu raporunda, yapılacak ağız ve diş sağlığını ilişkin tedaviler açıkça belirtilmelidir. (Ek: RG- 01/10/2014- 29136/ 2-a md. Yürürlük: 01/10/2014) Ağız ve Diş muayeneleri yapılmayan hastalarda bu durum sağlık kurulu raporunda belirtilmelidir. Sağlık kurulu raporunun düzenlendiği tarihten itibaren (Değişik: RG- 01/10/2014- 29136/ 2-a md. Yürürlük: 01/10/2014) 10 gün 10 iş günü (raporun alındığı gün dahil) içinde tedaviye başlanması gerekmektedir.

(2) %40 ve üzerinde engelli kişilerin özel sağlık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sağlık hizmeti sunucularındaki diş ünitelerinde yapılan diş tedavilerinin ödenebilmesi için, engellilik durumu belgelendirilmelidir. Bu hastalar; Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri (ADSM), ağız ve diş sağlığı hastaneleri, ağız ve diş sağlığı eğitim ve araştırma hastaneleri veya üniversitelerin diş hekimliği fakültelerince muayene yapan hekim tarafından sağlık raporu düzenlenmesi halinde, özel sağlık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sağlık hizmeti sunucularındaki diş ünitelerine başvurabilirler. Sağlık raporunda, yapılacak ağız ve diş sağlığını ilişkin tedaviler açıkça belirtilmelidir. Engellilik durumu nedeni ile ağız ve diş muayeneleri yapılmayan hastalarda bu durum sağlık raporunda belirtilmelidir. Sağlık raporunun düzenlendiği tarihten itibaren 10 iş günü (raporun alındığı gün dahil) içinde tedaviye başlanması gerekmektedir.

(3) (Değişik: RG- 01/10/2014- 29136/ 2-b md. Yürürlük: 01/10/2014) Başta zihinsel özürlü olmak üzere iletişim kurulamayan veya algılama güçlüğü yaşayan özürlü kişilerin diş tedavileri, sınırlı uyuşturma altında gerçekleştirilememiyorsa ve genel anestezi altında müdahale gereklimi durumunda genel anestezi bedelinin ödenebilmesi için; tedavinin anesteziyoloji ve reanimasyon uzman hekiminin sorumluluğunda genel anestezi altında cerrahi müdahale uygulanabilen, asgari tıbbi malzeme ve ilaçların bulunduğu genel anestezi ile müdahale birimi olan sağlık hizmeti sunucularında yapıldığının belgelendirilmesi gerekmektedir. (Değişik: RG- 25/08/2016- 29812/ 7 md. Yürürlük: 05/09/2016) Başta zihinsel özürlü engelli olmak üzere iletişim kurulamayan veya algılama güçlüğü yaşayan özürlü engelli kişilerin diş tedavileri, sınırlı uyuşturma altında gerçekleştirilememiyorsa ve genel anestezi veya sedo-analjezi altında müdahale gereklimi durumunda genel anestezi veya sedo-analjezi bedelinin ödenebilmesi için; tedavinin anesteziyoloji ve reanimasyon uzman hekiminin sorumluluğunda genel anestezi altında cerrahi müdahale uygulanabilen, asgari tıbbi malzeme ve ilaçların bulunduğu genel anestezi ile müdahale birimi olan (Değişik: RG- 05/08/2015- 29436/ 3 md. Yürürlük: 05/08/2015) sağlık hizmeti sunucularında ADSM, tip merkezleri ve hastanelerin ameliyathane ve genel anestezi ünitelerinde yapıldığının belgelendirilmesi gerekmektedir.

(4) 14.01.2012 tarihli ve 28173 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan “Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik” hükümlerine uygun olarak düzenlenmiş raporun bir örneği faturaya eklenir.

(5) (Değişik: RG- 01/10/2014- 29136/ 2-c md. Yürürlük: 01/10/2014) Ortodontik tedavi gereksinimi olan hastalar; Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri (ADSM), ağız ve diş sağlığı hastaneleri, ağız ve diş sağlığı eğitim ve araştırma hastaneleri veya üniversitelerin diş hekimliği fakültelerince en az bir ortodonti uzmanının/ortodonti konusunda doktoraya sahip diş hekiminin yer aldığı üç diş hekimi tarafından sağlık kurulu raporu düzenlenmesi halinde, özel sağlık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sağlık hizmeti sunucularındaki diş ünitelerine başvurabilirler. Tedavinin başlanacağı il simülları içerisinde, ortodonti uzmanının/ortodonti konusunda doktoraya sahip diş hekiminin bulunmaması halinde sağlık kurulu üç diş hekiminden oluşur. Sağlık kurulu raporunda yapılan tedavinin estetik amaçlı olmadığı ve maloklüzyon tipi açıkça belirtilir. Sağlık kurulu raporunun düzenlendiği tarihten itibaren 6 ay içinde tedaviye başlanması gerekmektedir. Ortodontik tedavi gereksinimi olan hastalar; Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri (ADSM), ağız ve diş sağlığı hastaneleri, ağız ve diş sağlığı eğitim ve araştırma hastaneleri veya üniversitelerin diş hekimliği fakültelerince üç diş hekimi tarafından sağlık kurulu raporu düzenlenmesi halinde, özel sağlık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sağlık hizmeti sunucularındaki diş ünitelerine başvurabilirler. Sağlık kurulu raporunda yapılan tedavinin estetik amaçlı olmadığı ve maloklüzyon tipi açıkça belirtilir. Sağlık kurulu raporunun düzenlendiği tarihten itibaren 6 ay içinde tedaviye başlanması gerekmektedir.

(6) Özel sağlık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sağlık hizmeti sunucularınca yapılan diş tedavileri sonrasında, SUT eki EK-2/Ç-2 Listesinde yer alan “Diş Tedavileri Kontrol Formu” ve/veya ortodontik tedavilerde

SUT eki EK-2/Ç-3 Listesinde yer alan “Taniya Dayalı Ortodontik Tedavi Kontrol Formu”nda yer alan tedavinin yapıldığına dair bölümün dış ünitesi bulunan protokollü resmi sağlık hizmeti sunucusunda görevli diş hekimi tarafından onaylanması gerekmektedir.

2.4.1.B-2- Diş tedavileri ödeme işlemleri

(1) Özel sağlık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sağlık hizmeti sunucularından, %40 ve üzeri (Değişik: RG- 25/08/2016- 29812/ 8 md. Yürürlük: 05/09/2016) ~~özürlü~~ engelli hastalara verilen ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin ücretleri SUT eki EK-2/Ç Listesinde yer alması şartıyla, SUT eki EK-2/Ç Listesi üzerinden ödenir.

(2) Özel sağlık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sağlık hizmeti sunucuları diş ünitelerinde uygulanan ortodontik tedavi bedelleri SUT’un 2.4.1(4) fikrasına göre ödenir.

(3) Ödemelerde; SUT ve eki EK-2/Ç Listesindeki süre ve adet ile ilgili hükümlere uyulur.

(4) Özel sağlık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sağlık hizmeti sunucuları diş ünitelerinde %40 ve üzeri (Değişik: RG- 25/08/2016- 29812/ 8 md. Yürürlük: 05/09/2016) ~~özürlü~~ engelli hastalara verilen ağız ve diş sağlığı hizmetleri kapsamında uygulanan protez tedavileri için malzeme dahil döküm ve işçilik ücreti ödenmez.

(5) Ortodontik tedavi uygulanan kişilere ait faturaların ödemeleri SUT eki EK-2/Ç-3 Listesinde yer alan formlar üzerinden üç aşamada yapılır. Her bir aşama tamamlandığında tedavi bedelinin 1/3’ü ödenir.

2.4.1.B-3- Diğer hükümler

(1) Hastalar, başyurdukları Kurum ile sözleşmeli ağız ve diş sağlığı hizmeti verilen sağlık hizmeti sunucularınca ağız ve diş sağlığı tedavileri için düzenlenen sağlık kurulu raporunda ve/veya ortodontik tedaviler için düzenlenen sağlık kurulu raporunda imzası bulunan hekimin kendisinin, birinci derece yakınının veya bunların ortaklarının özel muayenehanelerince/özel sağlık hizmeti sunucularınca tedavi edilemezler. Bu şekilde, sağlık kurulu raporlarında onayı bulunan ve tedaviyi sağlayan hekimin aynı olduğu veya eşi veya ortakları tarafından yapıldığı belirlenen tedavilere ait giderler ödenmez.

(2) SUT eki EK-2/Ç Listesinde (*) işaretli olan tedaviler ile aynı listenin “7.1 Taniya dayalı ortodontik tedavi işlemleri” başlıklı bölümünde yer alan tedavilere ait giderlerin karşılanması için, tedavinin konularında uzman veya doktoralı diş hekimleri tarafından yapıldığının belgelendirilmesi gerekmektedir.

2.4.2 - Organ, doku ve kök hücre nakli tedavileri

2.4.2.A - Organ ve doku nakli

(1) Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilere organ veya doku nakline gerek görülmeli halinde, 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılanması ve Nakli Hakkında Kanun hükümleri dikkate alınmak şartıyla, organ veya doku nakli tedavilerine ilişkin giderler ile verici durumundaki kişinin bu tedaviye ilişkin giderleri Kurum tarafından karşılanır.

(2) **Mülga: RG- 18/02/2017- 29983/ 5 md. Yürürlük: 01/03/2017** Kurumca sağlık yardımını karşılamayan alıcı durumundaki kişilere, kapsam bölümünde yer alan kişilerin organ veya doku vericisi olması halinde bu işlemlere ait bedeller karşılanmaz.

(3) Organ nakli tedavileri, bünyesinde “organ nakli merkezi” bulunan sağlık kurumlarında gerçekleştirilecektir.

(4) Yurt içinde organın bulunması halinde hastanın organın bulunduğu yere veya organın organ nakli yapılacak merkezin bulunduğu yere getirilmesine ilişkin gidiş-dönüş için nakliye/transfer masrafları SUT’un 2.6 maddesi doğrultusunda Kurumca karşılaşılır.

(5) Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Merkezince bildirilen her bir kadavra donör için donörü temin eden sağlık kurumuna SUT eki EK-2/C Listesinde “P911146” kodu ile yer alan “Kadavra donör temini” bedeli karşılanır. Söz konusu bedele kadavra organ alım işlemleri dâhildir.

(6) Herhangi bir diyaliz yöntemiyle tedavisinin mümkün olmadığı (damar yolu girişi olmayan, periton diyalizi uygulanamayan vb.) Kurumla sözleşmeli/protokollü üçüncü basamak sağlık kurumları sağlık kurulu raporu ile belgelenen hastalar hariç olmak üzere, ABO kan grubu uyuşmaz böbrek nakline ilişkin giderler Kurumca karşılaşmaz. ABO uyuşmaz böbrek nakli yapılacak hastalara uygulanacak aferez işlemi ve bu işlemde kullanılacak tıbbi malzeme bedelleri ayrıca faturalandırılmaz.

2.4.2.B - Kök hücre nakli tedavileri

2.4.2.B-1 - Kemik iliği nakli

(1) Kemik iliği nakli tedavilerinde; hastaların anne, baba, kardeş ve çocuklarından, HLA doku grubu uyumlu verici bulmak amacı ile yapılan doku uyumluluk testlerinin giderleri (moleküller veya serolojik testler) ile bu adaylar arasından uygun vericisi bulunamayan hastaların 30 adayı geçmemek üzere HLA doku grubu belirleme testlerinin giderleri, Kurum tarafından karşılanır. Bu testlerin sonuçları Sağlık Bakanlığıncı belirlenen formatta kemik iliği doku bilgi bankalarına ilettilir.

(2) Birinci fikrada tanımlanmış olan tarama sonucu uygun verici bulunamadığı takdirde; Kurumun resmi internet sitesinde yayımlanan “Kemik İliği Doku Bilgi Bankaları Listesi” nde yer alan yurt içindeki kemik iliği doku bilgi bankalarınca, öncelikle yurt içi verici kaynakları taranacak olup tarama sonucu uygunluk gösteren kemik iliği verici adayı bulunamaması durumunda, yurt dışı verici kaynaklarının taramasına da başlanabilecektir.

(3) Kemik iliği doku bilgi bankalarınca birinci aşama işlemlerin SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan “705.090” ve “705.110” işlem kodları üzerinden, adres, serolojik yöntem doku tipi doğrulama ve onay alma işlemlerinin “705.100” ve “705.120” işlem kodları üzerinden faturalandırılması gerekmektedir.

(4) Yurt içi ön taramalarda belirlenen verici adaylarının, Sağlık Bakanlığıncı ruhsatlandırılmış ve çalışma izni verilmiş doku tipleme laboratuvarlarında yapılan yüksek çözünürlük DNA testi ile HLA doku grubu doğrulama testleri giderleri, toplam 25 adayı geçmemek üzere Kurum tarafından karşılaşır.

(5) Akraba dışı kemik iliği vericisinin ülkemizde bulunması halinde (Ek: RG- 25/07/2014- 29071/ 7 md. Yürürlük: 25/07/2014) “Yurt içi kemik iliği temini /kordon kanı temini” bedeli, SUT eki EK-2/C Listesi üzerinden kemik iliği doku bilgi bankasına fatura karşılığı fatura bedelini aşmamak üzere karşılaşır.

(6) Tedavisi için kemik iliği nakli gereken ve yurt içinde uygun vericisi bulunmadığı ülkemizdeki kemik iliği doku bilgi bankalarında rapor edilen hastalar için, yurt dışındaki kemik iliği bankaları aracılığı ile en az 7/8 doku tipi uyumu gösteren (HLA A, B, C, DR) kan örnekleri (bir defada en fazla 10, toplamda 25 kişiyi geçmemek üzere) beklenmeden ilgili yurt içi doku bankası tarafından gereklisi veya aciliyeti belgelendirilmek kaydıyla yurt dışı laboratuvarlarında veya yurda getirilerek Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış ve çalışma izni verilmiş doku tipleme laboratuvarlarında yüksek çözünürlükte DNA yöntemi ile HLA doku grubu analizine (doğrulama testine) tabi tutulur. Bu testlerin bedelleri Kurum tarafından karşılanır.

(7) Uluslararası kemik iliği bankalarından yapılan taramalarda uyumlu verici adayı bulunamayan veya acil nakil gereken hastalar için hastaya nakil yapacak merkez ve hastanın hekimi onaylıyorsa, en az 4/6 doku uyumu gösteren kordon kanı araştırılır ve uygun bulunursa getirtilir.

(8) Nakil için kullanılacak türünün ülkemize getirilmesi işlemleri, yurt içi doku bankasının kendisi tarafından; mevcut seçenekler (yurt içi - yurt dışı doku bankası kuryesi, uluslararası kurye firmaları) ve ekonomik koşullar dikkate alınarak yürütülür. Bu konu ile ilgili gerekli belgeleri istenildiğinde sunmak üzere temin eder.

(9) Kemik iliğinin Türkiye'deki nakil merkezine getirilme masrafları, Amerika Kıtası ve Avustralya Kıtası için 4.500 (dörtbinbesüz) Euro karşılığı TL'sini, diğer ülkeler için 2.000 (ikibin) Euro karşılığı TL'sini, kordon kanının taşıma tankı ile nakil merkezine getirilme ve tankın geri iletilme masrafları 5.000 (beşbin) Euro karşılığı TL'sini geçmemek şartıyla fatura karşılığı Kurumca ödenir. Masraflara; yurt dışı birimi ile yapılacak organizasyon işlemleri (telefon, faks vb.), kemik iliği bankası kuryesince taşınması (vize, uçak bilet vb.) ve konaklama bedeli dahildir. Bankanın kuryesinin olmadığı durumlarda kemik iliği/kordon kanı Türkiye'deki nakil merkezine yabancı ülkenin kuryesi tarafından getirtilir.

(10) Yurt dışından kemik iliği/kordon kanı getirilme sürecinde, yurt dışı kaynaklı verici taraması, vericinin ileri testleri, sağlık kontrol masrafları, kan örneği getirilme ve transferlerin bedeli, kök hücre toplanması, yurt dışı doku bankası tarafından hastaya ve vericiye bağlı nedenlerle kök hücre toplanmasının durdurulmasında ortaya çıkan "işlem iptal bedeli", toplanmış olan kemik iliğinin hastaya bağlı sebeplerle uygulanmasının ertelenmesi durumunda "erteleme ücreti", kordon kanı saklama bedeli (2 yıla kadar) gibi işlemlerin her biri için Dünya Kemik İliği Vericileri Birliğine (WMDA) üye bankalar tarafından her doku bankasında farklı olarak belirlenebilen ücretler ile aktivasyon ücreti, Kurumca (İstanbul Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezi tarafından) yurt dışı veya yurt içi kemik iliği doku bilgi bankasına avans şeklinde ya da yurt dışı ilgili banka hesaplarına havale edilerek ödenir. Şahsa fatura düzenlenmiş ise kişiye ödenir. **(Ek: RG-04/02/2018- 30322/ 9 md. Yürürlük: 15/02/2018)** Şahıs ödemelerinde, faturaya ve ödemeye ait banka dekontunda belirtilen tutar, fatura/dekont tarihindeki Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası döviz satış kuru esas alınarak Türk Lirası üzerinden yapılır. Yurt içi kemik iliği doku bilgi bankası bu konu ile ilgili gerekli belgeleri (fatura, kimlik, sigorta bilgileri, epikriz, konsey kararı, sağlık kurulu raporu, arama formları vb.) istenildiğinde sunmak üzere temin eder.

(11) Kemik iliği nakli (hematopoietik kök hücre nakli) tedavisi, Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış ve çalışma izni almış kemik iliği nakli merkezlerince uygulanır. Kemik iliği nakli tedavisi bedelleri SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan "Kemik İliği Nakli" başlığı altındaki işlem puanları esas alınarak Kurumca karşılanır.

(Ek: RG- 25/07/2014- 29071/ 7 md. Yürürlük: 25/07/2014)

(12) 1/5/2013 tarihinden önceki SUT kuralları gereği Kurumumuzca karşılanamayan yurt dışındaki kemik iliği bankaları aracılığı ile yapılan kemik iliği/kordon kanı tarama ve teminine ilişkin fatura bedelleri yukarıdaki hükümler doğrultusunda Kurumca karşılanır.

2.4.2.B-2 - Mezenkimal kök hücre (MKH)

(1) Sağlık hizmeti sunucularında;

- a) Allojenik kemik iliği nakli planlanan hastalarda yüksek GVHD gelişme riski,
- b) Allojenik kemik iliği nakli yapılan hastalarda steroid dirençli GVHD gelişmesi,

olgularında yapılan mezenkimal kök hücre nakli tedavi bedeli, söz konusu durumların sağlık kurulu raporunda belirtilmesi ve düzenlenen raporun Sağlık Bakanlığı tarafından her hasta için ayrı ayrı onaylanarak mezenkimal kök hücre nakli uygulamasına izin verilmesi halinde Kurumca karşılanır.

(2) Mezenkimal kök hücre nakli tedavisi için gerekli sağlık kurulu raporu, Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış ve çalışma izni almış kemik iliği nakli merkezlerinin bulunduğu sağlık hizmeti sunucularında düzenlenecek ve söz konusu tedavi bu merkezlerde uygulanabilecektir.

(3) "Mezenkimal kök hücre nakli (mezenkimal kök hücre üretimi dahil)" işlemi SUT eki EK-2/B Listesinde "704.981" kodu ile yer almaktır olup söz konusu işlem bedelinin faturalandırılabilmesi için mezenkimal kök hücre üretiminin Sağlık Bakanlığı tarafından Kök Hücre Üretim Merkezi olarak tanımlanan merkezlerde yapılmış olması şarttır.

(4) **(Değişik: RG- 18/03/2014- 28945/ 7 md. Yürürlük: 18/03/2014)** Mezenkimal kök hücre nakli tedavisi kemik iliği nakli bedellerine dâhil olmayıp ayrıca faturalandırılabilir. Ancak mezenkimal kök hücre nakli, allojenik kemik iliği nakli sonrası 60 gün içerisinde uygulandığı takdirde kemik iliği nakli bedeline ilave olarak sadece SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan "704.981" numaralı işlem bedeli faturalandırılabilir. Mezenkimal kök hücre nakli tedavisi kemik iliği nakli bedellerine dâhil olmayıp ayrıca faturalandırılabilir. Ancak mezenkimal kök hücre nakli, allojenik kemik iliği nakli sonrası 90 gün içerisinde uygulandığı takdirde kemik iliği nakli bedeline dahil olup, ayrıca faturalandırılmayacaktır.

2.4.3 - Finansmanı sağlanan kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri

2.4.3-A - Sağlık Bakanlığı "Genişletilmiş Bağışıklama Programı" kapsamına dahil olmayan aşı bedelleri; kronik böbrek yetmezliği, kistik fibrozis, KOAH, kanser, HIV/AIDS enfeksiyonu, splenektomi olanlar ve immünsupresif tedaviye bağlı olarak bağışıklık durumu olumsuz etkilendiği için enfeksiyon hastalıklarının daha ağır seyrettiği yüksek riskli kişilerin bu durumlarını belgeleyen sağlık raporuna istinaden karşılanır.

(Değişik : RG- 26/11/2016- 29900/ 6 md. Yürürlük: 29/11/2016)

2.4.3-B - Grip aşısı bedeli; 65 yaş ve üzerindeki kişiler ile yaşı bakım evi ve huzurevinde kalan kişilerin bu durumlarını belgelendirmeleri halinde sağlık raporu aranmaksızın; astım dâhil kronik pulmoner ve kardiyoasküler sistem hastalığı olan erişkin ve çocukların, diyabet dâhil herhangi bir kronik metabolik hastalığı, kronik renal disfonksiyonu, hemoglobinopatisi veya immün yetmezliği olan veya immünsupresif tedavi alan erişkin ve çocukların 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.~~

2.4.3-B- Grip aşısı bedeli; 65 yaş ve üzerindeki kişiler ile yaşı bakımevi ve huzurevinde kalan kişilerin bu durumlarını belgelendirmeleri halinde sağlık raporu aranmaksızın; gebeligin 2. veya 3. trimesterde olan gebeler, astım dâhil kronik pulmoner ve kardiyovasküler sistem hastalığı olanlar, diyabet dâhil herhangi bir kronik metabolik hastalığı, kronik renal disfonksiyonu, hemoglobinopatisi veya immün yetmezliği olan veya immünsupresif tedavi alanlar 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 (Ek:RG- 10/05/2018-30417/ 1md. Yürürlük:18/05/2018) her Eylül ilâ Şubat dönemleri içerisinde reçete edildiğinde (**Mülga:RG- 10/05/2018-30417/ 1md. Yürürlük:18/05/2018**) ~~yılda~~ bir defaya mahsus olmak üzere karşılanır.

2.4.3-C - Pnömokok aşısı bedeli (polisakkart); iki yaş üstü çocuklarda ve erişkinlerde, aspleni, dalak disfonksiyonu, splenektomi (medikal, cerrahi ve otosplenektomi) yapılan veya planlanan olgular, orak hücre hastalığı, çölyak sendromu, immünsupresif tedavi, radyasyon tedavisi, organ transplantasyonu ve HIV tüm evreleri dahil tedaviye veya hastalıklara bağlı immün yetmezlik ve immün baskılama durumları, kronik renal hastalık ve nefrotik sendrom, kronik kalp hastalıkları, astım dahil kronik akciğer hastalıkları, siroz dahil kronik karaciğer hastalıkları, diyabet dahil herhangi bir kronik metabolik hastalığı, hemoglobinopati, doğuştan ve edinilmiş kraniyal defektler ve dermal sinüsler dahil beyin omurilik sıvısı szintısına sebep olan durumlarda, hastalıklarını belirten sağlık raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde 5 yılda bir karşılanır. 65 yaş ve üzerindeki kişilere rapor aranmaksızın beş yılda bir defa olmak üzere bedelleri ödenir.

2.4.3-D - Hepatit A aşısı bedeli; Kronik karaciğer hastalığı olan veya pihtilaşma faktörü konsantresi alan ve Hepatit A seronegatif olan; 1 yaş üzeri çocuklar ve erişkinlerde, hastalıklarını belirten sağlık raporuna dayanarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde en fazla yılda iki kez karşılanır.

2.4.3-E - Genetik hastalıkların prenatal tanısı için yapılan tetkikler.

2.4.3-F - Sünnet.

2.4.4 - Diğer bazı tetkik ve tedavi yöntemleri

2.4.4.A - ESWL metodu ile yapılacak taş kırdırma tedavileri

(1) Böbrek ve üreter taşlarından kaynaklanan rahatsızlıklarının ESWL yöntemi ile yapılacak taş kırdırma tedavileri için gerekli olan uzman hekim raporu, üroloji veya çocuk cerrahisi uzman hekimlerince düzenlenecektir. Düzenlenen rapor 6 ay süreyle geçerli olup en fazla 3 seans için kabul edilir.

(2) Radyolojik veya sonografik bulgular dikkate alınarak düzenlenecek raporlarda kırılacak taşın sayısı ve "mm" cinsinden boyutları mutlaka gösterilecektir.

(3) ESWL tedavisi, SUT eki EK-2/C Listesi puanlar esas alınarak faturalandırılır. Altı aylık zaman dilimi içerisinde aynı taraf böbrek ve/veya üreterdeki taş için toplam üç seanstan fazlasına ödeme yapılmayacaktır. İkinci ve üçüncü seanslar için radyolojik veya sonografik bulgulara ait belgeler fatura ekinde Kuruma gönderilecektir. Tedavi sonucunu ve ilave tedavi gerekip gerekmediğini bildirir rapor ilgili hekim tarafından düzenlenir. Düzenlenen raporun aslı hasta dosyasında kalmak üzere bir örneği hastaya verilir.

2.4.4.B - Hiperbarik oksijen tedavisi

(1) Hiperbarik oksijen tedavisi bedelleri, bünyesinde hiperbarik oksijen tedavi merkezi bulunan Kurumla sözleşmeli/protokollü resmi sağlık kurumunda veya "Hiperbarik Oksijen Tedavisi Uygulanan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik" kapsamında faaliyet südüren Kurumla sözleşmeli özel merkezlerde yapılması halinde Kurumca karşılanır.

(2) Acil durumlar hariç olmak üzere HBO tedavisi için, ikinci veya üçüncü basamak sağlık kurumları tarafından sağlık kurulu raporu düzenlenecektir. (**Mülga: RG- 18/06/2016- 29746/ 6 md. Yürürlük: 01/06/2016**) Ancak resmi sağlık kurumu bünyesinde sultlı hekimliği ve hiperbarik tıp ile hava ve uzay hekimliği uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu da geçerli olacaktır. Uzman hekim raporunda/sağlık kurulu raporunda; tanı ile uygulanması istenilen seans sayısı yer alacaktır.

(3) Raporda belirtilen seans sayısı, SUT eki "Hiperbarik Oksijen Tedavisi Uygulama Listesi" nde (EK-2/D-3) belirtilen "İlk sevkte seans sayısı" sütununda yer alan seans sayısını geçemez. Ancak, bu seans sayılarını aşan seanslarda tedavinin devamının gereklmesi halinde, SUT eki EK-2/D-3 Listesinde belirtilen "Maksimum toplam seans sayısı" sütunundaki seans sayıları aşılmamak kaydıyla, ikinci bir sağlık kurulu raporu düzenlenecektir. Maksimum toplam seans sayısı; aynı tanı ve aynı lokalizasyonda (baş, gövde, sol alt ekstremite, sol üst ekstremite, sağ alt ekstremite, sağ üst ekstremite) bir yıl için geçerlidir. Sekstrektomi, minör amputasyon, majör amputasyon durumu yeni vaka gibi değerlendirilir. Dördüncü fikrada我说的 acil durumlar ve ani işitme kaybı için maksimum toplam seans sayısı; her bir atak (vaka) için geçerlidir.

(4) Acil durumlarda (dekompresyon hastalığı, hava veya gaz embolisi, karbon monoksit veya siyanit zehirlenmesi, anoksik/hipoksik ensefalopati, akut duman inhalasyonu, gazlı gangren, kompartman sendromu, santral retinal arter tikanlığı ve nekrotizan yumuşak doku enfeksiyonunda) bu durumun sevk eden veya hiperbarik oksijen tedavisini yapan hekim tarafından imzalanmış bir belge ile belgelendirilmesi şartıyla sağlık kurulu raporu aranmaz. Ancak acil durumlar için "İlk sevkte seans sayısı" sütununda yer alan seanslarının aşılması halinde bu maddenin ikinci fikrasında yer alan hükümler doğrultusunda rapor düzenlenecektir.

(5) Tedavi basıncı hastanın durumuna göre tedavinin yapıldığı merkezin uzman hekimi tarafından belirlenecektir.

(6) HBO tedavisine raporun düzenlenme tarihinden itibaren en geç 10 gün içerisinde başlanmalıdır. Tedaviye başladıkten sonra tedavinin yapıldığı merkezin uzman hekiminin onayı ile tedaviye bir defada kesintisiz en fazla yedi (**Değişik: RG- 18/02/2017- 29983/ 6 md. Yürürlük: 01/03/2017**) gün- iş günü ara verilebilir. Tedaviye 7 (**Değişik: RG- 18/02/2017- 29983/ 6 md. Yürürlük: 01/03/2017**) günden- iş gününden daha uzun süre kesintisiz ara verilmesi halinde maksimum seans sayısı dikkate alınarak bu maddenin ikinci fikrasında yer alan hükümler doğrultusunda yeni rapor düzenlenecektir.

(7) Bir hasta için günde en fazla bir seans HBO uygulaması bedeli Kurumca karşılanır. Ancak ani işitme kaybı ve acil hastalarda, tedavinin başladığı gün dahil en fazla 7 gün boyunca günde birden fazla seans HBO uygulaması bedeli Kurumca karşılanır.

(8) Ani işitme kaybı tedavisi için düzenlenen raporda; ani işitme kaybının son 30 gün içinde odyolojik test ile tespit edildiğine ilişkin bilginin yer alması gerekmektedir. 20 nci seans sonunda saf ses ortalamasında 20 dB'luk bir düzelleme yoksa tedavi bedelleri daha sonraki seanslar için ödenmez.

(9) Santral retinal arter tikanlığında HBO tedavi bedelinin ödenebilmesi için, tanı konulmasını takiben 5 gün içinde HBO tedavisine başlanmış olması gerekmektedir.

(10) Hipoksik/anoksik ensefalopati tanısında HBO tedavi bedelinin ödenebilmesi için, tanı konulmasını takiben ilk 5 gün içinde HBO tedavisine başlanmış olması gerekmektedir.

(11) HBO seans süresi tekli basınç odasında en az 90 dakika, çoklu basınç odasında en az 2 saat olarak kabul edilir.

(12) HBO tedavi bedelleri sadece SUT eki EK-2/D-3 Listesinde belirtilen endikasyonlar ve ICD-10 tanı kodları dikkate alınarak SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan bedeller üzerinden Kurumca karşılanır.

(13) Trafik kazası sonrası gerekli görülen HBO uygulamalarında SUT eki EK-2/D-3 Listesindeki seans sayısı sınırlamaları dikkate alınmaz.

2.4.4.C - Stereotaktik radyocerrahi ve stereotaktik radyoterapi

(1) Kurumca radyo cerrahi yöntemleri ile tedavi bedellerinin karşılanması için; cyberknife tedavisinde radyasyon onkolojisi uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu, gammaknife tedavisinde en az 2 beyin cerrahi ve en az 1 radyasyon onkolojisi uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenmesi gerekmektedir.

(2) Radyo cerrahi yöntemleri ile tedavinin; lokal tedavi endikasyonu bulunan cerrahi, medikal ve klasik radyoterapiye cevap vermeyen veya uygun olmayan, aşağıda sıralanan olgularda uygulanması halinde bedelleri, SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan puanlar esas alınarak faturalandırılır.

(3) Stereotaktik radyocerrahi ve stereotaktik radyoterapi işlem bedeli ödenecek hastalıklar;

- a) İnkranial benign, malign lezyonlar,
- b) Baş boyun tümörleri,
- c) Primer akciğer veya primeri kontrol altında 1-3 akciğer metastazı,
- ç) Primer karaciğer veya primeri kontrol altında 1-3 karaciğer metastazı,
- d) Primer spinal veya primeri kontrol altında 1-3 spinal metastazı,
- e) Pankreas tümörü,
- f) Retroperitoneal tümörler,
- g) Prostat kanseri (T1,T2; Gleason≤7; PSA<20 olmalı),
- ğ) Primeri kontrol altında ve 1-3 beyin metastazı.

(4) Cyberknife (stereotaktik radyo cerrahi) uygulama bedeli, ilk uygulamayı müteakip tedavi sürecinde yapılacak 5 seans uygulamayı kapsar.

(5) Hastanın müracaat ettiği sağlık kurumuna sağlık kurulu raporu düzenlenerek radyo cerrahi yöntemleri için başka bir sağlık kurumuna sevk edilmesi halinde tedaviyi gerçekleştiren sağlık kurumuna MR, BT, DSA, PET-CT bedeli faturalandırılmaz.

2.4.4.Ç - Ekstrakorporeal fotoferez tedavisi

(1) Ekstrakorporeal fotoferez tedavi bedellerinin ödenebilmesi için; üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından sağlık kurulu raporu düzenlenmesi gerekmektedir. (**Ek:RG- 28/12/2018-30639/ 3-a md. Yürürlük: 28/12/2018**) **Kemik İliği/Organ Nakil Merkezi ve Terapötik Aferez Merkezi** ruhsatı olan ikinci basamak sağlık hizmeti sunucuları ise sadece; Graft Versus Host Hastalığı ve solid organ nakillerinde doku reddinin önlenmesi (kalp, akciğer, böbrek nakillerinde) için sağlık kurulu raporу düzenleyebilir.

(2) Ekstrakorporeal fotoferez tedavisinin;

- a) Kutanöz T hücreli lenfomalarla,
- b) Graft Versus Host Hastalığı,
- c) Sezary Sendromu,
- ç) Pemfigus Vulgaris,
- d) Psoriasis,
- e) Solid organ nakillerinde doku reddinin önlenmesi (kalp, akciğer, böbrek nakillerinde),
nedeniyle uygulanması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

(3) Sağlık Kurulu raporunda uygulanacak tedavi programı ve süresi ayrıntılı olarak belirtilecek ve Sağlık Bakanlığı “Aferez-Fotoferez Danışma Komisyonu”nun uygun görüşü alınacaktır.

(4) Kutanöz T hücreli lenfoma ve bunun alt grupları olan Mikozis Fungoides, Sezary sendromu endikasyonlarında hastanın ilk 6 aylık tedavisi için Sağlık Bakanlığı Aferez-Fotoferez Danışma Komisyonunun uygun görüşüne gerek yoktur.

(5) Ayakta veya yatarak tedavi gören hastalara uygulanan her bir seans ekstrakorporeal fotoferez tedavisi, SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan “704.941” kod numaralı (**Değişik: RG- 28/12/2018-30639/ 3-b md. Yürürlük: 28/12/2018**) ve veya “704.940” kod numaralı işlemleri üzerinden sağlık kurumlarında faturalandırılır ve bedelleri Kurumca karşılanır. SUT eki EK-2/B Listesi “704.941” kod numaralı “Ekstrakorporeal Fotoferez Tedavisi” işlem puanına, tedavide kullanılan işlem kiti, fistül iğnesi, fotoferez tedavisi endikasyonu olan metoksipsoralen, UV-A lambaları, izotonik serum, heparin, erişim katateri (**Ek:RG- 28/12/2018-30639/3-b md. Yürürlük: 28/12/2018**), her türlü tıbbi malzeme, işlem ve ilaçlar dâhildir.

(6) Ekstrakorporeal fotoferez tedavisi en fazla 6 aylık tedavi programı için ödenir. Ancak, hastanın klinik tablosunun tedavinin sürdürülmesini gerektirmesi ve bu durumun tıbbi gereklilikleri ile tedavi süresinin sağlık kurulu raporu ile tespit edilmesi ve Aferez-Fotoferez Danışma Komisyonuna da onaylanması kaydıyla tedavi kesin sonuç alınana kadar uzatılabilir.

2.4.4.D - Diyaliz tedavileri

2.4.4.D-1 - Hemodiyaliz tedavileri

(1) Kronik böbrek yetmezliği tanısı konulan ve diyaliz tedavisi alması gerekiği erişkin/çocuk nefroloji uzman hekimi tarafından düzelenecek uzman hekim raporu ile belgelendirilen diyaliz hastaları, bu tedavilerini, SUT'ta belirlenen usul ve esaslarla uyulmak suretiyle sözleşmeli/protokollü resmi sağlık kurumlarında veya 18.06.2010 tarih ve 27615 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan "Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik" hükümlerine uygun olarak açılan Kurumla sözleşmeli özel diyaliz merkezlerinde yaptırılabilirler. Hemodiyaliz raporları, hastanın bulunduğu ilde nefroloji uzmanı bulunmaması durumunda sertifikali uzman tabip tarafından da düzenlenebilir. Daha önce düzenlenen ve düzenlediği tarih itibarıyle uygulamada olan SUT'a uygun sağlık raporları geçerlidir. Akut böbrek yetmezliği tanısıyla yapılan diyaliz işlemlerinde hekim raporu aranmaz.

(2) Hemodiyaliz tedavileri, "Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik" ve Sağlık Bakanlığının konu ile ilgili mevzuat hükümlerine uygun olarak yürütülecektir.

(3) Taniya dayalı işlem kapsamında olan ilaçlar hariç, hastaya kullanılması gereklili görülen ilaçlar, SUT ve eki listelerde belirtilen esaslarla uygun olarak bu merkezlerde görevli hekimlerce reçete edilebilecektir.

(4) Hemodiyaliz uygulamasına yönelik raporlar süre belirtilmenden ayrı düzenlenmeyecek, raporlarda süre belirtilmiş ise bu süreler dikkate alınmayacaktır. Ancak öngörülen seans sayısının değişmesi durumunda yeniden rapor düzenlenenecektir.

(5) Hastanın raporda belirlenmiş haftalık seans sayısının altında tedavi görmesi gerekiğinin hemodiyaliz sorumlu uzman hekimi tarafından uygun görülmesi durumunda 3 ay süreyi geçmemek kaydıyla hemodiyaliz tedavileri, gerekçesi ayrıca belirtilmek suretiyle sağlanabilecek olup, bu sürenin devamı halinde rapor yenilenecektir.

(6) Hemodiyaliz merkezince hastaya yapılan her türlü müdahale, tetkik, yazılan ilaç ve verilen raporlar kaydedilecektir. Kayıtlar; "Hemodiyaliz Takip Formu"na yazılacak, bu formun tüm sütunları doldurulacaktır.

(7) Kronik böbrek yetmezliği için yapılan hemodiyaliz tedavi giderleri SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan işlem puanı üzerinden faturalandırılır. (**Mülga: RG- 28/12/2018-30639/4 md. Yürürlük: 01/10/2018 (Ek: RG- 14/07/2016-29770/5 md. Yürürlük: 25/07/2016)** Sağlık hizmeti sunucusuna bir faturalandırma döneminde verilen toplam hemodiyaliz tedavilerinden 700 seansa kadar verilen hemodiyaliz tedavileri SUT eki EK-2/C Listesi "P704230" işlem kodundan, 701 seans ve üzeri hemodiyaliz tedavileri SUT eki EK-2/C Listesi "P704234" işlem kodundan faturalandırılır. (**Değişik: RG- 14/07/2016-29770/ 5 md. Yürürlük: 25/07/2016**) Akut böbrek yetmezliği tanısıyla hemodiyaliz tedavisi görmesi gerekiğine dair rapor düzenlenmemeksizin uygulanan hemodiyaliz tedavileri de SUT eki EK-2/C Listesi "P704230" işlem kodundan faturalandırılır. Böbrek yetmezliği tanısıyla acil hemodiyaliz tedavisi görmesi gerekiğine dair rapor düzenlenmemeksizin uygulanan hemodiyaliz tedavileri de SUT eki EK-2/C Listesi "P704210" işlem kodundan faturalandırılır.

(8) Hemodiyaliz sırasında kullanılan sarf malzemeleri, hiçbir surette tekrar kullanılamaz (reuse yapılamaz).

(9) Özel diyaliz merkezlerinde sağlık raporunda belirtilen haftalık seans sayısının üzerinde uygulanan ek diyaliz tedavi bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(10) Hemodiyaliz tedavisinin her bir seansı; tıbbi zorunluluklar hariç olmak üzere en az 4 saat olarak uygulanır.

(11) Hemodiyaliz tedavisi süresince, "Diyaliz Merkezleri Hakkındaki Yönetmelik"te belirtilen tetkikler, hemodiyaliz uygulaması sırasında ortaya çıkan acil durumda yapılması gereken diğer tetkikler ile gerekiğinde ve özellik gösteren hastalara daha sık yapılan tetkiklerin tümü (**Ek: RG- 25/03/2017- 30018/ 7 md. Yürürlük: 05/04/2017**) ve seans sırasında gelişen komplikasyonların tedavisinde kullanılan ilaçlar ve gündüz yatak ücreti fiyata dahil olup ayrıca faturalandırılmayacaktır. Tetkikleri yaptırılmayan hastaların diyaliz tedavilerine ait ücretleri ödenmez.

2.4.4.D-1-1 - Ev hemodiyalizi

(Değişik: RG- 04/02/2018- 30322/ 10 md. Yürürlük: 15/02/2018)

~~(1) Ev hemodiyalizi için gerekli sağlık kurulu raporu en az bir nefroloji uzmanının yer aldığı sağlık kurulları tarafından düzenleneecektir.~~

(1) Ev hemodiyalizi için gerekli uzman hekim raporu, ev hemodiyalizi uygulama izni olan merkezin erişkin/çocuk nefroloji uzman hekimi tarafından düzenlenir.

(2) Ev hemodiyalizi tedavileri, "Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik" ve Sağlık Bakanlığının konu ile ilgili mevzuat hükümlerine uygun olarak yürütülecektir.

(3) Taniya dayalı işlem kapsamında olan ilaçlar hariç, hastaya kullanılması gereklili görülen ilaçlar, SUT ve eki listelerde belirtilen esaslarla uygun olarak bu hastanın takip ve tedavisi yapan merkezlerde görevli hekimlerce reçete edilebilecektir.

(4) Ev hemodiyalizi tedavisine yönelik raporlar süre belirtilmenden ayrı düzenlenmeyecek, raporlarda süre belirtilmiş ise bu süreler dikkate alınmayacaktır. Ancak öngörülen seans sayısının değişmesi durumunda yeniden rapor düzenlenenecektir.

(5) Hasta tarafından "Ev Diyalizi Aylık Diyaliz Tutanağı" doldurulacaktır.

(6) Kronik böbrek yetmezliği için yapılan ev hemodiyaliz tedavi giderleri SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan "ev hemodiyalizi" puanı esas alınarak faturalandırılır. SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan bedele dahil olduğu belirtilen tüm sağlık hizmetlerinin, hastanın takip ve tedavisi yapan merkez tarafından sağlanması zorunludur.

(7) Ev hemodiyalizi için hastanın evine diyaliz merkezi tarafından kurulmuş olan cihaz bedelleri ile cihaza ait bakım, onarım ve yedek parçalarının bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(8) Diyaliz merkezlerince sağlanan ev hemodiyalizi tedavilerinde, sağlık (**Mülga: RG-21/03/2018-30367/ 4 md. Yürürlük:15/02/2018**) ~~kurulu~~ raporunda belirtilen haftalık seans sayısının üzerinde uygulanan ek hemodiyaliz tedavi bedelleri Kurumca karşılanmaz.

2.4.4.D-2 - Periton diyalizi

(1) Böbrek yetmezliği için yapılan periton diyalizi, hemofiltrasyon ve plazmaferez giderleri ile bunlara ait tetkik ve tahlil giderleri ve diyalize ilişkin diğer tedaviler, hizmet başı ödeme yöntemi esas alınarak karşılanır.

2.4.4.D-2-1 - Sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD)

(1) Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi (SAPD) için gerekli uzman hekim raporu erişkin/çocuk nefroloji uzman hekimi tarafından düzelenecek olup, daha önce düzenlenen ve düzenlediği tarih itibarıyle uygulamada olan SUT'a uygun sağlık

raporları geçerlidir. Sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan hastalarda “izleme” bedeli erişkin hastalarda ayda en fazla 2 defa, çocuk hastalarda ayda en fazla 3 defa, periton diyalizi değişim sıvısı bedeli ise, raporda periton boşluğu hacmi için uygun solüsyonun maksimum miktarı hacim olarak mililitre cinsinden belirtilerek, aletsiz periton diyalizi uygulamalarında standart veya biyoyum solüsyonlar için ayda maksimum 150 adet torba, olacak şekilde karşılaşır. (Aminoasit içerikli ile isodextrin içerikli solüsyonlar günde en fazla 1 defa karşılaşır.)

(2) Yatan hastalarda bu şartlar aranmaz.

(3) SAPD tedavisi görmekte olan hastanın ek hemodiyaliz tedavisi görmesi gerektiği takdirde, hemodiyaliz tedavisi resmi sağlık kurumu bünyesindeki hemodiyaliz merkezlerinde sağlanacaktır.

2.4.4.D-2-2 - Aletli periton diyalizi (APD)

(1) Kapsamdaki kişilerin; aletli periton diyalizi tedavilerine yönelik sağlık kurulu raporları, bünyesinde periton diyalizi ünitesi bulunan sağlık kurumu sağlık kurulları tarafından düzenlenecektir. Kurulda nefroloji uzman hekiminin yer olması zorunludur.

(2) APD cihaz bedelleri ve cihaza ait bakım, onarım ve yedek parçalarının bedelleri Kurumca karşılaşmaz.

(3) APD tedavisi görmekte olan hastanın ek hemodiyaliz tedavisi görmesi gerektiği takdirde, hemodiyaliz tedavisi resmi sağlık kurumu bünyesindeki hemodiyaliz merkezlerinde sağlanacaktır.

2.4.4.E - İnvaziv kardiyolojik tetkik ve girişimler

(1) İnvaziv kardiyolojik tetkik ve girişim öncesi hastaya yapılan tetkiklerin sonuçları, yapılan girişime ait rapor ile elektronik görüntü kaydı ve elektrofizyolojik çalışma-ablasyon traseleri hastaya verilmelidir.

(2) Anjiyografi ile aynı seansta perkütan koroner girişim (PTCA ve/veya stent), trombektomi yapılması halinde PTCA ve/veya stent işleminin tamamı, koroner anjiografi işleminin ise %25'i SUT eki EK-2/C Listesi üzerinden faturalandırılır.

(3) Perkütan koroner girişim birden fazla damara uygulanması gerekiyorsa aynı seansta yapılmalıdır. Aynı seansta yapılamıyorsa, tıbbi gereklisi sağlık kurumu kayıtlarında yer almmalıdır.

(4) Anjiografi ve perkütan koroner girişim için, işlemi yapan sağlık kurumunda görevli ilgili hekim sayısı alınarak her bir hekim için günlük en fazla 15 (**Ek: RG- 25/03/2017- 30018/ 8 md. Yürürlük: 05/04/2017**) hastaya yapılan işlem bedeli karşılaşır.

2.4.4.F - Fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemleri

2.4.4.F-1 - Fizik tedavi ve rehabilitasyon sağlık raporlarının (uzman hekim /sağlık kurulu) düzenlenmesi

(Değişik: RG- 01/10/2014- 29136/ 3 md. Yürürlük: 01/10/2014)

(1) Fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarının Kurumca bedelinin karşılaşması için;

a) 30 seansa kadar (30 uncu seans dahil) olan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları için fiziksel tip ve rehabilitasyon uzman hekimine,

b) SUT eki “Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Tanı Listesi” nde (EK 2/D 2) (*) işaretli (bölge/seans kontrolüne tabi olmayan) tanılarda 30 seans sonrası devam edilecek tedaviler için;

1) 31-60 seansa kadar (60inci seans dahil) olan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları için en az bir fiziksel tip ve rehabilitasyon uzman hekiminin yer aldığı (sağlık hizmeti sunucusunda yeterli sayıda fiziksel tip ve rehabilitasyon uzman hekimi bulunması durumunda sağlık kurulu bu hekimler tarafından oluşturulacaktır) sağlık kurumu sağlık kurulunca (ayakta tedavilerde resmi sağlık kurulunca), (**Ek: RG- 25/07/2014- 29071 / 8 md. Yürürlük: 01/09/2014**) ancak SUT eki EK 2/D 2 Listesinde “G80 kodu ile yer alan tanılarda ise; 31-60 seansa kadar (60inci seans dahil) olan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları için en az bir fiziksel tip ve rehabilitasyon uzman hekiminin yer aldığı (sağlık hizmeti sunucusunda yeterli sayıda fiziksel tip ve rehabilitasyon uzman hekimi bulunması durumunda sağlık kurulu bu hekimler tarafından oluşturulacaktır) resmi sağlık kurumu sağlık kurulunca,

2) 60 seans üzeri olan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları için en az bir fiziksel tip ve rehabilitasyon uzman hekiminin yer aldığı (sağlık hizmeti sunucusunda yeterli sayıda fiziksel tip ve rehabilitasyon uzman hekimi bulunması durumunda sağlık kurulu bu hekimler tarafından oluşturulacaktır) üçüncü basamak sağlık kurumu sağlık kurulunca,

sağlık raporu düzenlenmesi gerekmektedir.

(2) Düzenlenen raporda ayrıntılı hastalık hikâyesi dışında SUT eki EK 2/D 2 Listesinde A ve B grubunda yer alan hastalıklar için; Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan “Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon İşlemlerine Yönelik Değerlendirme Ölçekleri” esas alınarak mevcut hastalığa ve komplikasyonlarına uygun ayrıntılı muayene ve değerlendirme sonuçları belirtilecektir. 30 seans üzeri fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları için düzenlenecek sağlık kurulu raporunda tedavinin devamının gerekliliğine dair gereklilikler ayrıca belirtilecektir. Raporun sonuç bölümünde elde edilen değerlendirme ve muayene bulgularına uygun olarak, tam ve tamya ilişkin ICD-10 kodları ile hastanın kaç seans fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamasına ihtiyacı olduğu ve uygulanacak bölge yazılacaktır.

(1) Fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarının Kurumca bedelinin karşılaşması için;

a) 30 seansa kadar (30 uncu seans dahil) olan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları için fiziksel tip ve rehabilitasyon uzman hekimine,

b) SUT eki “Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Tanı Listesi” nde (EK-2/D-2) (**Ek: RG- 30/04/2016- 29699/ 3 md. Yürürlük: 30/04/2016**) G80 ve (*) işaretli (bölge kontrolüne tabi olmayan) tanılarda 30 seans sonrası devam edilecek tedaviler için;

1) 31-60 seansa kadar (60inci seans dahil) olan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları için en az bir fiziksel tip ve rehabilitasyon uzman hekiminin yer aldığı (sağlık hizmeti sunucusunda yeterli sayıda fiziksel tip ve rehabilitasyon uzman hekimi bulunması durumunda sağlık kurulu bu hekimler tarafından oluşturulacaktır) sağlık kurumu sağlık kurulunca (ayakta tedavilerde resmi sağlık kurulunca),

2) 60 seans üzeri olan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları için en az bir fiziksel tip ve rehabilitasyon uzman hekiminin yer aldığı (sağlık hizmeti sunucusunda yeterli sayıda fiziksel tip ve rehabilitasyon uzman hekimi bulunması durumunda sağlık kurulu bu hekimler tarafından oluşturulacaktır) üçüncü basamak sağlık kurumu sağlık kuruluna,

sağlık raporu düzenlenmesi gerekmektedir.

(2) Düzenlenen raporda ayrıntılı hastalık hikâyesi dışında SUT eki EK-2/D-2 Listesinde A ve B grubunda yer alan hastalıklar için; Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan “Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon İşlemlerine Yönelik Değerlendirme Ölçekleri” esas alınarak mevcut hastalığa ve komplikasyonlarına uygun ayrıntılı muayene ve değerlendirme sonuçları belirtilecektir. 30 seans üzeri fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları için düzenlenecek sağlık kurulu raporunda tedavinin devamının gerekliliğine dair gerekçeler ayrıca belirtilecektir. Raporun sonuç bölümünde elde edilen değerlendirme ve muayene bulgularına uygun olarak, tanı ve tanıya ilişkin ICD-10 kodları ile hastanın kaç seans fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamasına ihtiyacı olduğu ve uygulanacak bölge yazılacaktır.

2.4.4.F-2 - Fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemlerinin faturalandırılması

(Değişik: RG- 01/10/2014- 29136/ 4 md. Yürürlük: 01/10/2014)

(1) Fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemlerinin Kurumea faturalandırılabilmesi için SUT'un 2.4.4.F-1 maddesinde tanımlanan sağlık raporunun düzenlenmesi gerekmektedir.

(2) Ayakta veya yatarak fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları yapılacak hastalarda, hastanın tedaviye girdiği kurumun fiziksel tip ve rehabilitasyon uzman hekimi tarafından belirlenecek tedavi ayrıntıları (elektroterapi uygulamaları, egzersiz çeşitleri, masaj, manipülasyon uygulamaları, ortez protez uygulamaları ve eğitimi, konuşma terapisi uygulamaları, iş uygası terapisi uygulamaları vb. gibi tedavi uygulamaları; bu tedavilerin süreleri, dozları ve sayıları, uygulanan vücut bölgeleri gibi), hazırlanacak tedavi çizelgesine yazılı olarak fizik tedavi ve rehabilitasyon hekimince kaşelenip imzalanacaktır.

(3) (EK:RG- 25/07/2014 29071 / 9 md. Yürürlük: 01/09/2014) 3713 sayılı Kanuna göre aylık bağlanmış maluller, 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanununun 56. nej maddesi veya 2330 sayılı Kanunun 2. nej 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 yardımını ve desteği olmaksızın yaşamak için gerekken hareketleri yapamayacak derecede malul olan vazife ve harp malulleri hariç olmak üzere SUT eki EK-2/D-2 Listesinde “G81.0, G81.1, G81.9, G82.0, G82.1, G82.2, G82.3, G82.4, G82.5, S06.0, S06.1, S06.2, S06.3, S06.4, S06.5, S06.6, S06.7, S06.8, S06.9, S14.0, S14.1, S24.0, S24.1, S34.0, S34.1” ICD-10 kodları ile yer alan hastalıklarda, tanı ile ilgili düzenlenen ilk sağlık raporu tarihinden itibaren üç yıl içerisinde uygulanan fizik tedavi ve rehabilitasyon işlem bedelleri Kurumea karşılaşacaktır. Bu sürelerin bitiminden sonra meydana gelen hastalığa ilişkin geç komplikasyonlarda fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarının faturalandırılabilmesi için, üçüncü basamak sağlık kurumu sağlık kurullarına en az bir fiziksel tip ve rehabilitasyon uzman hekiminin yer aldığı (sağlık hizmeti sunucusunda yeterli sayıda fiziksel tip ve rehabilitasyon uzman hekimi bulunması durumunda sağlık kurulu bu hekimler tarafından oluşturulacaktır) sağlık kurulu raporu düzenlenmesi ve tedavilerin üçüncü basamak sağlık kurullarına yapılması gerekmektedir.

(4) Ayaktan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarında bir hastaya günde en fazla bir seans, yatarak fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarında ise aynı bölge için bir seans fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemi bedeli Kurumea karşılaşır.

(5) Bir hasta için son bir yıl içinde en fazla; aynı bölgeden toplam 30 seans, iki farklı vücut bölgesindeinden toplam 60 seans fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemlerine ait bedeller Kurumea karşılaşır. Aynı bölge için bir yıl içinde en fazla iki sağlık raporu düzenlenebilir. Bölge, seans ve sağlık rapor sayılarının kontrollerinde 2.4.4.F-6(2) fıkrasında belirtilen bölge, seans ve sağlık rapor sayıları da hesaba katılır. Ancak SUT eki EK-2/D-2 Listesinde (*) işaretli tanımlarda bölge ve seans kontrolü yapılmaz. Ekstremitelerdeki sağ ve sol bölgeler ayrı bölge olarak değerlendirilir.

(6) SUT eki EK-2/D-2 Listesinde (*) işaretli tanılar hariç olmak üzere bir bölge için en fazla 30 seans fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemlerine ait bedeller Kurumea karşılaşır. SUT eki EK-2/D-2 Listesinde (*) işaretli tanımlarda ise 30 seans üzeri fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemlerine ait bedeller de Kurumea karşılaşabilecek olup farklı zamanlarda aynı tanı ile aynı bölgeye uygulanan tedaviler devam eden tedavi olarak değerlendirilerek ilk 30 seanstan sonra uygulanaçk tedaviler için SUT'un 2.4.4.F-1(1)b bendinde belirtilen sağlık kurulu raporu düzenleneeektir.

(7) SUT eki EK-2/B Listesindeki “7.5 Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon” başlığı altında yer alan “Değerlendirmeler” alt başlığındaki işlemler hariç olmak üzere, fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları; sağlık raporunun düzenlenme tarihinden itibaren 15 (on beş) gün içerisinde tedaviye başlanmış olması kaydıyla SUT eki EK-2/D-2 Listesinde yer alan gruplar dikkate alınmak suretiyle SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan puanlar esas alınarak bedelleri Kurumea karşılaşır. (SUT eki EK-2/A-1 Listesinde E4 kodu ile yer alan hastanelere, SUT eki EK-2/C Listesinde belirlenen puana %35 ilave edilerek faturalandırılır.) Sağlık raporunun düzenlenme tarihinden itibaren 15 gün içerisinde tedaviye başlamaması halinde hastaya yeni sağlık raporu düzenleneeektir. Ancak hastaya sadeee SUT eki EK-2/B listesinde “7.5 Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon” başlığı altında yer alan “Değerlendirmeler” alt başlığındaki işlemlerin yapılması halinde tedavi, hizmet başı ödeme yöntemi ile faturalandırılır.

(8) EK-2/D-2 Listesinde (*) işaretli tanımlarda yapılan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları hariç olmak üzere sağlık raporunda belirtilen fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamasına, tedaviye başlandıktan sonra 5 iş gününden fazla ara verilmesi halinde ara verildikten sonra yeni bir sağlık raporu düzenlenmedikçe uygulanan fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemleri Kurumea karşılaşmaz. Ara verilmeden önce uygulanan tedavi, bölge ve seans kontrolünde dikkate alınır.

(9) Yatarak fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarında; fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulaması dışındaki sağlık hizmetleri (yatık bedeli, tetkik, ilaç, tıbbi malzeme gibi), SUT hükümlerine uyulmak koşuluyla “hizmet başına ödeme yöntemi” ile faturalandırıldığında Kurumea karşılaşır.

(10) Trafik kazası sonrası gereklî görülen fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarının süre, seans ve bölge kontrollerinde, trafik kazası ile ilişkili olmayan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları dikkate alınmaz.

(EK:RG- 25/07/2014 29071 / 9 md. Yürürlük: 01/09/2014)

(11) SUT eki EK 2/D 2 Listesinde “G80 kodu ile yer alan tanınlarda; 31-60 seans fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarının resmi sağlık hizmeti sunucularında ya da nöroleji, ortopedi uzmanlarının olduğu özel sağlık hizmeti sunucularında yapılması, 60 seans üzeri fizik tedavi uygulamalarının da resmi sağlık kurumlarında yapılmış olması gerekmektedir.

(1) Fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemlerinin Kuruma faturalandırılabilmesi için SUT'un 2.4.4.F-1 maddesinde tanımlanan sağlık raporunun düzenlenmesi gerekmektedir.

(2) Ayakta veya yatarak fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları yapılacak hastalarda, hastanın tedaviye girdiği kurumun fiziksel tip ve rehabilitasyon uzman hekimi tarafından belirlenecek tedavi ayrıntıları (elektroterapi uygulamaları, egzersiz çeşitleri, masaj, manipülasyon uygulamaları, ortez-protez uygulamaları ve eğitimi, konuşma terapisi uygulamaları, iş-uğraşı terapisi uygulamaları vb. gibi tedavi uygulamaları; bu tedavilerin süreleri, dozları ve sayıları, uygulanan vücut bölgeleri gibi), hazırlanacak tedavi çizelgesine yazılarak fizik tedavi ve rehabilitasyon hekimince kaşelenip imzalanacaktır.

(3) 3713 sayılı Kanuna göre aylık bağlanmış maluller, 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanununun 56 ncı maddesi veya 2330 sayılı Kanunun 2 ncı 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. (Eski: RG-18/02/2015-29271/1 md. Yürürlük: 18/02/2015) Aneak bölge seans kontrolüne tabi fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları için aynı bölgeden toplam 30 seans, iki farklı vücut bölgesinde 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 tip ve rehabilitasyon uzman hekimine 30'ar seanslık rapor düzenlenmesi ve tedavinin raporun düzenlediği sağlık hizmeti sunucularına yapılması halinde Kurumca karşılanır.

(Değişik: RG-30/04/2016-29699/4-a md. Yürürlük: 30/04/2016)

(3) 3713 sayılı Kanuna göre aylık bağlanmış maluller, 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanununun 56 ncı maddesi veya 2330 sayılı Kanunun 2 ncı 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 hastaların (Değişik: RG-09/09/2017-30175/4 md. Yürürlük: 09/09/2017) ve genel sağlık sigortası ile bakiyeli yükümlü olduğu kişilerden 3713 sayılı Kanun kapsamına girmese dahi atış, tatbikat veya diğer ateşli silah yaralanmaları nedeniyle malul olan vazife ve harp malullerine, 3713 sayılı Kanunun 21 inci maddesinde sayılan olaylara maruz kalmaları nedeniyle yaralanan kişilerin de tedavileri sonuçanincaya veya maluliyetleri kesinleşinceye kadar geçen süre içerisinde yapılan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları Kurumca karşılanır. Bu kişilere SUT eki EK-2/D-2 Listesinde yer alan tüm tanınlarda bölge kontrolü olmaksızın, 30 seansa kadar (30 uncu seans dahil) olan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları için fiziksel tip ve rehabilitasyon uzman hekimince, 31-60 seansa kadar (60 inci seans dahil) olan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları için en az bir fiziksel tip ve rehabilitasyon uzman hekiminin yer aldığı (sağlık hizmeti sunucusunda yeterli sayıda fiziksel tip ve rehabilitasyon uzman hekimi bulunması durumunda sağlık kurulu bu hekimler tarafından oluşturulacaktır) sağlık kurumu sağlık kurulunca (ayakta tedavilerde resmi sağlık kurulunca) düzenlenen rapora istinaden, 60 seanstan daha fazla fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları gereken durumlarda ise (Mülga: RG-07/10/2016-29850/6-a md. Yürürlük: 18/10/2016) Türk Silahlı Kuvvetleri ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık hizmeti sunucularında ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında görevli en az bir fiziksel tip ve rehabilitasyon uzman hekiminin yer aldığı (sağlık hizmeti sunucusunda yeterli sayıda fiziksel tip ve rehabilitasyon uzman hekimi bulunması durumunda sağlık kurulu bu hekimler tarafından oluşturulacaktır) sağlık kurumu sağlık kurulunca 30'ar seanslık rapor düzenlenmesi koşulu ile tüm sağlık hizmeti sunucularında uygulanması halinde Kurumca karşılanır.

(4) Ayakta fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarında bir hastaya günde en fazla bir seans, yatarak fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarında ise aynı bölge için bir seans fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemi bedeli Kurumca karşılanır.

(5) Bir hasta için son bir yıl içinde en fazla; aynı bölgeden toplam 30 seans, iki farklı vücut bölgesinde toplam 60 seans fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemlerine ait bedeller Kurumca karşılanır. Aynı bölge için bir yıl içinde en fazla iki sağlık raporu düzenlenebilir. (Mülga: RG-07/10/2016-29850/6-b md. Yürürlük: 18/10/2016) Bölge, seans ve sağlık raporu sayılarının kontrollerinde 2.4.4.F-6(2) fıkrasında belirtilen bölge, seans ve sağlık raporu sayıları da hesaba katılır. Ekstremitelerdeki sağ ve sol bölgeler ayrı bölge olarak değerlendirilir. Ancak SUT eki EK-2/D-2 Listesinde (*) işaretli tanınlarda ve G80 kodlu tanınlarda bölge kontrolü yapılmaz.

(6) (Değişik: RG-24/12/2014-29215/5 md. Yürürlük: 01/01/2015) SUT eki EK 2/D 2 Listesinde (*) işaretli tanınlardan hariç olmak üzere bir bölge için en fazla 30 seans fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemlerine ait bedeller Kurumca karşılanır. SUT eki EK 2/D 2 Listesinde (*) işaretli tanınlarda ise SUT'un 2.4.4.F-1 maddesinde tanımlanan sağlık raporuna istinaden tedavisinin başladığı tarih itibarıyle bir yıl içerisinde uygulanan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları Kurumca karşılanır, devam eden yıllarda; her yıl için SUT'un 2.4.4.F-1 maddesinin a bendi ile b bendinin 1 inci alt bendinde belirtilen sağlık raporuna istinaden sadece 0-30 ve 31-60 seans uygulanan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları Kurumca karşılanır. 61 seans sonrası tedaviler ise; SUT'un 2.4.4.F-1(b) bendinin 2 numaralı alt bendinde belirtilen rapora istinaden 3. Basamak sağlık hizmeti sunucusuna uygulanması halinde Kurumca karşılanır. SUT eki EK-2/D-2 Listesinde (*) işaretli tanınlardan hariç

olmak üzere bir bölge için en fazla 30 seans fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemlerine ait bedeller Kurumca karşılanır. SUT eki EK-2/D-2 Listesinde (*) işaretli tamlarda ise SUT'un 2.4.4.F-1 maddesinde tanımlanan sağlık raporuna istinaden tedavinin başladığı (Değişik: RG- 28/12/2018-30639/ 5 md. Yürürlük: 28/12/2018) tarih ilk rapor tarihi itibarıyle bir yıl içerisinde uygulanan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları Kurumca karşılanır, (Ek:RG- 28/12/2018-30639/ 5 md. Yürürlük: 28/12/2018) tedavinin başladığı ilk rapor tarihi baz alınmak suretiyle devam eden yıllarda; her yıl için SUT'un 2.4.4.F-1 maddesinin (a) bendi ile (b) bendinin 1inci alt bendinde belirtilen sağlık raporuna istinaden sadece 0-30 ve 31-60 seans uygulanan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları Kurumca karşılanır. 61 seans sonrası tedaviler ise; SUT'un 2.4.4.F-1(1)(b) bendinin 2 numaralı alt bendinde belirtilen rapora istinaden 3. Basamak sağlık hizmeti sunucusunca uygulanması halinde Kurumca karşılanır. Ancak 61 seans sonrası tedavilerin Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık hizmeti sunucularınca verilmesi halinde; en az bir fiziksel tip ve rehabilitasyon uzman hekiminin yer aldığı (sağlık hizmeti sunucusunda yeterli sayıda fiziksel tip ve rehabilitasyon uzman hekimi bulunması durumunda sağlık kurulu bu hekimler tarafından oluşturulacaktır) Sağlık Bakanlığı sağlık hizmeti sunucularınca sağlık kurulu raporu düzenlenmesi kaydıyla verilen tedaviler Kurumca karşılanır.

(7) SUT eki EK-2/B Listesindeki "7.5 Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon" başlığı altında yer alan (**Mülga: RG- 14/07/2016- 29770/ 6 md. Yürürlük: 25/07/2016**) "Değerlendirmeler" alt başlığındaki işlemleri hariç olmak üzere, fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları; sağlık raporunun düzenlenme tarihinden itibaren 15 (on beş) gün içerisinde tedaviye başlanmış olması kaydıyla SUT eki EK-2/D-2 Listesinde yer alan gruplar dikkat alınmak suretiyle SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan puanlar esas alınarak bedelleri Kurumca karşılanır. (Değişik: RG- 18/06/2016- 29746/ 7 md. Yürürlük: 29/06/2016) (SUT eki EK-2/A-1 Listesinde E4 kodu ile yer alan hastanelerce, SUT eki EK-2/C Listesinde belirlenen puana %35 ilave edilerek faturalandırılır.) (**Mülga:RG- 05/07/2018-30469/ 3 md. Yürürlük: 05/07/2018**) SUT eki EK-2/A-1 Listesinde (Değişik: RG- 26/11/2016- 29900/ 7 md. Yürürlük: 07/12/2016) U1 ve U3_U kodu ile yer alan hastanelerce, SUT eki EK-2/C Listesinde P915033 kodlu "Fizik tedavi ve rehabilitasyon A Grubu" ile P915032 kodlu "Fizik tedavi ve rehabilitasyon B Grubu" işlemleri için belirlenen puanlara %35 ilave edilerek faturalandırılır. Sağlık raporunun düzenlenme tarihinden itibaren 15 gün içerisinde tedaviye başlamaması halinde hastaya yeni sağlık raporu düzenlenecektir. Ancak hastaya sadece SUT eki EK-2/B listesinde "7.5 Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon" başlığı altında yer alan "Değerlendirmeler" alt başlığındaki işlemlerin yapılması halinde tedavi, hizmet başı ödeme yöntemi ile faturalandırılır.

(8) EK-2/D-2 Listesinde (Ek: RG- 30/04/2016- 29699/ 4-b md. Yürürlük: 30/04/2016) G80 ve (*) işaretli tamlarda yapılan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları hariç olmak üzere sağlık raporunda belirtilen fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamasına, tedaviye başlanıldıktan sonra 5 işgünden fazla ara verilmesi halinde ara verildikten sonra yeni bir sağlık raporу düzenlenmediğe uygulanan fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemleri Kurumca karşılanmaz. Ara verilmeden önce uygulanan tedavi, bölge ve seans kontrolünde dikkate alınır.

(9) Yatarak fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarında; fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulaması dışındaki sağlık hizmetleri (yatık bedeli, tıkkı, ilaç, tıbbi malzeme gibi), SUT hükümlerine uyulmak koşuluyla "hizmet başına ödeme yöntemi" ile faturalandırıldığından Kurumca karşılanır.

(10) Trafik kazası sonrası gereklili görülen fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarının süre, seans ve bölge kontrollerinde, trafik kazası ile ilişkili olmayan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları dikkate alınmaz.

(11) (Değişik: RG- 24/12/2014- 29215/ 5 md. Yürürlük: 01/01/2015) SUT eki EK-2/D-2 Listesinde G80 kodu ile yer alan tamlarda;

16 yaşından küçük (16 yaş dahil) olan hastalarda, 2.4.4.F.1 maddesinde belirtilen raporlara istinaden yıl içerisinde en fazla 90 seans fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları Kurumca karşılanır.

16 yaşından büyük olan hastalarda, 2.4.4.F.1 (1) fıkrasının a bendinde belirtilen rapora istinaden yılda en fazla 30 seans fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları Kurumca karşılanır.

Ayrıca G80 kodu ile yer alan tamlarda mobilitenin korunmasının sağlanması ya da gerçekleştirilemesi amacıyla cerrahi girişim veya botulismus toksini uygulandığı takdirde fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları için en az bir fiziksel tip ve rehabilitasyon uzman hekiminin yer aldığı (sağlık hizmeti sunucusunda yeterli sayıda fiziksel tip ve rehabilitasyon uzman hekimi bulunması durumunda sağlık kurulu bu hekimler tarafından oluşturulacaktır) üçüncü basamak sağlık kurumu sağlık kurulunca düzenlenen rapora istinaden ilave 30 seans fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları Kurumca karşılanır. SUT eki EK-2/D-2 Listesinde G80 kodu ile yer alan tamlarda;

a) 2.4.4.F.1 maddesinde belirtilen raporlara istinaden (Ek:RG- 30/04/2016- 29699/ 4-e md. Yürürlük: 30/04/2016) tedavinin başladığı tarih itibarıyla yıl içerisinde en fazla 90 seans fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları Kurumca karşılanır. (Değişik: RG- 07/10/2016- 29850/ 6-c md. Yürürlük: 18/10/2016) 2.4.4.F.1 maddesinde belirtilen raporlara istinaden tedavinin başladığı ilk rapor tarihi baz alınmak suretiyle devam eden yıllarda da her yıl için en fazla 90 seans fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları Kurumca karşılanır. Ancak, 16 yaşından büyük olan hastalarda 31-60 seans ve 61-90 seansa kadar olan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları resmi sağlık hizmeti sunucusunca uygulanması halinde Kurumca karşılanır, ancak 61 seans sonrası tedavilerin Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık hizmeti sunucularınca verilmesi halinde; en az bir fiziksel tip ve rehabilitasyon uzman hekiminin yer aldığı (sağlık hizmeti sunucusunda yeterli sayıda fiziksel tip ve rehabilitasyon uzman hekimi bulunması durumunda sağlık kurulu bu hekimler tarafından oluşturulacaktır) Sağlık Bakanlığı sağlık hizmeti sunucularınca sağlık kurulu raporu düzenlenmesi kaydıyla verilen tedaviler Kurumca karşılanır.

b) Ayrıca G80 kodu ile yer alan tamlarda mobilitenin korunmasının sağlanması ya da gerçekleştirilemesi amacıyla cerrahi girişim veya botulismus toksini uygulandığı takdirde fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları için en az bir fiziksel tip ve rehabilitasyon uzman hekiminin yer aldığı (sağlık hizmeti sunucusunda yeterli sayıda fiziksel tip ve rehabilitasyon uzman hekimi bulunması durumunda sağlık kurulu bu hekimler tarafından oluşturulacaktır) üçüncü basamak sağlık kurumu sağlık kurulunca düzenlenen rapora istinaden ilave 30 seans fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları Kurumca karşılanır.

2.4.4.F-3 - Kurumla sözleşmeli özel sağlık hizmeti sunucularında fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları

(1) Özel sağlık kurumlarında yapılacak fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemlerinde SUT'un 2.4.4.F-1 ve 2.4.4.F-2 madde hükümleri ile birlikte aşağıda belirtilen düzenlemelere de uyulacaktır.

a) Özel sağlık hizmet sunucularında yatarak tedavilerde sadece SUT eki EK-2/D-2 Listesinde (**Ek: RG-18/02/2015- 29271/ 2 md. Yürürlük: 18/02/2015**) **G80 ve (*) işaretli tamlarda** (**Değişik: RG- 25/08/2016- 29812/ 9md. Yürürlük: 24/07/2016**) (D) grubu hariç diğer tanımlarda yapılan uygulamalar Kuruma fatura edilebilir. Bu tedaviler bir yıl içerisinde 60 seansı geçemez. (**Ek: RG- 30/04/2016- 29699/ 5 md. Yürürlük: 11/05/2016**) Ancak 3713 sayılı Kanuna göre aylık bağlanmış maluller, 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanununun 56 ncı maddesi veya 2330 sayılı Kanunun 2 ncı 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 yardım ve desteği olmaksızın yaşamak gereken hareketleri yapamayacak derecede malul olan vazife ve harp malulü hastalara, (**Değişik: RG- 04/02/2018- 30322/ 11-a md. Yürürlük: 15/02/2018**) **ve genel sağlık sigortası ile bakmakla yükümlü olduğu kişilere** 3713 sayılı Kanun kapsamına girmese dahi atış, tatbikat veya diğer ateşli silah yaralanmaları nedeniyle malul olan vazife ve harp malullerine, 3713 sayılı Kanunun 21 inci maddesinde sayılan olaylara maruz kalmaları nedeniyle yaralanan kişilere tedavileri sonuçlanıncaya veya maluliyetleri kesinleşinceye kadar geçen süre içerisinde SUT'un 2.4.4.F-2 maddesinin üçüncü fıkrasında tanımlanan raporlara istinaden (*) işaretli tanımlarda yapılan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları ise seans kısıtlaması olmaksızın Kuruma fatura edilebilir.

b) Uygulamalar fiziksel tip ve rehabilitasyon uzman hekimi tarafından veya bu uzman hekimlerin (**Değişik: RG- 09/09/2017- 30175/ 5 md. Yürürlük: 20/09/2017**) **gözetiminde sorumluluğunda** yapılır.

c) Fizik tedavi ve rehabilitasyon seansları en az 60 dakika olarak uygulanır. Ancak tıbbi nedenlerle fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamasının belirtilen süreden daha önce sona ermeye halinde, gerekçesinin Kurumca kabul edilmesi durumunda tedavi puanının %50'si ödenir.

(**Ek: RG- 18/03/2014- 28945/ 8 md. Yürürlük: 01/04/2014**)

(**Değişik: RG- 10/04/2014- 28968/ 3 md. Yürürlük: 18/03/2014**)

⊕ c) Fiziksel tip ve rehabilitasyon branşında ayaktan başvurularda özel sağlık hizmeti sunucuları için günlük muayene sınırı acil servis/polkliniğe başvurular hariç olmak üzere, sağlık hizmeti sunucusundaki sözleşme kapsamında çalışan hekimlerin çalışma saatlerinin 6 ile çarpılması ile bulunur. Her bir hekim için günlük muayene sayısı her halükarda 48'i geçemez.

(**Ek: RG- 30/10/2015- 29517/ 1 md. Yürürlük: 30/10/2015**)

d) (**Değişik: RG- 30/04/2016- 29699/ 5 md. Yürürlük: 11/05/2016**) Kurumumuzla sözleşmeli fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmeti veren özel sağlık hizmeti sunucularında görev yapan fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimi için günlük en fazla sekiz saat üzerinden fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulaması Kuruma fatura edilir. Günlük en fazla sekiz saat üzerinden Kuruma fatura edilebilecek fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulaması birden fazla sağlık hizmeti sunucusunda çalışan hekim için de geçerlidir. Bir fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimi ve bir fizyoterapist için (A) grubundaki işlemlerden günlük en fazla sekiz hastanın, (A) ve (B) grubundaki işlemlerden günlük toplam en fazla on iki hastanın, bir fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimi için (C) grubundaki işlemlerden günlük en fazla otuz iki hastanın, (C) ve (D) grubundaki işlemlerden ise günlük toplam en fazla altmış dört hastanın işlemi Kuruma fatura edilir. Kurumumuzla sözleşmeli fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmeti veren özel sağlık hizmeti sunucularında gerçekleştirilecek olan günlük muayene sayısı, fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulama sayısına dahil değildir. Ayaktan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarında, Kurumumuzla sözleşmeli fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmeti veren özel sağlık hizmeti sunucularında görev yapan fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimi için günlük en fazla sekiz hastanın, (A) ve (B) grubundaki işlemlerden günlük toplam en fazla on altı hastanın, bir fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimi için ilave olarak (C) grubundaki işlemlerden günlük en fazla otuz iki hastanın, (C) ve (D) grubundaki işlemlerden ise günlük toplam en fazla altmış dört hastanın işlemi Kuruma fatura edilir. Bir fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimi ile bir fizyoterapist için; (A) grubundaki işlemlerden günlük en fazla sekiz hastanın, (A) ve (B) grubundaki işlemlerden günlük toplam en fazla on altı hastanın, bir fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimi ile iki fizyoterapist için; (A) ve (B) grubundaki işlemlerden günlük toplam en fazla on altı hastanın işlemi Kuruma fatura edilir. (**Ek: RG- 25/08/2016- 29812/ 10 md. Yürürlük: 05/09/2016**) Bir fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimi ve bir fizyoterapist için (A) grubundaki işlemlerden günlük en fazla sekiz hastanın, (A) ve (B) grubundaki işlemlerden günlük toplam en fazla on altı hastanın, bir fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimi için ilave olarak (C) grubundaki işlemlerden günlük en fazla otuz iki hastanın, (C) ve (D) grubundaki işlemlerden ise günlük toplam en fazla altmış dört hastanın işlemi Kuruma fatura edilir. Bir fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimi ile bir fizyoterapist için; (A) grubundaki işlemlerden günlük en fazla sekiz hastanın, (A) ve (B) grubundaki işlemlerden günlük toplam en fazla on altı hastanın, bir fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimi ile iki fizyoterapist için; (A) ve (B) grubundaki işlemlerden günlük toplam en fazla on altı hastanın işlemi Kuruma fatura edilir. (**Ek: RG- 25/08/2016- 29812/ 10 md. Yürürlük: 05/09/2016**) Bir fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimi için ilave olarak (C) grubundaki işlemlerden günlük en fazla otuz iki hastanın, (C) ve (D) grubundaki işlemlerden ise günlük toplam en fazla altmış dört hastanın işlemi Kuruma fatura edilir. Kurumumuzla sözleşmeli fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmeti veren özel sağlık hizmeti sunucularında gerçekleştirilecek olan günlük muayene sayısı, fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulama sayısına dahil değildir. SUT eki EK-2/D-2 Listesinde yer alan (**Değişik: RG- 04/02/2018- 30322/ 11-b md. Yürürlük: 15/02/2018**) **G80 ve (*) işaretli** (D) grubu hariç diğer tanımlarda verilen yatarak fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarında ise bu hasta sayıları dikkate alınmaz.

2.4.4.F-4 - Ekstrakorporeal şok dalgası (ESWT) tedavisi

(1) ESWT tedavisi için gereken uzman hekim raporu, fiziksel tip ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji ile spor hekimlerinden biri tarafından düzenlenecaktır.

(2) ESWT tedavisi, sadece epin calcanei, plantar fasiit, epikondilit ve kalsifik tendinit tanımlarında uygulanması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

(3) ESWT tedavisi SUT eki EK-2/C Listesi esas alınarak karşılanır. (**Değişik: RG- 04/02/2018- 30322/ 12 md. Yürürlük: 15/02/2018**) Bir hasta için bir yıl içinde farklı vücut bölgelerinden olmak şartıyla iki kez, aynı bölgeden bir kez olmak üzere uygulanan ESWT işlemlerine ait bedeller Kurumca karşılanır. Bir hasta için bir yıl içinde en fazla 2 farklı vücut bölgESİne uygulanan ESWT işlemlerine ait bedeller Kurumca karşılanır. (**Ek: RG- 04/02/2018- 30322/ 12 md. Yürürlük: 15/02/2018**) Bir bölge için en fazla 5 seansa kadar işlem bedeli ödenir. Ekstremítelerdeki sağ ve sol bölgeler ayrı bölge olarak değerlendirilir. (**Ek: RG- 09/09/2017- 30175/ 6 md. Yürürlük: 20/09/2017**) 2.4.4.F-2(5) fıkrasında belirtilen fizik tedavi ve rehabilitasyon tedavileri için uygulanan, sağlık raporu sayısı, bölge, seans kontrolleri hesaba katılmaz.

(4) ESWT işlemi diğer fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemleri ile birlikte faturalandırılamaz.

2.4.4.F-5 - Robotik rehabilitasyon sistemi uygulamaları

(1) Robotik rehabilitasyon sistemi uygulaması için gereken sağlık kurulu raporu, üçüncü basamak sağlık kurumlarında fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekiminin katıldığı sağlık kurulu tarafından düzenlenecektir.

(2) Robotik rehabilitasyon sistemi uygulaması SUT eki EK-2/D-2 Listesinde yer alan (**) işaretli ICD-10 kodlarındaki tanımlarda uygulanması halinde bedelleri Kurumca karşılaşır.

(3) Robotik rehabilitasyon sistemi uygulaması SUT eki EK-2/D-2 Listesinde yer alan gruplar dikkate alınmak suretiyle EK-2/C Listesinde yer alan puanlar üzerinden faturalandırılır.

(4) Robotik rehabilitasyon sistemi uygulaması işlemi diğer fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemleri ile birlikte faturalandırılamaz.

(5) Bir hasta için bir yilda en fazla 30 seans uygulanabilir. Her bir robotik rehabilitasyon sistemi için günlük en fazla 15 hasta faturalandırılabilir. (Ek: RG- 25/07/2014- 29071/ 10 md. Yürürlük: 25/07/2014) Özel sağlık hizmet sunucularında ise en fazla 8 hasta faturalandırılabilir.

(Mülga: RG- 25/08/2016- 29812/ 11 md. Yürürlük: 24/07/2016)

2.4.4.F-6 - Spor hekimliği ile tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji uygulamaları

(1) Resmi sağlık kurumlarında görevli; spor hekimlerince sunulan spor hekimliği uygulamalarının bedelinin Kurumca karşılaşabilmesi için bu hekimler tarafından, tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji uzman hekimlerince sunulan tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji uygulamalarının Kurumca bedelinin karşılaşabilmesi için bu uzman hekimler tarafından sağlık raporu düzenlenmesi gereklidir. Düzenlenecek raporda uygulanacak tedavi ve tedavi süresi belirtilecektir.

(2) Bir hasta için son bir yıl içinde en fazla; aynı bölgeden toplam 30 seans, iki farklı vücut bölgesinden toplam 60 seans fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarına ait bedeller Kurumca karşılaşır. Aynı bölge için bir yıl içinde en fazla iki sağlık raporu düzenlenebilir. Bölge, seans ve sağlık rapor sayılarının kontrollerinde 2.4.4.F-2(5) fikrasında belirtilen bölge, seans ve sağlık rapor sayıları da hesaba katılır.

(3) Spor hekimliği ile tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji uzman hekimlerince SUT eki EK-2/D-2 Listesinde yer alan tanımlarda yapılan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları SUT eki EK-2/C Listesindeki "P915030" kodlu işlem puanı esas alınarak faturalandırılır.

(Değişik: RG-09/09/2017- 30175/7 md. Yürürlük: 20/09/2017)

2.4.4.F-6 - Spor hekimliği ile tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji uygulamaları

(1) Resmi sağlık kurumlarında görevli; spor hekimlerince sunulan spor hekimliği uygulamalarının bedelinin Kurumca karşılaşabilmesi için bu hekimler tarafından, tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji uzman hekimlerince sunulan tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji uygulamalarının Kurumca bedelinin karşılaşabilmesi için bu uzman hekimler tarafından sağlık raporu düzenlenmesi gereklidir. Düzenlenecek raporda uygulanacak tedavi ve tedavi süresi belirtilecektir.

(2) Bir hasta için son bir yıl içinde en fazla; aynı bölgeden toplam 30 seans, iki farklı vücut bölgesinden toplam 60 seans fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarına ait bedeller Kurumca karşılaşır. Aynı bölge için bir yıl içinde en fazla iki sağlık raporu düzenlenebilir. Bölge, seans ve sağlık rapor sayılarının kontrollerinde 2.4.4.F-2(5) fikrasında belirtilen bölge, seans ve sağlık rapor sayıları da hesaba katılır.

(3) Spor hekimliği ile tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji uzman hekimlerince SUT eki EK-2/D-2 Listesinde yer alan tanımlarda yapılan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları SUT eki EK-2/C Listesindeki "P915030" kodlu işlem puanı esas alınarak faturalandırılır.

2.4.4.G - Genetik tetkikler

2.4.4.G-1 - Sitogenetik tetkikler

(1) SUT eki EK-2/B Listesinde "9.B Sitogenetik tetkikler" başlığı altında yer alan sitogenetik tetkik bedellerinin faturalandırılması için; yapılan işlemlere ait ayrıntılı teknik açıklamayı içeren rapor ile analiz görüntülü sonuçlarının orjinal cihaz çıktılarının imzalı fotokopisi faturaya eklenecektir. Ayrıca imzalı orjinal cihaz çıktıları istendiğinde Kuruma ibraz edilmek üzere sağlık hizmeti sunucusunda saklanacaktır. Hekim tarafından tetkik istem formunda analiz endikasyonu, tanı için gerekliliği ve tedavi protokolünü değiştirip değiştirmediği belirtilmeli ve bir örneği faturaya eklenmelidir.

2.4.4.G-2 - Moleküler tetkikler

(1) (Değişik: RG- 04/05/2013- 28637/ 3 md. Yürürlük: 01/05/2013) SUT eki EK-2/B Listesinde "9.C Moleküler tetkikler" başlığı altında yer alan moleküler tetkik bedelleri; sadece sözleşmeli/protokollü üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları ile bünyesinde, Genetik Tanı Merkezi ruhsatı/geçici çalışma izin belgesine sahip laboratuvarı bulunan ikinci basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından faturalandırılır. (Değişik: RG- 01/08/2013- 28725/ 6 md. Yürürlük: 01/05/2013) SUT eki EK-2/B Listesinde "9.C Moleküler tetkikler" başlığı altında yer alan moleküler tetkik bedelleri; sadece sözleşmeli/protokollü üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularına Genetik Tanı Merkezinde yapılması halinde ve bünyesinde Genetik Tanı Merkezi ruhsatı/geçici çalışma izin belgesine sahip laboratuvarı bulunan ikinci basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından faturalandırılır. SUT eki EK-2/B Listesinde "9.C Moleküler tetkikler" başlığı altında yer alan moleküler tetkik bedelleri; sadece sözleşmeli/protokollü üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları ile bünyesinde Genetik Tanı Merkezi ruhsatı/geçici çalışma izin belgesine sahip laboratuvarı bulunan ikinci basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından faturalandırılır. Ancak; preimplantasyon genetik tetkikler, prenatal genetik tetkikler, hematolojik maligniteler, organ ve doku nakli merkezi bulunan sağlık hizmeti sunucularında transplantasyon yapılacak alıcı ve verici adayları için bu şartlar aranmaz. Adli veya tıbbi endikasyonlara bağlı zorunluluklar dışında kişinin kendi isteğiyle olarak yaptırılan DNA testleri Kurumca hiçbir şekilde ödenmez. Yapılan işlemlere ait ayrıntılı teknik açıklamayı içeren ayrıntılı rapor ile analiz görüntülü sonuçlarının orjinal cihaz çıktılarının imzalı fotokopisi faturaya eklenecektir. Ayrıca imzalı orjinal cihaz çıktıları istendiğinde Kuruma ibraz edilmek üzere sağlık hizmeti sunucusunda saklanacaktır. Hekim tarafından tetkik istem formunda analiz endikasyonu, tanı için gerekliliği ve tedavi protokolünü değiştirip değiştirmediği belirtilmeli ve bir örneği faturaya eklenmelidir.

2.4.4.G - Kardiyak risk puanlaması

(1) SUT eki EK-2/C Listesinde P605.680'den P605.840'a, (**Değişik: RG- 10/04/2014- 28968/ 4 md. Yürürlük: 10/04/2014**) P605.890 P605.910'dan P605.970'e, P604.560'dan P605.050'ye kadar olan kodlu işlemlerin bedelleri, aşağıda belirtilen "Kardiyak Risk Puanlaması" kriterlerine göre düşük risk, orta risk ve yüksek risk olarak hasta hizmet detay belgesinde yer alan epikriz notunda risk puanı belirtilmek suretiyle;

- Düşük risk grubuna, SUT eki EK-2/C Listesinde ilgili kodlar için belirtilen bedellerin %10 eksiği,
- Orta risk grubuna listede ilgili kodlar için belirtilen bedellerin tamamı,
- Yüksek risk grubuna ise listede ilgili kodlar için belirtilen bedellerin %15 fazlası, üzerinden karşılanır.

(2) Sözleşmeli/protokollü sağlık kurumları, risk puanlamasına esas teşkil eden bilgi ve belgeleri hasta dosyasında saklamak zorundadır.

HASTA İLE İLGİLİ FAKTÖRLER			PUAN
1	Yaş	60- 65 Yaş:1, 66-70 Yaş:2, 71 Yaş ve yaş üstü:3	
2	Cinsiyet	Kadın	1
3	Kronik akciğer hastalığı	1. Solunum fonksiyon testinde hava yolu darlığı bulunması (F1/FVC %70'in altında)	1
		ve/veya	
		2. Azalmış akciğer hacmi: FVC: %80'in altında + F1/FVC:%70'in üstünde	
4	Ekstrakardiyak arteriopati	%50'nin üzerinde karotis lezyonu, geçirilmiş veya kalp ameliyatı sonrasında planlanan abdominal aorta, karotis ya da periferik damar operasyonu, radyolojik tanı	2
5	Geçirilmiş kardiyak operasyon	Perikardin daha önce açıldığı operasyon anamnesi (redo vaka)	3
6	Böbrek fonksiyon bozukluğu	Serum kreatinin >2.26mg/dl ve/veya GFR <60 ml/dk.	2
7	Böbrek yetmezliği + diyaliz hastaları (*6. madde puanı eklenmez)	A-V hemodializ fistülü ve/veya diyaliz kateterinden diyalize giriyor olması	5
8	Aktif endokardit	Ekokardiografi ve/veya pozitif kan kültürleriyle endokardit tanısı alması	3
9	Kritik preoperatif durum	Kardio pulmoner canlandırma ile ameliyata alınan hasta ve/veya İABP takılmış olarak ameliyata alınması	3
10	Diabetes Mellitus	İnsüline bağımlı Diabetes Mellitus varlığı	2
KARDİYAK FAKTÖRLER			
11	LV disfonksiyonu	Ekokardiografi veya sol ventrikülografide EF %30-%50 arasında olması	1
12		Ekokardiografi veya sol ventrikülografide EF <%30	3
13	Pulmoner hipertansiyon	Ekokardiografi veya kateterizasyon sırasında; sistolik pulmoner arter basıncı >40 mmHg	2
OPERASYONLA İLGİLİ FAKTÖRLER			
14	Torasik aorta cerrahisi	Asendan, arkus ya da desendan aort patolojilerine girişim	4
15	Post MI VSD	Ekokardiografi ve/veya kateterizasyon sırasında tanı alması	5

Beklenen Mortalite (Lojistik skor):

TOPLAM Risk Puanı:

Düşük Risk: 0-3 puan

Orta Risk: 4-6 puan

Yüksek risk: 7 ve üzeri puan

2.4.4.H - Yoğun bakım tedavisi

(1) Resmi ve özel sağlık kurumları bünyesinde kurulu bulunan yoğun bakım ünitelerinin standartları, yoğun bakım ünitelerinin tanımı, hasta özellikleri, personel durumu, yatak sayısı, tıbbi cihaz ve donanım ile yoğun bakım ünitelerinin

taşıması gereken diğer özelliklerini v.b. hususlarda Sağlık Bakanlığı düzenlemelerine uyalacaktır. (Ek: RG- 30/04/2016-29699/ 6 md. Yürürlük: 30/04/2016) (Mülga: RG- 07/10/2016- 29850/ 7 md. Yürürlük: 18/10/2016) Türk Silahlı Kuvvetleri'ne bağlı sağlık hizmeti sunucuları hariç olmak üzere, (Ek: RG- 18/01/2016- 29597/ 4 md. Yürürlük: 01/01/2016) Sağlık Bakanlığı tarafından herhangi bir nedenle seviyelendirilmemiş yoğun bakım yataklarında verilen tedaviler birinci basamak yoğun bakım fiyatından faturalandırılır. Tesil edilmemiş yoğun bakım yataklarında verilen tedaviler ise faturalanılmaz.

(2) Yoğun bakım tedavileri SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan puanlar üzerinden faturalandırılır. (Mülga: RG- 21/04/2015- 29333/ 5 md. Yürürlük: 01/05/2015) Yoğun bakım tedavisi uygulanmayan günlerde verilen sağlık hizmetleri, hizmet başına ödeme yöntemiyle faturalandırılabilir. Yoğun bakım tedavisi sürmekte iken; EK-2/C Listesinde yer alan A, B, C grubu işlemin uygulanması durumunda işlemin yapıldığı gün, tariya dayalı yoğun bakım puanı faturalandırılabilir. Bu durumda yapılan işlemin SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan işlem puanı ile tariya dayalı işlemlerde ayrıca faturalandırılabilen tıbbi malzeme bedelleri faturalandırılabilir. D ve E grubu işlemler yoğun bakım bedellerine dahil olup ayrıca faturalanılmaz.

(3) Anestezi sonrası bakım hizmetleri (PACU) için yoğun bakım bedelleri faturalanılmaz.

(4) Yoğun bakımdaki hastalara uygulanan (Ek:RG-10/05/2018-30417/ 2 md. Yürürlük:18/05/2018) sürekli hemodiyalitasyon/hemofiltrasyon, plazmaferez tedavileri, prematüre retinopatisinde lazer tedavisi (Ek: RG- 21/04/2015-29333/ 6 md. Yürürlük: 01/05 /2015), terapötik hipotermi tedavisi SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan işlem puanı ve o işleme ilişkin (Mülga:RG-10/05/2018- 30417/ 2 md. Yürürlük:18/05/2018) ayrıca faturalandırılabilen tıbbi malzeme bedelleri ile hemodiyaliz tedavisi SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan işlem puanı üzerinden ayrıca faturalandırılabilcektir.

(Ek: RG-08/06/2017-30090/ 2-a md. Yürürlük:19/06/2017)

(5) "Trombositsüsپانسیون" (705440,705441,705442,705443 kodlu işlemler) ve "aferez trombosit" bedelleri ile aferez trombosit işlemine ilişkin SUT'ta belirtilen faturalandırılabilen tıbbi malzeme bedelleri de ayrıca faturalandırılabilcektir.

(6) Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı) tarafından temin edilen Botulismus Polivalan Antiserumu (Tip A, B ve E), (Ek: RG-08/06/2017-30090/2-b md. Yürürlük:18/01/2016) Botulismus Polivalan Antiserumu (Tip A, B, C, D, E, F, G), ATC kodu "B01AC, B01AD, R07AA" olan ilaçların parenteral formları ile immünsuprese veyaimmün yetmezliği olan hastalarda ATC kodu "J02AA, J02AC, J02AX (Ek:RG-08/06/2017-30090/2-c md. Yürürlük:14/03/2016) ,V03AB34 " olan ilaçların parenteral formları, ayrıca faturalandırılabilcektir.

(7) Aynı sağlık kurumunda aynı gün birden fazla basamakta yoğun bakım tedavisi görünen hasta için bir yoğun bakım bedeli faturalandırılabilir. Hastanın genel durumu itibarıyle bulunduğu basamaktan farklı bir basamağa geçmesi durumunda, gelişmeler hizmet detay belgesinde yer alan epikriz notunda belirtilmelidir.

(8) Yoğun bakımda yatan hastanın, yattığı ilk gün ile vefat ettiği veya yoğun bakımından çıkarıldığı gün ya da başka bir sağlık hizmeti sunucusunun yoğun bakım servisine sevk edildiği gün verilen sağlık hizmetleri, hizmet başına ödeme yöntemiyle faturalandırılır.

(Ek: RG-08/06/2017-30090/ 2-ç md. Yürürlük:19/06/2017)

(9) Yoğun bakım tedavileri SUT eki EK-2/C Listesinden faturalandırıldığından kan ürünleri işlem puanına dahildir

2.4.4.1 - Fakoemülsifikasyon (FAKO) işlemleri

(1) Kurumla sözleşmeli özel sağlık hizmeti sunucuları, FAKO işlemi uygulayacakları hastalar için planlanan işlem tarihini, en az 2 gün öncesinde Kurum bilgi işlem sistemi üzerine kaydedeceklerdir. Kurum bilgi işlem sistemi üzerinde gerekli düzenlemeler yapılincaya kadar bu hükmü uygulanmaz.

(Mülga: RG- 05/07/2018-30469/ 4 md. Yürürlük: 05/07/2018)

(2) (Değişik: RG- 01/08/2013- 28725/ 7 md. Yürürlük: 01/08/2013) SUT eki EK-2/C Listesindeki "P617340" kodlu işlem, üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularına işlem puanına %35 ilave edilerek faturalandırılır. SUT eki EK-2/C Listesindeki "P617340" kodlu işlem, üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularına işlem puanına (Değişik: RG- 12/11/2013- 28819/ 4 md. Yürürlük: 12/11/2013) %25 %30 ilave edilerek faturalandırılır.

(Ek: RG- 01/08/2013- 28725/ 7 md. Yürürlük: 01/08/2013)

(3) (Mülga: RG- 01/10/2014- 29136/ 5 md. Yürürlük: 01/10/2014) SUT eki EK-2/B Listesindeki "617340", "617341", "617342" kodlu, EK-2/C Listesindeki "P617340", "P617341", "P617342" kodlu işlemlerin yapılması halinde, işlem tarihinden itibaren 6 (altı) ay içinde aynı sağlık hizmeti sunucusunda "P617410" kodlu Lazer kapsülotomi sineşiotomi işleminin de yapılması durumunda; "P617410" kodlu işlem bedeli Kurumea karşılanmaz. SUT eki EK-2/B Listesindeki "617340", "617341", "617342" kodlu, EK-2/C Listesindeki "P617340", "P617341", "P617342" işlemlerin yapılması halinde işlem tarihinden itibaren 6 (altı) ay içinde başka bir sağlık hizmeti sunucusunda P617410 Lazer kapsülotomi sineşiotomi işlemi yapılması durumunda ise "P617410" kodlu işlem bedeli Kurumea karşılanır ve SUT eki EK-2/B Listesindeki "617340", "617341", "617342" kodlu, EK-2/C Listesindeki "P617340", "P617341", "P617342" kodlu işlemleri yapan sağlık hizmeti sunucusundan "P617410" kodlu işlem bedeli mahsup edilir.

(Ek: RG- 12/11/2013- 28819/ 4 md. Yürürlük: 12/11/2013)

(4) Göz hastalıkları branşında ayaktan başvurularda özel sağlık hizmeti sunucuları için günlük muayene sınırı acil servis/polkliniğe başvurular hariç olmak üzere, sağlık hizmeti sunucusundaki sözleşme kapsamında çalışan hekimlerin çalışma saatlerinin 4,5 ile çarpılması ile bulunur. Küsuralı rakamlar üsté tamamlanır. Her bir hekim için günlük muayene sayısı her halükarda 45'i geçmez. SUT eki EK-2/B Listesindeki 617340, 617341, 617342 kodlu işlemler ile EK-2/C Listesindeki P617340, P617341, P617342 kodlu işlemlerin yapılması halinde her bir işlem için hekim çalışma saatinden 30 dakika düşülverek yeni günlük muayene sayısı hesaplanır.

2.4.4.1 - Yardımcı üreme yöntemi tedavileri

(1) Invitro fertilizasyon işlemleri (IVF), 5510 sayılı Kanunun 63 üncü maddesinde tanımlanan "yardımcı üreme yöntemi" olarak kabul edilir. Ovulasyon induksiyonu (OI) ve intrauterin inseminasyonu (IUI) işlemi bu kapsamda değerlendirilmez.

2.4.4.i-1 - İnvitro fertilizasyon (IVF)

(1) **(Değişik: RG- 25/07/2014- 29071 / 11 md. Yürürlük: 25/07/2014)** Evli olmakla birlikte eşlerden herhangi birinin evlat edinilmiş çocukları hariç soy bağı kurulmuş sağ çocuğunun olmaması koşuluyla; **(Değişik: RG- 18/02/2015-29271 / 3 md. Yürürlük: 18/02/2015)** Evli olmakla birlikte evlat edinilmiş çocukları hariç çocuk sahibi olmayan **Evi 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 **(Değişik: RG- 01/10/2014- 29136/ 6 md. Yürürlük: 01/10/2014)** ~~iş üç~~ deneme (siklus) ile sınırlı olmak üzere uygulanan IVF tedavilerine ilişkin giderler, aşağıda belirtilen şartların birlikte gerçekleşmesi halinde Kurumca karşılanır.

a) Yapılan tıbbî tedavileri sonrasında normal tıbbî yöntemlerle çocuk sahibi olamadığının ve ancak yardımcı üreme yöntemi ile çocuk sahibi olabileceğine dair sağlık kurulu raporu düzenlenmiş olması,

b) **(Değişik: RG- 25/07/2014- 29071 / 11 md. Yürürlük: 25/07/2014)** ~~23 yaşını doldurmuş, 40 yaşından gün almamış olması, 23 yaşını doldurmuş, 39 yaşından küçük,~~

c) Uygulamanın yapıldığı merkezin Kurum ile sözleşmeli/protokollü olması,

ç) En az beş yıldır genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olunan kişi olup, 900 gün genel sağlık sigortası prim gün sayısının olması veya halen genel sağlık sigortalısı olan kadının bu bireysel koşulları taşımaması halinde eşinin gerekli koşulları sağlanması,

d) Son üç yıl içinde diğer tedavi yöntemlerinden sonuç alınamamış olduğunun Kurumla sözleşmeli/protokollü sağlık hizmeti sunucusu sağlık kurulları tarafından belgelenmesi.

(2) IVF tedavisine başlanan kadının IVF uygulama tarihinde (embriyo transferinin yapıldığı tarih) 40 yaşından gün almış olması durumunda, IVF tedavisi ait bedeller Kurumca karşılanmaz. Ancak kadının 40 yaşından gün aldığı tarihten önce düzenlenmiş geçerli sağlık raporunun bulunması ve rapor tarihinden itibaren 30 gün içinde embriyo transferinin gerçekleştirilmiş olması durumunda, IVF tedavisine ilişkin sağlık hizmetleri Kurumca karşılanır.

(3) Kuruma devredilen sosyal güvenlik kurumlarında daha önce ödenen tüp bebek tedavileri, işlem adetlerinin hesaplanmalarında dikkate alınır.

(4) IVF bedellerinin ödenebilmesi için IVF uygulanacak kadında gebeligin sürdürülmesine engel olabilecek sistemik hastalığın bulunmadığının IVF tedavisi için gerekliliği kurulu raporda belirtilmesi yeterlidir.

(Ek: RG- 01/10/2014- 29136/ 6 md. Yürürlük: 01/10/2014)

(5) Harp malullüğü kapsamında aylık almakta olan harp malullerinin kendileri ve bunların eşleri, 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanuna veya 2330 sayılı Kanun hükümleri uygulanarak aylık bağlanması gerektiğini kanunlara göre malullük aylığı almakta olan vazife malullerinin kendileri ile bunların eşleri, bu Kanunun 47 ncı maddesi ile 5434 sayılı Kanunun 56 ncı maddesi ve mülga 45 inci maddesi kapsamında vazife malulü olarak aylık almakta olan vazife malullerinden ise başkasının yardımı ve desteği olmaksızın yaşamak için gereken hareketleri yapamayacak derecede malul olanların kendileri ile bunların eşleri, birinci fikranın (ç) ve (d) bendlerinde belirtilen şartlar aranmaz.

2.4.4.i-1-1 - IVF endikasyonları

1) Erkek faktörü: Üro-androlojik tedaviye rağmen, en az 15 gün aralarla yapılan üç ayrı spermiyogramın hepsinde total progresif motil sperm sayısının 5 milyondan az olduğu oligoastenospermİ olguları ile azoospermİ olguları. Ancak; normal yoldan ejekülasyon- sperm elde edilemeyen bir hastalığın olduğunun ilgili uzman hekim raporu ile belgelenmesi halinde spermiyogram sonucu aranmaz.

2) Kadın faktörü:

a) Tubal faktör: Primer silier diskinez-Kartegener Sendromu varlığı, laparoskop ile onaylanmış bilateral tam tubal tikanıklık saptanın (ağır distal tubal hastalık, bilateral organik proksimal tubal tikanıklık, bilateral tubal tikanıklık veya tüp yokluğu olan) olgular, ağır pelvik yapışıklık belirlenen veya tubal cerrahi (laparoskop veya açık cerrahi ile) sonrasında gebe kalamayan olgular.

b) Endometriyozis: Hafif ve orta derece endometriyozis, ileri evre (evre 3-4) endometriyozis.

c) Hormonal -ovulatuvar bozukluklar: DSÖ Grup I-II hastalarda anovulasyonda standart tedaviye yanıtız olgular.

3) Açıklanamayan infertilite: Hem erkek, hem de kadının tetkiklerinin normal olmasına ve gonadotropinlerle en az iki deneme OI+IUI uygulanmasına rağmen evlilik tarihinden itibaren 3 yıl veya daha uzun süreli gebe kalamama hali.

4) Diğer endikasyonlar: Kötü ovaryan yanılı veya düşük ovaryan rezervli olgular.

2.4.4.i-1-2 - IVF sağlık kurulu raporu

(1) IVF tedavisi için gerekli sağlık kurulu raporu; bünyesinde kadın hastalıkları ve doğum kliniği ile üroloji kliniği (bünyesinde üroloji kliniği bulunmayan ancak üroloji uzman hekiminin konsültan olarak görev yaptığı, eğitim verilen kadın-doğum hastaneleri dahil) bulunan üçüncü basamak sağlık kurumlarında iki kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimi ve bir üroloji uzman hekiminin katılımı ile oluşturulan sağlık kurulları tarafından düzenlenecektir.

(2) Sağlık kurulu raporlarında; hasta yaşı, kimlik bilgileri, tanı, endikasyon, uygulanacak tedavi belirtilecek, ayrıca kullanılacak ilaçların günlük ve maksimum dozları da SUT'un 4.2.42.B maddesinde yer alan hükümler göz önünde bulundurularak sağlık kurulu raporlarında yer alacaktır.

(3) Sağlık kurulu raporunda;

a) Erkek faktörü için; oligoastenozoospermide total progresif motil sperm sayısı 5 milyondan yüksek olan olgularda iki deneme gonadotropin verilerek uygulanmış "OI+IUI" tedavisinin yapılmış olmasına rağmen gebe kalınmadığının (5 milyondan az olan oligoastenozoospermİ olguları ile azoospermİ olgularında bu şart aranmaz),

b) İleri evre (evre 3-4) endometriyozis olgularında; endometriyozis cerrahisi tedavisinden sonra bir yıl gebeligin sağlanmadığının veya cerrahi tedavi sonrası iki deneme gonadotropin verilerek uygulanmış "OI+IUI" tedavisi sonrası gebelik elde edilemediğinin,

c) Hafif ve orta derece endometriyozis olgularında; en az iki deneme gonadotropinlerle "OI+IUI" tedavisi sonrası gebelik elde edilemediğinin,

c) Açıklanamayan infertilite olgularında; en az iki deneme gonadotropinlerle “OI+IUI” tedavisi sonrası gebelik elde edilemediğinin,
belirtilmiş olması gereklidir.

(4) Ancak;

a) Primer silier diskinezi-Kartegener Sendromu varlığında,

b) Laparoskop ile onaylanmış bilateral tam tubal tikanıklık saptanan (ağır distal tubal hastalık, bilateral organik proksimal tubal tikanıklık, bilateral tubal tikanıklık veya tüp yokluğu olan) olgularda,

c) Ağır pelvik yapışıklık belirlenen veya tubal cerrahi (laparoskop veya açık cerrahi ile) sonrasında bir yıl içinde gebe kalamayan olgularda,

ç) DSÖ Grup I-II hastalarda anovulasyonda standart tedaviye yanıtız olgularda,

taniya dayanak teşkil eden klinik ve laboratuvar bulgularının sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla, IVF öncesinde “OI ve/veya OI+IUI” tedavisi yapılma şartı aranmaz.

(5) Sağlık kurulu raporunun düzenlendiği tarihten itibaren 6 ay içinde IVF uygulamasının yapılmaması halinde yeniden sağlık kurulu raporu düzenlenmesi gereklidir. Ancak bu süre içerisinde ilaçlar temin edilmiş ise temin edilen ilaçlar maksimum doz hesabında dikkate alınır.

(6) **(Değişik: RG- 18/02/2015- 29271/ 4 md. Yürürlük: 18/02/2015) İkinci IVF tedavisi için de yeniden sağlık kurulu raporu düzenlenmesi gereklidir. Her bir IVF tedavisi için sağlık kurulu raporu düzenlenmesi gereklidir.**

2.4.4.İ.1-3 - IVF tedavi bedellerinin ödemesi

(1) IVF tedavisi, SUT eki EK-2/C Listesinde belirtilen bedel esas alınarak faturalandırılır. Bu bedele; IVF tedavisi kapsamında yapılan ovulasyon takibi, oosit aspirasyonu, sperm-oosit hazırlanması ve inkübasyonu, ICSI (mikro enjeksiyon), invaziv sperm elde etme yöntemleri, işlem öncesi kadın ve erkeğe yapılan tetkik ve tahlil bedelleri, kullanılan her türlü sarf malzemesi ile embriyo transferi dahildir.

(2) Embriyo freezing bedeli, sadece birinci denemeden sonra SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan bedel üzerinden faturalandırılabilir.

(3) Hastaya IVF uygulamasının yapılamaması durumunda; bu süreye kadar yapılan işlemler SUT eki EK-2/B Listesi üzerinden %10 indirim yapılarak faturalandırılır. Bu durumda söz konusu işlemler deneme sayısına dahil edilmeyecektir. Ancak kullanılan ilaçlar maksimum doz hesabında dikkate alınır.

(4) IVF tedavisinin, freezing işlemi uygulanan embriyonun transferi ile yapılması durumunda işlemler, SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan “Freezing işlemi uygulanan embriyonun transferi” işlemi üzerinden faturalandırılacaktır. Bu durumda söz konusu işlem, deneme sayısına dahil edilecektir.

(5) Yaş faktörü, embriyo kalitesi ve benzeri tıbbi zorunluluk hallerinin uygulamayı yapan hekim tarafından gereçesinin belgelendirildiği durumlar hariç olmak üzere birden fazla transfer edilmesi nedeniyle birden fazla gerçekleşen doğumlarda, bebeklere ait taburcu edilinceye kadar ortaya çıkacak sağlık hizmeti bedelleri Kurumca karşılanmaz. Sözkonusu bebeklerin tedavilerinin embriyo transfer işlemini gerçekleştiren sağlık hizmeti sunucusu dışındaki sözleşmeli/protokollü sağlık hizmeti sunucusunda yapılması halinde söz konusu giderler Kurumca karşılanır ancak ödenen bedeller embriyo transfer işlemini yapan merkezden mahsup edilir.

2.4.4.İ.1-4 - Kayıtların tutulması

(1) Kurumla sözleşmeli/protokollü üremeye yardımcı tedavi merkezlerinde, IVF kapsamında yapılan her türlü tıbbi işlemin kaydının tutulması ve tutulan kayıtların denetim esnasında ibrazı zorunludur. Bu kayıtların doğru ve sağlıklı bir şekilde tutulması ve muhafazasında, merkez sorumlusu ve ruhsat (uygunluk belgesi) sahibi kişiler, müşterek ve müteselsilen yükümlüdür.

(2) Evli çiftlerin çocukların olup olmadığı ile eşler için vukuatl nüfus kayıt örneği, merkezde tutulan hasta dosyasında saklanacaktır.

2.4.4.İ.2 - Kök hücre vericisi kardeş doğmasına yönelik IVF tedavisi

(1) Hasta çocuk sahibi olup, tedavisinin başka tıbbi bir yöntemle mümkün olmaması ve tıbben zorunlu görülmESİ halinde bu çocuğun tedavisi amaçlı preimplantasyon genetik tarama yapılarak uygun kök hücre vericisi kardeş doğmasına yönelik olarak, bünyesinde kemik iliği transplantasyon merkezi bulunan üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları sağlık kurulları tarafından hasta çocuk adına düzenlenen bu durumların belirtildiği genetik uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak yapılan IVF tedavilerine ilişkin giderler, SUT'un 2.4.4.İ-1 maddesinde yer alan hükümler uygulanmaksızın Kurumca karşılanır. Bu durum dışında preimplantasyon genetik tarama ve bu işlem ile birlikte yapılan IVF bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(2) Aileler, söz konusu sağlık kurulu raporuna istinaden Kurumla sözleşmeli/protokollü üremeye yardımcı tedavi merkezlerinden (tüp bebek merkezi) birine başvurabilirler.

(3) Sağlık Kurulu raporu ile belirlenen ilaç dozları için SUT'un 4.2.42.C maddesinde yer alan hükümler geçerlidir.

2.4.4.J - Kaplıca tedavileri

(1) Kaplıca tedavileri için, resmi sağlık kurumlarında en az bir fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulları tarafından sağlık kurulu raporu düzenlenenecektir. Sağlık raporunda tanı, önerilen tedavi, seans ve gün sayısı bilgilerinin yer olması zorunludur.

(2) Sağlık kurulu raporunun düzenlendiği tarihten itibaren 6 ay içerisinde tedaviye başlanamaması halinde yeniden sağlık kurulu raporu düzenlenmesi gerekmektedir.

(3) Kaplıca tedavisine gerek görülenler, Sağlık Bakanlığıca işletme izni verilen kaplıca tesislerine müracaat edebilirler. Sağlık Bakanlığında işletme izni verilmeyen kaplıcalarda tedavi görenlerin, kaplıca tedavilerine ait bedeller Kurumca karşılanmaz.

(4) Sağlık Bakanlığında işletme izni verilen kaplıca tesisleri ile sözleşme yapılmışa kadar kaplıca tedavilerine ait giderler, hasta tarafından karşılaşacak olup tedaviye ilişkin fatura ve sağlık raporuna dayanılarak her bir gün için bir adet olmak üzere, SUT eki EK-2/B Listesinde “702.020” kodu ile yer alan “banyo-kaplıca” bedeli hastaya ödenir. SUT'ta yer alan diğer işlemler faturalandırılsa dahi bedelleri karşılaşmaz.

(5) Kaplıca tedavileri ile ilgili yol, gündelik ve refakatçi giderleri SUT'un 2.6 maddesi hükümlerine göre karşılanır.

(Ek: RG- 24/12/2014- 29215/ 6 md. Yürürlük: 01/01/2015)

2.4.4.K – Palyatif Bakım Tedavisi

(1) Palyatif bakım tedavisi, Sağlık Bakanlığınca palyatif bakım verme konusunda tescil edilmiş olan Sağlık Bakanlığına bağlı yataklı sağlık tesislerince (Ek: RG- 18/06/2016- 29746/ 8 md. Yürürlük: 29/06/2016) ve EK-2/A-1 Listesinde yer alan (Değişik:RG-09/09/2017- 30175/8 md. Yürürlük: 20/09/2017) U1 (Ek:RG- 08/06/2017- 30090/ 3 md. Yürürlük: 26/04/2017) ve U2 U1, U2 ile U4 kodlu sağlık hizmeti sunucularınca faturalandırılır.

(2) Palyatif bakım tedavisi yalnızca palyatif bakım yatağında yatan hastalara verilen hizmettir.

(3) Palyatif bakım tedavisi vermeye yetkili sağlık hizmeti sunucusunun tescil edilmiş palyatif bakım yatakları dışındaki herhangi bir yataktan bu hizmetleri göndermesi durumunda bu hizmet bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(4) Palyatif bakım tedavisi aşağıdaki hizmetleri kapsamaktadır.

a)Beslenmesi fiziksel ve psikolojik/nörolojik nedenlerle bozulup enteral, parenteral beslenme desteğine ihtiyaç duyanlar,

b)Enfeksiyon, kas ve nörolojik hastalıklar nedeniyle solunumu bozulmuş olup, invaziv ve noninvaziv mekanik ventilasyon desteğine ihtiyacı olan hastalar,

c)Enfekte yatak yarası açılan, ostomi bölgelerinde enfeksiyon, kaçak sorunları olan(trakeotomi, gastrostomi, ileostomi, kolostomi vs), kateteri olup tikanan, kırılan, giriş yeri enfeksiyonu olan yada katetere bağlı fonksiyon bulguları bulunan (diyaliz kateteri, santral venöz kateteri, şant kateterleri, ağrı portu ve kateteri, perkütan plevral kateter, perkütan mesane kateteri) hastalarının tedavisi ve tıbbi sorunlarının giderilmesi,

(5) Palyatif bakım tedavisi EK-2/C Listesindeki P560000 SUT kodundan günde en fazla 1(bir) kez faturalandırılır.

(6) Palyatif bakım tedavisi altında tedavi gören hastaya EK-2/C Listesindeki işlemlerden herhangi birinin yapılması durumunda, EK-2/C Listesindeki işlem bedeli faturalandırılır ve 2.2.2.B-1(3) maddesinde belirtilen sürelerde palyatif bakım tedavisi adı altında herhangi bir bedel ödenmez.

(Değişik: RG-05/07/2018-30469/ 5 md. Yürürlük: 05/07/2018)

(7) Palyatif bakım tedavisinin faturalandırılmasında diğer SUT kuralları geçerlidir. (Ek:RG- 09/09/2017- 30175/8 md. Yürürlük: 20/09/2017) Palyatif bakım tedavisine tanı ve tedavi kapsamında yapılan tüm işlemler dahil olup ayrıca faturalandırılmamaz.

(7) Palyatif bakım tedavisine tanı ve tedavi kapsamında yapılan tüm işlemler (SUT'un (Değişik: RG- 28/12/2018- 30639/ 6 md. Yürürlük: 05/07/2018) 2.2.1.B-4 2.2.2.B-1 maddesinin birinci fıkrasının (e) bendinde belirtilen tanıya dayalı işlemler kapsamında kullanılması halinde sağlık hizmeti sunucularınca ayrıca faturalandırılan kan bileşenleri oranları ve SUT'un 2.4.4.H maddesinin altıncı fıkrasında yer alan ilaçlar hariç) dahil olup ayrıca faturalandırılamaz.

(Ek: RG- 25/03/2017- 30018/ 9 md. Yürürlük: 05/04/2017)

2.4.4.L – Epidural Girişimler

(1) P551120, P615895 ve P615991 kodlu işlemler sadece SUT EK-2/C Listesinde belirtilen puanlar üzerinden faturalandırılacaktır. Bu işlemlerin bedelleri algoloji, beyin cerrahisi ve ortopedi ve travmatoloji branş hekimlerince üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularında yapılması halinde Kurumca karşılanacaktır.

(2) Transsakral girişimle kamera eşliğinde lomber Epidural Diskoplasti/Adezyolizis/Nöroplasti amaçlı P551120, P615895 ve P615991 kodlu işlemlerin yapılabilmesi için algoloji, nöroloji, fiziksel tip ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji ile beyin cerrahi branşlarından herhangi üç uzman hekim tarafından oluşturulan sağlık kurulu raporu düzenlenmesi gereklidir.

(3) Aşağıdaki kriterlerin tespit edildiği lomber vakalarda;

a) Daha Önce Cerrahi Tedavi Uygulanmamış Lomber Spondiloz ve Dejeneratif Disk Hastalığı Olgular İçin; aşağıdaki kriterlerin tümünün varlığı halinde;

1) Üç (3) aylık sürede konservatif tedavi, fizik tedavi, girişimsel ağrı işlemleri (faset ekleme yönelik girişimler veya arka kök ganglionia yönelik girişimler veya epidural enjeksiyon tedavilerinden en az birini görmüş olma) tedavilerinden fayda görmemiş olması,

2) Radyolojik incelemelerinde ekstrude ve sekestre disk hernisinin olmaması,

3) Radiküler ağrının olması (bacak ağrısı),

b) Daha Önce Spinal Cerrahi Tedavi Uygulanmış Nüks Olgular İçin; yeni nörolojik defisi olmayan, sekestre lomber disk hernisi bulunmayan, kontrastlı manyetik rezonans görüntüleme yöntemi ile işlem bölgesinde fibrozise ilişkin granülasyon dokusunun varlığı halinde,

bedeli Kurumca karşılanır.

2.4.4.M – İntrooperatif Nöromonitorizasyon İşlemi

(1) SUT eki EK-2/D-4 Listesinde yer alan işlemlerin, P703365 kodlu "Introoperatif nöromonitorizasyon" işlemi ile birlikte uygulanması şartıyla SUT'un 2.2.2.B (3) fıkrasında belirtilen kurallar uygulanmaksızın faturalandırılması halinde Kurumca karşılanır.

(2) Introoperatif nöromonitorizasyon işleminde; cerrahi işlemi gerçekleştiren hekim ve nöroloji/nörofizyoloji/fizik tedavi ve rehabilitasyon alanında uzmanlık ve/veya yan dal eğitimi almış hekimler tarafından düzenlenecek nöromonitorizasyon kayıt raporunun bir sureti fatura eki belge olarak ibraz edilmelidir.

(Ek:RG-08/06/2017-30090/4 md. Yürürlük:19/06/2017)

2.4.4.N – Epidermolizis Bülloza

(1) Epidermolizis bülloza tanılı hastalara yara bakım hizmetlerinin ödenebilmesi için üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından, deri ve zührevi hastalıkları uzman hekimi, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi uzman hekimi ile genel cerrahi veya çocuk cerrahisi uzman hekimlerinin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenmesi gerekmektedir. Sağlık kurulu raporu 1 (bir) yıl geçerlidir. Bu hastaların tedavisi, yatan hastalar için Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık hizmeti sunucuları ve üniversite hastaneleri tarafından sağlanacaktır. Epidermolizis bülloza hastalarının ayakta tedavisi ise sadece Evde Sağlık Hizmeti Birimlerince faturalandırılabilir. Epidermolizis bülloza hastalarının ayakta veya ayakta tedavileri kapsamındaki yara bakım hizmetleri SUT EK-2/B Listesinde yer alan "530533" kodlu "Epidermolizis bülloza hastalığında yara bakım hizmetleri" işlemi üzerinden faturalandırılır. Bu grup hastalara yara bakım hizmetlerinde kullanılan malzemeler işlem puanına dahil olup sağlık hizmeti sunucularınca ayrıca faturalandırılmaz ve şahıs ödemesi kapsamında da herhangi bir ödeme yapılmaz. Ancak bu kapsamında tedavi gören hastalara kullanılan malzemelerin sağlık hizmeti sunucusu tarafından temin edilmeyerek hastaya reçete karşılığı dışarıdan temin ettirilmesi durumunda fatura tutarı ilgili hastaya ödenerek sağlık hizmeti sunucusuna yapılacak ödemeden düşürülür.

(Ek: RG- 04/02/2018- 30322/ 13 md. Yürürlük: 15/02/2018)

2.4.4.O – Obezite Cerrahisi

(1) SUT ve eki listelerinde yer alan obezite cerrahisi işlemlerinin faturalandırılmasında aşağıdaki kurallara uyulur.

a) BMI > 40 kg/m² olan kişilerde; genel cerrahi, endokrinoloji (endokrinoloji uzmanının bulunmaması halinde dahiliye), akıl ve ruh sağlığı hastalıkları ile anestezi ve reanimasyon uzman hekimlerinin yer aldığı ve tıbbi endikasyonun belirtildiği sağlık kurulu raporunun düzenlenmesi gerekmektedir.

b) BMI 35-40 kg/m² olan ve eşlik eden hastalığı bulunan (koroner arter, diabetes mellitus, hiperlipidemi, hipertansiyon, uykı apnesi, hareket kısıtlılığına neden olan dejeneratif osteoartrit ve vertebral disk bozuklukları) kişilerde; genel cerrahi, endokrinoloji (endokrinoloji uzmanının bulunmaması halinde dahiliye), akıl ve ruh sağlığı hastalıkları, anestezi ve reanimasyon uzman hekimleri ile mevcut eşlik eden hastalığı ile ilgili branş uzman hekiminin de yer aldığı ve tıbbi endikasyonun belirtildiği sağlık kurulu raporunun düzenlenmesi gerekmektedir.

c) BMI 35-40 kg/m² olan ve eşlik eden hastalığı bulunan (koroner arter, diabetes mellitus, hiperlipidemi, hipertansiyon, uykı apnesi, hareket kısıtlılığına neden olan dejeneratif osteoartrit ve vertebral disk bozuklukları) kişilere düzenlenecek sağlık kurulu raporunda; uzman kontrolünde en az 6 ay yaşam tarzı değişikliği ve/veya medikal tedavi ile kilo verilemediğinin belirtilmesi gerekmektedir.

ç) Sağlık kurulu, hizmeti veren sağlık hizmeti sunucusunda görevli hekimlerden oluşur ve düzenlendiği sağlık hizmeti sunucusunda geçerlidir.

d) Obezite cerrahisinin yapılacağı sağlık tesislerinin tescili yapılmış üçüncü seviye erişkin yoğun bakım servisi ve endoskop ünitesi ile obezite şartlarına uygun alt yapı ve cerrahi donanım şartlarını haiz ameliyathanesi bulunmalıdır.

2.5 - Yurt dışında tedavi

2.5.1 - Yurt dışında görevlendirme halinde sağlanacak sağlık hizmetleri

(1) 5510 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) bendinde sayılan sigortalılardan işverenleri tarafından, 5510 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinde sayılan sigortalılardan özel mevzuatlarında belirtilen usûle uygun olarak;

a) Geçici görevle yurt dışına gönderilenlere sadece acil hallerde,

b) Sürekli görevle gönderilenler ile bunların yurt dışında birlikte yaşadıkları bakmakla yükümlü olduğu kişilere, acil hal olup olmadığına bakılmaksızın,

sağlanan sağlık hizmetleri bedelleri, yurt içinde sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularına tedavinin yapıldığı tarihte ödenen en yüksek tutarı aşmamak kaydıyla Kurumca karşılaşır.

(2) Sağlık hizmeti giderleri, öncelikle işverenler tarafından ödenir ve yurt dışında görevli olunduğu dair belge ile birlikte (belgede geçici veya sürekli görevlendirme yapıldığının belirtilmesi gerekmektedir) mahalli konsolosluktan, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde görevli Türk Silahlı Kuvvetleri personeline ait belgelerin ise konsolosluk veya görevlendireceği/yetki devredeceği kurum/kuruluş tarafından tasdikli rapor, fatura ve sair belgelere dayanılarak Kurumdan talep edilir. Kurumca ödemeler, ödeme tarihindeki Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası döviz satış kuru esas alınarak Türk Lirası üzerinden yapılır. Tedavi giderinin Kurumun ödediği tutarları aşması halinde aşan kısım, işverenlerce karşılanır. Uluslararası sözleşme hükümleri saklıdır.

(3) Yurt dışına geçici veya sürekli görevle gönderilen kişilerin sağlık hizmetlerinin, Kurumca ilgili ülkede sağlık sigortası yaptırımla sağlanması halinde sağlık hizmeti giderleri ödenmez.

(4) Yurt dışına geçici veya sürekli görevle gönderilenlerin bulunduğu ülkede sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusu bulunması halinde tedavi giderleri sözleşme hükümlerine göre ödenir.

(5) Yurt dışına geçici veya sürekli görevle gönderilen kişiler ile bakmakla yükümlü olduğu kişiler için yol gideri, gündelik, refakaatçi ve cenaze giderleri ödenmez.

(Ek: RG- 30/08/2014- 29104/ 2 md. Yürürlük: 18/04/2014)

(6) Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde Kurumla sözleşme hükümleri sağlık hizmeti sunucusu bulunması halinde, geçici ya da sürekli görevle bu ülkede bulunanlar ile bakmakla yükümlü olduğu kişilerin acil haller hariç sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından alınan sağlık hizmeti bedelleri Kurumca karşılaşmaz.

(Ek: RG- 25/03/2017- 30018/ 10 md. Yürürlük: 01/03/2017)

(7) 5510 sayılı Kanunun 60 inci maddesinin on ikinci fıkrası kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılanlardan özel mevzuatlarında belirtilen usûle uygun olarak sürekli veya geçici görevle gönderilenlere acil hal olup olmadığına

bakılmaksızın, sağlanan sağlık hizmeti bedelleri, yurt içinde sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularına tedavinin yapıldığı tarihte ödenen en yüksek tutarı aşmamak kaydıyla Kurumca karşılanır.

2.5.2 - Yurt dışında bulunma halinde sağlanacak sağlık hizmetleri

(1) Genel sağlık sigortalısı veya bakiyeli olduğu kişilerin yurt dışında bulundukları sırada sağlanan sağlık hizmetlerine ilişkin bedellerin ödenmesinde, bulundukları ülke ile Türkiye arasında sağlık yardımını kapsayan sosyal güvenlik sözleşmesi olması halinde sözleşme hükümleri uygulanır. Sağlık yardımını kapsayan sosyal güvenlik sözleşmesinin olmaması halinde, sağlık hizmetleri giderleri ile yol gideri, gündelik ve refakatçi vb. giderler ödenmez.

(2) **(Ek: RG- 30/08/2014- 29104/ 3 md. Yürürlük: 18/04/2014)** Türk vatandaşının genel sağlık sigortalarının ve bakiyeli olduğu kişilerin Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyetinde bulundukları sırada sağlanan sağlık hizmeti bedelleri, yurt içinde sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularına ödenen en yüksek tutarı geçmemek üzere Kurumca karşılanır. Bu ülkede Kurumla sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusu bulunması halinde acil haller hariç sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından alınan sağlık hizmeti bedelleri Kurumca karşılanmaz. Bu fikra kapsamında olan kişilere ayrıca yol ve gündelik gideri ödenmez.

2.5.3 - Tetkik/tedavi için yurt dışına gönderilme halinde sağlanacak sağlık hizmetleri

2.5.3.A - Yurt dışı tedavi

(1) Yurt içi sağlık hizmeti sunucularında sağlanamayan sağlık hizmetlerinin yurt dışı sağlık hizmeti sunucularında sağlanabilmesi için aşağıdaki düzenlemelere uyulacaktır.

2.5.3.A-1 - Yurt dışı tedavi sağlık kurulu raporu

(1) Yurt dışı tedavi için gerekli sağlık kurulu raporları;

a) Doku ve organ nakli için Kurumun resmi internet sitesinde yayımlanan "Yurt Dışında Doku ve Organ Nakli Amacıyla Sağlık Kurulu Raporu Vermeye Yetkili Resmi Sağlık Kurumları Listesi" nde yer alan hastanelerin sağlık kurullarına,)

b) Diğer tedaviler için ise üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarının sağlık kurullarına,

c) SUT eki "Yurt Dışına Tedaviye Gönderileceklerle İlişkin Sağlık Kurulu Raporu" (EK-2/E-1) formatına uygun olarak düzenlenecek ve raporda altı ayı geçmemek kaydı ile tedavi süresi belirtilecektir.

(2) Sağlık kurulu en az biri ilgili dal uzman hekimi olmak kaydıyla; üniversitede hastanelerde beş öğretim üyesi, eğitim ve araştırma hastanelerinde beş eğitim görevlisi katılımıyla oluşturulacaktır.

(3) **(Değişik: RG- 30/08/2014- 29104/ 4 md. Yürürlük: 25/07/2014)** Düzenlenen sağlık kurulu raporları Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesince veya Kurumca yetkilendirilen ve Kurumun resmi internet sitesinde ilan edilerek duyurulan hastanelerce teyit edilecek ve sonrasında Sağlık Bakanlığının onaylanacaktır. Düzenlenen sağlık kurulu raporları Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve İzmir Yenişehir Eğitim ve Araştırma Hastanesinden herhangi biri tarafından teyit edilecek ve sonrasında Sağlık Bakanlığının onaylanacaktır. **(Mülga: RG- 07/10/2016- 29850/ 8 md. Yürürlük: 18/10/2016)** Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı tıp fakültesi hastaneleri tarafından kendi mevzuatına uygun düzenlenen yurt dışı tedaviye ilişkin sağlık kurulu raporlarının Sağlık Bakanlığının onaylanması olması yeterli sayılacaktır.

(4) Söz konusu işlemler sonrasında, Dışşeri Bakanlığı nezdinde gerçekleştirilecek işlemler Kurum tarafından yürütülecektir.

2.5.3.A-2 - Raporların yenilenmesi, bekleme süreleri ve süre uzatımı

(1) **(Değişik: RG- 30/04/2016- 29699/ 7 md. Yürürlük: 30/04/2016)** Yurt dışı tedavilerine ilişkin raporların Sağlık Bakanlığının onaylanmasıından itibaren 3 ay içinde yurt dışına çıkmak üzere işlem yapılmaması halinde yenilenmesi gereklidir. Yurt dışı tedaviye ilişkin raporların Sağlık Bakanlığının onaylanmasıından itibaren üç ay içinde yurt dışına çıkmaması nedeniyle işlem yapılmayan raporların yenilenmesi gereklidir.

(2) Yurt dışı tedavi süresi raporda belirtilen süreyi geçmez. Tibbi nedenlerle yurt dışında tedavinin uzaması halinde, tıbbi gerekçeler misyon şeflikleri vasıtasyyla Kuruma gönderilir. Tedavi süresinin uzatılmasının uygun olup olmadığı konusunda Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinin veya bu konuda Kurumca yetkilendirilmiş hastanelerden birinin yazılı görüşü alınarak altı ayı geçmeye dönenler halinde **(Mülga: RG- 25/07/2014- 29071/ 12 md. Yürürlük: 01/01/2014)** en çok iki yıla kadar Kurumun onayı ile tedavi süresi uzatılabilir. Belirlenen ya da uzatılan sürenin aşılması halinde aşilan süreye ait tedavi giderleri ile gündelik ve refakatçi giderleri ödenmez.

(3) Yurt içinde sağlanamayan organ nakli işlemleri yurt dışında uzun bekleme sürelerini gerektirdiğinden, hastaların yurt dışındaki ilk tetkiklerinin tamamlanmasını müteakip uygun organ teminine kadar gelecek süredeki tetkik ve tedavileri yurt içinde yapılacaktır. Uygun organ temini üzerine hasta, yeni bir sağlık kurulu raporuna ihtiyaç duyulmadan nakil işlemi için yurt dışına gönderilecektir. Ancak hastanın organ nakli sırasına alındığı tarihten itibaren bekleme süresinin beş yılı geçmesi halinde, yurt dışına gönderilmeye ilişkin sağlık kurulu raporunun SUT'un 2.5.3.A-1 maddesi doğrultusunda yenilenmesi ve ilgili onayların yapılmış olması gereklidir.

(4) Organ nakli tedavisi için yurt dışına gönderilen kişilerin, organ teminine kadar gelecek sürenin naklin gerçekleştirileceği ülkede geçirilmesinin zorunlu olduğunu yurt dışı sağlık hizmeti sunucusunda gerekçeliyle belgelendirilmesi halinde Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığının yazılı görüşünü almak suretiyle bekleme süresinin yurt dışında geçirilmesine karar vermeye ve yurt dışında geçirilecek süreyi belirlemeye yetkilidir. Bu süre 6 ayı geçmeye dönenler halinde uzatılabilir. Yurt dışında toplam bekleme süresi iki yılı geçmez. Belirlenen ya da uzatılan sürenin aşılması halinde aşilan süreye ait tedavi giderleri ile gündelik ve refakatçi giderleri ödenmez.

(Ek: RG- 05/08/2015- 29436/ 4 md. Yürürlük: 15/09/2015)

(5) Yurt dışına tedavi amacıyla gönderilen hastaların kontrol tedavilerinin yurt içindeki sağlık hizmeti sunucularında yapılması esastır. Ancak, hastaların kontrol tedavisi amacıyla yurt dışına gönderilebilmesi için;

a) Yurt dışına tedavi amacıyla gönderilen hastaların ilk muayene ve/veya tedavi işleminin başlangıç tarihinden itibaren, organ, doku ve kök hücre nakli gibi tedaviler için gönderilen hastaların ise nakil tarihinden itibaren; dört yıllık sürenin

tamamlandığı tarihten sonraki her kontrol tedavileri için SUT'un 2.5.3.A-1 maddesinde yer alan şekil ve şartları içeren yeni bir sağlık kurulu raporu düzenlenmiş olması,

b) Hastaların bu dört yıllık süreden önceki kontrol tedavileri için yurt içindeki SUT'un 2.5.3.A-1 maddesinde belirtilen ilgili sağlık hizmeti sunucularınca ya da yurt dışında tedavi gördüğü sağlık hizmeti sunucusu tarafından kontrol tarihini de içeren gerekçeli kontrol tedavi raporunun düzenlenmiş olması,

c) Düzenlenmiş olan bu raporların SUT'un 2.5.3.A-1(3) maddesinde yer alan sağlık hizmeti sunucularından biri tarafından uygun görüлerek teyit edilmiş olması,
gerekir.

2.5.3.A-3 - Sağlık hizmeti bedellerinin ödenmesi

(1) Yurt dışında tedavi edilecek kişi, var ise yurt dışındaki sevke konu tedaviye ilişkin sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilir ve sağlık hizmeti giderlerinin tümü karşılanır. Yurt dışında sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusunun olmaması hâlinde de sevk edilen sağlık hizmeti sunucusunda yapılan tedavilere ait giderlerin tamamı Kurumca ödenir. Ancak, kişinin tercihi doğrultusunda Kurumun yurt dışında sözleşmeli olduğu sağlık hizmeti sunucusuna gitmemesi hâlinde, sözleşmeli yere ödenebilecek tutarı geçmemek üzere Kurumca ödeme yapılır, arada fark oluşması hâlinde fark kişi tarafından karşılanır.

(2) Kişiilerin Ülkemizle sosyal güvenlik sözleşmesi olan bir ülkeye gönderilmesi halinde; o ülke ile yapılan sosyal güvenlik sözleşmesinde tedavi uygulaması öngörülmüş ve tedavi amacıyla gönderilen kişi sosyal güvenlik sözleşmesinin kapsamında bulunuyorsa, bunlar hakkında sosyal güvenlik sözleşmesi hükümleri uygulanır.

(3) Yurt dışında yapılan tedavi bedelleri, Kurum tarafından yurt dışı sağlık hizmeti sunucusu banka hesabına havale edilmesi veya kişilere ödenen tutarın belge karşılığı kendilerine ödenmesi suretiyle karşılanır.

(4) Kurumca, yurt dışında yapılacak tedaviler için olacak giderlere mahsuben talep edilmesi halinde, kişilere veya sağlık hizmeti sunucusuna avans ödenebilir. Avans ödemesi misyon şefliği aracılığıyla da yapılabilir.

(5) Kurum, avans ödemeleri için, yurt dışındaki sağlık hizmeti sunucuları tarafından düzenlenen belgelerin ve raporların misyon şeflikleri tarafından onaylanması isteyebilir.

(6) Acil müdahaleyi gerektiren durumlar, sevke konu hastalığın komplikasyonuna bağlı olarak yapılan tedaviler ile ilişkili tedaviler hariç olmak üzere yurt dışına sevke konu hastalık dışındaki tedavi giderleri Kurumca ödenmez. Hastaya uygulanan başka bir tedavinin sevke konu hastalıkla ilgili olup olmadığı tespit edilemediği durumlarda yurt dışı tedavi raporunu teyit eden hastanenin görüşü alınarak işlem yapılır.

(7) Sosyal güvenlik İl müdürlükleri tarafından, SUT eki "Yurt Dışı Tedavi/Tetkik İçin Hasta İzleme Çizelgesi" (EK-2/E-3) ile birlikte yapılan işlemlerin sonucundan Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğüne bilgi verilecektir.

(Ek: RG- 25/07/2014- 29071/ 13 md. Yürürlük: 01/01/2014)

(8) Türkiye'de tedavisi yapılamayan bir hastalık için yurt dışına gönderilen hastaya, gönderildiği ülkedeki sağlık hizmeti sunucusu tarafından sevke konu tedavi dışında farklı bir tedavi uygulaması öngörmektede ise, SUT'un 2.5.3.A-1 maddesinde belirtilen rapor ve onayların öngörülen yeni tedavi için de alınmış olması halinde tedavi giderleri karşılanır. Aksi halde yeni tedavi bedeli ile bu tedaviye ilişkin yol ve gündemlik gideri Kurumca karşılanmaz.

2.5.3.B - Yurt dışı tetkik işlemleri

(1) Yurt içinde yapılamayan tetkik ve/veya tahlillerin, numunenin gönderilmesi suretiyle yurt dışı sağlık hizmeti sunucularında yaptırılabilmesi için aşağıdaki düzenlemelere uyulacaktır. Tetkik ve/veya tahlillerin kişilerin yurt dışına gönderilmesi suretiyle yapılması işlemleri SUT'un 2.5.3.A maddesi doğrultusunda yürütülecektir.

2.5.3.B-1 - Yurt dışı tetkik sağlık kurulu raporu

(1) Numunenin gönderilmesi veya hastanın gönderilmesi suretiyle tetkiklerin ve/veya tahlillerin yurt dışında yaptırılabilmesi için gerekli sağlık kurulu raporları, üniversite veya eğitim araştırma hastaneleri sağlık kurullarınca, SUT eki "Yurt Dışı Tetkike İlişkin Sağlık Kurulu Raporu" (EK-2/E-2) formatına uygun olarak düzenlenecektir. Raporlarda tetkikin/tahlisin yurt içinde yapılamadığı ayrıntılı gerekçeleri ile belirtilecektir.

(2) Sağlık kurulu, en az biri ilgili dal uzman hekimi olmak kaydıyla; üniversite hastanelerinde en az bir öğretim üyesi, eğitim ve araştırma hastanelerinde en az bir eğitim görevlisi katılımıyla oluşturulacaktır.

(3) Numunenin gönderilmesi suretiyle yurt dışında yapılacak tetkikler ve/veya tahliller için düzenlenen sağlık kurulu raporları, Sağlık Bakanlığının onaylanması gereklidir.

2.5.3.B-2 - Yurt dışı tetkik bedellerinin ödenmesi

(1) Numunenin gönderilmesi veya hastanın gönderilmesi suretiyle yurt dışında yapılan tetkik ve/veya tahlil bedeli tetkik ve/veya tahlili yapan sağlık hizmeti sunucusuna düzenlenen faturada/fatura yerine geçen belgede belirtilen tutar üzerinden, Kurum tarafından yurt dışı sağlık hizmeti sunucusu banka hesabına havale edilmesi veya kişilere ödenen tutarın belge karşılığı kendilerine ödenmesi suretiyle karşılanır.

(2) Kurumca, yurt dışında yapılacak tetkikler/tahliller için olacak giderlere mahsuben talep edilmesi halinde kişilere veya sağlık hizmeti sunucusuna avans ödenebilir. Avans ödemesi misyon şefliği aracılığıyla da yapılabilir.

(3) Kurum, avans ödemeleri için, yurt dışındaki sağlık hizmeti sunucuları tarafından düzenlenen belgelerin ve raporların misyon şeflikleri tarafından onaylanması isteyebilir.

(4) Sosyal güvenlik İl müdürlüklerince yurt dışında tetkik yapılması ile ilgili olarak yapılan işlemler sonrasında, SUT eki EK-2/E-3 ile birlikte Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğüne bilgi verilecektir.

2.5.3.C - Yurt dışı yol, gündemlik ve refakatçi giderleri

2.5.3.C-1 - Yol gideri

(1) Yurt dışına gönderilen hasta ile raporda öngörlümesi halinde bir kişiyle sınırlı olmak üzere refakatçısının (18 yaşını doldurmamış kişiler için refakatçi öngörlüme şartı aranmaz) yol gideri, ulaşım aracına ilişkin fatura/bilet tutarı üzerinden Kurumca ödenir. Yurt dışı tetkik/tedavi için düzenlenen sağlık kurulu raporunda hastanın yurt dışına tarifeli hava taşıtı dışındaki hava taşıtı ile (ambulans uçak, özel uçak vb.) naklinin gereklığının belirtilmesi halinde gidiş için söz konusu taşıt

bedelleri fatura/belge karşılığı ödenir. Yurt dışına gönderilen hastanın dönüsü için; tedavinin yapıldığı sağlık hizmeti sunucusunca tarifeli hava taşıtı dışında bir hava taşıtı ile dönmesi gerektiğini belgelendirilmesi halinde de taşit bedelleri ulaşım aracına ilişkin fatura/belge tutarı üzerinden ödenir.

(2) Tedavi/tetkik için yurt dışına gönderilen kişinin tedavi/tetkik sırasında ölümü hâlinde, cenazesinin nakil gideri ile varsa refakatçisinin yurda dönüş yol giderleri de Kurumca karşılaşır.

2.5.3.C-2 - Gündelik

(1) Yurt dışına gönderilen hasta ile raporda öngörülmesi halinde bir kişiyle sınırlı olmak üzere refakatçisine (18 yaşını doldurmamış kişiler için refakatçi öngörülme şartı aranmaz) gündelik/yemek ve yatak gideri ödemesi işlemleri aşağıda belirtilen düzenlemeye göre yürütülecektir.

(2) Ayakta tedavinin sağlandığı her gün için hasta ve refakatçının her birine “gündelik”, yatarak tedavide ise yatarak tedavi süresi ile sınırlı olmak üzere sağlık hizmeti sunucusunda kalınmayan her gün için refakatçisine yemek ve yatak gideri ödenir. Ödemelerde, 6245 sayılı Harcrahd Kanunu gereği Bakanlar Kurulunca belirlenen ilgili yıl “Yurtdışı Gündeliklerinin Hesaplanmasımda Esas Alınacak Cetvel” in (**Mülga: RG- 04/05/2013- 28637/ 4 md. Yürürlük: 01/01/2013**)^{(VI) numarası} (Aylık/kadro derecesi 5-15 olanlar) sütununda gönderilen ülke için belirlenen bedel esas alınır.

2.6 - Yol ve gündelik giderleri

2.6.1 -Yol ve gündelik gideri esasları

(1) (**Ek: RG- 25/03/2017- 30018/ 11 md. Yürürlük: 01/03/2017**) 5510 sayılı Kanunun 60 inci maddesinin onikinci, on üçüncü ve ondördüncü fikralarında sayılan kişiler hariç genel sağlık sigortalısı ve bakımla yükümlü olduğu kişilerin Kurumumuzca finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerine ilişkin yol, gündelik ve refakatçi gideri ödenebilmesi için;

a) Kişiilerin, müracaat ettikleri sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusunda yapılan hekim veya dış hekiminin muayenesi veya tedavisi sonrasında, gerekli teşhis veya tedavi cihazlarının veya ilgili branş uzmanın bulunmaması gibi tıbbi ve zorunlu nedenlerle yerleşim yeri dışındaki sağlık hizmeti sunucusuna sevk yapılması,

b) Sevkin, Kurumca belirlenen istisnalar hariç olmak üzere, sözleşmeli ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusuna yapılmış olması,

c) Sevkin, elektronik ortamda veya SUT eki “Hasta Sevk Formu” (EK-2/F) ile veya bu formda istenilen bilgilerin yer aldığı belge tanzim edilerek yapılmış olması (sevk belgesinde hekim imza ve kaşesinin dışında ayrıca başhekim onayı aranmayacaktır.).

ç) (**Değişik: RG- 25/07/2014-29071 / 14 md. Yürürlük: 18/04/2014**) Sevkin yapıldığı gün dahil 3 5 iş günü içinde sevk edilen sağlık hizmeti sunucusuna müracaat edilmiş olunması, gerekmektedir.

(**Ek: RG-09/09/2017- 30175/ 9 md. Yürürlük: 09/09/2017**)

(2) 3713 sayılı Kanuna göre aylık bağlanmış maluller, 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanununun 56 ncı maddesi veya 2330 sayılı Kanunun 2 ncı maddesinin birinci fikrasının (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 hastalar, 3713 sayılı Kanun kapsamına girmese dahi atış, tatbikat veya diğer ateşi silah yaralananları nedeniyle malul olan vazife ve harp malulleri, tedavileri sonuçlanıncaya veya maluliyetleri kesinleşinceye kadar geçen süre içerisinde 3713 sayılı Kanunun 21 inci maddesinde sayılan olaylara maruz kalmaları nedeniyle yaralanan kişilerin yerleşim yeri dışına sevki için birinci fikranın (a) bendinde yer alan şartlar aranmaz.

2.6.1.A - Yol giderlerinde esas alınacak mesafeler

(1) Sevklerin teşhis ve/veya tedavinin sağlanabildiği en yakın sağlık hizmeti sunucusuna yapılması esastır. Ancak, hekimin veya dış hekiminin muayenesi veya tedavisi sonrasında, gerekli teşhis veya tedavi cihazlarının veya ilgili branş uzmanın bulunmaması gibi tıbbi ve zorunlu nedenlerle yerleşim yeri dışındaki sağlık hizmeti sunucusuna sevk yapılması durumunda, Kurumca belirlenen istisnalar hariç olmak üzere;

a) (**Değişik: RG-21/03/2018-30367/5-a md.Yürürlük:01/04/2018**) Birinci basamak resmi sağlık kuruluşu tarafından yapılan sevklerle ilişkin yol gideri, ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusunu bulumayan ilçelerden en yakın ikinci basamak sağlık hizmeti sunucusunun bulunduğu yerleşim yeri, İkinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusu bulumayan ilçelerde birinci basamak resmi sağlık kuruluşu tarafından yapılan sevklerle ilişkin yol gideri, en yakın ikinci basamak sağlık hizmeti sunucusunun bulunduğu yerleşim yeri,

b) İkinci basamak sağlık hizmeti sunucularınca yapılan sevklerle ilişkin yol gideri, (**Mülga: RG-21/03/2018-30367/5-b md. Yürürlük:01/04/2018**) tedavinin yapılabıldığı en yakın üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusunun bulunduğu yerleşim yeri mesafesini aşmamak kaydıyla sevk edilen yerleşim yeri,

c) Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca yapılan sevklerle ilişkin yol gideri sevk edilen yerleşim yeri, mesafesi esas alınarak karşılanır.

(2) Sağlık hizmeti sunucuları tarafından yerleşim yeri dışına:

a) Organ, doku ve kök hücre nakli tedavisi ve/veya kontrolü (**Ek:RG-21/03/2018-30367/5-c md. Yürürlük: 01/04/2018**) (donör dahil),

b) Kanser tedavisi ve/veya kontrolü,

c) Uzuv replantasyonu (**Ek:RG-21/03/2018-30367/5-ç md.Yürürlük: 01/04/2018**) veya kontrolü,

ç) SUT'un 1.7 maddesinde tanımlanan acil hal,

d) Meslek hastalıkları hastanesine meslek hastlığı tedavisi ve/veya kontrolü,

nedenleri ile sevk edilen kişilerin tedavinin yapılabıldığı en yakın üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusunun bulunduğu yerleşim yeri mesafesi aranmaksızın sevk edildikleri yer üzerinden hesaplanan yol gideri Kurumca karşılaşır.

(3) Kurum tarafından, sürekli iş göremezlik veya malullük durumlarının tespiti ve/veya kontrolü ile 5510 sayılı Kanunun 94 üncü maddesi gereğince gerekli görülen kişilerin kontrol muayeneleri için yerleşim yeri dışına yapılan sevklerine

ilişkin yol, gündelik ve refakatçi giderleri Kurumca karşılanır. Ayrıca, Kurumca yapılan sevklerde sevkin kişilere tebliğ edildiği gün dahil 10 iş günü içinde sağlık hizmeti sunucularına müracaat edilmiş olması gerekmektedir.

(4) Kaplıca tedavilerinde yol gideri, tedavinin sağlanabildiği en yakın kaplıca tesisinin bulunduğu yerleşim yeri esas alınarak ödenir.

(5) Diyaliz tedavilerinde yol giderleri, en yakın diyaliz merkezinin bulunduğu yerleşim yeri esas alınarak ödenir. En yakın diyaliz merkezinin bulunduğu mesafeden daha uzak bir yerleşim yerinde bulunan diyaliz merkezinde diyalize gidip gelen hastaların yol giderleri, tedavinin yapılabildiği en yakın diyaliz ünitesinin (yatak kapasitesi, günlük hasta sayısı, boş yatak olup olmadığı, HBs Ag (+) hastalar için ayrı bir bölüm, HCV Ab (+) hastalar için ayrı cihaz bulunup bulunmadığı gibi durumlar dikkate alınarak) tespit edilmesi halinde Kurumca karşılanır. Hastalara diyaliz merkezinin/sağlık hizmeti sunucusunun servis hizmeti verdigini tespit edilmesi halinde servis hizmetinden faydalananlara bu mesafeler için ayrıca yol gideri ödenmez.

(Ek:RG-09/09/2017- 30175/ 10 md. Yürürlük: 09/09/2017)

(6) 3713 sayılı Kanuna göre aylık bağlanmış maluller, 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanununun 56 nci 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 yardım ve desteği olmaksızın yaşamak için gereken hareketleri yapamayacak derecede malul olan vazife ve harp malulü hastalar, 3713 sayılı Kanun kapsamına girmese dahi ateş, tatbikat veya diğer ateşli silah yaralanmaları nedeniyle malul olan vazife ve harp malulleri, tedavileri sonuçlanmaya veya maluliyetleri kesinleşinceye kadar geçen süre içerisinde 3713 sayılı Kanunun 21 inci maddesinde sayılan olaylara maruz kalmaları nedeniyle yaralanan kişiler için birinci fıkrada yer alan şartlar aranmaz.

2.6.1.B - Yol gideri sevk belgesi ve ücretler

(1) SUT eki EK-2/F veya bu formda istenilen bilgilerin yer aldığı belgede:

a) Sevk belgesini düzenleyen sağlık hizmeti sunucusu hekimi tarafından sevk belgesinde genel sağlık sigortası ve hasta bilgileri ile birlikte, sevk edildiği tarihi/tedavi branşının, sevk gereklisinin (gerekli teşhis/tedavi cihazlarının veya ilgili branş uzman hekiminin bulunmaması vb. tıbbi nedenlerinin), sevk edileceği şehir ve/veya sağlık hizmeti sunucusunun adının, hasta sevk vasıtاسının (mutat taşıt dışı araç öngörülmüş ise), sevk eden hekim tarafından refakatçi öngörülmüş ise refakatİN tibben gerekli olduğunun gereklisi ile birlikte (18 yaşındaki çocuklar için aranmaz),

b) Sevk ile müracaat edilen sağlık hizmeti sunucusu hekimi tarafından sevk belgesinde sağlık kurum/kuruluşuna başvuru tarihinin, sağlık kurum/kuruluşundan ayrılış tarihinin, ayakta ve/veya yatarak tedavi başlangıç ve bitiş tarihinin, tedavi tarihlerinde istirahat raporu verilmiş ise rapor başlangıç bitiş tarihinin, refakatçisi olması durumunda refakatçi olarak gelindiğinin/kalındığının, belirtilmesi gereklidir.

(2) Hekim imza ve kaşesinin dışında ayrıca başhekim onayı aranmaz.

(3) Elektronik ortamda alınan SUT eki EK-2/F hasta sevk formunun basılı olarak istenilip istenilmeyeceği, onay süreci ve diğer gönderilme usulleri Kurumca belirlenerek duyurulur.

(4) Elektronik sevk uygulamasında, e-sevkin Kurum tarafından belirlenen yöntem ve standartlarla (elektronik imza, şifre) imzalanması şarttır.

(5) MEDULA sisteminin ve/veya sağlık hizmet sunucusuna ait sistemin çalışmaması nedeniyle e-sevkin düzenlenemediği durumlarda manuel sevk düzenlenebilecektir. Bu durumda sevk belgesi üzerinde “Sistemlerin çalışmaması nedeniyle e-sevk düzenlenmemiştir” ibaresi kaşe ya da el yazısı ile belirtilerek ayrıca sevki düzenleyen hekim tarafından onaylanacaktır.

(6) Sağlık hizmeti sunucularının MEDULA hastane sistemini kullanmaya başlamaları veya teknik alt yapılarını oluşturmaları ve e-sevk uygulamasına geçmeleri zorunlu olup, gerekli düzenlemeler tamamlanıncaya kadar:

a) SUT'un 1.7(2) fıkrasının b ve c bentlerinde tanımlanan ve MEDULA hastane sisteminden provizyon alınamamasına rağmen sağlık hizmeti sunulması durumunda düzenlenen sevkler,

b) Birinci basamak resmi sağlık hizmeti sunucuları ve Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci **(Mülga: RG- 07/10/2016- 29850/ 9 md. Yürürlük: 18/10/2016)**, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucusu tarafından düzenlenen sevkler,

manuel olarak düzenlenebilecektir.

(7) Elektronik sevk ile sevk edilen hastanın müracaat ettiği sağlık hizmeti sunucusunda MEDULA alt yapısı bulunmaması (**Mülga: RG- 07/10/2016- 29850/ 9 md. Yürürlük: 18/10/2016**) Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı sağlık tesisleri, birinci basamak sağlık kuruluşları, diyaliz merkezleri, kaplıca tesisleri vb.) nedeniyle elektronik olarak kabul işlemi yapılamaması halinde ilgili hekim tarafından elektronik sevk belgesi üzerine, sağlık kurum/kuruluşuna başvuru tarihinin, sağlık kurum/kuruluşundan ayrılış tarihinin, ayakta ve/veya yatarak tedavi başlangıç ve bitiş tarihinin, tedavi tarihlerinde istirahat raporu verilmiş ise rapor başlangıç bitiş tarihinin, refakatçisi olması durumunda refakatçi olarak gelindiğinin/kalındığının belirtilerek ıslak imza ile onaylanması gereklidir.

2.6.1.B-1 - Mutat taşıt ile yapılan nakile ilişkin sevkler

(1) Sevk formunda sevk vasıtasi belirtilmemiş ise mutat taşıt ücreti ödenir.

(2) Mutat taşıtlı yapılan nakillerde bilet/fatura ibrazı zorunluluğu bulunmamaktadır. Ancak, yurt içinde demiryollarında, denizyollarında, karayollarında kurumlar/kuruluşlar veya özel firmalar aracılığıyla şehirlerarası yapılan yolcu taşıma içinde kullanılan araçlarda ücretsiz seyahat hakkı bulunan kişiler ile bu haktan faydalanan eşleri, ana ve babaları ile bakmakla yükümlü olunan çocukları ve eşlik eden refakatçilerinin bilet/fatura ibraz etmeleri gerekmektedir. Ücretsiz seyahat etmenin mümkün olmadığı yerler/mesafeleri için ise bilet/fatura ibrazı zorunluluğu bulunmamaktadır.

2.6.1.B-2 - Mutat taşıt ücretleri

(1) Yerleşim yeri dışındaki sağlık hizmeti sunucusuna yapılan sevklerle istinaden mutat taşıt giderleri;

a) 0-100 km arası mesafeler için fatura/bilet tutarını aşmamak üzere Ulaştırma, Denizcilik ve Haberleşme Bakanlığı tarafından Resmî Gazetedede yayımlanan “Karayolları Şehirlerarası Yolcu Taşımacılığı Alanında Uygulanacak Taban Ücret

Tarifesi Hakkında Tebliğ”de (ÜTHT) yer alan Karayoluyla Şehirlerarası Yolcu Taşımacılığında Uygulanacak Taban Ücret Tarifesinde (Ücret Tarifesi) 101-115 km arası mesafe için belirlenen tutarın,

- 1) 0-25 km arası mesafeler için 0,4
- 2) 26-50 km arası mesafeler için 0,5
- 3) 51-75 km arası mesafeler için 0,7
- 4) 76-100 km arası mesafeler için 0,8

katsayıları ile çarpımı sonucu bulunacak miktarlar üzerinden,

b) 101-2001 km ve üzeri mesafeleri için fatura/bilet tutarını aşmamak üzere ÜTHT’de yer alan “Ücret Tarifesi” esas alınarak, ödenir.

(2) Ücret Tarifesini değiştiren yeni bir düzenleme yapılmışa kadar mevcut tarifeler geçerli olacaktır. Yeniden belirlenecek tarifelerin hangi tarihten itibaren uygulanacağı Kurumca belirlenerek duyurulacaktır.

2.6.1.B-3 - Mutat taşıt dışı araçla nakile ilişkin sevkler

(1) Genel sağlık sigortalısı ve bakiyeli yükümlü olduğu kişilerin yerleşim yeri dışına mutat taşıt dışı araç (ambulans, ticari taksi, tarifeli uçak vs.) ile sevk edilmeleri halinde;

a) Sevk eden sağlık kurumcu; hastalığın ne olduğu, mutat taşıt aracı ile seyahat edememe gerekçeleri ve taşıt tipinin belirtildiği sağlık kurulu raporu düzenlenmesi (bu rapor sadece tek sefer gidiş için geçerlidir),

b) Sevk ile müracaat edilen sağlık kurumcu; tedavi sonrasında dönüş için mutat taşıt dışı araçla naklin öngörülmesi durumunda da (**Ek: RG-21/03/2018-30367/ 6 md. Yürürlük: 01/04/2018**) hastalığın ne olduğu, mutat taşıt aracı ile seyahat edememe gerekçeleri ve taşıt tipinin belirtildiği sağlık kurulu raporunun ayrıca düzenlenmesi (bu rapor sadece tek sefer dönüş için geçerlidir),

c) Acil hal nedeniyle sağlık kurulu raporu düzenlenmemeksi sevk edilen kişinin mutat taşıt dışı araç ile nakline ilişkin yol gideri, acil hal nedeniyle naklin gerekliliğinin tıbbi gerekçeli birlikte, sevk eden sağlık kurumunun ilgili hekimi tarafından imzalanmış belge ile belgelenmesi,

ve Kurumca kabul edilmesi durumunda yol gideri ödenir.

(2) (**Ek: RG- 24/12/2014- 29215/ 7 md. Yürürlük: 01/01/2015**) Belli bir program çerçevesinde sayılan tedavilerde (kemoterapi, radyoterapi, diyaliz, PUVA vb.) kişilerin mutat taşıt dışı araç ile nakillerine ilişkin gidiş-dönüş yol giderinin ödenmesinde, her seferinde sağlık kurulu raporu aranmaz. Ödeme işlemleri ilk sağlık kurulu raporuna istinaden yürütülür.

a) Kemoterapi ve radyoterapi tedavileri nedeniyle düzenlenen mutat taşıt dışı araç ile nakile ilişkin sağlık kurulu raporu 3 ay süre ile geçerlidir.

b) Diyaliz tedavileri nedeniyle düzenlenen mutat taşıt dışı nakile ilişkin sağlık kurulu raporunda en az bir erişkin/çocuk nefroloji uzman hekimi veya hastanın bulunduğu ilde nefroloji uzmanı bulunmaması durumunda sertifikalı uzman hekiminin yer alması gerekmektedir. Bu sağlık kurulu raporu 3 ay süre ile geçerlidir.

(3) Genel sağlık sigortalısı ve bakiyeli yükümlü olduğu kişiler, kendilerine bir vasıta tahsis edilmesi suretiyle başka bir yere gönderilmiş iseler, eşlik eden refakatçiye ayrıca yol gideri ödenmez.

(4) Sağlık kurulu raporlarının elektronik ortamda alınmaya başlanması durumunda ayrıca basılı olarak istenilip istenilmeyeceği, onay süreci ve diğer gönderilme usulleri Kurumca belirlenerek duyurulur.

2.6.1.B-4 - Mutat taşıt dışı araç ücretleri

(1) Mutat taşıt dışı araçla yapılan sevklerde mutlaka bilet/fatura ibrazı zorunludur. Bilet/fatura ibraz edilememesi halinde mutat taşıt bedeli üzerinden ödeme yapılır.

(2) Kişilerin özel araçları ile sağlık hizmeti sunucusuna gidiş ve/veya dönüşlerinde mutat taşıt ücreti ödenir.

(3) Kurumca ticari taksi için ödenecek ücret, ilgili yerleşim yerleri arası için geçerli mutat taşıt ücreti bedelinin 5 katını geçemez.

(4) (**Değişik: RG-21/03/2018- 30367/ 7-a md. Yürürlük:01/04/2018**) ~~Tarifeli uçak için ibraz edilen bilet/fatura tutarı, ekonomi sınıf bedeli üzerinden ödenir. Tarifeli uçak için ibraz edilen bilet/fatura tutarı, ekonomi sınıf bedeli üzerinden ödenir. (Mülga: RG-21/03/2018- 30367/ 7-a md. Yürürlük:01/04/2018) İlgili firmamın tespit edilen uçuş tarihindeki ekonomi sınıf biletini üretetinden daha düşük ücrette bilet/fatura beyanının olması durumunda, bilet/fatura bedeli üzerinden ödeme yapılacaktır. (Ek: RG-26/11/2016- 29900/ 8 md. Yürürlük: 07/12/2016)~~ Uçak ile yapılan sevklerde, faturanın/biletin yanında o seferde seyahat ettiğine ilişkin olarak uçak biniş kartının da ibraz edilmesi gerekmektedir.

(5) Kara ambulansı ve hasta nakil aracı ücreti, 07.12.2006 tarih, 26369 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları İle Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği”nin 28inci maddesi gereği belirlenen (**Ek: RG-21/03/2018-30367/ 7-b md. Yürürlük:01/04/2018**) asgari fiyatlar esas alınarak ödenir. Ancak özel kara ambulans firmalarının Sağlık Bakanlığı onayı ile yürürlüğe giren “Ambulans Ücret Tarifesi”nden daha düşük bedelle hasta nakil beyanlarının olması durumunda, kamu ve Kurum yararı doğrultusunda belirlenen ücret tarifesinden daha düşük fatura edilmesi halinde fatura bedeli üzerinden ödeme yapılacaktır.

(6) Hava ambulans ücretleri sadece uzuv replantasyonu gerektiren acil sağlık hizmeti ile SUT’un 2.4.2 maddesi kapsamında sağlanan sağlık hizmetleri için ödenir. Organın/dokunun naklini yapılacak sağlık kurumuna, hava ambulansı dışındaki özel hava taşıtı ile getirilmesi halinde gidiş-dönüş yol giderleri hava ambulansı için belirlenen tutarlar esas alınarak ödenir. Hava ambulansı ve hava ambulansı dışındaki özel hava taşıtı bedelinin ödenebilmesi için fatura ekinde taşıtin ambulans görevi maksadıyla ilk kule teması “ambulans görevi” ifadesi ile kurulmuş olması, hava aracının uçucu ve teknik kayıtlarının (motor çalışma-motor susturma arasındaki geçen zaman dilimi) ibraz edilmesi gerekmektedir. Ruhsatlandırılmış hava ve deniz ambulansları için aşağıda belirtilen ücretler azami ücretler olup ücretlere tıbbi müdahale bakım ücretleri dahildir.

a) Uçak ambulans ücretleri;

1) Turbo prob motorlu ambulans uçağı için gidiş dönüş hesap edilmek suretiyle uçuş saatine başına 2.000 (ikibin) TL + KDV,

2) Jet motorlu ambulans uçağı için gidiş dönüş hesap edilmek suretiyle uçuş saatine 3.500 (üçbinbeşüz) TL+KDV, yurt dışı uçuşlar için 4.000 (dörtbin) TL,

b) Helikopter ambulans ücretleri;

1) Tek motorlu ambulans helikopter için gidiş dönüş hesap edilmek suretiyle uçuş saatı başına 1.500 (binbeş yüz) TL+KDV,

2) Çift motorlu ambulans helikopter için gidiş dönüş hesap edilmek suretiyle uçuş saatı başına 2.750 (ikibinyediyüzelli) TL+KDV,

c-) Deniz ambulans ücretleri;

1) Deniz ambulansı için gidiş dönüş hesap edilmek suretiyle seyir saatı başına 1.500 (binbeş yüz) TL+KDV.

(7) Cenaze nakil aracı ücretleri ilgili belediye tarafından onaylanan ücret tarifesi üzerinden fatura tutarını aşmamak kaydıyla Kurumca karşılaşır.

2.6.2 - Gündelik giderleri

(1) Kişiilerin, yerleşim yeri dışındaki sağlık hizmeti sunucusuna yapılan sevklerinde hasta ve refakatçisine;

a) Ayakta tedavilerde, sevk edildikleri sağlık hizmeti sunucusuna müracaat tarihi ile tedavinin sona erdiği tarihler arasında, istirahat raporu verilen süreler dışında kalan günler için gündelik ödenir.

b) Yatarak tedavilerde, hasta ve refakatçisine yalnızca gidiş ve dönüş tarihi için gündelik ödenir.

c) Müracaat sonrası sağlık hizmeti sunucusunda yatarak tedavi edilmesi gerekliliğine rağmen, yatak bulunmaması nedeniyle sağlık hizmeti sunucusuna yatırılmaksızın geçen günler için bu durumun sağlık hizmeti sunucusuna belgelendirme şartıyla 5 günü geçmemek üzere gündelik ödenir.

(Ek: RG- 21/03/2018- 30367/ 8 md. Yürürlük: 01/04/2018)

ç) Belli bir program çerçevesinde sayılan tedaviler hariç olmak üzere sevk edilen sağlık hizmeti sunucusunda ayaktan tedavinin başvuru tarihinden itibaren 10 günü aşması halinde, gerekçesinin sevk belgesinde belirtilmesi durumunda 10 günü aşan süreler için de gündelik ödenir.

(2) Gündelikler; il dâhilindeki sevklerde (ilçe-merkez arası) 100, iller arası sevklerde ise 200 gösterge rakamının devlet memurları aylıklarına uygulanan katsayı ile çarpımı sonucu bulunacak tutar üzerinden ödenir.

(3) Sevk edilen sağlık hizmeti sunucusuna müracaat tarihi ile tedavinin sona erdiği tarihin aynı gün olması halinde gündelik ödenmez.

(4) Sevk edildiği sağlık hizmeti sunucusuna müracaatları sonrasında, hastanın sevk edildiği branş dışında başka bir branş tedavinin devamı niteliğinde sevk edilmesi ve bu durumun belgelendirilmesi halinde sevk edildiği branşta ayakta tedavi görülen günler için de gündelik ödenir.

(5) Sevk edildiği sağlık hizmeti sunucusuna müracaatları sonrasında, hastanın sevk edildiği yerleşim yerinde başka bir sağlık hizmeti sunucusunda tedavinin devamı niteliğinde sevk edilmesi ve bu durumun belgelendirilmesi halinde sevk edildiği sağlık hizmeti sunucusunda ayakta tedavi görülen günler için de gündelik ödenir.

2.6.3 - Refakatçi giderleri (Ek: RG-21/03/2018- 30367/ 9-a md. Yürürlük: 01/04/2018) (yol, gündelik)

(1) Genel sağlık sigortalısı ve bakiyeli olduğu kişilerin bir kişiyle sınırlı olmak üzere (**Mülga: RG-26/11/2016- 29900/ 9 md. Yürürlük: 07/12/2016**) (18 yaşını doldurmamış çocuklar için refakatin tıbben lüzum görülmesi şartı aranmaz) refakatçi giderlerinde; sevki düzenleyen sağlık hizmeti sunucusunca refakatin tıbben gerekliliğinin, sevk ile müracaat edilen sağlık hizmeti sunucusunca refakatçi eşliğinde gelindiğinin ve/veya kalındığının elektronik ortamda veya SUT eki EK-2/F formunda belirlmiş olması gerekmektedir. (Ek: RG- 21/03/2018- 30367/ 9-b md. Yürürlük: 01/04/2018) %40 ve üzeri engelli kişilerde, organ, doku, kök hücre nakli, uzuv replantasyonu tedavilerinde ve (Ek: RG- 26/11/2016- 29900/9 md.Yürürlük:07/12/2016) 18 yaşını doldurmamış çocuklar için bir kişi ile sınırlı olmak üzere refakatçi giderlerinin ödenmesinde yukarıda belirtilen koşullar aranmaz.

(2) Kişiilerin yatarak tedavileri sırasında hekimin veya diş hekiminin tıbben geleceği lüzum üzerine; ilgili sağlık hizmeti sunucusunca düzenlenen refakatçi kalındığına dair belgeye istinaden, hastanın yanında kalan refakatçısının yatak ve yemek giderleri, sağlık hizmeti sunucusunda Kuruma fatura edilmesi halinde SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan "refakat" puanı esas alınarak karşılanır, ayrıca bu günler için ilgililere gündelik ödenmez. Günübirlik tedavilerde SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan "refakat" kodu faturalandırılamaz.

(3) Hastanın yoğun bakım ünitesindeki yatarak tedavi süresi ile sınırlı olmak üzere sağlık hizmeti sunucusunda kalınmayan her gün için refakatçisine gündelik ödenir.

2.6.4 - Kontrol çağrılarına istinaden yapılan sevklerle ilişkin yol ve gündelik giderleri

(1) (**Değişik: RG-21/03/2018-30367/10md. Yürürlük:01/04/2018**) Mevuata uygun olarak yerleşim yeri dışındaki sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilen ve sevk edildiği sağlık hizmeti sunucusuna belirli aralıklarla kontrolü uygun görülen organ, doku ve kök hücre nakli uygulanan veya kanser tedavisi gören veya meslek hastalıkları hastanesinde meslek hastalığı nedeniyle tedavi olan hastaların; kontrol amaçlı sevkleri; Mevuata uygun olarak yerleşim yeri dışındaki sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilen ve sevk edildiği sağlık hizmeti sunucusuna belirli aralıklarla kontrolü uygun görülen organ, doku ve kök hücre nakli uygulanan, kanser tedavisi gören, uzuv replantasyonu yapılan veya meslek hastalıkları hastanesinde meslek hastalığı nedeniyle tedavi olan hastaların kontrol amaçlı sevkleri;

a) Kontrole çağrılığını gösteren belgeye istinaden birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları dahil tüm sağlık hizmeti sunucularına yapılabilecektir.

b) Kontrol çağrılarına istinaden birinci basamak sağlık hizmeti sunucusuna yapılan sevklerle ilişkin yol gideri ödemesi yapılırken, sevk belgesi ile birlikte kontrol çağrı belgesinin de ödeme belgeleriyle birlikte ibrazı/gönderilmesi zorunludur. Kontrol çağrı tarihinin sevk belgesi veya tedavi gördüğünü belirtir belge üzerinde hekim tarafından belirlenmiş olması yeterlidir. Hekim imza ve kaşesini içermeyen belge, kontrol çağrı belgesi olarak kabul edilmez.

c) Kontrol çağrılarına istinaden ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusuna düzenlenen sevklerle ilişkin yol gideri ödemesi yapılrken kontrol çağrı belgesi aranmaz.

ç) Birinci fikrada sayılan tedaviler/hastalıklar dışında kalan tedavilerin/hastalıkların kontrol amaçlı çağrılarına ilişkin giderler Kurumca karşılaşmaz.

d) Kontrol çağrılarına istinaden mutat taşıt dışı vasıta ile yapılan sevklerle ilişkin işlemler SUT'un 2.6.1.B-3 ve 2.6.1.B-4 maddeleri doğrultusunda yürütülür.

2.6.5 - Organ nakli tedavilerine ait yol ve gündelik giderleri

(1) Organ nakli tedavilerinde hastanın organın bulunduğu yere veya organın organ nakli yapılacak merkezin bulunduğu yere getirilmesine ilişkin gidiş-dönüş nakliye/transfer masrafları, Ulusal Koordinasyon Merkezi veya Bölge Koordinasyon Merkezi tarafından tutanak altına alınarak belirlenen ulaşım aracı esas alınmak kaydıyla karşılanır.

(2) Ulusal Koordinasyon Merkezi veya Bölge Koordinasyon Merkezi tarafından tutanak altına alınarak belirlenen ulaşım aracı için, SUT'un 2.6.1.B-4 maddesi doğrultusunda tespit edilen bedel, fatura/bilet tutarını aşmamak üzere ödenir.

(3) Organ naklinin gerçekleştirilememiş olması ilgili giderlerin ödenmesine engel teşkil etmez.

(4) Kemik iliği/kordon kanı nakline ilişkin yol giderleri, SUT'un 2.6.1.B-4(6) fıkrası doğrultusunda karşılanır.

(5) Uzuv replantasyonu gerektiren acil sağlık hizmeti için müracaat edilen sağlık hizmeti sunucusunca hava ambulansı ile başka bir sağlık hizmeti sunucusuna sevkin gerekli görülmeli ve bu durumun belgelendirilmesi koşulu ile hava ambulansı için SUT'un 2.6.1.B-4(6) fıkrası doğrultusunda tespit edilen bedel, fatura/bilet tutarını aşmamak üzere ödenir.

(6) Donör (verici) durumundaki kişilerin sağlık giderlerinin finansmanının Kurumumuzca karşılanması durumunda, mevzuata uygun sevk edilmeleri halinde yol, gündelik ve refakatçi giderleri Kurumca karşılanır.

2.6.6 - Kaplıca tedavilerine ait yol ve gündelik giderleri

(1) Kaplıca tedavilerine ilişkin yol, gündelik ve refakatçi giderleri, tedavi için düzenlenen sağlık kurulu raporuna dayanılarak karşılanır.

(2) Sağlık kurulu raporunun düzenlendiği gün dahil (**Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 15 md. Yürürlük: 18/04/2014**) **3 5** iş günü içinde kaplıca tesisine müracaat edilmesi gerekmektedir. Bu süre içinde kaplıca tesisine müracaat edilmemesi halinde yol gideri ve gündeliklerin ödenebilmesi için yeniden sağlık kurulu raporу düzenlenmesine gerek bulunmayıp, raporun geçerli olduğu süre içerisinde sağlık hizmeti sunucusuna tarafından elektronik ortamda veya SUT eki EK-2/F formu (sevk belgesi) düzenlenmesi ve (**Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 15 md. Yürürlük: 18/04/2014**) **3 5** iş günü içinde kaplıca tesisine müracaat edilmesi gerekmektedir.

(3) Sağlık Bakanlığınca işletme izni verilmeyen kapılcalarda tedavi görenlere ve refakatçilere ait giderler Kurumca karşılanmaz.

(4) Raporda/sevk formunda refakatin tıbben gerekli olduğunu belirtmesi (18 yaşını doldurmamış çocuklar için aranmaz) ve tedavinin yapıldığı tesis tarafından refakatçi kalındığının belgelenmesi halinde refakatçının yol giderleri ve gündelikleri Kurumca karşılanır.

(5) Yol giderleri mutat taşıt bedeli üzerinden ödenir.

2.6.7 - Belli bir program çerçevesinde sayılan tedavilere ait yol ve gündelik giderleri

(1) Belli bir program çerçevesinde tedavi gören (kemoterapi, radyoterapi, diyaliz vb.) genel sağlık sigortalısı ve bakiyeli olduğu kişilerin ilk sevk belgesine istinaden tedavilerinin devamı niteliğindeki diğer müracaatlari nedeniyle oluşan yol gideri, gündelik ve refakatçi giderlerinin ödenmesinde, her gelişileri için sevk belgesi aranmaz.

(2) Ödeme işlemleri ilk sevk belgesine istinaden, diğer müracaatlara ilişkin tedavi gördüğü tarihleri belirtir müracaat edilen sağlık hizmeti sunucusunca düzenlenecek belge doğrultusunda yürütülür.

(3) Yerleşim yerinde ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusu bulunmaması halinde birinci basamak sağlık kuruluşunca düzenlenen sevk belgesi kabul edilecek olup sözleşmeli herhangi bir sağlık hizmeti sunucusu bulunmaması durumunda ise yerleşim yerinin belirlenmesi halinde tedavi için düzenlenen geçerli sağlık raporu, sevk belgesi olarak kabul edilir.

2.6.8 - Cenaze nakil işlemleri

(1) Yerleşim yeri dışındaki sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilen, ancak yapılan tedavilere rağmen vefat eden genel sağlık sigortalısı ve bakiyeli olduğu kişilerin cenaze nakline ilişkin giderleri, sevkin düzenlendiği sağlık hizmeti sunucusunun bulunduğu yerleşim yeri mesafesini aşmamak üzere Kurumca karşılanır.

(2) Sevk edilmeksızın müracaat edilen sağlık hizmeti sunucusunda vefat eden kişilerin cenaze nakline ilişkin giderler Kurumca karşılanmaz.

(3) 5510 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinde sayılan sigortalıların cenaze nakline ilişkin giderler ilgili kamu idaresince karşılanacağından Kurumca ayrıca ödeme yapılmaz.

2.6.9 - Yol ve gündelik gideri ortak hükümleri

(1) Genel sağlık sigortalısı ve bakiyeli olduğu kişiler ile refakatçilere (**Değişik: RG- 30/08/2014- 29104/ 5 md. Yürürlük: 30/08/2014**) **müeavir olan yerleşim yeri** içindeki nakiller için yol ve gündelik gideri ödenmez.

(2) Sevk yapılmaksızın belediye/büyükşehir belediye (**Değişik: RG-30/08/2014-29104/ 5md. Yürürlük: 30/08/2014**) **müeavir olan yerleşim yeri** dışındaki bir sağlık hizmeti sunucusundan sağlık hizmeti alınması hâlinde yol gideri ve gündelik ödenmez.

(3) Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucusu tarafından yapılan sevklerdeki yol, gündelik ve refakatçi giderlerinin ödenebilmesi için sevkin, acil hal nedeniyle yapıldığının Kurumca kabul edilmesi gereklidir.

(4) Sevk edilen sağlık hizmeti sunucularına ayaktan müracaatlarda, ilgili branş uzman hekiminin bulunmaması nedeniyle sağlık hizmeti verilemediğinin ilgili sağlık hizmeti sunucusu başhekimliğince onaylanarak belgelenmesi halinde gidiş-dönüş için ilgili giderler Kurumca karşılanır.

(5) Genel sağlık sigortalısı veya bakiyeli olduğu kişilerin bu madde kapsamındaki ödemeye esas fatura ve eki belgeleri için Kurumca tıbbi uygunluk aranan veya Kurumca kabul edilmesi halinde ödenebileceği belirtilen durumlarda tıbbi uygunluk, hastane faturası ödemelerinin yapıldığı bağlı bulunulan İl Müdürlükleri tarafından verilir.

(6) 5510 sayılı Kanunun 60 inci maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (**Değişik: RG-RG-09/09/2017- 30175/11 md. Yürürlük: 29/04/2017**) **(1), (3) ve (9) (1) ve (3)** numaralı alt bentleri gereği genel sağlık sigortası kapsamına alınan kişilerin SUT'un 1.5.1 maddesinde belirtilen usul ve esaslara uygun sevklerine ilişkin yol gündelik ve refakatçi giderleri SUT'un 2.6 madde hükümleri doğrultusunda karşılanır.

(7) Kurum taşıra birimleri tarafından üçer aylık dönemler halinde, yerleşim yeri dışına yapılan sevkler ve gerekçeleri konusunda sevk eden sağlık hizmeti sunucusunun bulunduğu ilin (**Değişik: RG- 26/11/2016- 29900/ 10 md. Yürürlük: 07/12/2016**) İl Sağlık Müdürlüğüne (**Değişik: RG-21/03/2018-30367/ 11 md. Yürürlük: 01/04/2018**) Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine İl Sağlık Müdürlüğüne yazılı bilgilendirme yapılacaktır.

(8) Sürekli iş göremezlik, malfüllük ve çalışma gücü kaybı hâllerinin tespiti veya bu amaçla yapılan kontroller için sağlık hizmeti sunucusuna yapılan sevkler nedeniyle ödenecek gündelik ve yol giderleri ile refakatçi giderleri, kısa ve uzun vadeli sigorta kolları prim gelirlerinden karşılandığından Kurumun ödeme birimlerince bu durumun dikkate alınması gerekmektedir.

ÜÇUNCÜ BÖLÜM

Tıbbi Malzeme

3.1 - Tıbbi malzeme temin esasları

3.1.1 - Tanım ve genel hükümler

(1) Ortez, protez, tıbbî araç ve gereç, kişi kullanımına mahsus tıbbî cihaz, tıbbî sarf, basit sıhhi sarf ve iyileştirici nitelikteki tıbbî sarf malzemeleri tıbbî malzeme kapsamında değerlendirilir.

(2) Kurumca bedeli karşılanan tıbbî malzemelerin, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankasına (TİTUBB) kayıt/bildirim işlemi tamamlanmış olmalıdır. TİTUBB kayıt/bildirim işlemi tamamlanmamış tıbbî malzemelerin bedelleri Kurumca karşılanmaz. (**Değişik: RG- 04/05/2013- 28637/ 5-a md. Yürürlük: 01/05/2013**) Ancak, Sağlık Bakanlığı'nın tıbbî eihazlarla ile ilgili **Anacak, Sağlık Bakanlığı'nın tıbbî cihazlar ile ilgili** mevzuatı kapsamında yer almayan tıbbî malzeme bedellerinin Kurumca karşılanması ve SUT'ta belirtilen istisnalardan TİTUBB kayıt/bildirim işleminin tamamlanmış olması şartı aranmaz. TİTUBB'a kayıtlı olan bir malzemenin ayrıca üretici ve/veya distribütör firmalarca bayilerinin de TİTUBB'da tanımlanmış olması gerekmekte olup resmi kurumlar/resmi sağlık kurumlarından bu şart aranmaz. Bir malzemenin TİTUBB kayıt/bildirim işleminin tamamlanmış olması o malzemenin Kurumca bedelinin karşılanması için tek başına yeterli değildir.

(3) (**Mülga: RG- 18/01/2016- 29597/ 5 md. Yürürlük: 01/02/2016**) (**Değişik: RG- 04/05/2013- 28637/ 5-b md. Yürürlük: 01/05/2013**) Ismarlama tıbbî cihaz kapsamındaki nihai ürünlerin TİTUBB kayıt sisteminde Sağlık Bakanlığı'na kayıt alıma alınmeye kadar bedellerinin karşılanması TİTUBB kayıt/bildirim işleminin tamamlanmış olması şartı aranmaz. (**Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 16-a md. Yürürlük: 25/07/2014**) SUT eki EK 3/C 2 listesinde yer alan Ismarlama tıbbî eihaz kapsamındaki nihai ürünlerin bedellerinin karşılanması, nihai ürünler TİTUBB kayıt sisteminde Sağlık Bakanlığı'na kayıt alıma alınmeye kadar TİTUBB kayıt/bildirim işleminin tamamlanmış olması şartı aranmaz. Ancak, nihai ismarlama eihazın üretiminde kullanılan Tıbbi Cihaz Yönetmelikleri kapsamında olan malzemelerin ayrı ayrı TİTUBB kayıt/bildirim işlemi tamamlanmış olma şartı aranacaktır. Ismarlama eihazın üretiminde kullanılan ve Tıbbi Cihaz Yönetmelikleri kapsamında olmayan (Örneğin, vücudu temas etmeyen kösele, perçin, yapıştırıcı, ip vs.) malzemelerin TİTUBB kayıt/bildirim işlemi tamamlanmış olma şartı aranmayacağı. Ismarlama tıbbî cihaz kapsamındaki nihai ürünlerin bedellerinin karşılanması, bu ürünlerin TİTUBB kayıt/bildirim işleminin tamamlanmış olması şartı aranmaz. Ancak, (**Değişik: RG- 30/08/2014- 29104/ 6 md. Yürürlük: 30/08/2014**) SUT eki EK 3/C 2 listesinde yer alan nihai ismarlama eihazın SUT eki EK 3/C listelerinde yer alan nihai ismarlama eihazların üretiminde kullanılan Tıbbi Cihaz Yönetmelikleri kapsamında olan malzemelerin ayrı ayrı TİTUBB kayıt/bildirim işlemi tamamlanmış olma şartı aranacaktır. Ismarlama eihazın üretiminde kullanılan ve Tıbbi Cihaz Yönetmelikleri kapsamında olmayan (Örneğin, vücudu temas etmeyen kösele, perçin, yapıştırıcı, ip vs.) malzemelerin TİTUBB kayıt/bildirim işlemi tamamlanmış olma şartı aranmeyeacaktır.

(4) Kurumla sözleşmeli sağlık kurumlarında temin edilerek hastalara kullanılan tıbbî malzemelerin TİTUBB kayıt/bildiriminde tamımlı barkod numara bilgisi, hasta güvenliği açısından, hasta işlem dosyasında muhafaza edilir ve Kurumca gerekli görüldüğü durumlarda ibrazı zorunludur. Ancak SUT eki EK-3/A Listesinde yer alan bedeli 100 (yüz) TL'nin altındaki tıbbî sarf malzemelerin yatarak tedavi gören hastalarda kullanılması halinde (inceleme, soruşturma, denetim gibi haller hariç) barkod numara belgesinin ibrazı zorunlu değildir.

(5) Kurumla sözleşmeli 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu'na tabi resmi sağlık kurumları, temin ettikleri tıbbî malzemeler için 4734 sayılı Kanunun 19.uncu, 20. nci, 21.inci ve 22. nci maddelerinde belirtilen ihale usulleri ve doğrudan temin alımları da dahil olmak üzere yaptıkları alımların; ihale kayıt numarasını (İKN) (doğrudan temin alımlarında ihale kayıt numarası girilmez), TİTUBB kayıt numarasını, KDV hariç alış fiyatını, adedini, tarihini, hastane kodunu, firma bilgisini ve kayıt için istenen diğer tüm bilgileri "İhale/Doğrudan Temin Sonuç Bilgileri Ekranı"na eksiksiz ve düzenli olarak girmek zorundadır. (**Mülga: RG-08/06/2017- 30090/5 md. Yürürlük: 08/06/2017**) "İhale/Doğrudan Temin Sonuç Bilgileri Ekranı"na gerekli bilgileri girmeyen sözleşmeli resmi sağlık kurumlarının tıbbî malzeme bedelleri, "İhale/Doğrudan Temin Sonuç Bilgileri Ekranı"na eksiksiz ve düzenli olarak girilmesi halinde Kuruma karşılanmaz.

(6) Kurumla sözleşmeli sağlık kurumlarında yatarak tedavilerde kullanılan tıbbî malzemeler sağlık kurumu tarafından temin edilmek zorundadır. Bu malzemelerin reçete karşılığı hastaya alındırılması durumunda, fatura tutarı hastaya ödenerek ilgili sağlık kurumunun alacağından mahsup edilir.

(7) (**Değişik: RG- 04/05/2013- 28637/ 5-c md. Yürürlük: 01/05/2013**) Kurumla sözleşmeli sağlık kurumlarında yatarak tedavilerde Kurumca bedeli karşılanmayan tıbbî malzemelerin kullanıldığı durumlarda fatura tutarı hastaya ödenerek ilgili sağlık kurumunun alacağından mahsup edilir. Ancak, sağlık kurumlarına hastanın yazılı olarak bilgilendirilmesi halinde hastaya herhangi bir ödeme yapılmaz. Ayrıca bu işlemle ilgili olarak hastaneyle mahsuplaşma yapılmaz. Kurumla sözleşmeli sağlık kurumlarında yatarak tedavilerde Kurumca bedeli karşılanmayan tıbbî malzemelerin hastaya alındılarak kullanıldığı durumlarda fatura tutarı hastaya ödenerek ilgili sağlık kurumunun alacağından mahsup edilir. Ancak, sağlık kurumlarında hastaya alındıran bu tıbbî malzemenin Kurumca ödenmediğine ilişkin hastanın yazılı olarak bilgilendirilmesi halinde hastaya herhangi bir ödeme yapılmaz.

(Mülga:RG- 28/12/2018-30639/ 7 md. Yürürlük: 15/01/2019)

(8) SUT eki EK-3/C 2, EK-3/C 3 ve EK-3/C 5 listelerinde yer alan tıbbi malzemelerin yataarak tedaviler sırasında hastalara reçete edilmek suretiyle dışardan temin ettirilmesi halinde, şahıs ödemesi olarak SUT hükümleri doğrultusunda bedelleri Kurumca karşılanır. (**Ek: RG- 04/02/2018- 30322/ 14 md. Yürürlük: 04/02/2018**) Bu listelerde yer alan tıbbi malzemelerden sözleşmeler kapsamında temin edilmesi gereken malzemelerin bedelleri ise bu malzemelerin ancak sözleşmeli merkez/eezanelerden temin edilmesi halinde Kurumca karşılanır. SUT eki EK-3/C 4 listesinde yer alan, ancak yataarak tedaviler sırasında Kurumla sözleşmeli sağlık kurumlarına temin edilmesi gereken tıbbi malzeme listelerinde yer alan tıbbi malzemelerin geri ödeme işlemleri, malzemenin yataarak tedaviler sırasında hastalara reçete edilerek dışardan temin ettirilmesi halinde şahıs ödemesi kapsamında ulteri ve yedinci fikralarında yer alan hükümler doğrultusunda yapılır. Ancak tabure olan hastalara reçetelendirilecek malzemeler, ayakta tedavi kapsamında değerlendirilir.

(9) SUT eki EK-3/B Listesinde yer alan tıbbi malzemelerin SUT'ta belirtilen istisnalar hariç bedelleri Kurumca karşılaşmaz. Ayrıca bir tıbbi malzemenin söz konusu listede olmaması, o malzemenin Kurumca bedelinin karşılaşacağı anlamına gelmez.

(10) SUT eki listelerde yer alan tıbbi malzeme birim fiyatları, SUT'ta belirtilen istisnalar hariç tavan fiyatlardır.

(11) (**Değişik: RG- 04/05/2013- 28637/ 5-ç md. Yürürlük: 01/05/2013**) Sağlık hizmet sunucuları tarafından temin edilen ilgili branşlara ait SUT eki EK-3 listelerinde yer alan tıbbi malzemelerin birlikte fatura edilebileceği birebir ulyan işlem tanımı bulunmaması hallerinde ödeme işlemi, gerekli endikasyon uymu ve ilgili mevzuat hükümleri dikkate alınarak gerçekleştirilir. Bedeli Kurumca karşılaşmayan işlemlere ait tıbbi malzeme bedelleri Kurumca karşılaşmaz.

(12) (**Değişik: RG- 12/11/2013- 28819/ 5 md. Yürürlük: 12/11/2013**) SUT eki EK-3 listelerinde yer alan tıbbi malzeme fiyatları, KDV hariç fiyatlardır. İlgili kanunlarda tanımlanan KDV istisna ve muafiyetler ile SUT'ta belirtilen istisnalar hariç olmak üzere KDV ilave edilerek ödenir. SUT eki EK-3 listelerinde yer alan tıbbi malzeme fiyatları, KDV hariç fiyatlardır. İlgili kanunlarda tanımlanan KDV istisna ve muafiyetler ile SUT'ta belirtilen istisnalar ve yurt dışında faaliyet gösteren Kurumla sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları hariç olmak üzere KDV ilave edilerek ödenir. (**Ek: RG- 25/07/2014- 29071/ 16-b md. Yürürlük: 01/08/2014**) Ancak; 3065 sayılı Katma Değer Vergisi Kanununun 17 nci maddesinin birinci fıkrasında sayılan kurum ve kuruluşlara ayrıca KDV ödenmez.

(13) Kurum SUT eki EK-3 listelerinde yer alan tıbbi malzemelerin bedellerinin karşılaşabilmesi için kalite ve ürün güvenliğine ait belgeleri istemeye yetkilidir. Bu yetkisini ilgili resmi/özel kurum veya kuruluşlara yaptırıkmak suretiyle de yerine getirebilir.

(Ek: RG- 25/07/2014- 29071/ 16-c md. Yürürlük: 25/07/2014)

(14) Yurt dışında faaliyet gösteren Kurumla sözleşmeli/protokollü sağlık hizmeti sunucularında kullanılan tıbbi malzemeler için işletme gideri, hazine kesintisi, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu kesintisi bedelleri Kurumca karşılaşmaz.

(Ek: RG- 18/01/2016- 29597/ 6 md. Yürürlük: 01/10 /2015)

(15) Tıbbi malzeme alan tanımları (SUT kodları), SUT eki EK-3 listelerinde yer almaktadır. Tıbbi malzemeler bu SUT kodları ile Kuruma fatura edilebilecek olmakla birlikte, SUT eki EK-3 listelerinde yer alan SUT kodlarının, SUT eki işlem listelerinde (EK-2/B, EK-2/C gibi) yer alan SUT işlem kodlarına ilave olarak ayrıca faturalandırılabilmesi için SUT veya eklerinde ilgili tıbbi malzemenin işlem bedeline ilave olarak faturalandırılabilirliğinin belirtilmiş olması gerekmektedir.

(16) Tıbbi malzeme imal veya ithal eden firmalar tıbbi malzemelerini; Kurumca duyurulan yöntemlerle ve/veya Kurumca yayınlanan **Tıbbi Malzeme Başvuru Kılavuzu** kapsamında SUT eki EK-3 listelerindeki (**Ek: RG- 26/11/2016- 29900/ 11 md. Yürürlük: 01/12/2016**) (Ek-3/C listeleri hariç) tıbbi malzeme alan tanımlarına (SUT kodlarına), küresel ürün numarası (barkod) bazında tanımlar. SUT kodları bazında MEDULA sisteminde işlem tarihinde tanımlı olmayan tıbbi malzemelerin bedelleri Kurumca karşılaşmaz.

(17) Barkod-SUT kodu eşleştirimelerinin hatalı olduğunu herhangi bir şekilde tespit edilmesi veya tıbbi malzemelerin Kurumca belirlenen kural ve/veya kriterlere uygunsuz bir şekilde fatura edilmesi halinde, söz konusu tıbbi malzeme bedelleri ödenmez, ödenmiş ise ilgililerden yersiz ödeme kapsamında tahsil edilir.

(Ek: RG- 07/10/2016- 29850/ 10 md. Yürürlük: 07/10/2016)

(18) Ödeme kural ve/veya kriterlerinde sağlık hizmet sunucusu kısıtı bulunan tıbbi malzemelerin faturalandırıldığı SUT eki işlem bedellerinin ödemesinde de aynı kısıt aranır. Tıbbi malzemelerdeki sağlık hizmet sunucusu kısıtına uymayan işlemlerin bedelleri ödenmez.

3.1.2 - Ayakta tedavilerde kullanılan tıbbi malzemeler

(1) SUT eki "Ayakta Tedavilerde Kullanılan Tıbbi Malzemeler" (EK-3/C) Listesinde yer alan Kurumca bedeli karşılaşacak tıbbi malzemeler;

- a) Tıbbi Uygunluk Aranacak Tıbbi Malzemeler (EK-3/C-1),
- b) Eksternal Alt ve Üst Ekstremité/Gövde Protez ve Ortezleri (EK-3/C-2),
- c) Diğer Protez ve Ortezler (EK-3/C-3),
- ç) Tıbbi Sarf Malzemeleri (EK-3/C-4),
- d) Özel Hallerde Karşılanan Tıbbi Malzemeler (EK-3/C-5),

listelerinde SUT kodları, alan tanımları ve fiyatları ile tanımlanmıştır.

(2) SUT eki EK-3/C listelerinde yer almayan tıbbi malzemelerin bedelleri, SUT'ta belirtilen istisnalar hariç Kurumca karşılaşmaz.

(3) SUT eki EK-3/C listelerinde yer alan tıbbi malzemeler genel alan tanımları ile belirlenmiştir. Bu alan tanımları, benzer nitelikleri veya aynı işlevsel özellikler taşıyan tüm tıbbi malzemeleri kapsamaktadır.

(4) SUT eki EK-3/C-2, EK-3/C-3 ve EK-3/C-5 listelerinin açıklama bölümünde "I" harfi yer alan (kişiye özel ismarlama üretilen) ürünler ile ilgili olarak;

a) "İsmarlama Protez ve Ortez Merkezleri ile İşitme Cihazı Merkezleri Hakkında Yönetmelik" kapsamında Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış protez ve ortez merkezleri ile işitme cihazı merkezlerinden temin edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

b) Bu tıbbi malzemeler için fatura eki belgelere, SUT'un (**Değişik:RG-10/05/2018-30417/ 3 md. Yürürlük: 10/05/2018**) 5.3.4 5.3.2 maddesinde belirtilen belgelere ilave olarak, Sağlık Bakanlığı tarafından verilmiş ruhsatnamenin ve sorumlu müdür belgesinin "aslı gibidir" onaylı örneği eklenir. Ancak, resmi kurumlar/resmi sağlık kurumları bünyesindeki ismarlama protez ve ortez merkezlerinden bu belgeler istenmez.

(**Ek:RG- 28/12/2018-30639/ 8-a md. Yürürlük: 15/01/2019**)

c) SUT eki EK-3/C-3 listesinin "Lenfödem Bası Giysileri (İsmarlama)" ve "Yanık Bası Giysileri (İsmarlama)" başlıklarını altında tanımlanmış tıbbi malzemeler, "İsmarlama Protez ve Ortez Merkezleri ile İşitme Cihazı Merkezleri Hakkında Yönetmelik" kapsamında olmadığından sözleşme hükümleri doğrultusunda karşılanır.

(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;

(**Değişik: RG- 05/08/2015- 29436/ 5 md. Yürürlük: 01/09/2015**)

(**Değişik: RG- 25/03/2017- 30018/ 12-a md. Yürürlük: 25/03/2017**)

a) Hasta alt bezi ve çœuk alt bezi, Hasta alt bezi/ külotlu hasta alt bezi ve çœuk alt bezi, çocuk hasta alt bezi/ çocuk külotlu hasta alt bezi,

b) Kolostomi, ileostomi ve ürostomi (**Değişik: RG- 18/03/2014- 28945/ 9 md. Yürürlük: 18/03/2014**) torbaları malzemeleri,

c) Hidrofilik kendinden kayganlaştırıcılı sonda, hidro kit sonda,

ç) Aspirasyon kateteri,

ince tıbbi uygunluk aranması zorunlu olmayıp, ihtiyaç duyulması halinde tıbbi uygunluk aranabilecektir.

(6) Kullanım adetleri günlük/haftalık/aylık vb. olarak reçetelendirilebilen tıbbi malzemelerin, SUT'ta belirtilen miktarlardan fazla reçete edilmesi (**Mülga:RG- 28/12/2018-30639/ 8-b md. Yürürlük: 15/01/2019**) ve hastalar tarafından fatura karşılığı temin edilmesi durumunda, SUT'ta belirtilen kullanım adetleri doğrultusunda bedelleri Kurumca karşılanır.

(7) Kurumca bedeli karşılanan tıbbi malzemelerin kaybolması veya çalınması halinde malzemenin SUT'ta belirtilen miat süresi doluncaya kadar Kurumca yenisinin bedeli karşılanmaz.

(8) (**Mülga:RG- 28/12/2018-30639/ 8-b md. Yürürlük: 15/01/2019**) Tıbbi malzemenin reçete tarihi ile fatura tarihi arasında en fazla 10 iş günü olmalıdır. Ancak kişiye özel ismarlama olarak üretilen veya Kurumea iade alınan tıbbi malzemelerde bu süre aranmaz.

(9) (**Mülga:RG- 28/12/2018-30639/ 8-b md. Yürürlük: 15/01/2019**) İade kapsamındaki cihazlara ait işlemlerin reçete ve sağlık raporu ile birlikte reçete tarihinden itibaren 10 iş günü içinde Kurumumuz taşra teşkilatlarına başvurularak başlatılması zorunludur. Kurumea iade alınan cihazların başvuru yapılan sosyal güvenlik İl Müdürlüğü stogunda bulunmadığı durumlarda, bu cihazlara ait fatura tarihi ile stok kontrol tarihi arasında en fazla 30 iş günü bulunması halinde Kurumea bedelleri karşılanır.

(10) (**Mülga:RG- 28/12/2018-30639/ 8-b md. Yürürlük: 15/01/2019**) SUT'ta geçerlilik süreleri ayrıca belirtilenler hariç olmak üzere tıbbi malzemelerin teminine ilişkin düzenlenen sağlık raporları (**Ek: RG- 04/02/2018- 30322/ 15-a md. Yürürlük: 15/02/2018**) ve reçeteler ile ilgili olarak;

a) Sürekli kullanılan tıbbi malzemelere ilişkin sağlık raporları en fazla 2 yıl süre ile geçerlidir.

(**Değişik: RG- 04/02/2018- 30322/ 15-b md. Yürürlük: 04/02/2018**)

b) Bir defaya mahsus verilen tıbbi malzemeler için düzenlenen sağlık raporu tarihi ile fatura tarihi arasında en fazla 2 ay olmalıdır. Ancak temin edilen tıbbi malzemenin ismarlama ürün olması halinde sağlık raporu tarihi ile fatura tarihi arasındaki süre en fazla 4 ay olmalıdır.

— b) Bir defaya mahsus verilen tıbbi malzemeler için;

— 1) Sahis ödeme kapsamında temin edilecek olması durumunda, sağlık raporu tarihi ile fatura tarihi arasında süre en fazla 2 ay, temin edilen malzemenin ismarlama ürün olması ise sağlık raporu tarihi ile fatura tarihi arasındaki süre en fazla 4 ay olmalıdır.

— 2) Sözleşmeli merkez/eezanelerden temin edilecek olması durumunda, malzemenin hazır veya ismarlama olduğuna bakılmaksızın sağlık raporu tarihinden itibaren en geç 2 ay içerisinde reçetenin düzenlenmesi gerekmekte olup, sağlık raporu ile fatura tarihi arasındaki süre dikkate alınmaz.

(**Ek: RG- 09/09/2017- 30175/ 12-a md. Yürürlük: 01/10/2017**)

e) Sürekli kullanılan tıbbi malzemelere ilişkin düzenlenen sağlık raporlarına istinaden temin edilen tıbbi malzeme reçeteleri, Kurum kayıtlarında yer alan malzeme bitim tarihinden 15 gün öncesine kadar düzenlenebilir.

(**Ek: RG- 04/02/2018- 30322/ 15-c md. Yürürlük: 15/02/2018**)

ç) SUT'ta belirtilen istisnalar hariç olmak üzere sürekli kullanılan tıbbi malzemelere ilişkin reçeteler en fazla 2 (iki) aylık miktarlarda düzenlenir.

(11) Ortez, protez ve Kurumca iade alınan cihazların bakım ve onarımı;

a) Ortez, protez ve Kurumca iade alınan cihazlara ilişkin hasta kullanımı sırasında ortaya çıkabilecek bakım ve onarım masraflarından garanti kapsamı süresi içinde oluşan masraflar firma tarafından, garanti kapsamı süresi dışında oluşan masraflar ise bakım ve onarımının gereklığının Kurumca tespit edilmesi halinde Kurum tarafından karşılanacaktır.

b) Ortez, protez ve Kurumca iade alınan cihazlara ilişkin bakım ve onarım ihtiyacı olması halinde; garanti süresi içerisinde satışı yapan firmaya, garanti süresi dışında ise Kurumun ilgili birimine müracaat edilir.

c) Söz konusu malzemelerin kullanım kurallarına uyulmaması nedeniyle oluşan onarım masrafları Kurumca karşılanmaz. Bu amaçla Kurum, arızanın meydana geliş sebebinin hekim raporu ile ihtiyaç duyulması halinde ise hekim raporuna ek olarak teknik servis raporu ile tespit eder.

(12) SUT eki EK-3/C-2 ve EK-3/C-3 listelerinde yer alan tıbbi malzemeler SUT'ta belirtilen miat sürelerinden önce yenilenmez. Ancak;

a) Büyüme ve gelişme çağındaki çocuklara kullanılması gerekliliği görülen miatlı tıbbi malzemeler, malzemenin çocuğun büyümeye ve gelişmesi nedeni ile kullanılmadığı ve yenilenmesi gerektiğinin sağlık raporu ile belgelenmesi koşuluyla süresinden önce SUT hükümleri doğrultusunda yenilenebilir.

b) (Değişik: RG- 04/05/2013- 28637/ 6-a md. Yürürlük: 01/05/2013) ~~Miatlı tıbbi malzemelerin~~ SUT eki Ek-3/C-2 ve Ek-3/C-3 listelerinde yer alan ~~miatlı tıbbi malzemelerin~~ kullanım süresi dolmadan kullanıcının kasit ve kusuru olmaksızın arızalandığının veya kullanılamaz hale geldiğinin sağlık raporu ile belgelendirilmesi ve Kurumca onarımının sağlanamaması hâlinde; garanti süresi içerisinde satışı yapan firma tarafından, garanti süresi dışında ise Kurum tarafından süresinden önce yenilenebilir.

e) (Değişik: RG- 04/05/2013- 28637/ 6-b md. Yürürlük: 01/05/2013) ~~SUT eki EK-3/C-2 Listesinde yer alan tıbbi malzemelerin bakım ve onarımının mümkün olmadığı, bünyesinde protez/ortez ünitesi bulunduran resmi kurumlar/resmi sağlık kurumları tarafından düzenlenen ve protez/ortez oluşturan ara ürünlerin hangilerinin bakım ve onarımının mümkün olmadığı, ayrıntılı olarak belirtildiği sağlık raporu ile belgelenmesi koşuluyla; ilgili parçaların bakım/onarım masraflarının toplam bedelinin, protez/ortez bedelinin %75'ini aşması halinde süresinden önce SUT hükümleri doğrultusunda yenilenir.~~

c) SUT eki EK-3/C-2 Listesinde yer alan protez/ortezlerin bakım ve onarımının mümkün olmadığı durumlarda protez/ortezin süresinden önce yenilenme talepleri, protez/ortezı oluşturan ara ürünlerin hangilerinin bakım ve onarımının mümkün olmadığı, ayrıntılı olarak belirtildiği, bünyesinde protez/ortez ünitesi bulunduran resmi kurumlar/resmi sağlık kurumları tarafından düzenlenen sağlık raporu ile belgelenmesi koşuluyla, ilgili parçaların bakım/onarım masraflarının toplam bedelinin protez/ortez bedelinin %75'ini aşması halinde süresinden önce SUT hükümleri doğrultusunda kurum tarafından karşılanacaktır.

(Ek: RG- 04/05/2013- 28637/ 6-c md. Yürürlük: 01/05/2013)

ç) SUT eki EK-3/C-2 Listesinde yer alan protez/ortezlerin (Değişik: RG- 28/12/2018-30639/ 8-c md. Yürürlük: 15/01/2019) ~~yenilenme~~ miat süresi içerisinde, protez/ortezı oluşturan ara ürünlerden herhangi birisinin yenilerek mevcut protez/ortezin kullanılabilceğinin sağlık raporu ile belgelendirilmesi halinde, bakım onarımı gereken parçaların bedelleri, SUT hükümleri doğrultusunda Kurum tarafından karşılanacaktır.

(13) Protez ve ortezlerin (Değişik: RG- 28/12/2018-30639/ 8-ç md. Yürürlük: 15/01/2019) ~~yenilenme~~ miat süresi sonunda bazı parçalarının değiştirilerek kullanılabilceğinin sağlık raporu ile saptanması halinde; protez ve ortezin değişim süresi, aslina uygun olarak değiştirilen parçalardan değişim süresi en uzun olanın kullanım süresi kadar uzar. Ancak, aynı protez ve ortezin yeniden talep edilmesi halinde değişen parçaların bedeli ödenecek tutardan mahsup edilir.

(14) SUT eki EK-3/C-2 ve EK-3/C-3 listelerinde yer alan tıbbi malzemelerin miat süresini takiben yapılan bakım/onarım masraflarının toplam bedeli, SUT'ta belirtilen istisnalar hariç, tıbbi malzeme bedelinin %75'ini geçemez.

(15) Tıbbi malzemelerin yenilenmesi için düzenlenecek sağlık kurulu raporlarında, önceden Kurumca bedeli karşılanan protez veya ortezin yenilenmesi gerektiğinin gerekçeleriyle birlikte belirtilmesi gerekmektedir. Kurumca bedeli karşılanan protez veya ortezin kullanım süresinin dolduğu ve/veya sağlık kurulu raporu ile yenilenmesinin gerektiği durumlarda düzenlenecek sağlık kurulu raporlarında daha önce kullanılan protez veya ortezin belirtilmesi gerekmektedir.

(Değişik: RG- 28/12/2018-30639/ 8-d md. Yürürlük: 15/01/2019)

(16) ~~Mücbir sebeplere bağlı olarak kullanılamayacağıının belgelendirilmesi ve Kurumun da uygun görmesi durumunda, SUT eki EK-3/C-2, EK-3/C-3, EK-3/C-4 ve EK-3/C-5 listelerinde yer alan tıbbi malzemeler kullanım sürelerine bakımsızın yenilenir.~~

(16) SUT eki EK-3/C-2, EK-3/C-3, EK-3/C-4 ve EK-3/C-5 listelerinde yer alan tıbbi malzemeler, Kurumun uygun gördüğü mücbir sebeplere bağlı olarak kullanılamayacağıının belgelendirilmesi halinde, kullanım sürelerine bakımsızın yenilenir.

(17) 3713 sayılı Kanuna göre aylık bağlanmış maluller, 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanununun 56 ncı maddesi veya 2330 sayılı Kanunun 2 ncı maddesinin birinci fıkrasının (e) ve (f) bentlerinde sayılanlardan 3713 sayılı Kanun kapsamına giren olaylar sebebiyle aylık bağlananlar (Mülga: RG- 07/10/2016- 29850/ 11 md. Yürürlük: 07/10/2016) ile 3713 sayılı Kanun kapsamına girmese dahi başkasının yardımını ve desteği olmaksızın yaşamak için gereken hareketleri yapamayacak derecede malul olan (Değişik: RG- 07/10/2016- 29850/ 11 md. Yürürlük: 07/10/2016) ~~vazife ve harp malullerinin 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 getirilmeksızın Kurumca karşılanır. Ancak bu kapsamdaki kişilerin;

(Değişik: RG- 01/10/2014- 29136/ 7 md. Yürürlük: 01/10/2014)

a) SUT eki listelerde yer alan tıbbi malzemeleri temin etmeleri halinde fatura bedelleri SUT ve eki listelerde belirtilen fiyatları aşmamak üzere Kurumca karşılanır.

b) SUT eki listelerde yer almayan tıbbi malzemeleri temin etmeleri halinde bedelleri fatura tutarı üzerinden ödenir. Bu malzemelere ait sağlık kurulu raporları üçün basmak resmi sağlık kurumlarına düzenlenir.

c) SUT ve eki listelerde yer almayan her türlü protez/ortez ve diğer iyileştirici araç ve gereçlerin benzer nitelik veya aynı işlevsel özellikte olanlarında, SUT eki listelerde yer alması durumunda bu tıbbi malzemeler için listelerdeki fiyatlar tavan fiyatları olarak uygulanır.

(Mülga: RG-25/03/2017- 30018/ 12-b md. Yürürlük: 11/02/2017)

a) SUT ve eki listelerinde yer alan tıbbi malzemeleri temin etmeleri halinde fatura bedelleri SUT ve eki listelerde belirtilen fiyatları aşmamak üzere Kurumca karşılanır.

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.

(Değişik:RG-09/09/2017- 30175/ 12-b md. Yürürlük: 09/09/2017)

a) SUT ve eki listelerinde yer alan tıbbi cihazları temin etmeleri halinde fatura bedelleri SUT ve eki listelerde yer alan fiyatları aşmamak ise bu fiyatlar üzerinden Kurumca karşılanır.

(Değişik: RG- 28/12/2018-30639/ 8-e md. Yürürlük: 28/12/2018)

b) ~~SUT'ta yer alan fiyatlarla temin edilemeyecek orbez/protez ve diğer iyileştirici araç ve gereçler ile SUT'ta yer almayan her türlü orbez/protez ve diğer iyileştirici araç ve gereçlere, Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gaziler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile yapılacak protokol/sözleşme kapsamında, bu hastanede oluşan ve/veya oluşturulacak komisyon/kurulca ihtiyacı olduğunun tespit edilmesi ve ihtiyacın hastanece karşılanarak Kuruma faturalandırılması halinde fatura tutarı üzerinden ödenir.~~

b) SUT'ta yer alan fiyatlarla temin edilemeyecek orbez/protez ve diğer iyileştirici araç ve gereçler ile SUT'ta yer almayan her türlü orbez/protez ve diğer iyileştirici araç ve gereçlere, Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gaziler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile yapılan protokol/sözleşme kapsamında, bu hastanede oluşan ve/veya oluşturulacak komisyon/kurulca ihtiyacı olduğunun tespit edilmesi ve ihtiyacın hastanece karşılanarak Kuruma faturalandırılması halinde fatura tutarı üzerinden ödenir. Ancak hazır orbez/protez ve diğer iyileştirici araç ve gereçler, hastane tarafından temin edilme bedeli üzerine 10 brüt asgari ücret tutarını geçmemek üzere %12 oranında işletme gideri eklenerek Kuruma fatura edilir.

e) ~~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 karşılaşacağından Kuruma ayrıca faturalandırılamaz.

d) Tıbbi malzemelerin garanti süresi içindeki yenilenme talepleri Kurumca karşılaşmaz.

e) Aynı işlevi gören birden fazla ürün çeşidi bulunan tıbbi malzemelerden birinin temini halinde diğerlerinin bedeli, temin (Değişik: RG- 01/10/2014- 29136/ 7 md. Yürürlük: 01/10/2014) edilen malzemenin edilen tıbbi malzemenin garanti süresi dolana kadar Kurumca karşılaşmaz.

(Ek: RG- 24/12/2014- 29215/ 8 md. Yürürlük: 01/01/2015)

f) SUT eki Ek-3/C-2 ve Ek-3/C-5 listelerinde yer alan tıbbi malzemelerin garanti süresi sonunda kullanılamaz durumda olduğunun fiziksel tip 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 karşılaşır.

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.

(Ek: RG- 14/07/2016- 29770/ 7 md. Yürürlük: 01/08/2016)

g) Tetraplejji veya paraplejji tanılı hastalarda manuel tekerlekli sandalye ile akülü tekerlekli sandalyenin aynı anda reçete edildiği durumlarda, her iki malzeme bedeli de Kurumumuza karşılaşır.

(18) Genel sağlık sigortası veya bakmakla yükümlü olunan kişilerin 3713 sayılı Kanunun 21inci maddesinde sayılan olaylara maruz kalınması nedeniyle yaralandıklarını gösterir ilgili mülki amirlik tarafından düzenlenen belgeye istinaden kişilerin tedavileri sonuçlanıncaya veya maluliyetleri kesinleşinceye kadar geçen süre içerisinde sağlık kurulu raporuya ihtiyaç duydukları her türlü orbez/protez ve diğer iyileştirici araç ve gereçlerin bedellerinin ödenmesinde SUT'un 3.1.2(17) fıkrası gibi yararlanılır. Fatura eki belgelere ilgili mülki amirlik tarafından düzenlenen belgenin eklenmesi gereklidir. (Ek: RG- 04/05/2013- 28637/ 6-ç md. Yürürlük: 01/05/2013) Ancak, bu kişilerin maluliyetleri ile ilgili durum kesinleşikten sonra, 5510 sayılı kanuna göre hangi kapsamda sağlık yardımlarından yararlandığına bakılarak orbez/protez ve diğer iyileştirici araç ve gereçlerin bedelleri karşılaşır.

(Ek:RG-08/06/2017-30090/6 md. Yürürlük: 01/07/ 2017)

(19) Ayakta tedavide kullanılan tıbbi malzemelere ait fatura bedelleri malzemenin sözleşmeli satış merkezleri veya eczanelerden temin edilmesi halinde Kurumca karşılaşır. (Ek: RG- 04/02/2018- 30322/ 15-ç md. Yürürlük: 15/02/2018) Ancak; "İsmarlama Protez ve Ortez Merkezleri ile İşitme Cihazı Merkezleri Hakkında Yönetmelik" kapsamında Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış protez ve ortez (Mülga: RG-21/03/2018-30367/ 12 md. Yürürlük:01/04/2018) merkezleri ile işitme cihazı merkezlerinden temin edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılaşacak tıbbi malzemeler ile Kurumca iade alınan tıbbi malzeme bedelleri sözleşmeler tamamlanıncaya kadar şahıs ödemesi şeklinde yapılır.

(Ek:RG- 28/12/2018-30639/ 8-f md. Yürürlük: 15/01/2019)

(20) Kurum mevzuatında yer alan istisnalar hariç Kurumca bedeli karşılanmayan tıbbi cihazlara ait tıbbi sarf malzeme ve bakım/onarım bedelleri karşılaşmaz.

(21) Reçetelerde hekimce yapılması gereken düzeltmeler reçeteyi yazan hekim, ilgili hekimin bulunmaması halinde reçeteyi düzenleyen sağlık hizmet sunucusundaki aynı branstan hekim tarafından, uzman hekim raporlarında raporun düzenlendiği sağlık hizmet sunucusundaki raporu düzenleyen hekim tarafından (bu hekimin bulunmaması halinde aynı branstan hekim), sağlık kurulu raporlarında ise raporda yer alan hekimlerden biri tarafından yapılır.

(22) SUT eki EK-3/C-2, EK-3/C-3 ve EK-3/C-5 listelerinde yer alan tıbbi malzemelerin yatarak tedaviler sırasında hastalara reçete edilmek suretiyle dışardan temin ettirilmesi halinde, şahıs ödemesi olarak SUT hükümleri doğrultusunda bedelleri Kurumca karşılaşır. Bu listelerde yer alan tıbbi malzemelerden sözleşmeli merkez/eczanelerden temin edilmesi halinde Kurumca sözleşme hükümleri doğrultusunda karşılaşır. SUT eki EK-3/C-4 listesinde yer alan, ancak yatarak tedaviler sırasında Kurumla sözleşmeli sağlık kurumları arasında temin edilmesi gereken tıbbi malzeme listelerinde yer alan tıbbi malzemelerin geri ödeme işlemleri, malzemenin yatarak tedaviler sırasında hastalara reçete edilerek dışardan temin ettirilmesi halinde şahıs ödemesi kapsamında SUT'un 3.1.1 inci maddesinin altıncı ve yedinci fıkralarında yer alan hükümler doğrultusunda yapılır. Ancak taburcu olan hastalara reçetelendirilecek malzemeler, ayakta tedavi kapsamında değerlendirilir.

(Ek:RG- 28/12/2018-30639/ 8-g md. Yürürlük: 15/01/2019)

3.1.2.1- Şahıs ödemesi kapsamında bedeli karşılanan tıbbi malzemelere ilişkin sağlık raporu ve reçeteler

(1) Malzemenin hazır olması halinde sağlık raporu tarihi ile fatura tarihi arasında süre en fazla 2 ay, temin edilen malzemenin ismarlama olması halinde ise sağlık raporu tarihi ile fatura tarihi arasındaki süre en fazla 4 ay olmalıdır.

(2) Ismarlama olarak üretilen protez ve ortezlerde reçete tarihi ile fatura tarihi arasındaki süre dikkate alınmaz.

(3) İade kapsamındaki cihazlara ait işlemlerin reçete ve sağlık raporu ile birlikte reçete tarihinden itibaren 10 iş günü içinde Kurumumuz taşra teşkilatlarına başvurularak başlatılması zorunludur. Kurumca iade alınan cihazların başvuru yapılan sosyal güvenlik il müdürlüğü stogunda bulunmadığı durumlarda, bu cihazlara ait fatura tarihi ile stok kontrol tarihi arasında en fazla 30 iş günü bulunması halinde Kurumca bedelleri karşılanır.

3.1.2.2- Sözleşmeler kapsamında bedeli karşılanan tıbbi malzemelere ilişkin sağlık raporu ve reçeteler

(1) Bir defaya mahsus verilen tıbbi malzemeler için; malzemenin hazır veya ismarlama olduğuna bakılmaksızın sağlık raporu tarihinden itibaren en geç 2 ay içerisinde reçetenin düzenlenmesi gerekmekte olup, sağlık raporu ile fatura tarihi arasındaki süre dikkate alınmaz.

(2) Sürekli kullanılan tıbbi malzemelere ilişkin sağlık raporları SUT'ta belirtilen istisnalar hariç olmak üzere en fazla 2 yıl geçerlidir.

(3) Sürekli kullanılan tıbbi malzemelere ilişkin düzenlenen sağlık raporlarına istinaden temin edilen tıbbi malzeme reçeteleri, Kurum kayıtlarında yer alan malzeme bitim tarihinden 15 gün öncesine kadar düzenlenebilir.

(4) SUT'ta belirtilen istisnalar hariç olmak üzere sürekli kullanılan tıbbi malzemelere ilişkin reçeteler en fazla 2 (iki) aylık miktarlarda düzenlenir.

3.1.3 - Yatarak tedavilerde kullanılan tıbbi malzemeler

(1) (Ek: RG- 01/10/2014- 29136/ 8-a md. Yürürlük: 01/10/2014) Sağlık hizmeti sunucuları tarafından temin edilen ilgili branşlara/ürün gruplarına ait Kurumca bedeli karşılanacak tıbbi malzemelerin SUT kodları, tıbbi malzeme alan tanımları ve fiyatları aşağıdaki SUT eki listelerde tanımlanmıştır;

- a) Birden Fazla Branşta Kullanılan Tibbi Malzemeler (EK-3/A),
- b) Omurga Cerrahisi Alan Grubuna Ait Tibbi Malzemeler (EK-3/E-1),
- c) Ortopedi ve Travmatoloji Branşı Artroplasti Alan Grubuna Ait Tibbi Malzemeler (EK-3/F-1),
- ç) Göz Sağlığı ve Hastalıkları Branşına Ait Tibbi Malzemeler (EK-3/G),
- d) Kardiyoloji Branşına Ait Tibbi Malzemeler (EK-3/H),
- e) Kalp Damar Cerrahisi Branşına Ait Tibbi Malzemeler (EK-3/I),
- f) Kulak Burun Boğaz Branşına Ait Tibbi Malzemeler (EK-3/J),
- g) Kadın Hastalıkları ve Doğum Branşına Ait Tibbi Malzemeler (EK-3/K),
- ğ) Üroloji Branşına Ait Tibbi Malzemeler (EK-3/L),
- h) Radyoloji Branşı ve Endovasküler/Nonvasküler Girişimsel İşlemlere Ait Tibbi Malzemeler (EK-3/M),
- i) Allograft Ürün Grubu (EK-3/N-1),
- j) Beyin Cerrahisi Branşı Kranial Alan Grubuna Ait Tibbi Malzemeler (EK-3/E-2).

(Ek: RG- 01/08/2013- 28725/ 8 md. Yürürlük: 01/08/2013)

j) Hematoloji Onkoloji Branşına Ait Tibbi Malzemeler (EK-3/O),

k) Nefroloji Branşına Ait Tibbi Malzemeler (EK-3/P),

(Ek: RG- 25/07/2014- 29071/ 16-ç md. Yürürlük: 01/08/2014)

l) Ortopedi ve Travmatoloji Branşı Artroskopisi ve Eklem Cerrahisi Alan Grubuna Ait Tibbi Malzemeler (EK-3/F-2),

m) Ortopedi ve Travmatoloji Branşı Tümör Rezeksiyon Alan Grubuna Ait Tibbi Malzemeler (EK-3/F-3),

n) Ortopedi ve Travmatoloji Branşı Travma ve Rekonstrüksiyon Alan Grubuna Ait Tibbi Malzemeler (EK-3/F-4),

o) Xenograft Ürün Grubu (EK-3/N-2),

ö) Sentetik Graft Ürün Grubu (EK-3/N-3),

p) Gastroenteroloji Branşına Ait Tibbi Malzemeler (EK-3/R),

r) Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Branşlarına Ait Tibbi Malzemeler (EK-3/S),

s) Anesteziyoloji, Reanimasyon ve Ağrı Tedavisi Branşına Ait Tibbi Malzemeler (EK-3/T)

(2) (Değişik: RG- 01/10/2014- 29136/ 8-b md. Yürürlük: 01/10/2014) Aşağıdaki branşlarda kullanılan ve bu branşlara ait SUT eki listelerde yer almayan tıbbi malzeme bedelleri Kurumca karşılanmaz. (Değişik: RG- 25/03/2017- 30018/ 13 md. Yürürlük: 25/03/2017) Aşağıda tanımlı Kurum tarafından SUT eki listelerde yer almayan tıbbi malzemeler için yapılacak sözleşme ve/veya protokol yapılarak bedeli karşılanan tıbbi malzemeler hariç olmak üzere aşağıda tanımlı SUT eki listelerde yer almayan tıbbi malzeme bedelleri Kurumca karşılanmaz. (Ek: RG- 22/10/2014- 29153/ 1-a md. Yürürlük: 01/10/2014) 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 Tibbi Malzemeler (EK-3/A)" kapsamında değerlendirilecek ürünler için (Değişik: RG- 18/02/2015-29271/ 5 md. Yürürlük: 18/02/2015) 4/4/2015 1/7/2015 tarihine kadar bu şart aranmaz.

- a) Omurga Cerrahisi Alan Grubuna Ait Tibbi Malzemeler (EK-3/E-1),
- b) Ortopedi ve Travmatoloji Branşı Artroplasti Alan Grubuna Ait Tibbi Malzemeler (EK-3/F-1),
- c) Göz Sağlığı ve Hastalıkları Branşına Ait Tibbi Malzemeler (EK-3/G),
- ç) Kardiyoloji Branşına Ait Tibbi Malzemeler (EK-3/H),
- d) Kalp Damar Cerrahisi Branşına Ait Tibbi Malzemeler (EK-3/I),
- e) Kulak Burun Boğaz Branşına Ait Tibbi Malzemeler (EK-3/J),
- f) Kadın Hastalıkları ve Doğum Branşına Ait Tibbi Malzemeler (EK-3/K),
- ğ) Üroloji Branşına Ait Tibbi Malzemeler (EK-3/L),
- ğ) Radyoloji Branşı ve Endovasküler/Nonvasküler Girişimsel İşlemlere Ait Tibbi Malzemeler (EK-3/M),
- h) Allograft Ürün Grubu (EK-3/N-1),
- i) Beyin Cerrahisi Branşı Kranial Alan Grubuna Ait Tibbi Malzemeler (EK-3/E-2).

(Ek: RG- 01/08/2013- 28725/ 9 md. Yürürlük: 01/01/2014)

- i) Hematoloji Onkoloji Branşına Ait Tibbi Malzemeler (EK-3/O),
- j) Nefroloji Branşına Ait Tibbi Malzemeler (EK-3/P),

(Ek: RG- 25/07/2014- 29071/ 16-d md. Yürürlük: 01/10/2014)

k) Ortopedi ve Travmatoloji Branşı Artroskopisi ve Eklem Cerrahisi Alan Grubuna Ait Tibbi Malzemeler (EK-3/F-2),

- l) Ortopedi ve Travmatoloji Branşı Tümör Rezeksiyon Alan Grubuna Ait Tibbi Malzemeler (EK-3/F-3),
- m) Ortopedi ve Travmatoloji Branşı Travma ve Rekonstrüksiyon Alan Grubuna Ait Tibbi Malzemeler (EK-3/F-4),
- n) Xenograft Ürün Grubu (EK-3/N-2),
- o) Sentetik Graft Ürün Grubu (EK-3/N-3),
- ö) Gastroenteroloji Branşına Ait Tibbi Malzemeler (EK-3/R),
- p) Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Branşlarına Ait Tibbi Malzemeler (EK-3/S),"
- r) Anesteziyoloji, Reanimasyon ve Ağrı Tedavisi Branşına Ait Tibbi Malzemeler (EK-3/T)

(Ek: RG- 01/10/2014- 29136/ 8-b md. Yürürlük: 01/10/2014)

- s) Birden Fazla Branşta Kullanılan Tibbi Malzemeler (EK-3/A),

(3) SUT eki branş listelerinde, birden fazla branşta kullanılan tıbbi sarf malzemeleri (steril eldiven, sütür, sonda vb.) yer almamakta olup, söz konusu malzemelerin kullanıldığı branştan fatura edilmesi halinde SUT hükümleri doğrultusunda bedelleri Kurumca karşılanır.

(4) (Değişik: RG- 18/03/2014- 28945/ 10 md. Yürürlük: 18/03/2014) SUT eki EK 3/M Listesinde yer alan tıbbi malzemelerin endovasküler/nonvasküler girişimsel işlem yapan branşlarda kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır. İlgili branş listesinde yer almayan, ancak SUT eki diğer branş listelerinde bulunan ve ilgili branş tarafından da kullanılabilir nitelikte olan malzemelerin, SUT eki diğer branş listesindeki SUT kodu ve geri ödeme kurallarına uygun olarak, ilgili branş tarafından faturalandırılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır. (Değişik: RG- 01/10/2014- 29136/ 8-c md. Yürürlük: 01/10/2014) İlgili branş/ürün grubu listesinde yer almayan, ancak SUT eki diğer branş/ürün grubu listelerinde bulunan ve ilgili branş tarafından da kullanılabilir nitelikte olan malzemelerin, SUT eki diğer branş/ürün grubu listesindeki SUT kodu ve geri ödeme kurallarına uygun olarak, ilgili branş tarafından faturalandırılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır. SUT eki EK-3/M Listesinde yer alan tıbbi malzemelerin endovasküler/nonvasküler girişimsel işlem yapan branşlarda kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.

(5) Yatan hasta tedavilerinde kullanılan tıbbi malzemeler için düzenlenmiş sağlık kurulu raporları/konsey kararları düzenlendiği sağlık hizmeti sunucusunda geçerlidir. Sağlık kurulu/konsey, hizmeti veren sağlık hizmeti sunucusunda görevli hekimlerden oluşur.

(6) SUT eki listelerde yer alan tıbbi malzeme alan tanımlarına ait konsey kararı/sağlık kurulu raporu/heyet raporu/epikrizde 2 uzman hekim imzası acil haller için aranmaz. Hastanın acil olduğuna dair detaylı bilgi epikriz raporunda belirtilmelidir.

(7) (Değişik: RG- 01/10/2014- 29136/ 8-ç md. Yürürlük: 01/10/2014) SUT eki listelerde yer alan malzemelerin, MEDULA hastane uygulamasına serbest kodlu malzeme olarak girilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanmaz. SUT ve eki listelerde yer alan veya yer almayan malzemeler, serbest kodlu olarak MEDULA hastane uygulamasına girilemez, girilmesi durumunda hiçbir koşulda bedelleri Kurumca karşılanmaz. (Ek: RG- 22/10/2014- 29153/ 1-b md. Yürürlük: 01/10/2014) Ancak Kamu İhale Kanunu'na 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 Tibbi Malzemeler (EK-3/A)" kapsamında değerlendirilecek ürünler için (Değişik: RG- 18/02/2015- 29271/ 5 md. Yürürlük: 18/02/2015) +4/2015 1/7/2015 tarihine kadar bu şart aranmaz. (Mülga:RG-22/10/2014-29153/ 1-c md. Yürürlük: 01/10/2014) Ancak ismarlama tıbbi cihaz kapsamında bulunan tümör rezeksiyon protezi şeklinde nihai ürünlerin bedellerinin karşılanması (Mülga: RG- 14/10/2014- 29145/ 1 md. Yürürlük: 14/10/2014) bu şart ve (Ek: RG- 22/10/2014- 29153/ 1-c md. Yürürlük: 01/10/2014) ise MEDULA-Hastane sistemi üzerinden faturalandırma şartı aranmayacak olup manuel faturalandırılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

(8) Sağlık kurumlarında demirbaş olarak kullanılan malzemeler ile bunlara ait tamir ve bakım-onarım masrafları ile yedek parça, aksesuar ve tekrar kullanılabilir sarf malzeme bedelleri Kurumca karşılanmaz. Ancak, sağlık kurumlarında demirbaş olarak kullanılan malzemelerin hasta kullanımına mahsus tek kullanımlık tıbbi sarf malzeme bedelleri Kurumca karşılanır.

(9) Sağlık hizmeti sunucuları tarafından temin edilen tekrar kullanılabilir tıbbi malzemelerin bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(10) Laboratuvar testlerinde kullanılan tıbbi malzemeler işlem bedeli içerisinde ödendiğinden Kuruma ayrıca fatura edilemez.

(Ek: RG- 10/04/2014- 28968/ 5 md. Yürürlük: 10/04/2014)

(11) Tanyaya dayalı işlem kapsamına dahil olup ayrıca faturalandırılmayan tıbbi malzemelerden, Kurumca belirlenenek Kurumun resmi internet sitesinde yayımlanacak tıbbi malzemeler MEDULA sistemine kaydedilir.

3.1.4 - Tanyaya dayalı işleme dahil olmayan tıbbi malzemeler

(1) Tanyaya dayalı işlem üzerinden ödeme yöntemi ile faturalandırılan işlemlere dahil tıbbi malzemeler için de SUT ve eki listelerde belirtilen kurallar geçerlidir.

(2) Tanyaya dayalı ödeme işlem puanına dahil olmayan tıbbi malzemeler;

a) (Ek: RG- 18/01/2016- 29597/ 7-a md. Yürürlük: 01/02/2016) Plak, çivi, vida, ankor,

b) Kemik çimentosu,

c) (Ek: RG- 24/12/2014- 29215/ 9 md. Yürürlük: 01/10/2014) Eksternal fiksatör setleri,

- c) Her türlü eklem implantı,
- d) Omurga implantı,
- e) Kalp pili,
- f) Pace elektrodu,
- g) Koroner stentler,
- g) Kalp kapakları,
- h) İntraaortik balon, ventrikül destek cihazı,
- i) Kapaklı kapaksız kondüit,
- j) Valf ringi,
- j) Her türlü greft, shunt ve suni damar,
- k) Protezler,
- l) Aterektomi cihazı,
- m) Çift yüzlü yamalar (meshler),

(Mülga: RG- 25/03/2017- 30018/ 14 md. Yürürlük: 05/04/2017)

⇒ İntaoperatif nöromonitorizasyonda kullanılan tıbbi malzemeler;

o) SUT eki EK-2/C Listesi açıklama bölümünde taniya dayalı ödeme işlem puanına dahil olmadığı belirtilen tıbbi malzemelerin,

(Ek: RG- 14/10/2014- 29145/ 2 md. Yürürlük: 14/10/2014)

ö) SUT eki EK-3/F-2 listesinde yer alan “Artroskopî ve Eklem Cerrahisi Malzeme Seti”

⇒(Ek: RG- 18/02/2015- 29271/ 6 md. Yürürlük: 01/10/2014)

⇒(Mülga:RG- 28/12/2018- 30639/ 9 md. Yürürlük: 15/01/2019) SUT eki EK-3 Tıbbi Malzeme Listelerinde ayrıca faturalandırılabileceği belirtilen tıbbi malzemelerin;

SUT hükümleri doğrultusunda bedelleri Kurumca karşılanır.

⇒ (Mülga: RG- 18/01/2016- 29597/ 7-b md. Yürürlük: 18/01/2016) SUT eki listelerdeki işlemlerin açıklama bülmelerinde yer alan işlem puanına dahil olmadığı belirtilen tıbbi malzemelerle aynı işlevsel özellikte ve aynı tıbbi sonucu verdiği kabul edilen tıbbi malzemeler de işlem kapsamı dışında değerlendirilir.

3.2 - Tıbbi malzeme ödeme esasları

3.2.1 - Yatarak tedavilerde tıbbi malzeme bedellerinin ödenmesi

(Değişik: RG- 12/11/2013- 28819/ 6 md. Yürürlük: 12/11/2013) 3.2.1.A - Resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında;

3.2.1.A.1 - Kamu İhale Kanununa tabi olan resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında;

(1) SUT ve eki listelerde yer alan tıbbi malzemelerin temin edilmesi halinde, bu listelerdeki birim fiyatlar, sağlık hizmeti sunucuları tarafından hangi fiyatlara temin edildiğine bakılmaksızın geri ödemede esas alınacak olan fiyatlardır.

(2) SUT eki listelerde tanımlanmayan brans/branşlara ait tıbbi malzemeler veya SUT eki listelerde kodu olup da fiyatı olmayan tıbbi malzemeler, KDV dahil alış fiyatı üzerine, %15 işletme gideri ilave edildikten sonra bulunan tutar üzerinden hazine kesintisi, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu kesintisi ilave edilerek fatura edilir ve bedelleri Kurumca karşılanır.

3.2.1.A.2 - Kamu İhale Kanununa tabi olmayan resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında;

(1) SUT ve eki listelerde fiyatı yer alan tıbbi malzemeler, belirlenen fiyatları aşmamak üzere fatura tutarı üzerinden ödenir.

(2) SUT ve eki listelerde tanımlanmayan brans/branşlara ait tıbbi malzemelerin veya SUT ve eki listelerde kodu olup da fiyatı olmayan tıbbi malzemelerin bedelleri, “İhale/Değrudan Temin Sonuç Bilgileri Ekranı”nda malzemeye ait son bir yıl içerisinde en az 3 hastaneyeye ait fiyat bilgisi olmaması durumunda Kurumca karşılanmaz. 3 fiyat bilgisinin olduğu tespit edilen tıbbi malzemelerin bedelleri, Kurum taşıra teşkilatı inceleme birimlerince ilgili tıbbi malzeme ile benzer nitelikte, aynı işlevsel özellikte olduğu ve aynı tıbbi sonucu verdiği kabul edilen tıbbi malzemelerin işlem tarihinden geriye doğru son bir yıl içerisindeki en düşük 5 fiyatın ortalaması alınarak (5 fiyatın altında olması halinde var olan en az 3 fiyatın ortalaması alınır), KDV dahil fiyatı, fatura tutarını geçmemek üzere ödenir.

3.2.1.B - Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında;

(1) SUT ve eki listelerde fiyatı yer alan tıbbi malzemeler, belirlenen fiyatları aşmamak üzere fatura tutarı üzerinden ödenir.

(2) SUT ve eki listelerde tanımlanmayan brans/branşlara ait tıbbi malzemelerin veya SUT ve eki listelerde kodu olup da fiyatı olmayan tıbbi malzemelerin bedelleri, “İhale/Değrudan Temin Sonuç Bilgileri Ekranı”nda malzemeye ait son bir yıl içerisinde en az 3 farklı hastaneyeye ait fiyat bilgisi olmaması durumunda Kurumca karşılanmaz. 3 fiyat bilgisinin olduğu tespit edilen tıbbi malzemelerin bedelleri, Kurum taşıra teşkilatı inceleme birimlerince ilgili tıbbi malzeme ile benzer nitelikte, aynı işlevsel özellikte olduğu ve aynı tıbbi sonucu verdiği kabul edilen tıbbi malzemelerin işlem tarihinden geriye doğru son bir yıl içerisindeki en düşük 5 fiyatın ortalaması alınarak (5 fiyatın altında olması halinde var olan en az 3 fiyatın ortalaması alınır), KDV dahil fiyatı, fatura tutarını geçmemek üzere ödenir.

3.2.1.A - Kamu İhale Kanununa tabi olan resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında;

(1) **(Değişik: RG- 01/10/2014- 29136/ 9-a md. Yürürlük: 01/10/2014) SUT ve eki SUT eki listelerde yer alan tıbbi malzemelerin temin edilmesi halinde, bu listelerdeki birim fiyatlar, sağlık hizmeti sunucuları tarafından hangi fiyatlara temin edildiğine bakılmaksızın geri ödemede esas alınacak olan fiyatlardır. Bu fiyatlarla (Ek: RG-30/08/2014- 29104/ 7-a md. Yürürlük: 01/08/2014) Kurum bilgi işlem sistemi tarafından %12 işletme gideri ilave edilir. (Ek: RG- 25/03/2017- 30018/ 15 md. Yürürlük: 25/03/2017) Kurum tarafından SUT eki listelerde yer almayan tıbbi malzemeler için sözleşme ve/veya protokol yapılarak bedeli karşılanan tıbbi malzemelerin geri ödemede esas alınacak fiyatları ise sözleşme ve/veya protokollerde belirtilen fiyatlar olup; sözleşme ve/veya protokollerde yer alan bu fiyatları aşmamak üzere Kuruma fatura edilir.**

(2) (Değişik: RG-18/03/2014-28945/11 md. Yürürlük: 01/04/2014) SUT eki listelerde tanımlanmayan branş/branşlara ait tıbbi malzemeler veya SUT eki listelerde kodu olup da fiyatı olmayan tıbbi malzemeler, KDV dahil alış fiyatına üzerine; %15 işletme gideri ilave edildikten sonra bulunan tutar üzerinden hazine kesintisi, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu kesintisi ilave edilerek fatura edilir ve bedelleri Kurumca karşılanır.. SUT eki listelerde tanımlanmayan branş/branşlara ait tıbbi malzemeler veya SUT eki listelerde kodu olup da fiyatı olmayan tıbbi malzemeler, alış fiyatı üzerine; % 15 işletme gideri, hazine kesintisi, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu kesintisi (**Mülga: RG- 25/07/2014-29071/17 md. Yürürlük: 01/08/2014**) ve KDV tutarı kadar bedel ilave edilerek fatura edilir ve bedelleri Kurumca karşılanır. (Değişik : RG-30/08/2014-29104 / 7-a md. Yürürlük: 01/08/2014) SUT eki listelerde tanımlanmayan branş/branşlara ait tıbbi malzemeler veya SUT eki listelerde kodu olup da fiyatı olmayan tıbbi malzemeler alış fiyatının üzerine Kurum bilgi işlem sistemi tarafından % 15 işletme gideri, % 1 Hazine kesintisi, % 1 Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu kesintisi ilave edilerek bedelleri Kurumca karşılanır. (Değişik: RG- 01/10/2014-29136/9-a md. Yürürlük: 01/10/2014) SUT eki listelerde yer almayan tıbbi malzemelerin fatura edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz. (Ek: RG-22/10/2014-29153/2 md. Yürürlük: 01/10/2014) 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. (Değişik: RG- 24/12/2014-29215/10 md. Yürürlük: 01/10/2014) 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 (Değişik: RG- 18/02/2015- 29271/7 md. Yürürlük: 18/02/2015) 1/4/2015 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.

(Ek: RG- 10/04/2014- 28968/6 md. Yürürlük: 10/04/2014)

(3) (Değişik: RG- 30/04/2016- 29699/8 md. Yürürlük: 30/04/2016) Kurumca belirlenecek tıbbi malzemeler için, söz konusu tıbbi malzemelerin tedarikçileri ile sözleşme yapılması halinde, sözleşme tarihinden itibaren temin edilen tıbbi malzemelerin tedarikçilere, 4734 sayılı Kamu İhale Kanununa göre alım yapmış sağlık hizmeti sunucuları tarafından yapılan ihaletler sonucu oluşan fiyatlar üzerinden ve genel sağlık sigortasından yararlanan kişilerin tedavisinde kullanılması şartıyla Kurum tarafından doğrudan ödeme yapılabilir. Kurum ihaletler sonucu oluşan fiyatlar üzerinden sözleşmeli tıbbi malzeme tedarikçilerinden iskonto talep edebilir ve ihaleti yapan sağlık hizmeti sunucularına kurumca belirlenen tutarlar üzerinden işletme gideri ödeyebilir. Bu durumda ilgili tedarikçi firma ve sağlık hizmeti sunucusuna ödenen toplam tutar SUT'ta belirlenen fiyatları geçmez. Bu madde kapsamındaki sağlık hizmeti sunucularından Kurumca belirlenecek olanların tıbbi malzeme ihtiyaçlarını karşılamak üzere Kurum tıbbi malzeme satış merkezleriyle sözleşme yapabilir. Tıbbi malzeme satış merkezleri Kurumun belirlediği tıbbi malzeme alan tanımları için SUT fiyatları üzerinden Kurumun belirlediği oranda iskonto yapar. Kurum her bir tıbbi malzeme alan tanımı için ayrı ayrı iskonto oranı belirleyebilir. Her hangi bir tıbbi malzeme alan tanımı için tıbbi malzeme satış merkezlerine ödenecek olan tutar, aynı tıbbi malzeme alan tanımının SUT'ta belirlenen fiyatlarının Kuruma maliyetini geçmez.

3.2.1.B (Değişik: RG- 30/08/2014- 29104/ 7-b md. Yürürlük: 01/08/2014) Kamu İhale Kanununa tabi olmayan resmi sağlık kurum ve kuruluşları ile özel sağlık kurum ve kuruluşlarında, Kamu İhale Kanununa tabi olmayan resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında;

(1) (Değişik: RG- 01/10/2014- 29136/ 9-b md. Yürürlük: 01/10/2014) SUT ve eki listelerde yer alan tıbbi malzemelerin temin edilmesi halinde, bu listelerdeki birim fiyatlar, sağlık hizmeti sunucuları tarafından hangi fiyatlara temin edildiğine bakılmaksızın geri ödemedede esas alınacak olan fiyatlardır. (Ek:RG-09/09/2017- 30175/13 md. Yürürlük: 05/07/2017) Bu fiyatlarla Kurum bilgi işlem sistemi tarafından %12 işletme gideri ilave edilir. (Ek: RG- 30/08/2014- 29104/ 7-c md. Yürürlük: 01/08/2014) Kurum bilgi işlem sistemi tarafından KDV, (**Mülga:RG-09/09/2017- 30175/14 md. Yürürlük: 05/07/2017**) işletme gideri, Hazine kesintisi, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu kesintisi ilave edilmeksiz Kurumca bedelleri karşılanır.

(2) (Değişik: RG- 18/03/2014- 28945/ 12 md. Yürürlük: 01/04/2014) SUT ve eki listelerde tanımlanmayan branş/branşlara ait tıbbi malzemelerin veya SUT ve eki listelerde kodu olup da fiyatı olmayan tıbbi malzemelerin bedelleri, “İhale/Doğrudan Temin Sonuç Bilgileri Ekranı”nda malzemeye ait son bir yıl içerisinde en az 3 farklı üçüncü basamak hastaneyeye ait fiyat bilgisi olmaması durumunda Kurumca karşılanmaz. 3 fiyat bilgisinin olduğu tespit edilen tıbbi malzemelerin bedelleri, Kurum taşra teşkilatı incelemeye birimlerince ilgili tıbbi malzeme ile benzer nitelikte, aynı işlevsel özellikte olduğu ve aynı tıbbi sonucu verdiği kabul edilen tıbbi malzemelerin işlem tarihinden geriye doğru son bir yıl içerisindeki en düşük 5 fiyatın ortalaması alınarak (5 fiyatın altında olması halinde var olan en az 3 fiyatın ortalaması alınır), KDV dahil fiyatı, fatura tutarını geçmemek üzere ödenir. SUT ve eki listelerde tanımlanmayan branş/branşlara ait tıbbi malzemelerin veya SUT ve eki listelerde kodu olup da fiyatı olmayan tıbbi malzemelerin bedelleri, küresel ürün numarası (barkod) veya etiket adı ile “İhale/Doğrudan Temin Sonuç Bilgileri Ekranı”nda yapılan sorgulamada alım tarihi itibarıyle o malzemeye ait son bir yıl içerisinde en az 3 farklı üçüncü basamak hastaneyeye ait fiyat bilgisi olmaması durumunda bedelleri Kurumca karşılanmaz. Bünyesinde eğitim ve araştırma hastanesi bulunan kamu hastaneleri birliği genel sekreterliklerinin ihale/doğrudan temin sonuç bilgileri de üçüncü basamak hastane bilgisi olarak değerlendirilir. 3 fiyat bilgisinin olduğu tespit edilen tıbbi malzemelerin bedelleri, Kurum taşra teşkilatı incelemeye birimlerince alım tarihinden geriye doğru son bir yıl içerisindeki, “İhale Kayıt Numarası” (IKN/Alım No) farklı olmak kaydıyla, en düşük 5 fiyatın ortalaması alınarak (5 fiyatın bulunamaması halinde var olan en az 3 fiyatın ortalaması alınır) (Değişik: RG- 30/08/2014- 29104 / 7-c md. Yürürlük: 01/08/2014) KDV dahil fiyatı, fatura tutarını geçmemek üzere ödenir. ve Kurum bilgi işlem sistemi tarafından KDV, işletme gideri, Hazine kesintisi, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu kesintisi ilave edilmeksiz Kurumca bedelleri karşılanır. (Değişik: RG- 01/10/2014- 29136/ 9-b md. Yürürlük: 01/10/2014) SUT eki listelerde yer almayan tıbbi malzemelerin fatura edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(Ek: RG- 30/08/2014- 29104/ 7-d md. Yürürlük: 01/08/2014)

3.2.1.C - Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında;

(1) (Değişik: RG- 01/10/2014- 29136/ 9-c md. Yürürlük: 01/10/2014) ~~SUT ve eki~~ SUT eki listelerde yer alan tıbbi malzemelerin temin edilmesi halinde, bu listelerdeki birim fiyatlar, sağlık hizmeti sunucuları tarafından hangi fiyatlara temin edildiğine bakılmaksızın geri ödemede esas alınacak olan fiyatlardır. Kurum bilgi işlem sistemine girilen KDV oranında bedel ilave edilerek Kurumca bedelleri karşılaşır.

(2) (Değişik: RG- 01/10/2014- 29136/ 9-c md. Yürürlük: 01/10/2014) ~~SUT ve eki listelerde tanımlanmayan branş/branşlara ait tıbbi malzemelerin veya SUT ve eki listelerde kodu olup da fiyatı olmayan tıbbi malzemelerin bedelleri, küresel ürün numarası (barkod) veya etiket adı ile “İhale/Doğrudan Temin Sonuç Bilgileri Ekranı”nda yapılan sorulamada alım tarihi itibarıyle o malzemeye ait son bir yıl içerisinde en az 3 farklı üçünçü basamak hastaneye ait fiyat bilgisi olmaması durumunda bedelleri Kurumca karşılaşmaz. Bünyesinde eğitim ve araştırma hastanesi bulunan kamu hastaneleri birliği genel sekreterliklerinin ihale/doğrudan temin sonuç bilgileri de üçünçü basamak hastane bilgisi olarak değerlendirilir. 3 fiyat bilgisinin olduğu tespit edilen tıbbi malzemelerin bedelleri, Kurum taşıra teşkilatı inceleme birimlerince alım tarihinden geriye doğru son bir yıl içerisindeki, “İhale Kayıt Numarası” (IKN/Alım No.) farklı olmak kaydıyla, en düşük 5 fiyatın ortalaması alınarak (5 fiyatın bulunamaması halinde var olan en az 3 fiyatın ortalaması alınır) ve Kurum bilgi işlem sistemine girilen KDV oranında bedel ilave edilerek Kurumca bedelleri karşılaşır. ~~SUT eki listelerde yer almayan tıbbi malzemelerin fatura edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılaşmaz.~~~~

3.2.2 - Ayakta tedavilerde tıbbi malzeme bedellerinin ödenmesi

(1) SUT eki EK-3/C listelerinde yer alan tıbbi malzemeler belirlenen fiyatları aşmamak üzere fatura tutarı üzerinden ödenir.

(2) SUT'ta yer alan ancak fiyatı SUT eki EK-3/C listelerinde yer almayan tıbbi malzemelerin bedelleri, piyasa araştırması (her türlü fiyat araştırması) yapılarak taşıra teşkilatı inceleme birimlerince benzer nitelikte, aynı işlevsel özellikte ve aynı tıbbi sonucu verdiği kabul edilen tıbbi malzemelerden en düşük olannın fiyatı esas alınarak fatura tutarını aşmamak üzere Kurumca karşılaşır.

3.2.3 - Sözleşmesiz sağlık kurum ve kuruluşlarında tıbbi malzeme bedellerinin ödenmesi

(1) Kurum ile sözleşmesiz sağlık kurum ve kuruluşlarında acil haller nedeniyle kullanılan ve SUT'un 2.3 maddesi doğrultusunda Kurumca karşılaşması gereken tıbbi malzeme bedelleri, şahıs ödemesi olarak SUT hükümleri doğrultusunda Kurumca karşılaşır.

3.3 - Bazı tıbbi malzemelerin temin edilme esasları

3.3.1 - Yara bakım ürünlerleri

(1) Yara bakım ürünlerinin bedelleri, sağlık kurulu raporuna istinaden Kurumca karşılaşır.

(2) Yara bakım ürünler 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 kurullarına;

b) Ayakta tedavide, resmi sağlık kurulu/kuruluşlarında genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi (Ek: RG 18/03/2014-28945/13 md. Yürürlük: 18/03/2014), geriatri uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurullarına düzenlenecektir. (Değişik: RG 12/11/2013-28819/ 7-a md. Yürürlük: 12/11/2013) Ancak, “epidermolysis bullosa” hastalığında kullanılması gereklili görülen yara bakım ürünleri için sağlık kurulu raporu üçünçü basamak resmi sağlık kurumlarında (eğitim verme yetkisi olan klinik) dermatoloji, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi veya genel cerrahi uzman hekimlerinin yer aldığı sağlık kurulu tarafından, Ancak, immünobüllöz ve mekanobüllöz hastalıklar, deri nekrozuyla seyreden vaskülitler ve nekrotik enfeksiyöz deri hastalıklarında kullanılması gereklili görülen yara bakım ürünleri için sağlık kurulu raporu üçünçü basamak resmi sağlık kurumlarında (eğitim verme yetkisi olan klinik) deri ve züherevi hastalıkları, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi veya genel cerrahi uzman hekimlerinin yer aldığı sağlık kurulu tarafından, düzenlenecektir.

(3) Yara bakım ürünlerinin kullanımına dair düzenlenecek sağlık kurulu raporlarında hasta kimlik bilgilerinin dışında;

a) Etyojezik tanı (diyabetik ayak yarası vb.);

b) Yara ve/veya yaraların anatomik lokalizasyonu;

c) Yara ve/veya yaraların ebatları;

d) Klinik bulgular (eksüdasyon, kavitasyon gibi özellikler ayrıca belirtilecektir);

d) Öncesinde medikal ve/veya cerrahi tedavi uygulanıp uygulanmadığı;

e) Tercih edilen yara bakım ürününün tercih gereklisi, tipi, ebatları, değiştirilme süresi bilgilerinin, yer olması zorunludur.

(4) Sağlık kurulu raporunda belirtilen yara bakım ürünü dışında başka bir yara bakım ürünü kullanılması gerekiğinde, gereklisi ile birlikte yeniden sağlık kurulu raporu düzenlenecektir.

(5) Sağlık kurulu raporları ayakta tedavide 2 ay, yatarak tedavilerde ise yediş süresince geçerlidir.

(6) (Değişik: RG 12/11/2013-28819/ 7-b md. Yürürlük: 12/11/2013) Ayakta tedavide kullanılacak yara bakım ürünler için, sağlık kurulu raporuna dayanılarak genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi veya dermatoloji uzman hekimlerinden biri tarafından reçete düzenlenmesi gerekmektedir. Ancak “epidermolysis bullosa” hastalığında kullanılması gereklili görülen yara bakım ürünleri için, resmi sağlık tesislerinde görev yapmakta olan dermatoloji, plastik ve rekonstrüktif cerrahi veya genel cerrahi uzman hekimlerince reçete düzenlenmesi gerekmektedir. Ayakta tedavide kullanılacak yara bakım ürünler için, sağlık kurulu raporuna dayanılarak genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi (EK-RG 25/07/2014-29071 / 18-a md. Yürürlük: 25/07/2014) geriatri veya deri ve züherevi hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından reçete düzenlenmesi gerekmektedir. Ancak immünobüllöz ve mekanobüllöz hastalıklar, deri nekrozuyla seyreden vaskülitler ve nekrotik enfeksiyöz deri hastalıklarında kullanılması gereklili

~~görülen yara bakım ürünleri için, resmi sağlık tesislerinde görev yapmakta olan deri ve zührevi hastalıkları, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi veya genel cerrahi uzman hekimlerince reçete düzenlenmesi gerekmektedir.~~

~~(7) Tek reçetede en fazla 15 günlük miktar yazılabilir.~~

~~(8) Reçetenin tekrar düzenlenmesi halinde yara/yaraların ebatları reçeteyi yazan hekim tarafından sağlık kurulu raporunun arkasına yazılır ve rapor aynı hekim tarafından imzalanarak kaşelenir.~~

~~(9) Ayakta tedavide tedavi edici etkisini sadece hydrocolloid, köpük ve fiber içermesinden dolayı gösteren yara bakım ürünleri ile “epidermolysis bullosa” hastalığında kullanılması şartıyla gazlı bez ve çeşitleri, sargı bezi ve çeşitleri, petrolatum/parafin emdirilmiş leno bez dokuma, yapışmayan köpük örtüler, yapışmayan film örtüler ve yapışmayan prokoloidler gruplarında yer alan yara bakım ürünlerinin bedelleri Kurumca karşılanır.~~

(Mülga: RG- 12/11/2013- 28819/ 7- e md. Yürürlük: 12/11/2013)

~~(10) Yara örticileri, yara bakımı yardımcıları (transparan film örtü, yara temas tabakası ve yapışmaz örtüler, temizlik ürünleri, bariyer kremler ve spreyler, vb.), hidrojeller (yara nemlendiriciler), katkı maddesi içeren ürünler (kollagen içeren, büyümeye faktörü içeren, polisakkarit içeren, hyaluronik asit içeren, tıbbi bal ve tıbbi bal içerikli, vb.), deri esdeğerleri, larva debridman, ultrasonik debridman ve sarf malzemeleri, topikal oksijen tedavisi malzemeleri ve biyostimulasyon tedavisi malzemelerinin (ışın, lazer, ultrason, elektrik vb.) bedelleri Kurumca karşılanmaz.~~

~~(11) Yanık tedavisi uygulanan durumlarda, yatan hastalar için kullanılan yara bakım ürün grubuna dair ödenen malzeme gruplarından ayrı olarak;~~

~~a) Katkı maddesi içeren ürünlerden kollajen içeren ve polisakkarit içeren ürün grupları üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında sağlık kurulu raporu ile kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.~~

~~b) Deri esdeğerlerinin, eklem alanlarını içeren veya yüz mimigini etkileyen veya %40’ı geçen 3. derece yanıklarda, üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında sağlık kurulu raporu ile kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.~~

~~(12) Yanık hastalarının ayakta tedavilerinde, SUT ve eki listelerde yer alan yara bakımı ile ilgili hükümler geçerlidir.~~

(Ek: RG- 12/11/2013- 28819/ 7- e md. Yürürlük: 12/11/2013)

~~(13) Ebatları 100 cm² ye kadar (100 cm² dahil) olan ürünler küçük yara örtüsü, 101-225 cm² arası (225 cm² dahil) olan ürünler orta yara örtüsü, 226 cm²’nin üzerinde olan ürünler büyük yara örtüsü olarak kabul edilir.~~

(Değişik: RG- 01/10/2014- 29136/ 10-a md. Yürürlük: 01/10/2014)

3.3.1 - Yara bakım ürünlerleri ve Antimikrobiyal Örtüler

(1) Yara bakım ürünlerinin veya antimikrobiyal örtülerin bedelleri, sağlık kurulu raporuna istinaden Kurumca karşılanır.

(2) (Değişik: RG- 24/12/2014- 29215/ 11 md. Yürürlük: 01/02/2015) 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 kurullarına,~~

~~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 kurullarına düzenlenecektir. Ancak, immünobüllöz ve mekanobüllöz hastalıklar, deri nekrozuyla seyreden vaskülitler ve nekrotik enfeksiyöz deri hastalıklarında kullanılması gereklidir. Görülen yara bakım ürünlerini için sağlık kurulu raporu üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında (eğitim verme yetkisi olan klinik) deri ve zührevi hastalıkları, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi veya genel cerrahi uzman hekimlerinin yer aldığı sağlık kurulu tarafından, düzenlenecektir.~~

(2) Yara bakım ürünlerini veya antimikrobiyal örtüler için düzenlenecek sağlık kurulu raporları:

a) Yatarak tedavide; takip ve tedaviyi yapan uzman hekim ile genel cerrahi, (Ek: RG- 26/11/2016- 29900/ 12 md. Yürürlük: 25/07/2016) geriatri, ortopedi ve travmatoloji ve plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurullarına 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 kurullarına düzenlenecektir.

e) (Mülga: RG- 18/02/2015- 29271/ 8-a md. Yürürlük: 01/02/2015) Ayakta ve yatarak tedavide immünobüllöz ve mekanobüllöz hastalıklar, deri nekrozuyla seyreden vaskülitler ve nekrotik enfeksiyöz deri hastalıklarında kullanılması gereklidir. Görülen yara bakım ürünlerini 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.

(3) Yara bakım ürünlerinin veya antimikrobiyal örtülerin kullanımına dair düzenlenecek sağlık kurulu raporlarında hasta kimlik bilgilerinin dışında;

a) Etyolojik tanı (diyabetik ayak yarası vb.),

b) Yara ve/veya yaraların anatomik lokalizasyonu,

c) Yara ve/veya yaraların ebatları,

ç) Klinik bulgular (eksüdasyon, kavitasyon enfeksiyon gibi özellikler ayrıca belirtilecektir),

d) Öncesinde medikal ve/veya cerrahi tedavi uygulanıp uygulanmadığı,

e) Tercih edilen yara bakım ürününün veya antimikrobiyal örtülerin tercih gereğisi, tipi, ebatları, değiştirilme süresi bilgilerinin,

yer olması zorunludur.

(4) Sağlık kurulu raporunda belirtilen yara bakım ürünü veya antimikrobiyal örtü dışında başka bir yara bakım ürünü veya antimikrobiyal örtü kullanılması gerekiğinde, gereğisi ile birlikte yeniden sağlık kurulu raporу düzenlenecektir.

(5) Sağlık kurulu raporları ayakta tedavide 2 ay, yatarak tedavilerde ise yataş süresince geçerlidir. (**Mülga: RG-18/02/2015-29271 / 8-a md. Yürürlük: 01/02/2015**) Aneak immünobüllöz ve mekanobüllöz hastalıklar, deri nekrozuyla seyreden vaskülitler venekrotik enfeksiyöz deri hastalıklarında sağlık kurulu raporları ayakta tedavide 6 ay geçerlidir.

(Değişik: RG- 25/08/2016- 29812/ 12md. Yürürlük: 07/09/2016)

(5) Sağlık kurulu raporları yatarak tedavilerde yataş süresince geçerlidir.

(6) (Değişik: RG- 24/12/2014- 29215/ 11 md. Yürürlük: 01/02/2015) Ayakta tedavide kullanılacak yara bakım ürünlerini için, sağlık kurulu raporuna dayanılarak genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi, geriatri veya deri ve zihni hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından reçete düzenlenmesi gerekmektedir. Aneak immünobüllöz ve mekanobüllöz hastalıklar, deri nekrozuyla seyreden vaskülitler venekrotik enfeksiyöz deri hastalıklarında kullanılması gereklili görülen yara bakım ürünlerini için, resmi sağlık tesislerinde görev yapmakta olan deri ve zihni hastalıkları, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi veya genel cerrahi uzman hekimlerince reçete düzenlenmesi gerekmektedir. Ayakta tedavide kullanılacak yara bakım ürünlerini için, sağlık kurulu raporuna dayanılarak genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi, geriatri veya deri ve zihni hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından reçete düzenlenmesi gerekmektedir.

(Mülga: RG- 25/08/2016- 29812/ 12 md. Yürürlük: 07/09/2016)

(7) (Değişik: RG- 24/12/2014- 29215 / 11 md. Yürürlük: 01/02/2015) Tek reçetede en fazla 15 günlük miktar yazılabilir. Aneak immünobüllöz ve mekanobüllöz hastalıklar, deri nekrozuyla seyreden vaskülitler venekrotik enfeksiyöz deri hastalıklarında ayakta tedavide tek reçetede en fazla bir aylık miktar yazılabilir. Tek reçetede en fazla 15 günlük miktar yazılabilir.

(8) Reçetenin tekrar düzenlenmesi halinde yara/yaraların ebatları reçeteyi yazan hekim tarafından sağlık kurulu raporunun arkasına yazılır ve rapor aynı hekim tarafından imzalanarak kaşelenir.

(9) (Değişik: RG- 24/12/2014- 29215/ 11 md. Yürürlük: 01/02/2015) Ayakta tedavide tedavi edici etkisini sadece hydrocolloid, köpük ve fiber içermesinden dolayı gösteren yara bakım ürünlerile “immünobüllöz ve mekanobüllöz hastalıklar, deri nekrozuyla seyreden vaskülitler venekrotik enfeksiyöz deri hastalıklarında” hastalığında kullanılması şartıyla gazlı bez ve çeşitleri, sargı bezî ve çeşitleri, petrolatum/parafin emdirilmiş leno bez dokuma, yapışmayan köpük örtüler, yapışmayan film örtüler ve yapışmayan prokolloidler grublarında yer alan yara bakım ürünlerinin bedelleri Kurumca karşılaşır. Ayakta tedavide tedavi edici etkisini sadece hydrocolloid, köpük ve fiber içermesinden dolayı gösteren yara bakım ürünlerinin bedelleri Kurumca karşılaşır.

(Değişik: RG- 25/03/2017- 30018/ 16 md. Yürürlük: 05/04/2017)

(10) Yanık tedavisi uygulanan durumlarda, yatan hastalar için kullanılan yara bakım ürün grubuna dair ödenen malzeme gruplarından ayrı olarak,

a) Deri eşdeğerlerinin (sentetik/hayvan kaynaklı), eklem alanlarını içeren veya yüz mimigini etkileyen veya %40'ı geçen 3. derece yanıklarda, üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında sağlık kurulu raporu ile kullanımlı halinde bedeli Kurumca karşılaşır. (Ek: RG- 18/01/2016- 29597/ 8-a md. Yürürlük: 18/01/2016) Ebatları 100 cm² ye kadar (100 cm² dahil) olan deri eşdeğerleri küçük, 101-225 cm² arası (225 cm² dahil) olan deri eşdeğerleri orta, 226 cm² nin üzerinde olan deri eşdeğerleri büyük olarak kabul edilir.

(10) Aşağıdaki deri taklitleri (yedekleri) sadece yanık tedavisinde kullanılması halinde ödenir.

a) Dermis iskeleti: Dermis iskeleti (yeni dermis oluşumu için iskelet görevi gören ve içine hücre göçüne izin veren sentetik/hayvan kaynaklı yapılar) görevi görebilen, tek veya çok katmanlı, fakat sadece dermisin tam kat hasar gördüğü üçüncü derece yanık bölgelerinin tedavisinde kullanılabilen deri taklitlerinin (yedekleri) bedeli yüz, boyun, el, ayak, eklem, sadece kız çocuklarında ve kadınlarda meme alanlarını içeren yanıklarda veya %40'ı (0-12 yaş için %20) geçen üçüncü derece yanıklarda üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında sağlık kurulu raporu ile kullanımını halinde Kurumca karşılaşır.

b) Deri benzerleri: Dermis iskeleti görevi göremeyen, bununla birlikte en az derin ikinci derece yanıkların tedavisinde, sahip oldukları fiziksel veya moleküler özellikler sayesinde epidermisin ve kısmen dermisin özelliklerini taklit ederek yanayı enfeksiyon, kontaminasyon gibi dış etkenlerden koruyan sentetik/hayvan kaynaklı, emilebilen veya yaranan kendiliğinden ayrılabilen deri taklitlerinin (yedekleri) bedeli yüz, boyun, el, ayak, perine, eklem, sadece kız çocuklarında ve kadınlarda meme alanlarını içeren yanıklarda veya %40'ı (0-12 yaş için %20) geçen derin ikinci derece ve/veya üçüncü derece yanıklarda yanık ünite/merkez ve/veya üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında sağlık kurulu raporu ile kullanımını halinde Kurumca karşılaşır.

(11) Yanık hastalarının ayakta tedavilerinde, SUT ve eki listelerde yer alan yara bakımı ile ilgili hükümler geçerlidir.

(12) Ebatları 100 cm² ye kadar (100 cm² dahil) olan ürünler küçük yara örtüsü, 101-225 cm² arası (225 cm² dahil) olan ürünler orta yara örtüsü, 226 cm² nin üzerinde olan ürünler büyük yara örtüsü olarak kabul edilir.

(Ek: RG- 24/12/2014- 29215/ 11 md. Yürürlük: 01/02/2015)

(Mülga: RG-08/06/2017-30090/ 7 md. Yürürlük: 19/06/2017)

(13) (Değişik: RG- 18/02/2015- 29271/ 8-b md. Yürürlük: 01/02/2015) Immünobüllöz ve mekanobüllöz hastalıklar, deri nekrozuyla seyreden vaskülitler venekrotik enfeksiyöz deri hastalıkları tamı 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 kapsamındaki 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 kapsamındaki 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. **Epidermolizis bülloza** tanımlı hastalara yara bakım hizmetlerinin ödenebilmesi için Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci veya üçüncü basamak sağlık

~~hizmeti sunucuları tarafından, deri ve zührevi hastalıkları uzman hekimi, plastik, rekonstruktif ve estetik cerrahi uzman hekimi ve genel cerrahi uzman (Değişik: RG- 18/01/2016- 29597/ 8-b md. Yürürlük: 01/02/2016) hekiminin hekimlerinden birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenmesi gerekmektedir. Sağlık kurulu raporu 2 (iki) yıl geçerlidir. Epidermolizis bülloza tanlı 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 sunucularına faturalandırılır. Bu hasta grubuna sunulan her türlü yara bakım hizmetlerinin ve bu hizmetlerde kullanılan tıbbi malzemelerin Sağlık Bakanlığının 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. Aneak bu kapsamında tedavi gören hastalara kullanılan malzemelerin Sağlık Bakanlığının bağlı sağlık hizmeti sunucuları tarafından temin edilmeyerek hastaya reçete karşılığında dışarıdan temin ettirilmesi durumunda fatura tutarı ilgili hastaya ödenecek Sağlık Bakanlığı’na yapılan global ödemeden söz konusu fatura tutarı düşür.~~

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 karşılaşacaktır;

a) Tip I diyabetli, tip II diyabetli, hipoglisemili, gestasyonel diyabetli hastalar ile sadece oral antidiyabetik ilaç kullanan diyabetli hastalar için, aile hekimi uzmanı, endokrinoloji ve metabolizma, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından uzman hekim raporu düzenlenmesi gerekmektedir.

(Mülga: RG- 25/08/2016- 29812/ 13 md. Yürürlük: 01/08/2016)

b) Kan şekeri ölçüm cihazlarına ait bedeller, Kurumca karşılaşacaktır. Kan şekeri ölçüm cihazının yenilenme süresi 2 yıldır. Bu süreden önce temin edilen kan şekeri ölçüm cihazının bedeli Kurumca ödenmez.

c) Kan şekeri ölçüm çubukları;

1) Tip I diyabetli çocuk hastalar (18 yaş altı), gebeler, transplantasyon hastalarında sağlık raporunda tedavi protokolü olarak belirtilen adetler esas alınarak,

2) Tip I diyabetli erişkin hastalar ve insülin kullanan tip II diyabetli tüm hastalarda ayda en fazla 150 adet,

3) Medikal tedavi ile kontrol altında tutulan hiperinsülinemik hipoglisemisi olan çocuk hastalar için ayda en fazla 150 adet, erişkin hastalar için en fazla 50 adet,

4) Oral antidiyabetik ilaç kullanan diyabetli hastalara 3 ayda en fazla 100 adet hesabıyla, reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılaşır.

ç) Kan şekeri ölçüm çubuklarına ait faturalara, sağlık raporunun fotokopisi (e-rapor hariç) ile reçetenin asılları (e-reçete hariç) eklenecektir.

d) **(Değişik: RG- 25/08/2016- 29812/ 13 md. Yürürlük: 01/08/2016)** Kan şekeri ölçüm çubukları ve kan şekeri ölçüm cihazları, sözleşmeli eczanelerden temin edilecektir. Kan şekeri ölçüm çubukları sözleşmeli eczanelerden temin edilecektir.

(Değişik: RG- 05/08/2015- 29436/ 6 md. Yürürlük: 06/07/2015)

3.3.3 - Görmeye yardımcı tıbbi malzemeler

(1) Gözlük cam ve çerçeveye bedelleri ile göz sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından düzenlenen sağlık kurulu raporunda belirtilen nitelikli görmeye yardımcı tıbbi malzeme bedelleri SUT eki “Görmeye Yardımcı Tıbbi Malzemeler” (EK-3/D) Listesinde yer alan fiyatları aşmamak üzere Kurumca karşılaşır.

(2) Reçetenin/sağlık kurulu raporunun düzenlenme tarihinden itibaren 10 iş günü içerisinde yapılan hasta müraaaatları optisyenlik müesseseleri tarafından kabul edilecektir. Süresi içerisinde kabul edilen sağlık kurulu raporu ve/veya reçetelerin sisteme kaydı nitelikli malzemelerde 45 gün, diğer reçeteli malzemelerde ise 30 gün içerisinde tamamlanır. Süresi içinde yapılmayan hasta müraaaatları ve/veya sistem kayıtlarına ilişkin reçete/sağlık kurulu raporu ile kullanılması gereklili görümeye yardımcı tıbbi malzemelerin bedelleri Kurumca karşılaşmaz.

3.3.3.A - Gözlük cam ve çerçevesi

(1) Gözlük cam ve çerçeveyenin temininde göz sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından düzenlenen reçeteye dayanılarak işlem yapılacaktır.

(2) Gözlük cam ve çerçeveleri, 5193 sayılı Optisyenlik Hakkında Kanun hükümlerine uygun olarak faaliyetlerini sürdürmen ve Kurumla görmeye yardımcı tıbbi malzeme sözleşmesi imzalayan optisyenlik müesseselerinden temin edilecektir.

(3) Cam bedelleri, çerçeveye bedeli ile birlikte sözleşmeli optisyenlik müesseseleri tarafından Kuruma fatura edilir.

(4) SUT eki EK-3/D Listesinde yer alan camlar ile hasta tarafından talep edilen farklı özelliklere sahip camlar arasında olusacak fark ücreti Kurum tarafından karşılaşmaz.

(5) Gözlük camı ve çerçevelerinin yenilenme süresi 3 yıldır. Aneak, görme bozukluğunda 0,5 diyoptrilik değişiklik olması halinde gözlük camı süresinden önce yenilenebilir.

(6) Büyüme ve gelişme çağındaki çocukların kullanması gereken gözlük cam ve çerçeveleri çocuğun büyümeye ve gelişmesi nedeni ile kullanılmadığının ve yenilenmesi gerektiğini sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi koşuluyla süresinden önce yenilenebilir.

3.3.3.B - Teleskopik gözlük

(1) Konjenital nedenlere, kalitsal hastalıklara, yaralanmalara, şeker hastalığına, glokomaya, katarakta ve yaşlanmaya bağlı bozukluğu olan ve iyi gören gözde düzeltilmiş uzak görme keskinliği 3/10 ve altında olan hastalarda üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularına düzenlenen ve en az bir göz sağlığı ve hastalıkları uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak bedelleri Kurumca karşılaşır.

(2) Sağlık kurulu raporunda zeminde yatan göz hastalığı ve bu hastalığa bağlı olarak “görme işlevlerindeki bozulma”, “uzak”, “yakın”, “uzak yakın” ifadesi olması, büyütme güçü (x, diyoptri olarak), fiks fokus veya fokusabile (fokuslenebilme) olma durumu ve niteliği (prizmatik, galileon veya keplerin) belirtilmelidir.

(3) Teleskopik gözlükler sağlık kurulu raporuyla 3 yılda bir yenilenir. Ancak, gerekliliğinin sağlık kurulu raporuyla belirlenmesi şartıyla, çocuklarda bu süre 1 yıl olarak uygulanır.

(4) Sağlık kurulu raporu ile gerekli görülen hallerde, yakın görme bozukluğu olan hastalara tek veya iki göz için kapak kep reçete edilebilir. Bu kişiler için ayrıca yakın teleskopik gözlük bedeli Kurumca karşılanmaz.

3.3.3.C - Kontakt lensler

(1) Kontakt lens bedelleri;

a) Konjenital katarakt nedeniyle opere olmuş afak olgularda;

b) Travma ve iatrogenik nedenlerle tek gözde veya iki gözde göz lens bağlarının kopması ve akabinde göz içine tekrar lens konulamaması sonucu gelişen afaki olgularda;

c) Keratokonusu olan göze gözlük uygulanmış ve gözlükle görme keskinlikleri 10/10 a kadar (tama) artmayan olgularda;

ve bu durumların üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca düzenlenen en az bir göz sağlığı ve hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporunda, teshis, hastaya uygun görülen lensin çapı (BC), derinliği (DİA), diyoptri değeri (POW) ile lensin nitelikinin (sert, yumuşak, gaz geçirgenliği v.b.) belirlenmesi ve Kurumla sözleşmeli optisyenlik müesseselerinden temin edilmesi şartıyla SUT eki EK 3/D Listesinde yer alan bedeller üzerinden Kurumca karşılanır.

(2) Kontakt lenslerin yenilenme süresi 2 yıldır.

(3) Konjenital katarakt nedeniyle opere olmuş 6 yaşından küçük çocuklarda 6 ayda bir yenilenmesi halinde sağlık kurulu raporuna istinaden bedelleri Kurumca karşılanır.

(4) Konjenital katarakt nedeniyle opere olmuş ve afaki 6 yaşından sonra da devam eden olgularda kontakt lensin sağlık kurulu raporu ile “aylık sık replasmanlı” olarak kullanılacağıının belirlenmesi halinde 6 ayda bir, “yıllık” olarak kullanılacağıının belirlenmesi halinde ise yılda bir yenilenebilir.

(5) Konjenital katarakt nedeniyle opere olmuş afak olgular hariç kontakt lens kullanan hastaların ayrıca gözlük cam ve çerçeveye bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(6) Kontakt lens solüsyonlarının bedelleri Kurumca karşılanmaz.

3.3.3 - Görmeye yardımcı tıbbi malzemeler

(1) Gözlük cam ve çerçeveye bedelleri ile göz sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından düzenlenen sağlık kurulu raporunda/e-raporda belirtilen nitelikli görmeye yardımcı tıbbi malzeme bedelleri SUT eki “Görmeye Yardımcı Tıbbi Malzemeler” (EK-3/D) Listesinde yer alan fiyatları aşmamak üzere Kurumca karşılanır.

(2) Reçetenin/e-reçetenin/sağlık kurulu raporunun/e-raporun düzenlenme tarihinden itibaren 10 iş günü içerisinde yapılan hasta müracaatları optisyenlik müesseseleri tarafından kabul edilecektir. Süresi içerisinde kabul edilen sağlık kurulu raporu/e-raporun ve/veya reçetelerin/e-reçetelerin sisteme kaydı nitelikli malzemelerde 30 iş günü, diğer reçeteli malzemelerde ise 20 iş günü içerisinde tamamlanır. Süresi içinde yapılmayan hasta müracaatları ve/veya sistem kayıtlarına ilişkin reçete/e-reçete/sağlık kurulu raporu/e-rapor ile kullanılması gerekliliği görülen görmeye yardımcı tıbbi malzemelerin bedelleri Kurumca karşılanmaz.

3.3.3.A - Gözlük cam ve çerçevesi

(1) Gözlük cam ve çerçeveyenin temininde göz sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri ile bu dalda ihtisas yapan asistan hekimler tarafından düzenlenen reçeteeye/e-reçeteeye dayanılarak işlem yapılacaktır. Ancak acil polikliniklerinde yazılan gözlük cam ve çerçeveye reçete/e-reçete bedelleri karşılaşmayacaktır.

(2) Gözlük cam ve çerçeveleri, 5193 sayılı Optisyenlik Hakkında Kanun hükümlerine uygun olarak faaliyetlerini sürdürmen ve Kurumla görmeye yardımcı tıbbi malzeme sözleşmesi imzalayan optisyenlik müesseselerinden temin edilecektir.

(3) Cam bedelleri, çerçeve bedeli ile birlikte sözleşmeli optisyenlik müesseseleri tarafından Kuruma fatura edilir.

(4) SUT eki EK-3/D Listesinde yer alan camlar ile hasta tarafından talep edilen farklı özelliklere sahip camlar arasında olacak fark ücreti Kurum tarafından karşılaşmaz.

(5) Gözlük camı ve çerçevelerinin yenilenme süresi 3 yıldır. Ancak, görme bozukluğunda 0,5 diyoptrilik değişiklik olması halinde gözlük camı süresinden önce yenilenebilir.

(6) Büyüme ve gelişme çağındaki çocukların kullanması gereken gözlük cam ve çerçeveleri çocuğun büyümeye ve gelişmesi nedeni ile kullanılmadığının ve yenilenmesi gerekliliğinin sağlık kurulu rapor/u-e-rapor ile belgelenmesi koşuluyla süresinden önce yenilenebilir.

3.3.3.B - Teleskopik gözlük

(1) Konjenital nedenlere, kalıtsal hastalıklara, yaralanmalara, şeker hastalığına, glokoma, katarakta ve yaşılanmaya bağlı göz bozukluğu olan ve iyi gören gözde düzeltilmiş uzak görme keskinliği 3/10 ve altında olan hastalarda üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca düzenlenen ve en az bir göz sağlığı ve hastalıkları uzmanın yer aldığı sağlık kurulu raporuna/e-rapora dayanılarak bedelleri Kurumca karşılanır.

(2) Sağlık kurulu raporunda/e-raporda zeminde yatan göz hastalığı ve bu hastalığa bağlı olarak “görme işlevlerindeki bozulma”, “uzak”, “yakın”, “uzak-yakın” ifadesi olması, büyütme gücü (x, diyoptri olarak), fiks fokus veya fokusabile (fokuslenebilme) olma durumu ve niteliği (prizmatik, galileon veya keplerin) belirtilmelidir.

(3) Teleskopik gözlükler sağlık kurulu raporuyla/e-raporla 3 yılda bir yenilenir. Ancak, gerekliliğinin sağlık kurulu raporuyla/e-raporla belirlenmesi şartıyla, çocuklarda bu süre 1 yıl olarak uygulanır.

(4) Sağlık kurulu raporu/e-rapor ile gerekli görülen hallerde, yakın görme bozukluğu olan hastalara tek veya iki göz için kapak kep reçete edilebilir. Bu kişiler için ayrıca yakın teleskopik gözlük bedeli Kurumca karşılanmaz.

3.3.3.C - Kontakt lensler

(1) Kontakt lens bedelleri;

a) Konjenital katarakt nedeniyle opere olmuş afak olgularda,

b) Travma ve iatrojenik nedenlerle tek gözde veya iki gözde göz lenslarının kopması ve akabinde göz içine tekrar lens konulamaması sonucu gelişen afaki olgularda,

c) Keratokonusu olan göze gözlük uygulanmış ve gözlükle görme keskinlikleri 10/10 a kadar (tama) artmayan olgularda,

ve bu durumlarının üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca düzenlenen en az bir göz sağlığı ve hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporunda/e-raporda, teşhis, hastaya uygun görülen lensin çapı (BC), derinliği (DİA), diyoptri değeri (POW) ile lensin niteliğinin (sert, yumuşak, gaz geçirgenliği v.b.) belirtilmesi ve Kurumla sözleşmeli optisyenlik müesseselerinden temin edilmesi şartıyla SUT eki EK-3/D Listesinde yer alan bedeller üzerinden Kurumca karşılanır.

(2) Kontakt lenslerin yenileme süresi 2 yıldır.

(3) Konjenital katarakt nedeniyle opere olmuş 6 yaşından küçük çocuklarda 6 ayda bir yenilenmesi halinde sağlık kurulu raporuna/e-rapora istinaden bedelleri Kurumca karşılanır.

(4) Konjenital katarakt nedeniyle opere olmuş ve afak 6 yaşından sonra da devam eden olgularda kontakt lensin sağlık kurulu raporu/e-rapor ile “aylık sık replasmanlı” olarak kullanılacağının belirtilmesi halinde 6 ayda bir, “yıllık” olarak kullanılacağıının belirtilmesi halinde ise yılda bir yenilenebilir.

(5) Konjenital katarakt nedeniyle opere olmuş afak olgular hariç kontakt lens kullanan hastaların ayrıca gözlük cam ve çerçeveye bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(6) Kontakt lens solüsyonlarının bedelleri Kurumca karşılanmaz.

3.3.3.Ç – Görmeye Yardımcı Tıbbi Malzemelerde Elektronik Reçete Uygulaması

(1) E-reçete uygulamasında, e-reçetelerin Kurum tarafından belirlenen yöntem ve standartlarla (elektronik imza, şifre) imzalanması şarttır.

(2) Sağlık kurum/kuruluşları tarafından düzenlenecek reçeteler Kurum Medula Sisteminde SGK Hekim Şifresi ile düzenlenecektir. Kurumca belirlenecek istisnalar haricinde manuel reçetelerin bedelleri karşılaşmayacaktır. Kurum tarafından gerekli düzenlemelerin yapılması sonrasında ise reçeteler Kurum tarafından belirlenerek Kurum web sayfasından ilan edilecek tarihten itibaren elektronik imza ile imzalanacaktır.

(3) Kurum tarafından gerekli düzenlenmeler tamamlanıncaya kadar manuel olarak düzenlenmeye devam edilecek olan reçeteler;

a) Yabancı ülkelerle yapılan “Sosyal Güvenlik Sözleşmeleri” kapsamında Kurum tarafından sağlık hizmeti verilen kişiler (YUPASS kapsamındakiiler hariç) için düzenlenen reçeteler,

b) Sağlık hizmet sunucularına müracaatlar sırasında Kurum bilgi işlem sistemi tarafından sigortalının prim ödeme gün sayısı veya prim borcu bulunması nedeniyle hasta takip numarası/provizeyion verilmemesi halinde; sağlık hizmeti sunucularınca kişinin müracaatının SUT'un 1.7 Provizyon İşlemleri başlıklı maddesinin ikinci fikrasının (b) bendinde tanımlanan 18 yaş altı çocuklar, iş kazası ile meslek hastalığı, afet ve savaş ile grev ve lokavt halleri kapsamında veya SUT'un 1.7 Provizyon İşlemleri başlıklı maddesinin ikinci fikrasının (c) bendinde tanımlanan durumlarda olduğunun belirtildiği hallerde düzenlenen reçeteler,

c) Resmi sağlık kuruluşlarından; kamu idareleri bünyesindeki kurum hekimliklerinde, belediyelere ait polikliniklerde, aile hekimlikleri dışındaki birinci basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında, üniversitelerin mediko-sosyal birimlerinde düzenlenen reçeteler, (resmi sağlık kuruluşlarının MEDULA hastane sistemini kullanmaya başlamaları veya teknik alt yapılarını oluşturmaları halinde e-reçete uygulamasına geçmeleri zorunludur.).

(4) MEDULA sisteminin ve/veya sağlık hizmet sunucusuna ait sistemin çalışmaması nedeniyle e-reçetenin düzenlenememesi halinde manuel olarak düzenlenen reçete üzerinde e-reçete olarak düzenlenememesine ilişkin “Sistemlerin çalışmaması nedeniyle e-reçete düzenlenememiştir” ibaresi kaşe ya da el yazısı şeklinde belirtilmeli ve bu ibare reçeteyi düzenleyen hekim tarafından onaylanmalıdır. (Yukarıda tanımlanmış olan istisnai hallerde düzenlenen manuel reçetelerde bu ibare aranmayacaktır.)

3.3.4 – Graftler

(Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 18-b md. Yürürlük: 01/08/2014)

(Değişik: RG-18/03/2014-28945/14 md. Yürürlük: 01/12/2013)

(1) Allegrefpler, Sağlık Bakanlığı “Tıbbi Cihaz Yönetmeliği”ne tabi olmadığından, TİTUBB içerisinde yer alan allegref kayıt sisteminde kayıt altına alınmeye kadar bedellerinin ödenmesinde TİTUBB kayıt/bildirim işlemi tamamlanmış olma şartı aranamayacaktır.

(2) Sentetik ve hayvan kaynaklı graftler; Sağlık Bakanlığı “Tıbbi Cihaz Yönetmeliği” kapsamında olduğundan TİTUBB kayıt/bildirim işlemi tamamlanmış olma şartı aranamayacaktır.

(3) Allegreflerin ödenebilmesi için Amerikan Doku Bankası Derneği (American Association Of Tissue Banks (AATB)) ve/veya Avrupa Doku Bankası Derneği (European Association Of Tissue Banks (EATB)) tarafından verilen belgenin fatura ekinde yer olması gerekmektedir.

(1) Sağlık Bakanlığı tarafından 27 Ekim 2010 tarih ve 27742 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak aynı tarihte yürürlüğe giren “İnsan Doku ve Hücreleri ile Bunlarla İlgili Merkezlerin Kalite ve Güvenliği Hakkında Yönetmelik” te

~~belirtilen ruhsatlandırma süreci tamamlanana kadar; ön başvurusu, tek dağıtıelik hakları bulunan üretici doku bankalarının adları ve bu bankaların tek dağıtıelik yetkisi verdiği ürün grupları Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK) tarafından onaylanmış olan firmalara ait insan dokusu kaynaklı ürünlerin (allogreflerin) bedelleri Kurumca karşılanır.~~

~~(2) TİTCK tarafından ön başvurusu, tek dağıtıelik hakları bulunan üretici doku bankalarının adları ve bu bankaların tek dağıtıelik yetkisi verdiği ürün grupları onaylanmış olan firmaların onaylı bulunan ürün grupları dışında yer alan ürünlerin bedelleri Kurumca karşılanmaz.~~

~~(3) Sağlık hizmeti sunucusu tarafından, benzeri olmayan tanımlayıcı kodun (Denör ID) MEDULA Hastane uygulamasında açıklmış olan alanına girilmesi zorunludur.~~

~~(4) Dermis yerine geçen allogreflerin bedelleri Kurumca karşılanmaz.~~

~~(5) Sentetik ve hayvan kaynaklı grefler, Sağlık Bakanlığı “Tıbbi Cihaz Yönetmeliği” kapsamında olduğundan TİTUBB kayıt/bildirim işlemi tamamlanmış olma şartı aranır.~~

~~3.3.4.A Kemik yapımını uyaran materyaller (DBM, DBM içeren “putty” “erunch”, jel, BMP, kollagen analogları)~~

~~(1) Kemik yapımını uyaran materyallerin kendi aralarında kombine edilerek veya tek başına kullanılması halinde Kurumca bedelleri karşılanmaz. Ancak tek başına DBM için; servikal füzyon ameliyatlarında, disk mesafesinde kafes içine en fazla 1cc. minimal invaziv yöntemle interbody füzyon ameliyatlarında kafes başına en fazla 5cc. kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.~~

~~(2) Osteojenik aktivitenin istediği atrofik nonunion, pseudoartroz olgularında kemik yerine geçen materyallerle kombine kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır; hipertrofik nonunion olgularında kullanıldığı takdirde bedeli Kurumca karşılanmaz.~~

~~(3) Otojen gref kullanılması halinde, kemik yapımını uyaran materyallerin bedelleri Kurumca karşılanmaz.~~

~~(4) Tümoral hastalıklarda oluşan defektlerin giderilmesinde kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır. Aneak agresif olmayan benign kemik tümörlerinde (basit kemik kisti, nonossifiye fibrom, fibröz kortikal defekt, enkondrom, v.b.) kemik yapımını uyaran materyallerin kullanımı halinde bedeli Kurumca karşılanmaz.~~

~~(5) Revizyon cerrahisinde (vertebra revizyonu ve artroplasti revizyonu) kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.~~

~~3.3.4.B Kemik yerine geçen materyaller (strut gref, kortikal ve spongiez kemik içeren yongalar, küpler)~~

~~(1) Kemik yerine geçen materyaller;~~

~~a) Fazla miktarda grefin gerektiği defektli ve çok parçalı kırıklarda veya daha önce otoğref uygulanmış ve gref almında yeterli doku bulunmayanlarda,~~

~~b) Otoğref donör almında morbidite bulunma riski olan hastalarda,~~

~~c) Tibia plato kırıkları, calcaneus kırıkları gibi yüksek enerji ile oluşan kırıkların cerrahi tedavisinde,~~

~~d) Kemiklerde geniş defektler oluşturan benign veya malign tümörlerin cerrahisinde veya daha önce otoğref uygulanmış ve gref almında yeterli doku bulunmayanlarda;~~

~~e) 3 veya daha fazla seviye füzyon uygulanması gereken omurga cerrahisinde,~~

~~kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.~~

~~3.3.4.C Genel hükümler~~

~~(1) Posterior spinal stabilizasyon operasyonlarında servikal ve torakal 1-torakal 10 vertebralara arası her seviye için en fazla 5 cc; altındaki her seviye için en fazla 10cc. kemik yerine geçen materyal bedeli Kurumca karşılanır.~~

~~(2) Spinal cerrahide tümör ya da travma nedeniyle vertebrektoni boşluğununa titanyum ya da çelik kafes yerleştirilmesi sırasında kafesin içinden kemik yerine geçen materyaller ile doldurulması halinde bedelleri ödenir, beraberinde kemik yapımını uyaran materyaller kullanıldığından da bedeli Kurumca karşılanır.~~

~~(3) Epifiz hattı açık olan hastaların, patolojik olmayan primer kırıklarında hiçbir gref türü bedeli Kurumca karşılanmaz.~~

~~(4) Yetişkin primer kırıklarında kemik yapımını uyarıcı malzemelerin kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanmaz.~~

~~3.3.4.C Kemik yerine geçen sentetik grefler~~

~~(1) Kemik yerine geçen sentetik grefler;~~

~~a) Otoğref donör almında morbidite bulunma riski olan hastalarda (kemik dansitometrisi ile gösterilmiş şiddetli osteoporoz, iliac kanatta tumoral lezyon veya enfeksiyon, kemik iligini tutan hastalıklar),~~

~~b) Kemiklerde geniş defektler oluşturan benign veya malign tümörlerin cerrahisinde,~~

~~c) 3 veya daha fazla seviye füzyon uygulanması gereken omurga revizyon cerrahisinde,~~

~~kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.~~

~~(2) Sentetik grefler kendi aralarında ve allogreflerle kombine edilerek kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanmaz.~~

~~(3) Sentetik greflerin imal ya da ithal edildikleri ülkelerde sertifikali olduğunu (FDA, TGA, SFDA gibi) belgelendirilmesi gerekmektedir.~~

~~(4) Sentetik greflerin imal ya da ithal edildikleri ülkelerde kullanımına dair ilgili ülkenin ruhsatlandırma biriminden veya bağımsız sağlık teknolojileri değerlendirme (HTA) biriminden alınacak, ürünün ülkede kullanımına ve geri ödeme kapsamında olduğuna dair belge ya da ilgili ülkenin Sağlık Bakanlığından alınacak aynı özelliklere sahip belgelerden herhangi biri ile belgelendirilmesi gerekmektedir.~~

~~3.3.4.D Dura grefleri~~

~~(1) Dura greflerinin aşağıdaki durumlarda kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır.~~

~~a) Nüks tümör cerrahisi,~~

~~b) Kafa kaidesi girişimleri,~~

~~c) Spinal cerrahi,~~

~~d) Kraniotomi sırasında duranın parçalandığı olgular,~~

- d) Posterior fossa cerrahisi;
 - e) Leptomeningeal kist;
 - f) Ensafalosel cerrahisi;
 - g) Dekompresif kraniektomi yapılan olgular;
 - g) Daha önce durası açık bırakılan olgular;
 - h) Beyin omurilik sıvısı fistülleri;
- (2) Dura greft uygulanacak vakalarda defekt büyüklüğüne göre (otojen galeal greft, otojen fasia ile kapatılamayan, 5 cm üzeri dura greflerinde) bedeli Kurumca karşılanır.

3.3.4.A - Genel hükümler

(1) (Değişik: RG-30/08/2014-29104/ 8-a md. Yürürlük:01.09.2014) TİTUBB kayıt/bildirim işlemi tamamlanmış, Sağlık Bakanlığı tarafından 27/10/2010 tarih ve 27742 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak aynı tarihte yürürlüğe giren “İnsan Doku ve Hücreleri ile Bulularla İlgili Merkezlerin Kalite ve Güvenliği Hakkında Yönetmelik” te belirtilen ruhsatlandırma süreci tamamlanana kadar, ön başvurusu, tek dağıticılık hakları bulunan üretici doku bankalarının adları ve bu bankaların tek dağıticılık yetkisi verdiği ürün grupları Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK) tarafından onaylanmış olan firmalarla ~~ön~~ insan dokusu kaynaklı ürünlerin (allogrefterin) bedelleri Kurumca karşılanır. İnsan dokusu kaynaklı ürünlerin (allogrefter) MEDULA-Hastane uygulamasına girişlerinde TİTUBB kayıt/bildirim işleminin “Allograft Ürün Onay Ekranı” nda tamamlanmış olma şartı aranacak olup tüm gönderimlerin küresel ürün numaraları (barkod) ile yapılması gerekmektedir.

(Mülga:RG-08/06/2017-30090/8 md. Yürürlük:08/06/2017)

(2) (Değişik: RG- 30/08/2014- 29104/ 8-b md. Yürürlük: 30/08/2014) TİTCK tarafından ön başvurusu, tek dağıticılık hakları bulunan üretici doku bankalarının adları ve bu bankaların tek dağıticılık yetkisi verdiği ürün grupları onaylanmış olan firmaların onaylı bulunan ürün grupları dışında yer alan ürünlerinin bedelleri Kurumca karşılanmaz. Ancak bu kapsamda bulunan ürünler için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu tarafından “İthalat kaydına esas sevkiyat onay kodu” nun oluşturulmuş olması gerekmektedir. ~~İnsan dokusu kaynaklı ürünler (allogrefter) için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu tarafından “İthalat kaydına esas sevkiyat onay kodu” nun oluşturulmuş olması gerekmektedir.~~

(3) Sağlık hizmeti sunucusu tarafından, benzeri olmayan tanımlayıcı kodun (Donör ID) MEDULA-Hastane uygulamasında açılmış olan alana girilmesi zorunludur.

(4) (Değişik: RG- 01/10/2014- 29136/ 10-b md. Yürürlük: 01/10/2014) Dermis ve/veya epidermis yerine geçen allogrefter, xenogrefter ve sentetik grefterin bedelleri Kurumca karşılanmaz. Dermis ve/veya epidermis yerine geçen allogrefterin bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(5) Sentetik grefter ve xenogrefter; Sağlık Bakanlığı “Tıbbi Cihaz Yönetmeliği” kapsamında olduğundan TİTUBB kayıt/bildirim işlemi tamamlanmış olma şartı aranır.

(Mülga: RG- 21/03/2018- 30367/ 13md. Yürürlük: 01/04/2018)

(6) Sentetik grefterin ve xenogrefterin imal ya da ithal edildikleri ülkelerde sertifikalı olduğunun (FDA, TGA, SFDA, PAL, IQWIG, HAS vb.) belgelendirilmesi gerekmektedir. Verli imal ürünlerde ise Sağlık Bakanlığı Serbest Satış Sertifikası olması yeterlidir.

(7) Sentetik grefterin ve xenogrefterin imal ya da ithal edildikleri ülkelerde kullanıldığına dair ilgili ülkenin ruhsatlandırma biriminden veya bağımsız sağlık teknolojileri değerlendirme (HTA) biriminden alınacak, ürünün ülkede kullanıldığına ve geri ödeme kapsamında olduğuna dair belge ya da ilgili ülkenin Sağlık Bakanlığından alınacak aynı özelliklere sahip belgelerden herhangi biri ile belgelendirilmesi gerekmektedir. Verli imal ürünlerde ise Sağlık Bakanlığı Serbest Satış Sertifikası olması yeterlidir.

(8) Epifiz hattı açık olan hastaların, patolojik olmayan primer kırıklarında hiçbir greft bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(9) Tümör dışı kalça kırığı nedeniyle artroplasti uygulanan vakalarda hiçbir greft bedeli Kurumca karşılanmaz.

(10) İlgili listelerde bulunan alan tanımlarında boyut ve ölçüler belirtilmiş olup, küçük boyut ve ölçüler bir arada kullanılarak listede yer alan büyük miktarlar elde edilemez.

(11) (Değişik: RG- 24/12/2014- 29215/ 12 md. Yürürlük: 01/01/2015) Sentetik greft, allogreft ve xenogrefterin kendi aralarında birbirleri ile kombine edilerek kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(12) Sentetik greft, allogreft ve xenogrefter;

a) Daha önce otogreft uygulanmış ve greft alanında yeterli doku bulunmayan hastalarda,

b) Otogreft donör alanında morbidite riski olan hastalarda,

c) Çok parçalı ve defektli kırıkların en az biri ortopedi ve travmatoloji uzmanı olmak kaydıyla üç uzman hekim tarafından düzenlenecek rapor ile belgelendirilen cerrahi tedavisinde,

ç) Kemiklerde geniş defektler oluşturan benign veya malign tümörlerin cerrahisinde,

d) 3 veya daha fazla vertebra içeren füzyon uygulanan omurga cerrahisinde,

e) Spinal cerrahide tümör ya da travma nedeniyle korpektomi boşluğuna titanyum ya da çelik interbody kafes yerleştirilmesi sırasında kafes içi doldurulduğu (DBM içeren tüm formalar hariç olmak üzere) hastalarda kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

(13) Sentetik greft kullanılan tüm uygulamalarda vaka başı 30 cc'yi geçmemek üzere bedelleri Kurumca karşılanır.

(14) Allogreft/xenogreft kullanılan tüm uygulamalarda vaka başı 60 cc'yi geçmemek üzere bedelleri Kurumca karşılanır.

(15) 3 (üç) veya daha fazla vertebra içeren füzyon uygulanan omurga cerrahisinde;

a) Allogreft/xenogreft kullanılan posterior spinal stabilizasyon uygulamalarında Servikal 1-Torakal 10 vertebralalar arası her seviye için 5 cc, Torakal 11-Sakral 1 vertebralalar arası her seviye için 10 cc'yi geçmemek üzere bedelleri Kurumca karşılanır.

b) Sentetik greft kullanılan posterior spinal stabilizasyon uygulamalarında Servikal 1-Torakal 10 vertebralalar arası her seviye için 2,5 cc, Torakal 11-Sakral 1 vertebralalar arası her seviye için 5 cc'yi geçmemek üzere bedelleri Kurumca karşılanır.

(16) Allograft/xenograft kullanılan büyük kemik kistlerinin cerrahi tedavisinde; ayrıntılı koronal ve aksiyel bilgisayarlı tomografi kesitlerine ait raporlarla belgelendirilmek kaydıyla 120 cc'yi geçmemek üzere bedelleri Kurumca karşılaşır.

(17) Tendon yerine kullanılabilecek sentetik greftların bedelleri Kurumca karşılaşmaz.

(18) Fasiya Temporalis alan tanımında yer alan allograftlerin yalnızca Kulak Burun Boğaz uzmanlık dalı tarafından kullanıldığından bedelleri Kurumca karşılaşır.

(19) Ayakta tedavilerde; Ağız, diş sağlığı ve çene cerrahisi uygulamalarında 12 nci fikranın (a) ve (b) bentlerinde tanımlı bulunan kurallar aranmaz.

3.3.4.B - Tendon Allograftleri

(1) Eğitim verme yetkisi bulunan üçüncü basamak hastanelerde,

- a) Rekonstrüksiyon revizyon ameliyatlarında en fazla 1 (bir) adet kullanıldığından bedelleri Kurumca karşılaşır.
- b) Çoklu bağ rekonstrüksiyon ameliyatlarında en fazla 2 (iki) adet kullanıldığından bedelleri Kurumca karşılaşır.
- c) Primer tekli bağ tendon yaralanmalarında hiçbir durumda bedelleri Kurumca karşılaşmaz.

3.3.4.C- Kemik yapımını uyaran materyaller (DBM içeren tüm formlar)

(1) Kemik yapımını uyaran materyallerin kendi aralarında kombine edilerek kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılaşmaz.

(2) Tek başına DBM için; servikal füzyon ameliyatlarında disk mesafesinde kafes içine 1 cc'yi geçmemek üzere bedelleri Kurumca karşılaşır.

(3) En az iki ortopedi ve travmatoloji uzmanın yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelendirilen, osteojenik aktivitenin istediği atrofik nonunion pseudoartroz olgularında kemik yerine geçen materyallerle kombine kullanılması halinde humerus/pelvis/femur/tibiada 5 cc, fibula/radius/ulnada 2 cc ve diğer kemiklerde 1 cc'yi geçmemek üzere bedelleri Kurumca karşılaşır. Hipertrofik nonunion olgularında kullanıldığı takdirde bedelleri Kurumca karşılaşmaz.

(4) Otojen greft kullanılması halinde, kemik yapımını uyaran materyallerin bedelleri Kurumca karşılaşmaz.

(5) Epifiz hattı açık olan hastaların tümoral hastalıklarında oluşan defektlerin giderilmesinde kullanılması halinde kemik tümörünün ve kemik yapımını uyaran materyale duyulan ihtiyacın niteliğinin 3 (üç) ortopedi ve travmatoloji uzmanın yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi halinde ve humerus/pelvis/femur/tibiada 5 cc, fibula/radius/ulnada 2 cc ve diğer kemiklerde 1 cc'yi geçmemek üzere bedelleri Kurumca karşılaşır.

(6) Omurga füzyon cerrahisi uygulanmış ve enstrümantasyon edilmiş ancak üzerinden en az 1(bir) yıl geçmesine rağmen füzyon elde edilememiş revizyon enstrümantasyon cerrahisi gereken vakalarda vaka başı 5 cc'yi geçmemek üzere bedelleri Kurumca karşılaşır.

(7) Yetişkin primer kırıklarında kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılaşmaz.

3.3.4.Ç- Dura greftları

(1) Otojen greftlar ile kapatılamayan dura defekti olan vakalarda bedelleri Kurumca karşılaşır.

(2) Dura greftlarının aşağıdaki durumlarda kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılaşır.

- a) Nüks tümör cerrahisi,
- b) Kafa kaidesi girişimleri,
- c) Dekompresyon/disk/kırık cerrahisi hariç olmak üzere intramedüller/intradural spinal cerrahi,
- ç) Kraniyotomi sırasında duranın parçalandığı olgular,
- d) Posterior fossa cerrahisi,
- e) Leptomeningeal kist,
- f) Ensefalosel cerrahisi,
- g) Dekompresif kraniyektomi yapılan olgular,
- ğ) Daha önce durası açık bırakılan olgular,
- h) Beyin omurilik sıvısı fistülleri,
- i) Dura kaynaklı veya durayı atake eden tümörler,

3.3.5 - Enjektör bedelleri

(1) Ayaktan tedavide reçeteyle yazılan enjektabl ilacı adedine ve ml'sine uygun enjektör bedeli Kurumca belirlenen bedel üzerinden ödenir.

(2) İnsülin kalem iğne uçları bedelleri, insülin kartuşları ile birlikte ya da tek başına reçete edildiğinde bedeli Kurumca karşılaşır.

3.3.6 - Kurumca iade alınan tıbbi malzemeler

(1) Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilere iade alınmak kaydıyla taahhütname karşılığı temin edilen tıbbi malzemeler;

a) Non-İnvaziv Mekanik Ventilasyon Cihazları (CPAP, Auto CPAP, BPAP, BPAP-S, BPAP S/T, BPAP S/T AVAPS, ASV),

b) Evde uzun süreli veya taşınabilir komponenti olan oksijen tedavisi cihazları (oksijen konsantrörü, oksijen tüpü ve başlığı, taşınabilir komponenti olan oksijen tedavi cihazları),

- c) Ev tipi ventilatör,
- ç) Akülü tekerlekli sandalye.

(Ek: RG- 12/11/2013- 28819/ 8 md. Yürürlük: 12/11/2013)

d) Ev tipi ventilatör için kesintisiz güç kaynağı

(2) Kurum tarafından iade alınan cihazların, Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan hastalara verilebilmesi için hastaların sağlık kurulu raporu ile Sosyal Güvenlik İl Müdürlüklerine müracaatta bulunmaları gerekmektedir. Sağlık kurulu raporlarında, "iade cihazın temini için Kuruma müracaat edilmesi gerektiği" belirtilecektir. Müracaati takiben, söz konusu tıbbi cihazların Kurum stoklarından temin edilmesi yoluna gidilecek olup, stoklarda yok ise Kurum stoklarında cihazın olmadığına dair onay alınmak suretiyle hasta tarafından temin edilen cihaz bedelleri SUT'un 3.2.2 maddesi doğrultusunda Kurumca karşılaşır. Onay alınmadan hasta tarafından temin edilen cihazların bedelleri Kurumca karşılaşmaz.

3.3.6.A - Non-invaziv mekanik ventilasyon cihazlarının (NİMV) temini

3.3.6.A-1 - Solunumsal uykı hastalıklarında NİMV cihazları verilme ilkeleri

(1) NİMV cihazı verilecek hastalıklar; (Uluslararası Uykı Bozuklukları Sınıflamasına göre)

- a) Obstruktif Uykı Apne Sendromu (OUAS),
- b) Santral Uykı Apne Sendromu,
- c) Cheyne Stokes Solunumu,

ç) Uykuyla ilişkili hipoventilasyon/hipoksemik sendromlardır (uyku ilişkili obstrüktif olmayan idiyopatik alveoler hipoventilasyon, konjenital santral alveoler hipoventilasyon sendromu, pulmoner parankimal veya vasküler patolojilere bağlı hipoventilasyon hipoksemi, alt solunum yolu hastalıklarına/kronik obstrüktif akciğer hastalığına bağlı hipoventilasyon hipoksemi, nöromusküler ya da göğüs duvarı hastalıklarına bağlı hipoventilasyon hipoksemi).

(2) NİMV cihazları verilmesine ilişkin sağlık kurulu raporlarının, bünyesinde uykı merkezi bulunan sağlık kurumları sağlık kurullarınca düzenlenmesi gerekmektedir.

(3) Sağlık kurulunda; göğüs hastalıkları, psikiyatri veya nöroloji uzmanı; hastanın çocuk olması halinde ise çocuk göğüs hastalıkları veya çocuk nöroloji uzmanlarından en az birinin yer almazı zorunludur.

(4) Tüm gece boyunca, en az 16 kanallı polisomnografi cihazı (en az 3 kanallı olmak üzere elektroensefalografi, elektromyografi, elektrokardiyografi, elektrookülografi, oksimetre, hava akımı, karın ve göğüs solunum efor bantlarını ve horlama mikrofonu kaydını içermesi) ile yapılan tetkike ait raporda;

- a) Uykı evreleri (total uykı süresi, uykuya geçiş süreleri, uykı etkinliği),
- b) Oksijen saturasyonu ortalama ve en düşük değerleri,
- c) Oksijen desaturasyon indeksi,
- ç) Apne - Hipopne İndeksi veya solunum bozukluğu indeksi (respiratory disturbance index/RDI)
- d) Apne-Hipopne veya RDI (Apne-Hipopne-Solunum çabasına bağlı uyuma reaksiyonu (respiratory effort related arousal: RERA) süreleri,
- e) Bunların yatılı pozisyonu ve uykı evrelerine göre dağılımı, bilgilerinin yer alması gerekmektedir.

(5) Sağlık kurulu raporu ekinde polisomnografi ve titrasyon tetkikine ait raporlar yer almmalıdır.

(6) Sağlık kurulu raporunda tanı ve tedavi, tedavi basıncı ile hastanın kullanacağı NİMV cihazının türü ve birlikte kullanılacak aksesuarlar yer almmalıdır.

(7) NİMV cihazı kullanımı sırasında oksijen saturasyonu %88'in üzerine çıkarılmadığının sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla NİMV tedavisine ek olarak verilen kronik oksijen tedavisi yönelik cihaz bedelleri Kurumca karşılanır.

(8) NİMV cihazlarının etkin kullanılıp kullanılmadığına yönelik yıllık olarak Kurumca yapılacak kontrollerde, cihazın yıllık minimum 1.200 saatin altında kullanıldığına saptanması durumunda, kullanım saatı bilgilerinin yer aldığı sevk evrakı ile hastaların sağlık tesisine sevk edilmesi ve cihazla tedavinin devam edilip edilmeyeceğine ilişkin sağlık kurulu raporu tanzim edilmesi gerekmektedir.

(9) Bünyesinde polisomnografi cihazı bulunan özel sağlık kurumlarının faaliyet izin belgesinde göğüs hastalıkları branşı veya nöroloji branşı (tam zamanlı göğüs hastalıkları uzmanı veya nöroloji uzmanı olan) olmalıdır. (Sağlık Bakanlığı “Özel Hastaneler Yönetmeliği”nde düzenleme yapılmış uykı laboratuvar ünitesi ruhsatı düzenleninceye kadar, polisomnografi cihazının faaliyet izin belgesine işlenmiş olup olmamasına bakılmayacaktır.)

(10) NİMV cihazıyla birlikte kullanılması ve belli sürelerde değişmesi gereken maske, başlık, ara hava hortumu, oksijen ara bağlantı hortumu ve bakteri filtresi gibi aksesuarların, sağlık kurulu raporuna istinaden yılda en fazla bir kez reçete edilmesi durumunda bedelleri Kurumca karşılanır. Ancak NİMV cihazlarının maskelerinin gün içinde sürekli kullanımının gerektiği durumlarda, bu durumun NİMV cihazı kullanımına ilişkin kullanılan sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla, 6 ayda bir bedelleri Kurumca karşılanır.

(11) Isıtıcılı nemlendiricili üniteleri NİMV cihazlarına dâhildir. Ayrıca ısıtıcılı nemlendiricisinin bedeli Kurumca karşılanmaz.

3.3.6.A-2 - Kronik solunum yetmezliğinde NİMV cihazları verilme ilkeleri

(1) Kronik solunum yetmezliğinde yalnızca BPAP-S ve BPAP-S/T cihazı bedelleri Kurumca karşılaşacak olup, verilmesine yönelik sağlık kurulu raporu göğüs hastalıkları, nöroloji, anestezi ve reanimasyon ile yoğun bakım sorumlu uzman hekimlerinden birinin yer aldığı sağlık kurullarınca düzenlenenecektir.

(2) Kronik stabil ya da yavaş ilerleyen solunum yetmezliği (gündüz yada gece karbondioksit retansiyonuna bağlı semptom varlığı, nokturnal hipoventilasyon) varlığında hastanın ilaç ve oksijen tedavisi alızyorken stabil dönemde solunum yetmezliğinin önlenemiyor olması BPAP-S veya BPAP-S/T cihazı verilme endikasyonu olarak kabul edilir.

(3) Sağlık kurulu raporunda hastanın kullanacağı NİMV cihazının türü ve birlikte kullanılacak aksesuarlar (maske, nemlendirici ve ısıtıcılı nemlendirici gibi) yer alacaktır.

(4) SUT'un 3.3.6.A-1(10) fıkrasında belirtilen hükümler bu madde için de geçerlidir.

3.3.6.B - Evde uzun süreli veya taşınabilir komponenti olan oksijen tedavisi cihazları

(1) Kronik solunum yetmezliği tedavisinde uygulanacak oksijen sistemlerinin verilmesine yönelik sağlık kurulu raporları, göğüs hastalıkları, nöroloji, anestezi ve reanimasyon ile yoğun bakım sorumlu uzman tabiplerinden; hastanın çocuk olması halinde ise çocuk göğüs hastalıkları veya çocuk nöroloji uzmanlarından birinin yer aldığı sağlık kurullarınca düzenlenenecektir. (Ek: RG- 18/03/2014- 28945/ 15 md. Yürürlük: 18/03/2014) Ancak, çocuk göğüs hastalıkları veya çocuk nöroloji uzmanı bulunmayan sağlık kurum ve kuruluşlarında, sağlık kurulu raporunun üçüncü basamak resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında düzenlenmiş olması şartıyla, kronik solunum yetmezliği tedavisinde uygulanacak oksijen sistemlerinin verilmesine yönelik sağlık kurulu raporları, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekiminin bulunduğu sağlık kurullarınca da düzenlenenebilecektir.

(2) Sağlık kurulu raporunda; tanı, hastanın kullanacağı oksijen cihazının türü ve gerekçesi, oksijen akım hızı, günlük kaç saat kullanılacağı ve birlikte kullanılacak aksesuarlar (maske, kanül taşıyıcı hortum, nemlendirici gibi) yer alacaktır.

(3) Sağlık kurulu raporu ekinde arteriyel kan gazı tetkiki ve diğer kanıtlayıcı belgeler eklenecektir.

(4) Sağlık kurulu raporunda belirtilmek koşuluyla;

a) Kronik solunum yetmezliği olanlarda; (istirahat veya egzersiz halinde) PaO₂ (Parsiyel Oksijen Basıncı) ≤ 55 mmHg veya SaO₂ (Oksijen Saturasyonu) ≤ 88 olması halinde,

b) Korpulmonale varlığında; PaO₂'de 55-59 mmHg veya SaO₂ ≤ 89 ile birlikte EKG'de "P Pulmonale" bulgusu olması veya hematokrit > %55 veya konjestif kalp yetmezliği olması halinde,

c) Akut solunum yetmezliği olan hastalarda stabil dönemde solunum yetmezliğinin önlenemiyor olması durumunda yukarıda birinci veya ikinci fikralarda sıralanan bulgular sağlanıyorsa,

ç) Efor kapasitesini sınırlayan terminal dönem (kanser ve diğer sistemik hastalıklara bağlı) hastalarda, evde uzun süreli oksijen tedavisi cihazı bedelleri Kurumca karşılaşır.

(5) Evde uzun süreli veya taşınabilir komponenti olan oksijen tedavisi cihazı verilen hastaların yılda bir kez sevk evrakı ile sağlık tesisine gönderilmesi ve cihazla tedaviye devam edilip edilmeyeceğine ilişkin sağlık kurulu raporu tanzim edilmesi gerekmektedir.

(6) Kurumca finansmanı sağlanacak evde uzun süreli veya taşınabilir komponenti olan oksijen tedavisi cihazları;

a) Oksijen tüpü (gaz hali),

b) Oksijen tüpü (sivilaştırılmış), **(Mülga: RG- 21/04/2015- 29333/ 7 md. Yürürlük: 01/05/2015)**

c) Oksijen konsantratörü,

ç) Taşınabilir komponenti olan oksijen tadavi cihazları.

(7) Taşınabilir komponenti olan oksijen tedavisi cihazları; istirahat halinde PaO₂ (Parsiyel Oksijen Basıncı) > 55 mmHg veya SaO₂ (Oksijen Saturasyonu) > 88 olmasına karşın egzersiz durumunda veya iş sırasında desatüre (PaO₂ ≤ 55 mmHg veya SaO₂ ≤ 88) olması (egzersiz ile %4'den fazla desatüre olan) ve bu durumunu gösterir istirahat ve efor kan gazı sonuçlarının sağlık kurulu raporunda belirtilmesi ve/veya rapor ekinde belgelendirilmesi halinde, yatalak olmayan ve aktif iş yaşamını sürdürmen veya öğrenci olan mobilizasyon hastalarda (sağlık kurulu raporunda bu durum ayrıca belirtilmelidir) bedelleri Kurumca karşılaşır. Ancak, istirahatte PaO₂ ≤ 55 mmHg veya SaO₂ ≤ 88 olan hastalar için efor kan gazı sonuçları istenmeyecektir.

(8) Oksijen konsantratörü verilen kişilere, raporda belirtilmek koşuluyla oksijen tüpü önerilmesi durumunda bedelleri Kurumca karşılaşır.

(9) Cihazla birlikte kullanılması ve belli sürelerde değişmesi gereken maske, başlık, ara hava hortumu, oksijen ara bağlantı hortumu ve bakteri filtresi gibi aksesuarların, sağlık kurulu raporuna istinaden yılda en fazla bir kez reçete edilmesi durumunda bedelleri Kurumca karşılaşır.

3.3.7-(Mülga: RG- 30/08/2014- 29104/ 8-c md. Yürürlük: 30/08/2014) (Değişik: RG- 12/11/2013- 28819/ 9-a md. Yürürlük: 12/11/2013) Kapalı loop mikro infüzyon pompası Eşik sistemi ile çalışan, sürekli glikoz monitörizasyonu yapan, uyarı yeteneği olan insülin infüzyon pompası

(1) **(Değişik: RG- 12/11/2013- 28819/ 9-b md. Yürürlük: 12/11/2013)** Kapalı loop mikro infüzyon pompası Eşik sistemi ile çalışan, sürekli glikoz monitörizasyonu yapan, uyarı yeteneği olan insülin infüzyon pompası, infüzyon seti, rezervuar ve ölüm sensörleri bedellerinin Kurumca karşılaşılabilmesi için iç hastalıkları veya çocuk sağlığı hastalıkları uzman hekimlerinden birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenmesi gerekmekte olup raporda;

a) Açık loop mikroinfüzyon pompası kullanılmamasına rağmen sık hipoglisemileri olan hastalarda gereklisinin belirtilmesi;

b) Hastanın Tip I diyabetli veya insüline bağımlı Tip II diyabetli olması ile birlikte kan şekerinin oynak (brittle) seyrettiğinin ya da gebelikte gestasyonel diyabet (hamilelik diyabeti) olduğunun belirtilmesi;

c) Hastanın kendi kendine veya yakınlarının cihazı kullanma yeteneğini kazanmış olduklarının belirtilmesi, gerekmektedir.

(2) **(Değişik: RG- 12/11/2013- 28819/ 9-c md. Yürürlük: 12/11/2013)** Kapalı loop mikroinfüzyon pompasının komponentlerinden Eşik sistemi ile çalışan, sürekli glikoz monitörizasyonu yapan, uyarı yeteneği olan insülin infüzyon pompasının komponentlerinden;

a) Kan şekeri ölçüm sistem vericisi pompa bedeline dahil olup Kurumca ayrıca bedeli karşılaşmayaacaktır.

b) Sarf malzemesi olan;

1) Ölüm sensörlerinin ayda 2 adet hesabıyla reçete edilmesi ve sağlık kurulu raporunda belirtilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılaşır.

2) İnfüzyon seti ve rezervuar bedelleri, sağlık kurulu raporuna dayanılarak en fazla 3 günde 1 adet üzerinden hesaplanmak suretiyle en fazla 3 aylık miktarda reçete edilmesi halinde Kurumca karşılaşır.

(Değişik: RG- 14/07/2016- 29770/ 8 md. Yürürlük: 01/06/2016)

3.3.8- Ayakta dik pozisyonlama ve yürütme cihazları

3.3.8.A- Çocuklar için (parapodium, standing table)

(1) Üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarının fizik tedavi ve rehabilitasyon kliniklerinde yatarlarak uygulama ve eğitiminin yapılması sonucunda nöroleji, fiziksel tip ve rehabilitasyon ve ortopedi uzman hekimlerinin bulunduğu sağlık kurulu raporuna dayanılarak, fiziksel tip ve rehabilitasyon uzman hekimlerince;

a) Bilincî açık ve kognitif fonksiyonları yerinde olan;

b) Baş kontrolü ve oturma dengesi olan;

c) Üst ekstremiteler motor fonksiyonları yerinde olan;

ç) Progresif hastalığı olmayan;

d) Herhangi bir nedene bağlı yerleşmiş paraplegi klinik tablosu olan; 2 yaş ve üzerindeki hastalara (8 yaş üstü hastalara standing table bedeli karşılanmaz);

reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılaşır.

(2) Parapodium, standing table cihazları birlikte temin edilmez.

(3) Ayrıca bu hastalara tekerlekli sandalye bedeli Kurumca karşılaşmaz.

3.3.8.B - Erişkinler için (stand up wheelchair)

(1) Üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarının fiziksel tip ve rehabilitasyon kliniklerinde yatırılarak uygulama ve eğitiminin yapılması sonucunda nöroloji, fiziksel tip ve rehabilitasyon ve ortopedi uzman hekimlerinin bulunduğu sağlık kurulu raporuna dayanılarak fiziksel tip ve rehabilitasyon uzman hekimlerince;

- a) Bilinci açık ve kognitif fonksiyonları yerinde olan,
- b) Üst ekstremité motor fonksiyonları yerinde olan,
- c) Progresif hastalığı olmayan,
- d) Herhangi bir nedene bağlı yerleşmiş parapleji klinik tablosu olan,

d) Mesleğini devam ettiren ve mesleki olarak ayakta durması gereken hastalara (bu durumun Kurum sosyal güvenlik kontrol memurlarına tespiti halinde),

reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.

(2) Bu hastalara ayrıca tekerlekli sandalye (özellikl̄siz, özellikl̄kli, akülü), ayakta dik durma, parapodium cihazı bedeli ödenmez.

(3) Stand up wheelchair yenilenme süresi 5 yıldır. Bu süreden önce yenilenmesi halinde bedeli Kurumca karşılanmaz.

3.3.8 - Ayakta dik pozisyonlama ve yürütme cihazları

3.3.8.A - Çocuklar için (parapodium, standing table)

(1) Üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarının fizik tedavi ve rehabilitasyon kliniklerinde yatırılarak uygulama ve eğitiminin yapılması sonucunda; ortopedi ve travmatoloji veya fiziksel tip ve rehabilitasyon veya nöroloji uzman hekimlerinden herhangi üç uzman hekimin (Aynı branştan üçünün veya farklı branştan birer kişinin veya bir branştan iki, diğer branştan bir olmak üzere toplam üç uzman hekimin) yer aldığı üçüncü basamak sağlık kurumlarında düzenlenecek sağlık kurulu raporunda;

- a) Bilinci açık olan,
- b) Kışmen baş kontrolü olan,

c) Herhangi bir nedene bağlı tetrapleji veya parapleji klinik tablosu olan veya diğer nörolojik defisitlere bağlı olarak ayakta durmanın tedaviye katkı sağlayacağının belirtilmesi ve 2-18 yaş arası hastalara bu hekimlerce reçete edilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.

(2) Parapodium, standing table cihazları birlikte temin edilmez.

3.3.8.B - Erişkinler için (stand up wheelchair)

(1) Üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarının fizik tedavi ve rehabilitasyon kliniklerinde yatırılarak uygulama ve eğitiminin yapılması sonucunda; ortopedi ve travmatoloji veya fiziksel tip ve rehabilitasyon veya nöroloji uzman hekimlerinden herhangi üç uzman hekimin (Aynı branştan üçünün veya farklı branştan birer kişinin veya bir branştan iki, diğer branştan bir olmak üzere toplam üç uzman hekimin) yer aldığı üçüncü basamak sağlık kurumlarında düzenlenecek sağlık kurulu raporunda;

- a) Bilinci açık ve kognitif fonksiyonları yerinde olan,
- b) Üst ekstremité motor fonksiyonları yerinde olan,
- c) Progresif hastalığı olmayan,

ç) Herhangi bir nedene bağlı yerleşmiş parapleji klinik tablosu olduğunun belirtilmesi ve bu hekimlerce reçete edilmesi halinde aktif çalışan ve/veya öğrenci olan hastalarda Kurumca bedeli karşılanır.

(2) Bu hastalara ayrıca tekerlekli sandalye (özellikl̄siz, özellikl̄kli, akülü), ayakta dik durma, parapodium cihazı bedeli ödenmez.

(3) Stand up wheelchair yenilenme süresi 5 yıldır. Bu süreden önce yenilenmesi halinde bedeli Kurumca karşılanmaz.

3.3.9 - Ortopedi ve travmatoloji branşı ile ilgili ameliyatlarda kullanılan bazı tıbbi malzemelerin ödemeye esas teşkil edecek usul ve esasları

(Değişik: RG- 30/08/2014- 29104/ 8-ç md. Yürürlük: 30/08/2014)

(Değişik: RG- 18/03/2014- 28945/16 md. Yürürlük: 01/04/2014)

(1) Aşağıda sayılan tıbbi malzemelerin bedelleri üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında (eğitim verme yetkisi olan klinik) uygulanması halinde Kurumca karşılaşacaktır.

- a) Taze donmuş (fresh frozen) allegret,
- b) Tümör rezeksiyon protezi,
- c) Menteşeli diz protezi,
- d) Kişiye özel tasa rımlı protezler,
- e) Uzayosal eksternal fiksatörler.

(2) Aşağıda sayılan tıbbi malzemelerin bedelleri üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında uygulanması ve Sağlık Bakanlığı “Ortopedi Bilimsel Danışma Kurulu”ndan her bir hasta için kullanılmasına onay alınması şartıyla Kurumca karşılaşacaktır.

- a) Bilgisayarlı eksternal fiksatör,
- b) Bilgisayarlı destekli intramedüller uygulamalar,
- c) Kişiye özel üretilen tümör protezleri,
- d) Tümör diki endikasyonlarda kullanılan tümör rezeksiyon protezleri,

d) **(Mülga: RG- 04/05/2013- 28637/ 7 md. Yürürlük: 01/05/2013)** Torakolumbar posterior non invasive in situ growing manyetik rod,

- e) Menisküs allegrefitleri.

(1) Aşağıda sayılan tıbbi malzemelerin bedelleri üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında (eğitim verme yetkisi olan klinik) uygulanması halinde bedeli Kurumca karşılaşacaktır.

- a) Taze donmuş (fresh frozen) allegret,

- b) Tümör rezeksiyon protezi,
- c) Menteşeli diz protezi,
- d) Raylı sistem modülasyon sağlayan tek planlı eksternal fiksatörler,
- e) Çok eksenli eksternal fiksatörler,
- f) **(EK: RG- 25/07/2014 29071 / 18-c md. Yürürlük: 01/08/2014)** Proksimal femur başı/başsız ile femoral baş, allogreftlar,
- g) Tendon allogreftları,
- g) Kortikal şaft allogreftlar,
- h) Sinüs tarsi vidası,

(2) Aşağıda sayılan tıbbi malzemelerin bedelleri üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında uygulanması ve Sağlık Bakanlığı “Ortopedi Bilimsel Danışma Kurulu”ndan her bir hasta için kullanılmasına onay alınması şartıyla bedeli Kurumca karşılanacaktır.

- a) Bilgisayar destekli/Uzaysal eksternal fiksatörler,
- b) Bilgisayar destekli intramedüller uygulamalar,
- c) Kişiye özel tasarımlı üretilen protezler,
- d) Tümör dışı endikasyonlarda kullanılan tümör rezeksiyon protezleri, **(EK: RG- 25/07/2014 29071 / 18-c md. Yürürlük: 01/08/2014)** interkalar segmentler ve artrodez aparatları,
- e) Menisküs allogreftları,
- f) **(EK: RG- 25/07/2014 29071 / 18-c md. Yürürlük: 01/08/2014)** Manyetik/Mekanik olarak uzatılabilen tümör rezeksiyon protezleri,
- g) Sentetik menisküs implantları,
- g) Kıkırdak hücre kültürleri,
- g) Hücresziz Kıkırdak Matriksleri,
- h) Absorbe olabilir omuz balon spacer

(1) Aşağıda sayılan tıbbi malzemelerin bedelleri üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında (eğitim verme yetkisi olan klinik) uygulanması halinde bedeli Kurumca karşılaşacaktır.

- a) Taze donmuş (fresh frozen) allograft,
- b) Tümör rezeksiyon protezi,
- c) Menteşeli diz protezi,
- d) Teleskopik civiler,
- e) Proksimal femur başı/başsız ile femoral baş allogreftlar,
- f) Tendon allogreftları,
- g) Kortikal şaft allogreftlar,
- g) Sinüs tarsi vidası,
- h) Bilgisayar destekli/Uzaysal eksternal fiksatörler,
- i) Bilgisayar destekli intramedüller uygulamalar,
- j) Sentetik menisküs implantları,
- j) Hücresziz Kıkırdak Matriksleri,
- k) Hücresziz Menisküs İmplantları,
- l) Absorbe olabilen omuz balon spacer,
- m) Rigid olabilen intramedüler elastik civiler,
- n) Uzatma yapabilen intramedüler civiler motorlu/manyetik.

(Ek: RG- 01/10/2014- 29136/ 10-c md. Yürürlük: 01/10/2014)

- o) Yüzey yenileme implantları

(Ek: RG- 18/02/2015- 29271/ 9 md. Yürürlük: 01/03/2015)

ö) (Mülga: RG- 05/08/2015- 29436/ 7 md. Yürürlük: 05/08 /2015) Total parmak protezi

(2) Aşağıda sayılan tıbbi malzemelerin bedelleri üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında **(Ek: RG- 01/10/2014- 29136/ 10-c md. Yürürlük: 01/10/2014)** (eğitim verme yetkisi olan klinik) uygulanması ve Sağlık Bakanlığı “Ortopedi Bilimsel Danışma Kurulu”ndan her bir hasta için kullanılmasına onay alınması şartıyla bedeli Kurumca karşılaşacaktır.

- a) Kişiye özel tasarımlı üretilen protezler,
- b) Tümör dışı endikasyonlarda kullanılan tümör rezeksiyon protezleri, interkalar segmentler ve artrodez aparatları,
- c) **(Mülga: RG- 01/10/2014- 29136/ 10-c md. Yürürlük: 01/10/2014)** Menisküs allogreftları,
- d) Kıkırdak hücre kültürleri.

3.3.10 - Kronik venöz hastalıklar için bası giysileri

(1) Genel cerrahi, dermatoloji, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi, kalp damar cerrahi, fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimlerden birinin bulunduğu sağlık kurulu raporlarına istinaden tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde; tüm evrelerde bedelleri Kurumca karşılaşır.

(2) Sağlık kurulu raporu ekinde; venöz sistem dopppler ultrasonografi raporu ekte olmalıdır.

(3) Standart bedenler üzerinden bedeli Kurumca karşılaşır.

- (4) Rapor geçerlilik süresi 2 yıldır.
- (5) İlgili hekimce uygun görülmesi halinde 6 ay arayla olmak şartıyla yılda en fazla 2 kez reçete edilebilir.
- (6) Hastaya alerjik veya toksik etki göstermemelidir.
- (7) Hastalığın evresine göre ortalama 15 mmHg ve üzeri basınç uygulamalı, kullanım süresinin sonuna kadar bu basıncı en az yarısını sağlayabilmelidir.
- (8) İç yüzeyi hastada bası yaralarına yol açmayacak tarzda dikişsiz, pürüzsüz olmalıdır. Hava geçirgen özelliği olan kumaştan imal edilmelidir.
- (9) Alt ekstremite bası giysilerinde üst kısmının iç yüzeyinde kaymayı önleyecek silikon bant vb. olmalıdır.
- (10) Fermuar vb. aksesuarlar kullanılacaksa, hastaya zarar vermeyecek şekilde yerleştirilmeli ve kullanım süresi boyunca bozulmayaçak yapıda olmalıdır.
- (11) Sık yıkanabilir kumaştan imal edilmelidir. Giysi yıkanma ile deform olmamalı, boyutları değişimemeli ve yıkama taliyatı hastaya verilmelidir.
- (12) Alt ekstremite bası giysisi ödeme göre çorap tarzı dize kadar, kasığa kadar veya külötlü olabilir.

3.3.11 - Sakral sinir stimülatörleri

- (1) Sakral sinir stimülatörlerinin anal inkontinansta kullanımı:
- a) Üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında (eğitim kliniği olan) genel cerrahi, gastroenteroloji, nöroloji ve psikiyatri kliniklerince oluşturulacak konsey kararınca ve bu 4 branştan hekimin birlikte bulunduğu sağlık kurulu raporuna istinaden bedeli Kurumca karşılaşır.
- b) Genel endikasyonlar;
- 1) 75 yaşın altındaki hastalarda kullanılmalıdır,
- 2) Hasta cihaz hakkında bilgilendirilmeli ve hastanın cihazı kullanabilecek bilişsel ve psikolojik yetide olduğu psikiyatri konsültasyonu ile belgelendirilmelidir,
- 3) Kalıcı implantasyona geçmek için, test aşamasında klinik semptom ve bulgulara en az %50 azalma saptanmış olmalıdır.
- c) Tibbi endikasyonlar;
- 1) Medikal veya cerrahi tedaviye cevap vermeyen anal inkontanslı hastalarda,
- 2) Medikal veya cerrahi sürecinin en az 6 ay devam ettiği hastalarda uygulanmalıdır.
- ç) Anal manometre, anal EMG, endoanal ultrason vb. tetkik sonuçlarının sağlık kurulu rapor ekinde yer olması gerekmektedir.
- d) Konjenital anal rektal malformasyonlar, rektal prolapsus varlığı, inflamatuvar barsak hastalıklarında, kalıcı kolostomisi olan hastalarda ve gebelerde kullanıldığı takdirde bedeli Kurumca karşılaşmaz.

3.3.12 -(Değişik: RG- 04/05/2013- 28637/ 8 md. Yürürlük: 01/05/2013) Ayakta ağız ve dış tedavilerinde tıbbi malzeme temin/ödeme usul ve esasları

- (1) ~~Lokal anestezi altında, cerrahi tedavilerde kullanılan her türlü tıbbi sarf malzemesi (Kurumea bedeli karşılanmayacağı ayrıca belirtilen malzemeler ve SUT'ta belirtilen diğer istisnalar hariç) sağlık hizmeti sunucusu tarafından temin edilmek zorundadır. Bu malzemelerin reçete karşılığı hastaya alındırması durumunda, fatura tutarı hastaya ödenerek ilgili sağlık hizmeti sunucusunun alacağından mahsup edilir.~~
- (2) Bu kapsamdaki tıbbi malzemelerin bedelleri SUT'un 3.2.1.A.1 ve 3.2.1.A.2 maddelerinde belirtilen hükümler doğrultusunda Kurumca karşılaşır.
- (3) Graftler ve membranların bedelleri aynı merkezde çalışan, en az bir periodontoloji veya ağız diş çene cerrahisi uzman hekiminin yer aldığı 3 diş hekiminin imzası ile hazırlanan sağlık kurulu raporuna istinaden Kurumca karşılaşır. Sağlık kurulu raporuna endikasyonu destekleyen operasyon öncesine ait radyograflar eklenir.
- (4) Lokal anestezi altında yapılan işlemlerde; sağlık kurulu raporuna, hasta veya yakını tarafından doldurulan ilgili malzemenin kullanıldığına dair belge (hastanın adı ve soyadı, işlem tarihi, kullanılan malzemenin adını içeren) eklenir.
- (5) Protez yapıştırıcıları, protez temizleme tabletleri, özel içerikli diş macunları vb. malzemelerin bedeli Kurumca karşılaşmaz.
- (6) Kanama durdurucu ajanların bedeli yatan hastalarda ameliyat notunda belirtilmesi şartıyla, ayakta tedavi gören hastalarda ise epikriz raporunda belirtilmesi şartıyla Kurumea karşılaşır. Ayakta tedavi gören hastalarda fatura ekine epikriz raporu ile hasta veya yakını tarafından doldurulan, ilgili malzemenin kullanıldığına dair belge (hastanın adı ve soyadı, işlem tarihi, kullanılan malzemenin adını içeren) eklenir.
- (1) Lokal anestezi altında, cerrahi tedavilerde kullanılan, grefit, membran, (Mülga: RG- 25/07/2014- 29071/ 18-d md. Yürürlük: 01/08/2014) kanama durdurucu vb. iyileştirici nitelikteki tıbbi malzemeler (Kurumca bedeli karşılaşmayacağı ayrıca belirtilen malzemeler ve SUT'ta belirtilen diğer istisnalar hariç) sağlık hizmeti sunucusu tarafından temin edilmek zorundadır. Bu malzemelerin reçete karşılığı hastaya alındırması durumunda, fatura tutarı hastaya ödenerek ilgili sağlık hizmeti sunucusunun alacağından mahsup edilir.
- (2) (Değişik: RG- 24/12/2014- 29215/ 13 md. Yürürlük: 01/01/2015) Bu kapsamdaki tıbbi malzemelerin bedelleri SUT'un 3.2.1.A.1 ve 3.2.1.A.2 3.2.1.A ve 3.2.1.B maddelerinde belirtilen hükümler doğrultusunda Kurumca karşılaşır.
- (3) Graftler ve membranların bedelleri aynı merkezde çalışan, en az bir periodontoloji veya ağız diş çene cerrahisi uzman hekiminin yer aldığı 3 diş hekiminin imzası ile hazırlanan sağlık kurulu raporuna istinaden Kurumca karşılaşır. Sağlık kurulu raporuna endikasyonu destekleyen operasyon öncesine ait radyograflar eklenir.
- (4) Protez yapıştırıcıları, protez temizleme tabletleri, özel içerikli diş macunları vb. malzemelerin bedeli Kurumca karşılaşmaz.
- (5)(Mülga: RG- 25/07/2014- 29071/ 18-d md. Yürürlük: 01/08/2014) Kanama durdurucu ajanların bedeli yatan hastalarda ameliyat notunda belirtilmesi şartıyla, ayakta tedavi gören hastalarda ise epikriz raporunda belirtilmesi şartıyla Kurumea karşılaşır. Ayakta tedavi gören hastalarda fatura ekine ilgili malzemenin kullanıldığına dair epikriz raporu eklenir.

3.3.13 - Kulak kepçesi protezi

(1) Üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında sağlık kurulu raporuna istinaden kulak, burun ve boğaz veya plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi hekimlerince uygulanması halinde bedeli Kurumca karşılanır.

(2) Üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında ilgili dal uzmanlarınınca düzenlenecek sağlık kurulu raporuna istinaden kulak, burun ve boğaz veya plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi hekimlerince gerekli durumlarda yenilenmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.

3.3.14 - (Değişik: RG- 01/10/2014- 29136/ 10-d md. Yürürlük: 01/10/2014) Hücre içermeyen lakkadak implant ve etolog kondrosit implant Kıkırdak hücre kültürleri

(1) Üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında, Sağlık Bakanlığı “Ortopedi Bilimsel Danışma Kurulu”ndan her bir hasta için kullanılmasına onay alınması şartıyla bedelleri Kurumca karşılaşacaktır. SUT eki “EK-2/B Hizmet Başlı İşlem Puan Listesi” için 612731 veya 612975 SUT kodları, “EK-2/C Taniya Dayalı İşlem Puan Listesi” için P612731 veya P612975 SUT kodları ile birlikte uygulanması ve üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında (eğitim verme yetkisi olan klinik), Sağlık Bakanlığı “Ortopedi Bilimsel Danışma Kurulu”ndan her bir hasta için kullanılmasına onay alınması şartıyla bedelleri Kurumca karşılaşacaktır.

3.3.15 - Yapışıklık önleyiciler (Mülga: RG- 01/10/2014- 29136/ 10-e md. Yürürlük: 01/10/2014)

(1) Birden fazla karın ameliyatı geçirmiş yapışıklığı olan hastalarda veya laparotomi sonrası tekrarlayan ileus atakları olan hastalarda kullanılması halinde, en az bir genel cerrahi (Ek: RG- 18/03/2014- 28945/17 md. Yürürlük: 18/03/2014) veya çocuk cerrahisi uzmanın yer aldığı sağlık kurulu raporuna istinaden bedeli Kurumca karşılaşır.

3.3.16 – Çift yüzlü yama (mesh)

(1) Karın içine veya göğüs duvarına bakan yüzeyi organlara yapışmayacak özellikle materyalden, karın duvarına karşılık gelen yüzeyi ise başlıca polipropilen olmak üzere emilmeyen ve doku ile entegrasyon sağlayan materyalden yapılmış olan protezler dahil, çift yüzlü yama (mesh) olarak kabul edilir.

(2) Çift yüzlü yamalar (meshler) özellikle vakalarda ameliyat öncesinde hastanın karın duvarı defektinin görüntüsünün (fotoğraf veya bilgisayarlı tomografi gibi bir görüntüleme aracı kullanılarak) epikrize eklenmesi, kullanılacak meshin boyutu ve defektin boyutunun epikrizde ilişkilendirilmesi ile üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında genel cerrahi, göğüs cerrahisi veya plastik ve rekonstrüktif cerrahi kliniklerince düzenlenecek sağlık kurulu raporu ile (Mülga: RG- 18/03/2014- 28945/ 18 md. Yürürlük: 18/03/2014) hasta başına temin edilmesi durumunda bedeli Kurumca karşılaşır.

(3) Çift yüzlü yama (mesh);

a) Açık fitik onarımlarında karın duvarının kapatılmadığı büyük defektlerin, büyük insizyonel hernilerin ve/veya büyük rekürren umbilikal hernilerin elektif onarımında,

b) Laparoskopik teknikle yapılan insizyonel herni ve/veya ventral herni onarımlarında kullanılması,

(Mülga: RG- 01/10/2014- 29136/ 10-f md. Yürürlük: 01/10/2014) durumunda bedeli Kurumca karşılaşır.

c) (Ek: RG- 01/10/2014- 29136/ 10-f md. Yürürlük: 01/10/2014) Hiatus ve diafragma hernilerinin açık ve laparoskopik onarımlarında durumunda bedeli Kurumca karşılaşır.

(4) Çift yüzlü yama (mesh), primer ve nüks inguinal ve/veya femoral fitikların açık ve laparoskopik onarımlarında, primer umbilikal ve/veya epigastrik hernilerin açık onarımlarında kullanılması durumunda bedeli Kurumca karşılaşmaz.

3.3.17 - Trakeobronşiyal stentler

(1) Üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında ilgili dal uzmanlarınınca düzenlenecek sağlık kurulu raporuna istinaden bedeli Kurumca karşılaşır. Malign olgularda ise, sağlık kurulu raporunda en az 1 onkoloji veya radyasyon onkolojisi uzmanı imzasının yer olması gerekmektedir.

(2) Trakeobronşiyal stentler;

a) Trakeobronşiyal malign darlıklarda (primer veya metastatik tümörlerin mikst ekzofitik veya dıştan bası ile oluşturabileceği hava yolu darlıklar gibi),

b) Trakeobronşiyal benign darlıklarda (akciğer transplantasyonu sonrası, entübasyon/trakeostomi sonrası, endobronşial tedavilerden sonra oluşabilen skar darlıklar, vasküler anomaliler veya büyük lenfadenopatilerin yaptığı dıştan basılar, trakeobronkomalazi, trakeal ağ, inflamasyon veya enfeksiyona bağlı hava yolu darlıklar gibi),

c) Trachea özefageal fistüllerde,

kullanılmaları halinde bedelleri Kurumca karşılaşır.

3.3.18 - Total yüz maskesi

(1) Noninvaziv mekanik ventilasyon ihtiyacı olan yüz deformiteli, yüz travmalı veya yüz yanığı olan ya da oronazal maskeye uyum sağlayamayan hastalarda kullanılması durumunda bedeli Kurumca karşılaşır.

3.3.19 - Transbronşiyal iğne aspirasyonu iğnesi

(1) Transbronşiyal iğne aspirasyonu iğnesi;

a) Bronkojenik karsinom evrelemesinde,

b) Peribronşiyal ve submukozal lezyonlarda,

c) Periferik nodüller ve kitlelerde,

ç) Endobronşiyal lezyonlarda,

d) Sarkoidoz ve tüberkülozda,

e) Tümörün submukozal yayılımının ayırt edilmesi,

f) Mediastinal kitlelerin tanısında,

kullanılması durumunda bedeli Kurumca karşılaşır.

3.3.20 - Bronş dilatasyon balonları

(1) Bronş dilatasyon balonları;

a) Trakeobronşiyal malign ve benign darlıkların dilatasyonu,

b) Hayati tehdit eden hemoptizilerde kanayan tarafın ana bronşunu oblitere etmek, durumlarda kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılaşır.

3.3.21 -(Değişik: RG- 01/10/2014- 29136/ 10-g md. Yürürlük: 01/10/2014) Damar kapama ve kesme probu (açık cerrahi), doku füzyonu açık aleti Damar kapama ve kesme probu ve Ultrasonik Cerrahi Problar

(1) Bu kapsamda tıbbi malzemeler ultrasonik makas olarak değerlendirilemez.

(2) Üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında, göğüs cerrahisi, genel cerrahi uzmanının olduğu sağlık kurulu raporu ile kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.

(1) Üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

3.3.22 - Burun protezi

(1) Total burun defektlerinin rekonstrüksiyonu veya epitezin yenilenmesine gerek duyulduğu hallerde üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında sağlık kurulu raporuna istinaden bedeli Kurumca karşılanır.

3.3.23 - Dura yapıştırıcı

(1) BOS fistülü olan vakalarda bedeli Kurumca karşılanır.

(Ek: RG- 25/07/2014- 29071/ 18-e md. Yürürlük: 01/08/2014)

3.3.24- Sentetik menisküs implantları (Değişik: RG- 30/08/2014- 29104/ 8-d md. Yürürlük: 30/08/2014)

(1) Üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında uygulanması ve Sağlık Bakanlığı “Ortopedi Bilimsel Danışma Kurulu”ndan her bir hasta için kullanılmasına onay alınması şartıyla, 45 yaş altında, subtotal menisektomi sonrası en az 1 (bir) yıl geçmesine rağmen konvansiyonel tedavi yöntemleri ile ağrısı azalmayan vakalarda bedelleri Kurumca karşılanır.

(1) Üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında uygulanması şartıyla, 45 yaş altında, subtotal menisektomi sonrası en az 1 (bir) yıl geçmesine rağmen konvansiyonel tedavi yöntemleri ile ağrısı azalmayan vakalarda bedelleri Kurumca karşılanır.

3.3.25- Menisküs tamiri ürünlerı

(1) 55 yaş altı vaka grubunda, eğitim verme yetkisi bulunan üçüncü basamak hastanelerde, 3 (üç) ortopedi ve travmatoloji uzmanı tarafından sağlık kurulu raporu düzenlenmesi şartıyla, “Nitinol/Tek Barlı/Çok İmplantlı” malzemeler en fazla 1 (bir) adet, “Çift Barlı” malzemeler en fazla 2 (iki) adet olmak üzere; Kıkıldak tamir teknikleri ile onarılabilir derecede kıkıldak lezyonu olan veya kıkıldak lezyonu olmadığı halde dejeneratif olmayan Zon-1 ve Zon-2 menisküs yırtığı olan vakalarda bedelleri Kurumca karşılanır.

3.3.26- Sinüs tarsi vidası

(1) Esnek, ağrılı, 8-14 yaş (8 ve 14 dahil) vaka grubunda eğitim verme yetkisi bulunan üçüncü basamak hastanelerde kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

3.3.27- Absorbe olabilir omuz balon spacer

(Değişik: RG- 30/08/2014- 29104/ 8-e md. Yürürlük: 30/08/2014)

(1) Üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında uygulanması ve Sağlık Bakanlığı “Ortopedi Bilimsel Danışma Kurulu”ndan her bir hasta için kullanılmasına onay alınması şartıyla, tamir edilemeyen tam kat Rotator cuff yırtıklarında kullanıldığına sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi halinde ve cerrahi olarak yerleştirilen başka bir tıbbi malzeme kullanılmasına kaydıyla bedelleri Kurumca karşılanır.

(1) Üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında uygulanması şartıyla, tamir edilemeyen tam kat Rotator cuff yırtıklarında kullanıldığına sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi halinde ve cerrahi olarak yerleştirilen başka bir tıbbi malzeme kullanılmasına kaydıyla, işlem başına en fazla 1 (bir) adet kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.

3.3.28- Tümör protezleri

(1) EK-3/F-3 “Ortopedi ve Travmatoloji Branşı Tümör ve Rezeksiyon Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler Listesi”nde bulunan protezlerin, aşağıda yer alan geri ödeme kural ve/veya kriterlerine uygun olmak üzere, eğitim verme yetkisi bulunan üçüncü basamak hastanelerde kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

a) Saddle protezlerin aşağıdaki kriterlerin en az birinin varlığı halinde bedelleri Kurumca karşılanır:

1) Perasetabüler rezeksiyonlar (Tip 2, Tip 2/3) kemiğin primer tümörü ya da metastazları,

2) Travmaya sekonder perasetabüler kemik kayipları,

3) Kalça displazisine bağlı perasetabüler kemik kayipları,

4) Perasetabüler kemik kayiplarının olduğu multiple kalça revizyonları sonrası.

b) Proksimal femur rezeksiyon protezlerinin kriterlerin en az birinin varlığı halinde bedelleri Kurumca karşılanır:

1) Kemiğin primer malign veya agresif benign (eklem bütünlüğü korunamayacak olgularda) tümörleri,

2) Proksimal femur yüksek doz radyoterapi sonrası oluşan kırıklar,

3) Kemiğin sekonder malign tümörleri,

4) Kalça protezi multiple revizyonları (kemik kaybı olan),

5) Parçalı proksimal femur kırığı multiple girişimler (3 ve üzeri),

6) Yumuşak doku malign tümörlerinin kemiği tuttuğu olgular,

7) İyileşmiş kemik enfeksiyonları sonucu ileri kemik kayipları,

8) Rezeksiyon artroplasti sonrası femur rekonstrüksiyonları.

c) Total femur rezeksiyon protezlerinin protezlerinin aşağıdaki kriterlerin en az birinin varlığı halinde bedelleri Kurumca karşılanır:

1) Diyafizi tutan proksimal ve distal intramedüler tutulumlarda, 130 mm'den az sağlam kemik olan primer ya da metastatik tümörler,

2) Distal femur ya da proksimal femur malign tümör rezeksiyonları sonrası yapılan revizyonlar,

3) Distal femur ya da proksimal femur yerleşimli malign tümörlerin skip metastazı olan olgular.

ç) Distal femur rezeksiyon protезlerinin aşağıdaki kriterlerin en az birinin varlığı halinde bedelleri Kurumca karşılanır:

1) Kemiğin primer malign veya agresif benign (eklem bütünlüğü korunamayacak olgularda) tümörleri,

2) Yumuşak doku malign kemik tümörlerinin distal femuru tuttuğu olgular,

3) Diz protezi multipl revizyonları sonrası distal femur kemik kayıpları,

4) Suprakondiler, kondiler femur parçalı kompleks kırıkları ya da kaynamamaları (3 ve üzeri girişim),

5) Distal femur yüksek doz radyoterapi sonrası oluşan kırıklar,

6) Distal femur kemik metastazları ya da protez dışı rekonstrüksiyon yöntemleri yetersizliği.

d) Proksimal tibia rezeksiyon protезlerinin aşağıdaki kriterlerin en az birinin varlığı halinde bedelleri Kurumca karşılanır:

1) Proksimal tibia agresif benign/malign tümörleri veya metastazlar sonucu ekstremite koruyucu eksizyonlar,

2) Proksimal tibiada yüksek doz radyoterapi sonrası oluşan kırıklar,

3) Diz protez revizyonları sonucu tibia üst uç kemik kayıpları.

e) Distal tibia rezeksiyon protезlerinin aşağıdaki kriterlerin en az birinin varlığı halinde bedelleri Kurumca karşılanır:

1) Agresif benign kemik tümörleri sonucu rezeksiyon yapılan olgular,

2) Kemik dışında yumuşak doku tutulumu olmayan ya da az tutulum olan primer malign kemik tümörleri.

f) Skapula protезlerinin aşağıdaki kriterlerin en az birinin varlığı halinde bedelleri Kurumca karşılanır:

1) Skapulanın malign kemik tümörleri,

2) Yumuşak doku sarkomlarının skapulayı tuttuğu olgular,

3) Tip III intraartiküler total skapulektomi yapılan olgular,

4) Tip IV Ekstraartiküler humeral ve total skapüler rezeksiyon yapılan olgular,

5) Tip IV Ekstraartiküler humeral ve total skapüler rezeksiyon yapılan olgular.

g) Proksimal humerus rezeksiyon protезlerinin aşağıdaki kriterlerin en az birinin varlığı halinde bedelleri Kurumca karşılanır:

1) Proksimal humerusun agresif benign/malign tümörleri veya metastazlar,

2) Yumuşak doku sarkomlarının proksimal humerusu tuttuğu durumlar.

g) İnterkalar rezeksiyon/segment protезlerinin aşağıdaki kriterlerin en az birinin varlığı halinde bedelleri Kurumca karşılanır:

1) Uzun tübüler kemiklerin diyafizini tutan 4 cm'den büyük defekt oluşturan malign ve metastatik tümörler.

h) Total humerus protезlerinin aşağıdaki kriterlerin en az birinin varlığı halinde bedelleri Kurumca karşılanır:

1) Primer malign kemik tümörleri (humerusun diafizini proksimal ve distalde ekleme yakın tutan tümörlerinde) veya metastazlar,

2) Yumuşak doku sarkomlarının humerusu tuttuğu olgular.

i) Dirsek rezeksiyon protезlerinin aşağıdaki kriterlerin en az birinin varlığı halinde bedelleri Kurumca karşılanır:

1) Primer kemik ve yumuşak doku sarkomlarının, dirsekte geniş rezeksiyon yapılması gereken durumları,

2) Metastazı olan, geniş dirsek çevresi rezeksiyon yapılması gereklili olgular.

j) Uzayabilen protезlerin aşağıdaki kriterlerin en az birinin varlığı halinde bedelleri Kurumca karşılanır:

1) Rezeksiyon sonrası iskelet büyümesi tamamlandıktan sonra bacak uzunluk farklılığı 3 cm'den fazla ya da kol boyu uzunluk farklılığı 5 cm'den fazla olacağı tahmin edilen olgular,

2) Kızlarda 11 yaş, erkeklerde 13 yaşındaki tümör rezeksiyonu yapılan olgular.

3.3.29- Kanama durdurmadada kullanılan tıbbi malzemeler

(1) EK-3/A “Birden Fazla Branşa Kullanılan Tıbbi Malzemeler” listesinde bulunan ve kanama durdurmadada kullanılan tıbbi malzemelerin, aşağıda yer alan geri ödeme kural ve/veya kriterlerine uygun şartıyla bedelleri Kurumca karşılanır.

(2) (Değişik: RG- 01/10/2014- 29136/ 10-ğ md. Yürürlük: 01/10/2014) Kanama durdurmadada kullanılan tıbbi malzemelerin vücut dışı uygulamalarında, 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) Kanama durdurmadada kullanılan tıbbi malzemelerin vücut dışı uygulamalarında Kanama durdurmadada 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.

a) Hemorajik diyateze neden olan durumlar ve/veya hastalıklarının olduğu bilinen vakalarda,

b) Trombosit değerinin 50.000 K/ mm³'ün altında olduğu vakalarda,

c) Maligniteye sekonder kanamalarda,

d) Girişimsel ve iatrojenik işlemler hariç olmak üzere boyun, aksiller bölge ve inguinal bölgenin direkt bası ile durdurulamayan travmaya bağlı açık kanamalı damar yaralanmalarında.

(3) (Değişik: RG- 18/02/2015- 29271/ 10 md. Yürürlük: 18/02/2015) Kanama durdurmadada kullanılan tıbbi malzemelerin endoskopik/cerrahi uygulamalarında, epikrizde aşağıdaki durumlardan en az birinin ve kullanılan tıbbi malzeme

~~sayısının belirtilmesi şartıyla bedelleri Kurumca karşılanır.~~ Kanama durdurmadan kullanılan emilebilen tıbbi malzemelerin yataracak tedavilerde, epikrizde aşağıdaki durumlardan en az birinin ve kullanılan tıbbi malzeme sayısının belirtilmesi şartıyla bedelleri Kurumca karşılanır.

- a) Hemorajik diyateze neden olan durumlar ve/veya hastalıklarının olduğu bilinen vakalarda,
- b) Trombosit değeri 50.000 K/mm^3 'ün altında olduğu vakalarda,
- c) Maligniteye sekonder kanamalarda,
- d) Multi travmaya bağlı açık kanamalı damar yaralanmalarında,
- e) Ligasyon, koter, sütür uygulanamayan veya bu uygulamalarla durdurulamayan endoskopik/intraoperatif kanamalarda.

(Mülga: RG- 25/03/2017- 30018/ 17 md. Yürürlük: 05/04/2017)

3.3.30- İtraoperatif Nöromonitorizasyon işlemlerinde kullanılan tıbbi malzemeler

~~(1) SUT eki EK 2/D 4 “İtraoperatif Nöromonitorizasyon” İşlemminin Ayrıca Faturalanabilecegi İşlemler Listesinde yer alan işlemlerde, SUT eki EK 2/B listesindeki 703.365 SUT koduyla birlikte uygulanması ve aşağıda yer alan geri ödeme kural ve/veya kriterlerinin yerine getirilmesi şartıyla bedelleri Kurumca karşılanır. (Ek: RG- 05/08/2015- 29436/ 8 md. Yürürlük: 01/09/2015) Ayrıca aynı seansta, “Omurga Cerrahisi Alan Grubuna Ait Tibbi Malzemeler (EK 3/E 1) Listesi”nde yer alan “103096”, “103097”, “103101”, “103102” SUT kodları ve “Beyin Cerrahisi Bransı Kranial Alan Grubuna Ait Tibbi Malzemeler (EK 3/E 2) Listesi” “İNTRAOPERATİF NÖROMONİTÖRİZASYON” başlığı altında yer alan SUT kodlarından en fazla bir tanesinin bedeli Kurumca karşılanır.~~

~~a) Konvansiyonel metodoloji ile çalışan teknolojiler için; Kayıt çıktılarının bir sureti ile cerrahi işlemi gerçekleştiren hekim ve nöroloji/nörofizyoloji/fizik tedavi ve rehabilitasyon alanında uzmanlık ve/veya yan dal eğitimi almış hekimler tarafından düzenlenenek nöromonitorizasyon kayıt raporunun bir sureti fatura eki belge olarak ibraz edilmelidir. Diğer suret ise hasta dosyasında saklanmalıdır.~~

~~b) Cerrah gündümlü metodoloji ile çalışan teknolojiler için; Kayıt çıktılarının bir sureti ile cerrahi işlemi gerçekleştiren hekim ve elektronörofizyoloji teknikeri tarafından düzenlenenek nöromonitorizasyon kayıt raporunun bir sureti fatura eki belge olarak ibraz edilmelidir. Diğer suret ise hasta dosyasında saklanmalıdır.~~

(Ek: RG- 30/08/2014- 29104/ 8-f md. Yürürlük: 30/08/2014)

3.3.31- Hücresiz Kıkıldak Matriksleri

~~(1) (Değişik: RG- 01/10/2014- 29136/ 10-h md. Yürürlük: 01/10/2014) Üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında (eğitim verme yetkisi olan klinik) işlem başına en fazla 1 (bir) adet kullanıldığından bedeli Kurumca karşılanır. SUT eki “EK-2/B Hizmet Başı İşlem Puan Listesi” için 612732 veya 612976 SUT kodları, “EK-2/C Tanya Dayalı İşlem Puan Listesi” için P612732 veya P612976 SUT kodları ile birlikte uygulanması ve üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında (eğitim verme yetkisi olan klinik) işlem başına en fazla 1 (bir) adet kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.~~

3.3.32- Hücresiz Menisküs İmplantları:

~~(1) Üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında (eğitim verme yetkisi olan klinik) işlem başına en fazla 1 (bir) adet kullanıldığından bedeli Kurumca karşılanır.~~

3.3.33-Bağ/Tendon Güçlendirici İmplantlar:

~~(1) Kendinden Sütursuz Transosseöz Sistemi, işlem başına en fazla 1 (bir) adet kullanıldığından bedeli Kurumca karşılanır.~~

~~(2) Transosseöz Sistemi Sütür Taşıyıcı, işlem başına en fazla 1 (bir) adet kullanıldığından bedeli Kurumca karşılanır.~~

3.3.34-Bioçozünür Kompresyon/Antibiyotikli/Antibiyotiksiz Internal Fiksasyon Vidaları:

~~(1) Kanullü Bioçozünür Kompresyon/Antibiyotikli/Antibiyotiksiz Internal Fiksasyon Vidası, işlem başına en fazla 2 (iki) adet kullanıldığından bedelleri Kurumca karşılanır.~~

~~(2) Kanulüsüz Bioçozünür Kompresyon/Antibiyotikli/Antibiyotiksiz Internal Fiksasyon Vidası, işlem başına en fazla 2 (iki) adet kullanıldığından bedelleri Kurumca karşılanır.~~

(Ek: RG- 21/04/2015- 29333/ 8 md. Yürürlük: 01/05/2015)

3.3.35-İşitme Cihazı ve Kulak Kalıcı

~~(1) Dijital programlanabilir işitme cihazlarının bedeli Kurumca karşılanır. Kurumca bedeli karşılaşacak olan dijital programlanabilir işitme cihazları; otomatik veya manuel ses kontrol sistemi, maksimum çıkış kontrol sistemi ve kazanç kontrol sistemi özelliklerine sahip olmalıdır.~~

~~(2) 0-18 yaş çocukların için eğitimleri de göz önünde bulundurularak, dijital programlanabilir işitme cihazları;~~

~~a) 0-4 yaş çocukların için; en az dört kanallı veya kanaldan bağımsız, gürültü azaltıcı özellikleri, feedback yönetimi ve FM sistem uyumlu özellikleri olmalıdır. Bu kişilerde kulak içi cihaz kullanıldığı takdirde bedeli Kurumca karşılaşmaz.~~

~~b) 5-12 yaş çocukların için; en az dört kanallı veya kanaldan bağımsız, en az sekiz bantlı, FM sistem uyumlu, gürültü azaltıcı ve feedback yönetimi özellikleri, çift mikrofonlu (kanal içi cihazda bu şart aranmaz) olmalıdır. Bu kişilerde 8 yaş ve altında kulak içi cihaz kullanıldığı takdirde bedeli Kurumca karşılaşmaz.~~

~~c) 13-18 yaş çocukların için; en az dört kanallı veya kanaldan bağımsız, en az sekiz bantlı, gürültü azaltıcı ve feedback yönetimi özellikleri, FM sistem uyumlu, çift mikrofonlu (kanal içi cihazda bu şart aranmaz) kulak arkası veya kanal içi cihaz olmalıdır.~~

- (3) 18 yaş üzeri erişkinler için işitme cihazı; En az dört kanallı veya kanaldan bağımsız, en az sekiz bandlı, gürültü azaltıcı ve feedback yönetimi özellikleri, çift mikrofonlu (kanal içi cihazda bu şart aranmaz) kulak arkası veya kanal içi cihaz olmalıdır.
- (4) İşitme cihazı bedellerinin ödenebilmesi için SUT'un 5.3.4 numaralı maddesinde tanımlanan belgelere ilave olarak;
- a) Odyolojik test sonuçlarını gösterir belgenin, aşağıda tanımlanan yetkili personel tarafından imza ve kaşesinin bulunduğu onaylanmış asıl;
 - 1) 0-4 yaş arası çocuklar ve saf ses odyometri testi yapılamayan 4 yaş ve üzeri tüm hastalar için beyin sapı odyometrisinin (ABR Testi) Kulak Burun Boğaz Hastalıkları uzman hekimi veya odyolog tarafından onaylanmış asıl;
 - 2) Saf ses odyometri testinin, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları uzman hekimi veya odyolog veya odyometrist tarafından onaylanmış asıl;
 - 3) Davranım odyometri testi yapılmış ise sonucunun Kulak Burun Boğaz Hastalıkları uzman hekimi veya odyolog tarafından onaylanmış asıl;
 - b) İşitme cihazına ait barkod ile birlikte cihazın marka, model ve seri numarasını gösterir etiketin asıl;
 - c) Sağlık Bakanlığmaa düzenlenmiş olan ruhsatname ve sorumlu müdür belgesinin onaylı örneği;
 - c) İşitme cihazına ve tedarikçi firma ve/veya alt bayii bilgilerine ait TİTUBB PRICAT çıktıları;
 - d) Hastanın işitme eşiklerinin bu cihaza ait işitme kazanç eğrisinin ve cihaz uyarlama metodunun içerisinde yer aldığı gösterir işitme cihazı merkezi tarafından düzenlenmiş ıslak imzalı belge (gerçek kulak ölçümlü sonuçları);
 - e) İşitme cihazının hastanın işitme kaybına uygunluğunu belirten ve merkez tarafından düzenlenmiş ıslak imzalı taahhütname;
 - f) İşitme cihazının teknik bilgilerinin (cihazın tipi, maksimum kazanç, maksimum eşik gücü, kazanç eğrisi) yer aldığı, işitme merkezi tarafından onaylanmış katalog, istenecektir.
- (5) İşitme cihazı faturası üzerinde; hasta adı, hasta T.C. kimlik numarası, işitme cihazına ait marka, model ve seri numarası bilgileri yer alacaktır. Fatura arkasında “işitme cihazının eksiksiz ve çalışır durumda teslim alındığı ve işitme cihazı ile ilgili eğitimin tarafına verildiği” ibarelerinin hasta veya yakını tarafından yazılarak imzalanmış olması gerekmektedir.
- (6) İşitme cihazı bedellerinin Kurumea ödenebilmesi için, Kurumla sözleşmeli resmi sağlık kurumlarına en az 1 (bir) Kulak Burun Boğaz Hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenecektir.
- (7) İşitme eşiği tayini ABR testi ile yapılması gerekenlerde, test Tonal ABR ile yapılarak alçak frekans (500-1000 Hz) ve yüksek frekans (2000-4000 Hz) gruplarından birer frekans olmak üzere en az iki freksansa ait eşikler belirlenmelidir.
- (8) İşitme eşiği tayini saf ses odyometri testi ile yapılmışsa; test en az 500-1000-2000-4000 Hz frekanslarında hava yolu ve 500-1000-2000-4000 Hz frekanslarında kemik yolu işitme eşiklerini ve konuşmayı ayırt etme skorlarını içermelidir. 8 yaş altı çocuklarda, konuşmayı ayırt etme skoru şartı aranmaz. 8 yaş ve üzerinde konuşmayı ayırt etme skoru yapılamaması durumunda tıbbi gereklisi sağlık kurulu raporunda belirtilmelidir.
- (9) İşitme cihazı verilebilmesi için;
- a) 0-18 yaş çocuklarda; işitme kaybının kalıcı işitme kaybı olduğu 3. basamak resmi sağlık kurumlarında düzenlenen sağlık kurulu raporunda belirlenmelii ve aşağıdaki yöntemlerden biri ile test edilmiş olmalıdır;
 - 1) İşitme eşikleri saf ses odyometri testi ile belirlenmiş ise iyi işiten kulakta 500-1000-2000-4000 Hz frekanslarında saf ses ortalamasının en az 26 dB ve üzerinde olması;
 - 2) Davranım odyometri testi ile belirlenmiş ise 500-1000-2000 Hz frekanslarının eşik ortalamasının 35 dB ve üzerinde olması;
 - 3) Tonal ABR ile belirlenmesi durumunda frekansların eşik ortalamasının 30 dB ve üzerinde olması halinde;
 - 4) Bilateral işitme kaybında her iki kulak için işitme cihazı bedeli Kurumca karşılanır.
 - b) 18 yaş üzeri erişkinlerde; işitme kaybının kalıcı işitme kaybı olduğu belirlenmelii ve aşağıdaki yöntemlerden biri ile test edilmiş olmalıdır;
 - 1) Saf ses odyometri testi yapılan hastalarda iyi işiten kulakta 500-1000-2000-4000 Hz frekanslarından kötü olan 3 frekansın ortalamasının en az 40 dB ve üzerinde olması halinde;
 - 2) Saf ses odyometri testi yapılmayan hastalarda işitme eşüğünün tonal ABR ile belirlenmesi durumunda frekansların eşik ortalamasının 40 dB ve üzerinde olması halinde;
 - 3) Her iki kulak için işitme cihazı bedeli 3. basamak resmi sağlık kurumlarında düzenlenen sağlık kurulu raporunda her iki kulakta işitme kaybının bulunduğu belirlenmesi halinde, tek kulakta en az 6 ay süre ile işitme cihazı kullanımı sonucunda elde edilen eşikler ile işitme cihazından yarar gördüğünün (konuşmayı ayırt etme skorunda % 20 artış sağlaması) sağlık kurulu raporunda belirlenmesi halinde,
- Kurumca bedeli karşılanır.
- (10) 0-18 yaş çocuklarda 5 yıldan önce cihaz yenilenmesi için progresif işitme kaybı olduğu ve mevcut cihazın bu kaybı karşılamada yetersiz kaldığı sağlık kurulu raporunda belirlenmelidir.
- (11) İşitme cihazı sağlık kurulu raporu ve odyolojik test sonuçları 4 (dört) ay süreyle geçerlidir.

(12) İşitme cihazı kulak kalıplarının yenilenmesinin gerekliliğinin tek KBB uzman Hekimi raporu ile ibraz edilmesi durumunda Kurumca bedelleri karşılanır. Ancak, işitme cihazlarının ilk kez alınması aşamasında, kulak kalıpları için ayrıca herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

(13) 18 yaş altı çocuklar için belirlenmiş olan tutar; 0-4 yaş için % 80, 5-12 yaş için % 60 ve 13-18 yaş için % 50 oranında artırılarak Kurumca bedeli karşılanır.

(Değişik: RG- 05/08/2015- 29436/ 9 md. Yürürlük: 01/09/2015)

3.3.35 İşitme Cihazı ve Kulak Kalıbı

(1) Dijital programlanabilir işitme cihazlarının bedeli Kurumca karşılanır. Kurumca bedeli karşılaşacak olan dijital programlanabilir işitme cihazları; otomatik veya manuel ses kontrol sistemi, maksimum çıkış kontrol sistemi ve kazanç kontrol sistemi özelliklerine sahip olmalıdır.

(2) 0-18 yaş çocuklar için eğitimleri de göz önünde bulundurularak, dijital programlanabilir işitme cihazları;

a) 0-4 yaş çocuklar için;

1. En az dört kanallı (Kanaldan bağımsız channel free sinyal işleme özellikli cihazlarda bu özellik aranmaz);

2. En az dört bantlı;

3. Görültü azaltıcı ve feedback yönetimi özellikli;

4. FM sistem uyumlu özellikli olmalıdır.

Bu kişilerde kulak içi/kanal içi cihaz kullanıldığı takdirde bedeli Kurumca karşılanmaz.

b) 5-12 yaş çocuklar için;

1. En az dört kanallı (Kanaldan bağımsız channel free sinyal işleme özellikli cihazlarda bu özellik aranmaz);

2. En az sekiz bantlı;

3. FM sistem uyumlu;

4. Görültü azaltıcı ve feedback yönetimi özellikli;

5. Çift mikrofonlu olmalıdır.

Bu kişilerde kulak içi/kanal içi cihaz kullanıldığı takdirde bedeli Kurumca karşılanmaz.

c) 13-18 yaş çocuklar için;

1. En az dört kanallı (Kanaldan bağımsız channel free sinyal işleme özellikli cihazlarda bu özellik aranmaz);

2. En az sekiz bantlı;

3. FM sistem uyumlu (kulak içi/kanal içi cihazda bu şart aranmaz);

4. Görültü azaltıcı ve feedback yönetimi özellikli;

5. Çift mikrofonlu (kulak içi/kanal içi cihazda bu şart aranmaz) kulak arkası veya kulak içi/kanal içi cihaz olmalıdır.

(3) 18 yaş üzeri erişkinler için işitme cihazı;

1. En az dört kanallı (Kanaldan bağımsız channel free sinyal işleme özellikli cihazlarda bu özellik aranmaz);

2. En az dört bantlı;

3. Görültü azaltıcı ve feedback yönetimi özellikli;

4. Çift mikrofonlu (kulak içi/kanal içi cihazda bu şart aranmaz) kulak arkası veya kulak içi/kanal içi cihaz olmalıdır.”

(4) İşitme cihazı bedellerinin ödenebilmesi için SUT'un (Değişik:RG- 10/05/2018 30417/4md. Yürürlük: 10/05/2018) 5.3.4 5.3.2 numaralı maddeinde tanımlanan belgelere ilave olar;

a) Odyolojik test sonuçlarını gösterir belgenin, aşağıda tanımlanan yetkili personel tarafından imza ve kaşesinin bulunduğu onaylanmış asıl;

1) 0-4 yaş arası çocuklar ve saf ses odyometri testi yapılamayan 4 yaş ve üzeri tüm hastalar için beyin sapı odyometrisinin (ABR Testi) Kulak Burun Boğaz Hastalıkları uzman hekimi veya odyolog tarafından onaylanmış asıl;

2) Saf ses odyometri testinin, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları uzman hekimi veya odyolog veya odyometrist tarafından onaylanmış asıl;

3) Davranım odyometri testi yapılmış ise sonucunun Kulak Burun Boğaz Hastalıkları uzman hekimi veya odyolog tarafından onaylanmış asıl;

b) İşitme cihazına ait barkod ile birlikte cihazın marka, model ve seri numarasını gösterir etiketin asıl;

c) Sağlık Bakanlığıne düzenlenenmiş olan ruhsatname ve sorumlu müdür belgesinin onaylı örneği;

ç) İşitme cihazına ve tedarikçi firma ve/veya alt bayii bilgilerine ait TİTUBB PRICAT çıktıları;

d) Hastanın işitme eşyelerinin bu cihaza ait işitme kazanç eğrisinin ve cihaz uyarlama metodunun içerisinde yer aldığı gösterir işitme cihazı merkezi tarafından düzenlenenmiş ıslak imzalı belge (gerçek kulak ölçümü sonuçları);

e) İşitme cihazının hastanın işitme kaybına uygunluğunu belirten ve merkez tarafından düzenlenenmiş ıslak imzalı taahhüthane;

f) İşitme cihazının teknik bilgilerinin yer aldığı, işitme merkezi tarafından onaylanmış katalog istenecektir.

(5) İşitme cihazı faturası üzerinde; hasta adı, hasta T.C. kimlik numarası, işitme cihazına ait marka, model ve seri numarası bilgileri yer alacaktır. Fatura arkasında “işitme cihazının eksiksiz ve çalışır durumda teslim alındığı ve işitme cihazı ile ilgili eğitimin tarafına verildiği” ibarelerinin hasta veya yakını tarafından yazılı olarak imzalanmış olması gerekmektedir.

(6) İşitme cihazı bedellerinin Kurumea ödenebilmesi için, Kurumla sözleşmeli resmi sağlık kurumlarına en az 1 (bir) Kulak Burun Boğaz Hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenecektir.

(7) İşitme eşiği tayini ABR testi ile yapılması gerekenlerde, test Tonal ABR ile yapılarak eşek frekans (500 veya 1000 Hz) ve yüksek frekans (2000 veya 4000 Hz) gruplarından birer frekans olmak üzere en az iki frekansa ait eşikler test rapor kısmında dB nHL olarak belirtilmelidir.

(8) İşitme eşiği tayini saf ses odyometri testi ile yapılmışsa; test en az 500-1000-2000-4000 Hz frekanslarında hava yolu ve 500-1000-2000-4000 Hz frekanslarında kemik yolu işitme eşiklerini ve konuşmayı ayırt etme skorlarını içermelidir. 8 yaş altı çocukların, konuşmayı ayırt etme skoru şartı aranmaz. 8 yaş ve üzerinde konuşmayı ayırt etme skoru yapılamaması durumunda tıbbi gereklisi sağlık kurulu raporunda belirtilmelidir.

(Değişik: RG-08/06/2017-30090/ 9 md. Yürürlük: 01/07/2017)

(9) İşitme cihazı bedeli ödenebilmesi için;

a) 0-18 yaş çocukların; işitme kaybının kalıcı işitme kaybı olduğu 3. basamak resmi sağlık kurumlarına düzelnenen sağlık kurulu raporunda belirtilmeli ve aşağıdaki yöntemlerden biri ile test edilmiş olmalıdır;

1) İşitme eşikleri saf ses odyometri testi ile belirlenmiş ise iyi işten kulakta 500-1000-2000-4000 Hz frekanslarında saf ses ortalaması en az 26 dB ve üzerinde olmalıdır.

2) Davranım odyometri testi ile belirlenmiş ise 500-1000-2000 Hz frekanslarının eşik ortalaması 26 dB ve üzerinde olmalıdır.

3) Tonal ABR ile belirlenmesi durumunda iyi işten kulakta frekansların eşik ortalaması 30 dB nHL ve üzerinde olmalıdır.

b) 18 yaş üzeri erişkinlerde; işitme kaybının kalıcı işitme kaybı olduğu resmi sağlık kurumlarına düzelnenen sağlık kurulu raporunda belirtilmeli ve aşağıdaki yöntemlerden biri ile test edilmiş olmalıdır;

1) Saf ses odyometri testi yapılan hastalarda iyi işten kulakta 500-1000-2000-4000 Hz frekanslarında saf ses ortalaması en az 30 dB ve üzerinde olmalıdır.

2) Saf ses odyometri testi yapılamayan hastalarda işitme eşığının tonal ABR ile belirlenmesi durumunda iyi işten kulakta frekansların eşik ortalaması 30 dB nHL ve üzerinde olmalıdır.

e) 0-18 yaş çocukların bilateral işitme cihazı bedeli; bilateral kalıcı işitme kaybı bulunduğu 3. Basamak resmi sağlık kurumlarına düzelnenen sağlık kurulu raporunda belirtilmesi halinde Kurumea karşılanır.

(9) İşitme cihazı bedelinin Kurumea karşılanması için;

a) 0-18 yaş çocukların tek taraflı veya bilateral işitme cihazı için; işitme kaybının kalıcı işitme kaybı olduğu 3. basamak resmi sağlık kurumlarına düzelnenen sağlık kurulu raporunda belirtilmeli ve aşağıdaki yöntemlerden biri ile test edilmelidir.
1) İşitme eşikleri saf ses odyometri testi ile belirlenmiş ise ilgili kulakta 500-1000-2000-4000 Hz frekanslarında saf ses ortalaması en az 26 dB ve üzerinde olmalıdır.

2) Davranım odyometri testi ile belirlenmiş ise 500-1000-2000 Hz frekanslarının eşik ortalaması 26 dB ve üzerinde olmalıdır.

3) Tonal ABR ile belirlenmesi durumunda ilgili kulakta frekansların eşik ortalaması 30 dB nHL ve üzerinde olmalıdır.

b) 18 yaş üzeri erişkinlerde tek taraflı işitme cihazı için; işitme kaybının kalıcı işitme kaybı olduğu resmi sağlık kurumlarına düzelnenen sağlık kurulu raporunda belirtilmeli ve aşağıdaki yöntemlerden biri ile test edilmelidir.

1) Saf ses odyometri testi yapılan hastalarda ilgili kulakta 500-1000-2000-4000 Hz frekanslarında saf ses ortalaması en az 30 dB ve üzerinde olmalıdır.

2) Saf ses odyometri testi yapılamayan hastalarda işitme eşığının tonal ABR ile belirlenmesi durumunda ilgili kulakta frekansların eşik ortalaması 30 dB nHL ve üzerinde olmalıdır.

e) 18 yaş üzeri erişkinlerde bilateral işitme cihazı için; bilateral kalıcı işitme kaybı bulunduğu bu fikranın (b) bendinde belirtilen yöntemlerden biri ile test edilerek belirlenmelidir, daha önce tek kulakta en az 6 ay süre ile işitme cihazı kullanıldığı ve işitme cihazı kullanımı sonucunda elde edilen eşikler sonucunda hastanın işitme cihazından yarar gördüğünün (konuşmayı ayırt etme skorunda cihazlı ve cihazsız ölçümlerde artışı sağlaması) 3. basamak resmi sağlık kurumlarına düzelnenen sağlık kurulu raporunda belirtilmesi halinde Kurumea karşılanır.

ç) Daha önce bilateral işitme cihazı kullanan hastaların bilateral cihaz yenileme işlemleri için; bu fikranın (c) bendinde yer alan hükümler aranmayacak olup bilateral kalıcı işitme kaybı, bu fikranın (b) bendinde belirtilen yöntemlerden biri ile test edilerek resmi sağlık kurumlarına düzelnenen sağlık kurulu raporunda belirtilmelidir.

~~(10) 0-18 yaş çocuklarda 5 yıldan önce cihaz yenilenmesi için progresif işitme kaybı olduğu ve mevcut cihazın bu kaybı karşılamada yetersiz kaldığı sağlık kurulu raporunda belirtilmelidir.~~

~~(11) (Mülga: RG-21/03/2018-30367/14 md. Yürürlük: 01/04/2018) İşitme cihazı sağlık kurulu raporu ve odyolojik test sonuçları 4 (dört) ay süreyle geçerlidir.~~

~~(12) İşitme cihazı kulak kalıplarının yenilenmesinin gereklüğünün tek KBB uzman hekimi raporu ile ibraz edilmesi durumunda Kurumca bedelleri karşılaşır. Ancak, işitme cihazlarının ilk kez alınması aşamasında, kulak kalıpları için ayrıca herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.~~

~~(13) 18 yaş altı çocuklar için belirlenmiş olan tutar; 0-4 yaş için %80, 5-12 yaş için %60 ve 13-18 yaş için %50 oranında artırılarak Kurumca bedeli karşılaşır.~~

(Değişik: RG-28/12/2018-30639/10 md. Yürürlük: 15/01/2019)

3.3.35- İşitme Cihazı ve Kulak Kalıbı

(1) Dijital programlanabilir işitme cihazlarının bedelleri Kurumca karşılaşır. Kurumca bedeli karşılaşacak olan kulak arkası veya kulak içi/kanal içi dijital programlanabilir işitme cihazları asgari;

a) Otomatik veya manuel ses kontrol sistemi, maksimum çıkış kontrol sistemi, kazanç kontrol sistemi,

b) En az dört kanal (Kanaldan bağımsız-channel free sinyal işleme özellikli cihazlarda bu özellik aranmaz.)

c) FM sistem uyumu (18 yaş üzeri hastalarda ve kulak içi/kanal içi cihazlarda bu şart aranmaz),

ç) Gürültü azaltıcı ve feedback yönetimi,

d) Çift mikrofon (kulak içi/kanal içi cihazda bu şart aranmaz),

özelliklerine sahip olmalıdır. 13 yaş altı hastalarda kulak içi/kanal içi cihaz kullanıldığı takdirde bedeli Kurumca karşılaşmaz.

(2) İşitme cihazı bedellerinin ödenebilmesi için SUT'un 5.3.2 numaralı maddesinde tanımlanan belgelere ilave olarak;

a) 0-4 yaş çocukların işitsel beyin sapı odyometrisi (ABR Testi) ve otoakustik emisyon ile birlikte davranışım odyometri testi sonucunun kulak burun boğaz hastalıkları uzman hekimi veya odyolog tarafından imza ve kaşesinin bulunduğu onaylanmış aslı,

b) 4 yaş üzeri saf ses odyometri testi yapılan hastalar için saf ses odyometri testinin, kulak burun boğaz hastalıkları uzman hekimi veya odyolog veya odyometrist tarafından onaylanmış aslı,

c) 4 yaş üzeri saf ses odyometri testi yapılamayan hastalar için işitsel beyin sapı odyometrisi (ABR Testi) ve otoakustik emisyon ile birlikte davranışım odyometri testi sonucunun kulak burun boğaz hastalıkları uzman hekimi veya odyolog tarafından imza ve kaşesinin bulunduğu onaylanmış aslı,

istenecektir. Belirtilen odyolojik testlerin tamamının sağlık kurulu raporunun düzenlendiği sağlık kurumuna yapılmış olması gerekmekte olup, odyolojik test sonuçları 6 (altı) ay süreyle geçerlidir.

(3) İşitme eşiği tayini ABR testi ile yapılması gerekenlerde, 500 veya 1000 Hz Tonal ABR eşikleri ve klik ABR de elde edilen eşikler test rapor kısmında dB nHL olarak belirtilmelidir.

(4) İşitme eşiği tayini saf ses odyometri testi ile yapılmışsa; test en az 500-1000-2000-4000 Hz frekanslarında hava yolu ve 500-1000-2000-4000 Hz frekanslarında kemik yolu işitme eşiklerini ve konuşmayı ayırt etme test sonuçlarını içermelidir. 8 yaş altı çocukların konuşmayı ayırt etme skoru şartı aranmaz. 8 yaş ve üzerinde konuşmayı ayırt etme testinin yapılmadığı durumlarda ise gerekçenin (hastanın Türkçe bilmemesi, serabral palsi, motor mental retardasyon, afazi gibi) sağlık kurulu raporunda belirtilmesi gereklidir.

(5) İşitme cihazı bedelinin Kurumca karşılaşabilmesi için;

a) 0-18 yaş çocukların; tek taraflı veya bilateral işitme cihazı temini için sağlık kurulu raporlarının, en az 1 (bir) kulak burun boğaz hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı, Kurumla sözleşmeli 3. basamak resmi sağlık kurumlarında düzenlenmesi gerekmektedir.

b) 18 yaş üzeri hastalarda tek taraflı işitme cihazı temini için sağlık kurulu raporlarının en az 1 (bir) kulak burun boğaz hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı, Kurumla sözleşmeli resmi sağlık kurumlarında düzenlenmesi gerekmektedir.

c) Sağlık kurulu raporlarında kalıcı işitme kaybı olduğu ve bu fikranın (d) bendinde belirtilen odyolojik kriterleri sağladığının belirtilmesi gerekmektedir.

ç) 18 yaş üzeri ilk kez işitme cihazı kullanacak hastaların, ikinci kulağına işitme cihazı ödenebilmesi için en az 6 ay süre ile işitme cihazı kullanılması gerekmekte ve bu süre sonunda cihazdan yarar gördüğünün resmi sağlık kurumlarında düzenlenilen sağlık kurulu raporunda belirtilmesi gerekmektedir. Ancak daha önce 6 ay veya daha fazla süre ile işitme cihazı (tek taraflı veya bilateral) kullanan hastalarda bu bentte belirtilen 6 ay süre şartı aranmayacaktır.

d) İşitme eşikleri saf ses odyometri testi veya davranışım odyometri testi ile belirlenmiş ise ilgili kulakta 500-1000-2000-4000 Hz frekanslarında 26 dB ve üzerinde, ABR ile belirlenmiş ise elde edilen eşiklerin 30 dB ve üzerinde olması gerekmektedir.

(6) Kurumla sözleşmeli resmi sağlık kurumlarında görevli kulak burun boğaz hastalıkları uzman hekimi raporuna istinaden; 13 yaş altı hastalarda 6 ayda 1 (bir) defa, 13 yaş üzeri hastalarda ise yılda 1 (bir) defa işitme cihazı kulak kalıbı bedelleri Kurumca karşılaşır. Ancak, işitme cihazlarının ilk kez alınması aşamasında kulak kalıbı bedelleri Kurumca karşılaşmaz.

(7) 18 yaş altı çocukların işitme cihazı tutarı; 0-4 yaş için %80, 5-12 yaş için %60 ve 13-18 yaş için %50 oranında artırılarak Kurumca bedeli karşılaşır.

(Ek: RG-26/11/2016-29900/13 md. Yürürlük: 01/12/2016)

3.3.36-İşitsel İmplantlar

3.3.36.A-Genel Hükümler

(1) İşitsel implantların bedelleri sadece üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında uygulanması halinde Kurumca karşılaşır.

3.3.36.B- Koklear Implant

(1) Koklear implant, bilateral ileri-çok ileri derecede sensörinöral işitme kaybı olan ve işitme cihazından yarar görmeyen veya Sağlık Bakanlığı İşitsel Implantlar Bilimsel Danışma Komisyonu tarafından koklear implant yerleştirilmesi uygun görülen kişilerde uygulanması halinde Kurumca bedeli karşılanır.

(2) En az 3 (üç) aylık süre ile binaural işitme cihazı kullanımından fayda görmediği sağlık kurulu raporunda belirtilmelidir.

(3) Aşağıdaki kriterlerden en az birisine haiz olduğu sağlık kurulu raporu ile belgelenen kişilerde Kurumca bedeli karşılanır:

a) Alıcı ve/veya ifade edici dil yaşı ile kronolojik yaş arasında 4 (dört) yıldan daha az fark olması veya alıcı ve/veya ifade edici dili 4 (dört) yaşı ve üstü olması (4-18 yaş, kronolojik yaşa bakılmaksızın),

b) Post-lingual işitme kaybı olması.

(4) Sağlık kurulu raporu, aynı resmi sağlık kurumunda çalışan 3 (üç) kulak burun boğaz hastalıkları uzman hekimi tarafından düzenlenir. Rapor ekinde aynı resmi sağlık kurumunda görevli 1 (bir) odyolog tarafından yapılan odyolojik değerlendirme sonuç belgesi ve 1 (bir) psikolog veya 1 (bir) dil konuşma terapisti tarafından yapılan değerlendirme sonuç belgesi bulunmalıdır.

(5) Elektrod yerleşimini sağlayacak kadar iç kulak gelişiminin olduğu ve koklear sinirin varlığı yüksek çözünürlükte bilgisayarlı tomografi ve/veya manyetik rezonans görüntüleme raporu ile gösterilmelidir.

(6) Menenjit sonrası oluşan işitme kayiplarında, koklear implantasyon kriterlerine uygun olması şartıyla, 3 (üç) aylık süre ile binaural işitme cihazı kullanımından fayda görmeme kuralı aranmaksızın, sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.

(7) İşitsel nöropati tanısı alan olgularda; en az 6 (altı) ay süreyle işitme rehabilitasyonu ve eğitiminden fayda görmediğinin odyolojik değerlendirme ve sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.

(8) Eş zamanlı veya ardışık bilateral koklear implant uygulaması kriterleri sağlık kurulu raporunda belirlenmesi kaydıyla aşağıdaki gibidir.

a) Koklear implantasyon kriterlerini karşılayan 12-48 ay arası çocuklar,

b) Yaş sınırı aranmaksızın post-lingual dönemde gelişen menenjit sonrası odyolojik kriterlere haiz ileri derecede sensörinöral işitme kayipları,

c) 48 ayın üzerindeki hastalarda (48 aylık olanlar hariç) ileri derecede sensörinöral işitme kaybına eşlik eden bilateral körlük.

(9) Koklear implant uygulaması sonrası gelişen enfeksiyon, kolesteatom, tümör nedeniyle koklear implantın iç parçasının işlevsellliğini yitirmesi durumunda, süre aranmaksızın bu durumun sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi halinde sadece cerrahi olarak yerleştirilen iç parçanın bedeli Kurumca karşılanır.

(10) Koklear implantın, 12 (oniki) ayın altındaki hastalara uygulanması halinde Kurumca bedeli karşılanmaz.

(11) Koklear implant, cihaz ve aksesuarlar işlem bedeline dahil olarak Kurumca karşılanır.

(12) Odyolojik değerlendirme; odyometrik inceleme, timpanometri, stapes refleks eşiği testi, klinik otoakustik emisyon testi, ABR testleri ile yapılır. Koklear implantın uygulanmasında aşağıdaki odyolojik kriterler dikkate alınır.

a) 2 (iki) yaşı üstü çocuklarda ve erişkinlerde bilateral 500, 1000, 2000 ve 4000 Hz'lerdeki işitme eşikleri ortalamasının 80 dB'den daha kötü olması veya bir kulakta 70 dB ve daha kötü, karşı kulakta 90 dB ve daha kötü, konuşmayı ayırt etme testi yapılabilen hastalarda konuşmayı ayırt etme skorunun %30'un altında olması gereklidir.

b) 2 (iki) yaş ve altı çocuklarda, bilateral 90 dB HL'den daha fazla sensörinöral işitme kaybının olması gereklidir.

(13) Koklear implant asgari çanta içeriği; konuşma işlemcisi, transmitter, 12 adet 675 p düğme pil, şarj edilebilir pil ünitesi, 3 adet şarj edilebilir pil ve şarj cihazı (şarj edilebilir piller standart üretiminde olmayanlar için 150 adet 675 p düğme pil ya da şarj edilebilir özel veya AAA pil (4 adet)), ara kablo, yedek ara kablo (3 adet), yedek mknatıs, konuşma işlemcisi test cihazı, nem alma ve kurutma kiti, temizleme apereyi, dış parça taşıma çantası veya kutusu, günlük kullanım çantası, Türkçe kullanım kılavuzu, pil tutucu veya yuvası (2 adet) ile yedek pil yuvası kapağı (işlemci içinde olanlarda aranmaz), yedek kulak kancası (cihazda kullanımı gerekmeyorsa istenmez), yedek kulak kancası pini (cihazda kullanımı gerekmeyorsa istenmez), pin çıkarma aleti (pin olmayan cihazlarda istenmez), tornavida (cihazda kullanımı gerekmeyorsa istenmez), uzaktan kumanda (cihazın kullanımı için gerekli değil ise istenmez).

(14) Elektroakustik implant uygulaması:

a) 500 ve 1000 Hz frekanslarında işitme eşiklerinin 50 dB ve daha iyi, 2000, 3000, 4000 Hz frekanslarında 80 dB ve daha kötü olması ve konuşmayı ayırt etme skorunun %50'den kötü olması durumunda uygulanır.

b) Elektroakustik implant uygulamasının Kurumca bedelinin ödenmesi için son 1 (bir) yıl işitme eşiklerinin stabil olduğu belirtilmelidir.

3.3.36.C- Kemiğe Monte İşitme Cihazı ve Aksesuarları

(1) 5 (beş) yaşı ve üzerinde, bilateral işitme kaybı olan ve her 2 (iki) kulakta da konvansiyonel işitme cihazlarından fayda görmediği veya tıbbi gereklisiyle kullanılamadığının belirtildiği aynı resmi sağlık kurumunda çalışan 3 (üç) kulak burun boğaz hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı ve ekinde aynı resmi sağlık kurumunda görevli 1 (bir) odyolog tarafından yapılan odyolojik değerlendirme sonuç belgesi bulunan sağlık kurulu raporu ile aşağıdaki kriterlere uyan hastalarda veya Sağlık

Bakanlığı İşitsel İmplantlar Bilimsel Danışma Komisyonu tarafından kemiğe monte işitme cihazı yerleştirilmesi uygun görülen kişilerde uygulanması halinde Kurumca bedeli karşılanır.

(2) Kemik yolu işitme eşiği 500, 1000, 2000 ve 4000 Hz' de 60 dB'i aşmayan, iletim veya mikst tip işitme kaybı olan ve konuşmayı ayırt etme skoru %60 ve üzerinde olan hastalarda aşağıdaki kriterlerden mevcut olanlarının saptandığının sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi halinde ve aşağıda belirtilen kriterlerden en az birine uyması kaydıyla;

- a) Bilateral aural atrezi olan,
- b) Tek taraflı aural atrezi varlığında diğer kulakta 18 yaş ve altı hastalarda 30 dB ve üzerinde, erişkin hastalarda 40 dB ve üzerinde kalıcı işitme kaybı olan,
- c) Cerrahi ile düzeltilemeyen bilateral konjenital dış ve orta kulak anomalileri ve yaygın timpanoskleroz olgularında olan,
- ç) Bilateral mastoidektomi kavitesi bulunan,
- d) Tedaviye dirençli kronik eksternal otit olan,
- e) Bir kulakta total işitme kaybı olup diğer kulakta iletim tipi veya mikst tipi işitme kaybı olan, hastalarda uygulanması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

(3) 5 (beş) yaşından küçük hastalara uygulandığı takdirde bedeli Kurumca karşılanmaz. Ancak 5 (beş) yaşından küçük hastalara ya da genel durumu cerrahi uygulamaya elverişli olmayan hastalara kafa bandı ya da benzeri bir ataçmanla uygulanması halinde konuşma işlemcisinin bedeli Kurumca karşılanır.

(4) Kafa bandı uygulanan hastalarda, cerrahi operasyonun planlandığı tarihte iç parça ile dış parça arasında aktarıcı sistem ve bileşenleri ile cerrahi ile yerleştirilen iç parçasının bedeli Kurumca karşılanır.

3.3.36.Ç- Orta Kulak İmplanti

(1) Bilateral işitme kaybı olan ve her 2 (iki) kulakta da konvansiyonel işitme cihazlarından fayda görmedigi aynı resmi sağlık kurumunda çalışan 3 (üç) kulak burun boğaz hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı ve ekinde aynı resmi sağlık kurumunda görevli 1 (bir) odyolog tarafından yapılan odyolojik değerlendirme sonuç belgesi bulunan sağlık kurulu raporu ile saptanan ve aşağıdaki kriterlere uyan hastalarda veya Sağlık Bakanlığı İşitsel İmplantlar Bilimsel Danışma Komisyonu tarafından orta kulak implantı yerleştirilmesi uygun görülen kişilerde uygulanması halinde Kurumca bedeli karşılanır. Kurumca bedelinin karşılanması için son 2 (iki) yıl işitme eşiklerinin stabil olduğu sağlık kurulu raporunda belirtilmelidir.

- a) Sensörinöral işitme kayipları:

1) 500 Hz'de 65 dB, 1000, 2000 Hz'de 70 dB, 4000 Hz'de 85 dB'i geçmeyen sensorinöral işitme kaybı olması ve konuşmayı ayırt etme skorunun %50'den daha iyi olması durumunda uygulanır.

2) Retrokoklear patolojinin olmadığına sağlık kurulu raporunda belirtilmesi gereklidir.

- b) İletim ve mikst tip işitme kayipları:

1) Kemik yolu işitme eşikleri 60 dB'den kötü olmayan mikst veya iletim tipi işitme kaybı ve konuşmayı ayırt etme skorunun %50'den daha iyi olması durumunda uygulanır.

2) Her iki kulağı da daha önce en az bir kez opere edilmiş hastanın işitme kaybının düzeltilememiş olduğu sağlık kurulu raporunda belirtilmelidir.

c) Bilateral işitme kaybı olup, konvansiyonel işitme cihazı ile düzeltilebilme şartı aranmadan orta kulak implantı yapılabilecek özellikli durumlar;

- 1) Geçirilmiş kulak cerrahisi sonucu bilateral radikal mastoidektomi kavitesi olan hastalarda,
- 2) Bilateral konjenital dış ve orta kulak anomalisi olan hastalarda,
- 3) İşitme cihazı endikasyonu olup steteskop kullanması gereken sağlık çalışanlarında.

3.3.36.D- Beyinsapı İmplanti

(1) Rapor ekinde aynı resmi sağlık kurumunda çalışan 1 (bir) odyolog ve 1 (bir) psikolog veya 1 (bir) dil konuşma terapisti değerlendirme sonucu bulunan aynı resmi sağlık kurumunda çalışan 3 (üç) kulak burun boğaz hastalıkları uzman hekimi tarafından düzenlenen sağlık kurulu raporu ile tek taraflı uygulanması halinde Kurumca bedeli karşılanır.

(2) Bilateral çok ileri derecede sensörinöral işitme kaybı olan hastalarda Kurumca bedeli karşılanır.

- (3) Aşağıdaki kriterlerden en az birinin varlığında,

a) CT ve/veya MRI incelemeleri sonucu; koklea ve/veya akustik sinirin olmadığı veya tam gelişmediği veya hasar gördüğü tespit edilen hastalarda,

b) Bilateral akustik tümörü olan nörofibromatozis Tip 2 olgularında tek taraflı eksizyonu ile aynı seansta aynı tarafa beyin sapi implantı uygulanması halinde,

Kurumca bedeli karşılanır.

(4) Beyin sapi implantının, 12 (oniki) ayın altındaki hastalara uygulanması halinde bedeli Kurumca karşılanmaz.

(5) Yukarıdaki kriterleri taşımayan hastalar için Sağlık Bakanlığı İşitsel İmplantlar Bilimsel Danışma Komisyonu tarafından beyin sapi implantı yerleştirilmesi uygun görülen kişilerde Kurumca bedeli karşılanır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

İlaç

4.1 - Reçete ve sağlık raporu yazım ilkeleri

(1) İlaç bedellerinin Kurum tarafından ödenebilmesi için, reçete yazımında ve rapor düzenlenmesinde aşağıda belirtilen hususlar uygulanacaktır.

4.1.1 - Ayakta tedavilerde reçetelerin düzenlenmesi

(1) İlaçların reçetelendirilmesinde matbu, e-reçete veya elektronik ortamda kayıt altına alınan reçeteler kullanılır. (Bu konuda Sağlık Bakanlığı ve Kurumca yayımlanan mevzuat hükümleri saklıdır.)

(2) Reçetelerde teşhis bilgilerinin yer alması zorunludur. SUT eki “Teşhis Kisaltmaları Listesi” nde (EK-4/C) yer alan kısaltmalar hariç teşhislerde kısaltma yapılmayacaktır. Reçetede yazılı ilacın/ilaçların yan etkilerini önlemek ve/veya tedaviyi desteklemek amacıyla reçete edilen ilaçlar için ayrıca teşhis aranmayacaktır.

(3) **(Değişik: RG- 04/05/2013- 28637/ 9 md. Yürürlük: 11/05/2013)** Reçetelerde hekimin adı soyadı, uzmanlık dalı veya yan uzmanlık dalı (asistanlar için ihtisas yaptığı, uzmanlık dalı), diploma numarası veya diploma tescil numarası bilgileri, ıslak imzası ile reçetenin düzenlendiği sağlık kurum veya kuruluşunun adı mutlaka yer alacaktır. **Reçetelerde hekimin adı soyadı, uzmanlık dalı veya yan uzmanlık dalı, asistanlar için ihtisas yaptığı uzmanlık dalı veya yan uzmanlık dalı, diploma numarası veya diploma tescil numarası bilgileri, ıslak imzası ile reçetenin düzenlendiği sağlık kurum veya kuruluşunun adı mutlaka yer alacaktır.**

(4) Reçetelerde hastanın adı soyadı, T.C. Kimlik Numarası veya reçete tanzim tarihi ile birlikte MEDULA takip numarası veya e-reçete numarası veya protokol numarası yer alacaktır.

(5) Yabancı ülkelerde yapılan “Sosyal Güvenlik Sözleşmeleri” kapsamında Kurum tarafından sağlık hizmeti verilen kişiler için düzenlenecek reçetelerde, sağlık yardım hakkını veren ülkenin adı ayrıca yazılacaktır.

(6) Üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde ihtisas yapan asistanlar ile üst ihtisas yapmakta olan uzman hekimler, yalnızca ihtisas yapmakta oldukları branşın uzman hekiminin reçete etmesi gereken ilaçlar ile SUT ve eki listelerde uzman hekimlerce yazılabileceği belirtilen ilaçları reçete edebilirler.

(7) SUT'ta belirli bir uzman hekim tarafından reçete edileceği/rapor düzenleneneceği belirtilmiş ilaçlar, aynı uzmanlık eğitimi üzerine yan dal uzmanlığı yapmış olan hekimlerce de reçete edilebilir/rapor düzenlenenebilir.

(8) Sağlık Bakanlığınca aile hekimliği sözleşmesi yapılan veya yetkilendirilen hekimler, aile hekimliği uzman hekiminin yazabildiği tüm ilaçları reçete edebilirler.

(9) SUT'ta geçen uzmanlık dalları; aksine bir hükmü bulunmadıkça hem erişkin hem de çocuk yan dallarını ifade eder.

(10) Sağlık raporuna istinaden reçete edilecek ilaçlar, SUT ve eki listelerde aksine bir hükmü olmadıkça, bu sağlık raporuna dayanarak tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.

(11) Diş hekimleri yalnızca doğrudan ağız ve diş sağlığı ile ilgili ilaçları reçete edebilir.

(Ek: RG- 07/10/2016- 29850/ 12 md. Yürürlük: 15/10/2016)

(12) Ödeme kapsamındaki aynı etkin maddeyi içeren ilaçlar ile aynı endikasyonda birbirlerinin yerine kullanılabilen ilaçların birlikte kullanılmamasına yönelik düzenlemeler Kurum tarafından belirlenir.

4.1.2 - Yatarak tedavilerde reçetelerin düzenlenmesi

(1) Yatarak tedavilerde kullanılacak ilaçların hastane tarafından temini zorunludur. **(Ek: RG-24/12/2014- 29215 / 14-a md. Yürürlük: 24/12/2014)** (Sağlık Bakanlığı tarafından hastanede kullanılmasına izin verilen yurtdışı ilaçların dışında kalan Yurtdışı İlaçlar hariç)

(2) Yatarak tedavilerde Kurumla sözleşmeli resmi sağlık kurumları tarafından temin edilemeyen ilaçlar için düzenlenen reçetelerde “Eczanemizde Yoktur, Yatan Hasta” ibaresi ve başhekimlik onayının bulunması zorunludur. **(Ek: RG- 24/12/2014- 29215 / 14-b md. Yürürlük: 24/12/2014)** Ancak yurtdışı ilaçlar için yatarak tedavilerde Kurumla sözleşmeli resmi ve özel sağlık hizmet sunucuları tarafından düzenlenen reçetelerde “Eczanemizde Yoktur, Yatan Hasta” ibaresi ve başhekimlik onayının bulunması zorunlu değildir.

(3) Reçetede yer alan ilaç bedelleri SUT hükümleri doğrultusunda 5 günlük dozu (aneak, sağlık kurumlarında uzun süre yatarak tedavi gören tüberküloz hastalarına, kullanım dozu belgelendirmek kaydıyla 1aylık miktarda tüberküloz ilaçları reçete edilebilir). **(Ek: RG- 24/12/2014- 29215 / 14-c md. Yürürlük: 24/12/2014)** (Yurtdışı ilaçlar ve ara ödemede olan ilaçlar hariç) aşınmamak kaydıyla karşılanır ve ödenen tutar ilgili sağlık kurumunun alacağından mahsup edilir. Mahsup edilen ilaçların ilaç kurumuna iahale ve doğrudan alım yöntemi ile temin edilemediğinin başhekimlik onayı ile belgelendirilmesi halinde mahsup edilen tutar sağlık kurumuna iade edilir. **(Değişik: RG-21/04/2015- 29333/9-a md. Yürürlük: 01/07/2015)** Aneak tanıya dayalı işlem kapsamında olan ilaçlar için mahsup edilen tutarlar iade edilmez. Aneak tanıya dayalı işlem kapsamında olan ilaçlar ile 1/7/2015 tarihinden itibaren Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti sunucuları tarafından reçete edilerek sözleşmeli eczanelerden temin edilen “Hastanelere Temini Zorunlu Kemoterapi İlaçları Listesi” nde (Ek 4/H) tanımlı ilaçlar için mahsup edilen tutarlar iade edilmez. Tedavinin devam ettiği durumlarda “doz” bitiminde yeniden reçete yazılması mümkün değildir.

(4) Ancak, günübirlik tedavilerde kullanılan ilaçların hastanelerce temini zorunlu olmayıp; hekim tarafından reçetede günübirlik tedavi kapsamında olduğunun belirtilmesi kaydıyla ilaçlar sözleşmeli eczanelerden temin edilebilecektir. **(Ek: RG- 21/04/2015- 29333/9-b md. Yürürlük: 01/07/2015)** 1/7/2015 tarihinden itibaren Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti sunucuları tarafından SUT eki (Ek 4/H) listesinde tanımlı ilaçların temin edilmesi esas olup, reçetede günübirlik tedavi kapsamında olduğunun belirtilmesi kaydıyla sözleşmeli eczaneleden temin edilecek SUT eki (Ek 4/H) listesindeki ilaçlar için ödenen tutarlar Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti sunucuları için Bakanlığa yapılan global bütçe ödemesinden mahsup edilir ve bu tutarlar iade edilmez.

(5) Tabureu olan hastalara reçetelendirilecek ilaçlar, ayakta tedavi kapsamında değerlendirilir.

(6) Robotik kemoterapi ünitesi olan sağlık tesislerinde kemoterapi ilaçlarının hastaya kullanılan miktar kadarının fatura edilmesi mümkündür. Uygulamanın esasları Kurumun resmi internet sitesinde duyurulur.

(Değişik: RG- 05/08/2015- 29436/ 10 md.)

(Yürürlük: Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmet sunucuları için 1/7/2015 , diğer sağlık kurum ve kuruluşları için 01/12/2015)

(1) Yatarak tedavilerde (yatan hasta ve günübirlik tedavi) kullanılacak ilaçların Kurumla sözleşmeli/protokollü sağlık kurum ve kuruluşları tarafından temini zorunludur. (Sağlık Bakanlığı tarafından hastanede kullanılmasına izin verilen yurtdışı ilaçların dışında kalan yurtdışı ilaçlar hariç)

(2) Yatarak tedavilerde Kurumla sözleşmeli/protokollü sağlık kurum ve kuruluşları tarafından temin edilemeyecek ilaçlar için düzenlenecek reçetelerde “Eczanemizde Yoktur, Yatan/ Günübirlik Hasta” ibaresi ve başhekimlik onayının bulunması zorunludur. Ancak yurtdışı ilaçlar için düzenlenecek reçetelerde söz konusu ibarenin ve başhekimlik onayının bulunması zorunlu değildir.

(3) Kurumla sözleşmeli/protokollü sağlık kurum ve kuruluşları tarafından temin edilemeyeip sözleşmeli eczaneler tarafından karşılanan reçetelerde yer alan ilaç bedelleri, SUT hükümleri doğrultusunda 5 günlük dozu (ancak, sağlık kurum ve kuruluşlarında uzun süre yatarak tedavi gören tüberküloz hastalarına, kullanım dozu belgelenmek kaydıyla 1 aylık miktarda tüberküloz ilaçları (Ek:RG-09/09/2017- 30175/ 14 md. Yürürlük: 23/09/2017), kür protokoltü uygulanan ilaçlarda ise 1 küre yetecek miktarda kemoterapi ilaçları reçete edilebilir) (Yurtdışı İlaçlar ve ara ödeme olana ilaçlar hariç) aşmamak kaydıyla sözleşmeli eczaneye ödenir, ilgili sağlık kurum ve kuruluşlarının alacağından mahsup edilir ve mahsup edilen tutarlar iade edilmez. (Ek: RG- 18/01/2016- 29597/ 9 md. Yürürlük: 01/12/2015) Ancak Hastanelerce Temini Zorunlu Kemoterapi İlaçları Listesi (EK-4/H)'nde tanımlı ilaç/ilaçların yatarak tedavilerde, Kurumla protokollü üçüncü basamak resmi sağlık kurumu (Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti sunucuları ile götürü bedel üzerinden sağlık hizmeti alım sözleşmesi imzalanan sağlık hizmeti sunucuları hariç olmak üzere) tarafından temin edilemediğinin başhekimlik onayı ile belgelendirilmesi halinde mahsup edilen tutar, 15/6/2015 tarihli ve 2015/7752 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlüğe konulan Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatlandırılmasına Dair Kararın ilgili maddesinde yer alan eczacı kârı düşülverek ilgili sağlık kurumuna iade edilir. **Tedavinin devam etiği durumlarda “doz” bitiminde yeniden reçete yazılması mümkündür.**

(4) Taburcu olan hastalara reçetelendirilecek ilaçlar, ayakta tedavi kapsamında değerlendirilir.

(5) Kemoterapi ünitesi olan sağlık tesislerinde kemoterapi ilaçlarının hastaya kullanılan miktar kadarı fatura edilecektir.

4.1.3 - İlaç kullanımına esas sağlık raporlarının düzenlenmesi

(1) Sağlık raporu formatları ile bu raporların tasdik, mühür ve diğer uygulamalarında Sağlık Bakanlığı mevzuatı ve MEDULA sistemindeki düzenlemelere uyulacaktır.

(2) Sağlık raporlarının düzenlenmesinde, SUT'un 1.10 maddesi dikkate alınacaktır. Bu raporlar, SUT'ta yer alan istisnalar saklı kalmak kaydıyla SUT'un 1.10.1 maddesi doğrultusunda uzman hekim tarafından düzenlenecek olup, SUT'un 1.10.2 maddesine göre düzenlenen sağlık kurulu raporları da geçerli kabul edilecektir. (MEDULA hastane sistemini kullanan sağlık hizmeti sunucuları raporları elektronik ortamda düzenleyecek ve bu raporlar başhekimlik tarafından elektronik ortamda onaylanacaktır.)

(3) Sağlık raporlarında, SUT ve eki listelerde özel düzenleme yapılmış ilaçlar hariç olmak üzere, ilaç dozlarının belirtilmesi şart olmayıp, etken madde adının yazılması yeterli olacaktır. Sağlık raporuna etken madde adının yazılmasının yeterli olduğu ilaçlar için hastanın kullanacağı ilaçın etken madde miktarı ve günlük kullanım dozu reçete ile düzenlenecektir. Ancak raporda ilaçın etken madde miktarının ve günlük kullanım dozunun ayrıntılı olarak belirlenmiş olması halinde belirtilen doz miktarı aşlamaz.

(4) Hasta katılım payı muafiyeti için düzenlenen sağlık raporlarında, teşhis ve ICD-10 kodu yer alacaktır. SUT eki EK-4/Ç Listesinde yer alan kısaltmalar hariç teşhislerde ve etken madde isminde kısaltma yapılmayacaktır.

(5) Sağlık raporları, SUT'ta yer alan özel düzenlemeler hariç olmak üzere en fazla iki yıl süre ile geçerlidir.

(6) Hasta kimlik bilgileri veya ilaç adına ilişkin yazım hataları ile SUT hükümlerine göre eksikliği (ilacın kullanım dozu, teşhis, etken madde, kullanım süresi, ilgili hekim onayı veya tedavi şeması, ICD-10 kodu) bulunan sağlık raporları, aslina sadık kalmak kaydıyla; uzman hekim raporlarında raporun çıktıığı hastanede raporu düzenleyen hekim tarafından (bu hekimin bulunmaması halinde aynı branştan hekim), sağlık kurulu raporlarında ise raporda yer alan hekimlerden biri tarafından gerekli düzeltmelerin yapılması, raporlar elektronik ortamda düzenlenmiş ise; bu düzeltmelerin başhekimlik tarafından elektronik ortamda onaylanması koşuluyla, düzeltmeye esas reçete tarihinden itibaren süresinin sonuna kadar geçerlidir. (Yalnızca Kurumca iade edilmiş reçete/raporlar için geçerlidir.)

(7) Sağlık raporlarına dayanılarak reçete edilen ilaçlar için, hastalardan ve raporu düzenleyen sağlık kurum ve kuruluşlarından, SUT ve eki listelerde belirtilen özel durumlar haricinde ek bilgi ve belge talep edilmeyecektir.

(8) Kullanımı sağlık raporuna bağlı veya katılım payından muaf ilaç/ilaçlar için düzenlenecek reçetelere ait rapor elektronik ortamda düzenlenmemişi ise aslı gibidir onayı yapılmış rapor fotokopisi, fatura ekinde Kuruma gönderilecektir. Aslı gibidir onayı raporu düzenleyen sağlık kurumu veya reçeteyi düzenleyen hekim veya reçeteyi karşılayan eczacı tarafından yapılacaktır. Raporlar elektronik ortamda düzenlenmiş ise rapor fotokopisi Kuruma gönderilmeyecektir.

(9) Sağlık raporları, SUT değişikliği olması halinde yeni hükümlere uygun olması kaydıyla süresi sonuna kadar geçerlidir. Değişiklik sonrası SUT hükümlerine uygun olmayan raporlar, SUT'un 4.1.3(6) fıkrası kapsamında yeni hükümlere uygun hale getirilebildiği takdirde geçerli olacaktır. (Kurumca süresi sonuna kadar geçerli olacağı duyurulan raporlar hariç.)

(10) Elektronik rapor uygulamasında, SUT'ta geçen uzman hekim ve sağlık kurulu raporu ifadeleri “e-rapor”, ıslak imza ve başhekimlik mührü ifadeleri de “elektronik imza” veya elektronik imza çalışmaları tamamlanıncaya kadar “başhekimlik tarafından elektronik ortamda onaylama” olarak değerlendirilecektir.

(11) SUT'un "İlaç" bölümü ve bu bölüm ile ilgili eklerde, bazı ilaçların kullanımı için düzenlenecek raporların ekinde ibrazı istenilen belgelerde aranan bilgiler, elektronik rapor uygulamasında rapor içinde belirtilecek olup ayrıca belge istenmeyecektir.

4.1.4 - Reçetelere yazılabilecek ilaç miktarı

(1) İlaçların parenteral formları ile majistrallerin reçeteye yazılması durumunda en fazla 10 günlük tedavi bedeli ödenir. Reçetede mutlak surette günlük kullanım dozu belirtilir. Majistraller (**Değişik: RG-21/03/2018-30367/ 15-a md. Yürürlük: 01/04/2018**) ~~için sadece ilgili uzman hekimlerce reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır~~, tedavi süresi ve tedavi amaçlı olduğu hekim tarafından reçete üzerinde belirtilir. (**Ek: RG- 18/03/2014- 28945/ 19 md. Yürürlük: 18/03/2014**) Majistrallerin fiyatlandırmasında MEDULA sistemindeki tarife, fiyat ve miktarlar esas alınır, ödenecek bedel Kurumca belirlenecek tutarı geçmez.

(2) Antiinflamatuar ve antiromatizmal grubu ilaçların solid-oral formlarında büyük ambalaj kapsamına giren ilaçlar, ayakta tedavide tek uzman hekim tarafından düzenlenen sağlık raporuna dayanılarak reçete edilir, en küçük ambalajlı formları ise rapor aranmaksızın reçete edilir.

(3) İlacın reçete edilmesindeki özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla, SUT eki "Ayakta Tedavide Sağlık Raporu (Uzman Hekim Raporu/Sağlık Kurulu Raporu) ile Verilebilecek İlaçlar Listesi" (EK-4/F) ve Kurumun resmi internet sitesinde yayınlanan "Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi" nde (EK-4/D) yer almamakla birlikte, uzun süreli kullanımı sağlık raporu ile belgelendirilen ilaçlar, katılım payı alınmak koşuluyla en fazla üç aylık tedavi dozunda reçete edilebilir.

(4) (**Değişik: RG- 04/05/2013- 28637/ 10 md. Yürürlük: 04/05/2013**) Bir ilaçın ruhsatlı endikasyonları ve prospektüs dozlarında kullanımında SUT hükümleri ve Kurum mevzuatı amildir. Ruhsatlı endikasyonları ve prospektüs dozu dışında kullanımı ise ancak Sağlık Bakanlığıne verilen endikasyon dışı onayla mümkündür.

a) Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Endikasyon Dışı İlaç Kullanımı Kılavuzu"nda ilaçın ruhsatlı endikasyonları ve prospektüs dozu dışında kullanımı ile ilgili yer alan hususlar da dikkate alınacak olup, kılavuzda tanımlanmamış durumlar için Sağlık Bakanlığı endikasyon dışı onayı aranır.

b) EK 4/D Listesinde yanında (*) yıldız işaretli bulunmayan ilaçların EK 4/D Listesinde belirtilen hastalıklarda kullanımı halinde Sağlık Bakanlığı endikasyon dışı kullanım onayı aranmaz.

c) Sağlık Bakanlığı tarafından verilen endikasyon dışı onaylarda, bu onay için süre belirtilmemiş ise rapor yenilenmesinde yeni onay aranmaz.

d) Sağlık Bakanlığının verilen endikasyon dışı onaya dayanılarak ödemesi yapılacak ilaçların rapor ve reçeteleme koşulları için SUT'ta yer alan özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla Sağlık Bakanlığının verilmiş onay kabul edilir.

e) Endikasyon dışı onay aranacak ilaçlar için reçeteler ve sağlık raporları ilgili uzman hekim/hekimlerce düzenlenir. (**Değişik: RG- 30/04/2016- 29699/ 9 md. Yürürlük: 30/04/2016**)

(4) Bir ilaçın ruhsatlı endikasyonları ve prospektüs dozu dışında kullanımı ancak Sağlık Bakanlığının verilen endikasyon dışı ilaç kullanım onayı ile mümkündür.

a) Bu konuda Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Endikasyon Dışı İlaç Kullanımı Kılavuzu"nda belirtilen esaslara da uyulacak olup, kılavuzda tanımlanmamış durumlar için Sağlık Bakanlığı endikasyon dışı ilaç kullanım onayı aranır.

b) Kurum web sayfasında yayımlanan EK 4/D Listesinde yanında (*) yıldız işaretli bulunmayan ilaçların Kurum web sayfasında yayımlanan EK 4/D Listesinde belirtilen hastalıklarda kullanımı halinde Sağlık Bakanlığı endikasyon dışı ilaç kullanım onayı aranmaz.

c) Sağlık Bakanlığı tarafından verilen endikasyon dışı ilaç kullanım onaylarında, bu onay için süre belirtilmemiş ise rapor yenilenmesinde yeni onay aranmaz.

d) Sağlık Bakanlığının verilen endikasyon dışı ilaç kullanım onayına dayanılarak ödemesi yapılacak ilaçların rapor ve reçeteleme koşulları için Bakanlıkta verilmiş onay kabul edilir.

e) Endikasyon dışı ilaç kullanım onayı aranacak ilaçlar için reçeteler ve sağlık raporları ilgili uzman hekim/hekimlerce düzenlenir.

(4) Bir ilaçın Ülkemizde onaylanmış endikasyonu ve Kısa Ürtün Bilgisinde tanımlanan dozu dışındaki her türlü kullanım, Sağlık Bakanlığının verilen endikasyon dışı ilaç kullanım onayı ile mümkündür.

a) Bir ilaçın ülkemizde onaylanmış endikasyonu dışındaki her türlü kullanım için Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Endikasyon Dışı İlaç Kullanımı Kılavuzu"nda belirtilen esaslara da uyulacak olup, kılavuzda tanımlanmamış durumlar için Sağlık Bakanlığı endikasyon dışı ilaç kullanım onayı aranır.

b) Kurum web sayfasında yayımlanan EK-4/D Listesinde yanında (*) yıldız işaretli bulunmayan ilaçların, söz konusu listede ilişkilendirilen hastalıklarda kullanımı halinde Sağlık Bakanlığı endikasyon dışı ilaç kullanım onayı aranmaz.

c) Sağlık Bakanlığı tarafından verilen endikasyon dışı ilaç kullanım onaylarında, bu onay için süre belirtilmemiş ise rapor yenilenmesinde yeni onay aranmaz.

d) Endikasyon dışı ilaç kullanım onayı aranacak ilaçlar için reçeteler ve sağlık raporları ilgili uzman hekim/hekimlerce düzenlenir.

e) Bir ilaçın ülkemizde onaylanmış endikasyonunda tanımlı olmayıp, SUT'ta özel düzenleme olarak yer alan koşulu dışında kullanımı, Sağlık Bakanlığının hasta bazında verilen endikasyon dışı ilaç kullanım onayı ile mümkündür.

f) EK-4/A Listesinde yer alan ve SUT'ta endikasyona dayalı özel düzenleme olan bir ilaçın, bu düzenlemenin yürürlük tarihinden sonra Sağlık Bakanlığının sonradan ilaçın ülkemizdeki ruhsatlı endikasyonlarına yeni bir endikasyon eklenmesi halinde; ilaçın eklenen yeni endikasyonda kullanımı, Sağlık Bakanlığının hasta bazında verilen endikasyon dışı ilaç kullanım onayı ile mümkündür.

g) Bu fikranın (d) ve (e) bentlerinde tanımlanan ilaçlara ilişkin bedeller, Sağlık Bakanlığının hasta bazında verilen endikasyon dışı ilaç kullanım onayına dayanılarak Kurumca karşılanır. Bu ilaç kullanımları "10/2/2016 tarihli ve 29620 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Sosyal Güvenlik Kurumu İlaç Geri Ödeme Yönetmeliği" kapsamında "İlaç Geri Ödeme

Komisyonu” tarafından maksimum süre içerisinde karara bağlanarak belirtilen yürürlük tarihi ile SUT’ta yayımlanır ve/veya Kurum web sayfasında duyurulur ve yürürlük tarihinden itibaren bu koşullar dahilinde bedelleri Kurumca karşılanır.

g) Bu madde kapsamında Sağlık Bakanlığınca verilen endikasyon dışı ilaç kullanım onayına dayanılarak ödemesi yapılacak ilaçların rapor ve reçeteleme koşulları için Bakanlıkça verilmiş onay kabul edilir.

ğ) Bu maddenin yürürlük tarihi öncesinde düzenlenmiş endikasyon dışı ilaç kullanım onayları bu madde hükümleri kapsamında değerlendirilir.

(Değişik: RG- 04/05/2013- 28637/ 10 md. Yürürlük: 04/05/2013)

(5) Hastanın tedavisinde ilk defa reçete edilecek ilaçlar (raporlu olsa da) kullanım dozuna göre, bir ay geçmeyecek sürelerde en fazla 1 kutu ödenir. Sonraki reçetelerde yazılacak ilaç miktarı için SUT’ta yer alan genel veya özel düzenlemeler esas alınır. Bu ilaçların devam reçetelerindeki farklı farmsosötik dozları da ilk tedavi olarak kabul edilir. Aneak ilaçların topikal ve parenteral formları, serumlar, enteral ve parenteral beslenme ürünler, tıbbi amaçlı mamalar, diyaliz solüsyonları ve majistral ilaçlar için bu fikra ilk seferde en fazla bir aylık doz olarak uygulanır.

(5) Hastanın tedavisinde ilk defa reçete edilecek ilaçlar (raporlu olsa da) kullanım dozuna göre, bir ayı geçmeyecek sürelerde (Mülga:RG-10/05/2018-30417/ 5 md. Yürürlük:20/04/2018) en fazla 1 kutu ödenir. Kür protokolü uygulanan ilaçlarda ise 1 küre yetecek miktarda ilacın bedeli ödenir. Sonraki reçetelerde yazılacak ilaç miktarı için SUT’ta yer alan genel veya özel düzenlemeler esas alınır. Bu ilaçların devam reçetelerindeki farklı farmsosötik dozları da ilk tedavi olarak kabul edilir. (Mülga:RG-10/05/2018-30417/ 5 md. Yürürlük:20/04/2018) Aneak ilaçların topikal formları, serumlar, enteral ve parenteral beslenme ürünler, tıbbi amaçlı mamalar, diyaliz solüsyonları, (Ek: RG- 24/12/2013- 28861/ 1 md. Yürürlük: 02/01/2014) eritropoietinler ve darbopoetinler için bu fikra ilk seferde en fazla bir aylık doz olarak uygulanır. Bu maddenin birinci fikrası için bu fikra hükümleri uygulanmaz. (Ek: RG-21/03/2018-30367/15-b md. Yürürlük:01/04/2018) Topikal antifungaller bir reçetede en fazla 2 kutu yazılabilir. (Değişik: RG- 28/12/2018- 30639/ 11 md. Yürürlük: 08/01/2019) Tedavinin devam gerekliliği ise devam reçetesinin dermatoloji uzman hekimi tarafından düzenlenmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır. Tedavinin 6 aydan uzun sürmesi veya aynı reçetede 3 kutu ve üzerinde ilaç kullanımı gereken hallerde dermatoloji uzman hekimi tarafından reçete düzenlenmesi veya dermatoloji uzman hekimince düzenlenen 6 ay süreli uzman hekim raporuna istinaden tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

4.1.5 - Elektronik reçete uygulaması

(1) E-reçete uygulamasında, e-reçetelerin Kurum tarafından belirlenen yöntem ve standartlarla (elektronik imza, şifre) imzalanması şarttır.

(2) Sağlık kurum/kuruluşları tarafından düzenlenecek reçeteler SGK Hekim Şifresi ile düzenlenecektir. Kurumca belirlenecek istisnalar haricinde manuel reçetelerin bedelleri karşılaşmayacaktır. Kurum tarafından gerekli düzenlemelerin yapılması sonrasında ise reçeteler Kurum tarafından belirlenecek tarihten itibaren elektronik imza ile imzalanacaktır. Eczaneler tarafından manuel giriş yapılan reçetelerin bedelleri karşılaşmayacaktır.

(3) Kurum tarafından gerekli düzenlemeler tamamlanıncaya kadar manuel olarak düzenlenmeye devam edilecek olan reçeteler;

a) Yabancı ülkelerle yapılan “Sosyal Güvenlik Sözleşmeleri” kapsamında Kurum tarafından sağlık hizmeti verilen kişiler için düzenlenen reçeteler,

b) Majistral ilaç içeren reçeteler, alerji aşları reçeteleri,

c) İthal ilaç grubuna giren kişiye özel yurt dışından getirilen ilaçlar için düzenlenen reçeteler,

ç) SUT’un 1.7(2) fikrasının b ve c bentlerinde tanımlanan ve MEDULA hastane sisteminden provizyon alınamamasına rağmen sağlık hizmeti sunulması durumunda düzenlenen reçeteler,

d) Acilde düzenlenen reçeteler,

e) Aile hekimleri tarafından “gezici sağlık hizmeti” kapsamında düzenlenen reçeteler (bu reçetelerin gezici sağlık hizmeti kapsamında düzenlendiğini belirtir ifadenin bulunması ve hekim tarafından onaylanması gerekmektedir.),

f) Evde sağlık hizmeti kapsamında düzenlenen reçeteler,

g) Resmi ve özel sağlık kuruluşlarından; kamu idareleri bünyesindeki kurum hekimliklerinde, işyeri hekimliklerinde, belediyelere ait polikliniklerde, huzur evlerinde, aile hekimlikleri dışındaki birinci basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında, üniversitelerin mediko-sosyal birimlerinde, Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci (Mülga: RG-07/10/2016- 29850/ 13 md. Yürürlük: 18/10/2016) ~~ılkinei ve ücüncü~~ basamak sağlık hizmet sunucularında düzenlenen reçeteler (resmi ve özel sağlık kuruluşlarının MEDULA hastane sistemini kullanmaya başlamaları veya teknik alt yapılarını oluşturmaları halinde e-reçete uygulamasına geçmeleri zorunludur.).

(Ek: RG- 25/08/2016- 29812/ 14 md. Yürürlük: 05/09/2016)

ğ) Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” kapsamında hizmet veren merkez veya birimlerce düzenlenen reçeteler.

(4) Sağlık Bakanlığı tarafından özel mevzuatı düzenlenenmiş olan kırmızı, mor, turuncu ve yeşil reçetelerin elektronik reçete olarak düzenlenmesi halinde reçeteler ayrıca Kuruma ibraz edilmeyecektir.

(5) MEDULA sisteminin ve/veya sağlık hizmet sunucusuna ait sistemin çalışmaması nedeniyle e-reçetenin düzenlenememesi halinde manuel olarak düzenlenen reçete üzerinde e-reçete olarak düzenlenememesine ilişkin “Sistemlerin çalışmaması nedeniyle e-reçete düzenlenmemiştir” ibaresi kaşe ya da el yazısı şeklinde belirtilmeli ve bu ibare (Değişik: RG-07/10/2016- 29850/ 14 md. Yürürlük: 15/10/2016) reçeteyi düzenleyen hekim ~~başhekim~~ tarafından onaylanmalıdır. (Yukarıda tanımlanmış olan istisnai hallerde düzenlenen manuel reçetelerde bu ibare aranılmayacaktır.)

(6) SUT’un “İlaç” bölümünün ve bu bölüm ile ilgili SUT eklerinde, bazı ilaçların kullanımı için düzenlenenecek reçetelerin ekinde ibrazı istenilen belgelerde aranan bilgiler, e-reçete uygulamasında e-reçete içinde belirtilecek olup ayrıca belge istenmeyecektir.

(7) Endikasyon dışı ilaç kullanım yazısının tarih ve sayısı ile geçerlilik süresi, güvenlik izlem formunun ilgili mevzuat hükümlerine uygun olarak hasta adına düzenleniği ibaresi ve sürekli görevle yurt dışına gönderilenlerin yurt dışı görevine dair resmi belgenin tarih ve sayısının e-reçetede belirtilmesi zorunludur.

(8) Yatan hastalara düzenlenen e-reçetelerde “Eczanemizde Yoktur, Yatan Hasta” ibaresi aranmaksızın sadece elektronik ortamda başhekimlik tarafından onaylanması yeterli olacaktır.

9) **(Mülga: RG- 30/08/2014- 29014/ 9 md. Yürürlük: 06/09/2014) Yeniden e-reçete düzlenmesizin yapılacak ilaç temini:**

- a) İlk defa reçete edilecek ilaçlar hariç olmak üzere sürekli kullanılan ilaçlarda uygulanır.
- b) EK-4/D Listesinde yer alan hastalıklardan aşağıda belirtilen hastalık grupları ile bu hastalık grupları için EK-4/D Listesinde tanımlı ilaçlar uygulama kapsamındadır:

- 1) (4.1.) Kalp yetmezliği (I50)
 - 2) (4.2.) Koroner arter hastalığı (I20) (I25) (Z95.1) (Z95.5-Z95.9)
 - 3) (4.5.) Arteriyel hipertansiyon (I10-I13) (I15)
 - 4) (4.8.) Hipokolesterolemi*, hiperlipidemi* (E78)
 - 5) (7.2.1.) Diabetes mellitus (E10-E14)
 - 6) (10.3.1.) Parkinson hastalığı (G20)
 - 7) (10.7.) Demans (F00) (F01.1-F01.9) (F02-F03) (G30)
 - 8) (12.1.) Glokom (H40.1-H40.9)
 - 9) (12.2.) Kronik ve nükseden üveitler, tiroide bağlı oftalmopati ve sempatik oftalmi, keratoplasti red reaksiyonu (H20.1) (H20.8) (H06.2) (H44.1) (T86.8-T86.9)
 - 10) (12.3.) Kuru göz sendromu (H04.1)
- e) Yukarıda belirtilen hastalıklarda sağlık raporuna dayanılarak düzenlenmiş reçete istinaden yeniden reçete düzlenmesizin eczane den ilaç temin edilebilir. Bu şekilde ilaç temini, düzenlenmiş reçete tarihi itibarıyle 6 aylık süreyi kapsar. Süre bitiminde tekrar reçete düzenlenir.
- ç) 6 ay boyunca, düzenlenmiş reçetede yazılı miktarlar esas alınarak, yeniden reçete düzlenmesizin bu miktarlarda ilaç temin edilebilir. Ancak SUT'ta belirtilen özel hükümler göre bir seferde üç aylık tedavi dozunun aşılması gözetilir.
- đ) Raporun geçerlilik süresinin bitmesi durumunda yeniden rapor ve reçete düzlenmesi şartı aranır.

4.1.6 - Hasta katılım payından muaf ilaçlar (EK-4/D)

(1) EK-4/D Listesinde yer alan hastalıklarda kullanılacak ilaçlar, SUT ve eki listelerde yer alan özel hükümler saklı kalmak kaydıyla, sağlık raporuna dayanılarak en fazla 3 aylık tedavi dozunda reçete edilmesi halinde bedelleri ödenir.

(2) Bu listede yer alan etken maddeler için, ilgili başlıklı tanımlara uygun olacak şekilde sağlık raporu düzenlenmesi halinde bu sağlık raporuna istinaden reçete edilen ilaçlar katılım payından muaf tutulur.

(3) İlacın reçete edilmesi ile ilgili SUT ve eki listelerde belirtilen özel hükümler saklı kalmak kaydıyla; EK-4/D Listesinde yer alan ilaçlar, sağlık raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.

(4) Sürekli görevle yurt dışına gönderilenler ile bunların yurt dışında birlikte yaşadıkları eş ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere, EK-4/D Listesinde yer alan hastalıklarda kullanılacak ilaçların; söz konusu hastalıklar için SUT ve eki listelerde yer alan özel hükümler saklı kalmak kaydıyla, hasta adına düzenlenmiş reçete ile sağlık raporu ve eki yurt dışı görevine dair resmi belge ibrazına dayanılarak en fazla bir yıllık tedavi dozunda reçete edilmesi halinde bedelleri ödenir. (SUT'ta belirlenen süresi 1 yıldan az olan raporlarda rapor süresi kadar ilaç verilir.)

(5) Kurumca katılım payından muaf tutulan hastalıklar, hastalıkları tanımlayan ICD-10 kodları ve bu hastalıklarda kullanılacak ilaçların yer aldığı EK-4/D Listesi, “Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi” (EK-4/D) olarak Kurumun resmi internet sitesinde yayımlanır.

4.1.7 --(Değişik: RG- 05/08/2015- 29436/ 11 md. Yürürlük: 13/08/2015) Sadece yatan hastalara kullanımı halinde bedelleri ödenecek ilaçlar (EK-4/G) Sadece yatarak tedavilerde kullanımı halinde bedelleri ödenecek ilaçlar (EK-4/G)

(1) **(Değişik: RG- 05/08/2015- 29436/ 11 md. Yürürlük: 13/08/2015)** SUT eki “Sadece Yatan Hastalarda Kullanımı Halinde Bedelleri Ödenecek İlaçlar Listesi” nde (EK-4/G) yer alan ilaçlar (anestezikler dâhil), sadece sağlık kurumlarında yatan hastalarda ve/veya özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla günlük tedavilerde kullanılır. SUT eki “Sadece Yatarak Tedavilerde Kullanımı Halinde Bedelleri Ödenecek İlaçlar Listesi” nde (EK-4/G) yer alan ilaçlar (anestezikler dâhil), sadece sağlık kurum ve kuruluşlarında yatarak tedavilerde kullanılır.

(2) SUT eki EK-4/G Listesinde yer alan ilaçların reçete edilmesinde, SUT'un 4.1.2 maddesindeki esas ve usullere uyulur. SUT'ta bulunan özel hükümler saklı kalmak kaydıyla, ayakta tedavilerde reçete edilmesi halinde bu ilaçların bedeli ödenmez.

4.1.8 - Ayakta tedavide sağlık raporu ile verilebilecek ilaçlar (EK-4/F)

(1) SUT eki “Ayakta Tedavide Sağlık Raporu (Uzman Hekim Raporu/Sağlık Kurulu Raporu) İle Verilebilecek İlaçlar Listesi” nde (EK-4/F) yer alan ilaçların ayakta tedavilerde kullanımı gerektiği durumlarda, SUT ve eki listelerde yer alan özel hükümler saklı kalmak kaydıyla, düzenlenen sağlık raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir. En fazla 3 aylık tedavi dozunda reçete edilmesi halinde bedelleri ödenir.

(2) SUT eki EK-4/F Listesinde yer alan ilaçlar için raporda ayrıca ilaç/ilaçların kullanım dozu, uygulama planı ve süresi de belirtilir. Düzenlenen raporlar, tedavi süresi boyunca geçerlidir. Ancak, bu süre iki yılı geçemez.

(3) SUT eki EK-4/F Listesinde yer almakla birlikte, EK-4/D Listesinde yer almayan ilaçlardan hasta katılım hayatı, EK-4/D Listesi kapsamında olanlardan ise katılım hayatı alınmaz.

(4) Periton diyalizi tedavisinde kullanılması zorunlu görülen diyaliz solusyonu ve sarf malzemeleri, periton diyaliz tedavisi altındaki hastalara nefroloji veya diyaliz sertifikali iç hastalıkları/çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinden birinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak bu hekimlerce veya diyaliz sertifikali tüm hekimler tarafından ayakta tedavide reçete edilebilir.

4.1.9 - Bedeli ödenecek ilaçlar (EK-4/A)

(1) Kurumca bedeli ödenecek olan ilaçlar Kurumun resmi internet sitesinde yayımlanan “Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi” nde (EK-4/A) belirtilmiştir. Bu listede ticari isimleri ve barkod/karekod numaraları yer almayan ilaçların bedelleri hiç bir koşulda Kurumca ödenmez. Yurt dışından temin edilen ilaçlar için özel düzenlemeler saklıdır.

(Değişik: RG- 18/06/2016- 29746/ 9 md. Yürürlük: 25/06/2016)

4.1.10 - Güvenlik ve endikasyon formu ile uyuşturucu ve psikotrop ilaçlar

(1) Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCRK) bilimsel komisyonları tarafından herhangi bir ilaçla ilgili “Güvenlik ve Endikasyon Formu” geliştirilmiş ise ilgili ilaçın geri ödenmesi için söz konusu formun doldurulması, gereken imzaların tamamlanması ve bir örneğinin reçeteye eklenmesi gerekmektedir.

4.1.10 - İlaç Güvenlik İzlem Formları ile uyuşturucu ve psikotrop ilaçlar

(1) İlaç Güvenlik İzlem Formları olan ilaçlar ile uyuşturucu ve psikotrop ilaçların reçeteyle yazılacak maksimum dozları, varsa rapor süreleri ve koşulları ile reçeteleme koşulları konusunda, SUT'ta bulunan özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla (Değişik:RG-10/05/2018-30417/ 6 md. Yürürlük:18/05/2018) **Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCRK)** Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen kurallara uyulur.

(Mülga:RG- 10/05/2018- 30417/ 6 md. Yürürlük:18/05/2018)

(2) Güvenlik ve endikasyon formu olan ilaçlar ile uyuşturucu ve psikotrop ilaçların reçeteyle yazılacak maksimum dozları, varsa rapor süreleri ve koşulları ile reçeteleme koşulları konusunda, SUT'ta bulunan özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla TİTCRK'ea belirlenen kurallara uyulacaktır.

(Ek: RG- 21/04/2015- 29333/ 9-c md. Yürürlük: 01/07/2015)

4.1.11- Hastanelerce Temini Zorunlu Kemoterapi İlaçları Listesi (EK-4/H)

(1) “Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi” nde (EK-4/A) yer alan ilaçlardan hastanelerce temini zorunlu kemoterapi ilaçlarına ait ticari isimleri ve barkod/karekod numaralarının yer aldığı (EK-4/H) Listesi, “Hastanelerce Temini Zorunlu Kemoterapi İlaçları Listesi” (Ek-4/H) olarak Kurumun resmi internet sitesinde yayımlanır.

4.2 - Bazı özel hastalıklara ve ilaç kullanımına ilişkin düzenlemeler

(1) Aşağıda belirtilen düzenlemeler, SUT'ta bulunan özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla, ayakta ve yatarak tedaviler için geçerlidir.

(Değişik: RG- 30/08/2014- 29014/ 10-a md. Yürürlük: 06/09/2014)

(Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 19-a md. Yürürlük: 07/08/2014)

(Ek: RG- 18/06/2016- 29746/ 10-a md. Yürürlük: 25/06/2016)

4.2.1 - Leflunomid, altın preparatları, Anti TNF ilaçlar ve rituksimab (romatoid artritte) kullanım ilkeleri

Leflunomid, altın preparatları, Anti TNF ilaçlar, rituksimab (romatoid artritte), abatascept, ustekinumab ve tosilizumab kullanım ilkeleri

(Değişik:RG-08/06/2017-30090/10-a md. Yürürlük:16/06/2017)

4.2.1.1 - Leflunomid, altın preparatları, Anti TNF ilaçlar, rituksimab (romatoid artritte), abatascept, ustekinumab, tofacitinib, kanakinumab ve tosilizumab kullanım ilkeleri

4.2.1.2 – Leflunomid, altın preparatları, Anti-TNF ilaçlar, rituksimab (romatoid artritte), abatascept, ustekinumab, tofacitinib, kanakinumab, tosilizumab ve vedolizumab kullanım ilkeleri

4.2.1.A - Leflunomid

(1) Romatoid artritli veya psoriyatik artritli (bu endikasyonda sadece leflunomid 20-100 mg) hastaların tedavisinde; **(Mülga:RG-09/09/2017-30175/ 15md. Yürürlük:23/09/2017)** hastalığın diğer hastalık modifiye edici ilaçlardan sulfasalazin veya methotrexat ile kontrol altına alınamadığı veya bu ilaçların kullanımının kontrendike olduğu veya yan etki nedeniyle kullanılamadığı durumlarda, bu durumun belirtildiği iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, fiziksel tip ve rehabilitasyon uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen bir yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce reçete edilir.

4.2.1.B- Altın preparatları

(1) Romatoid artritli hastalarda, hastalığın diğer hastalık modifiye edici ilaçlardan sulfasalazin veya methotrexat ile kontrol altına alınamadığı veya bu ilaçların kullanımının kontrendike olduğu veya yan etki nedeniyle kullanılamadığı durumlarda, bu durumun belirtildiği fiziksel tip ve rehabilitasyon, klinik immunoloji ve romatoloji uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen bir yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce reçete edilir.

(Değişik: RG- 30/08/2014- 29014/ 10-b md. Yürürlük: 06/09/2014)

(Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 19-b md. Yürürlük: 07/08/2014)

(Ek: RG- 18/06/2016- 29746/ 10-b md. Yürürlük: 25/06/2016)

4.2.1.C- Biyolojik ajanlardan Anti TNF ilaçlar, rituksimab ve abatascept kullanım ilkeleri

4.2.1.C- Biyolojik ajanlardan Anti TNF ilaçlar, rituksimab, abatascept, ustekinumab ve tosilizumab kullanım ilkeleri

(Değişik:RG-08/06/2017-30090/10-b md. Yürürlük:16/06/2017)

4.2.1.C- Biyolojik ajanlardan Anti TNF ilaçlar, rituksimab, abatascept, ustekinumab, tofacitinib, kanakinumab ve tosilizumab kullanım ilkeleri

4.2.1.C-Biyolojik ajanlardan Anti-TNF ilaçlar, rituksimab, abatascept, ustekinumab, tofacitinib, kanakinumab, tosilizumab (Ek: RG-10/05/2018-30417/ 7-a md. Yürürlük: 18/05/2018), sekukinumab ve vedolizumab kullanım ilkeleri

4.2.1.C-1 - Anti-TNF (tümör nekrözis faktör) ilaçlar

(1) Erişkin ve Juvenil Romatoid Artrit;

a) **(Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 19-c md. Yürürlük: 07/08/2014)** Romatoid artritli erişkin hastalarda; biri methotrexat olmak üzere en az 3 farklı hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaç, en az üçer ay kullanılmış olmasına rağmen hastalık aktivitesinin kontrol altına alınmadığı (Hastalık Aktivite Skoru (DAS) $28 > 5.1$; juvenil romatoid artritte DAS 28 kriteri aranmaz) hallerde, 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak ilacea başlanır. İlaca başlandıkten 3 ay sonra yapılan değerlendirmede DAS 28 skorunda 0,6 puandan fazla düşme olması halinde, bu durumun yeni düzenlenenecek 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile 3 ay daha tedaviye devam edilir. Bu raporun süresi sonunda DAS 28 skorunda toplam 1,2 puandan fazla düşme olması halinde bu durumun yeni düzenlenenecek 6 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile hastaların tedavisine devam edilebilir. Tedavisinin devamında DAS 28 kriterine 6 ayda bir bakılır, başlangıç ve yeni DAS 28

skorları her sağlık kurulu raporunda belirtilir. Tedaviye rağmen hastanın DAS 28 skorunda, başlangıç DAS 28 skoruna göre, 1,2 puandan fazla düşme olmaması halinde tedavi sonlandırılır. Romatoid artritli erişkin hastalarda; biri methotrexat olmak üzere en az 3 farklı hastalık modifiye edici antiromatizmal ilacı, en az üç ay kullanmış olmasına rağmen hastalık aktivitesinin kontrol altına alınmadığı (Hastalık Aktivite Skoru (DAS) 28 > 5,1) hallerde, 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak ilaca başlanır. İlaca başlandıktan 3 ay sonra yapılan değerlendirmede DAS 28 skorunda 0,6 (sertolizumab için 1,2) puandan fazla düşme olması halinde, bu durumun yeni düzenlenecek 3 ay (sertolizumab için 6 ay) süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile 3 ay (sertolizumab için 6 ay) daha tedaviye devam edilir. Bu raporun süresi sonunda DAS 28 skorunda toplam 1,2 puandan fazla düşme olması halinde bu durumun yeni düzenlenecek 6 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile hastaların tedavisine devam edilebilir. Tedavinin devamında DAS 28 kriterine 6 ayda bir bakılır, başlangıç ve yeni DAS 28 skorları her sağlık kurulu raporunda belirtilir. Tedaviye rağmen hastanın DAS 28 skorunda, başlangıç DAS 28 skoruna göre, 1,2 puandan fazla düşme olmaması halinde tedavi sonlandırılır.

(Değişik: RG- 21/03/2018- 30367/ 16-a md. Yürürlük: 01/04/2018)

b) Juvenil romatoid artritli (poliartiküler idiyopatik kronik) hastalarda NSAİ ve/veya methotrexat ile 3 aylık tedavi sonunda ACR pediatrik 30 yanıtı alınamamış ise bu durumun belirtildiği 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak Anti-TNF ilaçlarla tedaviye başlanabilir. Ilaca başlandıktan 3 ay sonra yapılan değerlendirmede ACR pediatrik 30 yanıtının alınması halinde, bu durumun yeni düzenlenecek 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile tedaviye devam edilir. Bu raporun süresi sonunda hastanın ACR pediatrik cevap kriteri 50 ve üzerinde olması halinde bu durumun yeni düzenlenecek 6 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile hastaların tedavisine devam edilebilir. Tedavinin devamında ACR pediatrik cevap kriterine 6 ayda bir bakılır, başlangıç ve ACR pediatrik cevap kriteri her sağlık kurulu raporunda belirtilir. Tedaviye rağmen ACR pediatrik cevap kriteri 50'ye ulaşmayan hastalarda anti-TNF tedavisi devam edilmez.

b) Juvenil romatoid artritli (poliartiküler-idiyopatik-kronik) hastalarda;

1) NSAİ ve/veya methotrexat ile 3 aylık tedavi sonunda ACR pediatrik 30 yanıtı alınamamış ise bu durumun belirtildiği 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak Anti-TNF ilaçlarla tedaviye başlanabilir.

2) Adalimumabın flakon formunun yalnızca; bir veya daha fazla hastalık modifiye edici anti-romatizmal ilacı en az 3 ay kullanılmış olmasına rağmen ACR pediatrik 30 yanıtı alınamamış olan üveit eşlik eden aktif poliartiküler juvenil idiyopatik artritli 2-17 yaşları arası çocuk ve adólesan hastalarda methotrexat ile kombine olarak tedaviye başlanılarak kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır. Adalimumabın flakon formunun methotrexata karşı intolerans gelişmesi durumunda veya methotrexat ile tedaviye devam edilmesinin uygun olmadığı durumlarda monoterapi olarak kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.

3) Tedaviye başlandıktan 3 ay sonra yapılan değerlendirmede ACR pediatrik 30 yanıtının alınması halinde, bu durumun yeni düzenlenecek 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile tedaviye devam edilir. Bu raporun süresi sonunda hastanın ACR pediatrik cevap kriteri 50 ve üzerinde olması halinde bu durumun yeni düzenlenecek 6 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile hastaların tedavisine devam edilebilir. Tedavinin devamında ACR pediatrik cevap kriterine 6 ayda bir bakılır, başlangıç ve ACR pediatrik cevap kriteri her sağlık kurulu raporunda belirtilir. Tedaviye rağmen ACR pediatrik cevap kriteri 50'ye ulaşmayan hastalarda anti-TNF tedavisi devam edilmez.

(2) Aksiyel tutulmuş ankiloza spondilitli (Ek: RG- 18/02/2015- 29271/ 11 md. Yürürlük: 28/02/2015) ve radyografik olarak ankiloza spondilit (AS) kanıtı olmayan aksiyel spondilartritli hastalarda; biri maksimum doz indometazin olmak üzere en az 3 nonsteroid antiinflamatuar ilacı maksimum dozunda kullanmasına rağmen yeterli cevap alınamayan (Bath Ankiloza 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.

(3) Periferik eklem tutulmuş ankiloza spondilitli hastalarda; maksimum dozda NSAİ ile birlikte sulfasalazin veya methotrexattan birinin kullanılmasına rağmen yeterli cevap alınamayan (BASDAİ >5) ve bununla birlikte eritrosit sedimentasyon hızı >28 mm/s veya normalin üst sınırını aşan CRP değeri olan durumlarda, bu durumun 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla ilaca başlanır.

(4) (Değişik: RG- 18/02/2015- 29271/ 11 md. Yürürlük: 28/02/2015) Aksiyel tutulmuş ankiloza spondilitli ve periferik eklem tutulmuş ankiloza spondilitli hastalarda ilacı etkinliği, ilaca başlandıktan 3 ay sonra değerlendirilir. Yeterli cevap alınamamışsa (BASDAİ'de 2 birimden daha az düzelleme 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. Aksiyel tutulmuş ankiloza spondilitli, periferik eklem tutulmuş ankiloza spondilitli ve radyografik olarak ankiloza spondilit (AS) kanıtı olmayan aksiyel spondilartritli hastalarda ilacı etkinliği, ilaca başlandıktan 3 ay sonra değerlendirilir. Yeterli cevap alınamamışsa (BASDAİ'de 2 birimden daha az düzelleme 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.

(5) Psöriyatik artritli hastalarda; en az 3 farklı hastalık modifiye edici antiromatizmal ilacı uygun dozunda en az üç ay olmak üzere kullanılmış olmasına rağmen hastalık aktivitesinin kontrol altına alınmadığı (bir ay arayla yapılmış iki ayrı muayenede en az üç hassas eklem ve en az üç şiş eklem olması) durumlarda, bu durumun sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla ilaca başlanır. İlacın etkinliği, ilaca başlandıktan 3 ay sonra değerlendirilir. Yeterli cevap alınamamışsa (psöriyatik artrit yanıt kriterlerine (PSARC) göre yanıt alınamaması) 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.

(6) Anti-TNF ilaçlar, tüm romatoloji uzman hekimleri veya üniversitede hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerindeki klinik immunoloji veya fiziksel tip ve rehabilitasyon uzman hekimlerinden birinin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak, bu uzman hekimlerden biri veya iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilebilir. (Ek: RG- 05/08/2015- 29436/ 12 md. Yürürlük: 13/08/2015) Tedaviye uzun süre ara veren (Değişik:RG- 10/05/2018-30417/ 7-b md. Yürürlük:18/05/2018) 3 6 ay ve daha uzun süre) hastalarda yeniden

başlangıç kriterleri aranır. (Ek:RG- 10/05/2018-30417/ 7-b md. Yürürlük:18/05/2018) Aynı hasta için iki farklı teşhis ile iki farklı anti-TNF ve/veya iki farklı biyolojik ajanın birlikte kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(7) Bu ilaçların intravenöz formları, fiziksel tip ve rehabilitasyon, iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekiminin bulunduğu sağlık kurumunda uygulanır. Subkütan formlarının ilk dozları fiziksel tip ve rehabilitasyon, iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekiminin bulunduğu sağlık kurum/kuruluşlarında hekim gözetiminde yapılır. Uygun enjeksiyon tekniği konusunda hastaya veya hasta yakınına eğitim verildikten sonra ilgili uzman hekim uygun gördüğü ve sağlık kurulu raporunda “Mahallinde tedavisi sürdürülebilir” ibaresine yer verdiği taktirde hastane dışında uygulanmak üzere üç aylık dozlar halinde reçete edilebilir.

(8) Anti-TNF ilaçlar diğer antiromatizmal ilaçlar ile kombine olarak da kullanılabilir.

(9) (Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 19-c md. Yürürlük: 07/08/2014) ~~Psoriyazis vulgariste anti TNF ilaçlar; Psoriyazis vulgaris /plak tip psoriyazis /plak psoriyaziste anti-TNF ilaçlar;~~ üniversite hastaneleri veya eğitim ve araştırma hastanelerinde dermatoloji uzman hekiminin yer aldığı, diğer hastalık modifiye edici ilaçlara dirençli olduğunu, kullanılacak ilacın günlük doz ve süresini belirten 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak dermatoloji uzman hekimlerince reçete edilebilir.

(Değişik: RG- 28/12/2018- 30639/ 12-a md. Yürürlük: 08/01/2019)

(10) (Değişik: RG- 07/10/2016- 29850/ 15 md. Yürürlük: 15/10/2016) ~~Fistülize, şiddetli veya aktif luminal Crohn hastalığında adalimumab ve infliximab; sistemik kortikosteroidler ve/veya klasik immünsupresifler ile 12 haftalık tedaviye yeterli yanıt vermeyen veya tolere edemeyen hastalarda bu durumun ve söz konusu ilaçların günlük kullanım dozu ve kullanım süresini belirten 4 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye başlanır. Tedavinin 4 üncü ayında tedaviye cevap alınamaması (hastalığa yanıt kriteri: Crohn Hastalık Aktivite İndeksi’nde 70 puanlık düşüşün olmaması) durumunda tedavi kesilir. Crohn Hastalık Aktivite İndeksi’nde 70 puan üzerinde düşüş olması halinde, bu durum ile adalimumab ve infliximab etken maddeli ilaçların kullanılacak dozu ve süresinin belirtildiği 6 süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye devam edilebilir. Sağlık kurulu raporunda, gastroenteroloji, çocuk cerrahisi veya genel cerrahi uzman hekimlerinden en az biri yer almmalıdır. Sağlık kurulu raporlarına dayanılarak, bu hekimler ile iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir ve sağlık kurum/kuruluşlarında klinik koşullarda uygulanır. Fistülize, şiddetli veya aktif luminal Crohn hastalığında adalimumab, sertolizumab ve infliximab; sistemik kortikosteroidler ve/veya klasik immünsupresifler ile 12 haftalık tedaviye yeterli yanıt vermeyen veya tolere edemeyen hastalarda bu durumun ve söz konusu ilaçların günlük kullanım dozu ve kullanım süresini belirten 4 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye başlanır. Tedavinin 4 üncü ayında tedaviye cevap alınamaması (hastalığa yanıt kriteri: Crohn Hastalık Aktivite İndeksi’nde 70 puanlık düşüşün olmaması) durumunda tedavi kesilir. Crohn Hastalık Aktivite İndeksi’nde 70 puan üzerinde düşüş olması halinde, bu durum ile adalimumab, sertolizumab ve infliximab etken maddeli ilaçların kullanılacak dozu ve süresinin belirtildiği 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye devam edilebilir. Sağlık kurulu raporunda, gastroenteroloji, çocuk cerrahisi veya genel cerrahi uzman hekimlerinden en az biri yer almmalıdır. Sağlık kurulu raporlarına dayanılarak, bu hekimler ile iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir ve sağlık kurum/kuruluşlarında klinik koşullarda uygulanır.~~ (Ek: RG- 21/03/2018- 30367/16-b md. Yürürlük:01/04/2018) Crohn hastalığında adalimumabin flakon formunun kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanmaz.

(10) Crohn hastalığı:

a) Yetişkinlerde; fistülize, şiddetli veya aktif luminal Crohn hastalığında adalimumab, sertolizumab ve infliximab; sistemik kortikosteroidler ve/veya klasik immünsupresifler ile 12 haftalık tedaviye yeterli yanıt vermeyen veya tolere edemeyen hastalarda bu durumun ve söz konusu ilaçların günlük kullanım dozu ve kullanım süresini belirten 4 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye başlanır. Tedavinin 4 üncü ayında tedaviye cevap alınamaması (Crohn Hastalık Aktivite İndeksi’nde başlangıca göre en az 70 puanlık düşüşün olmaması) durumunda tedavi kesilir. Crohn Hastalık Aktivite İndeksi’nde başlangıca göre en az 70 puan ve üzerinde düşüş olması halinde, bu durum ile ilacin kullanılacak dozu ve süresinin belirtildiği 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye devam edilebilir. Düzenlenecek sağlık kurulu raporlarında en az bir gastroenteroloji veya genel cerrahi uzman hekiminin yer olması ve reçetelerin gastroenteroloji, iç hastalıkları veya genel cerrahi uzman hekimlerince düzenlenmesi halinde Kurumca bedelleri karşılanır. Crohn hastalığında adalimumabin flakon formunun kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.

b) Çocuklarda; fistülize, şiddetli veya aktif luminal Crohn hastalığında adalimumab ve infliximab; sistemik kortikosteroidler ve/veya klasik immünsupresifler ile 12 haftalık tedaviye yeterli yanıt vermeyen veya tolere edemeyen hastalarda bu durumun ve söz konusu ilaçların günlük kullanım dozu ve kullanım süresini belirten 4 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye başlanır. Tedavinin 4 üncü ayında tedaviye cevap alınamaması (The Pediatric Crohn Disease Activity Index (PCDAI) skorunda başlangıca göre en az 15 puan düşüşün olmaması) durumunda tedavi kesilir. PCDAI skorunda başlangıca göre en az 15 puan ve üzerinde düşüş olması halinde, bu durum ile ilacin kullanılacak dozu ve süresinin belirtildiği 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye devam edilebilir. Düzenlenecek sağlık kurulu raporlarında en az bir çocuk gastroenterolojisi veya çocuk cerrahisi uzman hekiminin yer olması ve reçetelerin çocuk gastroenterolojisi, çocuk sağlığı ve hastalıkları veya çocuk cerrahisi uzman hekimlerince düzenlenmesi halinde Kurumca bedelleri karşılanır.

(11) (Değişik: RG- 26/09/2013- 28777/ 2 md. Yürürlük: 04/10/2013) ~~Ülseratif kolit hastalığında infliximab; kortikosteroidler ve 6-MP veya AZA ile uygun dozlarda ve en az 8 haftalık sürede yapılan konvansiyonel tedaviye yetersiz yanıt veren ya da tolere edemeyen veya bu terapiler için tıbbi kontrendikasyonları olan hastalarda şiddetli aktif ülseratif kolit bulgularının devam etmesi halinde, bu durumun belirtildiği gastroenteroloji uzman hekimi veya genel cerrahi uzmanı tarafından düzenlenecek 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak, bu uzman hekimler ve iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir.~~ Ülseratif kolit hastalığında infliximab veya adalimumab; kortikosteroidler ve 6-MP veya AZA ile uygun dozlarda ve en az 8 haftalık sürede yapılan konvansiyonel tedaviye yetersiz yanıt veren ya da tolere edemeyen veya bu terapiler için tıbbi kontrendikasyonları olan hastalarda; şiddetli aktif ülseratif kolit bulgularının devam etmesi halinde, üçüncü basamak sağlık kurumlarında bu durumun belirtildiği gastroenteroloji uzman hekimi veya genel cerrahi uzmanı tarafından düzenlenecek 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak, bu uzman hekimler ve iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir.

(Ek:RG- 28/12/2018- 30639/ 12-b md. Yürürlük: 08/01/2019)

(12) Üveit hastalığı;

a) Yetişkinlerde, kortikosteroidlere yetersiz yanıt vermiş, kortikosteroid kullanımının azaltılması gereken veya kortikosteroid tedavisine uygun olmayan non-enfeksiyöz orta, arka veya panüveitte 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak adalimumab tedavisine başlanabilir. İlacın etkinliği, ilaca başlandıktan 3 ay sonra değerlendirilir. Tedaviye cevap alınmış ve ilaca devam edilecek ise bu durumun belirtildiği 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye devam edilebilir. Sağlık kurulu raporlarının üçüncü basamak sağlık kurumlarında ve üç göz hastalıkları uzman hekimi tarafından düzenlenmesi ve göz hastalıkları uzman hekimince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

b) 2 yaşından itibaren çocukların, konvansiyonel tedavilere yetersiz yanıt vermiş, konvansiyonel tedavilere uygun olmayan/tolere edemeyen non-enfeksiyöz kronik anterior üveitte 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak adalimumab tedavisine başlanabilir. İlacın etkinliği, ilaca başlandıktan 3 ay sonra değerlendirilir. Tedaviye cevap alınmış ve ilaca devam edilecek ise bu durumun belirtildiği 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye devam edilebilir. Sağlık kurulu raporlarının üçüncü basamak sağlık kurumlarında ve üç göz hastalıkları uzman hekimi tarafından düzenlenmesi ve göz hastalıkları uzman hekimince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

(13) Orta veya şiddetli aktif Hidradenitis Suppurativa (HS) hastalığı olan yetişkinlerde 6 hafta süreyle sistemik antibiyotik tedavisine yeterli yanıt alınamaması durumunda en fazla 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak adalimumab tedavisine başlanır. İlacın etkinliği, ilaca başlandıktan 3 ay sonra değerlendirilir. Tedaviye cevap alınmış ve ilaca devam edilecek ise bu durumun belirtildiği 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye devam edilebilir. Sağlık kurulu raporlarının üçüncü basamak sağlık kurumlarında ve üç göz hastalıkları uzman hekimi tarafından düzenlenmesi ve dermatoloji uzman hekimince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

4.2.1.C-2 – Rituksimab

(Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 19-c md. Yürürlük: 07/08/2014)

(1) Romatoid artritli hastalarda, methotreksat ile kombinasyon halinde, aktif romatoid artriti bulunan ve bir veya daha fazla anti TNF tedavilerine rağmen hastalığı kontrol edilemeyen (DAS 28 SKORU >5.1 olan) veya TNF inhibitörü başlanması uygun olmayan/görülmeyen veya TNF inhibitörlerine karşı intoleransı olan erişkin hastalarda, bu durumun belirtildiği sağlık kurulu raporuna dayanılarak romatoloji veya klinik immunoloji veya fiziksel tip ve rehabilitasyon uzman hekimleri tarafından reçetelenir.

(2) Sağlık kurulu raporları 6 aylık olarak düzenlenir. İlk raporun süresi sonunda DAS 28 skorunda toplam 1,2 puandan fazla düşme olması halinde bu durumun yeni düzenlenecekk 6 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile hastaların tedavisine devam edilebilir. Tedavinin devamında DAS 28 kriterine 6 ayda bir bakılır, başlangıç ve yeni DAS 28 skorları her sağlık kurulu raporunda belirtilir. Tedaviye rağmen hastanın DAS 28 skorunda, başlangıç DAS 28 skoruna göre, 1,2 puandan fazla düşme olmaması halinde tedavi sonlandırılır.

(3) Sağlık kurulu raporları aşağıdaki şekilde düzenlenir:

a) Romatoloji uzman hekiminin bulunduğu sağlık kurum/kuruluşlarında, en az bir romatoloji uzman hekiminin bulunduğu sağlık kurulu raporu.

b) Üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde ise en az bir romatoloji veya klinik immunoloji uzmanı veya fiziksel tip ve rehabilitasyon uzman hekiminin bulunduğu sağlık kurulu raporu.

(1) Romatoid artritli hastalarda;

a) Methotreksat ile kombinasyon halinde, aktif romatoid artriti bulunan ve bir veya daha fazla anti TNF tedavilerine rağmen hastalığı kontrol edilemeyen (DAS 28 SKORU >5.1 olan) veya TNF inhibitörü başlanması uygun olmayan/görülmeyen veya TNF inhibitörlerine karşı intoleransı olan erişkin hastalarda, bu durumun belirtildiği sağlık kurulu raporuna dayanılarak romatoloji veya klinik immunoloji veya fiziksel tip ve rehabilitasyon uzman hekimleri tarafından reçetelenir.

b) Sağlık kurulu raporları 6 aylık olarak düzenlenir. İlk raporun süresi sonunda DAS 28 skorunda toplam 1,2 puandan fazla düşme olması halinde bu durumun yeni düzenlenecekk 6 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile hastaların tedavisine devam edilebilir. Tedavinin devamında DAS 28 kriterine 6 ayda bir bakılır, başlangıç ve yeni DAS 28 skorları her sağlık kurulu raporunda belirtilir. Tedaviye rağmen hastanın DAS 28 skorunda, başlangıç DAS 28 skoruna göre 1,2 puandan fazla düşme olmaması halinde tedavi sonlandırılır.

c) Sağlık kurulu raporları aşağıdaki şekilde düzenlenir:

1) Romatoloji uzman hekiminin bulunduğu sağlık kurum/kuruluşlarında, en az bir romatoloji uzman hekiminin bulunduğu sağlık kurulu raporu.

2) Üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde ise en az bir romatoloji veya klinik immunoloji uzmanı veya fiziksel tip ve rehabilitasyon uzman hekiminin bulunduğu sağlık kurulu raporu.

(2) Siklofosfamide dirençli veya siklofosfamid tedavisi verilemeyen ciddi, aktif granulamatoz polianjitis (GPA/Wegener granülomatozu) ve mikroskopik polianjitis (MPA) hastalarının tedavisinde glukokortikoidlerle kombine olarak;

a) Romatoloji, klinik immunoloji veya nefroloji uzman hekimlerinden en az birinin bulunduğu 1 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimler tarafından reçetelenir. 6 aydan önce tekrar kullanılamaz.

b) Her 6 aydan sonraki kullanım için tedaviye gerekliliğinin belirtildiği yeni sağlık kurulu raporuna dayanılarak aynı koşullarda reçetelenebilir.

4.2.1.C-3 -Abatasept

(1) Romatoid artritli erişkin hastalarda;

(Değişik: RG- 18/06/2016- 29746/ 10-c md. Yürürlük: 25/06/2016)

a) Aktif romatoid artriti bulunan, biri methotrexat olmak üzere en az 3 farklı hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaç, en az üç ay kullanılmış olmasına veya en az bir anti TNF tedavisine rağmen hastalığı kontrol edilemeyen (DAS 28 SKORU >5.1 olan) erişkin hastalarda methotrexat ile birlikte, yalnızca üniversitede veya eğitim ve araştırma hastanelerinde içinde en az bir romatoloji, klinik immunoloji veya fiziksel tip ve rehabilitasyon uzmanının bulunduğu 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimler tarafından reçetelenir.

a) Aktif romatoid artriti bulunan, biri methotrexat olmak üzere en az 3 farklı hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaç, en az üç ay kullanılmış olmasına veya en az bir anti TNF tedavisine rağmen hastalığı kontrol edilemeyen (DAS 28 SKORU >5.1 olan) erişkin hastalarda methotrexat ile birlikte, tüm romatoloji uzman hekimleri veya üniversitede hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde klinik immunoloji veya fiziksel tip ve rehabilitasyon uzman hekimlerinden birinin yer aldığı 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimler tarafından reçetelenir.

b) İlacı başlandıktan 3 ay sonra yapılan değerlendirmede DAS 28 skorunda 0,6 puandan fazla düşme olması halinde, bu durumun yeni düzenlenecek 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile 3 ay daha tedaviye devam edilir.

c) Bu raporun süresi sonunda DAS 28 skorunda toplam 1,2 puandan fazla düşme olması halinde bu durumun yeni düzenlenecek 6 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile hastaların tedavisine devam edilebilir.

ç) Tedavinin devamında DAS 28 kriterine 6 ayda bir bakılır, başlangıç ve yeni DAS 28 skorları her 6 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilir. Tedaviye rağmen hastanın DAS 28 skorunda, başlangıç DAS 28 skoruna göre, 1,2 puandan fazla düşme olmaması halinde tedavi sonlandırılır.

(2) Juvenil romatoid artritli (poliartiküler-idiyopatik) hastalarda;

a) 3 aylık anti-TNF tedavisine rağmen ACR pediatrik 30 cevap kriterine ulaşamayan çocuk hastalarda methotrexat ile kombinasyon halinde, yalnızca üniversitede veya eğitim ve araştırma hastanelerinde içinde en az bir çocuk romatoloji uzmanının bulunduğu (**Değişik: RG- 18/02/2017- 29983/ 7 md. Yürürlük: 01/03/2017**) 6 ay 3 (üç) ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimler veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilir.

b) İlk 3 aylık abatasept kullanımı sonunda ACR pediatrik 30 cevabına ulaşmış hastalar için bu durum raporunda belirtilmek koşuluyla tedavi devam ettilir. Bu raporun süresi sonunda hastanın ACR pediatrik cevap kriterinin 50 ve üzerinde olması halinde bu durumun ve 3 ünitesi aydaki ACR pediatrik cevap kriterinin yeni düzenlenecek 6 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile hastaların tedavisine devam edilebilir. Tedavinin devamında 6 ayda bir ACR pediatrik cevap kriterine bakılır, başlangıç ve ACR cevap kriterleri her sağlık kurulu raporunda belirtilir. Tedaviye rağmen ACR pediatrik cevap kriteri 50'ye ulaşmayan hastalarda abatasept tedavisine devam edilmez.

(**Değişik: RG- 18/02/2017- 29983/ 7 md. Yürürlük: 01/03/2017**)

b) İlk 3 aylık abatasept kullanımı sonunda ACR pediatrik 30 cevabına ulaşmış hastalar için bu durumun yeni düzenlenecek 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile tedaviye devam edilir. Bu raporun süresi sonunda hastanın ACR pediatrik cevap kriterinin 50 ve üzerinde olması halinde bu durumun 6 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile hastaların tedavisine devam edilebilir. Tedavinin devamında 6 ayda bir ACR pediatrik cevap kriterine bakılır, başlangıç ve ACR cevap kriterleri her sağlık kurulu raporunda belirtilir. Tedaviye rağmen ACR pediatrik cevap kriteri 50'ye ulaşmayan hastalarda abatasept tedavisine devam edilmez.

(Ek: RG- 25/07/2014- 29071/ 19-d md. Yürürlük: 07/08/2014)

4.2.1.C-4 - Ustekinumab

(1) Sistemik tedaviye yanıt vermeyen, kontrendike olan veya bu tedaviyi tolere edemeyen yetişkinlerde orta ile şiddetli plak tip psoriyazis tedavisinde;

a) Üniversite hastaneleri veya eğitim ve araştırma hastanelerinde dermatoloji uzman hekiminin yer aldığı, 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak dermatoloji uzman hekimlerince reçete edilebilir.

b) Raporda, başlangıç psoriyazis Alan Şiddet İndeksi (PASI) değeri ve tedavi şeması belirtilir.

c) İlacı başlandıktan sonra 28. haftada yapılan değerlendirmede PASI değerine bakılır, başlangıç PASI değerine göre PASI 75 yanıtını sağlamayan (başlangıçta göre en az %75 PASI iyileşmesi görülmeyen) hastalarda tedavi sonlandırılır. 28. haftada bakılan PASI değeri reçete/raporda belirtilir.

ç) 28. haftada yapılan değerlendirmede başlangıç PASI değerine göre PASI 75 yanıtının sağlanması halinde, bu durumun sağlık kurulu raporunda/reçetede belirtilmesi koşulu ile tedaviye devam edilir.

d) Tedaviye başlandıktan 1 yıl sonra yeni düzenlenecek raporda yukarıdaki kriterlerle, hastanın tedaviden fayda gördüğünün belirtilmesi koşulu ile tedaviye devam edilir.

(Ek: RG- 21/03/2018- 30367/ 16-c md. Yürürlük: 01/04/2018)

(2) En az 3 farklı hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaç üç ay süre ile uygun dozda kullanılmış ve sonrasında en az bir anti-TNF ajansı 3 ay süreyle kullanılmış olmasına rağmen hastalık aktivitesinin kontrol altına alınamadığı (bir ay arayla yapılmış iki ayrı muayenede en az üç hassas eklem ve en az üç şiş eklem olması) aktif psöriyatik artritli yetişkin hastaların tedavisine en fazla 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye başlanır.

a) Tedaviye başlandıktan 3 ay sonra yapılan değerlendirmede yeterli cevap alınması halinde (psöriyatik artrit yanıt kriterlerine (PSARC) göre yanıt alınması), bu durumun belirtildiği 6 ay süreli yeni düzenlenecek sağlık kurulu raporu ile tedaviye devam edilir. Yanıt alınamaması halinde tedavi sonlandırılır.

b) Bu durumların belirtildiği romatoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak, romatoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.

4.2.1.C-5 -Tosilizumab

(1) Romatoid artritli erişkin hastalarda;

(**Değişik: RG- 18/06/2016- 29746/ 10-ç md. Yürürlük: 25/06/2016**)

a) (**Değişik: RG- 30/08/2014- 29014/ 10-c md. Yürürlük: 06/09/2014**) Aktif romatoid artriti bulunan, en az bir anti TNF tedavisine rağmen hastalığı kontrol edilemeyen (DAS 28 SKORU >5.1 olan) erişkin hastalarda, yalnızca üniversitede veya eğitim ve araştırma hastanelerinde içinde en az bir romatoloji, klinik immunoloji veya fiziksel tip ve rehabilitasyon uzmanının

~~bulunduğu 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimler tarafından reçetelenir. Aktif romatoid artriti bulunan, biri methotrexat olmak üzere en az 3 farklı hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaç, en az üçer ay kullanılmış olmasına veya en az bir anti TNF tedavisine rağmen hastalığı kontrol edilemeyen (DAS 28 SKORU >5.1 olan) erişkin hastalarda, yalnızca üniversite veya eğitim ve araştırma hastanelerinde içinde en az bir romatoloji, klinik immunoloji veya fiziksel tip ve rehabilitasyon uzmanının bulunduğu 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimler tarafından reçetelenir.~~

a) Aktif romatoid artriti bulunan, biri methotrexat olmak üzere en az 3 farklı hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaç, en az üçer ay kullanılmış olmasına veya en az bir anti TNF tedavisine rağmen hastalığı kontrol edilemeyen (DAS 28 SKORU >5.1 olan) erişkin hastalarda (**Mülga: RG- 14/07/2016- 29770/ 9 md. Yürürlük: 25/06/2016**) methotrexat ile birlikte, tüm romatoloji uzman hekimleri veya üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde klinik immunoloji veya fiziksel tip ve rehabilitasyon uzman hekimlerinden birinin yer aldığı 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimler tarafından reçetelenir.

b) İlacı başlandıktan 3 ay sonra yapılan değerlendirmede DAS 28 skorunda 0,6 puandan fazla düşme olması halinde, bu durumun yeni düzenlenecek 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile 3 ay daha tedaviye devam edilir.

c) Bu raporun süresi sonunda DAS 28 skorunda toplam 1,2 puandan fazla düşme olması halinde bu durumun yeni düzenlenecek 6 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile hastaların tedavisine devam edilebilir.

c) Tedavinin devamında DAS 28 kriterine 6 ayda bir bakılır, başlangıç ve yeni DAS 28 skorları her 6 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilir. Tedaviye rağmen hastanın DAS 28 skorunda, başlangıç DAS 28 skoruna göre 1,2 puandan fazla düşme olmaması halinde tedavi sonlandırılır.

(**Mülga: RG- 18/06/2016- 29746/ 10-d md. Yürürlük: 25/06/2016**)

(2) **Aktif sistemik / poliartiküler juvenil idiopatik artriti bulunan 2 yaş ve üzeri çocuklarda;**

a) (**Değişik: RG- 05/08/2015- 29436/ 13 md. Yürürlük: 13/08/2015**) 3 aylık anti TNF tedavisine rağmen ACR pediatrik 30 cevap kriterine ulaşamayan çocuk hastalarda, yalnızca üniversite veya eğitim ve araştırma hastanelerinde içinde en az bir çocuk romatoloji uzmanının bulunduğu 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimler veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilir. NSAİ ve/veya methotrexat veya anti-TNF ile 3 aylık tedavi sonunda ACR pediatrik 30 yanıt alınamamış ise bu durumun belirtildiği 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak ilaca başlanabilir. İlacı başlandıktan 3 ay sonra yapılan değerlendirmede ACR pediatrik 30 yanıtının alınması halinde, bu durumun yeni düzenlenecek 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile tedaviye devam edilir. Bu raporun süresi sonunda hastanın ACR pediatrik cevap kriteri 50 ve üzerinde olması halinde bu durumun yeni düzenlenecek 6 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile hastaların tedavisine devam edilebilir. Tedavinin devamında ACR pediatrik cevap kriterine 6 ayda bir bakılır, başlangıç ve ACR pediatrik cevap kriteri her sağlık kurulu raporunda belirtilir. (**Mülga: RG- 18/06/2016- 29746/ 10-d md. Yürürlük: 25/06/2016**) Tedaviye rağmen ACR pediatrik cevap kriteri 50'ye ulaşmayan hastalarda anti-TNF tedavisine devam edilmez.

b) (**Değişik: RG- 05/08/2015- 29436/ 13 md. Yürürlük: 13/08/2015**) İlk 3 aylık tosilizumab kullanımı sonunda ACR pediatrik 30 cevabı ulaşmış hastalar için bu durum raporunda belirtilmek koşuluyla tedavi devam ettilir. Bu raporun süresi sonunda hastanın ACR pediatrik cevap kriterinin 50 ve üzerinde olması halinde bu durumun ve 3 ünue aydaki ACR pediatrik cevap kriterinin yeni düzenlenecek 6 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile hastaların tedavisine devam edilebilir. Tedavinin devamında 6 ayda bir ACR pediatrik cevap kriterine bakılır, başlangıç ve ACR cevap kriterleri her sağlık kurulu raporunda belirtilir. Tedaviye rağmen ACR pediatrik cevap kriteri 50'ye ulaşmayan hastalarda tosilizumab tedavisine devam edilmez. Sağlık Kurulu raporları; yalnızca üniversite veya eğitim ve araştırma hastanelerinde en az bir çocuk romatoloji uzmanı yer alacak şekilde düzenlenir ve bu rapora dayanılarak çocuk romatoloji veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilir.

(Ek: **RG- 18/06/2016- 29746/ 10-e md. Yürürlük: 25/06/2016**)

(3) **Sistemik juvenil idiyopatik artriti (SJIA) bulunan 2 yaş ve üzeri çocuklarda;**

a) Sistemik bulguların ön planda olduğu tip;

1) Tedaviye nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar ve sistemik kortikosteroidler ile başlanır.

2) Nonsteroid antiinflamatuvlar ilaç ve sistemik steroid tedavisi ile üçüncü ayın sonunda remisyona girmemiş hastalarda tosilizumab veya anakinra tedavisine geçilebilir.

3) Tosilizumab veya anakinra ile tedaviye başlandıktan 3 ay sonra yapılan değerlendirmede ACR pediatrik 50 yanıtının alınması halinde bu durumun yeni düzenlenecek 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile tedaviye devam edilir.

4) Tedavinin devamında ACR pediatrik yanıt kriterine 3 ayda bir bakılır, başlangıç ve ACR pediatrik yanıt kriteri her sağlık kurulu raporunda belirtilir.

5) Tedaviye rağmen ACR pediatrik yanıt kriteri 50'ye ulaşmayan hastalarda tedaviye devam edilmez.

b) Artrit bulgularının ön planda olduğu tip;

1) Tedaviye nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar ve sistemik kortikosteroidler ile başlanır.

2) Nonsteroid antiinflamatuvlar ilaçlar ve sistemik kortikosteroidler ile üçüncü ayın sonunda ACR pediatrik 50 yanıtının elde edilemediği durumlarda tosilizumab veya anakinra tedavisine geçilebilir.

3) Tosilizumab veya anakinra ile tedaviye başlandıktan 3 ay sonra yapılan değerlendirmede ACR pediyatrik 50 yanıtının alınması halinde bu durumun yeni düzenlenecek 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile tedaviye devam edilir.

4) Tedavinin devamında ACR pediatrik yanıt kriterine 3 ayda bir bakılır, başlangıç ve ACR pediatrik yanıt kriteri her sağlık kurulu raporunda belirtilir.

5) Tedaviye rağmen ACR pediatrik yanıt kriteri 50'ye ulaşmayan hastalarda tedaviye devam edilmez.

c) Üniversite veya eğitim ve araştırma hastanelerinde bu durumların belirtildiği çocuk romatoloji uzmanının yer aldığı en fazla 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak çocuk romatoloji uzman hekimlerince reçete edilir.

(Ek:RG- 28/12/2018- 30639/13 md. Yürürlük: 08/01/2019)

(4) Dev Hücreli Arteriti (DHA) bulunan erişkin hastalarda, uzun süre ve yüksek doz kortikosteroid kullanımının kontrendike olduğu durumlarda 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tosilizumabın subkütan formu ile tedaviye başlanır. İlacın etkinliği, ilaca başlandıktan 3 ay sonra değerlendirilir. Tedaviye cevap alınmış ve ilaca devam edilecek ise bu durumun yeni düzenlenmesi 6 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile tedaviye devam edilebilir. Düzenlenecek sağlık kurulu raporlarında en az bir romatoloji veya immünoloji ve alerji uzman hekimlerinden birinin yer alması ve reçetelerin romatoloji veya immünoloji ve alerji uzman hekimlerince düzenlenmesi halinde Kurumca bedelleri karşılanır.

(Ek: RG- 30/08/2014- 29014/ 10-ç md. Yürürlük: 06/09/2014)

4.2.1.C-6 – Tofacitinib

(1) Romatoid artritli erişkin hastalarda; biri methotrexat olmak üzere en az 3 farklı hastalık modifiye edici antiromatizmal ilacı, en az üçer ay kullanılmış olmasına rağmen hastalık aktivitesinin kontrol altına alınmadığı (Hastalık Aktivite Skoru (DAS) $28 > 5,1$) hallerde, 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak ilaca başlanır. İlacın başlandıktan 3 ay sonra yapılan değerlendirmede DAS 28 skorunda 0,6 puandan fazla düşme olması halinde, bu durumun yeni düzenlenmesi 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile 3 ay daha tedaviye devam edilir. Bu raporun süresi sonunda DAS 28 skorunda toplam 1,2 puandan fazla düşme olması halinde bu durumun yeni düzenlenmesi 6 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile hastaların tedavisine devam edilebilir. Tedavinin devamında DAS 28 kriterine 6 ayda bir bakılır, başlangıç ve yeni DAS 28 skorları her sağlık kurulu raporunda belirtilir. Tedaviye rağmen hastanın DAS 28 skorunda, başlangıç DAS 28 skoruna göre, 1,2 puandan fazla düşme olmaması halinde tedavi sonlandırılır.

(2) Tofacitinib, tüm romatoloji uzman hekimleri veya üniversitede hastaneler ile eğitim ve araştırma hastanelerindeki klinik immunoloji veya fiziksel tip ve rehabilitasyon uzman hekimlerinden birinin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak, bu uzman hekimlerden biri veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilebilir.

(Ek: RG- 18/06/2016- 29746/ 10-f md. Yürürlük: 25/06/2016)

4.2.1.C-7 – Kanakinumab

(1) Sistemik juvenil idiyopatik artriti (SJIA) bulunan 2 yaş ve üzeri çocuklarda;

a) Sistemik bulguların ön planda olduğu tip;

1) Nonsteroid antiinflamatuvlar ilaç ve sistemik steroid tedavisi ile üçüncü ayın sonunda remisyona girmemiş olup, tosilizumab veya anakinra tedavisi alan hastalardan; anakinra veya tosilizumab ile 3 aylık tedaviye rağmen ACR pediatrik 50 yanıtına ulaşamayan hastalarda kanakinumab tedavisine geçilebilir.

2) Tedavinin devamında ACR pediatrik yanıt kriterine 3 ayda bir bakılır, başlangıç ve ACR pediatrik yanıt kriteri her sağlık kurulu raporunda belirtilir, ACR pediatrik 70 yanıtı elde edilemeyen hastalarda tedavi sonlandırılır.

b) Artrit bulgularının ön planda olduğu tip;

1) Nonsteroid antiinflamatuvlar ilaçlar ve sistemik kortikosteroидler ile toplam 3 aylık tedavi sonrasında ACR pediatrik 50 cevabının elde edilemediği ve tosilizumab veya anakinra tedavisi geçilen hastalardan; tosilizumab veya anakinra ile 3 aylık tedaviye rağmen ACR pediatrik 50 ulaşamayan hastalarda kanakinumab tedavisine geçilebilir.

2) Tedavinin devamında ACR pediatrik yanıt kriterine 3 ayda bir bakılır, başlangıç ve ACR pediatrik yanıt kriteri her sağlık kurulu raporunda belirtilir, ACR pediatrik 70 yanıtı elde edilemeyen hastalarda tedavi sonlandırılır.

c) Üniversite veya eğitim ve araştırma hastanelerinde bu durumların belirtildiği çocuk romatoloji uzmanının yer aldığı en fazla 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak çocuk romatoloji uzman hekimlerince reçete edilir.

ç) Kanakinumab, bu koşullarda Sağlık Bakanlığı'na hasta bazında verilen onaya dayanılarak kullanılabilir.

(Ek:RG-08/06/2017-30090/10-c md. Yürürlük:16/06/2017)

4.2.1.C-8—Vedolizumab

(1) Fistüelize, şiddetli veya aktif luminal Crohn hastalığında; en az bir anti TNF tedavisine rağmen hastalığı kontrol edilemeyen hastalarda, 8(Sekiz) haftada bir 300 mg idame dozda, ilaçın günlük kullanım dozu ve kullanım süresini birten 4 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye başlanır. Tedavinin 4 üncü ayında tedaviye cevap alınmaması (hastalığa yanıt kriteri: Crohn Hastalık Aktivite İndeksi'nde 70 puanlık düşüşün olmaması) durumunda tedavi kesilir. Crohn Hastalık Aktivite İndeksi'nde 70 puan üzerinde düşüş olması halinde, ilaçın dozu ve süresinin belirtildiği 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye devam edilebilir. Sağlık kurulu raporunda, gastroenteroloji, genel cerrahi uzman hekimlerinden en az biri yer almmalıdır. Sağlık kurulu raporlarına dayanılarak, bu hekimler ile iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir ve sağlık kurum/kuruluşlarında klinik koşullarda uygulanır.

(2) Ülseratif kolit hastalığında; En az bir anti TNF tedavisine rağmen hastalığı kontrol edilemeyen hastalarda, şiddetli aktif ülseratif kolit bulgularının devam etmesi halinde, 8(Sekiz) haftada bir 300 mg idame dozda, üçüncü basamak sağlık kurumlarında bu durumun belirtildiği gastroenteroloji uzman hekimi veya genel cerrahi uzmanı tarafından düzenlenmesi 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak, bu uzman hekimler ve iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir.

(Değişik:RG-09/09/2017- 30175/ 16 md. Yürürlük: 09/09/2017)

4.2.1.C-8 – Vedolizumab

(1) Fistüllerle, şiddetli veya aktif luminal Crohn hastalığında; en az bir anti TNF tedavisine rağmen hastalığı kontrol edilemeyen hastalarda, ilacın başlangıç tedavileri sonrasında idame dozunun sekiz haftada bir 300 mg olması koşuluyla, ilacın kullanım dozu ve kullanım süresini belirten 4 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye başlanır. Tedavinin 4 üncü ayında tedaviye cevap alınamaması (hastalığa yanıt kriteri: Crohn Hastalık Aktivite İndeksi'nde 70 puanlık düşüşün olmaması) durumunda tedavi kesilir. Crohn Hastalık Aktivite İndeksi'nde 70 puan üzerinde düşüş olması halinde, ilacın dozu ve süresinin belirtildiği 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye devam edilebilir. Sağlık kurulu raporunda, gastroenteroloji, genel cerrahi uzman hekimlerinden en az biri yer almmalıdır. Sağlık kurulu raporlarına dayanılarak, bu hekimler ile iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir ve sağlık kurum/kuruluşlarında klinik koşullarda uygulanır.

(2) Ülseratif kolit hastalığında; en az bir anti TNF tedavisine rağmen hastalığı kontrol edilemeyen hastalarda, şiddetli aktif ülseratif kolit bulgularının devam etmesi halinde, ilacın başlangıç tedavileri sonrasında idame dozunun sekiz haftada bir 300 mg olması koşuluyla, üçüncü basamak sağlık kurumlarında bu durumun belirtildiği gastroenteroloji uzman hekimi veya genel cerrahi uzmanı tarafından düzenlenecek 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak, bu uzman hekimler ve iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir.

(Ek: RG- 10/05/2018-30417/ 7-c md. Yürürlük: 18/05/2018)

4.2.1.C-9- Sekukinumab

(1) Aktif ankilozan spondilitli erişkin hastalarda;

a) Biri maksimum doz indometazin olmak üzere en az 3 farklı nonsteroid antiinflamatuar ilacın maksimum dozunda kullanılmasına rağmen yeterli cevap alınamayan (Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi (BASDAİ) >5) ve bununla birlikte;

1) Eritrosit sedimentasyon hızı >28 mm/s,

2) Normalin üst sınırını aşan CRP değeri,

3) MR/sintigrafi ile gösterilmiş aktif sakroileit/spondilit

bulgularından en az birinin olduğu hastalarda bu durumların sağlık kurulu raporunda belirtilerek tedaviye başlanması halinde bedelleri Kurumca karşılaşır.

b) 16 haftalık ilaç kullanım süresi sonunda BASDAİ'de en az 2 birim düzelleme olduğunun yeni düzenlenecek reçete/raporda belirtilmesi halinde tedaviye devam edilir. BASDAİ'de 2 birimden daha az düzelleme olması tedaviye yanntsızlık olarak değerlendirilerek ilaç kullanımı sonlandırılır.

c) Tüm romatoloji uzman hekimleri veya üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerindeki klinik immunoloji veya fiziksel tip ve rehabilitasyon uzman hekimlerinden birinin yer aldığı 6'şar ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılaşır. Tedaviye cevap alınmış ve ilaca devam edilecek ise bu durum her yeni düzenlenecek raporda belirtilmelidir. Tedaviye 6 ay ve daha uzun süre ara veren hastalarda başlangıç kriterleri yeniden aranır.

(2) Orta veya şiddetli plak psöriasisli erişkin hastalarda;

a) Siklosporin, methotreksat veya PUVA gibi geleneksel sistemik tedavilere yanıt vermeyen veya bu tedavileri tolere edemeyen ya da bu tür tedavilerin kontrendike olduğu hastalarda bu durumlar ile Psöriyazis Alan Şiddet İndeksi (PASI) değeri sağlık kurulu raporunda belirtilerek tedaviye başlanması halinde bedelleri Kurumca karşılaşır.

b) 16 haftalık ilaç kullanım süresi sonunda başlangıç PASI değerine göre en az %75 iyileşme olduğunun yeni düzenlenecek reçete/raporda belirtilmesi halinde tedaviye devam edilir. Başlangıç PASI değerine göre %75 iyileşme sağlanamaması tedaviye yanntsızlık olarak değerlendirilerek ilaç kullanımı sonlandırılır.

c) Üniversite hastaneleri veya eğitim ve araştırma hastanelerinde dermatoloji uzman hekiminin yer aldığı 6'şar ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak dermatoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılaşır. Raporda PASI değeri belirtilir. Tedaviye cevap alınmış ve ilaca devam edilecek ise bu durum her yeni düzenlenecek raporda belirtilmelidir.

(3) Aktif psöriyatik artritli erişkin hastalarda;

a) En az 3 farklı hastalık modifiye edici antiromatizmal ilacı 3'er ay süre ile uygun dozda kullanılmış ve sonrasında en az bir anti-TNF ajanı 3 ay süreyle kullanılmış olmasına rağmen hastalık aktivitesinin kontrol altına alınmadığı (bir ay arayla yapılmış iki ayrı muayenede en az üç hassas eklem ve en az üç şık eklem olması) aktif psöriyatik artritli hastalarda bu durumların sağlık kurulu raporunda belirtilerek tedaviye başlanması halinde bedelleri Kurumca karşılaşır.

b) 16 haftalık ilaç kullanım süresi sonunda yapılan değerlendirmede psöriyatik artrit yanıt kriterlerine (PSARC) göre yeterli cevap alındığının yeni düzenlenecek reçete/raporda belirtilmesi halinde tedaviye devam edilir. Yanıt alınamaması halinde tedavi sonlandırılır.

c) Bu durumların belirtildiği romatoloji uzman hekiminin yer aldığı 6'şar ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak romatoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılaşır.

4.2.2 - Antidepresanlar ve antipsikotiklerin kullanım ilkeleri

(1) Trisiklik, tetrasiklik ve SSRI grubu antidepresanlar tüm hekimlerce reçete edilebilir. **(Ek: RG-10/05/2018-30417/ 8 md. Yürürlük:18/05/2018)** Bu gruplar arasında ilaç değişimi gereken hallerde ve/veya bu ilaçların 6 aydan uzun süre kullanılması gereken durumlarda psikiyatri uzman hekimlerince veya psikiyatri uzman hekimlerince düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılaşır. SNRI, SSRE, RIMA, NASSA grubu antidepresanlar, psikiyatri, nöroloji, geriatri uzman hekimlerinden biri tarafından veya bu hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir. Bupropiyon HCl **(Ek: RG-18/06/2016-29746/ 11 md. Yürürlük: 25/06/2016), vortioxetin** **(Ek: RG- 25/07/2014- 29071/ 20 md. Yürürlük: 07/08/2014)** ve agomelatin yalnızca major depresif bozukluk tedavisinde, psikiyatri veya nöroloji uzman hekimleri tarafından veya bu hekimler tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir.

(2) Yeni nesil (atipik) antipsikotiklerin (klozapin, olanzapin, risperidon, amisülpirid, ketiapin, ziprosidon, aripiprazol, zotepine, sertindol, paliperidon) ve kombinasyonlarının oral formları, psikiyatri veya nöroloji uzman hekimleri tarafından veya bu hekimlerce düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir. Klozapin en fazla 1 aylık dozda reçete edilebilir.

(3) Yeni nesil (atipik) antipsikotiklerin parenteral formları psikiyatri uzman hekimi veya bu uzman hekim tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir. Bu grup antipsikotiklerden risperidon (**Ek: RG- 07/10/2016- 29850/ 16 md. Yürürlük: 15/10/2016**), aripiprazol ve paliperidonun parenteral formları ise EK-4/F hükümlerine göre reçete edilebilir.

(4) Yeni nesil (atipik) antipsikotikler dışındaki antipsikotik ilaçlar tüm hekimlerce yukarıdaki kısıtlamalar olmaksızın reçete edilebilir.

(5) Acil hallerde, acil servislerde, yeni nesil (atipik) antipsikotiklerin parenteral formları, (uzun salınımlı/depo etkili formları hariç) klinik şartlarda, tek doz olarak, tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.

(6) Atipik antipsikotik ilaçlar, demansta; psikiyatri, nöroloji veya geriatri uzman hekimleri tarafından veya bu hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.

(7) Sodyum valproat (kombinasyonları dahil), "bipolar bozukluk" endikasyonunda psikiyatri ve nöroloji uzmanları tarafından veya bu hekimlerden birinin düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.

(8) Antidepresanlar ve antipsikotikler için düzenlenecek uzman hekim raporunda ilaçın kullanılacağı süre belirtilir.

4.2.3 - Enjektabl alerji aşılarının kullanım ilkeleri

(1) Solunum yolu alerjeni duyarlılığı olduğu cilt testleri ve/veya spesifik Ig E ölçümü ile gösterilmiş, en az 3 ay süre ile uygulanan medikal tedavi ile hastalığı kontrol altında alınamamış hastalarda; alerjik astım, alerjik rinit, alerjik konjonktivit durumlarında, bu durumların belirtildiği immünoloji (**Ek: RG- 25/07/2014- 29071/ 21-a md. Yürürlük: 07/08/2014**) ve/ veya alerji hastalıkları uzman hekimlerinden birinin yer aldığı, tedavi protokolünü de gösterir sağlık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye başlanır. İlk reçetelendirme bu uzman hekimlerce yapılır.

(2) En fazla 2 farklı grup solunum yolu alerjeni için immunoterapi ödenir. Bu gruplar; polenler, ev tozu akarları, kük mantarları ve hayvan epitelidir.

(3) (**Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 21-b md. Yürürlük: 07/08/2014**) Aşı tedavisine 6 ay ya da daha fazla ara verilmesi halinde, bir defaya mahsus olmak üzere bu durum ile hastanın tedaviye başladığı tarih ve o tarihteki başlangıç kriterlerinin yeni düzenlenecek raporda belirtilmesi koşuluyla başlangıç dozlarında tedaviye yeniden başlanabilir. Bu rapora dayanılarak ilk reçetelendirme alerji veya immünoloji uzman hekimlerince yapılır. Mevsim öncesi allergoid immünoterapi hariç, aşı tedavisine 6 ay ya da daha fazla ara verilmesi halinde, çocukluk ve erişkin dönemlerine ait her bir dönemde birer defaya mahsus olmak üzere bu durum ile hastanın tedaviye başıldığı tarih ve o tarihteki başlangıç kriterlerinin yeni düzenlenecek raporda belirtilmesi koşuluyla başlangıç dozlarında tedaviye yeniden başlanabilir. Bu rapora dayanılarak ilk reçetelendirme alerji ve/veya immünoloji uzman hekimlerince yapılır.

(4) Sağlık kurulu raporuna dayanılarak yapılan tedavinin devamı niteliğindeki diğer reçetelendirmeler, bu hekimlerin yanı sıra, çocuk sağlığı ve hastalıkları, kulak burun boğaz, göz sağlığı ve hastalıkları, göğüs hastalıkları, (**Ek: RG- 25/07/2014- 29071/ 21-c md. Yürürlük: 07/08/2014**) dermatoloji, iç hastalıkları veya aile hekimliği uzman hekimi tarafından da yapılabilir.

(5) Her sağlık kurulu raporunda tedaviye ilk başlangıç tarihi belirtilir.

(6) Alerji aşılarının oral formları ödenmez.

(7) Ari venom alerjisinde kullanılan ari venom aşları, alerji, immünoloji, immünoloji ve alerji, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak, uzman hekimler tarafından reçete edilir.

(8) Aşı tedavileri, ari venom alerjisi hariç, toplamda 5 yılı geçemez. (**Ek: RG- 25/07/2014- 29071/ 21-ç md. Yürürlük: 07/08/2014**) Mevsim öncesi allergoid immünoterapi her yıl polen mevsimi öncesi dönemde ömür boyu en fazla 5 defaya mahsus olarak yapılabilir.

(9) Zehirlenmelerde kullanılan antidotların bedelinin tamamı sağlık raporu aranmaksızın ödenir.

(**Ek: RG- 05/08/2015- 29436/ 14 md. Yürürlük: 13/08/2015**)

(10) Enjektabl alerji aşları reçete tanzim tarihinden itibaren 90 gün içinde temin edilebilir.

4.2.4 - Rasburicase kullanım ilkeleri

(1) Myeloablatif dozda çoklu ajanlı kemoterapi uygulanan, tümör yükü olan hematolojik maligniteli veya akut lösemi tanısı almış ve beyaz köre sayısı $100.000/\text{mm}^3$ 'den fazla olan, allopurinol ve hidrasyon tedavisine rağmen böbrek fonksiyonları bozulmuş (kreatin $> 2 \text{ mg/dl}$, kreatin klerensi $< 50 \text{ ml/dakika}$) veya allopurinolun kontrendike olduğu hastalarda; prospektüs şartlarına (en fazla 5 günlük tedavi) göre yatan hastalarda kullanılır. Hematoloji, tıbbi onkoloji veya nefroloji uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen, laboratuvar sonuçlarının yer aldığı, uzman hekim raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce reçete edilebilir.

4.2.5 - Botulismus toksini Tip A kullanım ilkeleri

(1) Botulismus toksini yalnızca;

a) Göz adalesi fonksiyon felçleri bozuklukları, blefarospazm, hemifasiyal spazm, servikal distoni (spazmodik tortikollis), EMG esnasında uygulanacak fokal distoni, erişkinlerde inme sonrası gözlenen fokal spastisite endikasyonlarında; sadece organik nedenleri ekarte edilmiş ve tıbbi tedaviye cevap vermeyen olgularda, bu durumu belirten ve kullanılacak ilaçın dozuyla kullanım süresini içeren üniversitede hastaneleri, eğitim ve araştırma hastanelerinde uygulamayı yapacak göz sağlığı ve hastalıkları veya nöroloji veya fiziksel tip ve rehabilitasyon uzmanının herhangi üçünün yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak; bu uzman hekimler tarafından reçete edilir.

b) Pediatric serebral palsi endikasyonunda; üniversitede hastaneleri veya eğitim ve araştırma hastaneleri ile fizik tedavi ve rehabilitasyon dal hastanelerinde; ortopedi, fiziksel tip ve rehabilitasyon, çocuk nörolojisi veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak belirtilen uzman hekimlerden biri tarafından reçete edilmesi

halinde bedeli ödenir. 10 yaşa kadar; sistemik hastalığı, kemiksel deformite, kanama diyatezi, fikst kontraktür olmayan hastalarda en fazla iki adaleye uygulanır.

(Ek: RG- 30/08/2014- 29071/ 11 md. Yürürlük: 06/09/2014)

c) Kronik dönemde (spinal şok sonrası dönem) subservikal omurilik hasarı veya multiple skleroza bağlı nörojenik detrusor aşırı aktivitesi olan hastalardan, en az 2 farklı antikolinergic/antimuskarinik tedaviyi 3 ay süre ile kullanmasına rağmen tedaviye yanıt alınamayan ya da bu tedavileri tolere edemeyen hastalarda, bu durumu belirten ve kullanılacak ilacın dozuyla, kullanım süresini içeren üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde en az bir üroloji uzman hekiminin yer aldığı 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak kullanılır. 3 ay süreli raporlar bir uygulama için olup, reçeteler üroloji uzman hekimleri tarafından düzenlenir. Tedavi 3 aydan önce tekrarlanmaz. Tedavinin tekrarı durumunda, gerekliliğinin belirtildiği sağlık kurulu raporuna dayanılarak kullanılır.

d) Sıkışma tipi üriner inkontinans, sıkışma ve sık idrar semptomları olan aşırı aktif mesane endikasyonunda, en az 2 farklı antikolinergic/antimuskarinik tedaviyi 3 ay süre ile kullanıp tedaviye yanıt vermeyen ya da bu tedavileri tolere edemeyen hastalarda, bu durumu belirten ve kullanılacak ilacın dozuyla, kullanım süresini içeren üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde en az bir üroloji uzman hekiminin yer aldığı 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak kullanılır. 3 ay süreli raporlar bir uygulama için olup, reçeteler üroloji veya kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimler tarafından düzenlenir. Tedavi 3 aydan önce tekrarlanmaz. Tedavinin tekrarı durumunda, gerekliliğinin belirtildiği sağlık kurulu raporuna dayanılarak kullanılır.

(2) (Değişik: RG- 30/08/2014- 29014/ 11 md. Yürürlük: 06/09/2014) Yukarıda sıralanan tüm endikasyonlar için tedaviden yarar görüp tekrarı düşünülen hastalarda 6 aylık periyotlarda her defasında yeni bir sağlık kurulu raporu düzenlenerek en fazla iki uygulama ve tek seansta botoks için toplam 300 üniteyi, dysport için 1.000 üniteyi aşmamak üzere yapılabilir. Bu endikasyonlar dışında bedeli ödenmez. Yukarıda a ve b bentlerinde sıralanan endikasyonlar için tedaviden yarar görüp tekrarı düşünülen hastalarda 6 aylık periyotlarda her defasında yeni bir sağlık kurulu raporu düzenlenerek en fazla iki uygulama ve tek seansta botoks için toplam 300 üniteyi, dysport için 1.000 üniteyi aşmamak üzere yapılabilir.

(Ek: RG- 30/08/2014- 29104/ 11 md. Yürürlük: 06/09/2014)

(3) Bu endikasyonlar dışında bedeli ödenmez.

4.2.6 - Büyüme bozuklukları

4.2.6.A - Büyüme hormonu bozuklukları

(1) Hastanın yaşı grubuna göre endokrinoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile bu hekimlerce reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Bu raporda, ilacın kullanım dozu, uygulama planı ve süresi de belirtilir. Rapor, en fazla 1 yıl süreyle geçerli olup hastanın yaşı ve fiziki boy uzunluğu bu rapora yazılacaktır.

(2) İlaçların günlük doz miktarı belirtilmek suretiyle en fazla üçer aylık dozlar halinde reçete edilebilir.

4.2.6.A-1 - Çocuklarda;

(1) Tedaviye başlanabilmesi için hastanın ilgili uzman hekim tarafından en az 6 ay süreyle büyümeye hızı izlendiğinden sonra; büyümeyi etkileyen sistematik bir hastalığı veya beslenme bozukluğu olmayan hastalarda;

a) Yıllık büyümeye hızı;

1) 0-4 yaş 6 cm'nin altında,

2) 4 yaş üzeri 4,5 cm'nin altında,

3) Puberte'de; izleme süresi ve büyümeye hızı hastanın diğer bulgularına göre endokrinoloji uzman hekimince değerlendirilmesi;

b) Kemik yaşı;

1) Puberte öncesi için kronolojik yaşa göre en az 2 yıl geri olması,

2) Pubertal dönem için sadece epifizlerin açık olması, (puberte kıstaları: erkeklerde gonadarj (testis hacimlerinin) 4 ml. ve üzerine çıkması, kızlarda T2 düzeyinde telärşin olması, kızlarda kemik yaşıının 8'in, erkeklerde 10'un üzerine çıkması, pubertenin başlangıcı olarak kabul edilecektir.)

c) Ötiroïd hastalarda uygulanan büyümeye hormonu uyarı testlerinden en az ikisine (laboratuvarın kriterlerine göre) yetersiz yanıt alınarak izole büyümeye hormonu eksikliği veya büyümeye hormonunun diğer hipofiz hormonlarının eksikliği ile birlikte olması (hipopituitarizm) tanılarının konması; (hastanın yaşı grubu ve pubertal bulguları gerektiriyorsa büyümeye hormonu testleri yapılmadan mutlaka priming yapılmalıdır.)

c) Boy sapması patolojik olan (yani -2,5 SD den daha kötü), yıllık uzama hızı yetersiz olan, kemik yaşı takvim yaşına göre 2 yıldan daha fazla geri olan, ancak yapılan 2 farmakolojik uyarı testine yeterli yanıt alınan hastalara uykuya esnasında büyümeye hormonu profili çıkartılmalı ve hastada büyümeye hormonu eksikliği olmamasına rağmen eğer büyümeye hormonu salımlığında bir bozukluk söz konusu ise, yani nörosekretuar disfonksiyon söz konusu ise yada; hastada biyoinaktif büyümeye hormonu saptanmış ise (IGF 1 testi ile);

d) Pubertal dönemde veya öncesinde geçirilmiş beyin ameliyatına (hipofiz bölgesi ameliyatları, hipotalamus-hipofiz aksını etkileyen ameliyatlar gibi) bağlı büyümeye hormonu eksikliği olan hastalarda, (epifizlerin açık olması dışında yukarıda sayılan şartlar aranmaz.)

bu hususların belirtildiği sağlık kurulu raporu ile hastaya büyümeye hormonu tedavisi uygulanacaktır.

(2) Büyümeye hormonu ile tedavisine başlanan hastalar için endokrinoloji uzman hekiminin yer aldığı bir yıl süreli sağlık kurulu raporu düzenlenir. Bu hekimlerce en az 6 aylık sürelerle izlenerek, radyolojik olarak epifiz hatlarının açık olup olmadığı raporda belirtilir.

(3) Tedavi;

a) Epifiz hattı kapandığında veya

b) Yıllık büyümeye hızı 5 cm ve altında olduğunda veya

c) Boy uzunluğu kızlarda 155 cm ye erkeklerde 165 cm ye ulaştığında, sonlandırılacaktır.

4.2.6.A-2 - Erişkinlerde;

- (1) Epifiz hatları açık olan erişkin yaştaki hastaların büyümeye hormon kullanımı esasları, çocuk yaş grubu ile aynıdır.
- (2) Epifiz hatları kapalı olan hastalarda:

a) Çocukluk yaş grubunda büyümeye hormon eksikliği tanısı konulup, büyümeye hormon tedavisi verilen ve epifizleri kapandığı için tedavisi kesilen hastalarda tekrarlanan iki adet büyümeye hormon uyarı testine yetersiz yanıt alınmışsa (kontrendikasyon yoksa testlerden biri insülin tolerans testi olarak tercih edilmelidir) erişkin dozda büyümeye hormon tedavisi başlanabilir.

b) Erişkin yaş grubunda hipotalamohipofizer hastalıklara bağlı büyümeye hormon eksikliği düşünülen hastalarda, 2 adet büyümeye hormon uyarı testine yetersiz yanıt alınmışsa (kontrendikasyon yoksa testlerden biri insülin tolerans testi olarak tercih edilmelidir) erişkin dozda büyümeye hormon tedavisi başlanabilir.

(3) Hipofiz hormonlarından (prolaktin ve büyümeye hormonu dışında) bir veya daha fazla ek ön hipofiz hormonu eksikliği varsa, bir adet büyümeye hormon uyarı testi (kontrendikasyon yoksa insülin tolerans testi tercih edilmelidir) tanı için yeterlidir.

(4) İnsülin tolerans testine göre büyümeye hormon eksikliği tanısı için pik büyümeye hormonu cevabının 3mcg/L'den küçük olduğunun raporda belirtilmesi gereklidir.

(5) Büyüümeye hormonu, büyümeye hormonu tedavisine karar verilen hastalara erişkin endokrinoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak erişkin endokrinoloji veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edildiğinde bedeli ödenecektir. Rapora tedavi şeması ile ilgili ayrıntılı bilgi yazılacaktır. Bu rapor en fazla 1 yıl süreyle geçerli olacaktır.

(Ek: RG- 21/03/2018- 30367/ 17 md. Yürürlük: 01/04/2018)

4.2.6.A-3- Turner sendromunda;

(1) Epifiz hatları açık olan, klinik ve genetik olarak turner sendromu tanısı almış hastalarda, en az bir çocuk endokrinoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile çocuk endokrinoloji uzman hekimince reçete edilmesi halinde büyümeye hormonu bedelleri Kurumca karşılanır. Rapor en fazla 1 yıl süreyle geçerli olup, raporda ilaçın kullanım dozu, uygulama planı, süresi ve başlama kriterleri belirtilir.

(2) Aşağıdaki kriterlerin herhangi biri sağlandığında tedavi sonlandırılır:

- a) Epifiz hattı kapandığında.
- b) Yıllık büyümeye hızı 4 cm. ve altında olduğunda.
- c) Boy uzunluğu 155 cm.'ye ulaştığında.
- ç) Kemik yaşı 14' e ulaştığında.

4.2.6.B - Laron Sendromu tanı kriterleri ve rhIGF-I (mecasermin) kullanım ilkeleri

(1) En az bir (**Ek:RG-09/09/2017- 30175/ 17 md. Yürürlük: 23/09/2017**) çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları veya çocuk endokrinoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile (**Ek:RG-09/09/2017- 30175/ 17 md. Yürürlük: 23/09/2017**) çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları veya çocuk endokrinoloji uzman hekimince reçete edilmesi halinde bedeli ödendir. Bu raporda, ilaçın kullanım dozu, uygulama planı, süresi ve başlama kriterleri belirtilir.

4.2.6.B-1 - Başlama kriterleri

(1) İlgili uzman hekim tarafından en az 6 ay süreyle büyümeye hızı izlendikten sonra büyümeyi etkileyen sistemik bir hastalığı veya beslenme bozukluğu olmadığı tespit edilen hastalarda; boy (-3) standart sapmanın altında, yıllık büyümeye hızı yaş ve cinsle göre 25 persentilin altında, serum IGF-I düzeyi < -2 SD, serum IGFBP-3 düzeyi < -1 SD, bazal veya uyarılmış büyümeye hormonu düzeyi > 10 mcg/L, somatomedin jenerasyon testinde büyümeye hormonu uyarısına IGF-I artışının yetersiz olduğu durumlarda tedaviye başlanır.

- (2) Başlangıç dozu 120 mcg/kg/gün'e kadar çıkılabilir.
- (3) Büyümeye hormonu tedavisinin yerine kullanılmaz.

4.2.6.B-2 - Devam kriterleri

(1) Tedavi alan hastalar en az 3 aylık sürelerle izlenerek, radyolojik olarak epifiz hatlarının açık olduğunun reçetede belirtilmesi kaydıyla hedeflenen yaş grubu ortalama boy skorasına göre 25 persentile ulaşana kadar, tedavi ile yıllık büyümeye hızının izlemde tedavi öncesi yıllık büyümeye hızının 2 cm üstünde olan hastalarda yılda bir sağlık kurulu raporu yenilerek tedavi devam ettirilir.

(2) Yenilenen raporlarda tedavi öncesi ve tedaviyle sağlanan büyümeye hızı, ulaştığı boy skorası ve epifiz hatlarının durumu belirtilir.

4.2.6.B-3 - Sonlandırma kriterleri

- (1) Tedavi;
 - a) Epifiz hattı kapandığında veya
 - b) Yıllık büyümeye hızı tedavi öncesi hızla göre + 2 cm'den düşük olduğunda veya
 - c) Boy uzunluğu kızlarda 155 cm ve erkeklerde 165 cm'ye ulaştığında veya
 - ç) Tedavi esnasında boy 25 persentile ulaştığında,
sonlandırılacaktır.

4.2.7 - Düşük molekül ağırlıklı heparinlerin kullanım ilkeleri

(1) Uzman hekimlerce veya uzman hekim tarafından düzenlenen, kullanılacak ilaçın dozu ve süresini gösteren uzman hekim raporuna dayanılarak diğer hekimler tarafından reçete edilebilir.

(2) Yatan hastalarda veya acil müdahale gerektiren durumlarda acil servislerde rapor aranmaksızın tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.

(3) Hemodializ tedavilerinde, heparinler tanıya dayalı işlem puanına dahil olduğundan reçete edilse dahi bedeli ödenmez.

4.2.8 - Enteral ve parenteral beslenme ürünleri verilme ilkeleri

4.2.8.A - Enteral beslenme ürünleri

(1) **(Değişik: RG- 30/08/2014- 29014/ 12 md. Yürürlük: 06/09/2014)** Yatan hastalar dışında, normal çocuk beslenmesinde kullanılanlar hariç olmak üzere malnutrisyonu olanlar ve/veya malabsorpsiyonlu olanlar veya oral beslenemeyen ancak enteral beslenmesi gereken hastalar ile doğuştan metabolik hastalığı olanlar ve/veya kistik fibrozisi olanlara sağlık kurulu raporuna dayanılarak uzman hekimlerce reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Yatan hastalar dışında, herhangi bir nedenle malnutrisyon gelişmiş hastalarda enteral beslenme ürünlerini verilir. Ancak doğuştan metabolik hastalığı olanlarda, kanser hastalarında, kistik fibroziste, crohn hastalarında, yanık hastalarında veya orogastric sonda/ (Ek: RG- 18/06/2016- 29746/ 12-a md. Yürürlük: 25/06/2016) nazogastric sonda/ nazoenterik sonda veya gastrostomi/jejunostomi ile beslenen hastalarda aşağıda belirtilen malnutrisyon koşulları aranmaz. Uzman hekimlerce düzenlenen 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

(2) Raporda, beslenme ürününün adı, günlük kalori ihtiyacı ve buna göre belirlenen günlük kullanım miktarı açıkça belirtilerek en fazla 30 günlük dozda reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

(3) **(Değişik: RG- 30/08/2014- 29014/ 12 md. Yürürlük: 06/09/2014)**

Raporda belirtilmek kaydıyla;

a) Son 3 ayda ağırlığında %10 ve daha fazla kilo kaybı olanlar veya

b) "Subjektif global değerlendirme kategorisi" C veya D olanlar veya

c) Çocukluk yaşı grubunda, yaşına göre boy ve/veya kilo gelişimi 2 standart sapmanın altında (< 2SD) olanlar, malnutrisyon tanımı içerisinde kabul edilecektir.

(3) Malnutrisyon tanımı raporda belirtilmek kaydıyla;

a) Erişkinlerde;

(Değişik: RG-10/05/2018-30417/ 9 md. Yürürlük: 18/05/2018)

1) **Son 3 ayda ağırlığında %10 ve daha fazla kilo kaybı olanlar veya**

1) Son 3 ayda ağırlığında %10 ve daha fazla istemsiz kilo kaybı olanlar (Diyetetik tedaviler ve/veya obezite cerrahisi sonucu oluşan kilo kayıpları istemli olarak değerlendirilir.) veya

2) "Subjektif global değerlendirme kategorisi" C veya D olanlar veya

b) Çocukluk yaşı grubunda;

1) Yaşına göre boy ve/veya kilo gelişimi 2 standart sapmanın altında (< -2SD) olanlar, malnutrisyon tanımı içerisinde kabul edilecektir.

(4) **(Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 22 md. Yürürlük: 07/08/2014)** Yoğunlaştırıcı kıvam artırıcı beslenme ürünleri, 2 yaşın altında yutma/yutkunma bozukluğu veya gastro özofajial reflüsü olan çocukların, bu durumun belirtildiği gastroenteroloji, metabolizma ve yoğun bakım uzmanlarının en az birinin bulunduğu sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu hekimler ve çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilebilir. Raporda, ürünün adı, günlük kullanım miktarı açıkça belirtilerek reçeteye en fazla bir kutu yazılır.

Yoğunlaştırıcı-kıvam artırıcı beslenme ürünleri;

(Değişik: RG- 18/06/2016- 29746/ 12-b md. Yürürlük: 25/06/2016)

a) 2 yaşın altında yutma/yutkunma bozukluğu veya gastro özofajial reflüsü olan çocukların, bu durumun belirtildiği gastroenteroloji, metabolizma ve yoğun bakım uzmanlarının en az birinin bulunduğu sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu hekimler ve çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilebilir. Raporda, ürünün adı, günlük kullanım miktarı açıkça belirtilerek en fazla bir kutu yazılır.

a) 1 yaş üzeri yutma/yutkunma bozukluğu olan çocukların, bu durumun belirtildiği çocuk gastroenteroloji, çocuk metabolizma (Ek:RG-09/09/2017-30175/ 18md. Yürürlük: 23/09/2017) ,çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları ve çocuk yoğun bakım uzmanlarının en az birinin bulunduğu sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu hekimler ve çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilebilir. Raporda, ürünün adı, günlük kullanım miktarı açıkça belirtilerek en fazla iki kutu yazılır.

(Değişik:RG-09/09/2017- 30175/ 18 md. Yürürlük: 23/09/2017)

b) İnce, kronik nörolojik bozuklıklar ve baş boyun kanserleri ve cerrahi rezeksiyonda görülen yutma güçlüğü çeken yetişkin hastalarda; bu durumun belirtildiği nöroloji, kulak burun boğaz, genel cerrahi, beyin cerrahi, anestezi ve yoğun bakım (Ek: RG- 07/10/2016- 29850/ 17-a md. Yürürlük: 15/10/2016), geriatri uzmanlarından en az birinin bulunduğu sağlık kurulu raporuna istinaden bu hekimlerce reçete edilebilir. Raporda, ürünün adı, günlük kullanım miktarı açıkça belirtilerek aylık en fazla iki kutu yazılır.

b) İnce, kronik nörolojik bozuklıklar ve baş boyun kanserleri ve cerrahi rezeksiyonda görülen yutma güçlüğü çeken yetişkin hastalarda; bu durumun belirtildiği nöroloji, kulak burun boğaz, genel cerrahi, beyin cerrahi, anestezi ve yoğun bakım, geriatri, tıbbi onkoloji, radyasyon onkolojisi uzmanlarından en az birinin bulunduğu sağlık kurulu raporuna istinaden tüm uzman hekimlerce reçete edilebilir. Raporda, ürünün adı, günlük kullanım miktarı açıkça belirtilerek aylık en fazla iki kutu yazılır.

(Ek: RG- 25/07/2014- 29071/ 22 md. Yürürlük: 07/08/2014)

(5) **(Değişik: RG- 07/10/2016- 29850/ 17-b md. Yürürlük: 15/10/2016)** Glikojen depo hastalığının diyet yönetiminde kullanılan yüksek amilopektin içeren nişastalı enteral beslenme ürünleri; 2 yaş ve üzerindeki çocuk hastalarda, bu durumun belirtildiği en az bir çocuk metabolizma hastalıkları uzmanının bulunduğu sağlık kurulu raporuna dayanılarak çocuk metabolizma hastalıkları ile çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilebilir. Raporda, ürünün adı, günlük kullanım miktarı açıkça belirtilerek aylık en fazla iki kutu yazılır. Glikojen depo hastalığının diyet yönetiminde kullanılan yüksek amilopektin içeren nişastalı enteral beslenme ürünleri; 2 yaş ve üzerindeki hastalarda, bu durumun belirtildiği en az bir çocuk metabolizma hastalıkları veya gastroenteroloji uzmanının bulunduğu sağlık kurulu raporuna dayanılarak çocuk

metabolizma hastalıkları ile çocuk sağlığı ve hastalıkları veya gastroenteroloji uzman hekimlerince reçete edilebilir. Raporda, ürünün adı, günlük kullanım miktarı açıkça belirtilerek aylık en fazla iki kutu yazılır.

(6) (Ek: RG- 30/08/2014- 29104/ 12 md. Yürürlük: 06/09/2014) Dalli zincirli aminoasitlerden zengin enteral beslenme ürünler: Karaciğer yetmezliği olan orta ve ağır (evre 2 ve üzeri) encefalopati gelişmiş hastalarda kullanılabilir. Malnutrisyon kriterleri aramaz. Gastroenteroloji veya iç hastalıkları uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.

4.2.8.B - Parenteral beslenme ürünler

(1) Yatan hastalar dışında, oral ve tüple beslenemeyen hastalara, bu durumun sağlık kurulu raporunda belirtilmesi kaydıyla uzman hekim tarafından en fazla 30 günlük dozda reçete edilmesi halinde parenteral beslenme ürünlerinin bedeli ödenir.

4.2.9 - Eritropoietin, darbepoetin, sevelamer, parikalsitol, oral esansiyel aminoasit preperatları ve keto analogları kullanım ilkeleri

4.2.9.A - Eritropoietin ve darbepoetin kullanım ilkeleri

(1) Eritropoietin ve darbepoetin preparatları kronik böbrek yetmezliği ile ilişkili anemi ve myelodisplastik sendromındaki endikasyonlarda Kurumca karşılanmaz.

(2) Tetkik sonuç belgesinin tarihi ve sonucu reçete veya raporda belirtilir.

(3) Eritropoietin alfa-beta-zeta, metoksipolietilen glikol epoetin beta ve darbepoetin endikasyon muadili olarak birbirlerinin yerine kullanılabilirler

(4) Eritropoietin ve darbepoetinlerin ilgili uzman hekim raporlarında ilaçın kullanım dozu ve süresi belirtilir. Bir defada en fazla 1 aylık ilaç verilir.

4.2.9.A-1 - Kronik böbrek yetmezliği ile ilişkili anemi endikasyonunda

(1) Eritropoietin alfa-beta-zeta, metoksipolietilen glikol epoetin beta ve darbepoetin ile tedaviye başlamadan önce; hastanın ferritin ve/veya transferrin saturasyonu (TSAT) değerlerine bakılacaktır. Bu değerler TSAT < %20 ve/veya ferritin <100 µg/L ise hastaya öncelikle oral veya intravenöz demir tedavisine başlanacaktır. TSAT ≥ %20 ve/veya ferritin ≥ 100 µg/L olduğunda hemoglobin değeri 10 gr/dl altında ise tedaviye başlanır. Hedef hemoglobin değeri 11-12 gr/dl arasıdır. Hemoglobin değeri 11 gr/dl'ye ulaşıcaya kadar başlangıç dozunda tedaviye devam edilir ve Hb seviyesini 11-12 gr/dl arasında tutabilmek için idame dozda tedaviye devam edilir. Hb seviyesi 12 gr/dl'yi aşınca tedavi kesilir. Hasta Hb seviyesi için takibe alınır ve Hb seviyesi 11-12 gr/dl'nin arasına gelince hastaya idame dozda tedaviye tekrar başlanabilir. İdame tedavi sırasında ve/veya tedaviye yeniden başlandığında TSAT >%20 ve/veya ferritin >100 µg/L olmalıdır. Bu değerlere hemodiyaliz hastalarında 3 ayda bir, periton diyaliz hastalarında 4 ayda bir bakılır ve tetkik sonuç belgesinin tarihi ve sonucu reçete veya raporda belirtilir.

(2) Eritropoietin alfa-beta-zeta, metoksipolietilen glikol epoetin beta ve darbepoetin, nefroloji uzman hekimi veya diyaliz sertifikali uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak, nefroloji uzman hekimi veya diyaliz merkezinde görevli diyaliz sertifikali tüm hekimlerce reçete edilebilir.

(3) Tedaviye başlama ve idame dozu, sırasıyla; darbepoetin için 0.25-0.75 mcg/kg/hafta ve idame dozu 0.13-0.35 mcg/kg/hafta, eritropoietin alfa-beta-zeta için tedaviye başlangıç dozu 50-150 IU/kg/hafta ve idame dozu 25- 75 IU/kg/haftadır. Metoksipolietilen glikol epoetin beta için ise tedaviye başlama dozu iki haftada bir; 0,4-0,94 mcg/kg, idame dozu ise ayda bir 0,8-1,88 mcg/kg dır.

4.2.9.A-2 - Myelodisplastik Sendrom endikasyonunda

(1) (Değişik: RG- 26/09/2013- 28777/ 3 md. Yürürlük: 04/10/2013) Hemoglobin değeri 11 gr/dl'nin, blast oranı %5'in ve serum eritropoietin düzeyi 500 mu/ml'nin altında olan hastalarda tedaviye başlanır. Hedef hemoglobin değeri 12 gr/dl'dir. Hb seviyesi 12 gr/dl'yi aşınca tedavi kesilir. Maksimum doz haftada 900 IU/kg'i aşmamalıdır. Eritropoietin alfa-beta ve darbepoetin, hematoloji uzman hekimi tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak, hematoloji veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilebilir. Hemogram sonuç belgesinin tarihi ve sonucu reçetede belirtilir.

Hemoglobin değeri 11 gr/dl'nin, blast oranı %5'in ve serum eritropoietin düzeyi 500 mu/ml'nin altında olan hastalarda tedaviye başlanır. Hedef hemoglobin değeri 12 gr/dl'dir. Hb seviyesi 12 gr/dl'yi aşınca tedavi kesilir. Eritropoietin alfa-beta için maksimum doz haftada 900 IU/kg'ı, darbepoetin için maksimum doz haftada 150 µg'ı aşmamalıdır. Eritropoietin alfa-beta ve darbepoetin, hematoloji uzman hekimi tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak, hematoloji veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilebilir. Hemogram sonuç belgesinin tarihi ve sonucu reçetede belirtilir.

(Değişik: RG- 07/10/2016- 29850/ 18-a md. Yürürlük: 15/10/2016)

4.2.9.B - Sevelamer ve alüminyum klorür hidroksit kullanım ilkeleri

4.2.9.B – Sevelamer, lantanyum karbonat ve alüminyum klorür hidroksit kullanım ilkeleri

(1) Tedaviye başlamak için diğer fosfor düşürücü ilaçların en az 3 ay süreyle kullanılmış olması ve bu hususun raporda belirtimli olması gereklidir. Bu sure sonunda:

- a) Kalsiyum ve fosfor çarpımı 72 ve üzerinde olan veya
- b) PTH düzeyinin 100 pg/ml değerinin altında olan adinamik kemik hastalığı olguları veya
- c) Kt/V değeri 1,4'ün üzerinde olmasına rağmen düzeltilmiş kalsiyum ve fosfor çarpımı 55'in üzerinde olan veya
- ç) Kt/V değeri 1,4'ün üzerinde olan hastanın PTH değeri 300 pg/ml ve üzerinde olan, hastalarda tedaviye başlanır.

(2) Hemodiyaliz veya periton diyaliz tedavisi altındaki hastalara nefroloji veya diyaliz sertifikali iç hastalıkları/çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinden birinin düzenlediği ve yukarıdaki durumlardan sevelamer (Ek: RG- 07/10/2016- 29850/ 18-b md. Yürürlük: 15/10/2016) , lantanyum karbonat veya alüminyum klorür hidroksit kullanımını gerektiren durumun belirtildiği uzman hekim raporuna dayanılarak bu hekimlerce veya diyaliz sertifikali tüm hekimler tarafından reçete edildiğinde bedeli ödenir.

(3) Her reçetede fosfor düzeyini gösterir son 1 ay içinde yapılmış tetkik sonuç belgesinin tarihi ve sonucu belirtilir. Bir defada en fazla (**Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 23 md. Yürürlük: 07/08/2014**) (**birer aylık dozda**) bir kutu **bir aylık dozda** ilaç verilir. Fosfor düzeyi 3,5 mg/dl'nin altında olduğu durumlarda tedavi kesilir.

(4) Fosfor düzeyinin (**Değişik: RG- 07/10/2016- 29850/ 18-c md. Yürürlük: 15/10/2016**) **3,5 4 mg/dl**'nin üzerine çıkışması durumunda tedaviye ilk başlama kriterleri aranarak tekrar başlanabilir.

(**Ek: RG- 07/10/2016- 29850/ 18-c md. Yürürlük: 15/10/2016**)

(5) Sevelamer ve lantanyum karbonat kombine olarak kullanılamaz.

4.2.9.C - Parikalsitol kullanım ilkeleri

4.2.9.C-1 - Parikalsitolun enjektabl formları

(1) (**Değişik: RG- 04/05/2013- 28637/ 11 md. Yürürlük: 11/05/2013**) ~~Diyalizat kalsiyumunun 1,25 mmol/l ile kullanılmasına rağmen albümün ile düzeltilmiş serum kalsiyumu 9,2 mg/dl altında ve serum fosfor 5 mg/dl altında ve parathormon (PTH) düzeyi 300 pg/ml'nin üzerinde olan hemodiyaliz tedavisi altındaki hastalarda başlanır. Diyalizat kalsiyumunun 1,25 mmol/l ile kullanılmasına rağmen albümün ile düzeltilmiş serum kalsiyumu 9,5 mg/dl altında ve serum fosfor 5,5 mg/dl altında ve parathormon (PTH) düzeyi 300 pg/ml'nin üzerinde olan hemodiyaliz tedavisi altındaki hastalarda başlanır.~~

(2) Aynı hasta grubunda düzeltilmiş serum kalsiyum düzeylerinin 10,2 mg/dl veya serum fosfor düzeylerinin 6 mg/dl'yi geçtiği durumlarda kesilir.

(3) İlgili koşulların söz konusu olduğu hemodiyaliz tedavisi altındaki hastalarda nefroloji veya diyaliz sertifikalı iç hastalıkları/cocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinden birinin düzenlediği sağlık raporuna istinaden 3 aylık dozda bu hekimlerce veya diyaliz sertifikalı tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.

(4) Tetkik sonuç belgesinin tarihi ve sonucu reçetede veya raporda belirtilir. Reçete tekrarında da yeni tetkik sonuç belgesinin tarihi ve sonucu reçetede veya raporda belirtilir.

4.2.9.C-2 - Parikalsitolun oral formları

(1) Parikalsitolun oral formları; evre 5 kronik böbrek yetmezliği hastalığı olup, periton diyaliz tedavisi altında olan, 3 aylık aktif D vitamini tedavisine ve Ca düzeyi 1,25 mmol/L konsantrasyonlu diyalizat solüsyonu kullanılmasına rağmen, albümün ile düzeltilmiş serum kalsiyumu 10,2 mg/dl altında ve serum fosfor 5,5 mg/dl altında ve parathormon (PTH) düzeyi 500 pg/ml'nin üzerinde olan hastalarda kullanılır. Düzeltilmiş serum kalsiyum düzeylerinin 10,2 mg/dl veya serum fosfor düzeylerinin 6 mg/dl'yi geçtiği durumlarda kesilir. Nefroloji uzman hekimi tarafından düzenlenen sağlık raporuna dayanılarak nefroloji uzmanı veya diyaliz sertifikalı uzman hekimler tarafından reçete edilir. Tetkikler 3 ayda bir tekrarlanır ve tetkik sonuç belgesinin tarihi ve sonucu reçetede veya raporda belirtilir.

4.2.9.Ç - Cinacalcet kullanım ilkeleri

(1) Hemodiyaliz ya da periton diyaliz tedavisi altında bulunan (**Mülga: RG-21/03/2018-30367/18-a md. Yürürlük: 01/04/2018**) ~~diyalizat kalsiyumunu 1,25 mmol/L ile kullanılmasına rağmen albumin ile düzeltilmiş serum kalsiyum değeri (**Değişik: RG- 21/03/2018-30367/ 18-a md. Yürürlük: 01/04/2018**) $\geq 10,5 \geq 8,5$ mg/dl, parathormon (PTH) düzeyi 700 pg/ml ve üzerinde olduğu belgelenen hastalarda cinacalcet tedavisi başlanabilir.~~

(2) (**Değişik: RG-21/03/2018-30367/ 18-b md. Yürürlük: 01/04/2018**) Serum fosfor ve kalsiyum-fosfor (carpum) değerleri ne olursa olsun, PTH düzeyi 1000 pg/ml üzerinde olan hemodiyaliz ve periton diyaliz hastalarında PTH düzeylerini baskılamak amacıyla cinacalcet tedavisi başlanabilir. ~~Hemodiyaliz veya periton diyaliz tedavisi altındaki hastalardan albumin ile düzeltilmiş serum kalsiyum değeri $\leq 8,4$ mg/dl olanlarda cinacalcet tedavisi kesilir.~~

(3) Yukarıdaki hasta gruplarında PTH düzeyi 400 pg/ml'nin altına düşen hastalarda cinacalcet tedavisi kesilir.

(4) Hemodiyaliz veya periton diyaliz tedavisi altındaki hastalarda, başlangıç değerleri nefroloji uzmanıca düzenlenen raporda belirtilmek kaydıyla, nefroloji uzmanları veya diyaliz sertifikalı uzman hekimler tarafından en fazla 3 ay öncesine ait kalsiyum ve PTH değerleri reçete veya rapor üzerinde belirtilir. Reçete tekrarında yeni tetkik sonuç belgesinin tarihi ve sonucu reçetede veya raporda belirtilir.

(5) Serum kalsiyum düzeyleri temelinde paratiroidektomi endike olduğu halde (ilgili tedavi kılavuzlarında tanımlanıldığı şekilde) paratiroideminin klinik açıdan uygun olmadığı veya kontrendike olduğu primer hiperparatiroidili hastalarda hiperkalseminin düşürülmesi endikasyonunda;

a) ASA-IV grubu hastalar veya

b) Opere olmuş ancak nüks olan hastalardan; bifosfonatlar ile hiperkalsemisi kontrol altına alınamamış ve albümün ile düzeltilmiş serum kalsiyum değeri $\geq 10,5$ mg/dl olan hastalar,

icin üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında, bu durumların belirtildiği endokrinoloji, genel cerrahi ve anestezi uzman hekimlerinin bulunduğu 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden endokrinoloji uzman hekimlerince reçetelenebilir:

4.2.9.D - Oral esansiyel aminoasit preperatları ve keto analogları kullanım ilkeleri

(1) Serum albumin düzeyi $< 3,5$ g/dL olan; Evre 4 KBH (glomerüler filtrasyon hızı < 30 ml/dak) veya Evre 5 KBH (diyaliz hastaları dahil) hastalarında;

a) Son 3 ayda ağırlığında %10 ve daha fazla kilo kaybı olması veya

b) Vücut Kitle Indeksi (BMI = Body Mass Index) 19'un altında olması, halinde tedaviye başlanır.

(2) İlaç tedavisini kesme kriterleri;

a) Tedavinin ilk 6 ayının sonunda başlangıç serum albümün düzeyinde %25'lik artış sağlanamayan hastalarda veya

b) Tedavinin ilk 3 ayının sonunda ve/veya tedavinin devamında serum albümün düzeyi 4 g/dL'nin üzerine çıkan tüm hastalarda,

ilaç kesilir.

c) Tedavisi kesilen hastalarda yeniden tedaviye başlarken tedavi başlangıç kriterleri aranır.

(3) Bu hastalarda, nefroloji veya diyaliz sertifikalı iç hastalıkları/cocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinden birinin düzenlediği ve yukarıdaki hususların belirtildiği 1 yıl süreli sağlık raporuna istinaden 3 aylık dozda bu hekimlerce veya diyaliz sertifikalı tüm hekimler tarafından reçete edilebilir. Her reçetelemede serum albumin düzeyine ait yeni tetkik sonuç

belgesinin tarihi ve sonucu reçete veya raporda belirtilir. Devam raporlarında ise hastanın tedaviye başlangıç albumin düzeyi yer almmalıdır.

4.2.10 - Lizozomal hastalıklar için tedavi ilkeleri

4.2.10.A - Gaucher hastalığında tedavi esasları

(1) Periferik kandan veya dokudan enzim (glucocerebrosidase) düzeyinin veya mutasyon analiz sonuçlarının hastalıkla uyumlu olmasına göre tanı konulmuş olmalıdır.

(2) Tedavi endikasyonu olan hastalık tipleri; Tip I (Non Nöropatik Form) ve Tip III (Kronik Nöropatik Form)'dır. Tip II (Akut Nöropatik Form) için enzim tedavisi yapılmayacaktır.

4.2.10.A-1 - Tip I ve Tip III Gaucher hastalarında enzim tedavisine başlama ve sonlandırma kriterleri

(1) Enzim tedavisi;

a) Hastanın hemoglobin değerinin erişkinler için 8 ile 10 g/dl arasında olması, çocukların için yaşa göre normalin alt sınırının 2 g/dl altında olması,

b) Kan trombosit sayısının 50.000 ile 100.000/mm³ olması,

(Değişik: RG- 28/12/2018- 30639/ 14 md. Yürürlük: 08/01/2019)

c) Karaciğer volumünün normalinin 1,25 ile 2,5 kat artmış olması,

ç) Dalak volumünün 5 ile 15 kat artmış olması,

c) Karaciğer hacminin herhangi bir görüntüleme yöntemi ile en az 1,25 kat artmış olduğunun tespit edilmesi,

ç) Dalak hacminin herhangi bir görüntüleme yöntemi ile en az 5 kat artmış olduğunun tespit edilmesi,

d) DEXA ile kemik mineral dansite Z skorunun hastanın yaşı grubuna göre -1,5 ile -2,5 SD arasında olması,

e) Düz kemik grafisinde avasküler nekroz alanlarının olması,

kriterlerinden en az birisinin varlığında hastaya 2 haftada bir gün en fazla 30 IU/kg dozunda uygulanacaktır;

(2) Birinci fikrada sıralanan hükümler doğrultusunda ilk tedavi başlangıcından itibaren 6 ncı ayın sonunda tedaviye başlangıç kriter/kriterlerinde düzelleme göstermeyeceğinden 1 yıl boyunca 2 haftada bir gün en fazla 60 IU/kg uygulanacaktır. Yapılacak bu tedavi sonrasında başlangıçta göre düzelleme göstermeyeceğinden hastalarda enzim tedavisi kesilir.

(3) Aşağıdaki kriterlerden en az birisinin varlığında ise hastaya doğrudan 2 haftada bir gün en fazla 60 IU/kg dozunda enzim tedavisi uygulanacaktır.

a) Hemoglobin değerinin erişkinler ve çocukların için 8 g/dl nin altında olması,

b) Kan trombosit sayısının 50.000 /mm³ altında olması,

(Değişik: RG- 28/12/2018- 30639/ 14 md. Yürürlük: 08/01/2019)

c) Karaciğer volumünün normalin 2,5 katının üstünde artmış olması,

ç) Dalak volumünün 15 katının üstünde artmış olması,

c) Karaciğer hacminin herhangi bir görüntüleme yöntemi ile en az 1,25 kat artmış olduğunun tespit edilmesi,

ç) Dalak hacminin herhangi bir görüntüleme yöntemi ile en az 5 kat artmış olduğunun tespit edilmesi,

d) DEXA ile kemik mineral dansite Z skorunun erişkin hastanın yaşı grubuna göre -2,5 SD altında olması, çocukların boy ve/veya kilo gelişiminin yaşı göre -2 SD altında olması,

e) Düz kemik grafisinde avasküler nekroz alanlarının ve patolojik kırıklarının olması,

f) Hastalığa bağlı olarak kronik kemik ağrılarının oluşması ve geçirilmiş eklem ameliyatının olması.

(4) Üçüncü fikrada sıralanan hükümler doğrultusunda, 2 (iki) haftada bir gün 60 IU/kg dozunda enzim tedavisi uygulanan hastalarda birinci yılın sonunda yapılan değerlendirme hastanın tedaviye başlamasına esas olan kriter/kriterlerde düzelleme göstermeyeceğinden hastalarda enzim tedavisi kesilir.

(5) Daha önceki SUT hükümlerine göre tedaviye başlanan hastalarda tedavi, rapor süresi sonuna kadar devam eder. Bu sürenin sonunda düzenlenecek yeni raporda; yukarıda yer alan tedaviye başlangıç kriter/kriterlerinin herhangi birisinde düzelleme olduğunun belirtilmesi koşuluyla yukarıda belirtilen dozlara göre tedaviye devam edilir.

4.2.10.A-2 - Substrat inhibisyon tedavi kriterleri

(1) Gaucher hastalığında ilk tedavi seçeneği enzim replasman tedavisiidir. Ancak;

a) Enzim tedavisine ağır alerjik reaksiyonlar veya hipersensitivite geliştirenlerde,

b) Enzim tedavisi kriter/kriterleri kapsamında enzim tedavisi kesilmiş olan hastalarda, miglustat tedavisi geçilir.

(2) Miglustat tedavisi yanıt, enzim tedavisinden miglustat tedavisi geçişe neden olan kriter/kriterler açısından takip edilir. Birinci yılın sonunda tedaviye başlanması esas olan bu kriter/kriterlerde düzelleme göstermeyeceğinden hastalarda miglustat tedavisi kesilir.

4.2.10.A-3 - Rapor ve reçeteleme koşulları

(1) Hasta adına, (Ek:RG-09/09/2017-30175/19-a md.Yürürlük:23/09/2017) çocuk endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları veya çocuk metabolizma veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları veya gastroenteroloji uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenir. Raporda; teşhis, başlangıç ve devam kriteri/kriterleri ile ilgili tüm bilgiler yer alır. Rapor süresi 6 aydır. Bu rapora dayanılarak yine bu hekimlerce, bu hekimlerin bulunmadığı yerlerde ise çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete düzenlenir.

(2) Hastanın takip ve tedavi edildiği sağlık kurumlarında, hastalar adına dosyalar açılacak ve tüm bilgiler bu dosyada muhafaza edilecektir.

4.2.10.B - Fabry Hastalığı tedavi esasları

(1) Periferik kandan veya dokudan enzim (alfa galactosidase) düzeyinin veya mutasyon analiz sonuçlarının hastalıkla uyumlu olmasına göre tanı konulmuş olmalıdır. (Enzim düzeyi normal saptanan bayan hastalarda moleküller analiz sonuçlarının hastalıklla uyumlu olmasına göre tanı konulmuş olmalıdır.)

4.2.10.B-1 - Enzim tedavisi başlama ve sonlandırma kriterleri

(1) Aşağıdaki kriterlerden herhangi birisinin varlığında enzim replasman tedavisi uygulanır.

a) Böbrek fonksiyonlarında bozulma (aşağıdaki kriterlerden herhangi birisinin varlığı);

1) Yaşa göre ayarlanmış kreatinin klerensinin (glomerül filtrasyon hızı) 80 ml/dk altında olması,

- 2) 24 saatte 300 mg üzerinde proteinürü olması,
- 3) Böbrek biyopsisinde endoteliyal depolanmanın varlığı ile birlikte mikroalbüminürinin olması.
- b) Kalp tutulumunun gösterilmesi (EKG veya ECHO veya anjiografi veya elektrofizyolojik çalışma ile),
- c) Nörolojik tutulumun gösterilmesi,
- c) Gastro intestinal sistem bulgularının olması,
- d) Vertigo ataklarının olması,
- e) İşitme kaybının olması,
- f) Diğer tedavilere yanıtız nöropatik ağrının olması.

(2) Enzim tedavisi uygulanan hastalarda birinci yılın sonunda yapılan değerlendirmede hastanın tedaviye başlamasına esas olan kriter/kriterlerde düzelleme göstermeye hastalarda enzim tedavisi kesilir.

4.2.10.B-2 - Rapor ve reçeteleme koşulları

(Değişik: RG- 21/03/2018- 30367/ 19 md. Yürürlük: 01/04/2018)

(1) ~~Hasta adına, gastroenteroloji, (Ek:RG-09/09/2017-30175/ 19 b- md. Yürürlük:23/09/2017) çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları, çocuk metabolizma veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenir. Raporda; teşhis, başlangıç ve devam kriter/kriterleri ile ilgili tüm bilgiler yer alır. Rapor süresi 6 aydır. Bu rapora dayanılarak yine bu hekimler ve nefroloji uzman hekimince, bu hekimlerin bulunmadığı yerlerde ise çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete düzenlenir.~~

(1) Hasta adına, en az biri çocuk metabolizma veya çocuk endokrinoloji ve metabolizma uzman hekimi olmak kaydıyla; gastroenteroloji veya nöroloji veya nefroloji uzman hekimlerince düzenlenen sağlık kurulu raporuna istinaden bu hekimlerce, bu hekimlerin bulunmadığı yerlerde ise çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılaşır. Raporda; teşhis, başlangıç ve devam kriter/kriterleri ile ilgili tüm bilgiler yer alır. Rapor süresi 6 aydır.

(2) Hastanın takip ve tedavi edildiği sağlık kurumlarında, hastalar adına dosyalar açılacak ve tüm bilgiler bu dosyada muhafaza edilecektir.

4.2.10.C - Mukopolisakkaridoz Tip I, II ve VI (glikozaminoglikan) hastalığı tedavi esasları

(1) Periferik kandan veya dokudan enzim (Tip I için; L-Iduronidase, Tip II için; İduronidat-2-sulfate sulfatase, Tip VI için; N-Acetyl Galactoseamine-4-Sulfatase) düzeyinin veya mutasyon analiz sonuçlarının hastalıkla uyumlu olmasına göre tanı konulmuş olmalıdır.

4.2.10.C-1 - Enzim tedavisine başlama ve sonlandırma kriterleri

(Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 24 md. Yürürlük: 07/08/2014)

(1) Hastalarda; multiple sülftaz eksikliği olmamalıdır.
(2) 24 aylığın altındaki çocuk hastalarda teşhis için gerekli kriterler olması halinde tedaviye başlanır.
(3) 24 aylık bitiminden 72 ayın sonuna kadar olan hastalarda; "Denver Gelişim Envanteri" veya "Ankara Gelişim Envanteri" uygulanarak hastanın zihinsel gelişim durumu değerlendirilir. Değerlendirme sonucuna göre ileri derecede zekâ özrü saptanmayan hastalarda tedaviye başlanır. İleri derecede zekâ geriliği saptanın hastalarda tedaviye başlanmaz.

(4) 72 ay üzeri hastalarda; "Çocuklar İçin Wesheler Zekâ Ölçeği" (WISC-R) testine göre IQ seviyesi 50 ve üzerinde olanlarda tedaviye başlanır. Bu testin çeşitli nedenlerle uygulanamaması durumunda "Denver Gelişim Envanteri" uygulanır. Buradaki sonuc -2 SD nin altında değilse tedavi başlanır.

(5) Erişkin hastalarda WAIS testine göre tespit edilen IQ seviyesi 60 ve üzerinde olanlarda tedavi başlanır.
(6) Tip I Mukopolisakkaridozda; enzim tedavisine başlangıç tarihi her yenilenen raporda belirtilmelidir. Kemik iliği replasman tedavisi yapılmış ve başarılı olmuş hastalarda replasman sonrası en fazla altı ay daha enzim tedavisi uygulanabilir.
(7) Tip I Mukopolisakkaridozda; kemik iliği replasman tedavisinin başarısız olduğu hastalarda, enzim tedavisine devam kararı hastayı takip eden hekim tarafından yukarıda belirlenen kriterlere göre verilecektir.
(8) Tedaviye başlandıktan 1 yıl sonra hastanın tedaviden fayda gördüğünün raporda belirtilmesi koşulu ile tedaviye devam edilir.

(1) Hastalarda; multiple sülftaz eksikliği olmamalıdır.
(2) 24 aylığın altındaki ve 72 ay üzeri çocuk hastalar ile erişkin hastalarda teşhis için gerekli kriterler olması halinde tedaviye başlanır.
(3) 24 aylık bitiminden 72 ayın sonuna kadar olan hastalarda; ayrıca "Denver Gelişim Envanteri" veya "Ankara Gelişim Envanteri" uygulanarak hastanın zihinsel gelişim durumu değerlendirilir. Değerlendirme sonucuna göre ileri derecede zekâ özrü saptanmayan hastalarda tedaviye başlanır. İleri derecede zekâ geriliği saptanın hastalarda tedaviye başlanmaz.

(4) Tip I Mukopolisakkaridozda; enzim tedavisine başlangıç tarihi her yenilenen raporda belirtilmelidir. Kemik iliği replasman tedavisi yapılmış ve başarılı olmuş hastalarda replasman sonrası en fazla altı ay daha enzim tedavisi uygulanabilir.
(5) Tip I Mukopolisakkaridozda; kemik iliği replasman tedavisinin (Ek:RG- 10/05/2018-30417/ 10 md. Yürürlük: 18/05/2018) yapılmadığı (gerekçesi raporda belirtilmek koşuluyla) veya başarısız olduğu hastalarda, enzim tedavisine devam kararı hastayı takip eden hekim tarafından yukarıda belirlenen kriterlere göre verilecektir.

(6) Tedaviye başlandıktan 1 yıl sonra hastanın tedaviden fayda gördüğünün raporda belirtilmesi koşulu ile tedaviye devam edilir.

4.2.10.C-2 - Rapor ve reçeteleme koşulları

(Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 24 md. Yürürlük: 07/08/2014)

(1) ~~Hasta adına, gastroenteroloji, çocuk metabolizma veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenir. Raporda; teşhis, başlangıç ve devam kriter/kriterleri ile ilgili tüm bilgiler yer alır. Rapor süresi 6 aydır. Bu rapora dayanılarak yine bu hekimlerce, bu hekimlerin bulunmadığı yerlerde ise çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete düzenlenir.~~

(2) Hastanın takip ve tedavi edildiği sağlık kurumlarında, hastalar adına dosyalar açılacak ve tüm bilgiler bu dosyada muhafaza edilecektir.

(1) 72 ay üzeri çocuk ve erişkin hastalar için; çocuk metabolizma (Ek: RG-09/09/2017-30175/19-c md. Yürürlük: 23/09/2017), çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları (**Mülga: RG-21/03/2018- 30367/ 20-a md. Yürürlük: 01/04/2018**, ~~nöroloji, ortopedi, fizik tedavi ve rehabilitasyon ile göğüs hastalıkları (bulunmayan yerlerde çocuk alerji ve/veya imünoloji)~~) uzman hekimlerinin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenir. Raporda; teşhis, başlangıç ve devam kriter/kriterleri ile ilgili tüm bilgiler yer alır. Rapor süresi 1 yıldır. Bu rapora dayanılarak çocuk metabolizma veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimlerince, bu hekimlerin bulunmadığı yerlerde ise çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete düzenlenir.

(2) 72 ay altı çocuk hastalar için; çocuk metabolizma (Ek: RG-09/09/2017-30175/19-c md. Yürürlük: 23/09/2017), çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenir. Raporda; teşhis, başlangıç ve devam kriter/kriterleri ile ilgili tüm bilgiler yer alır. Rapor süresi (Değişik: RG-21/03/2018-30367/20-b md. Yürürlük:01/04/2018) ~~6 aydır~~, 1 yıldır. Bu rapora dayanılarak yine bu hekimlerce, bu hekimlerin bulunmadığı yerlerde ise çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete düzenlenir.

(3) Hastanın takip ve tedavi edildiği sağlık kurumlarında, hastalar adına dosyalar açılacak ve tüm bilgiler bu dosyada muhafaza edilecektir.

4.2.10.Ç - Pompe Hastalığı tedavi esasları

(1) Periferik kandan veya dokudan enzim (α -glucosidase) düzeyinin veya mutasyon analiz sonuçlarının hastalıkla uyumlu olmasına göre tanı konulmuş olmalıdır.

4.2.10.Ç-1 - Enzim tedavi kriterleri

(1) İki yaş ve altındaki tüm hastaların tedavisine doğrudan başlanır.

(2) İki yaş üstündeki hastalarda ise yaşam kalitesini bozacak derecede kas veya solunum sistemi veya kalp tutulumunun olması durumunda enzim replasman tedavisi başlanır.

4.2.10.Ç-2 - Rapor ve reçeteleme koşulları

(1) Hasta adına, gastroenteroloji, çocuk metabolizma (Ek:RG-09/09/2017-30175/19-c md. Yürürlük: 23/09/2017), ~~çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları~~ veya nöroloji uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenir. Raporda; teşhis, başlangıç ve devam kriter/kriterleri ile ilgili tüm bilgiler yer alır. Rapor süresi 1 yıldır. Bu rapora dayanılarak yine bu hekimlerce, bu hekimlerin bulunmadığı yerlerde ise çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete düzenlenir.

(2) Hastanın takip ve tedavi edildiği sağlık kurumlarında, hastalar adına dosyalar açılacak ve tüm bilgiler bu dosyada muhafaza edilecektir.

4.2.10.D - Niemann-Pick Tip C Hastalığı tedavi esasları

(1) Filipin Boyası veya moleküler analiz veya fonksiyonel çalışma ile Niemann-Pick Tip C tanısı kesinleşmiş olmalıdır.

4.2.10.D-1 - Tedavi kriterleri

(1) Niemann-Pick Tip C tanısı kesinleştirilen ve nörolojik bulgusu saptanan her hastada tedaviye başlanır.

(2) Tedavinin başlangıcından itibaren 6 ncı ayın sonunda nörolojik bulguları başlangıca göre stabil kalan veya düzelleme görülen hastalarda tedaviye devam edilir.

4.2.10.D-2 - Rapor ve reçeteleme koşulları

(1) Hasta adına, gastroenteroloji, çocuk metabolizma (Ek:RG-09/09/2017-30175/19-d md. Yürürlük: 23/09/2017), ~~çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları~~ veya nöroloji uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenir. Raporda; teşhis, başlangıç ve devam kriter/kriterleri ile ilgili tüm bilgiler yer alır. Rapor süresi 6 aydır. Bu rapora dayanılarak yine bu hekimlerce, bu hekimlerin bulunmadığı yerlerde ise çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete düzenlenir.

(2) Hastanın takip ve tedavi edildiği sağlık kurumlarında, hastalar adına dosyalar açılacak ve tüm bilgiler bu dosyada muhafaza edilecektir.

4.2.10.E - Diğer lizozomal depo hastalıklarının tedavi esasları

(1) Mukopolisakkaridoz tip III, IV ve VII, wolman hastalığı ve kolesterol ester depo hastalığı gibi hastalıkların tedavisinde (Ek:RG-09/09/2017-30175/19-e md. Yürürlük: 23/09/2017) ~~çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları veya~~ çocuk metabolizma hastalıkları veya gastroenteroloji veya nöroloji veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı, 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak yine bu hekimlerce reçete edilecektir.

(Ek:RG-08/06/2017-30090/11 md. Yürürlük:16/06/2017)

(2) Mukopolisakkaridoz Tip IV A (Mørke A Sendromu) hastalığının tedavisinde; Periferik kandan veya dokudan enzim (N-asetilgalaktozamin 6-sülfataz) düzeyinin veya mutasyon analiz sonuçlarının hastalıkla uyumlu olmasına göre tanı konulmuş hastalardan; 60 ay ve üzeri desteksiz yürüyebilen hastalarda; tanıya esas kriter /kriterlerin ve 6 dakika yüreme testi sonuçlarının belirtildiği, 60 ay altı hastalarda ise tanıya esas kriter/kriterlerin belirtildiği üçüncü basamak resmi sağlık kuruluşlarında düzenlenen en az bir (Ek:RG-09/09/2017- 30175/19-e md. Yürürlük: 23/09/2017) çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları veya ~~çocuk metabolizma hastalıkları uzmanının yer aldığı, en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak~~ (Ek:RG-09/09/2017- 30175/19-e md. Yürürlük: 23/09/2017) çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları, çocuk metabolizma hastalıkları, göğüs hastalıkları, ortopedi ve nöroloji uzmanı tarafından reçete edilir.

4.2.11 - Glokom ilaçları

(1) Glokom ilaçları ile tedaviye göz sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından başlanacaktır. Göz sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak diğer hekimlerce de reçete edilebilir.

4.2.12 - İmmünglobulinlerin kullanım ilkeleri

4.2.12.A - Spesifik/hiperimmün İV immünglobulinlerin kullanım ilkeleri

(1) Spesifik/hiperimmün immünglobulinler ayakta tedavide, sadece Sağlık Bakanlığının onay verdiği endikasyonlarda düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak uzman hekimler tarafından reçete edilir. Hepatit B, tetanos ve kuduz immünglobulinlerinde uzman hekim raporu şartı aranmaz.

(2) Anti-HepB Ig, klinik uzman hekimler tarafından ve vaka başına profilaktik olarak 0,02-0,06 ml/kg/doz erişkinlerde maksimum 1.600 ünite, çocuklarda maksimum 800 ünitesi aşmamak üzere reçete edilebilir.

(Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 25-a md. Yürürlük: 07/08/2014)

(3) Hepatit B immunglobulinin, Hepatit B virüs yüzey antijeni taşıyan (Hbs-Ag) hastalarda karaciğer transplantasyonu sonrası enfeksiyon profilaksi endikasyonunda kullanımı;

a) 100-1.000 IU Hepatit B Immunglobulini içeren ilaçların prospektüsünde de belirtildiği gibi ameliyat süresince karaciğersiz fazda 10.000 IU, ameliyattan sonra ise her gün (yedi gün boyunca) 2.000 IU şeklindedir. Takip eden uzun dönem tedavi süresince aylık Anti HBs serum seviyesi kontrolleriyle, 100 IU/litre serum seviyesi olacak şekilde sürdürülmelidir. Bu uzun dönem tedavi süresince aylık toplam 2.000 IU dozuna kadar,

b) 5.000 IU Hepatit B Immunglobulini içeren ilaçların prospektüsünde de belirtildiği gibi ameliyat süresince karaciğersiz fazda 10.000 IU, ameliyattan sonra ise 1inci, 4 üncü ve 7 nci günlerde 5.000 IU şeklindedir. Takip eden uzun dönem tedavi süresince aylık Anti HBs serum seviyesi kontrolleriyle, 100 IU/litre serum seviyesi olacak şekilde sürdürülmelidir. Bu uzun dönem tedavi süresince 2 ayda bir toplam 5.000 IU dozuna kadar, kullanılması uygundur.

(3) Hepatit B Immunglobulinin, Hepatit B virüs yüzey antijeni taşıyan (HbsAg) hastalarda karaciğer transplantasyonu sonrası enfeksiyon profilaksi endikasyonunda kullanımı;

a) 100- 1560 IU Hepatit B Immunglobulini içeren ilaçların prospektüsünde de belirtildiği gibi ameliyat süresince karaciğersiz fazda 10.000 IU, ameliyattan sonra ise her gün (yedi gün boyunca) 2.000 IU şeklindedir. Takip eden uzun dönem tedavi süresinde ise aylık toplam 2.000 IU dozuna kadar kullanılması ve en fazla bu dozda reçetelenmesi uygundur. Uzun dönem tedavinin birinci ayının sonunda Anti HBS düzeyi 100 IU/litrenin altında ise bu durumun raporda/reçetede belirtilmesi koşuluyla ilave 2000 IU kullanılabilir.

b) 5.000 IU Hepatit B Immunglobulini içeren ilaçların prospektüsünde de belirtildiği gibi ameliyat süresince karaciğersiz fazda 10.000 IU, ameliyattan sonra ise 1inci, 4 üncü ve 7 nci günlerde 5.000 IU şeklindedir. Takip eden uzun dönem tedavi süresinde ise 2 ayda bir toplam 5.000 IU dozuna kadar kullanılması ve en fazla bu dozda reçetelenmesi uygundur. Uzun dönem tedavinin birinci ayının sonunda Anti HBS düzeyi 100 IU/litrenin altında ise bu durumun raporda/reçetede belirtilmesi koşuluyla ilave 5000 IU kullanılabilir.

(Değişik: RG- 07/10/2016- 29850/ 19 md. Yürürlük: 15/10/2016)

4.2.12.B - Spesifik olmayan/gamma/polivalan immünglobulinler (IVIg)

4.2.12.B - Spesifik olmayan/gamma/polivalan immünglobulinler (IVIg ve subcutan immunglobulinler)

(1) Aşağıda yer alan endikasyonlar için;

a) Pediyatrik HIV enfeksiyonunda pediyatrik enfeksiyon hastalıkları uzman hekimi tarafından,

b) Guillan-Barre sendromunda, bulber tutulumu olan myastenia graviste nöroloji uzman hekimi tarafından,

c) **(Değişik: RG- 30/08/2014- 29104/ 13 md. Yürürlük: 06/09/2014)** Gebelikte sekonder immün trombositopeni veya gebelik ve ITP beraberliğinde Gebelikte sekonder immün trombositopeni veya gebelik ve ITP (Primer İmmun Trombositopeni) beraberliğinde kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimi (**Ek: RG- 25/07/2014- 29071/ 25-b md. Yürürlük: 07/08/2014**) ve hematoloji uzmanı tarafından,

c) Prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebeklerin nasokomial enfeksiyonları ile anne ve fetus arasındaki kan grubu uyuşmazlıklarında hemolizin azaltılmasında, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından,

d) Yoğun bakımda yatan hastalarda antibiotik tedavisine yardımcı olarak şiddetli bakteriyel enfeksiyonlarının (sepsis ve septik şok) tedavisiinde ilgili uzman hekimi tarafından,

e) Nörolojik hastalıklardan; myastenik kriz, limbik ensefalit, opsoklonus-myoklonus, eaton lambert sendromu, rasmussen ensefaliti, stiff person sendromunda (**Değişik: RG-21/03/2018- 30367/21-a md. Yürürlük:01/04/2018**) ilgili uzman hekimler nöroloji uzman hekimleri tarafından,

(Değişik: RG- 28/12/2018- 30639/ 15-a md. Yürürlük: 08/01/2019)

f) Kronik inflamatuvar polinöropati (CIDP) ve multifokal motor nöropati (MMN) endikasyonlarında ise steroid tedavisine (puls ve idame tedavisine en az 6 ay) yetersiz cevap veya steroid tedavisine kanıtlanmış komplikasyon ve/veya kontrendikasyon durumlarda (**Değişik: RG-21/03/2018- 30367/21-b md. Yürürlük:01/04/2018**) ilgili uzman hekimler nöroloji uzman hekimleri tarafından, (**Ek: RG- 21/03/2018- 30367/21-b md. Yürürlük:01/04/2018**) 1 yıl süreyle düzenlenen uzman hekim raporuna istinaden ilgili uzman hekimlere

reçete edilebilir. (Bu endikasyonlar için Sağlık Bakanlığı endikasyon dışı onayı aranmaz.)

f) Kronik İnflamatuvar Polinöropati (CIDP) ve Multifokal Motor Nöropati (MMN) endikasyonlarında ise steroid tedavisine (puls ve idame tedavisine en az 6 ay) yetersiz cevap veya steroid tedavisine kanıtlanmış komplikasyon ve/veya kontrendikasyon durumlarda nöroloji uzman hekimleri tarafından,

1 yıl süreyle düzenlenen uzman hekim raporuna istinaden ilgili uzman hekimlerce 1 aylık dozda reçete edilebilir. Bu endikasyonlar için Sağlık Bakanlığı endikasyon dışı ilaç kullanım onayı aranmaz.

(2) **(Ek: RG- 25/07/2014- 29071/ 25 md. Yürürlük: 07/08/2014)** Sağlık Bakanlığınca onaylı diğer endikasyonlar için; hematoloji, tıbbi onkoloji, enfeksiyon hastalıkları, immünoloji veya romatoloji ve nefroloji uzman hekimleri, üniversitelerle eğitim ve araştırma hastanelerinde ise bu hekimlere ilave olarak iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen (**Ek:RG- 28/12/2018- 30639/ 15-b md. Yürürlük: 08/01/2019**) 1 yıl süreli uzman

hekim raporuna dayanılarak uzman hekimler tarafından (Ek:RG- 28/12/2018- 30639/ 15-b md. Yürürlük: 08/01/2018) 1 aylık dozda reçete edilir. (Birdshot retinokoroidopati endikasyonu ödenmez.)

4.2.13 - Hepatit tedavisi

(Değişik: RG- 18/06/2016- 29746/ 13-a md. Yürürlük: 18/06/2016)

(Değişik: RG- 26/09/2013- 28777/ 4-a md. Yürürlük: 04/10/2013)

(1) Akut ve kronik viral hepatit tedavisinde kullanılan ilaçlar gastroenteroloji veya enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporuna dayanılarak bu uzman hekimler ile çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilir. Oral antiviral tedavilerde ilk rapor süresi en fazla 6 ay, sonraki rapor süreleri bir yıl geçemez.

(1) Akut ve kronik viral hepatit tedavisinde kullanılan ilaçlar gastroenteroloji veya enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporuna dayanılarak bu uzman hekimler ile çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilir. Hepatit tedavisinde daha önce kullanılan ilaçlar, tanı, tedaviye başlama ve kesilme kriterleri gibi bilgilerin raporda belirtilmesi gerekmektedir. Oral antiviral tedavilerde ilk rapor süresi en fazla 6 ay, sonraki rapor süreleri bir yıl geçemez.

(1) (Değişik: RG- 07/10/2016- 29850/ 20 md. Yürürlük: 18/06/2016) Hepatit tedavisinde daha önce kullanılan ilaçlar, tanı, tedaviye başlama ve kesilme kriterleri gibi bilgilerin raporda belirtilmesi gerekmektedir. Oral antiviral tedavilerde ilk rapor süresi en fazla 6 ay, sonraki rapor süreleri bir yıl geçemez. Akut ve kronik viral hepatit tedavisinde kullanılan ilaçlar gastroenteroloji veya enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen sağlık raporuna dayanılarak bu uzman hekimler ile çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilir.

(Ek: RG- 07/10/2016- 29850/ 20 md. Yürürlük: 18/06/2016)

(2) Hepatit tedavisinde daha önce kullanılan ilaçlar, tanı, tedaviye başlama ve kesilme kriterleri gibi bilgilerin raporda belirtilmesi gerekmektedir. (Mülga: RG-21/03/2018-30367/22-a md. Yürürlük:01/04/2018) Oral antiviral tedavilerde ilk rapor süresi en fazla 6 ay, sonraki rapor süreleri bir yıl geçemez.

(Değişik: RG- 18/06/2016- 29746/ 13-b md. Yürürlük: 18/06/2016)

4.2.13.A - Kronik Hepatit B tedavisi

4.2.13.1 - Kronik Hepatit B tedavisi

(Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 26-a md. Yürürlük: 07/08/2014)

(1) İlk tedaviye başlamak için; HBV DNA seviyesi $10.000 (10^4)$ kopya/ml (2.000 IU/ml) veya üzerinde olan hastalar, bu durumun belirtildiği rapor ve eki tıtkık sonuçlarına (HBV DNA sonucu ve karaciğer biyopsi raporu) göre;

a) Erişkin hastalarda; karaciğer biyopsisinde Hastalık Aktivite İndeksi (HAI) ≥ 6 veya fibrozis ≥ 2

b) 2-18 yaş grubu hastalarda; ALT normalin üst sınırının 2 katından daha yüksek ve karaciğer biyopsisinde HAI ≥ 4 veya fibrozis ≥ 2 ,

olan hastaların tedavisine interferonlar veya pegile interferonlar veya oral antiviraller ile başlanabilir.

(2) Klasik interferonların toplam dozu haftada 30 milyon, ayda 120 milyon üniteyi geçemez.

(3) Erişkin hastalarda interferonlar ve pegile interferonlar ALT değeri normalin üst sınırının 2 katını geçen, HBsAg negatif olan ve HBV DNA $\leq 10^7$ kopya/ml olan hastalar ile HBsAg pozitif olan ve HBV DNA $\leq 10^9$ olan hastalarda kullanılabilir. Interferonlar ve pegile interferonlar kronik hepatit B hastalarında en fazla 48 hafta süreyle kullanılabilir.

(4) 2-18 yaş grubu hastalarda tedaviye lamivudin ya da interferonlar ile başlanabilir. Çocuklarda interferon tedavi süresi 24 haftadır. Bu grup hastalarda 24 haftalık tedavinin bitiminden en az 1 yıl sonra bu maddenin birinci fikrasının b bendinde tarif edilen koşulları yeniden taşıyan hastalara en fazla 24 haftalık ikinci bir interferon tedavisi daha verilebilir.

(5) Erişkin hastalarda oral antiviral tedavisi;

a) HBV DNA $\leq 10^7$ kopya/ml (2.000.000 IU/ml) ise günde 100 mg lamivudin veya 600 mg telbivudin ile başlanır. Tedavinin 24 ünecü haftasında HBV DNA 50 IU/ml (300 kopya/ml) ve üzerinde olan hastalarda diğer oral antiviraller kullanılabilir.

b) HBV DNA $> 10^7$ kopya/ml (2.000.000 IU/ml) olanlarda diğer oral antivirallerden biri ile tedaviye başlanabilir.

c) Çocuk hastalarдан, HBV DNA seviyesi $10.000 (10^4)$ kopya/ml (2.000 IU/ml) veya üzerinde olan hastalarda lamivudin tedavisine 3 mg/kg/gün dozunda başlanabilir.

(6) Erişkin hastalar oral antiviral tedavi altındayken;

a) Oral antiviral tedavisi alan hastalarda negatif olan HBV DNA'nın pozitifleşmesi veya HBV DNA'nın 10 kat yükselmesi ile başka bir oral antiviral ajana geçilebilir veya almakta oldukları tedaviye ikinci bir oral antiviral eklenebilir. Başka bir antiviralden lamivudine geçişte ve entekavir veya adefovir tedavisinden tenofovir tedavisine geçişte bu koşullar aranmaz. Lamivudin veya telbivudin tedavisinin 24 ünecü haftasında HBV DNA 50 IU/ml (300 kopya/ml) ve üzerinde olan hastalarda diğer oral antiviraller kullanılabilir. Aneak bu tedavilerin 24 ünecü haftasında HBV DNA 50 IU/ml (300 kopya/ml) altında ise başka bir oral antiviral ajana geçilemez veya eklenmez.

b) Tenofovir veya adefovir veya entekavir ile tedavi alan hastalarda birinci yılın sonunda halen "HBV DNA pozitif" olması durumunda tedaviye başka bir oral antiviral eklenebilir.

c) Oral antiviral tedavisi alan hastalarda gebelik durumunda oral antiviral değişiminde bu koşullar aranmaz.

d) Oral antiviral değişimi ya da tedaviye yeni oral antiviral eklenmesi için, düzenlenecek yeni veya mevcut raporda bu durum belirtilir.

(7) Oral antiviral tedavinin sonlandırılması;

a) Her yenilenen raporda tek başına HBsAg pozitifliği veya HBsAg negatifliği ile birlikte Anti HBs negatifliği raporda belirtilmelidir.

b) Oral antiviral tedavi, HBsAg negatif hastalarda Anti HBs pozitifleştiğinden sonra en fazla 12 ay daha sürdürülür.

(8) Antiviral tedavi almaktı olan hastaların raporlarının yenilenmesinde, başlama kriterlerinin hastanın tedavisine başlandığı tarihteki mevzuata uygun olduğu yeni raporda belirtilir.

(1) İlk tedaviye başlamak için; HBV DNA seviyesi $10.000 (10^4)$ kopya/ml (2.000 IU/ml) veya üzerinde olan hastalar, bu durumun belirtildiği rapor ve eki tıtkık sonuçlarına (HBV DNA sonucu ve karaciğer biyopsi raporu) göre;

- a) Erişkin hastalarda; karaciğer biyopsisinde Histolojik Aktivite İndeksi (HAI) ≥ 6 veya fibrozis ≥ 2
b) 2-18 yaş grubu hastalarda; “ALT normalin üst sınırının 2 katından daha yüksek ve karaciğer biyopsisinde HAI ≥ 4 ”
veya “ALT düzeyine bakılmaksızın fibrozis ≥ 2 ”,
olan hastaların tedavisine interferonlar veya pegile interferonlar veya oral antiviraller ile başlanabilir.
(2) Interferonlar veya pegile interferonlar ile tedavi;
a) Klasik interferonların toplam dozu haftada 30 milyon, ayda 120 milyon üniteyi geçemez.
b) Erişkin hastalarda interferonlar ve pegile interferonlar ALT değeri normalin üst sınırının 2 katını geçen, HBeAg negatif olan ve HBV DNA $\leq 10^7$ kopya/ml olan hastalar ile HBeAg pozitif olan ve HBV DNA $\leq 10^9$ olan hastalarda kullanılabilir. Interferonlar ve pegile interferonlar kronik hepatit B hastalarında en fazla 48 hafta süreyle kullanılabilir.
c) Çocuklarda interferon tedavi süresi 24 haftadır. Bu grup hastalarda 24 haftalık tedavinin bitiminden en az 1 yıl sonra bu maddenin birinci fikrasının b bendinde tarif edilen koşulları yeniden taşıyan hastalara en fazla 24 haftalık ikinci bir interferon tedavisi daha verilebilir.

(Değişik: RG- 28/12/2018- 30639/ 16 md. Yürürlük: 08/01/2019)

(3) Oral antiviral tedaviye;

- a) Erişkin hastalarda; günde 100 mg lamivudin veya 600 mg telbivudin veya 245 mg tenofovir veya 0,5 mg entekavir ile başlanır.
b) 2-18 yaş grubu hastalarda tedaviye lamivudin, 12-18 yaş grubu hastalarda lamivudin veya tenofovir, 16-18 yaş grubu hastalarda lamivudin veya tenofovir veya entekavir ile başlanabilir. Çocuk hastalarda lamivudin tedavisine 3 mg/kg/gün dozunda (günlük maksimum 100 mg), tenofovir tedavisine 245 mg/gün, entekavir tedavisine 0,5 mg/gün dozunda başlanabilir.
(4) Erişkin hastalar oral antiviral tedavi altındayken;
a) Lamivudin veya telbivudin tedavisinin 24 üncü haftasında HBV DNA 50 IU/ml (300 kopya/ml) ve üzerinde olan hastalarda diğer antiviraller kullanılır. Ancak bu tedavilerin 24 üncü haftasında HBV DNA 50 IU/ml (300 kopya/ml) altında ise başka bir oral antiviral ajana geçilemez veya eklenemez.
b) Oral antiviral tedavisi alan hastalarda negatif olan HBV DNA'nın pozitifleşmesi veya HBV DNA'nın 10 kat yükselmesi ile başka bir oral antiviral ajana geçilebilir veya almaktı oldukları tedaviye ikinci bir oral antiviral eklenebilir.
e) Tenofovir veya entekavir ile tedavi alan hastalarda birinci yılın sonunda halen “HBV DNA pozitif” olması durumunda bu iki antiviral arasında geçiş yapılabilir veya bu iki antiviral birlikte kullanılabilir.
ç) Oral antiviral tedavisi alan hastalarda gebelik durumunda oral antiviral değişimiinde bu koşullar aranmaz.
d) Kullanılan antivirale karşı yan etki gelişmesi halinde koşul aranmaksızın başka bir antivirale geçilebilir.
e) Oral antiviral değişimi ya da tedaviye yeni oral antiviral eklenmesi için, düzenlenecek yeni veya mevcut raporda bu durum belirtilir.
f) Adefovir tedavisinde koşul aranmaksızın tenofovir veya entekavire geçilebilir.

(5) Çocuk hastalar oral antiviral tedavi altındayken;

- a) Oral antiviral tedavisi alan hastalarda negatif olan HBV DNA'nın pozitifleşmesi veya HBV DNA'nın 10 kat yükselmesi ile çocuğun yaşı göz önüne alınarak tenofovir veya entekavire geçilebilir veya tenofovir veya entekavir eklenebilir.
b) Lamivudin tedavisinin 24 üncü haftasında HBV DNA 50 IU/ml (300 kopya/ml) ve üzerinde olan hastalarda çocuğun yaşı göz önüne alınarak tenofovir veya entekavir kullanılır. Ancak lamivudin tedavisinin 24 üncü haftasında HBV DNA 50 IU/ml (300 kopya/ml) altında ise başka bir oral antiviral ajana geçilemez veya eklenemez.
e) Tenofovir veya entekavir ile tedavi alan hastalarda birinci yılın sonunda halen “HBV DNA pozitif” olması durumunda bu iki antiviral arasında geçiş yapılabilir veya bu iki antiviral birlikte kullanılabilir.
ç) Kullanılan antivirale karşı yan etki gelişmesi halinde koşul aranmaksızın çocuğun yaşı göz önüne alınarak başka bir antivirale geçilebilir.
d) Oral antiviral değişimi ya da tedaviye yeni oral antiviral eklenmesi için, düzenlenecek yeni veya mevcut raporda bu durum belirtilir.
e) Adefovir tedavisinde koşul aranmaksızın çocuğun yaşı göz önüne alınarak tenofovir veya entekavire geçilebilir.

- (3) Erişkin hastalarda oral antiviral tedaviye; günde 100 mg lamivudin, 600 mg telbivudin, 245 mg tenofovir disoproksil fumarat, 0,5 mg entekavir veya 25 mg tenofovir alafenamid fumarat ile başlanır. Tenofovir alafenamid fumaratin yalnızca aşağıda tanımlı hastalarda kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

- 1- Kronik steroid veya kemik mineral dansitesini etkileyen ilaç kullanımı olan veya travma ilişkili olmayan kemik kırığı öyküsü veya osteoporozu olan hastalar,
2- GFR<60 ml/dk/1,73m² veya kan fosfat düzeyi<2,5 mg/dl olan veya albüminüri/proteinürisi olan veya diyalize giren veya renal transplantasyon yapılmış hastalar.

(4) Erişkin hastalar oral antiviral tedavi almaktı iken;

- a) Lamivudin veya telbivudin tedavisi almaktı iken 24 üncü haftada HBV DNA düzeyi 50 IU/ml (300 kopya/ml) ve üzerinde olan hastalarda diğer antiviraller kullanılabilir. Ancak bu tedavilerin 24 üncü haftasında HBV DNA düzeyi 50 IU/ml'nin (300 kopya/ml) altında ise başka bir oral antiviral ajana geçilemez veya eklenemez.

- b) Oral antiviral tedavi almaktı olan hastalarda negatif (-) olan HBV DNA'nın pozitifleşmesi veya HBV DNA düzeyinin 10 kat yükselmesi ile başka bir oral antivirale geçilebilir veya almaktı oldukları tedaviye ikinci bir oral antiviral eklenebilir.

c) Tenofovir disoproksil fumarat veya tenofovir alafenamid fumarat veya entekavir ile tedavi alan hastalarda birinci yılın sonunda halen HBV DNA düzeyinin pozitif olması durumunda bu antiviraller arasında geçiş yapılabilir veya tenofovir disoproksil fumarat ile entekavir veya tenofovir alafenamid fumarat ile entekavir birlikte kullanılabilir.

ç) Oral antiviral tedavisi almaktan hastalarda gebelik olması durumunda oral antiviral değişiminde bu koşullar aranmaz.

d) Kullanılan antivirale karşı yan etki gelişmesi halinde koşul aranmaksızın başka bir antivirale geçilebilir. Tenofovir alafenamid fumarata geçişte ise bu maddenin üçüncü fikrasında yer alan koşullar aranır.

e) Oral antiviral değişimi ya da tedaviye yeni oral antiviral eklenmesi gerekçesi mevcut raporda veya düzenlenecek yeni raporda belirtilir.

f) Adefovir tedavisinden koşul aranmaksızın tenofovir disoproksil fumarat veya tenofovir alafenamid fumarat veya entekavire geçilebilir.

(5) 2-18 yaş çocuk hastalarda oral antiviral tedaviye;

a) Lamivudin ile 3 mg/kg/gün (günlük maksimum doz 100 mg) dozunda 2-18 yaş grubunda, tenofovir disoproksil fumarat ile 245 mg/gün veya tenofovir alafenamid fumarat ile 25 mg/gün dozunda 12-18 yaş grubunda, entekavir ile 0,5 mg/gün dozunda 16-18 yaş grubunda başlanabilir.

b) Çocuk hastalar oral antiviral tedavi almaktan iken;

1) Lamivudin tedavisi almaktan iken 24 üncü haftada HBV DNA düzeyi 50 IU/ml (300 kopya/ml) ve üzerinde olan çocuk hastalarda yaş grubu göz önüne alınarak tenofovir disoproksil fumarat veya tenofovir alafenamid fumarat veya entekavir kullanılabilir. Ancak bu tedavilerin 24 üncü haftasında HBV DNA düzeyi 50 IU/ml'nin (300 kopya/ml) altında ise başka bir oral antiviral ajana geçilemez veya eklenemez.

2) Oral antiviral tedavi almaktan çocuk hastalarda negatif (-) olan HBV DNA'nın pozitifleşmesi veya HBV DNA düzeyinin 10 kat yükselmesi ile yaş grubu göz önüne alınarak başka bir oral antivirale geçilebilir veya almaktan oldukları tedaviye ikinci bir oral antiviral eklenebilir.

3) Tenofovir disoproksil fumarat veya tenofovir alafenamid fumarat veya entekavir ile tedavi alan çocuk hastalarda birinci yılın sonunda halen HBV DNA düzeyinin pozitif olması durumunda yaş grubu göz önüne alınarak bu antiviraller arasında geçiş yapılabilir veya tenofovir disoproksil fumarat ile entekavir veya tenofovir alafenamid fumarat ile entekavir birlikte kullanılabilir.

4) Kullanılan antivirale karşı yan etki gelişmesi halinde koşul aranmaksızın çocuğun yaşı göz önüne alınarak başka bir antivirale geçilebilir.

5) Oral antiviral değişimi ya da tedaviye yeni oral antiviral eklenmesi gerekçesi mevcut raporda veya düzenlenecek yeni raporda belirtilir.

6) Adefovir tedavisinden koşul aranmaksızın çocuğun yaşı göz önüne alınarak tenofovir disoproksil fumarat veya tenofovir alafenamid fumarat veya entekavire geçilebilir.

(6) Oral antiviral tedavinin sonlandırılması;

a) Her yenilenen raporda tek başına HBsAg pozitifliği veya HBsAg negatifliği ile birlikte Anti-HBs negatifliği raporda belirtilmelidir.

b) Oral antiviral tedavi, HBsAg negatif hastalarda Anti-HBs pozitifleşikten sonra en fazla 12 ay daha sürdürülür.

(Değişik: RG- 10/05/2018-30417/ 11 md. Yürürlük: 18/05/2018)

(7) (Değişik: RG- 21/03/2018- 30367/22-b md. Yürürlük:01/04/2018) ~~Antiviral tedavi almaktan olan hastaların raporlarının yenilenmesinde, başlama kriterlerinin hastanın tedavisine başlandığı tarihteki mevzuata uygun olduğu yeni raporda belirtilir.~~ Kronik hepatitis B tedavisinde daha önce kullanılan ilaçlar, tanı, tedaviye başlama ve kesilme kriterleri gibi bilgilerin raporda belirtilmesi gerekmektedir.

(Değişik: RG- 28/12/2018- 30639/ 16 md. Yürürlük: 08/01/2019)

(7) Antiviral tedavi almaktan olan hastaların raporlarının yenilenmesinde, başlama kriterlerinin hastanın tedavisine başlandığı tarihteki mevzuata uygun olduğu yeni raporda belirtilir.

(7) Antiviral tedavi almaktan HBsAg pozitifliği devam eden hastalarda; klinik, laboratuvar, görüntüleme ve gereklisi halinde karaciğer biyopsisi verilerinin değerlendirilmesi sonucunda verilecek karara göre tedaviye devam edilir. Tedaviye ara verilmesi durumunda bu fikra hükümleri uygulanır.

(Ek: RG- 21/03/2018- 30367/ 22-c md. Yürürlük: 01/04/2018)

(8) Oral antiviral tedavilerde ilk rapor süresi en fazla 6 ay, sonraki rapor süreleri bir yılı geçmez.

(Değişik: RG- 18/06/2016- 29746/ 13-c md. Yürürlük: 18/06/2016)

(Değişik: RG- 26/09/2013- 28777/ 4-b md. Yürürlük: 04/10/2013)

4.2.13.B – Hepatit B'ye bağlı karaciğer sirozunda tedavi Karaciğer sirozunda tedavi

(1) Karaciğer sirozunda HBV DNA (+) veya HCV RNA (+) olan hastalarda tedaviye başlanabilir ve bu durum raporda belirtilir. Tedavi süreleri; HBV DNA (+) olanlar için kronik hepatitis B tedavisinde, HCV RNA (+) olanlar için kronik hepatitis C tedavisinde olduğu gibidir.

4.2.13.1.1 – Hepatit B'ye bağlı karaciğer sirozunda tedavi

(1) Karaciğer sirozunda HBV DNA (+) olan hastalarda tedaviye başlanabilir ve bu durum raporda belirtilir. Tedavi süreleri; HBV DNA (+) olanlar için kronik hepatitis B tedavisinde olduğu gibidir.

(Değişik: RG- 18/06/2016- 29746/ 13-c md. Yürürlük: 18/06/2016)

4.2.13.C – İmmünsupresif ilaç tedavisi, sitotoksik kemoterapi, monoklonal antikor tedavisi uygulanmakta olan hastalarda tedavi

4.2.13.1.2 - İmmünsupresif ilaç tedavisi, sitotoksik kemoterapi, monoklonal antikor tedavisi uygulanmakta olan hastalarda tedavi

(1) İmmünsupresif ilaç tedavisi veya sitotoksik kemoterapi veya monoklonal antikor tedavisi uygulanmakta olan HBsAg (+) hastalarda, ALT yüksekliği, HBV DNA pozitifliği ve karaciğer biyopsisi koşulu aranmaksızın uygulanmakta olan diğer tedavisi süresince ve bu tedavisinden sonraki en fazla 12 ay boyunca (Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 26-b md. Yürürlük: 07/08/2014) lamivudin günde 100 mg lamivudin veya 600 mg telbivudin veya 245 mg tenofovir (Ek:RG- 28/12/2018- 30639/ 17 md. Yürürlük: 08/01/2019) disoproksil fumarat veya 25 mg tenofovir alafenamid fumarat veya 0,5 mg entekavir kullanılabilir. İmmünsupresif, sitotoksik kemoterapi ve monoklonal antikor tedavisine ilişkin ilaç raporunun tarih ve sayısını reçetede belirtilir.

(2) İmmünsupresif ilaç tedavisi veya sitotoksik kemoterapi veya monoklonal antikor tedavisi uygulanmakta olan kronik hepatit B hastalarında ise tedavi süreleri ve ilaç seçimi kronik hepatit tedavi prensiplerinde belirlendiği şekildedir.

(3) HBsAg negatif olduğu durumlarda HBV DNA pozitifliği ve/veya Anti HBc pozitifliği durumlarda immünsupresif ilaç tedavisi veya sitotoksik kemoterapi veya monoklonal antikor tedavisi uygulanmakta olan hastalara ALT yüksekliği ve karaciğer biyopsisi koşulu aranmaksızın lamivudin (Ek: RG- 25/07/2014- 29071/ 26-c md. Yürürlük: 07/08/2014) veya telbivudin veya tenofovir (Ek:RG- 28/12/2018- 30639/ 17 md. Yürürlük: 08/01/2019) disoproksil fumarat veya tenofovir alafenamid fumarat veya entekavir kullanılabilir. Söz konusu tedavilerin bitiminden sonraki en fazla 12 ay boyunca da (Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 26-c md. Yürürlük: 07/08/2014) lamivudin antiviral tedavi kullanılabilir.

(Değişik: RG- 18/06/2016- 29746/ 13-d md. Yürürlük: 18/06/2016)

~~4.2.13.C - HBV'ye bağlı karaciğer hastalığından dolayı karaciğer transplantasyonu yapılan hastalar veya Anti-Hbc(+) kişiden karaciğer alan hastalarda tedavi~~

4.2.13.1.3 - HBV'ye bağlı karaciğer hastalığından dolayı karaciğer transplantasyonu yapılan hastalar veya Anti-Hbc(+) kişiden karaciğer alan hastalarda tedavi

(1) HBV'ye bağlı karaciğer hastalığından dolayı karaciğer transplantasyonu yapılan hastalar veya Anti-HBc(+) kişiden karaciğer alan hastalara; biyopsi, viral seroloji, ALT seviyesi yada HBV DNA bakılmaksızın oral antiviral tedavi verilebilir.

(Ek: RG- 26/11/2016- 29900/ 14 md. Yürürlük: 18/06/2016)

(Değişik: RG- 10/05/2018-30417/ 12 md. Yürürlük: 18/05/2018)

4.2.13.1.4 Biyopsisi ile ilgili genel prensipler Karaciğer biyopsisi ile ilgili genel prensipler

(1) Karaciğer biyopsisi ile ilgili kurallar Ishak skorlamasına göre (pediyatrik hastalarda Knodell skorlamasına göre) belirlenmiştir.

(2) Biyopsi için kontrendikasyon bulunan hastalarda [PT de 3 sn den fazla uzama veya trombosit sayısı <80.000 /mm³ veya kanama eğilimini artıran hastalıklar veya kronik böbrek yetmezliği/böbrek nakli veya biyopsi engel olacak konumda bir yer kaplayıcı lezyonun varlığı veya karaciğer sirozu veya karaciğer nakli veya gebeler veya biyopsi engel teşkil edecek şekilde ciddi yetि yitimine neden olan psikotik bozukluğu ve zeka geriliği olan hastalarda (biyopsi uyumunun olmadığına psikiyatri uzman hekimlerince düzenlenecek sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla)] karaciğer biyopsisi koşulu aranmaz. Biyopsi koşulu aranmayan durumlar sağlık raporunda açık olarak belirtilir.

(Değişik: RG- 18/06/2016- 29746/ 13-e md. Yürürlük: 18/06/2016)

4.2.13.D - Kronik Hepatit D (=Delta) tedavisi

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.) (Ek: RG- 26/11/2016- 29900/ 15 md. Yürürlük: 18/06/2016) Biyopsisi ile ilgili hepatit B'deki belirtilen genel prensipler esas alınır.

(Değişik: RG- 18/06/2016- 29746/ 13-f md. Yürürlük: 18/06/2016)

4.2.13.E - Hepatit C tedavisi

4.2.13.3 - Hepatit C tedavisi

(Değişik: RG- 18/06/2016- 29746/ 13-g md. Yürürlük: 18/06/2016)

4.2.13.E 1 - Akut Hepatit C tedavisi

(1) Akut hepatit C hastalarında (HCV RNA pozitif sonuç raporda belirtilir) 24 hafta süreyle, Kronik C hepatitinde kullanıldığı dozlarda interferon alfa veya pegile interferon alfa monoterapisi uygulanır. Bu hastalarda tedaviye ribavirin eklenemez. Akut C hepatiti için karaciğer biyopsisi ve 12 nci haftada HCV RNA seviyesinde 2 log azalma koşulu aranmaz.

4.2.13.3.1 - Akut Hepatit C tedavisi

(1) Akut hepatit C tedavisinde kullanılan ilaçlar gastroenteroloji veya enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporuna dayanılarak bu uzman hekimler ile çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilir.

(2) (Değişik: RG- 07/10/2016- 29850/ 21md. Yürürlük: 18/06/2016) Akut hepatit C hastalarında (HCV RNA pozitif sonuç raporda belirtilir) 24 hafta süreyle, Kronik C hepatitinde kullanıldığı dozlarda interferon alfa veya pegile interferon alfa monoterapisi uygulanır. Bu hastalarda tedaviye ribavirin eklenemez. Akut C hepatiti tedavisi için karaciğer biyopsisi ve 12 nci haftada HCV RNA seviyesinde 2 log azalma koşulu aranmaz. Akut hepatit C hastalarında (HCV RNA pozitif sonuç raporda belirtilir) 24 hafta süreyle, onaylanmış Kısa Ürün Bilgisinde Kronik C hepatitinde tanımlanan dozlarda interferon alfa veya pegile interferon alfa monoterapisi uygulanır. Bu hastalarda tedaviye ribavirin eklenemez. Akut hepatit C tedavisi için karaciğer biyopsisi ve 12 nci haftada HCV RNA seviyesinde 2 log azalma koşulu aranmaz.

(Değişik: RG- 18/06/2016- 29746/ 13-ğ md. Yürürlük: 18/06/2016)

4.2.13.E 2 - Kronik Hepatit C tedavisi

(1) HCV RNA'sı pozitif hastalarda genotip tayini ile tedaviye başlanabilir.

(2) Kronik hepatit C tedavisinde interferon + ribavirin veya pegile interferon + ribavirin kombinasyonu kullanılır. Ribavirin kullanımı için kontrendikasyon bulunanlarda tek başına interferon veya pegile interferon kullanılabilir. Tek başına ribavirin kullanım endikasyonu yoktur.

(3) Tedavi süresi, genotip 1 ve 4 için 48 haftadır. Tedavi başlandıktan sonra 12inci hafta sonunda HCV RNA düzeylerin 2 log (100 kat) azalmayanlarda tedavi süresi 16 haftayı geçemez. 24üncü haftada HCV RNA pozitifliği devam eden hastalarda tedavi en geç 28inci hafta sonunda kesilir. 16inci haftada 2 log (100 kat) azalmış hastalarda ve 28inci haftada HCV RNA (-) olan hastalarda HCV RNA analiz sonucu reçete veya raporda belirtilir. Bu süreler içinde komplikasyonlar nedeniyle tedaviye ara vermek zorunda kalınan hastalarda belirtilen haftalar içinde süreye tekabül eden dozda ilaç alınamamışsa ara verilme nedenleri gereğeleri ile yeni raporda belirtilmek kaydıyla ilaç bu fikrada belirtilen haftalık dozlara tamamlanır. Tedaviye devam kriterleri yeni rapora göre değerlendirilir.

(4) Erişkin genotip 2 ve 3 hastalarda ribavirin dozu en fazla 800 mg/gün olacak şekilde verilir. Bu hastalarda ~~gerek interferonun~~ ~~gerekse~~ ribavirinin tedavi süresi en fazla 24 haftadır. Genotip 2 ve 3 hastaların tedavisinde 12 hafta sonundaki HCV RNA azalması koşulu aranmaz.

(5)-3-18 yaş coeuklarda; ribavirin dozu 15 mg/kg/gün, maksimum 1200 mg/gün dür. Pegile interferon daha önce interferon tedavisi almamış hastalarda uygulanabilir.

(6) (Değişik: RG 26/09/2013 28777/4 e md. Yürürlük: 04/10/2013) Kompanse sirozu olan genotip I hastalarda (karaciğer biyopsisinde ISHAK skoru 4 ve üzerinde olanlar veya trombosit sayısı 100.000 altında olanlarda veya protrombin zamanı kontrolün 3 saniye üzerinde olanlar) peginterferon + ribavirin + telaprevir tedavisi başlanabilir. Tedavi süresi 48 haftadır. Telaprevir 12 haftadan daha uzun süre kullanılamaz. Kronik hepatit C'ye bağlı karaciğer kompanse sirozu (karaciğer biyopsisinde ISHAK skoru 4 ve üzerinde olanlar veya trombosit sayısı 100.000 altında olanlarda veya protrombin zamanı kontrolün 3 saniye üzerinde olanlar) olan genotip I hastalarda;

a) Daha önce hepatit C tedavisi almış hastalarda tedavi 4.2.13.E 3 maddesi kurallarına tabidir.

b) Daha önce hepatit C tedavisi almamış hastalarda ise peginterferon + ribavirin tedavisi veya peginterferon + ribavirin + telaprevir/bocepravir tedavisi başlanabilir. Peginterferon + ribavirin + telaprevir/bocepravir tedavisi başlanacak ise aşağıdaki tedavi şemalarından yalnızca biri kullanılabilir.

1) Peginterferon + ribavirin + telaprevir (üçlü) tedavisi 12 haftaya, devamında peginterferon + ribavirin ile tedavi toplam 48 haftaya tamamlanır. Ancak tedaviye başlandıktan sonra 4üncü hafta sonunda HCV RNA >1.000 IU/ml olanlarda tedavi 8 haftayı, 12inci hafta sonunda HCV RNA >1.000 IU/ml olanlarda tedavi 16 haftayı geçemez. 24üncü haftada HCV RNA pozitifliği devam eden hastalarda tedavi en geç 28inci hafta sonunda kesilir.

2) Peginterferon + ribavirin + bocepravir (üçlü) tedavisi 4 hafta pegileinterferon + ribavirin ile başlanır, dördüncü haftadan sonra tedaviye bocepravir eklenerek üçlü tedavi 48 haftaya tamamlanır. Ancak tedavinin 12inci hafta sonunda HCV RNA ≥100 IU/ml olanlarda tedavi 16 haftayı geçemez. 24üncü haftada HCV RNA pozitifliği devam eden hastalarda tedavi en geç 28inci hafta sonunda kesilir.

4.2.13.E 3 - Erişkin Kronik Hepatit C hastalarında yeniden tedavi

(1) Komplikasyonlar nedeniyle tedavisine 12inci haftadan önce son verilmiş olan kronik hepatit C hastaları tedavi almamış hastalar ile aynı kurallara tabi olarak yeniden tedaviye alınabilirler.

(2) (Değişik: RG 26/09/2013 28777/4 d md. Yürürlük: 04/10/2013) Interferon veya pegileinterferon monoterapisi alan ve cevapsız olan hastalar da tedavi almamış hastalar ile aynı kurallara tabi olarak pegileinterferon + ribavirin tedavisi verilebilir. Interferon veya pegileinterferon monoterapisi olarak cevapsız olan hastalar da tedavi almamış hastalar ile aynı kurallara tabi olarak peginterferon + ribavirin tedavisi verilebilir.

(3) Interferon + ribavirin veya pegileinterferon + ribavirin tedavisi cevap veren ancak nüks etmiş (tedavi bitiminde HCV RNA (-) olan ancak izlemekte HCV RNA yeniden pozitifleşen) hastalar bir defaya mahsus olmak üzere aşağıdaki tedavi şemalarından yalnızca biri kullanılabilir.

a) Yeniden interferon + ribavirin veya pegileinterferon + ribavirin tedavisi alabilirler. 16inci haftadan sonra tedavinin sürdürülmesi için 12inci haftada bakılan HCV RNA (-) ya da 2 log (100 kat) azalmış olmalıdır. Tedavi süresi 48 haftayı geçemez.

b) Pegileinterferon + ribavirin + telaprevir (üçlü) tedavisi alabilirler. Bu hastalarda tedavinin 4üncü haftasında HCV RNA baktır.

1) Tedavinin 4üncü haftasında baktan HCV RNA (-) ise üçlü tedavi 12 haftaya, devamında pegileinterferon + ribavirin ile tedavi toplam 48 haftaya tamamlanır.

2) Tedavinin 4üncü haftasında baktan HCV RNA (+) ise üçlü tedavi 12 haftaya, devamında pegileinterferon + ribavirin ile tedavi toplam 48 haftaya tamamlanır. Ancak tedaviye başlandıktan sonra 4üncü hafta sonunda HCV RNA >1.000 IU/ml olanlarda tedavi 8 haftayı, 12inci hafta sonunda HCV RNA >1.000 IU/ml olanlarda tedavi 16 haftayı geçemez. 24üncü haftada HCV RNA pozitifliği devam eden hastalarda tedavi en geç 28inci hafta sonunda kesilir.

(Ek: RG 26/09/2013 28777/4 e md. Yürürlük: 04/10/2013)

e) Peginterferon + ribavirin + bocepravir (üçlü) tedavisi alabilirler. Tedavinin ilk 4 haftasında peginterferon + ribavirin kullanılır. 4. haftadan sonra tedaviye bocepravir eklenir. Bu hastalarda tedavinin 12inci haftasında HCV RNA baktır.

1) Tedavinin 12inci haftası sonunda HCV RNA ≥100 IU/ml olanlarda tedavi 16 haftayı geçemez.

2) (Değişik: RG 25/07/2014 29071 / 26 md. Yürürlük: 07/08/2014) Tedavinin 12inci haftası sonunda HCV RNA (-) veya HCV RNA <100 IU/ml olan hastalarda tedavisinin 24üncü haftasında HCV RNA düzeyine tekrar baktır. Tedavinin 24üncü haftasında HCV RNA (+) olan hastalarda tedavi en geç 28inci hafta sonunda kesilir. HCV RNA (-) olan hastalarda ise tedavinin 36inci haftasına kadar üçlü tedavi, devamında peginterferon + ribavirin tedavisi ile toplam 48 haftaya tamamlanır. Tedavinin 12inci haftası sonunda HCV RNA (-) veya HCV RNA <100 IU/ml olan hastalarda tedavisinin 24üncü haftasında

HCV RNA düzeyine tekrar bakılır. Tedavinin 24 üneü haftasında HCV RNA (+) olan hastalarda tedavi en geç 28inci hafta sonunda kesilir. HCV RNA (-) olan kronik hepatit C'ye bağlı karaciğer kompanse sirozu hastalarda üçlü tedavi 48 haftaya tamamlanır, HCV RNA (-) olan diğer hastalarda ise tedavinin 36ncı haftasına kadar üçlü tedavi, devamında pegile interferon + ribavirin tedevisi ile toplam 48 haftaya tamamlanır.

(4) interferon + ribavirin veya pegile interferon + ribavirin tedavisine cevap vermeyen 18 yaşının üzerindeki hastalarda yeniden pegileinterferon ve ribavirin tedavisi yapılamaz.

(Ek:RG-26/09/2013-287774 f md. Yürürlük:04/10/2013)

(5) Üçlü tedavi hayatı boyu yalnızca bir defa alınabilir.

4.2.13.E 4 - 3 ila 18 Yaş Çocuk Kronik Hepatit C hastalarında yeniden tedavi

(1) Komplikasyonlar nedeniyle tedaviye 12nci haftadan önce son verilmiş olan kronik hepatit C hastaları, tedavi almamış hastalar ile aynı kurallara tabi olarak yeniden tedaviye alınabilirler. İlk 12 hafta içinde komplikasyonlar nedeniyle tedavisine ara vermek zorunda kalınan hastalar 12 hafta içinde 12 doz ilaç alamamışsa ara verilme nedenleri gereğeleriyle yeni raporda belirtilmek kaydıyla ilaç 12 haftalık doza tamamlanır.

4.2.13.F Viral hepatit tedavisinde genel prensipler

(1) Karaciğer biyopsisi ile ilgili kurallar Ishak skorlamasına göre (pediatrik hastalarda Knodell skorlamasına göre) belirlenmiştir.

(2) Biyopsi için kontrendikasyon bulunan hastalarda (PT de 3 sn den fazla uzama veya trombosit sayısı <80.000/mm³ veya kanama eğilimini artıran hastalıklar veya kronik böbrek yetmezliği veya biyopsiye engel olacak konumda bir yer kaplayıcı lezyonun varlığı veya karaciğer sirozu veya gebeler) karaciğer biyopsisi koşulu aranmaz. Biyopsi kontrendikasyonu sağlık raporunda açık olarak belirtilir.

(Değişik: RG- 07/10/2016- 29850/ 22 md. Yürürlük: 18/06/2016)

4.2.13.3.2 Kronik Hepatit C tedavisi

4.2.13.3.2 Kronik Hepatit C tedavisinde genel hükümler

(1) HCV RNA'sı pozitif hastalarda genotip tayini yapılır. Genotip ve subtipi (Laboratuvar tetkikinde genotip 1 subtipi belirlenemediği olgular genotip 1a olarak kabul edilir) raporda belirtilir.

(2) Karaciğer biyopsisi ile ilgili kurallar ISHAK skorlamasına göre (pediatrik hastalarda Knodell skorlamasına göre) belirlenmiştir.

(3) Kronik hepatit C tedavisi; ISHAK skoruna göre fibrozis (Değişik: RG- 25/03/2017- 30018/ 18 md. Yürürlük: 01/04/2017) 3-1 ve üzeri hastalarda tedaviye başlanır.

(4) Kronik hepatit C'ye bağlı karaciğer kompanse sirozu (Child A) olan hastalarda; karaciğer biyopsisinde ISHAK skoruna göre evre 4 ve üzerinde olanlar veya trombosit sayısı 100.000 altında olanlarda veya protrombin zamanı kontrolün 3 saniye veya daha yüksek olması koşulu aranır.

(5) Dekompanse sirozik (Child B ve C) hastalarda; assit sıvısının varlığı veya hepatik encefalopati veya özofagus varis kanaması olması koşulları aranır.

(6) **(Bu fıkra nıt yürürlük: 07/10/2016)** Kronik hepatit C tedavisinde aşağıda belirtilen tedavi şemaları kullanılır. Aneak hastaların diğer hastalıkları nedeniyle kullandıkları ilaçlarla ilaç etkileşiminin belirlenmesi halinde, belirtilen tedavi şemaları dışında kullanım Sağlık Bakanlığından reçete bazında alınacak endikasyon dışı onay ile mümkün olabilecektir. Bu şekildeki kullanımın gereğesi hasta adına düzenlenecek sağlık raporunda belirtilecektir.

(7) Tedavide kullanılan ilaçlar, 3. basamak sağlık kurumlarında gastroenteroloji veya enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ve tedavi şemasının belirtildiği uzman hekim raporuna dayanılarak bu uzman hekimler ile çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı tarafından reçete edilir. Bu tedaviler, bir defaya mahsus kullanılabilir.

(8) Biyopsi için kontrendikasyon bulunan hastalarda [PT de 3 sn den fazla uzama veya trombosit sayısı <80.000/mm³ veya kanama eğilimini artıran hastalıklar veya kronik böbrek yetmezliği/böbrek nakli veya biyopsiye engel olacak konumda bir yer kaplayıcı lezyonun varlığı veya karaciğer sirozu veya karaciğer nakli veya gebeler veya biyopsiye engel teşkil edecek şekilde eiddi yetि yitimine neden olan psikotik bozukluğu ve zeka geriliği olan hastalarda (biyopsi uyumunun olmadığına psikiyatри uzman hekimlerince düzenlenenecek sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla)] ve HCV RNA'sı pozitif tedavi deneyimli hastalarda; karaciğer biyopsisi koşulu aranmaz. Biyopsi koşulu aranmayan durumlar sağlık raporunda açık olarak belirtilir.

(Değişik: RG- 07/10/2016- 29850/ 22 md. Yürürlük: 18/06/2016)

4.2.13.3.2.A Erişkin hastalarda Kronik Hepatit C tedavisi

(1) HCV RNA'sı pozitif hastalarda genotip tayini yapılır. Genotip ve subtipi (Laboratuvar tetkikinde genotip 1 subtipi belirlenemediği olgular genotip 1a olarak kabul edilir) raporda belirtilir.

(2) Kronik hepatit C tedavisi; ISHAK skoruna göre fibrozis 3 ve üzeri hastalarda tedaviye başlanır.

(3) Kronik hepatit C'ye bağlı karaciğer kompanse sirozu olan hastalarda; karaciğer biyopsisinde ISHAK skoruna göre evre 4 ve üzerinde olanlar veya trombosit sayısı 100.000 altında olanlarda veya protrombin zamanı kontrolün 3 saniye üzerinde olması koşulu aranır.

(4) Dekompanse sirozik hastalarda; assit ve hepatik encefalopati olması veya varis kanaması olması koşulları aranır.

(5) Kronik hepatit C tedavisinde aşağıda belirtilen tedavi şemaları kullanılır. Tedavide kullanılan ilaçlar, 3. basamak sağlık kurumlarında gastroenteroloji veya enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ilaç

kullanım raporuna dayanılarak bu uzman hekimler ile çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı tarafından reçete edilir. Bu tedaviler, bir defaya mahsus kullanılabilir.

4.2.13.3.2.A.1 Daha önce Kronik Hepatit C tedavisi almamış hastalarda tedavi

- (1) Genotip 1 hastalarda tedavi:
 - a) Sofosbuvir+Ledipasvir ile tedavi; kompanse sirotik ve dekompanse sirotik hastalar (Child Pugh B ve C) için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 12 hafta veya ribavirinsiz toplam 24 haftadır.
 - b) Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir+Dasabuvir ile tedavi;
 - 1) Genotip 1b non sirotik ve kompanse sirotik Child Pugh A hastalar için tedavi süresi toplam 12 haftadır.
 - 2) Genotip 1a non sirotik hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 12 haftadır.
 - 3) Genotip 1a kompanse sirotik Child Pugh A hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 24 haftadır.
 - (2) Genotip 2 hastalarda tedavi; Sofosbuvir ile tedavi; non sirotik ve kompanse sirotik hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 12 haftadır.
 - (3) Genotip 3 hastalarda tedavi:
 - a) Sofosbuvir ile tedavi; non sirotik ve kompanse sirotik hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 24 haftadır.
 - b) Sofosbuvir+Ledipasvir ile tedavi; kompanse sirotik hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 24 haftadır.
 - (4) Genotip 4 hastalarda tedavi:
 - a) Sofosbuvir+Ledipasvir ile tedavi; kompanse sirotik ve dekompanse sirotik hastalar (Child Pugh B ve C) için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 12 hafta veya ribavirinsiz toplam 24 haftadır.
 - b) Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir ile tedavi;
 - 1) Non sirotik hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 12 haftadır.
 - 2) Kompanse sirotik Child Pugh A hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 24 haftadır.

4.2.13.3.2.A.2 Tedavi deneyimli Kronik Hepatit C hastalarında yeniden tedavi

- (1) Daha önce peginterferon+ribavirin tedavisi alan ve komplikasyonlar nedeniyle tedavisine 12 nei haftadan önce son verilmiş olan kronik hepatit C hastaları, tedavi almamış hastalar ile aynı kurallara tabi olarak yeniden tedavi edilebilirler.
- (2) Yeniden tedavi, daha önce peginterferon+ribavirin veya peginterferon+ribavirin+bocepravir/telaprevir (üçlü tedavi) tedavi deneyimli HCV RNA'sı pozitif hastalarda bir defaya mahsus olmak üzere aşağıdaki şekilde yapılır.
 - (3) Genotip 1 hastalarda yeniden tedavi:
 - a) Sofosbuvir+Ledipasvir ile tedavi; nonsirotik, kompanse sirotik ve dekompanse sirotik hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 12 hafta veya ribavirinsiz toplam 24 haftadır.
 - b) Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir+Dasabuvir ile tedavi yalnızca daha önce peginterferon+ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.
 - 1) Genotip 1b non sirotik ve kompanse sirotik Child Pugh A hastalar için tedavi süresi toplam 12 haftadır.
 - 2) Genotip 1a non sirotik hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 12 haftadır.
 - 3) Genotip 1a kompanse sirotik Child Pugh A hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 24 haftadır.
 - (4) Genotip 2 hastalarda yeniden tedavi; Sofosbuvir ile tedavi; non sirotik veya kompanse sirotik hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 12 haftadır.
 - (5) Genotip 3 hastalarda yeniden tedavi:
 - a) Sofosbuvir ile tedavi; non sirotik ve kompanse sirotik hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 24 haftadır.
 - b) Sofosbuvir+Ledipasvir ile tedavi; kompanse sirotik hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 24 haftadır.
 - (6) Genotip 4 hastalarda yeniden tedavi :
 - (1) Sofosbuvir+Ledipasvir ile tedavi; nonsirotik, kompanse sirotik ve dekompanse sirotik hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 12 hafta veya ribavirinsiz toplam 24 haftadır.
 - (2) Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir ile tedavi yalnızca daha önce peginterferon+ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.
 - a) Non sirotik hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 12 haftadır.
 - b) Kompanse sirotik Child Pugh A hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 24 haftadır.

4.2.13.3.2.B Çocuk hastalarında Kronik Hepatit C tedavisi

- (1) HCV RNA'sı pozitif hastalarda genotip tayini ile tedaviye başlanabilir.
- (2) Kronik hepatit C tedavisinde interferon + ribavirin veya pegile interferon + ribavirin kombinasyonu kullanılır. Ribavirin kullanımı için kontrendikasyon bulunanlarda tek başına interferon veya pegile interferon kullanılabilir. Tek başına ribavirin kullanım endikasyonu yoktur.
- (3) Tedavi süresi, genotip 1 ve 4 için toplam 48 haftadır. Tedavi başlandıktan sonra 12 nei hafta sonunda HCV RNA düzeylerin 2 log (100 kat) azalmayanlarda tedavi süresi 16 haftayı geçemez. 24 ünüt haftada HCV RNA pozitifliği devam eden hastalarda tedavi en geç 28 nei hafta sonunda kesilir. 16 nei haftada 2 log (100 kat) azalan hastalarda ve 28 nei haftada HCV

~~RNA () olan hastalarda HCV RNA analiz sonucu reçete veya raporda belirtilir. Bu süreler içinde komplikasyonlar nedeniyle tedaviye ara vermek zorunda kalınan hastalarda belirtilen haftalar içinde süreye tekabül eden dozda ilaç alınamamışsa ara verilme nedenleri gereğeleri ile yeni raporda belirtilmek kaydıyla ilaç bu fırkada belirtilen haftalık dozlara tamamlanır. Tedaviye devam kriterleri yeni rapora göre değerlendirilir.~~

~~(4) 3-18 yaş çocuklarda; ribavirin dozu 15 mg/kg/gün, maksimum 1200 mg/gündür. Pegile interferon daha önce interferon tedavisi almamış hastalarda uygulanabilir.~~

4.2.13.3.2.B.1 3 ila 18 yaş çocuk Kronik Hepatit C hastalarında yeniden tedavi

~~(1) Komplikasyonlar nedeniyle tedaviye 12 nei haftadan önce son verilmiş olan kronik hepatit C hastaları, tedavi almamış hastalar ile aynı kurallara tabi olarak yeniden tedaviye alınabilirler. İlk 12 hafta içinde komplikasyonlar nedeniyle tedavisine ara vermek zorunda kalınan hastalar 12 hafta içinde 12 doz ilaç alamamışsa ara verilme nedenleri gereğeleriyle yeni raporda belirtilmek kaydıyla ilaç 12 haftalık doza tamamlanır.~~

4.2.13.3.2.C Karaciğer nakli olan hastalarda tedavi

~~(1) Karaciğer nakli olan HCV RNA pozitif olan hastalarda;~~
~~a) Sofosbuvir+Ledipasvir ile tedavi; genotip 1 ve 4 non sirotik hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte veya ribavirinsiz toplam 12 haftadır. Kompanse sirotik ve dekompanse sirotik hastalarda tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 12 hafta veya ribavirinsiz toplam 24 haftadır.~~
~~b) Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir+Dasabuvir ile tedavi; genotip 1 ve 4 hastalarda tedavi süresi toplam 24 haftadır.~~

4.2.13.3.2.A Erişkin hastalarda Kronik Hepatit C tedavisi

4.2.13.3.2.A.1 Daha önce Kronik Hepatit C tedavisi almamış hastalarda tedavi

~~(1) Genotip 1 hastalarda tedavi;~~
~~a) Nonsirotik hastalarda tedavi;~~
~~1 Genotip 1b: (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.~~
~~2 Genotip 1a: (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir + Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.~~
~~b) Sirotik hastalarda tedavi;~~
~~(Değişik: RG-25/03/2017-30018/19 md. Yürürlük: 01/04/2017)~~
~~1 Genotip 1a ve Genotip 1b (Child B veya C): (Sofosbuvir+Ledipasvir) + Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.~~
~~2 Genotip 1a ve Genotip 1b (Child B veya C): Sofosbuvir+Ledipasvir ile tedavi süresi toplam 24 haftadır.~~
~~1 Genotip 1a ve Genotip 1b (Child A, B veya C): (Sofosbuvir+Ledipasvir) + Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.~~
~~2 Genotip 1a ve Genotip 1b (Child A, B veya C): Sofosbuvir+Ledipasvir ile tedavi süresi toplam 24 haftadır.~~
~~3 Genotip 1b (Child A): (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.~~
~~4 Genotip 1a (Child A): (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir + (Ribavirin) ile toplam tedavi süresi 24 haftadır.~~

~~(2) Genotip 2 hastalarda tedavi;~~
~~a) Nonsirotik ve Siroton (Child A) hastalarda: Sofosbuvir + Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.~~
~~(3) Genotip 3 hastalarda tedavi;~~
~~a) Nonsirotik ve Siroton (Child A) hastalarda: Sofosbuvir + Ribavirin ile tedavi süresi toplam 24 haftadır.~~
~~b) Siroton (Child A) hastalarda: Sofosbuvir + Ledipasvir + Ribavirin ile tedavi süresi toplam 24 haftadır.~~
~~(4) Genotip 4 hastalarda tedavi;~~
~~a) Nonsirotik hastalarda: (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+ Ribavirin ile toplam tedavi süresi 12 haftadır.~~
~~b) Siroton (Child A) hastalarda:~~
~~1 (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+ Ribavirin ile toplam tedavi süresi 12 haftadır.~~
~~c) Siroton (Child B ve C) hastalarda:~~
~~1 Sofosbuvir + Ledipasvir + Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.~~
~~2 Sofosbuvir + Ledipasvir ile tedavi süresi toplam 24 haftadır.~~

4.2.13.3.2.A.2 Tedavi deneyimli Kronik Hepatit C hastalarında yeniden tedavi

~~(1) Daha önce peginterferon veya peginterferon+ribavirin tedavisi alan ve komplikasyonlar nedeniyle tedavisine 12 nei haftadan önce son verilmiş olan kronik hepatit C hastaları, tedavi almamış hastalar ile aynı kurallara tabi olarak yeniden tedavi edilebilirler.~~

~~(2) Yeniden tedavi, daha önce peginterferon veya peginterferon+ribavirin veya peginterferon + ribavirin + bocepravir/telaprevir (üçlü tedavi) tedavi deneyimli HCV RNA'sı pozitif hastalarda bir defaya mahsus olmak üzere aşağıdaki şekilde yapılır, hastanın daha önce aldığı tedavi sağlık raporunda belirtilir.~~

~~(3) Genotip 1 hastalarda yeniden tedavi:~~
~~a) Nonsirotik hastalarda:~~
~~1 Genotip 1a veya b: Sofosbuvir+Ledipasvir + Ribavirin ile toplam tedavi süresi 12 haftadır.~~
~~2 Genotip 1a veya b: Sofosbuvir+Ledipasvir ile toplam tedavi süresi 24 haftadır.~~

3 Genotip 1b: (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir ile tedavi süresi toplam 12 haftadır. (yalnızca daha önce peginterferon veya peginterferon+ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.)

4 Genotip 1a : (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır. (yalnızca daha önce peginterferon veya peginterferon+ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.)

b) Sirotk hastalarda:

1 Genotip 1a veya b (Child A, B ve C) : Sofosbuvir+Ledipasvir + Ribavirin ile toplam tedavi süresi 12 haftadır.

2 Genotip 1a veya b (Child A, B ve C) : Sofosbuvir+Ledipasvir ile toplam tedavi süresi 24 haftadır.

3 Genotip 1b (Child A) : (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir ile tedavi süresi toplam 12 haftadır. (yalnızca daha önce peginterferon veya peginterferon+ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.)

4 Genotip 1a (Child A) : (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 24 haftadır. (yalnızca daha önce peginterferon veya peginterferon+ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.)

(4) Genotip 2 hastalarda yeniden tedavi:

a) Nonsirotk hastalarda: Sofosbuvir+ Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.

b) Sirotk hastalarda (Child A) : Sofosbuvir+ Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.

(5) Genotip 3 hastalarda yeniden tedavi:

a) Nonsirotk hastalarda: Sofosbuvir+ Ribavirin ile tedavi süresi toplam 24 haftadır.

b) Sirotk hastalarda (Child A) :

1 Sofosbuvir + Ribavirin ile tedavi süresi toplam 24 haftadır.

2 Sofosbuvir + Ledipasvir ile tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 24 haftadır.

(6) Genotip 4 hastalarda yeniden tedavi:

a) Nonsirotk hastalarda:

1 (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır. (yalnızca daha önce peginterferon veya peginterferon+ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.)

2 Sofosbuvir+Ledipasvir+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.

3 Sofosbuvir+Ledipasvir ile tedavi süresi toplam 24 haftadır.

b) Sirotk hastalarda (Child A) :

1 (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir) + Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır. (yalnızca daha önce peginterferon veya peginterferon+ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.)

2 (Sofosbuvir+Ledipasvir) + Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 hafta

3 Sofosbuvir+Ledipasvir ile tedavi süresi toplam 24 hafta

c) Sirotk hastalarda tedavi (Child B veya Child C):

1 Sofosbuvir+Ledipasvir+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 hafta

2 Sofosbuvir+Ledipasvir ile tedavi süresi toplam 24 hafta

4.2.13.3.2.B Çocuk hastalarda Kronik Hepatit C tedavisi

(1) HCV RNA'sı pozitif hastalarda genotip tayini ile tedaviye başlanabilir.

(2) Kronik hepatit C tedavisinde interferon + ribavirin veya pegile interferon + ribavirin kombinasyonu kullanılır. Ribavirin kullanımı için kontrendikasyon bulunanlarda tek başına interferon veya pegile interferon kullanılabilir. Tek başına ribavirin kullanım endikasyonu yoktur.

(3) Tedavi süresi, genotip 1 ve 4 için toplam 48 haftadır. Tedavi başlandıktan sonra 12inci hafta sonunda HCV RNA düzeylerin 2 log (100 kat) azalmayanlarda tedavi süresi 16 haftayı geçemez, 24inci haftada HCV RNA pozitifliği devam eden hastalarda tedavi en geç 28inci hafta sonunda kesilir. 16inci haftada 2 log (100 kat) azalan hastalarda ve 28inci haftada HCV RNA (-) olan hastalarda HCV RNA analiz sonucu reçete veya raporda belirtilir. Bu süreler içinde komplikasyonlar nedeniyle tedaviye ara vermek zorunda kalınan hastalarda belirtilen haftalar içinde süreye tekabül eden dozda ilaç alınamamışsa ara verilme nedenleri gerekliliği ile yeni raporda belirtilmek kaydıyla ilaç bu fırkada belirtilen haftalık dozlarla tamamlanır. Tedaviye devam kriterleri yeni rapora göre değerlendirilir.

(4) 3-18 yaş çocuklarda; ribavirin dozu 15 mg/kg/gün, maksimum 1200 mg/gün dür. Pegile interferon daha önce interferon tedavisi almamış hastalarda uygulanabilir.

4.2.13.3.2.B.1 3 ila 18 yaş çocuk Kronik Hepatit C hastalarında yeniden tedavi

(1) Komplikasyonlar nedeniyle tedaviye 12inci haftadan önce son verilmiş olan kronik hepatit C hastaları, tedavi almamış hastalar ile aynı kurallara tabi olarak yeniden tedaviye alınabilirler. İlk 12 hafta içinde komplikasyonlar nedeniyle tedavisine ara vermek zorunda kalınan hastalar 12 hafta içinde 12 doz ilaç alamamışsa ara verilme nedenleri gerekliliğiyle yeni raporda belirtilmek kaydıyla ilaç 12 haftalık doza tamamlanır.

4.2.13.3.2.C Karaciğer nakli olan hastalarda tedavi

(1) Karaciğer nakli olan HCV RNA pozitif olan hastalarda;

a) Sofosbuvir+Ledipasvir ile tedavi; genotip 1 ve 4 non sirotik hastalar için tedavi süresi ribavirin ile birlikte veya ribavirinsiz toplam 12 haftadır. Kompanse sirotik ve dekompanse sirotik hastalarda tedavi süresi ribavirin ile birlikte toplam 12 hafta veya ribavirinsiz toplam 24 haftadır.

b) (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir+Ribavirin ile tedavi; genotip 1 hastalarda tedavi süresi toplam 24 haftadır.

e) (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Ribavirin ile tedavi; genotip 4 hastalarda tedavi süresi toplam 24 haftadır.

(Mülge: RG- 07/10/2016- 29850/ 22 md. Yürürlük: 18/06/2016)

4.2.13.3.2.C- Viral hepatit tedavisinde genel prensipler

(1) Karaciğer biyopsisi ile ilgili kurallar ISHAK skorlamasına göre (pediatrik hastalarda Knodell skorlamasına göre) belirlenmiştir.

(2) Biyopsi için kontrendikasyon bulunan hastalarda (PT de 3 sn den fazla uzama veya trombosit sayısı <80.000/mm³ veya kanama eğilimini arturan hastalıklar veya kronik böbrek yetmezliği veya biyopsiye engel olacak konumda bir yer kaplayıcı lezyonun varlığı veya karaciğer sirozu veya gebeler veya biyopsiye engel teşkil edecek şekilde ciddi yetki yitimine neden olan psikotik bozukluğu ve zeka geriliği olan hastalarda, biyopsi uygunluğunun olmadığına psikiyatри uzman hekimlerine düzenlenecek sağlık kuruluşu raporunda belirtmesi koşuluyla) ve HCV RNA'sı pozitif tedavi deneyimli hastalarda karaciğer biyopsisi koşulu aranmaz. Biyopsi kontrendikasyonu sağlık raporunda açık olarak belirtilir.

(Değişik: RG- 28/12/2018- 30639/ 18 md. Yürürlük: 08/01/2019)

4.2.13.3.2- Kronik Hepatit C tedavisinde genel hükümler

(1) HCV RNA'sı pozitif hastalarda Genotip tayini yapılır. Genotip ve subtipi (Laboratuar tetkikinde Genotip 1 subtipi belirlenemeyen oglular Genotip 1a olarak kabul edilir) sağlık raporunda belirtilir.

(2) Kronik Hepatit C'ye bağlı Child-Pugh A karaciğer sirozu olan hastalarda; trombosit sayısının 100.000/mm³'ün altında veya protrombin zamanının 3 saniye ve/veya üzerinde olması koşulu aranır.

(3) Kronik Hepatit C'ye bağlı Child-Pugh B veya Child-Pugh C karaciğer sirozu olan hastalarda; asit sıvısının varlığı veya hepatik encefalopati veya özefagus varis kanaması olması koşulları aranır.

(4) Kronik Hepatit C tedavisinde aşağıda belirtilen tedavi şemaları kullanılır. Ancak hastaların diğer hastalıkları nedeniyle kullandıkları ilaçlarla ilaç etkileşiminin belirlenmesi halinde, belirtilen tedavi şemaları dışında kullanım Sağlık Bakanlığından reçete bazında alınacak endikasyon dışı ilaç kullanım onayı ile mümkün olabilecektir. Bu şekildeki kullanımın gereklisi hasta adına düzelenecek sağlık raporunda belirtilecektir.

(5) Tedavide kullanılan ilaçlar, üçüncü basamak sağlık kurumlarında gastroenteroloji veya enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzelnenen, ekinde Child-Pugh sınıflamasını kanıtlayıcı bilgi/belgelerin yer aldığı ve tedavi şemasının belirtildiği uzman hekim raporuna dayanılarak, bu uzman hekimler ile çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından reçete edilir. Bu tedaviler, bir defaya mahsus kullanılabilir.

4.2.13.3.2.A- Erişkin hastalarda Kronik Hepatit C tedavisi

4.2.13.3.2.A.1- Daha önce Kronik Hepatit C tedavisi almamış hastalarda tedavi

(1) Genotip 1 hastalarda tedavi;

a) Nonsirotok hastalarda;

- 1- Genotip 1a: (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.
2- Genotip 1b: (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir ile tedavi süresi toplam 8 veya 12 haftadır.

b) Sirotok hastalarda;

- 1- Genotip 1a (Child-Pugh A): (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir+Ribavirin ile toplam tedavi süresi 24 haftadır.
2- Genotip 1b (Child-Pugh A): (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir ile tedavi süresi toplam 8 veya 12 haftadır.

3- Genotip 1a veya Genotip 1b (Child-Pugh B veya Child-Pugh C): (Sofosbuvir+Ledipasvir)+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.

(2) Genotip 2 hastalarda tedavi;

a) Nonsirotok hastalarda (Glecaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 8 haftadır.

b) Sirotok (Child-Pugh A) hastalarda (Glecaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.

(3) Genotip 3 hastalarda tedavi:

a) Nonsirotok hastalarda (Glecaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 8 haftadır.

b) Sirotok (Child-Pugh A) hastalarda (Glecaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.

(4) Genotip 4 hastalarda tedavi;

- a) Nonsirotok hastalarda ve Sirotok (Child-Pugh A) hastalarda (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Ribavirin ile toplam tedavi süresi 12 haftadır.
b) Sirotok (Child-Pugh B veya Child-Pugh C) hastalarda (Sofosbuvir+Ledipasvir)+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.

(5) Genotip 5 hastalarda tedavi:

a) Nonsirotok hastalarda (Glecaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 8 haftadır.

b) Sirotok (Child-Pugh A) hastalarda (Glecaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.

c) Sirotok (Child-Pugh B veya Child-Pugh C) hastalarda (Sofosbuvir+Ledipasvir)+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.

(6) Genotip 6 hastalarda tedavi:

a) Nonsirotok hastalarda (Glecaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 8 haftadır.

b) Sirotok (Child-Pugh A) hastalarda (Glecaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.

c) Sirotok (Child-Pugh B veya Child-Pugh C) hastalarda (Sofosbuvir+Ledipasvir)+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.

4.2.13.3.2.A.2- Tedavi deneyimli Kronik Hepatit C hastalarında yeniden tedavi

(1) Daha önce Peginterferon veya Peginterferon+Ribavirin tedavisi alan ve komplikasyonlar nedeniyle tedavisine 12 nci haftadan önce son verilmiş olan Kronik Hepatit C hastaları, tedavi almamış hastalar ile aynı kurallara tabi olarak yeniden tedavi edilebilirler.

(2) Yeniden tedavi, daha önce Peginterferon veya Peginterferon+Ribavirin veya Peginterferon+Ribavirin+Bocepravir/Telaprevir tedavi deneyimli HCV RNA'sı pozitif hastalarda bir defaya mahsus olmak üzere aşağıdaki şekilde yapılır ve hastanın daha önce aldığı tedavi sağlık raporunda belirtilir.

(3) Genotip 1 hastalarda yeniden tedavi:

a) Nonsirotik hastalarda;

1- Genotip 1a : (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır. (Yalnızca daha önce Peginterferon veya Peginterferon+Ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.)

2- Genotip 1b: (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir ile tedavi süresi toplam 12 haftadır. (Yalnızca daha önce Peginterferon veya Peginterferon+Ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.)

b) Sirotik hastalarda;

1- Genotip 1a (Child-Pugh A): (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 24 haftadır. (Yalnızca daha önce Peginterferon veya Peginterferon+Ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.)

2- Genotip 1b (Child-Pugh A): (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir ile tedavi süresi toplam 12 haftadır. (Yalnızca daha önce Peginterferon veya Peginterferon+Ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.)

3- Genotip 1a veya Genotip 1b (Child-Pugh B veya Child-Pugh C): (Sofosbuvir+Ledipasvir)+Ribavirin ile toplam tedavi süresi 12 haftadır.

(4) Genotip 2 hastalarda yeniden tedavi:

a) Nonsirotik hastalarda; NS5A inhibitörü naiv olan hastalar için (Glecaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 8 hafta, NS5A inhibitörü deneyimli olan hastalar için (Glecaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 16 haftadır.

b) Sirotik (Child-Pugh A) hastalarda; NS5A inhibitörü naiv olan hastalar için (Glecaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 12 hafta, NS5A inhibitörü deneyimli olan hastalar için (Glecaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 16 haftadır.

(5) Genotip 3 hastalarda yeniden tedavi:

a) Nonsirotik hastalarda (Glecaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 16 haftadır. (Herhangi bir tedavi deneyimi olan hastalarda kullanılır.)

b) Sirotik (Child-Pugh A) hastalarda (Glecaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 16 haftadır. (Herhangi bir tedavi deneyimi olan hastalarda kullanılır.)

(6) Genotip 4 hastalarda yeniden tedavi:

a) Nonsirotik hastalarda (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır. (Yalnızca daha önce Peginterferon veya Peginterferon+Ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.)

b) Sirotik (Child-Pugh A) hastalarda (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır. (Yalnızca daha önce Peginterferon veya Peginterferon+Ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.)

c) Sirotik (Child-Pugh B veya Child-Pugh C) hastalarda (Sofosbuvir+Ledipasvir)+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.

(7) Genotip 5 hastalarda yeniden tedavi:

a) Nonsirotik hastalarda; NS5A inhibitörü naiv olan hastalar için (Glecaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 8 hafta, NS5A inhibitörü deneyimli olan hastalar için (Glecaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 16 haftadır.

b) Sirotik (Child-Pugh A) hastalarda; NS5A inhibitörü naiv olan hastalar için (Glecaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 12 hafta, NS5A inhibitörü deneyimli olan hastalar için (Glecaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 16 haftadır.

c) Sirotik (Child-Pugh B veya Child-Pugh C) hastalarda (Sofosbuvir+Ledipasvir)+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.

(8) Genotip 6 hastalarda yeniden tedavi:

a) Nonsirotik hastalarda; NS5A inhibitörü naiv olan hastalar için (Glecaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 8 hafta, NS5A inhibitörü deneyimli olan hastalar için (Glecaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 16 haftadır.

b) Sirotik (Child-Pugh A) hastalarda; NS5A inhibitörü naiv olan hastalar için (Glecaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 12 hafta, NS5A inhibitörü deneyimli olan hastalar için (Glecaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 16 haftadır.

c) Sirotik (Child-Pugh B veya Child-Pugh C) hastalarda (Sofosbuvir+Ledipasvir)+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.

4.2.13.3.2.B- Çocuk hastalarda Kronik Hepatit C tedavisi

(1) HCV RNA'sı pozitif hastalarda Genotip tayini ile tedaviye başlanabilir.

(2) Kronik Hepatit C tedavisinde İnterferon+Ribavirin veya Peginterferon+Ribavirin kombinasyonu kullanılır. Ribavirin kullanımı için kontrendikasyon bulunanlarda tek başına İnterferon veya Peginterferon kullanılabilir. Tek başına Ribavirin kullanım endikasyonu yoktur.

(3) Genotip 1 ve Genotip 4 için tedavi süresi toplam 48 haftadır. Tedavi başlandıktan sonra 12 nci hafta sonunda HCV RNA düzeyleri 2 log (100 kat) azalmayanlarda tedavi süresi 16 haftayı geçmez. 24 üçüncü haftada HCV RNA pozitifliği devam eden hastalarda tedavi en geç 28inci hafta sonunda kesilir. 16 nci haftada 2 log (100 kat) azalan hastalarda ve 28inci haftada HCV RNA (-) olan hastalarda HCV RNA analiz sonucu reçete veya raporda belirtilir. Bu süreler içinde komplikasyonlar nedeniyle tedaviye ara vermek zorunda kalınan hastalarda, belirtilen haftalar içinde süreye tekabül eden dozda ilaç alınamamışsa, ara verilme nedenleri gerekçeleri ile yeni raporda belirtilmek kaydıyla tedavi bu fıkradı belirtilen haftalık dozlara tamamlanır. Tedaviye devam kriterleri yeni rapora göre değerlendirilir.

(4) 3-18 yaş çocuklarda; Ribavirin dozu 15 mg/kg/gün, maksimum 1.200 mg/gündür. Peginterferon daha önce İnterferon tedavisi almamış hastalarda uygulanabilir.

4.2.13.3.2.B.1- 3 ilâ 18 yaş çocuk Kronik Hepatit C hastalarında yeniden tedavi

(1) Komplikasyonlar nedeniyle tedaviye 12 nci haftadan önce son verilmiş olan Kronik Hepatit C hastaları, tedavi almamış hastalar ile aynı kurallara tabi olarak yeniden tedaviye alınamırlar. İlk 12 hafta içinde komplikasyonlar nedeniyle tedavisine ara vermek zorunda kalınan hastalar, 12 hafta içinde 12 doz ilacı alamamışa ara verilme nedenleri gerekçeleriyle yeni raporda belirtilmek kaydıyla tedavi 12 haftalık doza tamamlanır.

4.2.13.3.2.C- Organ nakli olmuş hastalarda tedavi

(1) Organ nakli olmuş HCV RNA'sı pozitif olan hastalarda;

- a) (Sofosbüvir+Ledipasvir)+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 hafta veya
- b) (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 24 hafta veya
- c) (Glecaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.

(2) Düzenlenecek uzman hekim raporlarında hangi organ naklinin yapılmış olduğu belirtilecektir.

4.2.14 - Kanser tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri

(1) Ayakta kemoterapi yapılacak kanserli hastalara tedavi protokolünü gösterir sağlık kurulu/uzman hekim raporuna dayanılarak kür tanımına uyacak tedavi uygulanıyor ise bir kürlük, kür tanımına uymayan tedavi uygulanıyor ise en fazla 3 aylık dozda ilaç verilebilir.

(2) Kanser tedavisinde kullanılacak hormonlar ve hormon antagonistleri ile maligniteye bağlı metastatik olgularda kullanılan yardımcı ilaçlar, tedavi protokolünü gösterir uzman hekim raporuna dayanılarak 3 aylık dozlarda verilebilir. (SUT'ta bu ilaçlar için ayrıca bulunan düzenlemeler saklıdır.)

(3) Kanser tedavisinde endikasyon dışı ilaç kullanımında, tedavi protokolünü ve daha önce uygulanan kemoterapi dahil diğer tedavileri de gösteren tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimlerinden birinin bulunduğu sağlık kurulu raporu aranır. (SUT'un 4.2.14.A maddesinde belirtilen etken maddeler hariç) (**EK:RG- 18/02/2017- 29983/8md.Yürürlük: 01/03/2017**) Histopatolojijle kanıtlanmış mikozis fungoides tedavisinde endikasyon dışı "interferon-alfa-2b"nin kullanımında, tedavi protokolünü ve daha önce uygulanan kemoterapi dahil diğer tedavileri de gösteren; tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimlerinden birinin bulunduğu veya 3 dermatoloji uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporu aranır.

4.2.14.A - Tedavi protokolünü gösteren uzman hekim raporuna dayanılarak endikasyon uyumu aranmaksızın kullanılabilecek ilaçlar

(1) Adriamisin, asparaginaz, bleomisin, busulfan, dakarbazin, daktinomisin, daunorubisin, epirubisin, estramustin, etoposid, fluorourasil, folinik asit, ifosfamid, hidroksütre, karboplatin, (**Mülga: RG- 26/11/2016- 29900/ 16-a md. Yürürlük: 29/11/2016**) **karmustin**, klorambusil, lomustin, methotrexat, melfalan, merkaptourin, mesna, mitoksantron, mitomisin, prokarbazin, siklofosfamid, sisplatin, sitozin arabinosid, tamoksifen, vinblastin, vinkristin.

4.2.14.B - Tedavi protokolünü gösterir sağlık kurulu raporuna dayanılarak uzman hekimlerce reçetelendirilecek ilaçlar

(1) Amifostin, anastrazol, bikalutamid, buserelin, dosetaksel, eksemestan, filgrastim, flutamid, gemsitabin, goserelin, ibandronik asit, interferon alfa 2a-2b, irinotekan, kapesitabin, kladronat, lenograstim, letrozol, lôprolid asetat, medroksiprogesteron asetat, oksaliplatin, paklitaksel, pamidronat, siproteron asetat, tegafur-urasil, topotekan, triptorelin asetat, vinorelbin, (vinorelbin tartaratin oral formları, kür protokolünde belirtilmesi ve tedaviye enjektabl form ile başlanması şartıyla kullanılır) zolendronik asit (**Ek:RG- 28/12/2018- 30639/19 md. Yürürlük: 08/01/2019**), pegfilgrastim, lipegfilgrastim.

4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar;

(1) (**Mülga: RG-21/03/2018- 30367/ 23-a md. Yürürlük: 01/04/2018**) Bevacizumab, fotemustin, (**Mülga:RG- 10/05/2018- 30417/ 13-a md. Yürürlük:18/05/2018**) gefinitib, interleukin-2, octreotid, lanreotid, (**Mülga: RG- 30/08/2014- 29104/ 14-a md. Yürürlük: 06/09/2014**) setoksimab, streptozosin; tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile bu hekimlerce veya bu sağlık kurulu raporuna dayanılarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında tüm uzman hekimlerce reçete edilir.

(2) (**Değişik: RG- 26/09/2013- 28777/ 5-a md. Yürürlük: 04/10/2013**) Tioguanin, tiotepa, bortezomib, talidomid, kladribin, anagrelid, idarubisin, pentostatin, lipozomal doktorubisin, fludarabin, tretinoïn; **tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu hekimlerce veya bu sağlık kurulu raporuna dayanılarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında tüm uzman hekimlerce reçete edilir.** Tioguanin, tiotepa, bortezomib, talidomid, kladribin, anagrelid, idarubisin, pentostatin, lipozomal doktorubisin, fludarabin, tretinoïn, klofarabine, bendamustin; tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu hekimlerce veya bu sağlık kurulu raporuna dayanılarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında tüm uzman hekimlerce reçete edilir.

(3) Bu fikrade belirtilen ilaç grupları için bu maddede ilaca yönelik özel rapor süresi düzenlemesi yapılmamış ise en fazla bir yıl süreli sağlık kurulu raporlarında, tedavi protokolü ve teşhise esas teşkil eden radyoloji, patoloji veya sitoloji raporunun merkezi, tarihi ve numarası veya teşhise esas teşkil eden bilgiler, evre veya risk grubu, varsa daha önce uygulanan kanser tedavi planı bulunmalıdır.

(Değişik: RG- 18/02/2015- 29271/ 12-a md. Yürürlük: 28/02/2015)

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 kurumlarında tüm 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 Bakanlığı'na gönderilmesi ve reçete üzerinde formun düzenlenliğinin 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 düzenlenliğinin belirtilmesi gerekmektedir. En az bir tıbbi onkoloji uzman hekimin bulunduğu ve ekokardiyografi değerlendirmesinin de yer aldığı 3 ay süreli sağlık kurulu raporu ile bu hekimlerce reçete edilir. Toplam tedavi süresi 52 haftayı geçmez.

3) Metastatik mide veya özfagogastrik bileşke yerleşimli adenokanserli hastalardan daha önce kemoterapi uygulanmamış olup, Her-2 neu pozitifliği, hem immunhistokimyasal 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.

b) **Alemtuzumab;**

1) Kemik iliği tutulumu gösterir biyopsi sonucuya, yeterli doz ve sürede alkilleyici ajanlar alan ve fludarabin fosfat kürlerini tamamlayan ya da fludarabin temelli kombinasyon rejimlerine kesin olarak dirençli hale gelmiş (Evre III veya Evre IV Kronik Lenfoid Lösemi-KLL) hastalarda; bu durumların belirtildiği hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak hematoloji veya tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilir.

2) Sekiz haftalık tedaviyle cevap alınması durumunda, bu durumun sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla tedavi on iki haftaya kadar uzatılabilir. Cevap alınamaması durumunda ise tedavi sekiz haftayla sınırlanır.

(Değişik: RG- 04/02/2018- 30322/ 16-a md. Yürürlük: 15/02/2018)

e) **BCG canlı intravezikal;** tıbbi onkoloji veya üroloji uzman hekimlerinden birinin yer aldığı tedavi protokolünü gösterir sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji veya üroloji uzman hekimlerine reçete edilir.

c) **BCG canlı intravezikal;** Tıbbi onkoloji veya üroloji uzman hekimlerinden birinin yer aldığı, tedavi protokolü ve teşhise esas teşkil eden radyoloji, patoloji veya sitoloji raporu ile hastalıkın evresi veya risk grubunu gösterir en fazla bir yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak üroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

ç) **Fulvestrant;**

1) Tıbbi onkoloji uzman hekimlerinin yer aldığı tedavi protokolünü gösterir sağlık kurulu raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilir.

2) (Değişik: RG- 18/02/2015- 29271/ 12-b md. Yürürlük: 28/02/2015) ~~Doğal veya yapay postmenopozal kadınlarda, lokal veya metastaz yapmış hormon reseptör pozitif meme kanserinde, endokrin tedaviden [öncelikle tamoksifen, sonra aromataz inhibitörlerinden biri (anastrazole, exemastane, letrozole) kullanıldıktan] sonra ilerlemeye devam etmiş hastalarda, hazırlanan raporda bunların belirtilmesi koşuluyla reçete edilebilir. Doğal veya yapay postmenopozal kadınlarda, lokal veya metastaz yapmış hormon reseptör pozitif meme kanserinde, endokrin tedaviden [tamoksifen veya aromataz inhibitörlerinden biri (anastrazole, exemastane, letrozole)] sonra ilerlemeye devam etmiş hastalarda, raporda bunların belirtilmesi koşuluyla reçete edilebilir.~~

d) **Imatinib;** Tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporu ile bu uzman hekimler tarafından reçete edilir.

e) **Imiquimod;** Yüzeysel bazal hücreli karsinom tedavisinde, tıbbi onkoloji veya cilt hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilir. (Yalnızca bu madde kapsamında ödenir.)

f) **Rituximab;** (Değişik: RG- 04/05/2013- 28637/ 12-a md. Yürürlük: 11/05/2013)

1) ~~Tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimlerinin bulunduğu hastanelerde bu uzman hekimlerden en az birinin yer aldığı, bu uzman hekimlerden hiçbirinin bulunmadığı üçüncü basamak sağlık kurumlarında ise hastalıkla ilgili branşlardaki uzman hekimlere分配, sağlık kurulu raporuna istinaden; yalnızca bu uzman hekimler tarafından reçete edildiğinde bedeli ödenir.~~

2) ~~Nükseden veya kemorezistan CD20 pozitif foliküler lenfoma, diffüz büyük B hücreli lenfoma, mantle hücreli lenfoma teşhisini konmuş hastaların tedavisinde, daha önce tedavi edilmemiş evre III veya evre IV CD20 pozitif foliküler lenfomali hastalarda kombinasyon kemoterapisine ek olarak, CD20 pozitif diffüz büyük B hücreli lenfomada CHOP kemoterapi şemasına ek olarak kullanılabilir.~~

3) ~~Yukarıda bahsedilen foliküler lenfoma ve mantle hücreli lenfomada maksimum 8 küre kadar kullanılabilir.~~

4) ~~Foliküler lenfoma ve mantle hücreli lenfomada; rituximab kullanımına cevap veren ancak progresif hastalık gelişen (daha önce aynı tedaviye yanıt vermiş olduğu için kombinasyon kemoterapisi olarak) vakalarda 8 küre ilave olarak en fazla 4 kür daha kullanılabilir. Indüksiyon tedavisine yanıt vermiş (en fazla 8 kür kullanılmış) hastada, hastanın yanıt süresini uzatmak için indüksiyon tedavisinden sonra hastalık progresyonunu engellemek amacıyla iki yıl süresince ek olarak en fazla 8 kür daha kullanılabilir.~~

5) ~~CD20 pozitif diffüz büyük B hücreli lenfomada maksimum 8 küre kadar geri ödenir.~~

1) Tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimlerinin bulunduğu hastanelerde bu uzman hekimlerden en az birinin yer aldığı, bu uzman hekimlerden hiçbirinin bulunmadığı üçüncü basamak sağlık kurumlarında ise hastalıkla ilgili branşlardaki uzman hekimlere分配, sağlık kurulu raporuna istinaden; yalnızca bu uzman hekimler tarafından reçete edildiğinde bedeli ödenir.

2) Nükseden veya kemorezistan CD20 pozitif foliküler lenfoma, diffüz büyük B hücreli lenfoma, mantle hücreli lenfoma teşhisini konmuş hastaların tedavisinde, daha önce tedavi edilmemiş evre III veya evre IV CD20 pozitif foliküler lenfomali hastalarda kombinasyon kemoterapisine ek olarak, CD20 pozitif diffüz büyük B hücreli lenfomada CHOP kemoterapi şemasına ek olarak kullanılabilir. CD20 pozitif diffüz büyük B hücreli lenfoma, foliküler lenfoma ve mantle hücreli lenfomada maksimum 8 küre kadar kullanılabilir.

3) Foliküler lenfomada; rituximab kullanımına cevap veren ancak progresif hastalık gelişen (daha önce aynı tedaviye yanıt vermiş olduğu için kombinasyon kemoterapi olarak) vakalarda 8 kür ilave olarak en fazla 4 kür daha kullanılabilir. İndüksiyon tedavisine yanıt vermiş (en fazla 8 kür kullanılmış) hastada, hastanın yanıt süresini uzatmak için indüksiyon tedavisinden sonra hastalık progresyonunu engellemek amacıyla iki yıl süresince ek olarak en fazla 8 kür daha kullanılabilir.

4) Kronik Lenfositik Lösemi (KLL);

a. Performans durumu iyi olan (ECOG 0-1), 17 p delesyonu bulumayan KLL hastalarının birinci basamak tedavisinde fludarabin ve siklofosfamid ile kombin olarak kullanılabilir.

b. Relaps/Refrakter (Nükseden/Dirençli)tedavide; daha önce fludarabin ve alkilleyici ajanlarla tedavi sonrası progresyon gelişmiş, 65 yaş ve altı, ECOG performans statüsü 0-1 olan, 17p delesyonu bulumayan KLL hastalarında fludarabin ve siklofosfamid ile kombin olarak 4 kür rituksimab kullanılması uygundur. İlk kürde en çok 375 mg/m^2 , diğer kürlerde 500 mg/m^2 kullanılabilir; 4 kür sonunda en az kısmı yanıt alması halinde, 2 kür daha verilerek tedavi en çok 6 kür tamamlanabilir.

(Ek:RG- 28/12/2018- 30639/ 20-a md. Yürürlük: 08/01/2019)

5) Rituksimab 1400 mg subkütan formu Non-Hodgkin Lenfomada;

a. Nükseden veya kemorezistan CD20 pozitif folliküler lenfoma, diffüz büyük B hücreli lenfoma, mantle hücreli lenfoma tanılı hastaların tedavisinde,

b. Daha önce tedavi edilmemiş evre III-IV folliküler lenfomali hastalarda kemoterapi ile kombinasyon halinde,

c. İndüksiyon tedavisine yanıt veren folliküler lenfomali hastalarda idame tedavisi olarak (en fazla 2 yıl süreyle ve en fazla 8 kür olarak),

c. CD20 pozitif, diffüz büyük B hücreli lenfomada CHOP (siklofosfamid, doksorubisin, vinkristin, prednizolon) kemoterapi şemasına ek olarak kullanılabilir.

d. Tibbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporuna istinaden yalnızca bu uzman hekimler tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşısınar.

g) **Temozolomid;** Radyoterapi ile birlikte ve/veya tek başına kullanımında tıbbi onkoloji veya radyasyon onkolojisi uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı tedavi protokolünü gösterir sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce veya bu sağlık kurulu raporuna dayanılarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarındaki tüm uzman hekimlerce reçete edilebilir.

g) **Flouxuridin;** Sadece kolon kanserinin karaciğere çoklu metastazlarında ilaçın onaylı prospektüs bilgileri dikkate alınarak, intraarterial yolla en fazla 6 kür olarak tıbbi onkoloji, genel cerrahi ve gastroenteroloji uzmanlarından en az birinin bulunduğu 4 ay süre ile geçerli sağlık kurulu raporu ile yatarak tedavide kullanılmak üzere tıbbi onkoloji uzmanları, genel cerrahi uzmanları ve gastroenteroloji uzmanları tarafından reçete edilir.

h) **Azasitidin ve decitabin;**

(Değişik: RG- 30/08/2014- 29104/ 14-b md. Yürürlük: 06/09/2014)

1) Miyelodisplastik Sendromda (MDS) görülen dirençli anemi tedavisinde;

a. Kemik iliği blast oranının %5'in üzerinde artmış olduğunun belirtildiği, içinde en az bir hematoloji uzmanın bulunduğu 4 ay süre ile geçerli sağlık kurulu raporu ile 18 yaş üstü hastalarda kullanılmak üzere hematoloji uzmanı tarafından en fazla birer aylık tedavi miktarında reçete edilebilir.

b. Azasitidin veya Decitabin 4 ay alan hastalarda yanıt değerlendirilmesi yapılır. Blast oranı %5 ve altına inen hastalar ile tedaviye başlandığındaki ilk değerine göre blast oranında %50'den daha az azalma olan hastalarda tedavi kesilir. Blast oranı tedaviye başlandığındaki ilk değerine göre %50 ve daha fazla azalan (ancak Blast oranı %5'in üzerinde kalan) hastalarda bu durumu belirten yeni bir rapor düzenlenerek yalnızca 3 ay daha tedaviye devam edilir. Relaps olan hastalarda başlama kriterlerine uygun olarak tedaviye tekrar başlanabilir.

e. Decitabin, yukarıdaki koşullarda 4 haftada bir 5 günlük sürede ($20 \text{ mg/m}^2/\text{gün}$) toplam 100 mg/m^2 'yi geçmeyecek şekilde kullanılır.

ç. Bu ilaçlar birlikte kullanılamaz.

2) Azasitidin; kronik miyelomonositer lösemi (KMML) ve akut miyeloid lösemi (AML) tedavisinde;

a. İçinde en az bir hematoloji uzmanın bulunduğu 4 ay süre ile geçerli sağlık kurulu raporuna dayanılarak hematoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilebilir.

b. Söz konusu teşhislerde en fazla 4 kür kullanılabilir.

1) **Azasitidin;**

a) Miyelodisplastik Sendromda (MDS) görülen dirençli anemi tedavisinde;

1) Kemik iliği blast oranının %5'in üzerinde artmış olduğunun belirtildiği, içinde en az bir hematoloji uzmanın bulunduğu 6 ay süre ile geçerli sağlık kurulu raporu ile 18 yaş üstü hastalarda kullanılmak üzere hematoloji uzmanı tarafından en fazla birer aylık tedavi miktarında reçete edilebilir.

2) (Değişik: RG- 07/10/2016- 29850/ 23-a md. Yürürlük: 15/10/2016) Azasitidini 6 siklus alan hastalarda yanıt değerlendirilmesi yapılır. Tedaviye başlandığındaki ilk değerine göre blast oranında %50'den daha fazla azalma olmayan hastalarda tedavi kesilir. Blast oranı tedaviye başlandığındaki ilk değerine göre %50 ve daha fazla azalan hastalarda bu durumu belirten yeni bir rapor düzenlenerek yalnızca 2 siklus daha tedaviye devam edilir. Relaps olan hastalarda başlama kriterlerine uygun olarak tedaviye tekrar başlanabilir. Azasitidini 6 siklus alan hastalarda yanıt değerlendirilmesi yapılır. Tedaviye başlandığındaki ilk değerine göreblast oranında %50'den daha fazla azalma olmayan hastalarda tedavi kesilir. Blast oranı tedaviye başlandığındaki ilk değerine göre %50 ve daha fazla azalan hastalarda bu durumu belirten 3'er ay süreli rapor düzenlenerek progresyon'a kadar tedaviye devam edilebilir.

b) Azasitidin; kronik miyelomonositer lösemi (KMML) ve akut miyeloid lösemi (AML) tedavisinde;

1) İçinde en az bir hematoloji uzmanının bulunduğu 6 ay süre ile geçerli sağlık kurulu raporuna dayanılarak hematoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilebilir.

2) Söz konusu teşhislerde en fazla 6 siklus kullanılabilir.

(Ek: RG- 05/08/2015- 29436/ 15-a md. Yürürlük: 13/08/2015)

c) Azasitidin ve decitabin birlikte kullanılamaz.

2) Decitabin:

a) Miyelodisplastik Sendromda (MDS) görülen dirençli anemi tedavisinde;

1) Kemik iliği blast oranının %5'in üzerinde artmış olduğunun belirtildiği, içinde en az bir hematoloji uzmanının bulunduğu 4 ay süre ile geçerli sağlık kurulu raporu ile 18 yaş üstü hastalarda kullanılmak üzere hematoloji uzmanı tarafından en fazla birer aylık tedavi miktarında reçete edilebilir.

2) Decitabini 4 (**Değişik: RG- 18/06/2016- 29746/ 14-a md. Yürürlük: 25/06/2016**) ~~ay~~ siklus alan hastalarda yanıt değerlendirilmesi yapılır. Blast oranı %5 ve altına inen hastalar ile tedaviye başlandığındaki ilk değerine göre blast oranında %50'den daha az azalma olan hastalarda tedavi kesilir. Blast oranı tedaviye başlandığındaki ilk değerine göre %50 ve daha fazla azalan (ancak Blast oranı %5'in üstünde kalan) hastalarda bu durumu belirten yeni bir rapor düzenlerek yalnızca 3 (**Değişik: RG- 18/06/2016- 29746/ 14-a md. Yürürlük: 25/06/2016**) ~~ay~~ siklus daha tedaviye devam edilir. Relaps olan hastalarda başlama kriterlerine uygun olarak tedaviye tekrar başlanabilir.

3) Decitabin, yukarıdaki koşullarda 4 haftada bir 5 günlük sürede (20 mg/m²/gün) toplam 100 mg/m²'yi geçmeyecek şekilde kullanılır.

b) (**Değişik: RG- 05/08/2015- 29436/ 15-b md. Yürürlük: 13/08/2015**) ~~Azasitidin ve decitabin birlikte kullanılamaz.~~ Decitabin, kemik iliğinde blast oranı %30'dan fazla olan, orta/kötü sitogenetik riski bulunan ve standart indüksiyon kemoterapisi için aday olmayan 70 yaş ve üstü yeni tanı konmuş akut miyeloid lösemi (AML) tedavisinde;

1) İçinde en az bir hematoloji uzmanının bulunduğu 6 ay süre ile geçerli sağlık kurulu raporuna dayanılarak hematoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilebilir.

2) Söz konusu teşiste en fazla 6 siklus kullanılabilir.

(Ek: RG- 05/08/2015- 29436/ 15-b md. Yürürlük: 13/08/2015)

c) Azasitidin ve decitabin birlikte kullanılamaz.

1) **Dasatinib ve nilotinib; (Değişik: RG- 26/09/2013- 28777/ 5-b md. Yürürlük: 04/10/2013) (Değişik: RG- 18/02/2015- 29271/ 12-c md. Yürürlük: 28/02/2015)**

Sağlık Bakanlığı'na onaylanan prospektüslerinde yer alan endikasyonlarda kullanılmak üzere, söz konusu ilaçların prospektüsünde yazılan başlama kriterleri dikkate alınarak, içinde en az bir hematoloji uzmanın yer aldığı, en fazla 6 ay süre ile geçerli sağlık kurulu raporu ile tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimleri tarafından reçetelenir. (dasatinib ve nilotinib kombine olarak kullanılamayacaktır.)

—1) Dasatinib; prospektüsünde yazılan başlama kriterleri dikkate alınarak, içinde en az bir hematoloji uzmanın yer aldığı, en fazla 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 uzmanın 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.

a) Kronik miyeloid lösemi tanılı yetişkin hastaların tedavisinde;

1) Dasatinib; imatinib dahil önceki tedavilere dirençli veya intolere (aşağıdaki 4. ve 5. maddede belirtilen koşullarda), Philadelphia kromozomu pozitif kronik, hızlanmış veyablastik evre kronik miyeloid lösemi tanılı yetişkin hastaların tedavisinde; prospektüsünde yazılan başlama kriterleri dikkate alınarak, bu durumların belirtildiği en az bir hematoloji uzmanın yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimleri tarafından reçetelenir.

2) Nilotinib yalnızca; (**Değişik: RG- 05/08/2015- 29436/ 15-c md. Yürürlük: 13/08/2015**) dasatinibe dirençli imatinib dahil önceki tedavilere dirençli veya intolere (aşağıdaki 4. ve 5. maddede 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 uzmanın yer aldığı, en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimleri tarafından reçetelenir.

—3) (**Mülga: RG- 05/08/2015- 29436/ 15-c md. Yürürlük: 13/08/2015**) İmatinib dahil önceki tedavilere dirençli veya intolere olan hastalardan; pleural 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 ölçümlle konfirme edilmiş majör moleküller 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.

i) **Sunitinib;**

1) Imatinibe dirençli metastatik veya rezekte edilemeyen gastrointestinal stromal tümörlerin (GIST) veya sitokin (interferon veya interlökin) sonrası progresyon olan metastatik renal hücreli karsinomların tedavisinde, içinde en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulunduğu tedavi protokolünü de gösterir ve en fazla 6 ay süre ile geçerli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkologlar tarafından reçetelenir. Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için hastalıkta progresyon olmadığı belirlenmeli ve bu durum çıkarılacak raporda belirtilmelidir.

2) Temsirolimus, sunitinib, sorafenib ve pazopanib metastatik renal hücreli karsinomlu hastalarda ardışık ya da kombine olarak kullanılamaz.

3) Metastatik ya da lokal ileri evrede olan ve cerrahi tedavinin mümkün olmadığı, iyi differansiyeli, Ki-67 indeksi 5 ve altında olan, RECIST kriterlerine göre hastalık progresyonunun bulunduğu, daha önce somatostatin ve bir sıra kemoterapi uygulanmış olan pankreatik nöroendokrin tümörlerin tedavisinde, Ki-67 indeksini içeren patoloji rapor bilgilerinin bulunduğu, tedavi protokolünü de gösterir en az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce reçetelenir.

4) (Ek: RG- 04/05/2013- 28637/ 12-b md. Yürürlük: 11/05/2013) Sunitinib ve everolimus pankreatik nöroendokrin tümör tedavisinde ardışık ya da kombine olarak kullanılamaz.

j) **Lapatinib;** Daha önce antrasiklin, takson ve trastuzumab ile tedavi görmüş ve halen progresyon gösteren, c-erb B2 immünhistokimya testi sonucu 3 (+) veya FISH (+) olan metastatik meme kanserli hastalarının tedavisinde kapesitabin ile kombine olarak kullanılır. Lapatinib + kapesitabin progresyona kadar geçen sürede, hastanın tedaviden fayda görmesi ve bu durumun reçete üzerinde hekim tarafından belirtilmesi halinde ödenir. Lapatinib + kapesitabin kullanılıyor iken progresyon gelişen hastalarda tedavinin sonraki basamaklarında lapatinib ödenmez. Tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile bu uzman hekimlerce veya bu sağlık kurulu raporuna dayanılarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarındaki tüm uzman hekimlerce reçete edilir.

k) **Temsirolimus;** Sitokin (interferon veya interlökin) sonrası progresyon olan metastatik renal hücreli karsinomların tedavisinde, aşağıdaki 6 kriterden en az üç tanesinin bulunduğu kötü прогноз grubu kabul edilen hastalarda; bu durumu belirtir en az iki tıbbi onkoloji uzmanının yer aldığı tedavi protokolünü gösterir en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilir. Temsirolimus, sunitinib, sorafenib ve pazopanib metastatik renal hücreli karsinomlu hastalarda ardışık ya da kombine olarak kullanılamaz.

1) Laktat dehidrogenaz düzeyinin normalin üst sınırından 1,5 kat veya daha fazla artmış olması,

2) Hemoglobinin normal değerinin alt sınırından düşük olması,

3) Düzeltilmiş kalsiyum düzeyinin 10mg/dl nin üzerinde olması,

4) Tanıdan itibaren sistemik tedavinin başlangıcına kadar geçen sürenin 1 yıldan az olması,

5) Performans durumu ECOG' a göre 2 ve üzerinde olması,

6) İki ya da daha fazla organ metastazının bulunması,

l) **Sorafenib;**

1) Metastatik renal hücreli karsinom (mRCC) endikasyonunda;

a. Sitokin (interferon veya interlökin) sonrası progresyon olan metastatik renal hücreli karsinomların tedavisinde, içinde en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulunduğu tedavi protokolünü de gösterir ve en fazla 6 ay süre ile geçerli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkologlar tarafından reçetelenir. Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için hastalıkta progresyon olmadığı belirlenmeli ve bu durum raporda belirtilmelidir.

b. Temsirolimus, sunitinib, sorafenib ve pazopanib metastatik renal hücreli karsinomlu hastalarda ardışık ya da kombine olarak kullanılamaz.

2) Karaciğer kanserinde; lokal tedavi yöntemlerinin uygun olmadığı ve fonksiyonel karaciğer rezervinin Child-Pugh-A evresinde olduğu klinik ve laboratuvar bulgularla raporda kanıtlanmış olan; lokal ileri veya metastatik hepatocellüler kanserli olgularda; daha önce en az bir kemoterapi tedavisi uygulamış ve progresyon gelişmiş hastalarda, ikinci basamak tedavi seçenekleri olarak kullanılabilir. Hastanın kemoterapiye engel olacak bir durumu var ise bu durum sağlık raporunda belirtilerek birinci basamakta da kullanılabilir. Sorafenib en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulunduğu, tedavi protokolünü gösterir sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzmanları tarafından reçetelenir. Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için progresyon olmadığı belirlenmeli, bu durum ve karaciğer rezervinin Child-Pugh-A evresinde devam ettiği raporda belirtilmelidir.

(Ek: RG- 05/08/2015- 29436/ 15-ç md. Yürürlük: 13/08/2015)

3) Tiroid kanseri endikasyonunda; daha önce VEGF-TKİ gibi hedefe yönelik bir tedavi almamış cerrahi ve radyoterapi gibi lokal tedavilere uygun olmayan veya bu tedaviler sonrası progresyon gösteren, son 14 ay içerisinde RECIST kriterlerine göre progresyon göstermiş radyoaktif iyot tedavisi dirençli lokal relaps veya metastatik diferansiyeli tiroid kanserlerinde monoterapi olarak progresyona kadar kullanılabilir. Progresyon sonrası kombinasyon veya monoterapi olarak kullanılabilir. Sorafenib bu durumların belirtildiği en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulunduğu, 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimleri tarafından reçetelenir.

m) **Pemetrekset;**

1) Lokal ileri evre ya da metastatik küçük hücreli dışı akciğer kanserli hastalardan nonskuamöz (adenokarsinom ya da büyük hücreli karsinom) histolojik alt grubunda birinci basamak kemoterapi sonrası progresyon gelişen hastalarda tıbbi onkoloji uzmanının yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji veya göğüs hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir.

2) Malign plevral mezotelyomada; üç uzman hekim tarafından düzenlenen ve tedavi protokolünü gösterir sağlık kurulu raporuna dayanılarak uzman hekimlerce reçete edilir.

n) **Lenalidomid;** en az 2 kür standart multiple myelom tedavisi (VAD, MP veya diğer standart antimiyelom 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 üncü kür sonunda en az minor yanıt yoksa tedavi sonlandırılır. 3 üncü kür sonunda en az minor yanıt, 6 ncı kür sonunda en az kısmı yanıt var ise tedaviye devam edilir. Tedavinin devamında her 6 ncı kür sonunda en az kısmı yanıt var ise (**Değişik: RG 30/08/2014 -29104 / 14-b md. Yürürlük: 06/09/2014**) tedavi toplam iki yıla tamamlanabilir tedavi toplam 26 küre tamamlanabilir.

(Değişik: RG- 18/02/2015- 29271/ 12-c md. Yürürlük: 28/02/2015)

1) En az 2 kür standart multiple myelom tedavisi (VAD, MP veya diğer standart antimiyelom 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 üncü kür sonunda en az minor yanıt yoksa tedavi sonlandırılır. 3 üncü kür sonunda en az minor yanıt, 6 ncı kür sonunda en az kısmı yanıt var ise tedaviye devam edilir. Tedavinin devamında her 6 ncı kür sonunda en az kısmı 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) (**Değişik: RG- 07/10/2016- 29850/ 23-b md. Yürürlük: 15/10/2016**) 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. aymın sonunda yapılan yanıt değerlendirmesinde, 8 hafta içinde hiç transfüzyon yapılmamış olması koşulu ile transfüzyon ihtiyacının ortadan kalkması halinde bu durumun belirtildiği yeni düzlenecek 3 ay süreli sağlık kurulu raporları ile tedavi 12. aya kadar uzatılabilir. 3. aya yapılan yanıt değerlendirmesinde transfüzyon ihtiyacının ortadan kalkması halinde tedavi sonlandırılır. Bu endikasyonda lenalidomidin yalnızca 10 mg'lık formları ödenir. 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 4. aymın sonunda yapılan yanıt değerlendirmesinde, 8 hafta içinde hiç transfüzyon yapılmamış olması koşulu ile transfüzyon ihtiyacının ortadan kalkması halinde bu durum ilgili sağlık kurulu raporunda belirtilir. Sağlık kurulu raporları ile tedavi 12. aya kadar uzatılabilir. 4. aya yapılan yanıt değerlendirmesinde transfüzyon ihtiyacının ortadan kalkması halinde tedavi sonlandırılır. Bu endikasyonda lenalidomidin yalnızca 5 ve 10 mg'lık formları en fazla günlük 1x1 dozunda ödenir.

(Ek: RG- 21/03/2018- 30367/ 23-b md. Yürürlük: 01/04/2018)

3) Daha önceden bortezomib veya bortezomib içeren kombinasyonlarla tedavisi başarısız olan nüks veya dirençli mantle hücreli lenfoma tedavisinde, bu durumların belirtildiği hematoloji ve/veya onkoloji uzmanının yer aldığı 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak yine bu hekimler tarafından reçete edilmesi halinde progresyon gelişene kadar Kurumca bedeli karşılaşır.

o) **Erlotinib;** (**Değişik:RG-09/09/2017- 30175/ 20-a md. Yürürlük: 23/09/2017**) lokal ileri evre ya da metastatik adenokarsinom histolojik tipinde olan küçük hücreli dışı akciğer kanserli, hiç sigara kullanmamış, daha önce kemoterapi almış ve progresyon gelişmiş hastalarda; bu durumun belirtildiği tıbbi onkoloji uzmanının yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak, ikinci ve üzeri tedavi basamaklarında bu uzman hekimlere veya göğüs hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir. epidermal büyümeye faktörü reseptörü (EGFR) gen exon 19 delesyonu ve/veya exon 21 (L858R) mutasyonu, akredite bir laboratuvara gösterilmiş metastatik nonskuamöz küçük hücreli dışı akciğer kanseri hastalarının birinci basamak tedavisinde ve yukarıda tanımlanan mutasyon ve delesyonu olan nonskuamöz küçük hücreli dışı akciğer kanseri hastalarında bir basamak kemoterapi sonu progresyonunda ikinci basamak tedavisinde progresyon'a kadar bu durumların belirtildiği tıbbi onkoloji uzmanının yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlere veya göğüs hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir. Reçeteeye genetik tetkik sonucu eklenir. (**Ek:RG-10/05/2018-30417/13-b md. Yürürlük: 18/05/2018**) Erlotinib, gefitinib ve afatinib etken maddeler ilaçların ardışık ya da kombine kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.

ö) **Raltitreksed;**

1) Kolorektal kanser hastalarına tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile bu hekimlerce veya bu sağlık kurulu raporuna dayanılarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında tüm uzman hekimlerce reçete edilir.

2) Malign plevral mezotelyomada; üç uzman hekim tarafından düzenlenen ve tedavi protokolünü gösterir sağlık kurulu raporuna dayanılarak uzman hekimlerce reçete edilir.

p) **Everolimus;** (**Değişik: RG- 04/05/2013- 28637/ 12-c md. Yürürlük: 11/05/2013**) Daha önce sunitinib veya sorafenib kullanmış ve direnç göstermiş olan metastatik renal hücreli hastalarda en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulunduğu tedavi protokolünü de gösterir 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkologlar tarafından reçetelenir.

1) (Değişik: RG- 26/09/2013- 28777/ 5-c md. Yürürlük: 04/10/2013) Daha önce sunitinib veya sorafenib kullanmış ve direnç göstermiş olan 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. Hastalığı VEGF (Vasküler Endotelyal 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 differansiyeli (**Değişik: RG- 18/02/2015- 29271/ 12-d md. Yürürlük: 28/02/2015**) (**Ki-67 değeri 2 veya altında olan**) (Ki-67 değeri 20 veya altında olan) pankreatik nöroendokrin tümörü bulunan, daha önce somatostatin ve 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.

r) **Pazopanib;** (**Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 27-a md. Yürürlük: 07/08/2014**)

1) Biyolojik tedaviler (interferon ya da interlökin) sonrasında progresyon gelişmiş lokal ileri ya da metastatik evredeki renal hücreli karsinomların tedavisinde, içinde en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulunduğu tedavi protokolünü de gösterir ve en fazla 6 ay süre ile geçerli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkologlar tarafından reçetelenir. Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için hastalıkta progresyon olmadığı belirlenmeli ve bu durum raporda belirtilmelidir.

2) Temsirolimus, sunitinib, sorafenib ve pazopanib metastatik renal hücreli karsinomlu hastalarda ardışık ya da kombine olarak kullanılamaz.

1) Biyolojik tedaviler (interferon ya da interlökin) sonrasında progresyon gelişmiş lokal ileri ya da metastatik evredeki renal hücreli karsinomların tedavisinde,

2) En az bir, en fazla iki seri kemoterapi sonrasında progresyon göstermiş metastatik sarkomun, prospektüsünde belirtilen alt tiplerinde,

3) En az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulunduğu tedavi protokolünü de gösterir 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzmanları tarafından reçetelenir. Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için hastalıkta progresyon olmadığı yeni düzenlenecek raporda belirtilmelidir.

4) Temsirolimus, sunitinib, sorafenib ve pazopanib metastatik renal hücreli karsinomlu hastalarda ardışık ya da kombine olarak kullanılamaz.

s) **Cinacalcet;** paratiroid karsinomu endikasyonunda; opere olmuş ancak nüks olan hastalarda, bifosfonatlar ile hiperkalsemisi kontrol altına alınamamış ve albümün ile düzeltilmiş serum kalsiyum değeri $\geq 10,5$ mg/dl olduğu belirtilen endokrinoloji uzman hekimince düzenlenen bir yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak iç hastalıkları uzmanlarca reçetelenebilir.

(EK: RG- 25/07/2014- 29071/ 27-b md. Yürürlük: 07/08/2014)

ş) **Trabektedin;** doktorubisin ve ifosfamid içeren kemoterapi rejimleri sonrasında progresyon gelişmiş lokal ileri ve metastatik liyomiyosarkom ve liposarkomlu hastalarda; bu durumun belirtildiği en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulunduğu tedavi protokolünü de gösterir 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzmanları tarafından reçetelenir. Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için hastalıkta progresyon olmadığı yeni düzenlenecek raporda belirtilmelidir.

t) **Panitumumab;**

1) Daha önce panitumumab veya diğer anti-EGFR (Anti-Epidermal Büyüme Faktörü Rezeptörü) tedavileri kullanmamış, ECOG performans skoru 0-1 olan, (**Değişik: RG-09/09/2017- 30175/ 20-b md. Yürürlük: 23/09/2017**) KRAS RAS wild tip metastatik kolorektal kanserli hastalarda; birinci veya ikinci seri tedavide FOLFOX veya FOLFIRI kombinasyon kemoterapi rejimlerinin sadece birisi ile progresyon'a kadar kullanılır. Bu durumların belirtildiği en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulunduğu 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzmanları tarafından reçete edilir.

2) Progresyon durumunda veya beraberindeki kemoterapi rejiminin değiştirilmesi durumunda panitumumab veya başka bir anti-EGFR tedavisi kullanılmaz.

(Değişik: RG- 18/02/2017- 29983/ 9-a md. Yürürlük: 01/03/2017)

u) **Kabazitaksel ve abirateron;**

u) **Kabazitaksel, enzalutamid ve abirateron;**

1) (**Değişik: RG- 18/02/2017- 29983/ 9-a md. Yürürlük: 01/03/2017**) Hormonal tedavi ve sonrasında dosetaksel temelli kemoterapi tedavisine progresyon gelişmiş metastatik prostat kanserli hastalarda prednizolon ile kombine olarak kullanılır. Hormonal tedavi ve sonrasında dosetaksel temelli kemoterapi tedavisine progresyon gelişmiş metastatik prostat kanserli hastalarda prednizolon ile kombine kullanım şartı aranmaz.

2) En az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulunduğu tedavi protokolünü de gösterir 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzmanları tarafından reçetelenir.

3) Sağlık kurulu raporunda; progresyonun, PSA ve radyolojik görüntüleme yöntemleriyle (RECIST kriterleri ile) tespit edildiği, ECOG performans skorunun (0-1) olduğu ve testosterone düzeyinin kastrasyon seviyesinde olduğu belirtilir.

4) Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için düzenlenecek yeni raporda tedaviye başlangıç kriterleri ile birlikte hastada progresyon olmadığı belirtilmelidir.

5) (**Değişik: RG- 18/02/2017- 29983/ 9-a md. Yürürlük: 01/03/2017**) Kabazitaksel ve abirateron ardışık olarak kullanılamaz. Kabazitaksel, enzalutamid ve abirateron ardışık olarak kullanılamaz.

ü) **Fluorourasil topikal formları;** sağlık raporu koşulu aranmaksızın yalnızca dermatoloji, tıbbi onkoloji ve plastik cerrahi uzmanları tarafından reçete edilir.

v) **Aksitinib;** bir sitokin tedavisi sonrası progresyon göstermiş olan veya bir sitokin tedavisi sonrası bir seri VEGF-TKİ (Vasküler Endotelyal Büyüme Faktörü – Tirozin Kinaz İnhibitörü) tedavisi kullanmış ve sonrasında progresyon göstermiş relaps/metastatik renal hücreli karsinomun tedavisinde; en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulunduğu 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzmanları tarafından reçete edilir. Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için hastalıkta progresyon olmadığı belirlenmeli ve bu durum yeni raporda belirtilmelidir.

y) **Setuksimab:**

1) Metastatik kolorektal kanser endikasyonunda;

a) Daha önce setuksimab veya diğer anti-EGFR (Anti-Epidermal Büyüme Faktörü Rezeptörü) tedavileri kullanmamış, ECOG performans skoru 0-1 olan, (Değişik: RG- 07/10/2016- 29850/ 23-c md. Yürürlük: 15/10/2016) KRAS RAS wild tip metastatik kolorektal kanserli hastalarda; birinci veya ikinci seri tedavide FOLFOX veya FOLFIRI kombinasyon kemoterapi rejimlerinin sadece birisi ile progresyona kadar kullanılır. Bu durumların belirtildiği en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulunduğu 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzmanları tarafından reçete edilir.

b) Progresyon durumunda veya beraberindeki kemoterapi rejiminin değiştirilmesi durumunda setuksimab veya başka bir anti-EGFR tedavisi kullanılamaz.

(Değişik:RG-09/09/2017- 30175/ 20-c md. Yürürlük: 23/09/2017)

2) Skuamoz hücreli baş ve boyun kanseri endikasyonunda; nüks yada metastatik nazofarenks dışı baş-boyun yassi hücreli kanseri olan, ECOG performans statüsü 0-1 olan hastalarda, birinci basamakta platin ve 5 Fluorourasil içeren kemoterapi rejimi ile kombine olarak birlikte kullanılır. Bu durumların belirtildiği en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulunduğu sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzmanları tarafından reçete edilir.

2) Skuamoz hücreli baş ve boyun kanseri endikasyonunda;

a) ECOG performans skoru 0-1 olan yassi hücreli nüks ya da metastatik nazofarenks dışı baş-boyun kanserlerinde birinci basamakta platin ve 5-Fluorourasil içeren kemoterapi rejimi ile kombine olarak kullanılır.

b) Sisplatin ile tedavi edilemeyen, kreatinin klirensi 55 ml/dk olan ve/veya orta-ileri derece kalp yetmezliği olan hastalarda lokal-ileri evre hastalıkta radyasyon tedavisi ile kombine olarak kullanılır.

Bu durumların belirtildiği en az bir tıbbi onkoloji uzmanının bulunduğu sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzmanları tarafından reçete edilir.

(Ek: RG- 18/02/2015- 29271/ 12-e md. Yürürlük: 28/02/2015)

(Değişik: RG- 25/03/2017- 30018/ 20 md. Yürürlük: 01/04/2017)

z) **Dabrafenib ve vemurafenib;**

z) Dabrafenib, dabrafenib+trametinib, vemurafenib, vemurafenib+kobimetinib;

1) (Değişik: RG- 25/03/2017- 30018/ 20 md. Yürürlük: 01/04/2017) ~~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;~~ 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.

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) (Değişik: RG- 25/03/2017- 30018/ 20 md. Yürürlük: 01/04/2017) ~~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.

aa) **Beksaroten;**

1) En az bir sistemik tedaviye dirençli erişkin hastalarda ileri evre (EORTC 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 kullanımı gereklidir, bu durumun raporda belirtilmesi halinde SUT'un "4.2.28- Lipid düşürücü ilaçların kullanım ilkeleri" maddesi koşulları aranır.

(Değişik: RG-10/05/2018-30417/ 13-c md. Yürürlük:18/05/2018)

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 uzman hekimlerince reçete edilir.

bb) **Krizotinib;**

1) Anaplastik Lenfoma Kinaz (ALK) veya Rezeptör Tirozin Kinaz C-ROS 1 (ROS-1) pozitifliği FISH testi ile akredite laboratuvara doğrulanmış ileri evre küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK) hastaların birinci basamak tedavisinde monoterapi olarak progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

2) Anaplastik Lenfoma Kinaz (ALK) pozitifliği FISH testi ile akredite laboratuvara doğrulanmış daha önce kemoterapi uygulanmış ve sonrasında progresyon gelişmiş metastatik küçük hücreli dişi akciğer kanserli (KHDAK) hastalarının ikinci basamak tedavisinde progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılaşır.

3) Alektinib veya seritinib tedavisi sonrasında progresyon gelişen hastaların tedavisinde ardışık ya da kombine olarak krizotinib kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılaşmaz.

4) En az bir tıbbi onkoloji uzmanın yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden tıbbi onkoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılaşır. Tedavinin devamı için düzenlenecek yeni sağlık kurulu raporunda hastalıkta progresyon olmadığını belirtirmesi gerekmektedir.

(Ek: RG- 18/06/2016- 29746/ 14-b md. Yürürlük: 25/06/2016)

cc) **Vismodegib:**

1) Cerrahi, radyoterapi ve diğer lokal tedaviler sonrası progresyon göstermiş ve tekrar bu tedavilerin uygulanamadığının veya başlangıçta bu tedavilerin uygun olmadığından tespit edildiği progresif, semptomatik lokal ileri veya metastatik cildin bazal hücreli kanserinde; monoterapi olarak progresyona kadar kullanılır.

2) Bu durumların belirtildiği, bir tıbbi onkoloji, bir dermatoloji, bir radyasyon onkolojisi ve lokalizasyonuna göre ilgili bir cerrahi branş uzman hekiminin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden tedaviye başlanılır.

3) Tedaviye tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden devam edilebilir.

4) Bu sağlık kurulu raporlarına dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince en fazla birer aylık dozlarında reçete edilir.

5) Progresyon sonrası monoterapi veya başka tedavilerle kombinasyon şeklinde kullanılamaz.

çç) **Ruksolitinib:**

1) Primer miyelofibrosis, post polistemik miyelofibrosis veya esansiyel trombositemi sonrası ikincil miyelofibrosis tanılı hastalarda splenomegaliye bağlı semptomların tedavisinde aşağıdaki koşulların tümünü taşıyan hastalarda kullanılır.

a) Semptomatik masif splenomegalisi bulunan,

b) DIPPS plus skorlama sistemine göre orta veya yüksek risk grubu olan,

c) En az bir seri tedavi almış ve uluslararası çalışma grubu uzlaşı kriterlerine göre 8 haftadan fazla süren kot kavşı altında fizik muayene ile ölçülen dalak boyutunda başlangıçta göre $\geq 50\%$ (USG ile ölçülen dalak hacminde $\geq 35\%$) azalma elde edilemeyen veya elde edilen yanıtı kaybolan,

c) Güncel kan sayım değerlerinde trombosit sayısının $\geq 100.000/\text{mm}^3$, hemoglobin düzeyinin $\geq 8 \text{ g/dl}$, nötrofil sayısının $\geq 1000/\text{mm}^3$ ve çevresel kan blast oranı $< 10\%$ olan,

d) Kemik iliği nakline uygun olmayan.

2) Üniversite veya eğitim ve araştırma hastanelerinde bu durumların belirtildiği en az bir hematoloji uzmanın bulunduğu 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak hematoloji uzman hekimlerince reçete edilir.

3) Tedaviye başlandıktan 6 ay sonra yapılan yanıt değerlendirmesinde dalak boyutunda bir azalma yoksa veya semptomlarda tedavinin başlangıcından beri bir iyileşme görülmemişse tedavi kesilir. 6. ayda yapılan yanıt değerlendirmesi, devamında düzenlenecek her 3 aylık raporda belirtilir.

dd) **Regorafenib:**

1) Öncesinde floropirimidin, oksaliplatin ve irinotekan bazlı kemoterapi ve anti-VEGF (anti vasküler endotelyal büyümeye faktörü) tedavisi ve RAS-doğal tip ise ayrıca anti-EGFR (anti epidermal büyümeye faktörü reseptörü) ile tedavi görmüş ve progresyon göstermiş, ECOG performans skoru: 0-1 olan, yeterli organ fonksiyonu bulunan ve yaşam bekłentisi üç aydan fazla olan, rezeke edilemeyen metastatik kolorektal kanser (mKRK) tedavisinde kullanılır.

2) Öncesinde imatinib mesilat ve sunitinib malat tedavileri görmüş ve progresyon göstermiş rezeke edilemeyen metastatik gastrointestinal stromal tümör (GİST) tedavisinde (Ek:RG-10/05/2018-30417/13-ç md. Yürürlük: 18/05/2018) veya sorafenib tedavisi sırasında veya sonrasında progresyon gelişmiş lokal ileri veya metastatik veya nüks hepatoselüler kanser tanısı olan ve Child-Pugh A düzeyinde karaciğer fonksiyonuna sahip hastaların tedavisinde progresyona kadar kullanılabilir.

3) Yukarıdaki durumlarda tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporu ile tıbbi onkoloji uzman hekimleri tarafından birer aylık dozda reçete edilir.

(Ek: RG- 14/07/2016- 29770/ 10 md. Yürürlük: 22/07/2016)

ee) **Ipilimumab:**

1) Daha önce en az bir seri sistemik tedavi kullanmış ve sonrasında progresyon göstermiş rezeke edilemeyen erişkin relaps veya metastatik erişkin malign melanom tedavisinde; tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilebilir.

2) En fazla 4 doz (1 doz = 3 haftada bir uygulanan 3mg/kg dozunda uygulanan tedavi) tedavi bedeli karşılınır.

3) Dabrafenib, vemurafenib ve ipilimumab kombine olarak kullanılamaz.

(Ek: RG- 25/08/2016- 29812/ 15 md. Yürürlük: 30/08/2016)

ff) **Trastuzumab emtansin;** metastatik meme kanserinde daha önce trastuzumab ve bir takson tedavisi almış ve hastalığı sonrasında progresyon göstermiş, HER-2/neu testi immunhistokimyasal olarak 3+ (++) veya FISH/SISH/CISH pozitif olan hastalarda kurtarma tedavisinde tek ajan olarak progresyona kadar kullanılabilir. Progresyon sonrası tek ajan veya kombinasyon tedavisinin bir parçası olarak kullanılamaz. Daha önce herhangi bir sebeple pertuzumab kullanmış hastalarda endike değildir. Tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı ve bu hususların belirtildiği sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilir.

(Ek: RG- 07/10/2016- 29850/ 23-ç md. Yürürlük: 15/10/2016)

gg) pertuzumab; daha önce metastatik hastalığı için sistemik kemoterapi veya trastuzumab tedavisi almamış, ECOG performans skoru 0-1 olan, HER-2 immühistokimya ile +3 veya FISH/CISH/SISH (+) olan, visseral metastazı olan metastatik meme kanserinde ilk seri tedavide trastuzumab ve dosetaksel kemoterapisi ile kombine olarak progresyon'a kadar kullanılabilir. Bu durumların belirtildiği tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilir. Pertuzumab, daha önce erken evre meme kanseri için adjuvan veya neo-adjuvan olarak trastuzumab tedavisi almış ve sonrasında relaps gelişmiş hastalarda kullanılmaz. Pertuzumab tedavisi alırken progresyon gösteren hastalarda bir daha monoterapi veya kombinasyon tedavisinin bir parçası olarak devam edilemez.

(Ek: RG- 26/11/2016- 29900/ 16-b md. Yürürlük: 29/11/2016)

ğg) Karmustin;

1) Sağlık Bakanlığından hasta bazında alınacak endikasyon dışı onaya dayanılarak; beyin tümörleri-glioblastom, beyinsapı gliomasi, medullblastom, astrositom, ependimoma ve metastatik beyin tümörleri endikasyonlarında; yalnızca rekürrens veya nüks hastalarda tek ajan veya diğer onaylı kemoterapötik 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 şekildeki kullanımında endikasyon dışı onay tarihi ve süresi sağlık kurulu raporunda belirtilir.

2) Sağlık Bakanlığından hasta bazında alınacak endikasyon dışı onaya dayanılarak; hodgkin lenfoma ve non-hodgkin lenfoma hastalarında kemik iliği nakli hazırlık rejimi kullanımında hematoloji uzman hekiminin yer aldığı tedavi protokolünü gösterir sağlık kurulu raporuna dayanılarak hematoloji uzman hekimlerince reçete edilir. Bu şekildeki kullanımında endikasyon dışı onay tarihi ve süresi sağlık kurulu raporunda belirtilir.

3) Yukarıdaki koşullar dışında kullanılması halinde Kurumca bedelleri karşılanmaz.

(Ek: RG- 18/02/2017- 29983/ 9-b md. Yürürlük: 01/03/2017)

hh) Aflibercept:

1) ECOG performans skoru 0-1 olan;

a) Birinci basamak tedavide oxaliplatin bazlı tedavi ile kombine anti-EGFR tedavisi almış ve sonrasında progresyon göstermiş RAS wild tip metastatik kolorektal kanserleri olan hastalarda FOLFIRI tedavisi ile kombinasyon halinde progresyon'a kadar,

b) Birinci basamak tedavide oxaliplatin bazlı tedavi almış ve sonrasında progresyon göstermiş RAS mutant metastatik kolorektal kanserleri olan hastalarda FOLFIRI tedavisi ile kombinasyon halinde progresyon'a kadar kullanılır.

2) 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 edilir.

3) Birinci basamak tedavide oxaliplatin bazlı tedavi ile herhangi bir anti-VEGF tedavi almış ve sonrasında progresyon göstermiş RAS wild tip metastatik kolorektal kanserleri olan hastalarda kullanılamaz.

(Ek: RG-08/06/2017-30090/12 md. Yürürlük:16/06/2017)

~~ii)-(Mülga:RG- 28/12/2018-30639/ 20-b md. Yürürlük: 01/04/2018)-Nivolumab; Sağlık Bakanlığından hasta bazında alınan onaya dayanılarak, renal cell ca ve hodgkin lenfoma tanılarda tıbbi onkoloji uzmanı veya hematoloji uzman hekiminin yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji ile hematoloji uzman hekimlerince reçete edilir.~~

ii) Mifamurtide; Yaşları 2-30 arasında değişen çocuk, ergen ve genç yetişkinlerdeki; makroskopik olarak tam rezeke edilmiş, metastatik olmayan, yüksek evreli osteosarkom tedavisinde, çoklu ajan kemoterapi ile kombine olarak, tıbbi/pediatrik onkoloji hekimlerinden birinin yer aldığı 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna istinaden tıbbi/pediatrik onkoloji uzmanlarının reçete edilebilir. Raporda makroskopik olarak tam rezeke edilmiş, metastatik olmadığı belirtilir. 48(Kırksekiz) infüzyon kullanımı sonunda tedavi kesilir.

(Ek: RG-09/09/2017- 30175/ 20-ç md. Yürürlük: 23/09/2017)

jj) Arsenik trioksit: Pro-miyelositik lösemi /retinoik asit reseptör alfa (PML/RAR-alfa) geni varlığı ve/veya t(15;17) translokasyon varlığı ile karakterize relapslı/refrakter akut promiyelositik lösemili (APL) yetişkin hastalarda, remisyon induksiyonu ve konsolidasyon (kurtarma tedavisi) için kullanılır. Önceki tedavi retinoid (ATRA) ve kemoterapi içermelidir. Diğer lösemi tiplerinde kullanılmaz. Bu durumların belirtildiği hematoloji uzman hekiminin yer aldığı tedavi protokolünü gösteren sağlık kurulu raporuna dayanılarak, yine bu uzman hekimlerce reçete edilebilir.

(Ek: RG- 04/02/2018- 30322/ 16-b md. Yürürlük: 15/02/2018)

kk) Blinatumomab; Relaps/refrakter prekürsör B hücreli ALL tanısı konulan ve CD19 pozitifliği histopatolojik veya akım sitometrik olarak gösterilen Philadelphia kromozomu negatif olan ve aşağıdaki kriterlerin tümünü karşılayan relaps/refrakter olgularda;

1) En az bir kurtarma tedavisi (FLAG+antrasiklin, yüksek doz sitozin arabinozid tabanlı kombine tedavisi; yüksek doz metotreksat tabanlı kombine tedavisi; klofarabin tabanlı kombine tedavisi tam süre ve dozdada) almış ve yanıt alınmamış,

2) Sistemik mantar enfeksiyonu olmayan,

3) Merkezi sinir sistemi tutulumu olmayan,

4) Karaciğer ve böbrek fonksiyonları normal olan,

5) HLA doku grubu uyumlu vericisi olan

hastalarda, Sağlık Bakanlığınca ruhsatlandırılmış ve çalışma izni almış kemik iliği nakli merkezlerinde, en az bir çocuk/erişkin hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak, allojenik kök hücre nakli öncesi blast klirensinin sağlanması için maksimum 2 siklus kullanılması halinde bedeli ödenir.

ll) Brentuximab vedotin;

1) Aşağıdaki endikasyonlarda;

a) Otolog kök hücre nakli sonrasında veya otolog kök hücre naklinin ya da çoklu ajan içeren kemoterapinin tedavi seçeneği olmadığı durumda en az iki seri tedavi sonrasında nükseden veya tedaviye dirençli CD30 pozitif hodgkin lenfoma tanılı yetişkin hastalar için,

b) Otolog kök hücre nakli sonrasında relaps veya progresyon riski artan CD30 pozitif hodgkin lenfoma tanılı yetişkin hastalar için,

c) En az iki seri kombinasyon kemoterapisi ve/veya otolog kök hücre transplantasyonuna cevapsızlık veya nüks gelişen CD30 pozitif anaplastik büyük hücreli lenfoma tanılı hastalar için
kullanılması halinde.

2) Bu durumların belirtildiği en az bir hematoloji uzman hekiminin bulunduğu sağlık kurulu raporuna dayanılarak hematoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

3) Brentuximab vedotini 4 siklus alan hastalarda tedaviye yanıt değerlendirilmesi yapılır. En az kısmi yanıt gelişen hastalarda bu durumu belirten en az bir hematoloji uzman hekiminin bulunduğu yeni bir sağlık kurulu raporu düzenlenerek en fazla 12 siklus daha tedaviye devam edilebilir.

mm) Afatinib:

(Değişik: RG- 28/12/2018- 30639/ 20-c md. Yürürlük: 08/01/2019)

1) Aşağıdaki endikasyonlarda monoterapi şeklinde kullanılır.

a) ECOG performans skoru en fazla 2 olan, Epidermal Büyüme Faktörü Rezeptörü (EGFR) gen exon 19 delesyonu olan, lokal ileri evre veya metastatik küçük hücreli dışı akeiğer kanserli (NSCLC) daha önce kemoterapi almış ve progresyon gelişmiş yetişkin hastaların tedavisinde,

b) Platin bazlı kemoterapi sırasında veya sonrasında progresyon gösteren skuamöz histolojiye sahip EGFR gen exon 19 delesyonu olan lokal ileri evre veya metastatik küçük hücreli dışı akeiğer kanserli (NSCLC) hastaların tedavisinde,

1) Aşağıdaki endikasyonlarda monoterapi şeklinde kullanılır.

a) Epidermal Büyüme Faktörü Rezeptörü (EGFR) gen exon 19 delesyonu ve/veya ekson 21 (L858R) mutasyonu olan, lokal ileri evre veya metastatik küçük hücreli dışı akeiğer kanserli (NSCLC) hastaların tedavisinde birinci basamak ve daha önce kemoterapi almış ve progresyon gelişmiş yetişkin hastaların tedavisinde progresyona kadar.

2) Bu durumların belirtildiği en az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin bulunduğu, 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden tıbbi onkoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi ve reçete ekinde genetik tetkik sonucu bulunması halinde bedeli ödenir. (Ek:RG-10/05/2018-30417/ 13-d md. Yürürlük:18/05/2018) Erlotinib, gefitinib ve afatinib etken maddeli ilaçların ardışık ya da kombine kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(EK: RG- 21/03/2018- 30367/ 23-c md. Yürürlük: 01/04/2018)

nn) Bevasizumab;

1) Metastatik kolorektal kanser tedavisinde;

a) 5-florourasil/folinik asit veya 5-florourasil/folinik asit/irinotekan ile kombine olarak metastatik kolon veya metastatik rektum kanserinin birinci basamak tedavisiinde kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.

b) Daha önceki basamaklarda bevasizumabin kullanılmadığı metastatik kolon veya metastatik rektum kanserinin ikinci ve sonraki basamak tedavilerinde 5-florourasil/folinik asit veya 5-florourasil/folinik asit/irinotekan ile kombine olarak kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.

c) Daha önce adjuvant amaçlı kemoterapi almamış olan metastatik kolon veya metastatik rektum kanserli hastalarda, birinci basamak tedavi olarak okzaliplatin ile kapesitabin veya 5-florourasil/folinik asit ile kombine olarak kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.

2) Malign glioma (DSÖ evre IV) – glioblastoma tedavisinde; histolojik olarak glioblastoma multiforme tanısı almış ve bir seri temozolomid sonrası nüks gelişmiş veya progresyon göstermiş hastalarda kemoterapi ile birlikte progresyona kadar kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır. Bu tedavi ile progresyon gelişen hastalarda kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanmaz.

3) Serviks kanseri tedavisinde; lokal tedavilere uygun olmayan rekürren/persistan veya metastatik serviks kanseri olan erişkin hastaların birinci basamak tedavisiinde paklitaksel ve cisplatin veya paklitaksel ve topotekan ile kombine olarak progresyona kadar kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır. Daha önce radyo duyarlaştırıcı haricinde sistemik kemoterapi alımı ve progresyon göstermiş hastalarda kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanmaz.

4) Tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile bu sağlık kurulu raporuna dayanılarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında tüm uzman hekimlerce reçete edilir.

oo) Pleriksafor;

1) Otolog kök hücre nakli gerçekleştirmek istenen lenfoma veya multipl miyelom tanısı konmuş ve aşağıdaki tedavi protokoller ile yeterli kök hücre mobilizasyonu ($\geq 2 \times 106/\text{kg}$ CD34 pozitif hücre) sağlanamayan erişkin hastalarda Granülosit Koloni Uyarıcı Faktör (G-CSF) ile kombine olarak kullanılır.

a) Sadece G-CSF mobilizasyonun yeterli olacağı öngörülen hastalardan en az bir seri 10 mikrogram/kilogram gün dozunda G-CSF uygulaması ve en az bir seri G-CSF ile birlikte kemoterapi uygulaması,

b) Sadece G-CSF ile yeterli düzeyde kök hücre mobilizasyonu sağlanamayacağı öngörülen hastalarda en az bir seri G-CSF ile birlikte kemoterapi uygulaması.

2) Bünyesinde terapötik aferez merkezi bulunan sağlık hizmeti sunucularında, bu durumların belirtildiği en az biri hematoloji uzman hekimi olmak üzere hematoloji ve onkoloji uzman hekimlerinden oluşan 1 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak hematoloji veya onkoloji uzman hekimleri tarafından en fazla 4 günlük dozda reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.

öö) Denosumab 120 mg;

1) Daha önce zoledronik asit kullanmış, kırık veya bası riski yüksek kemiklere metastaz yapmış meme kanseri, hormon refrakter prostat kanseri veya küçük hücreli dışı akeiğer kanserli hastalarda kemik progresyonuna kadar, en az bir

tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçetelenmesi halinde bedeli Kurumca karşılaşır.

2) Rezeke edilemeyen veya cerrahi morbidite riski yüksek, yetişkinler ile iskeleti olgunlaşmış adölesanlarda görülen kemiğin dev hücreli tümörünün tedavisinde en az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçetelenmesi halinde bedeli Kurumca karşılaşır.

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 basamak sitokin (interferon veya interleukin) ve sonrasında bir basamak da antianjiojenik tedavi almış olmak şartı ile 3. veya 4. basamak tedavi olarak, 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 brentuximab 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.

(Ek: RG-10/05/2018-30417/ 13-e md. Yürürlük: 18/05/2018)

rr) Osimertinib;

1) Epidermal Büyüme Faktörü Reseptörü (EGFR) Tirozin Kinaz İnhibitörü tedavisi sırasında veya sonrasında progresyon gelişmiş, EGFR T790M mutasyon pozitifliği progresyon sonrası yapılan biyopsi ile tespit edilmiş olan, kemoradyoterapiye ve cerrahiye uygun olmayan lokal ileri evre veya metastatik küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK) olan yetişkin hastaların tedavisinde progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılaşır.

2) En az bir tıbbi onkoloji uzmanının yer aldığı en fazla 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden tıbbi onkoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılaşır. Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için hastalıkta progresyon olmadığı yeni düzenlenecek raporda belirtilmelidir.

ss) Gefitinib;

1) Epidermal Büyüme Faktörü Reseptörü (EGFR) gen exon 19 delesyonu ve/veya exon 21 mutasyonu akredite bir laboratuvara gösterilmiş metastatik nonskuamöz küçük hücreli dışı akciğer kanseri olan hastaların tedavisinde progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılaşır.

2) En az bir tıbbi onkoloji uzmanının yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden tıbbi onkoloji veya göğüs hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılaşır. Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için hastalıkta progresyon olmadığı yeni düzenlenecek raporda belirtilmelidir.

3) Erlotinib, gefitinib ve afatinib etken maddeli ilaçların ardışık ya da kombine kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılaşmaz.

ss) Seritinib;

1) Anaplastik Lenfoma Kinaz (ALK) pozitifliği FISH testi ile akredite laboratuvara doğrulanmış ileri evre küçük hücreli dışı akciğer kanserli (KHDAK) hastaların birinci basamak tedavisinde monoterapi olarak progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılaşır.

2) Daha önce krizotinib ile tedavi edilmiş ve sonrasında progresyon gelişmiş Anaplastik Lenfoma Kinaz (ALK) pozitifliği FISH testi ile akredite laboratuvara doğrulanmış metastatik küçük hücreli dışı akciğer kanserli (KHDAK) hastalarının ikinci basamak tedavisinde progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılaşır.

3) Seritinib tedavisi sonrasında progresyon gelişen hastaların tedavisinde ardışık ya da kombine olarak krizotinib veya alektinib kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılaşmaz.

4) En az bir tıbbi onkoloji uzmanının yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden tıbbi onkoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılaşır. Tedavinin devamı için düzenlenecek yeni sağlık kurulu raporunda hastalıkta progresyon olmadığını belirtmesi gerekmektedir.

tt) Alektinib;

1) Anaplastik Lenfoma Kinaz (ALK) pozitifliği FISH testi ile akredite laboratuvara doğrulanmış ileri evre küçük hücreli dışı akciğer kanserli (KHDAK) hastaların birinci basamak tedavisinde monoterapi olarak progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılaşır.

2) Daha önce krizotinib ile tedavi edilmiş ve sonrasında progresyon gelişmiş Anaplastik Lenfoma Kinaz (ALK) pozitifliği FISH testi ile akredite laboratuvara doğrulanmış metastatik küçük hücreli dışı akciğer kanserli (KHDAK) hastalarının ikinci basamak tedavisinde progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılaşır.

3) Alektinib tedavisi sonrasında progresyon gelişen hastaların tedavisinde ardışık ya da kombine olarak krizotinib veya seritinib kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılaşmaz.

4) En az bir tıbbi onkoloji uzmanının yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden tıbbi onkoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılaşır. Tedavinin devamı için düzenlenecek yeni sağlık kurulu raporunda hastalıkta progresyon olmadığını belirtmesi gerekmektedir.

(Ek: RG-10/05/2018-30417/ 13-e md. Yürürlük: 30/06/2018)

uu) Ekulizumab yalnızca:

1) Atipik Hemolitik Üremik Sendrom (aHÜS) tedavisinde aşağıdaki (a), (b) ve (c) alt bentlerinde yer alan kriterleri birlikte sağlayan hastalarda tedaviye başlanılması ve (Ek:RG- 28/12/2018- 30639/ 20-ç md. Yürürlük: 08/01/2019) üçüncü basamak sağlık kurumlarında en az bir nefroloji uzman hekiminin yer aldığı ve aşağıdaki durumların belirtildiği en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden nefroloji uzman hekimleri tarafından (Ek:RG- 28/12/2018- 30639/ 20-ç md. Yürürlük: 08/01/2019) birer aylık dozda reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

a) Plazma değişimi veya plazma infüzyonu öncesi ölçülmüş ADAMTS-13 aktivitesi $\geq 5\%$ olan (Plazma değişimi veya plazma infüzyon uygulanmışsa bu işlemden 14 gün sonra trombosit sayısının $>30.000/mm^3$ ve serum kreatinin düzeyinin $>150 \mu\text{mol/L}$ olması durumunda ADAMTS-13 aktivitesi $\geq 5\%$ olarak kabul edilir.) ve tani öncesi son 14 gün içinde kanlı diyare var ise E.Coli STEC (-) olan ve dissemine intravasküler koagülopati laboratuvar bulguları taşımayan Trombotik Mikroanjiyopati (TMA)'de,

b) Yanın damar içi pihtilaşma sendromu, ilaç etkisi, immün vb. nedenlerle açıklanamayan trombositopenisi olan (Trombosit sayısının $<150.000/mm^3$ veya takıplı hastada başlangıç trombosit değerine göre $\geq 25\%$ ve üzerinde düşüş olması) ve hemolizin eşlik ettiği (Haptoglobin düşüklüğü veya LDH seviyesinin normalin 1,5 kat üstünde olduğu ve periferik kan yaymasında $>1\%$ sistrosit varlığı ve direkt Coombs negatifliği ile gösterilmiş) veya bu bulguların tespit edilmediği olgularda TMA varlığını gösteren doku biyopsisi incelemesi bulunan aktif ve progrese Trombotik Mikroanjiyopati (TMA)'de,

c) Böbrek fonksiyon bozukluğu (serum kreatinin düzeyinin referans üst sınırından $>20\%$ olması veya eGFR düzeyinin $<60 \text{ ml/dk}$ olması veya biyopsi ile gösterilmiş böbrek hasarı olması) veya nörolojik tutulum (epileptik atak/konfüzyon/parezi/pleji/koma vb.) veya kalp-damar sistemi tutulumu (miyokard enfarktüsü/pulmoner embolizm/diğer vasküler trombozlar) veya gastrointestinal tutulum (diyare/bulantı/kusma/karin ağrısı vb.) veya pulmoner tutulum (dispne/pulmoner hemoraji/pulmoner ödem vb.) veya göz tutulumunun (ağrı ve bulanık görüntü/retinal damar oklüzyonu/retinal hemorajî vb.) eşlik ettiği Trombotik Mikroanjiyopati (TMA)'de.

2) Paroksismal Nokturnal Hemoglobini (PNH) tedavisinde aşağıdaki kriterlerden en az birini karşılayan hastalarda tedaviye başlanılması ve (Ek:RG- 28/12/2018- 30639/ 20-ç md. Yürürlük: 08/01/2019) üçüncü basamak sağlık kurumlarında en az bir hematoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 6 ay süreli aşağıdaki durumların belirtildiği sağlık kurulu raporuna istinaden hematoloji uzman hekimleri tarafından (Ek:RG- 28/12/2018- 30639/ 20-ç md. Yürürlük: 08/01/2019) birer aylık dozda reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

a) Kemik iliği normoselüler veya hiperselüler iken granülosit klonunun akım sitometrik olarak (FLAER testi) $\%1$ 'in üzerinde olduğu gösterilen ve LDH seviyesinin normalin 1,5 kat üstünde olduğu kronik hemoliz ve buna eşlik eden PNH bulgusu olan olgularda,

b) Kemik iliği hipoplastik veya aplastik iken granülosit klonunun akım sitometrik olarak $\%1$ 'in üzerinde olduğu gösterilen ve LDH seviyesinin normalin 1,5 kat üstünde olduğu kronik hemoliz ve buna eşlik eden PNH bulgusu olan olgularda,

c) Transplantasyon öncesi dönemde transfüzyon gereksinimini azaltmak ve kronik hemolize bağlı komplikasyonları önlemek amacıyla allojenik kemik iliği nakline hazırlanan PNH ile ilişkili en az bir bulgunun eşlik ettiği olgularda,

ç) Kök hücre nakli yapılamayan ve immunsüpresif tedaviye yanıt alınamayan kronik hemoliz ve buna eşlik eden PNH bulgusu olan olgularda,

d) Allojenik kök hücre nakli sonrası yeterli yanıt elde edilemeyen (hemolizi düzelmeyen ve granülosit klonu varlığı devam eden) olgularda,

e) Tromboembolik olay, renal yetersizlik, pulmoner hipertansiyon vb. kanıtlanmış PNH komplikasyonlarından biri veya birkaçı bulunan granülosit klonunun akım sitometrik olarak $\%1$ 'in üzerinde olduğu gösterilen olgularda,

f) Kemik iliği normoselüler/hiperselüler iken granülosit klonunun akım sitometrik olarak $\%1$ 'in üzerinde olduğu gösterilen gebelerde; gebelik döneminde ve post-partum döneminde en az üç ay süresince,

3) Sağlık Bakanlığıncı hasta bazında; C3 glomerulopati, membranoproliferatif glomerulonefrit (MPGN), CD 55 eksikliği, CD 59 eksikliği, renal transplantasyon, dens depozit hastalığı, soğuk aglütinin otoimmün hemolitik anemi, trombotik trombositopenik purpura (TTP), kronik nefritik sendrom (Ek:RG- 28/12/2018- 30639/ 20-ç md. Yürürlük: 08/01/2019), trombotik mikroanjiyopati veya difüz mezenşikapiller glomerulonefrit tanılarda verilecek endikasyon dışı onaya dayanılarak kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

4) Tedaviye başlamadan iki hafta önce meningokok bağısklaması tamamlanmış ve "Ekulizumab Kullanımı İçin Bilgilendirilmiş Hasta Olur Formu" tedaviyi yürüten hekim tarafından düzenlenerek reçete ekine konmuş olmalıdır. İki yaşından küçük çocuklarda veya bağısklamayı takiben iki hafta geçmeden ekulizumab başlanması gereken olgularda antibiyotik profilaksi uygulanmış olduğu reçetede belirtilmelidir.

5) aHÜS hastalarında 6 aylık ilaç kullanım süresi sonunda; hematolojik normalleşmenin (Haptoglobin, LDH veya trombosit sayılarında normalleşme) ve eGFR ve/veya serum kreatinin düzeyinde $\geq 25\%$ ve daha fazla iyileşmenin ve nörolojik ve/veya böbrek dışı organ hasarında düzelmenin gerçekleştiginin yeni düzenlenecek rapor ile gösterilmesi halinde tedaviye devam edilir. Tetkik sonuçları rapor ekinde yer almmalıdır.

6) PNH hastalarında 6 aylık ilaç kullanım süresi sonunda; klinik fayda gösteren, granülosit klonu pozitifliğinin devam ettiği akım sitometrik olarak gösterilmiş ve transfüzyon bağımsız olgularda tedaviye devam edilir. Tetkik sonuçları rapor ekinde yer almmalıdır.

(Ek:RG- 28/12/2018- 30639/ 20-d md. Yürürlük: 08/01/2019)

üü) Venetoklaks;

1) BCL-2 varlığı akım sitometrik olarak veya immünohistokimyasal yöntemlerle gösterilmiş olan 17p delesyonu veya TP53 mutasyonu pozitif olan kronik lenfositik lösemi hastalarında en az 3 ay süreyle ibrutinib veya idelalisib kullanılmasına rağmen yanıt alınamayan veya nüks gelişen hastalarda kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

2) BCL-2 varlığı akım sitometrik olarak veya immünohistokimyasal yöntemlerle gösterilmiş olan 17p delesyonu veya TP53 mutasyonu negatif olan kronik lenfositik lösemi hastalarında ibrutinib veya idelalisib tedavisini de içeren en az 3 seri kemo/kemoimmünoterapi uygulamasına rağmen yanıt alınamayan veya nüks gelişen hastalarda kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılaşır.

3) Üçüncü basamak sağlık kurumlarında düzenlenen en az 3 hematoloji uzmanın yer aldığı en fazla 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden hematoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılaşır. Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için yapılan değerlendirmede hastalığın stabil kaldığı veya en az kısmi yanıtın alınmış olduğu yeni düzenlenecek raporda belirtilmelidir. Sağlık Kurulu raporu ekinde tetkik belgelerinin yer olması gerekmektedir.

vv) Ibrutinib;

1) Kronik Lenfositik Lösemi (KLL) tedavisinde;

a) 70 yaş ve üzeri veya Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) >6 olması nedeniyle kemoterapiye uygun olmayan ve ilk basamak tedaviye yanıtsız veya nüks gelişen KLL hastalarının ikinci basamak tedavisinde kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılaşır.

b) 70 yaş üzeri olup CIRS >6 olması nedeniyle kemoimmünoterapiye uygun olmayan 17p delesyonu veya TP53 mutasyonu pozitif olan KLL hastalarının ilk basamak tedavisinde kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılaşır.

c) CIRS ≤6 olup kemoimmünoterapiye uygun olan ve 17p delesyonu veya TP53 mutasyonu pozitif olan, ilk basamak tedaviye yanıtsız veya nüks gelişen KLL hastalarının ikinci basamak tedavisinde kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılaşır.

ç) CIRS <6 olup kemoimmünoterapiye uygun olan KLL hastalarında iki seri tedaviye (daha önce en az üçer siklus nükleozid analogu ve/veya immünoterapi ile kombinasyonu tedavisi ve alkilleyici ajan ve/veya immünoterapi ile kombinasyonu tedavisi) yanıtsız veya 2 yıldan daha kısa sürede nüks gelişmesi durumunda üçüncü basamak tedavide kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılaşır.

2) Mantle Hücreli Lenfoma (MHL) tedavisinde; en az 3 seri rituksimab ve alkilleyici ajan kombinasyonu sonrası nüks gelişen veya bu tedavilere dirençli olan veya otolog kök hücre nakli sonrası nüks gelişen hastalarda kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılaşır.

3) En az bir hematoloji veya onkoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden hematoloji veya onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi ve progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılaşır. Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için yapılan değerlendirmede hastalığın stabil kaldığı veya en az kısmi yanıtın alınmış olduğu yeni düzenlenecek raporda belirtilmelidir.

yy) İksazomib;

1) Daha önce bortezomib ve immünomodülatör ilaç içeren bir veya daha fazla seri tedaviyi uygun dozda ve yeterli sürede kullanılmış olmasına rağmen nüks gelişen ve bortezomib ve lenalidomid tedavisine dirençli olmadığı gösterilen multiple myelom hastalarında, lenalidomid ve/veya deksametazon ile kombine olarak progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılaşır.

2) Üçüncü kür sonunda en az minör yanıt, 6 ncı kür sonunda ve devam eden her 6 kür sonunda ise en az kısmi yanıt olduğunun belirtildiği, hematoloji veya onkoloji uzman hekiminin yer aldığı, en fazla 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden hematoloji veya onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılaşır.

3) İksazomib, karfilzomib ve pomalidomid etken maddeli ilaçların birbirleri ile kombine olarak kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılaşmaz.

zz) Pomalidomid;

1) Otolog kök hücre nakline uygun olmayan, bortezomib ve immünomodülatör ilaç içeren en az üç seri tedaviyi uygun dozda ve yeterli sürede kullanılmış olmasına rağmen yanıt alınamayan veya nüks gelişen multiple myelom hastalarında, deksametazon ile kombine olarak progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılaşır.

2) Otolog kök hücre nakline uygun olan, bortezomib, lenalidomid ve otolog nakil destekli yüksek doz kemoterapötik ilaç içeren en az üç seri tedaviyi uygun dozda ve yeterli sürede kullanılmış olmasına rağmen yanıt alınamayan veya nüks gelişen multiple myelom hastalarında, deksametazon ile kombine olarak progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılaşır.

3) Üçüncü kür sonunda en az minör yanıt, 6 ncı kür sonunda ve devam eden her 6 kür sonunda ise en az kısmi yanıt olduğunun belirtildiği, hematoloji veya onkoloji uzman hekiminin yer aldığı, en fazla 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden hematoloji veya onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılaşır.

4) İksazomib, karfilzomib ve pomalidomid etken maddeli ilaçların birbirleri ile kombine olarak kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılaşmaz.

aaa) Karfilzomib;

1) Daha önce bortezomib ve immünomodülatör ilaç içeren en az bir seri tedaviyi uygun dozda ve yeterli sürede kullanılmış olmasına rağmen yanıt alınamayan veya nüks gelişen multiple myelom hastalarında lenalidomid ve/veya deksametazon ile kombine olarak progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılaşır.

2) Üçüncü kür sonunda en az minör yanıt, 6 ncı kür sonunda ve devam eden her 6 kür sonunda ise en az kısmi yanıt olduğunun belirtildiği, hematoloji veya onkoloji uzman hekiminin yer aldığı, en fazla 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden hematoloji veya onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılaşır.

3) İksazomib, karfilzomib ve pomalidomid etken maddeli ilaçların birbirleri ile kombine olarak kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılaşmaz.

bbb) Obinutuzumab;

1) 70 yaş ve üzerinde olup Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) >6 ve/veya kreatinin klirensi 30-69 ml/dk olan kronik lenfositik lösemi hastalarında klorambusil ile kombine olarak ilk seri tedavide kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılaşır.

2) 70 yaş altında olup CIRS >6 ve/veya kreatinin klirensi 30-69 ml/dk olan ve fludarabinli veya bendamustinli kombinasyon tedavisine uygun olmayan ve önceden rituksimab kullanmış kronik lenfositik lösemi hastalarında ikinci sıra tedavide olması kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

3) Üçüncü basamak sağlık kurumlarında düzenlenen en az bir hematoloji uzmanının yer aldığı en fazla 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden hematoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Sağlık kurulu raporu ekinde tetkik belgelerinin yer alması gerekmektedir. Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için yapılan değerlendirmede hastalığın stabil kaldığı veya en az kısmi yanıtın alınmış olduğu yeni düzenecek raporda belirtilmelidir.

(4) (Değişik: RG- 30/08/2014- 29104/ 14-d md. Yürürlük: 06/09/2014) ~~SUT'un 4.2.14.C maddesinde yer alan ilaçlardan jinekolojik malignite tedavisinde endikasyonu bulunanlar, üçüncü basamak sağlık kurumlarındaki kadın hastalıkları ve doğum uzmanı hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak da bu uzman hekimlerce reçete edilebilir. SUT'un 4.2.14.C maddesinde yer alan ilaçlardan jinekolojik malignite tedavisinde endikasyonu bulunanlar, ilgili maddelerinde tanımlı uzman hekimlerin yanı sıra yalnızca üçüncü basamak sağlık kurumlarında olmak üzere jinekolojik malignite tedavisinde ayrıca kadın hastalıkları ve doğum uzmanı hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce de reçete edilebilir.~~

4.2.14.Ç - Kanser tedavisinde kullanılan diğer ilaçlar

(1) SUT'un 4.2.14 maddesinde isimleri veya endikasyonu belirtilmeyen ilaçların kanser tedavisinde kullanımında; tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilir.

(Değişik: RG- 04/05/2013- 28637/ 13-a md. Yürürlük: 11/05/2013)

(Değişik: RG- 26/09/2013- 28777/ 6-a md. Yürürlük: 04/10/2013)

(Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 28-a md. Yürürlük: 07/08/2014)

4.2.15- Klopидogrel, silostazol ve ivabradin kullanım ilkeleri

4.2.15- Klopидogrel, silostazol, ivabradin, prasugrel ve dabigatran kullanım ilkeleri

4.2.15- Klopидogrel, silostazol, ivabradin, prasugrel, dabigatran ve rivaroksaban kullanım ilkeleri

4.2.15 - Klopидogrel, silostazol, ivabradin, prasugrel, dabigatran, rivaroksaban, apiksaban, tikagrelor ve ranolazin kullanım ilkeleri

4.2.15.A - Klopидogrel (kombinasyonları dahil);

(1) Koroner artere stent uygulanacak hastalarda; kardiyoloji veya kalp damar cerrahisi uzman hekimleri tarafından rapor aranmaksızın 24 saat öncesinden başlanabilir. Stent takılan hastalarda hastanın taburcu olmasından itibaren rapor aranmaksızın reçete edilebilir.

(2) Akut koroner sendrom tanısıyla hastaneye yatırılan veya müşahedeye alınan hastalarda EKG değişikliği veya troponin pozitif olan ST yükselsiz miyokard enfarktüsü veya anstabil anginalı hastalar ile ST yükselsiz miyokard enfarktüsü hastalarında; kardiyoloji, kalp damar cerrahisi, iç hastalıkları veya acil tip uzman hekimleri tarafından rapor aranmaksızın reçete edilebilir. Bu durumlarda hasta taburcu olduktan sonra 4 haftayı geçmemek üzere bu hekimlerden biri tarafından raporsuz veya bu uzman hekimlerce düzenlenen ve 12 ayı geçmemek üzere kullanım süresinin belirtildiği uzman hekim raporu ile diğer hekimler tarafından da reçete edilebilir.

(3) (Değişik: RG- 04/05/2013- 28637/ 13-b md. Yürürlük: 11/05/2013) ~~Kalp kapak biyoprotezi bulunanlarda, anjiografik olarak belgelenmiş koroner arter hastalığı, tıkatıcı periferik arter hastalığı veya serebral iskemik olay (iskemik inme) saptanan hastalarda, kardiyoloji, iç hastalıkları, nöroloji, kalp damar cerrahisi veya acil tip uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ve 12 ayı geçmemek üzere kullanım süresinin belirtildiği uzman hekim raporu ile diğer hekimler tarafından da reçete edilebilir. Raporun yenilenmesi halinde yukarıda belirtilen hususlar geçerlidir.~~ (Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 28-b md. Yürürlük: 07/08/2014) ~~Kalp kapak biyoprotezi bulunanlarda “ , ” ; ; anjiografik olarak belgelenmiş koroner arter hastalığı, tıkatıcı periferik arter hastalığı veya serebral iskemik olay (iskemik inme) saptanan hastalardan asetil salisilik asit kullanamayan (ASA intoleransı olduğu raporda belirtilen) hastalarda, kardiyoloji, iç hastalıkları, nöroloji, kalp damar cerrahisi veya acil tip uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ve 12 ayı geçmemek üzere kullanım süresinin belirtildiği uzman hekim raporu ile diğer hekimler tarafından da reçete edilebilir. Raporun yenilenmesi halinde yukarıda belirtilen hususlar geçerlidir.~~ (Değişik: RG-30/08/2014-29104/15-a md. Yürürlük: 06/09/2014) Kalp kapak biyoprotezi bulunan veya anjiografik olarak belgelenmiş koroner arter hastalığı olan veya tıkatıcı periferik arter hastalığı olan veya serebral iskemik olay (iskemik inme) saptanmış olan hastalarda; kardiyoloji, iç hastalıkları, nöroloji, kalp damar cerrahisi veya acil tip uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ve 12 ayı geçmemek üzere kullanım süresinin belirtildiği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir. Raporun yenilenmesi halinde yukarıda belirtilen hususlar geçerlidir.

(4) Girişimsel periferik veya serebral işlemler sonucu, intrakraniyal de dahil olmak üzere tüm intravasküler (intraarteriyel veya intravenöz) stent, stentgraft, kaplı stent veya tüm intravasküler cihaz (koil, trispan, onyx veya benzeri) yerleştirilen hastalarda; kardiyoloji, iç hastalıkları, nöroloji, kalp damar cerrahisi (Ek: RG- 07/10/2016- 29850/ 24 md. Yürürlük: 15/10/2016) , beyin cerrahi uzman hekimleri veya girişimsel radyoloji işlemini yapan radyoloji uzman hekimi tarafından rapor aranmaksızın 24 saat öncesinden başlanabilir. Bu işlemler ile stent takılan hastanın taburcu olmasından itibaren rapor aranmaksızın 4 haftalık doz bu hekimler tarafından reçete edilebilir.

4.2.15.B - Silostazol;

(1) En az bir kalp damar cerrahi uzman hekiminin yer aldığı, kalp damar cerrahi uzman hekiminin bulunmadığı yerlerde ise kardiyoloji uzmanı ile genel cerrahi uzman hekiminin birlikte yer aldığı, 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak; bu hekimlerce veya iç hastalıkları veya aile hekimliği uzman hekimlerince;

a) İleri evre periferik arter hastalığı olup (doppler veya anjiyografik olarak hastalığı tespit edilmiş ve klas 3 veya klas 4 semptomları olan) operasyon yapılamayan hastalarda;

b) Doppler veya anjiyografi ile periferik arter hastalığı tespit edilmiş olan ve eşlik eden hastalıklar nedeniyle operasyonu yüksek riskli olan hastalarda;

reçete edilir.

4.2.15.C - Ivabradin; (Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 28 md. Yürürlük: 07/08/2014)

(1) Normal sinüs ritmi olan, kronik stabil angina pektorisli hastaların symptomatik tedavisinde Beta blokör ve/veya verapamil diltiazem intoleransı veya kontrendikasyonu olan ve kalp atım hızı düşürücü kalsiyum kanal blokörü kullanımını engelleyen aseptomotik solventriküler disfonksiyonu ($LVEF < 40\%$) bulunan hastalar için en az bir kardiyoloji uzmanının bulunduğu sağlık kurulu raporu ile kardiyoloji uzmanı veya iç hastalıkları uzmanı tarafından reçete edilebilir.

(2) Kronik kalp yetmezliği tedavisinde ejeksiyon fraksiyonu %45'in altında olan hastalarda aşağıdaki durumlarda en az bir kardiyoloji uzman hekiminin bulunduğu sağlık kurulu raporu ile kardiyoloji veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilebilir;

- a) Beta blokör tedavisi altında olup halen kalp hızı yüksek seyreden veya
- b) Beta blokör kontrendikasyonu olan veya
- c) Beta blokör tedavisine intoleransı olan.

(1) (Değişik: RG- 07/10/2016- 29850/ 25 md. Yürürlük: 15/10/2016) Normal sinüs ritmi olan, kronik stabil angina pektorisli hastaların symptomatik tedavisinde Beta blokör ve/veya (Değişik: RG- 30/08/2014- 29104 / 15 b -md. Yürürlük: 06/09/2014) verapamil diltiazemin toleransı verapamil diltiazem intoleransı veya kontrendikasyonu olan ve kalp atım hızı düşürücü kalsiyum kanal blokörü kullanımını engelleyen aseptomotik sol ventriküler disfonksiyonu ($LVEF < 40\%$) bulunan hastalar için kardiyoloji uzmanlarınaca düzenlenen 1 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak kardiyoloji uzmanı veya iç hastalıkları uzmanı tarafından reçete edilebilir. Normal sinüs ritmi olan, kronik stabil angina pektorisli hastaların symptomatik tedavisinde Beta blokör ve/veya verapamil-diltiazem intoleransı veya kontrendikasyonu olan hastalar için kardiyoloji uzmanlarındaca düzenlenen 1 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak kardiyoloji uzmanı veya iç hastalıkları uzmanı tarafından reçete edilebilir.

(2) Kronik kalp yetmezliği tedavisinde ejeksiyon fraksiyonu %45'in altında olan hastalarda aşağıdaki durumlarda kardiyoloji uzmanlarındaca düzenlenen 1 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak kardiyoloji veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilebilir;

- a) Beta blokör tedavisi altında olup halen kalp hızı yüksek seyreden veya
- b) Beta blokör kontrendikasyonu olan veya
- c) Beta blokör tedavisine intoleransı olan.

4.2.15.C- Prasugrel; (Ek: RG- 04/05/2013- 28637/ 13-c md. Yürürlük: 11/05/2013) (Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 28-c md. Yürürlük: 07/08/2014)

(1) Klopidoğrel tedavisi altında iken stent trombozu gelişen akut koroner sendromlu (AKS) hastalarda; bu durumun belirtildiği, en az bir kardiyoloji veya kardiyovasküler cerrahi uzman hekiminin yer aldığı, 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak yine bu hekimlerce ya da iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

(2) Stent trombozunun geliştiği tarihten itibaren en fazla 1 yıl süreyle kullanılır.

(+) (Değişik: RG- 05/08/2015- 29436/ 16-a md. Yürürlük: 13/08/2015) 75 yaşın altında 60 kg'in üstündeki serebrovasküler olay öyküsü olmayan akut koroner sendromlu olup; hastaneye yatırılan ve acilen koroner anjiyografisi yapılmış perkütan koroner girişim kararı alınan hastalardan;

- a) Diyabetli ST yükselsiz [NSTEMI] veya ST yükselmeli miyokard enfarktüsü [STEMI]) olan hastalar ile
- b) ST yükselmeli miyokard enfarktüsü [STEMI]) olan diğer hastalarda;

(1) 75 yaşın altında 60 kg'in üstündeki serebrovasküler olay öyküsü olmayan akut koroner sendromlu olup;

a) Hastaneye yatırılan ve acilen koroner anjiyografisi yapılmış perkütan koroner girişim kararı alınan (Mülga: RG- 07/10/2016- 29850/ 26 md. Yürürlük: 15/10/2016) diyabetli ST yükselsiz miyokard enfarktüsü [NSTEMI] hastalarda;

b) Hastaneye yatırılan ve perkütan koroner girişim kararı alınan ST yükselmeli miyokard enfarktüsü [STEMI]) hastalarında,

(2) Klopidoğrel tedavisi altında iken stent trombozu gelişen akut koroner sendromlu (AKS) hastalarda;

(3) Bu durumların belirtildiği en az bir kardiyoloji veya kalp damar cerrahi uzman hekiminin yer aldığı 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak yine bu hekimlerce ya da iç hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenebilir. Tedavi süresi 1 yıldır. İlacın hastaya tekrar kullanımı ancak hastada aynı koşulların yeniden oluşması halinde mümkündür.

(Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 28-d md. Yürürlük: 07/08/2014)

(Ek:RG-09/09/2017-30175/21-a md.Yürürlük: 23/09/2017)

4.2.15.D-Dabigatran, rivaroksaban, edoksaban ve apiksaban;

(Değişik:RG-26/09/2013-28777/6-b-md. Yürürlük: 04/10/2013) **Dabigatran;** (Ek: RG- 04/05/2013- 28637/ 13-e -md. Yürürlük: 11/05/2013) (1) Prospektüsünde belirtilen risk faktörlerinden bir ya da daha fazlasına sahip, non valvuler atriyal fibrilasyonlu hastalarda (ekokardiografi ile romatizmal kapak hastlığı veya ciddi mitral kapak hastlığı olmadığı gösterilen veya protez kapak hastlığı olmayan); en az 2 ay süre ile varfarin kullanılmadan sonra en az birer hafta ara ile yapılan son 5 ölümün en az üçünde varfarin ile hedeflenen INR değerinin 2-3 arasında tutulmadığı durumlarda varfarin kesilerek dabigatran tedavisine geçilebilir.

(2) Varfarin tedavisi altında iken serebrovasküler olay geçirenlerde doğrudan dabigatran tedavisine geçilebilir.

(3) Dabigatran; yukarıdaki durumlarda bu durumun belirtildiği tedavisine geçişin gereklisinin belirtildiği ve en az bir kardiyoloji uzman hekiminin yer aldığı, 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak yine bu hekimlerce ya da iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

Dabigatran ve rivaroksaban ;

(1) Prospektüsünde belirtilen risk faktörlerinden bir ya da daha fazlasına sahip, non-valvuleratriyal fibrilasyonlu hastalarda (ekokardiyografi ile romatizmal kapak hastalığı veya ciddi mitral kapak hastalığı olmadığı gösterilen veya protez kapak hastalığı olmayan);

a) En az 2 ay süre ile varfarin kullanılmasından sonra en az birer hafta ara ile yapılan son 5 ölçümün en az üçünde varfarin ile hedeflenen INR değerinin 2-3 arasında tutulmadığı durumlarda varfarin kesilerek dabigatran veya rivaroksaban tedavisine geçilebilir;

b) Varfarin tedavisi altında iken serebrovasküler olay geçirenlerde doğrudan dabigatran veya rivaroksaban tedavisine geçilebilir.

(2) Dabigatran veya rivaroksaban; yukarıda tanımlanan durumların belirtildiği ve üç kardiyoloji uzman hekiminin yer aldığı, 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak kardiyoloji ya da iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

(Ek:RG- 09/09/2017-30175/ 21-b md. Yürürlük: 23/09/2017)

4.2.15.D-1- Dabigatran, rivaroksaban, edoksaban ve apiksaban;

(1) Prospektüsünde belirtilen risk faktörlerinden bir ya da daha fazlasına sahip, non-valvuleratriyal fibrilasyonlu hastalarda (ekokardiyografi ile romatizmal kapak hastalığı veya ciddi mitral kapak hastalığı olmadığı gösterilen veya protez kapak hastalığı olmayan);

a) En az 2 ay süre ile varfarin kullanılmasından sonra en az birer hafta ara ile yapılan son 5 ölçümün en az üçünde varfarin ile hedeflenen INR değerinin 2-3 arasında tutulmadığı durumlarda varfarin kesilerek dabigatran veya rivaroksaban veya apiksaban (Ek:RG-09/09/2017- 30175/21-c md.Yürürlük: 23/09/2017) veya edoksaban tedavisine geçilebilir.

b) Varfarin tedavisi altında iken serebrovasküler olay geçirenlerde doğrudan dabigatran veya rivaroksaban veya apiksaban (Ek:RG-09/09/2017- 30175/21-c md.Yürürlük: 23/09/2017) veya edoksaban tedavisine geçilebilir.

(Ek: RG- 30/08/2014- 29104/ 15-c md. Yürürlük: 06/09/2014)

(2) Yukarıda tanımlanan durumların belirtildiği; üç kardiyoloji uzman hekiminin yer aldığı veya en az birinin kardiyoloji uzman hekimi olması koşuluyla, kardiyoloji, iç hastalıkları, göğüs hastalıkları, kalp damar cerrahisi ve nöroloji uzman hekimlerinden en az üçünün bulunduğu 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

(3) (Mülga: RG- 18/06/2016- 29746/ 15 md. Yürürlük: 25/06/2016) Apiksaban, bu madde kapsamı dışındaki endikasyonlarda ödenmez.

(Değişik: RG- 18/06/2016- 29746/ 16 md. Yürürlük: 25/06/2016)

(Değişik: RG- 30/08/2014- 29104/ 15-ç md. Yürürlük: 06/09/2014)

4.2.15.D-2- Rivaroksaban;

(1) Derin Ven Trombozu (DVT) tedavisi ile akut DVT sonrası tekrarlayan DVT ve Pulmoner Embolizmin (PE) önlenmesinde;

a) En az 2 ay süre ile varfarin kullanılmasından sonra en az birer hafta ara ile yapılan son 5 ölçümün en az üçünde varfarin ile hedeflenen INR değerinin 2-3 arasında tutulmadığı durumlarda varfarin kesilerek rivaroksaban tedavisine geçilebilir.

(2) Yukarıda tanımlanan durumların belirtildiği kardiyoloji, iç hastalıkları, göğüs hastalıkları, kalp damar cerrahisi uzman hekimlerinden en az üçünün bulunduğu 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

(3) Rapor süresinin bitiminde ilaç tedavisinin devamına karar verilmesi halinde, bu durumun belirtildiği yeni sağlık kurulu raporu düzenlerek tedaviye devam edilebilir.

4.2.15.D-2-Rivaroksaban, Dabigatran;

(1) Yetişkin hastalarda;

a) Rivaroksaban; Derin Ven Trombozu (DVT) tedavisi ile akut DVT sonrası tekrarlayan DVT ve Pulmoner Embolizmin (PE) önlenmesinde veya Pulmoner Embolizm (PE) tedavisi ile tekrarlayan PE ve DVT'nin önlenmesinde;

b) Dabigatran; Akut Derin Ven Trombozu (DVT) ve/veya Pulmoner Embolizm (PE) tedavisinde;

En az 2 ay süre ile varfarin kullanılmasından sonra en az birer hafta ara ile yapılan son 5 ölçümün en az üçünde varfarin ile hedeflenen INR değerinin 2-3 arasında tutulmadığı durumlarda varfarin kesilerek rivaroksaban veya dabigatran tedavisine geçilebilir.

(2) Yukarıda tanımlanan durumların belirtildiği kardiyoloji, iç hastalıkları, göğüs hastalıkları, kalp damar cerrahisi uzman hekimlerinden en az üçünün bulunduğu 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

(3) Rapor süresinin bitiminde ilaç tedavisinin devamına karar verilmesi halinde, bu durumun belirtildiği yeni sağlık kurulu raporu düzenlerek tedaviye devam edilebilir.

4.2.15.D-2-Rivaroksaban, Dabigatran, Apiksaban (Ek:RG-10/05/2018-30417/ 14-a md. Yürürlük:18/05/2018) ve Edoksaban;

(1) Yetişkin hastalarda;

(Değişik: RG- 07/10/2016- 29850/ 27 md. Yürürlük: 15/10/2016)

a) Rivaroksaban ve apiksaban; Derin Ven Trombozu (DVT) tedavisi ile akut DVT sonrası tekrarlayan DVT ve Pulmoner Embolizmin (PE) önlenmesinde veya Pulmoner Embolizm (PE) tedavisi ile tekrarlayan PE ve DVT'nin önlenmesinde, Dabigatran; Akut Derin Ven Trombozu (DVT) ve/veya Pulmoner Embolizm (PE) tedavisinde kullanılır. Rivaroksaban, dabigatran (Ek:RG-10/05/2018-30417/ 14-b md. Yürürlük:18/05/2018), edoksaban ve apiksaban;

Derin Ven Trombozu (DVT) tedavisi ile akut DVT sonrası tekrarlayan DVT ve Pulmoner Embolizmin (PE) önlenmesinde veya Pulmoner Embolizm (PE) tedavisi ile tekrarlayan PE ve DVT'nin önlenmesinde kullanılır.

b) Yukarıdaki durumlarda; öncesinde en az 2 ay süre ile varfarin kullanılmasından sonra en az birer hafta ara ile yapılan son 5 ölçümün en az üçünde varfarin ile hedeflenen INR değerinin 2-3 arasında tutulamaması halinde varfarin kesilerek rivaroksaban veya dabigatran veya apiksaban (**EK:RG-10/05/2018-30417/14-b md. Yürürlük:18/05/2018**) veya edoksaban tedavisine geçilebilir.

(2) Tekrarlayan idiopatik pulmoner embolisi olan veya homozigot trombofilisi olan veya daha önce venöz tromboemboli (VTE) geçiren aktif kanser hastaları veya immobil (raporda nedeni belirtilmek koşuluyla) hastalarda varfarin kullanımı koşulu aranmaz.

(3) Yukarıda tanımlanan durumların belirtildiği kardiyoloji, iç hastalıkları, göğüs hastalıkları, kalp damar cerrahisi uzman hekimlerinden (**Değişik:RG-10/05/2018-30417/14-c md. Yürürlük:18/05/2018**) en az; aynı uzmanlık dalından üçünün veya bu uzmanlık dallarından herhangi üçünün bulunduğu 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

(4) Rapor süresinin bitiminde ilaç tedavisinin devamına karar verilmesi halinde, bu durumun belirtildiği yeni sağlık kurulu raporu düzenlenerek tedaviye devam edilebilir.

(Ek: RG- 25/07/2014- 29071/ 28-e md. Yürürlük: 07/08/2014)

4.2.15.E-Tikagrelor;

(1) Akut koroner sendromlu hastalardan ST yükselmesiz miyokard enfarktüsü [NSTEMI] veya ST yükselmeli miyokard enfarktüsü [STEMI] olan ve acil servise müracaat etmiş hastalarda;

(2) Tikagrelor başlanmadan önceki 72 saat içinde hastaneye yatırılmış olması ve acil tedavide fibrinolitik tedavi uygulanmamış olması,

(3) Hastanın varfarin tedavisi altında olmaması,

(4) Aşağıdaki durumlardan birinin mevcut olması;

a) EKG'de en az iki ardışık derivasyonda 1mm ve üzeri persistan ST segment yükselme göstermesi ve troponin/CK-MB pozitif olması (STEMI) veya,

b) Persistan göğüs ağrısı bulunması ve EKG'de en az iki ardışık derivasyonda 1mm den derin ST depresyonu veya R dalgasının dominant olduğu en az iki ardışık derivasyonda 1mm den derin T negatifliği veya persistan olmayan ST segment yükselmesi ve miyokard nekrozunu gösteren troponin/CK-MB pozitif olması (NSTEMI),

(5) Yukarıdaki maddelerde tanımlanan koşulların tamamını gösteren hastalarda bu durumların belirtildiği kardiyoloji veya kalp damar cerrahisi uzman hekimlerinden birinin bulunduğu 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak (**Değişik: RG- 05/08/2015- 29436/ 16-b md. Yürürlük: 13/08/2015**) ~~bu hekimlere~~ kardiyoloji, kalp damar cerrahisi veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçetelenir. Tedavi süresi 1 yıldır (13 kutu). İlacın hastaya tekrar kullanımı ancak hastada aynı koşulların yeniden oluşması halinde mümkündür.

4.2.15.F-Ranolazin; Kronik stabil angina pektorisli hastaların semptomatik tedavisinde beta blokör ve/veya verapamil-diltiazem tedavisine rağmen anjinasi devam eden veya bu ilaçlara intoleransı ve/veya kontrendikasyonu olan hastalarda, kardiyoloji uzmanlarına düzenlenen 1 yıl süreli uzman hekim raporuna istinaden kardiyoloji uzmanı veya iç hastalıkları uzmanı tarafından reçete edilebilir.

4.2.16-Doğuştan metabolik hastalıklar ile Çölyak Hastalığı

(1) Çocuk mamaları, gıda olması nedeniyle EK 4/A Listesine ve Kurumun resmi internet sitesinde yayınlanan "Hastalığa Özel (Doğuştan Metabolik Hastalıklar, Kistik Fibrozis ve İnek Sütü Alerjisi) Diyet Ürünleri ile Tıbbi Mamalar Listesi" ne (EK 4/B) dahil edilmemiştir. Ancak, doğuştan metabolik hastalığı olan ve kistik fibrozisli hastalar için tedavi edici içeriği olanlar ile malabsorsiyona neden olan bir hastalığı olan hastaların ve iki yaşına kadar inek sütü ve/veya çoklu gıda protein alerjisi olan bebeklerin kullandıkları özel mamalar, öncelikle 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 düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilebilir. İki yaşına kadar inek sütü ve/veya çoklu gıda protein alerjisi olan bebeklerin kullandıkları özel mamalar için yukarıdaki hekimlere ek olarak çocuk alerji veya klinik immunoloji uzman hekimlerince de rapor düzenlenerek tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.

(**Değişik: RG- 21/04/2015- 29333/10 md. Yürürlük: 30/04/2015**)

(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 hayatı 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,

c) 5-15 yaş için 77,50 (**Değişik: RG- 18/02/2015- 29271 / 13 md. Yürürlük: 28/02/2015**) (yetmişiki virgülelli) TL (~~yetmişüç virgülelli~~) TL,

d) 15 yaş üstü için 80 (seksen) TL,

tutar ödenir.-

(3) Çölyak hastalığında; gastroenteroloji uzman hekimi tarafından 1 yıl süreli rapor düzenlenir. Bu hastaların kısıtlı diyetleri sebebi ile hayatı öneme haiz özel formüllü un ve özel formüllü un içeren mamul ürünler (makarna, şehriye, bisküvi, çikolata, gofret vb.); gastroenteroloji uzman hekimi tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak bir aylık;

a) 0-5 yaş için 52,50 (elliiki virgülelli) TL,

- b) 5-15 yaş için 80 (seksen) TL,
- c) 15 yaş üstü için 72,50 (yetmişaltı virgül elli) TL,

tutar ödenir.

(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 hayatı 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 46,50 (kirkaltı virgül elli) TL,
- b) 1-5 yaş için 90 (doksan) TL,
- c) 5-15 yaş için 116,25 (yüzonaltı virgül yirmibes) TL,
- ç) 15 yaş üstü için 120 (yüz yirmi) TL,

tutar ödenir.

(3) Çölyak hastlığında; gastroenteroloji uzman hekimi tarafından 1 yıl süreli rapor düzenlenir. Bu hastaların kısıtlı diyetleri sebebi ile hayatı öneme haiz özel formüllü un ve özel formül içeren mamul ürünler (makarna, şehriye, bisküvi, çikolata, gofret vb.); gastroenteroloji uzman hekimi tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak bir aylık;

- a) 0-5 yaş için 78,75 (yetmişsekiz virgül yetmişbeş) TL,
- b) 5-15 yaş için 120 (yüz yirmi) TL,
- c) 15 yaş üstü için 108,75 (yüzsekiz virgül yetmişbeş) TL,

tutar ödenir.

(4) Yukarıda belirtilen hastalıklarda kullanılan ürünler; EK 4/B Listesinde belirtilmiş olup bu listede yer almayan ürün bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(5) İkinci ve üçüncü fikralarda belirtilen ödemeye ilişkin izlenecek yöntem Kurum tarafından ayrıca duyurulur.

(Değişik: RG- 07/10/2016- 29850/ 28 md. Yürürlük: 15/10/2016)

4.2.16 - Doğuştan metabolik hastalıklar, Gıda allerjileri ile Çölyak Hastlığı

(1) Çocuk mamaları, gıda olması nedeniyle EK-4/A Listesine ve Kurumun resmi internet sitesinde yayımlanan “Hastalığa Özel (Doğuştan Metabolik Hastalıklar, Kistik Fibrozis ve İnek Sütü Alerjisi) Diyet Ürünleri ile Tıbbi Mamalar Listesi” ne (EK-4/B) dahil edilmemiştir.

(2) Doğuştan metabolik hastalığı olanlarda, protein metabolizması bozukluklarında (aminoasit metabolizması bozuklukları, üre siklus bozuklukları, organik asidemiler), malabsorbsiyona neden olan bir hastalığı olan hastalarda kullanılan özel mamalar:

a) (Değişik: RG-09/09/2017-30175/22md. Yürürlük:23/09/2017) ~~Çocuk metabolizma hastalıkları veya çocuk gastroenteroloji uzman hekimi tarafından, bu uzman hekimlerin bulunmadığı hastanelerde çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince düzenlenen 1 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak,~~ Çocuk metabolizma hastalıkları, çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları veya çocuk gastroenteroloji uzman hekimi tarafından, bu uzman hekimlerin bulunmadığı hastanelerde çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince düzenlenen (Değişik: RG- 28/12/2018- 30639/ 21 md. Yürürlük: 08/01/2019) + 3 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak,

b) Erişkin endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları ya da erişkin gastroenteroloji uzman hekimi tarafından, bu uzman hekimlerin bulunmadığı hastanelerde iç hastalıkları uzman hekimlerince düzenlenen (Değişik: RG- 28/12/2018- 30639/ 21 md. Yürürlük: 08/01/2019) + 3 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak,

tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.

(3) Protein metabolizması bozukluklarında (aminoasit metabolizması bozuklukları, üre siklus bozuklukları, organik asidemiler) yukarıda belirtilen uzman hekim raporuna dayanılarak hastaların kısıtlı diyetleri sebebi ile hayatı 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 46,50 (kirkaltı virgül elli) TL,
- b) 1-5 yaş için 90 (doksan) TL,
- c) 5-15 yaş için 116,25 (yüzonaltı virgül yirmibes) TL,
- ç) 15 yaş üstü için 120 (yüz yirmi) TL,

tutar ödenir.

(4) Kistik fibrozisli hastalarda kullanılan özel mamalar; gastroenteroloji veya göğüs hastalıkları uzman hekimleri tarafından bu uzman hekimlerin bulunmadığı hastanelerde çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince düzenlenen 1 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.

(5) (Değişik: RG- 21/03/2018-30367/ 24-a md. Yürürlük: 01/04/2018) ~~İki yaşına kadar inek sütü ve/veya çoklu gıda protein alerjisi olan bebeklerin kullandıkları özel mamalar; çocuk gastroenteroloji veya çocuk immünoloji ve alerji hastalıkları uzman hekimlerince, bu uzman hekimlerin bulunmadığı hastanelerde çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.~~ İki yaşına kadar inek sütü ve/veya çoklu gıda protein alerjisi olan bebeklere öncelikle ileri derecede hidrolize mamalar başları. İleri derecede hidrolize mamanın tolere edilemediği durumlarda, anafilakside, enteropatide, eozinofilik özofajitte, besin protein ilişkili enterokolit sendromunda veya çoklu besin alerjileri gibi ağır vakalarda aminoasit bazlı veya pirinç proteini bazlı mamalar kullanılır. Bu durumların belirtildiği; çocuk gastroenteroloji veya çocuk immünoloji ve alerji hastalıkları uzman hekimlerince,

bu uzman hekimlerin bulunmadığı hastanelerde çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.

(6) Çölyak hastalığında; gastroenteroloji uzman hekimi tarafından, bu uzman hekimlerin bulunmadığı hastanelerde çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince (**Değişik: RG-21/03/2018-30367/24-b md. Yürürlük: 01/04/2018**) + 3 yıl süreli rapor düzenlenir. Bu hastaların kısıtlı diyetleri sebebi ile hayatı öneme haiz özel formüllü un ve özel formüllü un içeren mamul ürünler (makarna, şehriye, bisküvi, çikolata, gofret vb.); gastroenteroloji uzman hekimi tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak bir aylık;

- a) 0-5 yaş için 78,75 (yetmişsekiz virgül yetmişbeş) TL,
- b) 5-15 yaş için 120 (yüzirmi) TL,
- c) 15 yaş üstü için 108,75 (yüzsekiz virgül yetmişbeş) TL, tutar ödenir.

(7) Yukarıda belirtilen hastalıklarda kullanılan ürünler; EK-4/B Listesinde belirtilmiş olup bu listede yer almayan ürün bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(8) Üçüncü ve altıncı fikralarda belirtilen ödemeyle ilişkin izlenecek yöntem Kurum tarafından ayrıca duyurulur.

4.2.17 - Osteoporoz, Sudek Atrofisi (Algonörodistrofi) ve Paget Hastalığında ilaç kullanım ilkeleri

4.2.17.A – Osteoporoz

(**Değişik: RG-21/04/2015- 29333/ 11 md. Yürürlük: 30/04/2015**)

(1) Osteoporoz tedavisinde bifosfonatlar (kombinasyonları dahil) ve diğer osteoporoz ilaçları (**EK: RG-25/07/2014-29071 / 29 md. Yürürlük: 07/08/2014**) (raloksifen, calcitonin, stronsiyum ranelat, denosumab) aşağıda belirtilen koşullar çerçevesinde ödenir. Bu ilaçlar tedavi süresinin belirtildiği sağlık raporuna dayanılarak reçete edilirler. Rapor süresi 1 yıldır. Bu grup ilaçların birlikte kombine kullanımı halinde sadece birinin bedeli ödenir. **Osteoporoz tedavisinde bifosfonatlar (kombinasyonları dahil) ve diğer osteoporoz ilaçları (raloksifen, calcitonin, stronsiyum ranelat (kombinasyonları dahil), denosumab)** aşağıda belirtilen koşullar çerçevesinde ödenir. Bu ilaçlar tedavi süresinin belirtildiği sağlık raporuna dayanılarak reçete edilirler. Rapor süresi (**Değişik: RG-21/03/2018-30367/ 25-a md. Yürürlük: 01/04/2018**) + 2 yıldır. Bu grup ilaçların birlikte kombine kullanımı halinde sadece birinin bedeli ödenir.

(2) Osteoporozda ilaç tedavisi, düzenlenecek rapor tarihinden önce son (**Değişik: RG-21/03/2018-30367/25-b md. Yürürlük: 01/04/2018**) ~~bir~~ iki yıl içinde yapılan Kemik Mineral Yoğunluk (KMY) ölçümlü planlanır. Ölçüm yılda bir defadan daha sık yapılmaz. KMY ölçümünün tarihi ve sonucu reçete veya raporda belirtilir. KMY ölçümü bir kalçasında protez olan hastada diğer kalçadan, her iki kalçasında da protez olan hastada vertebral ya da ön koldan yapılabilir.

(3) 75 yaş ve üzerindeki hastalar ile raporunda osteoporotik patolojik kalça kırığı belirtilen hastalarda KMY ölçümü şartı aranmaz.

(4) Bu ilaçlar;

a) Patolojik kırığı olan hastalarda lomber bölgeden posteroanterior yapılan KMY ölçümünde lomber total (L1-4 veya L2-4) veya femur total veya femur boynu KMY ölçümünde “T” değerlerinden herhangi birinin -1 veya daha düşük olması durumunda,

b) Patolojik kırığı olmayan 65 yaş ve üzeri hastalarda, lomber bölgeden posteroanterior yapılan KMY ölçümünde lomber total (L1-4 veya L2-4) veya femur total veya femur boynu KMY ölçümünde “T” değerlerinden herhangi birinin -2,5 veya daha düşük olması durumunda,

c) Patolojik kırığı olmayan 65 yaş altı hastalarda; lomber bölgeden posteroanterior yapılan kemik mineral yoğunluk (KMY) ölçümünde lomber total (L1-4 veya L2-4) veya femur total veya femur boynu KMY ölçümünde “T” değerlerinden herhangi birinin -3 veya daha düşük olması durumunda,

ç) Romatoid artrit, çölyak hastalığı, kronik inflamatuar barsak hastalığı (crohn hastalığı veya ülseratif kolit), ankilozan spondilit, hipertiroidi, hipogonadizm, hipopituitarizm, anoreksia nevroza, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, tip I diyabet, cushing sendromu ve primer hiperparatiroidizmde, uzun süreli (en az 3 ay) ve > 5mg/gün sistemik kortikosteroid kullanımı olan, kanser tedavisi alan veya organ nakli uygulamış hastalarda; sekonder gelişen osteoporozda KMY ölçümünde lomber total (L1-4 veya L2-4) veya femur total veya femur boynu KMY ölçümünde “T” değerlerinden herhangi birinin -1 veya daha düşük olması durumunda, (primer hastalığını da belirtir sağlık raporu ile birlikte) reçetelenir.

d) Bifosfanatların, kalça çıkışlığı veya bel kemiği zedelenmesine bağlı heterotopik ossifikasiyon (HO) endikasyonu olan formları, bu endikasyonda prospektüsünde belirtilen dozlar ve sürelerde KMY ölçüm sonucu aranmaksızın kullanılabilir.

(5) Bifosfanat grubu ilaçlar; iç hastalıkları, fiziksel tip ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, romatoloji, tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji, kadın hastalıkları ve doğum, endokrinoloji uzmanları tarafından düzenlenen uzman hekim raporu ile tüm uzman hekimlerce reçete edilebilir.

(6) (**Değişik: RG-25/07/2014-29071 / 29 md. Yürürlük: 07/08/2014**) Stronsiyum ranelat ve raloksifen; Stronsiyum ranelat, raloksifen ve denosumab; yalnızca bifosfonatları tolere edemeyen veya yeterli yanıt alınamayan hastalarda bu durumun, iç hastalıkları, fiziksel tip ve rehabilitasyon, romatoloji, ortopedi ve travmatoloji, kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarından en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporunda belirtilmesi halinde, bu rapora dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilebilir. (**Değişik: RG-21/04/2015- 29333/11 md. Yürürlük: 30/04/2015**) Stronsiyum ranelat (kombinasyonları dahil), raloksifen ve denosumab; yalnızca bifosfonatları tolere edemeyen veya yeterli yanıt alınamayan hastalarda bu durumun, iç hastalıkları, fiziksel tip ve rehabilitasyon, romatoloji, ortopedi ve travmatoloji, kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarından en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporunda belirtilmesi halinde, bu rapora dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilebilir.

(**Değişik: RG-05/08/2015- 29436/ 17 md. Yürürlük: 13/08/2015**)

(6) Stronsiyum ranelat (kombinasyonları dahil), raloksifen ve denosumab;

a) Stronsiyum ranelat (kombinasyonları dahil), raloksifen ve denosumab; yalnızca bifosfonatları tolere edemeyen veya yeterli yanıt alınamayan osteoporozlu hastalarda bu durumun, iç hastalıkları, fiziksel tip ve rehabilitasyon, romatoloji,

ortopedi ve travmatoloji, kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarından en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporunda belirtilmesi halinde, bu rapora dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilebilir.

b) Denosumab; Hormon ablasyon uygulanmış olan nonmetastatik prostat kanseri veya meme kanseri nedeniyle adjuvan aromataz inhibitörü tedavisi gören yüksek kırık riskine sahip hastalardaki osteoporoz tedavisinde; bu durumun belirtildiği, en az bir onkoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilebilir.

(7) Kalsitonin, ağrılı vertebral kırığı bulunan osteoporozlu hastalarda bu durumun, iç hastalıkları, fiziksel tip ve rehabilitasyon, romatoloji, ortopedi ve travmatoloji, kadın hastalıkları ve doğum, endokrinoloji uzmanlarından en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporunda belirtilmesi halinde her ağrılı vertebral kırık durumunda en fazla 3 aylık tedavi dozu verilmesi koşulu ile bu uzman hekimlerce reçete edilebilir.

(8) Kalsitonin, yalnızca üniversite veya eğitim ve araştırma hastanelerinde; ağrılı vertebral kırığı bulunmayan osteoporozlu ve bifosfonatları tolere edemeyen veya yeterli yanıt alınamayan hastalarda, bu durumun iç hastalıkları, fiziksel tip ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, romatoloji, kadın hastalıkları ve doğum, endokrinoloji uzmanlarından en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporunda belirtilmesi halinde, bu uzmanlarca reçete edilerek kullanılabilir.

(9) Aktif D vitaminleri (kalsitriol ve alfakalsidol) osteoporoz tedavisinde ödenmez. (EK-4/D Listesindeki düzenlemeler hariç)

4.2.17.B - Sudek Atrofisi (Algonörodistrofi)

(1) Kalsitonin bu endikasyonda tanı konulduktan sonraki ilk altı ay süresince fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji veya romatoloji uzman hekim raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce reçete edilir. Bu sürenin üstündeki kullanımı ödenmez.

4.2.17.C - Juvenil Osteoporoz

(1) Uzman hekim raporuna dayanılarak uzman hekimlerce reçete edilir. Rapor süresi 1 yıldır.

4.2.17.Ç - Paget Hastalığı

(1) Endokrinoloji uzman hekimi tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna istinaden tüm uzman hekimlerce reçete edilir. Rapor süresi 1 yıldır.

4.2.17.D - Osteoporozda teriparatid kullanımı

(1) (Değişik: RG- 04/05/2013- 28637/ 14 md. Yürürlük: 11/05/2013) 65 yaş üstü hastalardan; T skoru -4 ve daha az olan (L1-L4 veya kalça total) ve 2 veya daha fazla kırığı olduğu röntgenle kesin tanı konulmuş hastalarda, bunların belirtildiği 6 ay süreli endokrinoloji uzmanın bulunduğu sağlık kurulu raporu ile kullanılabilir. Tedavinin devamı için; ilk 6 ayda tedaviye cevap verildiğinin kanıtlandığı endokrinoloji uzmanın bulunduğu en fazla 12 ay süreli yeni bir sağlık kurulu raporu ile kullanılabilir. Toplam tedavi süresi ömrü boyu 18 ayı geçmeyecektir. Sağlık kurulu raporuna dayanılarak diğer uzman hekimler tarafından da reçete edilebilir. Teriparatid kullanan hastalarda KMY ölçümü yılda 2 kez yapılabilir. 65 yaş üstü hastalardan; T skoru -3,5 ve daha az olan (L1-L4 veya kalça total) ve 2 veya daha fazla kırığı olduğu röntgenle kesin tanı konulmuş hastalarda, bunların belirtildiği 6 ay süreli endokrinoloji (Ek: RG- 07/10/2016-29850/ 29 md. Yürürlük: 15/10/2016) ve/veya geriatri uzmanın bulunduğu sağlık kurulu raporu ile kullanılabilir. Tedavinin devamı için; ilk 6 ayda tedaviye cevap verildiğinin kanıtlandığı endokrinoloji (Ek: RG- 07/10/2016- 29850/ 29 md. Yürürlük: 15/10/2016) ve/veya geriatri uzmanın bulunduğu en fazla 12 ay süreli yeni bir sağlık kurulu raporu ile kullanılabilir. Toplam tedavi süresi ömrü boyu 18 ayı geçmeyecektir. Sağlık kurulu raporuna dayanılarak diğer uzman hekimler tarafından da reçete edilebilir. Teriparatid kullanan hastalarda KMY ölçümü yılda 2 kez yapılabilir.

4.2.18 - Orlistat kullanım ilkeleri

(1) (Değişik: RG- 30/08/2014- 29104/ 16 md. Yürürlük: 06/09/2014) Endokrinoloji ve metabolizma uzman hekiminin bulunduğu resmi sağlık kurumlarında düzenlenen en fazla üç ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilebilir. Yazılan her reçeteye, hastanın bir önceki reçeteye göre kaybettiği kilo, diyet ve egzersize uyduğu, BMI değeri hekim tarafından yazılarak kaşe ve imza onayı yapılacaktır. Endokrinoloji ve metabolizma uzman hekimi tarafından düzenlenen en fazla üç ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilebilir. Yazılan her reçeteye, hastanın bir önceki reçeteye göre kaybettiği kilo, diyet ve egzersize uyduğu, BMI değeri hekim tarafından yazılarak kaşe ve imza onayı yapılacaktır.

(2) Daha önce dört ardışık hafta boyunca yalnızca diyetle en az 2,5 kg'lık bir kilo kaybı ve obez hastalarda vücut kitle indeksi (BMI) $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ olmalıdır.

(3) Reçeteler birer aylık düzenlenenecektir.

(4) Tedavinin 12 haftası sonunda hastalarda başlangıçtaki vücut ağırlığının en az %5'ini kaybetmesi halinde tedavinin devamına karar verilirse, yeni bir rapor daha düzenlenerek tedavi üçer aylık sürelerle uzatılabilecektir. 12 hafta sonunda vücut ağırlığının en az %5'sinin kaybolmaması halinde tedavi kesilecektir. Bu ilacın kullanımı hastanın hayatı boyunca 2 yılı geçmeyecektir.

4.2.19 - Migrende ilaç kullanım ilkeleri

(1) Triptanlar, nöroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilir. Bu grup ilaçlardan yalnız bir etken madde reçete edilebilir ve ayda en fazla 6 doz/adet yazılabılır. Aynı ilaçın farklı farmasötik formlarının aynı anda reçete edilmesi halinde birisinin bedeli ödenir.

(2) Topiramat tedavisine, diğer profilaktik migren ilaçlarının 6 ay süreyle kullanılıp etkisiz kaldığı durumlarda nöroloji uzman hekimince düzenlenen uzman hekim raporunda bu husus belirtilerek nöroloji uzman hekimince başlanır.

(3) Uzman hekim raporu 1 yıl süreyle geçerlidir ve nöroloji uzman hekimince düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak diğer hekimler tarafından en fazla birer aylık dozda reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

4.2.20 - Palivizumab kullanım ilkeleri

(1) Palivizumab etken maddesini taşıyan preparatin; çocuk kardiyoloji, neonatoloji (yenidoğan), çocuk alerjisi, çocuk enfeksiyon hastalıkları, çocuk göğüs hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen 1 yıl süreli uzman hekim

raporuna dayanılarak bu uzman hekimler veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince aşağıda belirtilen koşullarda kullanılabilir.

(2) Yüksek Respiratuar Sinsiyal Virüs (RSV) riski taşıyan çocuk hastalarda RSV’ün neden olduğu ciddi alt solunum yolu hastalığının önlenmesinde;

a) RSV sezonu başlangıcından önceki son 6 ay içinde kronik akciğer hastalığı (KAH) için medikal tedavi (ek oksijen, bronkodilatator, diüretik veya kortikosteroid) gereksinimi olan 2 yaşın altındaki çocuklarda,

b) (Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 30 md. Yürürlük: 07/08/2014) 28 ince 29 uncu gebelik haftasında veya daha erken doğmuş olan, RSV sezonu başlangıcında 1 yaştan küçük olan KAH tanılı veya tanısız tüm bebeklerde,

c) RSV sezonu başlangıcında (Değişik: RG-25/07/2014- 29071/ 30 md. Yürürlük: 07/08/2014) 4-2 yaşından küçük; siyanotik doğuştan kalp hastalığı, konjestif kalp yetmezliği tedavisi gerektiren asiyanozik doğuştan kalp hastalığı olan bebekler, opere edildiği halde rezidü hemodinamik bozukluk nedeniyle konjestif kalp yetersizliği tedavisi almaya devam eden bebekler, önemli pulmoner hipertansiyonlu bebekler (sistemik basıncın %50’sinden fazlası) ve hemodinamik bozukluk nedeniyle tedavi alması gereken kardiyomiyopatili bebeklerde,

kullanılır.

(3) Palivizumab Ekim-Mart ayları arasında kabul edilen RSV sezonu boyunca 1 ay aralarla bir hasta için en fazla 5 doz ve maksimum 2 yaşa kadar uygulanmalıdır. (Ek: RG-10/05/2018-30417/ 15 md. Yürürlük: 18/05/2018) Palivizumab etkin maddeli ilaçlar aylık dozlar halinde reçete edilir.

4.2.21 - Anagrelid kullanım ilkeleri

(1) Hidroksüre + asetil salisilik asit tedavisine dirençli olduğu ya da hidroksüre ile dirençli sitopeni (anemi ve/veya lökopeni) geliştiği belgelenen, yüksek vasküler risk taşıyan esansiyel trombositemi hastalıklarında, hematoloji veya tıbbi onkoloji uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak bu uzman hekimler tarafından reçete edilebilir.

4.2.22 - Aktive protein C kullanım ilkeleri

(1) Yoğun bakım ünitelerinde, anestezi ve reanimasyon, enfeksiyon hastalıkları, iç hastalıkları, göğüs hastalıkları, genel cerrahi hekimlerinden en az üçünün onayının bulunduğu, en az iki organ yetmezliği gelişmiş ağır sepsis hastalarının tedavisinde, ilk 48 saat içerisinde, hastalığın teşhisini, günlük kullanım dozu ve süresini (24 µg/kg/saat IV x 96 saat) belirten onaylı epikriz raporuna dayanılarak reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Yeniden kullanım gerektiğinde yukarıda belirtilen hekimlerden en az üçü tarafından sağlık kurulu raporu düzenecektir. Bu raporda, günlük kullanım dozu ve süresi ile epikriz raporuna dayanılarak verilen ilacın kullanıldığına belirtilmesi gereklidir.

4.2.23 - Amfoterisin-B, kaspofungin, anidilofungin, vorikonazol, posakonazol (Ek:RG-09/09/2017- 30175/23-a md. Yürürlük: 23/09/2017) (oral süspansiyon ve tablet formu), itrakonazol (infüzyon ve solüsyon) (Ek: RG- 18/06/2016- 29746/ 17-a md. Yürürlük: 25/06/2016) , mikafungin kullanım ilkeleri

(1) (Mülga:RG-21/03/2018- 30367/ 26-a md. Yürürlük: 01/04/2018) Hastanın böbrek ve karaciğer fonksiyonları normal ise ilk tercih klasik amfoterisin B veya flukonazoldur.

(Değişik: RG- 21/03/2018- 30367/ 26-b md. Yürürlük: 01/04/2018)

(2) Klasik amfoterisin B’ye alerjik reaksiyon gösterdiginin uzman hekim raporu ile belgelenmesi ya da hastanın karaciğer veya böbrek fonksiyon testlerinin laboratuvar verileri ile bozuk olduğunun belgelenmesi halinde lipozomal veya lipid kompleks veya koloidal dispersiyon amfoterisin B veya kaspofungin veya anidilofungin veya posakonazol veya vorikonazol veya itrakonazol (infüzyon) (Ek: RG- 18/06/2016- 29746/ 17-b md. Yürürlük: 25/06/2016) veya mikafungin kullanılabilir.

(2) Bu maddede belirtilen etken maddeli ilaçların sistemik mantar enfeksiyonları tedavisinde kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

(3) Itrakonazol solüsyon;

a) HIV pozitif veya bağıksızlığı bozulan hastalardaki flukonazole dirençli özofajiyal kandidozun tedavisinde kullanılır.
b) Hematolojik malignitesi olan veya kemik iliği transplantasyonu yapılan ve nötropeni gelişirmesi beklenen (<500 hücre/ml) hastalardaki derin fungal (mantar) enfeksiyonlarının profilaksisinde kullanılır.

c) Itrakonazol'un oral formları (Solüsyon formları hariç), SUT eki “Sistemik Antimikrobik ve Diğer İlaçların Reçeteleme Kuralları Listesi” nin (EK-4/E) 10.5 maddesinde belirtildiği şekilde reçetelenebilecektir.

(4) Posakonazol;

a) Aşağıda tanımlanan hastalardaki invazif mantar enfeksiyonlarının profilaksisinde kullanılır. (Mülga: RG- 21/03/2018- 30367/ 26-c md. Yürürlük: 01/04/2018) (Yukarıda yer alan birinci ve ikinci fikra hükümleri aranmaz.) (Ek: RG- 21/03/2018-30367/ 26-c md. Yürürlük:01/04/2018) Posakonazol'un parenteral formları yalnızca oral formlarını kullanamayan hastalarda kullanılabilir.

1) Invazif mantar enfeksiyonu gelişme riski yüksek olan ve uzun süreli nötropeni oluşabileceği düşünülen akut miyeloid lösemi (AML) veya miyelodisplastik sendrom (MDS) nedeniyle remisyon-indüksiyon kemoterapisi alan hastalarda.

2) Invazif mantar enfeksiyonu gelişme riski yüksek olan ve Graft versus host hastalığına yönelik olarak yüksek doz immünsupresif tedavi alan allojenik hematopoietik kök hücre transplanti (HSCT) alıcısı olan hastalarda.

b) Tedavi amaçlı olarak aşağıda tanımlanan durumlarda kullanılır.

1) İmmun yetmezliği olan flukonazole dirençli orofarengéal kandiyazis tedavisinde (Ek:RG-09/09/2017- 30175/23-b md. Yürürlük: 23/09/2017) yalnızca oral süspansiyon formu kullanılır.

2) Amfoterisin B, lipozomal amfoterisin B veya vorikonazol tedavilerine refrakter invazif aspergilozis tedavisinde.

3) Amfoterisin B ile tedaviye refrakter ya da amfoterisin B’yi tolere edemeyen fusariozis hastalığı olan hastalarda.

4) Itrakonazol ile tedaviye refrakter ya da itrakonazol'u tolere edemeyen kromoblastomikoz ve micetoma hastalığı olan hastalarda.

5) Amfoterisin B ya da itrakonazol veya flukonazol ile tedaviye refrakter ya da bu tıbbi ürünler tolere edemeyen koksidiomikoz hastalığı olan hastalarda.

(5) Anidulofungin, nötropenik olmayan (Mutlak nötrofil sayısı $\geq 500/\text{mm}^3$ olacak ve laboratuvar sonucu aranacaktır.) erişkin hastalarda, invazif kandidiyazis vakalarında reçetelendirilebilir.

(6) (Değişik: RG- 18/06/2016- 29746/ 17-c md. Yürürlük: 25/06/2016)

(Değişik: RG- 30/08/2014- 29104/ 17 md. Yürürlük: 06/09/2014) Lipozomal amfoterisin-B, lipid kompleks veya kolloidal dispersiyon amfoterisin-B'nin parenteral formları, kaspofungin, anidilofungin, vorikanazol, posakonazol veya itrakonazol (infüzyon) yukarıdaki şartları sağlayan uzman hekim raporu ve enfeksiyon hastalıkları uzmanı onayı ile yatarak tedavide kullanılır. Bu ilaçların oral formları ise yine uzman hekim raporu ve enfeksiyon hastalıkları uzmanı onayı ile ayakta tedavide de kullanılabilir. Lipozomal amfoterisin-B, lipid kompleks veya kolloidal dispersiyon amfoterisin-B'nin parenteral formları, kaspofungin, anidilofungin, vorikanazol, posakonazol veya itrakonazol (infüzyon) yukarıdaki şartları sağlayan uzman hekim raporu ve enfeksiyon hastalıkları uzmanı onayı ile yatarak tedavide kullanılır. Bu ilaçların oral formları ise enfeksiyon hastalıkları uzmanınca düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçetelenmesi halinde ayakta tedavide de kullanılabilir.

Mikafungin:

- 1) İnvaziv kandidiyazis ve özofajiyal kandidiyazis endikasyonlarında birinci ve ikinci fıkra hükümlerine göre kullanılır.
- 2) Allojenik hematopoietik kök hücre nakli (HSCT) yapılan hastalarda aspergiloz ve candida enfeksiyonlarının profilaksisinde yukarıda yer alan birinci ve ikinci fıkra hükümleri aranmaz.
- 3) 10 gün veya daha uzun süreyle nötropeni olması beklenen hastalarda Aspergiloz ve Candida enfeksiyonlarının profiliksisi endikasyonunda ödenmez.

(Değişik: RG- 21/03/2018- 30367/ 26-ç md. Yürürlük: 01/04/2018)

(6) Mikafungin:

- 1) İnvaziv kandidiyazis ve özofajiyal kandidiyazis endikasyonlarında kullanılır.
- 2) Allojenik hematopoietik kök hücre nakli (HSCT) yapılan hastalarda veya akut lenfositler lösemi (ALL) hastalarında nötropenik dönemde ve takip eden bir hafta içinde veya mukoziti olan otolog hematopoietik kök hücre nakli yapılan hastalarda nötropenik dönemde aspergiloz ve candida enfeksiyonlarının profilaksisinde kullanılır.
- 3) 10 gün veya daha uzun süreyle nötropeni olması beklenen diğer hastalarda aspergiloz ve candida enfeksiyonlarının profilaksi endikasyonunda ödenmez.

(Ek: RG- 18/06/2016- 29746/ 17-ç md. Yürürlük: 25/06/2016)

(7) Lipozomal amfoterisin-B, lipid kompleks veya kolloidal dispersiyon amfoterisin-B'nin parenteral formları, kaspofungin, anidilofungin, vorikanazol, mikafungin, posakonazol veya itrakonazol (infüzyon) yukarıdaki şartları sağlayan uzman hekim raporu ve enfeksiyon hastalıkları uzmanı onayı ile yatarak tedavide kullanılır. Bu ilaçların oral formları ise enfeksiyon hastalıkları uzmanınca düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçetelenmesi halinde ayakta tedavide de kullanılabilir.

(Ek: RG- 21/03/2018- 30367/ 26-d md. Yürürlük: 01/04/2018)

(8) Vorikonazol 200 mg tablet; nötropeni olması beklenen hematopoietik kök hücre nakli alıcısı hastaların aspergiloz ve candida enfeksiyonlarının profilaksi endikasyonunda da kullanılır.

4.2.24 - Solunum sistemi hastalıkları ilaçları kullanım ilkeleri

(1) Bu grup ilaçların ayakta tedavide kullanımı aşağıdaki ilkelere göre yapılacaktır.

4.2.24.A - Astım tedavisinde

(1) Formeterol, salmeterol (Ek: RG- 07/10/2016- 29850/ 30 md. Yürürlük: 15/10/2016), vilanterol ve kombinasyonları; göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi, alerji, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilir. Bu uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu mevcut ise tedavinin devamı için diğer hekimlerce de reçete edilebilir.

(2) Montelukast, zafirlukast; iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, göğüs hastalıkları ve alerji uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak diğer hekimlerce de reçete edilebilir.

(Ek: RG- 04/02/2018- 30322/ 17 md. Yürürlük: 15/02/2018)

(3) Mepolizumab;

a) Aşağıdaki kriterlerin tümünü karşılayan "Hipereozinofilik Persistan Astım" tanılı hastalarda;

1) 12 yaş ve üzerinde,

2) Kan eozinofil sayısının ≥ 300 hücre/ μ l olması (uzun süredir düzenli sistemik steroid kullanan hastalarda ise tedavi altında ≥ 150 hücre/ μ l olması),

3) En az 6 aydır düzenli sistemik steroid altında kontrollü veya kontrollsuz astımı olması ve/veya yüksek doz inhaler kortikosteroid (>800 mcg/gün budenosid veya eşdeğeri) ve inhaler uzun etkili beta iki agonist kombinasyonu ile birlikte 3üncü bir kontrol edici ilaç en az 1 (bir) yıldır kullanmakta olmasına rağmen kontrollsuz astımı olması (en az 3 gün sistemik kortikosteroid kullanımını gerektiren yılda en az 2 atağı olması).

b) Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında, en az bir immünoloji ve alerji hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak immünoloji ve alerji hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

c) İlk tedaviye yanıtın üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında 16 ncı haftada değerlendirilmesi ve tedaviye devamın uygun görülmesi halinde bu durumun belirtildiği en az bir immünoloji ve alerji hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile immünoloji ve alerji hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

4.2.24.B - Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) tedavisinde

(1) (Değişik: RG- 07/10/2016- 29850/ 31 md. Yürürlük: 15/10/2016) (EK: RG- 18/02/2015- 29271 / 14 md. Yürürlük: 28/02/2015) Formeterol, salmeterol, indakaterol (Ek: RG- 18/01/2016- 29597 / 10 md. Yürürlük: 26/01/2015),

glikopironyum 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. Formeterol, salmeterol, indakaterol, glikopironyum, tiotropium, (Değişik:RG-09/09/2017-30175 /24md.Yürürlük:23/09/2017) vilanterol ve vilanterol+flutikazon, vilanterol+umeklidinyum, tiotropium+olodaterol kombinasyonları; 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.

(2) Formeterol ve salmeterolun inhaler kortikosteroidlerle kombinasyonları; iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak diğer hekimlerce de reçete edilebilir.

(Ek: RG- 25/07/2014- 29071/ 31 md. Yürürlük: 07/08/2014)

(3) Roflumilast; uzun etkili broncodilatör ve/veya inhale kortikosteroid tedavisine rağmen en az 2 yıl boyunca her yıl için; yılda en az 3 ay öksürük, balgam şikayetleri olan ve yılda en az iki atak geçiren ağır kronik obstruktif akciğer hastalarında;

- a) Solunum fonksiyon testi (SFT) kriteri olarak, FEV₁/FVC değeri %70'ın altında olmak koşulu ile FEV₁≤%50 olanlarda mevcut tedaviye ek olarak kullanılmaya başlanır.

- b) Göğüs hastalıkları uzmanınca düzenlenen 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak göğüs hastalıkları uzmanı tarafından reçete edilir.

- c) Sağlık raporunda hastanın kullandığı uzun etkili broncodilatör ve/veya inhale kortikosteroid tedavi şeması ile diğer durumlar belirtilir.

- ç) Teofilinle kombin olarak kullanılamaz.

4.2.24.C - Alerjik rinit (mevsimsel, yıl boyu devam eden (pereniyal), birlikte seyreden astım dahil) tedavisinde;

(1) Montelukast ve antihistaminik kombinasyonları; kulak burun boğaz uzman hekimleri, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, göğüs hastalıkları, alerji uzman hekimlerince veya bu uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak diğer hekimlerce de reçete edilebilir.

(Ek:RG- 28/12/2018- 30639/ 22 md. Yürürlük: 08/01/2019)

(2) Azelastin hidroklorür ve flutikazon propiyonat kombine preparatları; 12 yaş ve üzeri hastalarda orta ila şiddetli mevsimsel ve pereniyal alerjik rinit semptomlarının giderilmesinde, intranasal antihistaminik veya glukokortikoid monoterapisinin yeterli olmadığı durumlarda bu durumun belirtildiği alerji veimmünoloji, kulak burun boğaz, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, göğüs hastalıkları uzman hekimlerince düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

4.2.24.Ç - Mevsimsel veya yıl boyu devam eden alerjik rinit tedavisinde

(1) Nasal kortikosteroid preparatları; 2-5 yaş grubu hastalarda (2 ve 5 yaş grubu dahil), yalnızca çocuk sağlığı ve hastalıkları, alerji, klinik immünoloji veya KBB hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilir.

4.2.25 - Antiepileptik ilaçların kullanım ilkeleri

(1) Yeni nesil antiepileptikler (lamotrigin, topiramat, vigabatrin, levatirasetam, gabapentin) nöroloji, beyin cerrahisi, fiziksel tip ve rehabilitasyon, çocuk sağlığı ve hastalıkları, psikiyatri uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimler tarafından düzenlenen ilaç kullanım dozu ve süresini belirten uzman hekim raporuna dayanılarak diğer hekimler tarafından da reçete edilebilir.

(2) Pregabalin (kombinasyonları dahil) ve zonisamit, nöroloji uzman hekimi tarafından veya bu uzman hekimce düzenlenen (Ek:RG- 28/12/2018- 30639/ 23 md. Yürürlük: 08/01/2019) 1 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.

(3) Pregabalin (kombinasyonları dahil) yaygın anksiyete bozukluğu endikasyonunda ödenmez.

(Ek: RG- 25/07/2014- 29071/ 32 md. Yürürlük: 07/08/2014)

(4) Lakozamid; 16 yaş ve üzerindeki parsiyel başlangıçlı epilepsi hastalarında ikincil jeneralize olan veya olmayan nöbetlerin tedavisinde, en az iki antiepileptik ilacı en az 6 ay süreyle tek başına veya kombine kullanımından sonra tedaviye yanıt alınamayan hastalarda ek tedavi olarak, bu durumların belirtildiği nöroloji uzman hekim raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilebilir.

4.2.26 - (Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 33 md. Yürürlük: 07/08/2014) Levosimendan kullanım ilkeleri

Levosimendan ve milrinon kullanım ilkeleri

(1) İnvaziv hemodinamik monitörizasyon yapılabildiği yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalar için veya akut kalp yetmezliği, dekompanse kalp yetmezliğinin akut dönemindeki yatan hastalar için; kardiyoloji, kalp damar cerrahisi, anestezi ve reanimasyon, iç hastalıkları ile acil uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ve bu durumlarını belirtir uzman hekim raporuna dayanılarak bu hekimlerce tabela/reçeteye yazılabilir.

(1) Levosimendan; İnvaziv hemodinamik monitörizasyon yapılabildiği yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalar için veya akut kalp yetmezliği, dekompanse kalp yetmezliğinin akut dönemindeki yatan hastalar için;

(2) Milrinon; klasik bakım tedavisine yanıt vermeyen şiddetli konjestif kalp yetmezliğinin kısa süreli tedavisinde ve kalp cerrahisi sonrası düşük çıkış (out put) durumlarını da içeren akut kalp yetmezliği olan yatan hastalar için;

(3) Kardiyoloji, kalp damar cerrahisi, anestezi ve reanimasyon, iç hastalıkları (Ek: RG- 05/08/2015- 29436/ 18 md. Yürürlük: 13/08/2015), yoğun bakım ile acil uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ve bu durumlarını belirtir uzman hekim raporuna dayanılarak bu hekimlerce tabela/reçeteye yazılabilirler.

4.2.27 - Faktör ve diğer kan ürünlerinin reçete edilme ilkeleri

4.2.27.A - Faktörler

(Değişik: RG- 05/08/2015- 29436/ 19 md. Yürürlük: 13/08/2015)

(1) Hastanın tanı, faktör düzeyi, varsa inhibitör düzeyini belirten hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak, hematoloji uzman hekiminin olmadığı hastanelerde ise üç iç hastalıkları ya da üç çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından düzenlenecek sağlık kurulu raporuna dayanılarak, hematoloji veya iç hastalıkları veya

çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından reçetelenir. Sağlık Bakanlığı mevzuatı kapsamında hastaya özel hemofili takip karnesine de yazılır:

a) Faktör düzeyi % l'in altında ve/veya ayda üçten fazla kanaması olan proflaksi hastalarında haftalık faktör kullanım miktarı 4500 üniteyi geçmez. Haftalık faktör kullanımının 4500 üniteyi geçmesi gerektiği durumlarda, bu duruma sebep olan gerekçelerin belirtileceği 6 ay süreli yeni rapor düzenlenir.

b) (Değişik: RG 26/09/2013 287777 / md. Yürürlük: 04/10/2013) Proflaksiye istinaden faktör kullanan hastalarda ayrıca akut kanama yaşamaması ya da cerrahi girişim gerekliliği halinde, bu amaçla yapılacak ilaç temini için hematoloji uzman hekimi tarafından 3 gün süreli yeni bir uzman hekim raporu düzenlenir. Hemofili hastalarında; akut kanama yaşamaması ya da cerrahi girişim gerekliliği halinde, bu amaçla yapılacak ilaç temini için, bu durumun belirtileceği 3 gün süreli yeni bir hematoloji uzman hekim raporu düzenlenir.

(2) Acil müracaatlarda, hastanın tam teşekküllü sağlık kurumlarına başvurması halinde hemofili takip karnesinin mevcut olmaması veya bu belge mevcut ancak ilaçta doz artırılmasını gerektirecek yeni bir endikasyonun gelişmesi halinde ilk mesai gününde raporun çıkarılması, reçete veya tabela üzerinde bu durumun hekimin el yazısı ile belirtilmesi koşuluyla hastanın tedavisi sağlanacaktır. Acil durumlarda hastaya en fazla bir günlük dozda ilaç reçete edilerek hematoloji uzman hekiminin bulunduğu hastaneyeye sevk edilecektir.

(3) (Değişik: RG 25/07/2014 29071 / 34 md. Yürürlük: 07/08/2014) Faktör VIIa, hastanın tanısını, faktör düzeyini (glanzmann trombastenisi hariç), inhibitör düzeyini belirten hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak; klinik şartlarda prospektüs onaylı endikasyonlarında hafif orta şiddetteki kanamalarda 3 doza kadar, merkezi sinir sistemi kanamalarında veya hayatı tehdit eden (hemodinamiği bozan) şiddetli kanamalarda veya cerrahi operasyonlarda 12 doza kadar uzman hekim tarafından reçete edilebilir. Reçete edilen ünitenin kaç dozluk olduğu hekim tarafından reçete üzerinde belirtilir. Faktör VIIa, hastanın tanısını, faktör düzeyini ve varsa inhibitör düzeyini (glanzmann trombastenisinde bu iki düzey de aranmaz) gösterir hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak; prospektüs onaylı endikasyonlarında hafif orta şiddetteki kanamalarda 3 doza kadar, merkezi sinir sistemi kanamalarında veya hayatı tehdit eden (hemodinamiği bozan) şiddetli kanamalarda veya cerrahi operasyonlarda 12 doza kadar uzman hekim tarafından kullanılır. Kullanılan ünitenin kaç dozluk olduğu hekim tarafından reçete/tabela üzerinde belirtilir.

(4) (Değişik: RG 25/07/2014 29071 / 34 md. Yürürlük: 07/08/2014) Kombine koagülasyon faktörü/protrombin kompleksi konsantreleri; kazanılmış koagülasyon bozuklukları ve kazanılmış hemofili hastalarında; hafif orta şiddetteki kanamalarda, merkezi sinir sistemi kanamalarında, hayatı tehdit eden (hemodinamiği bozan) şiddetli kanamalarda veya cerrahi operasyonlarda, klinik şartlarda, bu durumun ve hastanın tanısı ile faktör düzeyini de (ganzmann trombastenisi ve inhibitör gelişmiş hastalar hariç) belirten hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak tüm uzman hekimler tarafından bir dozda reçete edilebilir. Reçete edilen ünitenin kaç dozluk olduğu hekim tarafından reçete üzerinde belirtilir. Kombine koagülasyon faktörü/protrombin kompleksi konsantreleri; kazanılmış koagülasyon bozuklukları ve kazanılmış hemofili hastalarında; hafif orta şiddetteki kanamalarda, merkezi sinir sistemi kanamalarında, hayatı tehdit eden (hemodinamiği bozan) şiddetli kanamalarda veya cerrahi operasyonlarda, bu durumun ve hastanın tanısı ile faktör düzeyini de (ganzmann trombastenisi ve inhibitör gelişmiş hastalarda bu düzey aranmaz) gösterir hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak tüm uzman hekimler tarafından bir dozda kullanılır. Kullanılan ünitenin kaç dozluk olduğu hekim tarafından reçete/tabela üzerinde belirtilir. (Değişik: RG 30/08/2014 29104 / 18 md. Yürürlük: 06/09/2014) Kombine koagülasyon faktörü/protrombin kompleksi konsantreleri; konjenital ve kazanılmış (edinsel) koagülasyon bozukluğu olan hastalarda; hafif orta şiddetteki kanamalarda, merkezi sinir sistemi kanamalarında, hayatı tehdit eden (hemodinamiği bozan) şiddetli kanamalarda veya cerrahi operasyonlarda, bu durumun ve hastanın tanısı ile faktör düzeyini de (ganzmann trombastenisi ve inhibitör gelişmiş hastalarda bu düzey aranmaz) gösterir hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak tüm uzman hekimler tarafından bir dozda kullanılır. Kullanılan ünitenin kaç dozluk olduğu hekim tarafından reçete/tabela üzerinde belirtilir.

(5) Kombine koagülasyon faktörü/protrombin kompleksi konsantreleri acil durumlarda;

a) Kumarin türevlerinin uygulanmasından kaynaklanan, aktif kanaması olan hastalarda INR ve PT değerleri aranmaksızın kanama yeri belirtilmek koşulu ile uzman hekimlerce bir günlük dozda reçete edilebilir. İdame tedavi, prospektüsünde belirtilen doz şemasına uygun olarak yalnızca hematoloji uzman hekimlerince yapılabilir.

b) Kumarin türevlerinin uygulanması sırasında aktif kanaması olmayan ancak kanama riski yüksek olan hastalarda ise INR değerine bakılır. INR değeri ≥ 5 olan hastalarda hematoloji uzman hekimlerince, hematoloji uzman hekiminin bulunmadığı illerde ise diğer uzman hekimlerce en fazla bir günlük dozda reçete edilebilir.

e) (EK: RG 30/08/2014 29104 / 18 md. Yürürlük: 06/09/2014) Kazanılmış (edinsel) koagülasyon bozukluklarında (K vitamini yetersizliği, karaciğer yetmezliği gibi) oluşan kanamalarda ilgili kanama yeri belirtilmek koşulu ile tüm uzman hekimlerce bir günlük dozda verilebilir. İdame tedavi, prospektüsünde belirtilen doz şemasına uygun olarak yalnızca hematoloji uzman hekimlerince yapılabilir.

(1) Hastanın tanısı, faktör düzeyi, varsa inhibitör düzeyini belirten hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak, hematoloji uzman hekiminin olmadığı hastanelerde ise üç iç hastalıkları ya da üç çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından düzenlenecek 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak, hematoloji veya iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından reçetelenir. Sağlık Bakanlığı mevzuatı kapsamında hastaya özel hemofili takip karnesine de yazılır.

a) Faktör düzeyi (Değişik: RG- 07/10/2016- 29850/ 32-a md. Yürürlük: 15/10/2016) % l'in % l veya altında ve/veya ayda üçten fazla kanaması olan proflaksi hastalarında haftalık faktör kullanım miktarı 4500 üniteyi geçmez. Haftalık faktör kullanımının 4500 üniteyi geçmesi gerektiği durumlarda, bu duruma sebep olan gerekçelerin belirtileceği 6 ay süreli yeni rapor düzenlenir.

b) Hemofili hastalarında; akut kanama yaşamaması ya da cerrahi girişim gerekliliği halinde, bu amaçla yapılacak ilaç temini için, bu durumun belirtileceği 3 gün süreli yeni bir hematoloji uzman hekim raporu düzenlenir.

(2) Acil müracaatlarda, hastanın tam teşekkülü sağlık kurumlarına başvurması halinde hemofili takip karnesinin mevcut olmaması veya bu belge mevcut olmasına rağmen ilaçta doz artırılmasını gerektirecek yeni bir endikasyonun gelişmesi halinde ilk mesai gününde raporun çıkarılması, reçete veya tabela üzerinde bu durumun hekimin el yazısı ile belirtilmesi koşuluyla hastanın tedavisi sağlanacaktır. Acil durumlarda hastaya en fazla bir günlük dozda ilaç reçete edilerek hematoloji uzman hekiminin bulunduğu hastaneye sevk edilecektir.

(3) Faktör VIIa, hastanın tanısını, faktör düzeyini ve varsa inhibitör düzeyini (glanzmanntrombastenisinde bu iki düzey de aranmaz) gösterir hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak; prospektüs onaylı endikasyonlarında hafif-orta şiddetteki kanamalarda (**Değişik:RG-09/09/2017-30175/25-a md.Yürürlük:23/09/2017**) 4 doza 3 doza (3 dahil) kadar, merkezi sinir sistemi kanamalarında veya hayatı tehdit eden (hemodinamiği bozan) şiddetli kanamalarda veya cerrahi operasyonlarda 12 doza (**Ek:RG-09/09/2017-30175/25-a md.Yürürlük:23/09/2017**) (12 dahil) kadar hematoloji uzman hekimlerince, bu hekimlerin bulunmadığı hastanelerde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve/veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilir. Kullanılan ünitenin kaç dozlu olduğunu hekim tarafından reçete/tabela üzerinde belirtir.

(4) Kombine koagülasyon faktörü/protombinkompleksi konsantreleri;

a) Konjenital ve kazanılmış (edinsel) koagülasyon bozukluğu olan hastalarda; hafif-orta şiddetteki kanamalarda, merkezi sinir sistemi kanamalarında, hayatı tehdit eden (hemodinamiği bozan) şiddetli kanamalarda veya cerrahi operasyonlarda, bu durumun ve hastanın tanısı ile faktör düzeyini de gösterir hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak hematoloji uzman hekimlerince, bu hekimlerin bulunmadığı hastanelerde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve/veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilir. Kullanılan ünitenin bir günlük doz olduğu hekim tarafından reçete/tabela üzerinde belirtir.

b) Acil müracaatlarda;

1-Kumarin türevlerinin uygulanmasından kaynaklanan, aktif kanaması olan hastalarda INR ve PT değerleri aranmaksızın kanama yeri belirtilmek koşulu ile uzman hekimlerce hastaya en fazla bir günlük dozda ilaç reçete edilerek hematoloji uzman hekiminin bulunduğu hastaneye sevk edilecektir. Kullanılan ünitenin bir günlük doz olduğu hekim tarafından reçete/tabela üzerinde belirtir.

2-Kazanılmış (edinsel) koagülasyon bozukluklarında (K vitamini yetersizliği, karaciğer yetmezliği gibi) oluşan kanamalarda ilgili kanama yeri belirtilmek koşulu ile uzman hekimlerce hastaya en fazla bir günlük dozda ilaç reçete edilerek hematoloji uzman hekiminin bulunduğu hastaneye sevk edilecektir. Kullanılan ünitenin bir günlük doz olduğu hekim tarafından reçete/tabela üzerinde belirtir.

(5) Aktifleşmiş protrombin kompleksi konsantresi (aPCC);

a) Hafif orta şiddetteki kanamalarda, merkezi sinir sistemi kanamalarında, hayatı tehdit eden (hemodinamiği bozan) şiddetli kanamalarda veya cerrahi operasyonlarda, bu durumu ve hastanın tanısı ile faktör ve inhibitör düzeyini belirten hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak hematoloji uzman hekimlerince, bu hekimlerin bulunmadığı hastanelerde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve/veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilebilir. Kullanılan ünitenin bir günlük doz olduğu hekim tarafından reçete/tabela üzerinde belirtir.

b) Proflaksi tedavisinde; Faktör VIII inhibitör titresi<5 BU (Bethesda Ünitesi) oluncaya kadar haftalık faktör kullanım miktarı 4500 üniteyi geçmemek kaydıyla hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak hematoloji uzman hekimlerince, bu hekimlerin bulunmadığı hastanelerde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve/veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilebilir. Faktör inhibitör titresi 5 BU'nun altında ise proflaksi tedavisi sonlandırılır. (**Ek: RG- 07/10/2016- 29850/ 32-b md. Yürürlük: 15/10/2016**) Düşük titreli yüksek yanıtlı hastalarda, bu durumun belirtildiği yeni bir rapor düzenlenerek 5BU'nun altında da proflaksi tedavisine devam edilebilir. Haftalık faktör kullanımının 4500 üniteyi geçmesi gereği durumlarda, bu duruma sebep olan gerekelerin belirtileceği 6 ay süreli yeni rapor düzenlenir.

(Ek:RG-09/09/2017- 30175/ 25-b md. Yürürlük: 23/09/2017)

(6) İmmün tolerans tedavisi (ITT); sadece üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında, üç hematoloji uzman hekiminin yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak, sadece hematoloji uzman hekimlerince reçete edilebilir. ITT tedavisi açısından maksimum tedavi süresi 1 yıldır. Tedavi süresinin tamamlanması sonrasında hastanın ITT tedavisine verdiği yanıtın belirtildiği sağlık kurulu raporu da düzenlenecektir. Hastanın takip ve tedavi edildiği sağlık kurumlarında, hastalar adına dosyalar açılacak ve tüm bilgiler istendiğinde Kuruma ibraz edilmek üzere bu dosyada muhafaza edilecektir.

a) Tedaviye başlama kriterleri; 11 (on bir) yaşından gün almamış, faktör düzeyi %1 ve altında, inhibitör titresi de 10 BU (bethesda ünitesi) (10 değeri dahil) arasında olan HR titrajlı inhibitörlü hemofili-A tanılı hastalarda ITT' ne başlanabilir. ITT için kötü yanıt kriterleri taşıyan hastalarda (inhibitör tanısı üzerinden 5 yıl geçmiş olması veya tepe inhibitör titresinin 200 BU/ml'nin üzerinde olması) ITT tedavisi Kurumca karşılanmaz (Bu kriterlerin raporda belirtilmesi gereklidir).

b) ITT uygulama doz ve süresi;

1) Immun tolerans tedaviye haftada 3 kez 50 IU/kg dozunda en az 6 ay süreyle uygulanacak şekilde başlanır. İlaçlar aylık dozlar halinde reçete edilir. Bu sürede sonunda FVIII:C aktivitesi ve inhibitör titresine bakılır. %20 ve üzerinde inhibitör

titresinde azalma olması halinde bu durumun raporda belirtilmesi koşuluyla 6 ay süreli yeni rapor düzenlenerek tedaviye devam edilebilecektir. FVIII:C aktivitesinin \geq % 66 olarak saptanması durumunda İTT tedavisi sonlandırılacak olup, bu hastalarda Tebliğin 4.2.27 nci maddesi kapsamında tedaviye devam edilecektir.

2) İTT tedavisi esnasında akut kanaması ve/veya cerrahi girişim gerekli olan hastalarda mevcut bypass edici ajanlar ile SUT hükümleri doğrultusunda kanama tedavisi uygulanabilir ve aynı zamanda İTT tedavisi sürdürülür. Bu tedaviler dışında İTT tedavisi görmekte olan hastalara bypass edici ajanlar kullanılmaz. Tedaviye 10 (on) günden fazla ara verildiği takdirde İTT tedavisine devam edilmeyecek olup, bu hastalarda Tebliğin 4.2.27 nci maddesi kapsamında tedaviye devam edilecektir. Söz konusu tedaviler için endikasyon uyumu aranacaktır.

4.2.27.B - Anti Rh kullanım ilkeleri

(1) Doğum sonu, düşük veya küretaj sonrası ve antenatal kullanımda uzman hekimlerce reçete edilir.

(2) Düşük doz anti Rh (600IU) preperatları; yalnızca düşük, küretaj ve gebeliğin 28inci haftasında kullanılmak üzere uzman hekimlerce reçete edilir.

(3) **(Değişik: RG- 30/08/2014- 29104/ 19 md. Yürürlük: 06/09/2014)** Idiopatik (immün) trombositopenide (ITP) (ITP/Primer İmmün Trombositopeni); intravenöz formu Rh pozitif ve splenektomisiz hastalarda hematoloji uzman hekimince düzenlenen doz ve kullanım süresi belirtilen uzman hekim raporuna dayanılarak bu hekimlerce reçete edilebilir.

4.2.27.C - Antitrombin III kullanım ilkeleri

(1) İlacın günlük kullanım dozu ve süresini belirten hematoloji uzman hekimince düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak en fazla 3 günlük dozda reçete edilebilir.

(2) Yeniden kullanımı gerektiğinde bir önce verilen ilacın kullanıldığından yeni düzenlenecek raporda belirtilmesi ve bu raporda günlük kullanım dozu ve süresinin kayıtlı olması gereklidir.

4.2.27.C - Human albumin kullanım ilkeleri

(1) Human albümmin preparatları, yalnızca yatarak gören hastalara, albümmin düzeyi 2.5g/dl ve altında ise uzman hekimlerce reçete edilebilir. Laboratuvar sonuçları ve kullanılan miktar epikrizde belirtilir.

(2) **(Değişik: RG- 18/06/2016- 29746/ 18 md. Yürürlük: 25/06/2016)** ~~Yatarak tedavilerde Kurumla sözleşmeli resmi sağlık kurumunca temin edilememesi durumunda, günlük doz ve tedavi protokolünü ve kan albümmin düzeyinin 2.5g/dl ve altında olduğunu gösterir uzman hekim raporuna dayanılarak en fazla 3 günlük dozda “Eczanemizde Yoktur, Yatan Hast” kaşesi basılıp başhekimlik onayı ile reçete düzenlenmesi kaydıyla karşılanır ve ödenen tutar ilgili sağlık kurumunun alacağından mahsup edilir. Mahsup edilen ilacın/ilaçların sağlık kurumunca ihaile yöntemi ile temin edilemediğinin başhekimlik onayı ile belgelendirilmesi halinde mahsup edilen tutar sağlık kurumuna iade edilir.~~ **Yatarak tedavilerde Kurumla sözleşmeli resmi sağlık kurumunca temin edilememesi durumunda, günlük doz ve tedavi protokolünü ve kan albümmin düzeyinin 2.5g/dl ve altında olduğunu gösterir uzman hekim raporuna dayanılarak en fazla 3 günlük dozda “Eczanemizde Yoktur, Yatan/ Gündübirlik Hast” ibaresi ve başhekimlik onayı ile reçete düzenlenmesi kaydıyla karşılanır ve ödenen tutar ilgili sağlık kurumunun alacağından Tebliğin 4.1.2 numaralı maddesi kapsamında mahsup edilir.**

(3) Plazmaferezde veya karaciğer nakli yapılmış hastalarda kan albümmin düzeyi şartı aranmaz.

(Değişik:RG-09/09/2017- 30175/25-c md.Yürürlük: 23/09/2017)

4.2.27.D - Eltrombopag kullanım ilkeleri

(1) **(Değişik: RG- 05/08/2015- 29436/ 20 md. Yürürlük: 13/08/2015)** Splenektomi kontrendikasyonu olan veya splenektomi sonrası nüks eden olgularda; kortikosteroid ve en az bir immunsupresif tedavi almış olup, yanıtızız olan ve trombosit sayısı 30.000' in altında olan kanamalı hastalarda tedaviye başlanır. Hematoloji uzman hekimi tarafından düzenlenen 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce reçete edilir. Raporda kullanılacak ilaç/ilaçların kullanım dozu, uygulama planı ve süresi yer alır. Yenilenen her raporda hastanın bir önceki raporunda yer alan trombosit değerleri de belirtilir. **Splenektomi kontrendikasyonu olan ve kortikosteroid ve en az bir immunsupresif tedavi almış olup, yanıtızız olan veya splenektomi sonrası nüks eden olgularda; trombosit sayısı 30.000' in altında olan kanamalı hastalarda tedaviye başlanır.** Hematoloji uzman hekimi tarafından düzenlenen 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce reçete edilir. Raporda kullanılacak ilaç/ilaçların kullanım dozu, uygulama planı ve süresi yer alır. Yenilenen her raporda hastanın bir önceki raporunda yer alan trombosit değerleri de belirtilir.

(2) Günlük tedavi dozu 50 mg'dır. 2 haftalık tedaviye rağmen trombosit sayısının 50.000'in altında olması durumunda doz 75 mg'a çıkarılabilir. Trombosit sayısının 200.000'i aşması durumunda günlük tedavi dozu 25 mg'a düşürülür. Her doz değişikliğinde trombosit sayısı raporun açıklama bölümünde belirtilir.

(3) Trombosit sayısının 400.000'in üzerine çıkması veya günlük 75 mg'lık tedavi dozuna rağmen 4 haftalık tedavi sonrası trombosit sayısının 30.000'in altında kalması durumunda tedavi sonlandırılır.

(4) Trombosit sayısı 400.000'i aştiği için tedavisi kesilen vakalarda trombosit sayısı 150.000'in altına düşüğünde 25 mg'lık günlük doz ile tedaviye yeniden başlanır. Bu grup hastaların sağlık raporlarında ayrıca tedaviye başlangıç kriterleri ve başlangıç tarihi belirtilir.

(5) **(Mülge: RG- 18/02/2017- 29983/ 10 md. Yürürlük: 01/03/2017)** Sağlık raporlarında hastanın TÜFAM'a kaydının yapıldığının belirtilmesi gerekmektedir.

4.2.27.D - Eltrombopag kullanım ilkeleri

4.2.27.D.1- İmmün trombositopenik purpura endikasyonunda eltrombopag kullanım ilkeleri

(1) Diğer tedavilere (kortikostreoid ve immünoglobulinler ve splenektomiye) dirençli ya da kortikostreoid ve immünoglobulinlere dirençli ve splenektominin kontrendike olduğu/yapılamadığı ya da splenektomi sonrası nüks eden durumlarda, 1 yaşından itibaren trombosit sayısı 30.000'in altında olan kanamalı kronik immün trombositopenik purpura hastalarında tedaviye başlanır.

(2) 1-5 yaş arası pediyatrik popülasyonda başlangıç dozu günde bir kez 25 mg, 6-17 yaş arası pediyatrik popülasyon ile erişkin popülasyonda başlangıç dozu günde bir kez alınan 50 mg'dır. 2 haftalık tedaviye rağmen trombosit sayısının 50.000'in altında olması durumunda doz 75 mg'a çıkarılabilir. Trombosit sayısının 150.000'i aşması durumunda günlük tedavi dozu 25 mg basamaklarla azaltılmalıdır. Her doz değişikliğinde trombosit sayısı raporun açıklama bölümünde belirtilir.

(3) Trombosit sayısının 250.000 üzerine çıkması veya günlük 75 mg'lik tedavi dozuna rağmen 4 haftalık tedavi sonrası trombosit sayısının 30.000' in altında kalması durumunda tedavi sonlandırılır.

(4) Trombosit sayısı 250.000' i aştiği için tedavisi kesilen vakalarda trombosit sayısı 100.000 ve altına düşüğünde 25 mg'lik günlük doz ile tedaviye yeniden başlanır.

(5) Bu durumların belirtildiği, hematoloji uzman hekimi tarafından düzenlenen 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerce reçete edilir. Raporda kullanılacak ilaç/ilaçların kullanım dozu, uygulama planı ve süresi yer alır. Yenilenen her raporda hastanın bir önceki raporunda yer alan trombosit değerleri ve ayrıca tedaviye başlangıç kriterleri ve başlangıç tarihi belirtilir.

4.2.27.D.2- Kazanılmış ağır aplastik anemi endikasyonunda eltrombopag kullanım ilkeleri

(1) Önceki immün sistemi baskılıyıcı tedaviye dirençli olan ve yoğun ön tedavi görmüş olup allojenik kök hücre transplantasyonu için uygun olmayan ve hayatı tehdit eden organ (**Ek:RG-10/05/2018-30417/16 md. Yürürlük:18/05/2018**) kanama riski veya kanaması olan, trombosit sayısı < 20.000 olan edinsel şiddetli aplastik anemili (SAA) erişkin hastalarda tedaviye başlanır.

(2) Tedaviye başlandıktan sonra etkin dozu almasına rağmen 12 hafta sonunda trombosit sayısı 20.000' in altında ise ilaç kesilir. Transfüzyon ihtiyacı olmayan ve trombosit sayısı 20.000' in üzerinde olan hastalarda ilaç devam edilebilir. Tedavi sırasında hasta trombosit transfüzyonuna bağımlı olursa ve hematolojik yanıt kaybı olursa ilaç kesilir.

(3) Bu durumların belirtildiği üçüncü basamak hastanelerde hematoloji uzman hekiminin yer aldığı üç ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak hematoloji uzman hekimlerince reçete edilir. Her doz değişikliğinde trombosit sayısı raporun açıklama bölümünde belirtilir. Her raporda hastanın transfüzyona bağımlı olmadığı ve hematolojik yanıt kaybı oluşmadığı belirtilir.

4.2.28 - Lipid düşürücü ilaçların kullanım ilkeleri

(Ek:RG-09/09/2017-30175/26md.Yürürlük:23/09/2017)

4.2.28.A- Statinler (antihipertansiflerle veya asetilsalisilikasitte kombinasyonları dahil) (Ek:RG-10/05/2018-30417/ 17-a md. Yürürlük:18/05/2018**) ve Kolestiramin**

(Ek:RG- 28/12/2018- 30639/ 24-a md. Yürürlük: 08/01/2019)

4.2.28.A-1- Yetişkinlerde;

(1) Statinler (**Ek: RG-10/05/2018-30417/ 17-b md. Yürürlük:18/05/2018**) ve kolestiramin, daha önce kullanmayan hastalarda, uzman hekim raporuna dayanılarak kullanılmaya başlanır;

a) LDL düzeyinin 190 mg/dL'nin üstünde olduğu durumlarda,

b) LDL düzeyinin 160 mg/dL'nin üstünde olduğu durumlarda; iki ek risk faktörü varsa,

c) LDL düzeyinin 130 mg/dL'nin üstünde olduğu durumlarda; üç ek risk faktörü varsa,

ç) (**Değişik: RG- 04/05/2013- 28637/ 15-a md. Yürürlük: 11/05/2013**) LDL düzeyinin 100 mg/dL'nin üstünde olduğu durumlarda; diabetes mellitus, akut koroner sendrom, geçirilmiş MI, geçirilmiş inme, koroner arter hastalığı, periferik arter hastalığı, abdominal aort anevrizması veya karotid arter hastalığı olanlarda. LDL düzeyinin 70 mg/dL'nin üstünde olduğu durumlarda; diabetes mellitus, akut koroner sendrom, geçirilmiş MI, geçirilmiş inme, koroner arter hastalığı, periferik arter hastalığı, abdominal aort anevrizması veya karotid arter hastalığı olanlarda.

(2) Birinci fikranın b ve c bentleri için ek risk faktörleri aşağıda belirtilmiştir:

a) Hipertansiyon,

b) Ailede erken kardiyovasküler hastalık öyküsü,

c) 65 yaş ve üstü hastalar.

(3) Tedaviye başlamaya esas olan ilk uzman hekim raporunda, bu rapor öncesi son 6 ay içinde, birinci fikranın a, b ve c bentleri için en az bir hafta ara ile iki defa olmak üzere, yapılmış kan lipid düzeylerinin her ikisinde de yüksek olduğunu gösteren tetkik sonuçları belirtilir. Rapor süresi boyunca tetkik sonuçları değerlendirilmeye alınmaz. Raporun yenilenmesinde lipid düzeyini gösteren yeni bir tetkik sonucu istenmez. (**Ek: RG- 07/10/2016- 29850/ 33-a md. Yürürlük: 15/10/2016**) Tedaviye uzun süre ara veren (6 ay ve daha uzun süre) hastalarda yeniden başlangıç kriterleri aranır. Bu ilaçlar uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir.

(4) (**Değişik: RG- 04/05/2013- 28637/ 15-a md. Yürürlük: 11/05/2013**) Statinlerin 40 mg ve üzeri etken madde içeren dozları (kombinasyonları dahil) kardiyoloji, kalp ve damar cerrahisi, endokrinoloji uzman hekimlerince düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak bu hekimlere reçete edilir. Rosuvastatinin 20 mg ve üzeri etken madde içeren dozları, atorvastatin, simvastatin ve pravastatinin 40 mg ve üzeri etken madde içeren dozları, fluvastatinin 80mg ve üzeri etken madde içeren dozları (kombinasyonları dahil) kardiyoloji, kalp ve damar cerrahisi, endokrinoloji (**Ek: RG- 07/10/2016- 29850/ 33-b md. Yürürlük: 15/10/2016**), geriatri uzman hekimlerince düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak bu hekimlere reçete edilir.

(Ek: RG- 10/05/2018-30417/ 17-c md. Yürürlük:18/05/2018)

(5) Kolestiramin; birinci, ikinci ve üçüncü fikralarda yer alan kullanım koşulları esas alınmak üzere, kardiyoloji, kalp ve damar cerrahisi, endokrinoloji, iç hastalıkları, nöroloji uzman hekimlerince düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir.

(Ek:RG- 28/12/2018- 30639/ 24-b md. Yürürlük: 08/01/2019)

4.2.28.A-2- Çocuklarda;

(1) Statinler; aşağıdaki koşullardan en az birinin sağlanması durumunda çocuk metabolizma hastalıkları veya çocuk endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları veya çocuk kardiyoloji uzman hekimince düzenlenecek 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

a) 10 yaşından küçük çocukların,

1) Kardiyovasküler hastalık veya kalp transplantasyonu geçirmiş olan veya homozigot ailevi hipercolesterolemili ve LDL düzeyi 400 mg/dl ve üstünde olanlarda,

2) LDL düzeyi 190 mg/dl ve üstünde olan ve ek olarak birden fazla yakın aile bireyinde erken başlangıçlı kardiyovasküler hastalık bulunan veya en az bir risk faktörü bulunanlarda,

b) 10 yaş ve üzeri çocukların;

1) LDL düzeyinin 190 mg/dl'nin üstünde olduğu durumlarda,

2) LDL düzeyinin 160 mg/dl'nin üstünde olduğu ve ek olarak aile öyküsü veya iki ek risk faktörü bulunanlarda,

3) LDL düzeyinin 130 mg/dl'nin üstünde olduğu ve ek olarak klinik kardiyovasküler sistem hastalığı veya üç ek risk faktörü bulunanlarda.

(2) Ek risk faktörleri; hipertansiyon, VKI persentile ≥ 95 , HDL-C <40 mg/dl, diyabet, kronik böbrek yetmezliği, son dönem böbrek hastalığı, geçirilmiş böbrek nakli, Kawasaki hastalığı, kronik inflamatuvar hastalık, HIV enfeksiyonu veya nefrotik sendromdur.

(3) LDL düzeyinin, tedaviye başlanmadan önceki son 6 ay içinde, en az bir hafta ara ile yapılmış iki ölçümde de tedaviye başlama kriterlerini sağlıyor olması ve tetkik sonuçlarının uzman hekim raporunda belirtilmesi gerekmektedir. Devam eden raporlarda LDL düzeyini gösteren yeni bir tetkik sonucu aranmaz. Tedaviye 6 ay ve daha uzun süre ara veren hastalarda yeniden başlangıç kriterleri aranır.

4.2.28.B - Statin dışındaki lipid düşürücü ilaçlar (fenofibrat, gemfibrozil (Mülga:RG-10/05/2018-30417/ 18-a md. Yürürlük:18/05/2018), kolesterolamin)

(1) Statin dışındaki lipid düşürücü ilaçlar;

a) Triglycerid düzeyinin 500 mg/dL'nin üstünde olduğu durumlarda veya

b) Triglycerid düzeyinin 200 mg/dL üstünde olan; diabetes mellitus, akut koroner sendrom, geçirilmiş MI, geçirilmiş inme, koroner arter hastalığı, periferik arter hastalığı, abdominal aort anevrizması veya karotid arter hastalığı olanlarda,

kardiyoloji, kalp ve damar cerrahisi, endokrinoloji, iç hastalıkları, (Ek: RG- 04/05/2013- 28637/ 15-b md. Yürürlük: 11/05/2013) nöroloji uzman hekimlerince düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir. (Ek: RG-10/05/2018-30417/ 18-b md. Yürürlük:18/05/2018) Tedaviye 6 ay veya daha uzun süre ara veren hastalarda bu madde kapsamındaki başlangıç kriterleri yeniden aranır.

4.2.28.C - Ezetimib (statinlerle kombinasyonları dahil)

(1) En az 6 ay boyunca statinlerle tedavi edilmiş olmasına rağmen LDL düzeyi 100 mg/dL'nin üzerinde kalan hastalarda bu durumun belgelenmesi koşuluyla ve kardiyoloji, iç hastalıkları, nöroloji ya da kalp ve damar cerrahisi uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna istinaden tüm hekimlerce reçete edilebilir.

(2) Karaciğer enzimlerinden en az birinin (AST/SGOT ya da ALT/SGPT) normal değer aralığının üst sınırının en az 3 kat üstüne çıkması ya da kreatin fosfokinaz düzeylerinin normal aralığının üst katının en az 2 kat üzerine çıkması durumlarda, bu nedenlerden dolayı statin kullanılamadığının belgelenmesi koşuluyla; kardiyoloji, iç hastalıkları, nöroloji ya da kalp ve damar cerrahisi uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna istinaden tüm hekimlerce reçete edilebilir.

4.2.28.Ç - Niasin

(1) Niasin;

a) En az 6 ay süreyle statin aldıgı halde, LDL düzeyinin 100 mg/dL'nin üstünde olduğu; diabetes mellitus, akut koroner sendrom, geçirilmiş MI, geçirilmiş inme, koroner arter hastalığı, periferik arter hastalığı, abdominal aort anevrizması veya karotid arter hastalığı olanlarda veya,

b) Triglicerit düzeyinin 500 mg/dL'nin (diabetes mellitus hastalığında 200 mg/dL) üstünde olduğu durumlarda tek başına veya fibrin asit türevi ile kombine olarak,

iç hastalıkları veya kardiyoloji uzman hekimleri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.

4.2.28.D - Raporun yenilenmesi

(1) Raporlu hastalarda raporun yenilenmesi durumunda, yapılan tetkik sonucu dikkate alınmadan, daha önce alınmış ilaçın teminine esas olan bir önceki raporun düzenlenme tarihi veya tedaviye başlama tarihi ve başlama değerlerinin raporda belirtilmesi yeterlidir.

(2) Ancak yeni yapılan tetkikin sonucu başlama değerlerine uygunsa önceki rapora ait bilgilere gerek olmaksızın yeni rapor düzenlenir.

(Ek: RG- 25/08/2016- 29812/ 16 md. Yürürlük: 29/06/2016)

4.2.28.E- PCSK9 inhibitörleri (evolocumab)

(1) Homozigot ailesel hipercolesterolemili hastalarında en az 6 ay boyunca statin ve ezetimiblerle tedavi edilmiş olmasına rağmen LDL düzeyi 190 mg/dL'nin üzerinde kalan hastalarda bu durumun belgelenmesi koşuluyla ve kardiyoloji, iç hastalıkları, nöroloji ya da kalp ve damar cerrahisi uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna istinaden tüm hekimlerce reçete edilebilir.

4.2.29 - Kadın cinsiyet hormonları kullanım ilkeleri

(1) Bu grup ilaçların (Ek: RG-21/03/2018- 30367/ 27-a md. Yürürlük:01/04/2018) (aşağıda belirtilenler hariç) bütün formlarından; östrojenler ve hormon replasman tedavisinde kullanılanlar (östradiol ya da konjuge östrojen ve progestojen kombinasyonları, yalnız östrojen içerenler ve tibolon içerenler) ile progestojenler; endokrinoloji, kadın hastalıkları ve doğum, iç hastalıkları, ortopedi ve travmatoloji, fiziksel tıp ve rehabilitasyon ve aile hekimliği uzman hekimlerince veya bu uzman hekimler tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.

(Ek: RG- 21/03/2018- 30367/ 27-b md. Yürürlük: 01/04/2018)

(2) Tek başına dienogest etkin maddesi içeren ilaçlar kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimlerince veya bu uzman hekimler tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.

(3) Tek başına progesteron etkin maddesi içeren ve infertilite tedavisi endikasyonu olan topikal ilaçlar kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimlerince veya bu hekimlerce düzenlenen prospektüs endikasyonlarıyla uyumlu uzman hekim raporuna istinaden diğer hekimlerce reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.

4.2.30 (Değişik: RG-26/09/2013-28777/ 8-a md. Yürürlük: 04/10/2013) Pulmoner hipertansiyonda iloprost trometamol (inhalear formu), bosentan ve sildenafil kullanım ilkeleri

(1) (Değişik: RG-26/09/2013-28777/ 8-b md. Yürürlük: 04/10/2013) Pulmoner hipertansiyonda hastaların;

a) Fonksiyonel kapasitelerinin NYHA sınıf II, III veya IV olması;

b) Vazoreaktivite testinin başarısız (etkisiz) olması;

c) Üçüncü aylık tedavi sonrası kontrolünde klinik efor kapasitesi (6 dakika yürüme testi veya treadmill efor testi), hemodinami veya ekokardiyografik verilerinde düzelse olmasi veya stabil kalması, gerekmektedir. 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 düzelse olmasi veya stabil kalması, gerekmektedir.

(2) Üçüncü ay kontrollünde Pulmoner Arteryel Basınçta (PAB) azalma olmaması (PAB'in değişmemesi veya artması) halinde ve yukarıdaki verilerde düzelse olmaması halinde kombinasyon tedavilerine geçilebilir. Kombine tedaviye geçildikten sonra başlangıç kriterleri ve PAB'da azalma olması şartı aranmaz.

(3) Uygulanacak tedavi üç 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 hekimlerece 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.

(Ek: RG-26/09/2013-28777/8-c md. Yürürlük: 04/10/2013)

—(6) Bosentan ve ambrisentan kombine kullanılamaz.

—(EK: RG-25/07/2014-29071 / 35 md. Yürürlük: 07/08/2014)

—(7) Sildenafil ve tadalafil kombine kullanılamaz.

(Değişik: RG-18/02/2015-29271/ 15 md. Yürürlük: 28/02/2015)

4.2.30 Pulmoner hipertansiyon ile kronik tromboembolik pulmoner hipertansiyonda ilaç kullanım ilkeleri

(Değişik: RG-07/10/2016-29850/ 34-a md. Yürürlük: 15/10/2016)

—4.2.30. A Pulmoner hipertansiyonda iloprost trometamol (inhalear formu), bosentan, sildenafil, tadalafil ve ambrisentan kullanım ilkeleri

4.2.30.A- Pulmoner hipertansiyonda iloprost trometamol (inhalear formu), bosentan, masitentan, sildenafil, tadalafil ve ambrisentan kullanım ilkeleri

(Değişik: RG-05/08/2015-29436/ 21 md. Yürürlük: 13/08/2015)

—(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 düzelse olmasi veya stabil kalması, gerekmektedir.

(1) Pulmoner hipertansiyonda;

a) Fonksiyonel kapasitelerinin NYHA sınıf II, III veya IV olması ve vazoreaktivite testinin negatif olması durumunda hastalarda tedaviye başlanır.

b) Bu hastaların üç aylık tedavi sonrası kontrolünde klinik efor kapasitesi (6 dakika yürüme testi veya treadmill efor testi), hemodinami veya ekokardiyografik verilerinde düzelse olmasi veya stabil kalması durumunda tedaviye devam edilir.

(2) Üçüncü ay kontrollünde Pulmoner Arteryel Basınçta (PAB) azalma olmaması (PAB'in değişmemesi veya artması) halinde ve yukarıdaki verilerde düzelse olmaması halinde kombinasyon tedavilerine geçilebilir. Kombine tedaviye geçildikten sonra başlangıç kriterleri ve PAB'da azalma olması şartı aranmaz.

(3) Uygulanacak tedavi üç 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 hekimlerece 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 (Ek: RG- 07/10/2016- 29850/ 34-b md. Yürürlük: 15/10/2016), masitentan ve ambrisentan kombine kullanılamaz.

(7) Sildenafil ve tadalafil kombine kullanılamaz.

4.2.30. B- Kronik tromboembolik pulmoner hipertansiyonda (KTEPH, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Grup 4) riosiguat kullanım ilkeleri

(1) Riosiguat; 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 antikoagulan 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) düzelleme olması (Ek: RG- 18/06/2016- 29746/ 19 md. Yürürlük: 25/06/2016) /stabil kalması veya DSÖ fonksiyonel sınıfında iyileşme olması (Ek: RG- 18/06/2016- 29746/ 19 md. Yürürlük: 25/06/2016) /stabil kalması halinde tedaviye devam edilir. Bu durumların belirtileceği devam raporlarında ayrıca başlangıç kriterleri aranmaz.

4.2.31 - Kırım Kongo Kanamalı Ateşinde ribavirin kullanım ilkeleri

(1) Kırım Kongo kanamalı ateşinde ribavirin, enfeksiyon hastalıkları, çocuk sağlığı hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimince veya bu hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak diğer hekimlerce de reçete edilebilir.

4.2.32 - Kontrast maddeler

(1) Ayakta yapılan intravenöz piyelografi (I.V.P) ve histerosalpingografi (HSG) tetkiklerinde kullanılacak non-iyonik radyo-opak maddelerden 50 ml.'lık bir kutu kullanılması halinde yalnızca tetkiki isteyen uzman hekim veya radyoloji uzman hekimi tarafından reçete düzenlenir ve reçeteyle radyo-opak madde ve yapılacak tetkikin ne olduğu açıkça yazılır. 50 ml.'yi aşan dozda non-iyonik radyo-opak madde kullanılması halinde ise ayrıca kullanılma gereklisinin reçeteyle yazılması gereklidir. Söz konusu maddelerin, resmi sağlık kurumlarında temin edilerek fatura edilmesi halinde reçete aranmaz.

(2) Reçeteyle ön tanı ve istenilen tetkik, tetkiki isteyen uzman hekim veya radyoloji uzman hekimi tarafından yazılıp imzalanacaktır.

(3) Gadoksetat; sadece karaciğer ve safra yolları manyetik rezonans kolonjiografi (kontrastlı) incelemelerinde kullanılır.

(4) (Mülga: RG- 25/07/2014- 29071/ 36 md. Yürürlük: 07/08/2014) (Değişik: RG- 04/05/2013- 28637/ 16 md. Yürürlük: 11/05/2013) Gadobutrol; sadece karaciğer ve böbrek manyetik rezonans incelemelerinde kullanılır.

-Gadobutrol;

a) Tüm vücut MR anjiografi görüntülemesinde,

b) 65 yaşı ve üzeri tüm hastalarda tüm prospektüs endikasyonlarında,

c) Böbrek yetmezliği olan hastalarda tüm prospektüs endikasyonlarında,

ç) Diğer hastalarda ise yalnızca karaciğer ve böbrek manyetik rezonans görüntülemesinde, kullanılır.

(Ek: RG- 07/10/2016- 29850/ 35 md. Yürürlük: 15/10/2016)

(5) İyodize yağ asitleri etil esterleri; tanışal radyolojide yalnızca lenfografide, girişimsel radyolojide ise yalnızca erişkinlerde orta evredeki hepatoselüler karsinomun Trans Arteriyel Kemo Embolizasyonu (TAKE) sırasında vektorizasyon ve cerrahi yapıştırıcılar ile birlikte vasküler embolizasyonu endikasyonlarında yalnızca radyoloji uzman hekimlerince reçetelenir.

4.2.33 - (Değişik: RG- 04/05/2013- 28637/ 17 md. Yürürlük: 11/05/2013) Göz hastalıklarında ilaç kullanım ilkeleri

4.2.33.A - Yaş tip yaşa bağlı makula dejenerasyonunda kullanılan ilaçların kullanım ilkeleri

(1) Pegaptanib; sodyum, ranibizumab ve vertaporfin etken maddelerini içeren ilaçlar; üçüncü basamak sağlık kurumlarında en az üç göz sağlığı ve hastalıkları uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporu ile hasta anamnesi, FFA ve lezyona ait renkli resim varlığı raporda belirtilerek, göz sağlığı ve hastalıkları uzmanlarına reçetelenerek uygulanır.

(2) Ranibizumab; hasta anamnesi, 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) Bu grup ilaçlar ardışık ya da kombine olarak kullanılamayacaktır.

(4) Bu grup ilaçlar yalnızca ayakta tedavi kapsamında ödenecektir.

4.2.33.B - Retina ven dalı tıkanlığı (RVDT) ve santral retinal ven tıkanlığında (SRVT) ilaç kullanım ilkeleri

(1) Deksametazon intravitreal implant; her bir uygulama için; makula ödemini olan hastanın anamnesi, FFA ve lezyona ait renkli resim ve optik koherens tomografi (OKT) varlığı; sağlık kurulu raporunda belirtilerek tedaviye başlanır. Görme keskinliği 0,5 ve altı veya OKT'de CRT 250 mikron ve üzerinde ise tekrar tedavi verilebilir. Bu bulgular ve tedaviye devam kararı her uygulama için düzenlenecek yeni sağlık kurulu raporunda belirtilir.

(2) Her bir göz için yılda maksimum 2 uygulama yapılır.

(3) Üçüncü basamak sağlık kurumlarında en az üç göz sağlığı ve hastalıkları uzmanı tarafından düzenlenen sağlık kurulu raporuna dayanılarak göz sağlığı ve hastalıkları uzmanlarına reçetelenir.

4.2.33 Göz hastalıklarında ilaç kullanım ilkeleri

(Değişik: RG-18/06/2016-29746/20-a md. Yürürlük: 25/06/2016)

4.2.33.A Yaşı tip yaşı bağlı makula dejenerasyonu ve diyabetik maküler ödem (DMÖ)'den kaynaklanan görme bozukluğu tedavisinde kullanılan ilaçların kullanım ilkeleri

(1) (EK: RG-18/02/2015-29271/16-a md. Yürürlük: 28/02/2015) Pegaptanib sodyum, ranibizumab, aflibercept ve vertaporfırın etken maddelerini içeren ilaçlar; üçüncü basamak sağlık kurumlarında en az üç göz hastalıkları uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporu ile hasta anamnesi, FFA ve lezyona ait renkli resim varlığı raporda belirtilerek, göz hastalıkları uzmanlarına reçetelenerek uygulanır.

4.2.33.A Yaşı tip yaşı bağlı makula dejenerasyonu tedavisinde kullanılan ilaçların kullanım ilkeleri

(1) Pegaptanib sodyum, ranibizumab, aflibercept ve vertaporfırın etken maddelerini içeren ilaçlar; üniversite veya eğitim ve araştırma hastanelerinde en az üç göz hastalıkları uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporu ile hasta anamnesi, FFA (kontrendikasyon yoksa) ve lezyona ait renkli resim ve veya OKT varlığı raporda belirtilerek, göz hastalıkları uzmanlarına reçetelenerek uygulanır.

(Değişik: RG-09/09/2017-30175/27-a md. Yürürlük: 08/05/2017)

(2) (Değişik: RG-05/08/2015-29436/22 md. Yürürlük: 13/08/2015) (EK: RG-18/02/2015-29271/16-a md. Yürürlük: 28/02/2015) Ranibizumab ve aflibercept; hasta anamnesi, 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 gereksinse bu bulgular ve tedaviye devam kararı her uygulama için düzenlenecek yeni sağlık kurulu raporunda belirtilir. (Değişik: RG-18/06/2016-29746/20-b md. Yürürlük: 25/06/2016) Ranibizumab ve aflibercept; hasta anamnesi, FFA (kontrendikasyon yoksa) ve lezyona ait renkli resim ve veya OKT varlığına ait bilgiler 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilerek birer ay arayla 3 kez yükleme dozuyla başlanır. Bu sure sonunda hastalar izlenerek göz dibi bulguları, görme keskinliği ve optik koherens tomografileri (OKT) değerlendirilir. Tedavinin devamında bu bulgular ve tedaviye devam kararı her uygulama için düzenlenecek yeni sağlık kurulu raporunda belirtilir. Tedavide ilaç değişimi bir defaya mahsus olmak üzere, ilk tedaviye başlanan ilaç ile yükleme dozu tamamlandıktan sonra yapılacak değerlendirme sonucuna göre, başlangıç kriterlerine uygun olarak düzenlenmiş, değişimin gerekliliğinin belirtildiği sağlık kurulu raporu ile mümkündür.

(2) Ranibizumab ve aflibercept; hasta anamnesi, FFA (kontrendikasyon yoksa) ve lezyona ait renkli resim ve veya OKT varlığına ait bilgiler 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilerek 4 (dört) ila 6 (altı) hafta arayla 3 kez yükleme dozuyla başlanır. Yükleme dozları arasındaki sürenin hastaya bağlı sebeplerle 6 (altı) haftanın üzerine çıkması söz konusu olduğu takdirde bu durumun belirtildiği sağlık kurulu raporuna istinaden 4-6 hafta ara ile yükleme dozunun yeniden tekrarlanması gerekmektedir. Yükleme dozunun tamamlanması sonunda hastalar izlenerek göz dibi bulguları, görme keskinliği ve optik koherens tomografileri (OKT) değerlendirilir. Tedavinin devamında bu bulgular ve tedaviye devam kararı her uygulama için düzenlenecek yeni sağlık kurulu raporunda belirtilir. Devam tedavisi, ilaçın Sağlık Bakanlığı'ncıa ruhsatlı endikasyonu/kullanım şeklinde yer alan esaslar doğrultusunda sürdürilecektir. Tedaviye alınan olumlu cevaba göre Sağlık Bakanlığı'ncıa ruhsatlı endikasyonu/kullanım şeklinde yer alan esaslar doğrultusunda tedaviye ara verilmesi durumunda yeniden tedavi, başlangıç kriterlerine uygun olarak düzenlenmiş sağlık kurulu raporuna istinaden ara vermeden önce kullanılan ilaç ile mümkündür. Bu durumda yeniden yükleme dozu şartı aranmayacaktır. Tedavide ilaç değişimi bir defaya mahsus olmak üzere, ilk tedaviye başlanan ilaç ile yükleme dozu tamamlandıktan sonra devam edecek tedaviler esnasında yapılacak değerlendirme sonucuna göre, hekim tarafından uygun görülen durumda başlangıç kriterlerine uygun olarak düzenlenmiş, değişimin gerekliliğinin belirtildiği sağlık kurulu raporu ile mümkün bulunmaktadır. İlaç değişimi yapıldığında yeniden yükleme dozu yapılması şartı aranmayacaktır. Yükleme dozu tamamlanmaksızın ilaç değişimi hasta bazında Sağlık Bakanlığı endikasyon dışı ilaç kullanımı onayına istinaden mümkündür.

(3) (Değişik: RG-05/08/2015-29436/22 md. Yürürlük: 13/08/2015) Bu grup ilaçlar ardışık ya da kombine olarak kullanılacaklardır. Bu grup ilaçlar kombine olarak kullanılacaklardır. (Ek: RG-09/09/2017-30175/27-b md. Yürürlük: 08/05/2017) Farklı göze kullanımlar kombine kullanım olarak değerlendirilmez.

(4) Bu grup ilaçlar yalnızca akuta tedavi kapsamında ödenecektir.

(Değişik: RG-18/02/2015-29271/16-b md. Yürürlük: 28/02/2015)

4.2.33.B Retina ven tikanıklığında ilaç kullanım ilkeleri

4.2.33.B Retina ven tikanıklığı ve santral retinal ven tikanıklığında ilaç kullanım ilkeleri

(1) Deksametazon intravitreal implant; her bir uygulama için; makula ödemi olan hastanın anamnesi, FFA (Ek: RG-18/02/2017-29983/11-a md. Yürürlük: 01/03/2017) (kontrendikasyon yoksa) ve lezyona ait renkli resim ve optik koherens tomografi (OKT) varlığı sağlık kurulu raporunda belirtilerek tedaviye başlanır. Görme keskinliği 0,5 ve altı ve veya OKT'de CRT 250 mikron ve üzerinde ise tekrar tedavi verilebilir. Bu bulgular ve tedaviye devam kararı her uygulama için düzenlenecek yeni sağlık kurulu raporunda belirtilir.

(2) (Ek: RG-18/02/2015-29271/16-b md. Yürürlük: 28/02/2015) Ranibizumab ve aflibercept deksametazon intravitreal implant kullanımı uygun olmayan veya yanıt alnamayan hastalarda kullanılabilir. (Ek: RG-18/02/2015-29271/16-b md. Yürürlük: 28/02/2015) Ranibizumab ve aflibercept, intravitreal implant kullanılamama gereklisi ile birlikte hasta anamnesi, FFA (Ek: RG-18/02/2017-29983/11-a md. Yürürlük: 01/03/2017) (kontrendikasyon yoksa) ve lezyona ait renkli resim varlığına ait bilgiler 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilerek (Değişik: RG-09/09/2017-30175/28-a

~~md. Yürürlük: 08/05/2017~~ birer ay 4 (dört) ila 6 (altı) arayla 3 kez yükleme dozuyla başlanır. Hastalar izlenerek göz dibi bulguları, görme keskinliği ve optik koherens tomografları (OKT) değerlendirilir ve tekrar tedavi gerekirse bu bulgular ve tedaviye devam kararı her uygulama için düzenlenecek yeni sağlık kurulu raporunda belirtilir.

~~(3) (Ek: RG 18/02/2015 29271/16 b md. Yürürlük: 28/02/2015) Deksametazon intravitreal implant; her bir göz için yılda maksimum 2, ranibizumab ve aflibercept, her bir göz için ömür boyu maksimum 7 kutu ilaç bedeli ödenir.~~

~~(4) (Değişik: RG 18/06/2016 29746/20 c md. Yürürlük: 25/06/2016) Üçüncü basamak sağlık kurumlarında Üniversite veya eğitim ve araştırma hastanelerinde en az üç göz hastalıkları uzmanı tarafından düzenlenen sağlık kurulu raporuna dayanarak göz hastalıkları uzmanlarına receptelenir.~~

~~(Ek: RG 09/09/2017 30175/28 b md. Yürürlük: 08/05/2017)~~

~~(5) Bu grup ilaçlar kombine olarak kullanılamayacaktır. Farklı göze kullanımlar kombine kullanım olarak değerlendirilmelidir.~~

~~(6) Bu grup ilaçlar yalnızca ayakta tedavi kapsamında ödenecektir.~~

~~(Ek: RG 25/07/2014 29071/37 md. Yürürlük: 07/08/2014)~~

4.2.33.C Patolojik miyopiye (PM) bağlı koroidal neovaskülarizasyondan (KNV) kaynaklanan görme bozukluğunun tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri

~~(1) Ranibizumab (Ek: RG 18/02/2017 29983/11 b md. Yürürlük: 01/03/2017) ve aflibercept etken maddesini içeren ilaçlar; (Değişik: RG 18/06/2016 29746/20 c md. Yürürlük: 25/06/2016) üçüncü basamak sağlık kurumlarında Üniversite veya eğitim ve araştırma hastanelerinde en az üç göz hastalıkları uzmanının yer aldığı bir ay süreli sağlık kurulu raporu ile hasta anamnesi, FFA (Ek: RG 09/09/2017 30175/29 a md. Yürürlük: 08/05/2017) (kontrendikasyonu yoksa) ve lezyona ait renkli resim varlığı raporda belirtilerek, göz hastalıkları uzmanlarına receptelenir.~~

~~(2) Hastalar izlenerek göz dibi bulguları, görme keskinliği, optik koherens tomografları (OKT) ve FFA (Ek: RG 09/09/2017 30175/29 a md. Yürürlük: 08/05/2017) (kontrendikasyonu yoksa) ile değerlendirilir ve tekrar tedavi gerekirse bu bulgular ile tedaviye devam kararı her uygulama için düzenlenecek yeni sağlık kurulu raporunda belirtilir.~~

~~(3) Bu grup ilaçlar yalnızca ayakta tedavi kapsamında ödenecektir.~~

~~(Ek: RG 09/09/2017 30175/29 b md. Yürürlük: 08/05/2017)~~

~~(4) Bu grup ilaçlar kombine olarak kullanılamayacaktır. Farklı göze kullanımlar kombine kullanım olarak değerlendirilmelidir.~~

~~(Ek: RG 18/06/2016 29746/20 d md. Yürürlük: 25/06/2016)~~

4.2.33.D Diyabetik maküler ödem (DMÖ)'den kaynaklanan görme bozukluğu tedavisinde kullanılan ilaçların kullanım ilkeleri

~~(1) Ranibizumab, aflibercept ve deksametazon intravitreal implant etken maddelerini içeren ilaçlar, üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde en az üç göz hastalıkları uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporu ile hasta anamnesi, FFA (kontrendikasyonu yoksa) ve lezyona ait renkli resim ve/veya OKT varlığı raporda belirtilerek, göz hastalıkları uzmanlarına receptelenerek uygulanır.~~

~~(Değişik: RG 09/09/2017 30175/30 a md. Yürürlük: 08/05/2017)~~

~~(2) Ranibizumab tedavisine, 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilerek birer ay arayla 3 kez yükleme dozuyla, aflibercept tedavisine 5 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilerek birer ay arayla 5 kez yükleme dozuyla başlanır. Deksametazon intravitreal implant için yükleme dozu uygulaması bulunmamaktadır.~~

~~(3) Tedavinin devamında göz dibi bulguları, görme keskinliği ve optik koherens tomografları (OKT) değerlendirilir. Başlangıç ve devam bulguları ve tedaviye devam kararı her uygulama için düzenlenecek yeni sağlık kurulu raporunda belirtilir.~~

~~(4) Ranibizumab ve aflibercept arasında ilaç değişimini bir defaya mahsus olmak üzere, ilk tedaviye başlanan ilaç ile yükleme dozu tamamlandıktan sonra yapılacak değerlendirme sonucuna göre, başlangıç kriterlerine uygun olarak düzenlenmiş, değişimin gereklilikinin belirtildiği sağlık kurulu raporu ile mümkündür.~~

~~(2) Ranibizumab tedavisine, 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilerek 4 (dört) ila 6 (altı) hafta arayla 3 kez yükleme dozuyla, aflibercept tedavisine 5 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilerek 4 (dört) ila 6 (altı) hafta arayla en az 3 en fazla 5 doza kadar yükleme dozuyla başlanır. Deksametazon intravitreal implant için yükleme dozu uygulaması bulunmamaktadır. Yükleme dozları arasındaki sürenin hastaya bağlı sebeplerle 6 (altı) haftanın üzerine çıkması söz konusu olduğu takdirde bu durumun belirtildiği sağlık kurulu raporuna istinaden 4-6 hafta ara ile yükleme dozunun yeniden tekrarlanması gerekmektedir.~~

~~(3) Yükleme dozunun tamamlanması sonunda hastalar izlenerek göz dibi bulguları, görme keskinliği ve optik koherens tomografları (OKT) değerlendirilir. Tedavinin devamında bu bulgular ve tedaviye devam kararı her uygulama için düzenlenecek yeni sağlık kurulu raporunda belirtilir. Devam tedavisi, ilaçın Sağlık Bakanlığıncı ruhsatlı endikasyonu/kullanım şeklinde yer alan esaslar doğrultusunda sürdürilecektir. Tedaviye alınan olumlu cevaba göre Sağlık Bakanlığıncı ruhsatlı endikasyonu/kullanım şeklinde yer alan esaslar doğrultusunda tedaviye ara verilmesi durumunda yeniden tedavi, başlangıç kriterlerine uygun olarak düzenlenmiş sağlık kurulu raporuna istinaden ara vermeden önce kullanılan ilaç ile mümkündür. Bu durumda yeniden yükleme dozu şartı aranmayacaktır.~~

~~(4) Ranibizumab ve aflibercept arasında ilaç değişimini bir defaya mahsus olmak üzere, ilk tedaviye başlanan ilaç ile yükleme dozu tamamlandıktan sonra devam edecek tedaviler esnasında yapılacak değerlendirme sonucuna göre, hekim tarafından uygun görülen durumda başlangıç kriterlerine uygun olarak düzenlenmiş, değişimin gereklilikinin belirtildiği sağlık~~

kurulu raporu ile mümkün bulunmaktadır. İlaç değişimi yapıldığında yeniden yükleme dozu yapılması şartı aranmayaacaktır. Yükleme dozu tamamlanmaksızın ilaç değişimi hasta bazında Sağlık Bakanlığı endikasyon dışı ilaç kullanımı onayına istinaden mümkündür.

(5) Bu grup ilaçlar kombine olarak kullanılamayacaktır. (Ek:RG-09/09/2017-30175/-30-b md. Yürürlük: 08/05/2017) Farklı göze kullanımlar kombine kullanım olarak değerlendirilmez. Deksametazon intravitreal implant, ranibizumab ve aflibercept etkin maddeli ilaçlar ile aynı gün içerisinde olmamak kaydıyla uygulanabilecektir. (Aynı gözde diyabetik maküler ödemde 7 implanttan fazla tekrar edilmesi gereken durumlar için hasta bazında Sağlık Bakanlığı endikasyon dışı ilaç kullanımı onayı aranır.)

(6) Bu grup ilaçlar yalnızca ayakta tedavi kapsamında ödenecektir.

(Ek: RG-07/10/2016-29850/-36 md. Yürürlük: 15/10/2016)

4.2.33.E Göz Hastalıkları tedavisinde kullanılan diğer ilaçlar

(1) Siklosporin içeren immünsupresif göz damaları, üç göz hastalıkları uzman hekimi tarafından düzenlenen bir yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak göz hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilebilir.

(2) Kuru göz sendromunda kullanılan suni gözyaşları, göz hastalıkları uzman hekimlerince veya bu hekimlere düzenlenecek 6 (altı) ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilebilir.

(Değişik: RG-28/12/2018-30639/-25 md. Yürürlük: 28/01/2019)

4.2.33- Göz hastalıklarında ilaç kullanım ilkeleri

(1) Bevacizumab, ranibizumab, aflibercept, deksametazon intravitreal implant ve verteporfin etkin maddelerini içeren ilaçların; üçüncü basamak sağlık kurumlarında 3 göz hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden göz hastalıkları uzman hekimlerince uygulanması ve aşağıda yer alan kurallar çerçevesinde reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılaşır. Bu etkin maddeleri içeren ilaçların kombine olarak kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılaşmaz. Farklı göze kullanımlar kombine kullanım olarak değerlendirilmez.

(2) Raporlarda; hasta anamnesi, görme keskinliği, lezyona ait renkli resim, Fundus Fluorescein Anjiografi (FFA) (kontrendikasyon yoksa) ve Optik Koherens Tomografi (OKT) bulguları ile tedaviye yanıtı ilişkin kriter esasları yer alacaktır.

(3) Tedavinin etkinliğine (tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap) yönelik değerlendirme kriterleri aşağıdaki gibidir:

- a) Başlangıç tedavisine göre görme keskinliğinde artış olmaması veya görme keskinliğinin azalması veya
- b) Bir sırada (5 harf) kayıp olması veya
- c) OKT'de merkezi fovea kalınlığının 250 mikron ve üzerinde olması.

(4) İlk defa tedavi alacak hastalarda ameliyathane koşullarında steril şartlarda hazırlanacak bevacizumab etkin maddeli ilaç ile güvenbirlik tedavi kapsamında tedaviye başlanacaktır.

(5) Intravitreal bevacizumab enjeksiyonu yükleme dozu; en az 3 ay süreyle 4-6 haftada bir, her uygulamada 1,25 mg/0,1 ml'dir. Ardisık olarak yapılan 3 uygulama sonrasında tedavinin etkinliği değerlendirilecek ve başlangıç değerlerine göre etkinlik düzeyi sağlık raporunda belirtilecektir. Intravitreal bevacizumab enjeksiyonu devam dozları ve pozolojisi uygulamayı yapan hekim tarafından belirlenerek düzenlenecek sağlık kurulu raporunda belirtilecektir. Tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap alınması durumunda tedaviler; gerekmesi halinde deksametazon intravitreal implant, ranibizumab, aflibercept veya verteporfin etkin maddelerini içeren ilaçlarla ayakta tedavi kapsamında sürdürilecektir.

(6) Hâlihazırda ranibizumab veya aflibercept etkin maddelerini içeren ilaçlar ile tedavileri devam etmekte olan hastalarda ilaç değişimi gerekmesi halinde en az 3 ay süreyle bevacizumab etkin maddeli ilaç uygulaması ile tedaviye devam edilecektir.

(7) Yükleme dozu aranan durumlarda yükleme dozu tamamlanmaksızın diğer etkin maddeli ilaç kullanımı halinde bu ilaç bedelleri Kurumca karşılaşmaz.

(8) Ranibizumab veya aflibercept etkin maddeli ilaçlarda 3 ay süreyle 4-6 haftada bir yükleme dozu ile tedaviye başlanır. Diyabetik Maküler Ödem (DMÖ)'de aflibercept etkin maddeli ilaç ile yükleme dozu 5 ay süreyle de uygulanabilecektir. Ranibizumab veya aflibercept etkin maddeli ilaçlarla tedaviye Sağlık Bakanlığınınca ruhsatlı endikasyonunda belirtilen sürelerden daha uzun süreyle ara verilmesi durumunda Sağlık Bakanlığı endikasyon dışı ilaç kullanımı onayı alınması ve onay tarih ve sayısının sağlık kurulu raporunda belirtilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılaşır.

(9) Ranibizumab ve aflibercept etkin maddeli ilaçlar arasında ilaç değişimi gereken hallerde tedaviye en az 3 ay süreyle 4-6 haftada bir bevacizumab etkin maddeli ilaç ile devam edilecek olup bevacizumab etkin maddeli ilaçla tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap alınması durumunda diğer etkin maddeli ilaç ile tedaviye yükleme dozu yapılmaksızın devam edilebilecektir.

4.2.33.A- Yaşı tip yaşa bağlı makula dejenerasyonu tedavisinde kullanılan ilaçların kullanım ilkeleri

(1) Bevacizumab etkin maddeli ilaç ile tedaviye başlanır. Bevacizumab kullanımının kontrendike olduğu durumlarda 3 ay süre ile verteporfin etkin maddeli ilaç ve bu sürenin sonunda bevacizumab etkin maddeli ilaç kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılaşır.

(2) Bevacizumab etkin maddeli ilaçla tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap alınması durumunda; ranibizumab veya aflibercept etkin maddeli ilaçlar ile tedavinin 4.2.33 üçüncü madde hükümleri çerçevesinde sağlanması gerekmektedir.

4.2.33.B- Retina ven tikanıklığı ve santral retinal ven tikanıklığında ilaç kullanım ilkeleri

(1) Bevacizumab etkin maddeli ilaç ile tedaviye başlanır. Bevacizumab kullanımının kontrendike olduğu durumlarda 1 defaya mahsus olmak üzere deksametazon intravitreal implant etkin maddeli ilaç kullanılması ve sonunda bevacizumab etkin maddeli ilaç kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılaşır.

(2) Bevacizumab etkin maddeli ilaçla tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap alınması durumunda; 1 yıl içinde 2 dozu geçmemek şartıyla deksametazon intravitreal implant etkin maddeli ilaç uygulanarak tedaviye devam edilecektir. Deksametazon intravitreal implant etkin maddeli ilaçla tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap alınması durumunda ranibizumab veya aflibercept etkin maddeli ilaçların gereklili görüldüğü hallerde tedavilerin 4.2.33 üçüncü madde hükümleri çerçevesinde sağlanması gerekmektedir.

4.2.33.C- Patolojik Miyopiye (PM) bağlı Koroidal Neovaskülarizasyondan (KNV) kaynaklanan görme bozukluğunun tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri

(1) Bevacizumab etkin maddeli ilaç ile tedaviye başlanır. Bevacizumab kullanımının kontrendike olduğu durumlarda 3 ay süre ile verteporfin etkin maddeli ilaç ve bu sürenin sonunda bevacizumab etkin maddeli ilaç kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılaşır.

(2) Bevacizumab etkin maddeli ilaçla tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap alınması durumunda; ranibizumab veya aflibercept etkin maddeli ilaçlar ile tedavinin 4.2.33 üçüncü madde hükümleri çerçevesinde sağlanması gerekmektedir.

4.2.33.Ç- Diyabetik Maküler Ödem (DMÖ)'den kaynaklanan görme bozukluğu tedavisinde kullanılan ilaçların kullanım ilkeleri

(1) Bevacizumab etkin maddeli ilaç ile tedaviye başlanır. Bevacizumab kullanımının kontrendike olduğu durumlarda 1 defaya mahsus olmak üzere deksametazon intravitreal implant etkin maddeli ilaç kullanılması ve sonunda bevacizumab etkin maddeli ilaç kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılaşır.

(2) Bevacizumab etkin maddeli ilaçla tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap alınması durumunda; deksametazon, ranibizumab veya aflibercept etkin maddeli ilaçların gerekli görüldüğü hallerde tedavilerin 4.2.33 üçüncü madde hükümleri çerçevesinde sağlanması gerekmektedir.

4.2.33.D- Göz hastalıkları tedavisinde kullanılan diğer ilaçlar

(1) Siklosporin içeren immünsupresif göz damlaları, üç göz hastalıkları uzman hekimi tarafından düzenlenen bir yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak göz hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilebilir.

(2) Kuru göz sendromunda kullanılan suni gözyaşları, göz hastalıkları uzman hekimlerince veya bu hekimlerce düzenlenenecek 6 (altı) ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilebilir.

(Değişik: RG- 25/03/2017- 30018/ 21-a md. Yürürlük: 01/04/2017)

(Değişik: RG- 26/11/2016- 29900/ 17-a md. Yürürlük: 29/11/2016)

(Değişik: RG- 05/08/2015- 29436/ 23 md. Yürürlük: 13/08/2015)

(Değişik: RG- 18/02/2015- 29271/ 17 md. Yürürlük: 28/02/2015)

4.2.34- Multipl Skleroz Hastalığında beta interferon ve copolymer-1 kullanım ilkeleri

4.2.34- Multipl Skleroz Hastalığında beta interferon, glatiramer asetat ve fingolimod kullanım ilkeleri

4.2.34- Multipl Skleroz Hastalığında beta interferon, glatiramer asetat, teriflunomid ve fingolimod kullanım ilkeleri

4.2.34- Multipl Skleroz Hastalığında beta interferon, glatiramer asetat, teriflunomid, fingolimod (Ek:RG-10/05/2018-30417/19-a md.Yürürlük:18/05/2018), fampiridin, alemtuzumab, okrelizumab ve natalizumab kullanım ilkeleri

(1) Multipl skleroz hastalığında beta interferon ve copolymer-1 ilaç bedellerinin Kurumca ödenebilmesi için; disabilité 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.

(Değişik: RG- 25/03/2017- 30018/ 21-b md. Yürürlük: 01/04/2017)

(1) Beta interferon (Ek: RG- 05/08/2015- 29436/ 23 md. Yürürlük: 13/08/2015), teriflunomid ve glatiramer asetat (copolymer-1); disabilité 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, dimetyl fumarat ve glatiramer asetat (copolymer-1); disabilité 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 kranial MR'nda bir veya birden fazla kontrast 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)-(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.

(Ek: RG- 26/11/2016- 29900/ 17-b md. Yürürlük: 29/11/2016)

(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.

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)'sında 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 olduğunu raporda belirtmiş olması gereklidir. Bu test tedavi boyunca yilda iki kez yapılır ve her raporda test sonucu belirtilir. Test sonucunun pozitif olması halinde 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.

(Ek: RG- 18/06/2016- 29746/ 21 md. Yürürlük: 25/06/2016)

(4) ~~Bu ilaçlar klinik izole sendrom endikasyonunda ödenmez.~~

(Değişik: RG- 25/03/2017- 30018/ 21-b md. Yürürlük: 01/04/2017)

(4) Alemtuzumab, yukarıdaki fikralarda yer alan ilaçlara ilişkin hükümler doğrultusunda tedaviye yanıt vermeyen veya sonlandırma kriterleri olmuş 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.

(Ek: RG- 25/03/2017- 30018/ 21-c md. Yürürlük: 01/04/2017)

(5) Fampiridin; disabilite skoru (E.D.S.S.) 4 ve üzeri olan ve 25 adım yürümeye 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.

(Değişik: RG- 10/05/2018-30417/ 19-b md. Yürürlük:18/05/2018)

(6) ~~Bu ilaçlar klinik izole sendrom endikasyonunda ödenmez.~~

(6) Okrelizumab:

a) EDSS skoru 7 ve altında olan Primer Progresif Multiple Skleroz (PPMS) hastalarında kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

b) EDSS skoru 7 ve altında olan ve ataklarla seyreden Remitting Multiple Skleroz (RMS) ve/veya Sekonder Progresif Multiple Skleroz (SPMS) hastalarında; en az bir yıl süre ile beta interferon veya teriflunomid veya dimetil fumarat veya glatiramer asetat tedavisine yanıtızlığı olduğunun gösterilmiş olması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

c) Bu durumların belirtildiği, nöroloji uzman hekiminin yer aldığı üçüncü basamak sağlık kurumlarında düzenlenecek bir yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tüm nöroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

(Ek: RG- 10/05/2018-30417/ 19-c md. Yürürlük:18/05/2018)

(7) ~~Bu ilaçlar klinik izole sendrom endikasyonunda ödenmez.~~

4.2.35 (Değişik: RG- 26/09/2013- 28777/ 9 md. Yürürlük: 04/10/2013) (Değişik:RG- 04/05/2013-28637/ 18-a md. Yürürlük: 11/05/2013) **Nöropatik ağrıda ilaç kullanım ilkeleri Nöropatik ağrı ve fibromiyaljide ilaç kullanım ilkeleri**

(1) Gabapentin; nöroloji, beyin cerrahisi, fiziksel tip ve rehabilitasyon, anestezi ve reanimasyon, immüโนloji, cilt hastalıkları, romatoloji, (Ek: RG- 04/05/2013-28637/ 18-b md. Yürürlük: 11/05/2013) ortopedi veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekim tarafından veya bu uzman hekimlerden birinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlere reçete edilebilir.

(2) Pregabalin (kombinasyonları dahil); üçüncü basamak sağlık kurumlarında romatoloji, anestezi ve reanimasyon, immüノloji, cilt hastalıkları, endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları, nöroloji, fiziksel tip ve rehabilitasyon, nefroloji, (Ek: RG- 04/05/2013-28637/ 18-c md. Yürürlük: 11/05/2013) ortopedi uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimlerden birinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlere reçete edilebilir.”

(3) Duloksetin; diyabetik periferal nöropatik ağrı tedavisinde; endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimleri tarafından veya üçüncü basamak sağlık kurumlarında nöroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilir. Bu basamaklarda ve bu uzman hekimler tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak da tüm hekimlere reçete edilebilir.

(4) Alfa lipoik asit (kombinasyonları dahil); (Ek: RG- 04/05/2013-28637/ 18-ç md. Yürürlük: 11/05/2013) diyabetik nöropatik ağrı ve periferal diabetik polinöropati semptomlarının tedavisinde; nöroloji, beyin cerrahisi, fiziksel tip ve rehabilitasyon, anestezi ve reanimasyon, immüノloji, romatoloji, iç hastalıkları veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekim tarafından veya bu uzman hekimlerden birinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlere reçete edilebilir.

(5) (Ek: RG- 04/05/2013-28637/ 18-d md. Yürürlük: 11/05/2013) Duloksetin; fibromiyalji ve kronik kas iskelet ağrısı tedavisinde romatoloji, ortopedi, fizik tedavi ve rehabilitasyon ve algoloji uzmanları tarafından veya bu hekimlerden birinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlere reçete edilebilir.

4.2.35 -Nöropatik ağrı ve fibromiyaljide ilaç kullanım ilkeleri

4.2.35.A – Nöropatik ağrıda ilaç kullanım ilkeleri

(1) Gabapentin; nöroloji, beyin cerrahisi, fiziksel tip ve rehabilitasyon, anestezi ve reanimasyon, immüノloji, cilt hastalıkları, romatoloji, ortopedi (Ek: RG- 07/10/2016- 29850/ 37 md. Yürürlük: 15/10/2016), geriatri veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekim tarafından veya bu uzman hekimlerden birinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlere reçete edilebilir.

(2) Pregabalin (kombinasyonları dahil); üçüncü basamak sağlık kurumlarında romatoloji, anestezi ve reanimasyon, immüノloji, cilt hastalıkları, endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları, nöroloji, fiziksel tip ve rehabilitasyon, nefroloji, ortopedi (Ek: RG- 07/10/2016- 29850/ 37 md. Yürürlük: 15/10/2016), geriatri (Ek: RG- 25/07/2014- 29071/ 38 md. Yürürlük: 07/08/2014) ve beyin cerrahisi uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimlerden birinin düzenlediği

(Ek:RG- 28/12/2018- 30639/ 26 md. Yürürlük: 08/01/2019) 1 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.

(3) Dulosetin; diyabetik periferal nöropatik ağrı tedavisinde; endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimleri tarafından veya üçüncü basamak sağlık kurumlarında nöroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilir. Bu basamaklarda ve bu uzman hekimler tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak da tüm hekimlerce reçete edilebilir.

(4) Alfa lipoik asit (kombinasyonları dahil);

a) Diyabetik nöropatik ağrı ve periferal diabetik polinöropati semptomlarının tedavisinde; nöroloji, beyin cerrahisi, fiziksel tip ve rehabilitasyon, anestezi ve reanimasyon,immünoloji, romatoloji, iç hastalıkları veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimi tarafından veya bu uzman hekimlerden birinin düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.

b) Nöropatik ağrında; nöroloji, beyin cerrahisi, fiziksel tip ve rehabilitasyon, anestezi ve reanimasyon, immünoloji, cilt hastalıkları, romatoloji, ortopedi veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimi tarafından veya bu uzman hekimlerden birinin düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.

4.2.35.B Fibromiyaljide ilaç kullanım ilkeleri (Değişik: RG- 24/12/2013- 28861/ 2 md. Yürürlük: 02/01/2014)

(1) Prospektüsünde fibromiyalji endikasyonu olan ilaçlar; romatoloji, ortopedi, fizik tedavi ve rehabilitasyon ve algoloji uzmanları tarafından reçete edilebilir.

4.2.35.B-Kronik kas iskelet ağrısı ve fibromiyaljide ilaç kullanım ilkeleri

(1) Prospektüsünde kronik kas iskelet ağrısı ve/veya fibromiyalji endikasyonu olan ilaçlar; romatoloji, ortopedi, fizik tedavi ve rehabilitasyon ve algoloji uzmanları tarafından veya bu hekimlerden birinin düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak yine bu hekimlerce reçete edilebilir.

4.2.36 - Parkinson tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri

(1) ApomorfİN, kabergolin, entakapon ve kombinasyonları, rasajilin, pergolid mezilat, pramipexol hidroklorür, bornaprin hidroklorür ve ropinirol etken maddelerini içeren ilaçlar; nöroloji (Ek: RG- 07/10/2016- 29850/ 38-a md. Yürürlük: 15/10/2016) veya geriatri uzmanı tarafından veya bu uzman (Değişik: RG- 07/10/2016- 29850/ 38-a md. Yürürlük: 15/10/2016) ~~hekimin~~ hekimlerin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir.

(2) Tolkapon; entakaponun etkisiz kaldığı veya direnç geliştiği vakalarda; üniversitE ve eğitim-araştırma hastanelerinde, bu durumun belirtildiği nöroloji (Ek: RG- 07/10/2016- 29850/ 38-b md. Yürürlük: 15/10/2016) veya geriatri uzman hekimi tarafından düzenlenenecek uzman hekim raporuna dayanılarak nöroloji ve iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından en fazla 1 aylık ilaç miktarında reçete edilir.

(3) Amantadin sülfat; parkinson hastalığının tedavisi ile ilaçlara bağlı olmuş ekstrapiramidal reaksiyonların tedavisinde (tremor, rıjidite, hipo veya akinezi), nöroloji (Ek: RG- 07/10/2016- 29850/ 38-a md. Yürürlük: 15/10/2016) veya geriatri uzmanı tarafından veya bu uzman (Değişik: RG- 07/10/2016- 29850/ 38-a md. Yürürlük: 15/10/2016) ~~hekimin~~ hekimlerin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir.

4.2.37 - Akromegalide ilaç kullanım ilkeleri

4.2.37.A - Pegvisomant

(1) Cerrahi ve/veya radyasyon terapisine rağmen veya genel durumu operasyon ve/veya radyasyon terapisine uygun olmayan aktif akromegalisi olan ve en az 12 aylık süre ile ve tam dozda uzun etkili somatostatin analogları ile tedaviye rağmen IGF-1 düzeyleri yaşa göre belirlenen normal değerlerin üstünde kalan hastalarda kullanılabilir. Bu hastalar için eğitim ve araştırma ile üniversitE hastanelerinde içinde en az bir endokrinoloji ve metabolizma uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenenecektir.

(2) Tedavinin başlangıcında; IGF-1 kontrolü yapılarak ve en düşük dozdan başlanarak iki ay süre ile geçerli sağlık kurulu raporu düzenlenenecek, bu sürenin sonunda yine IGF-1 kontrolü yapılarak iki kez ikişer aylık iki rapor daha düzenlenebilecek ve bu şekilde başlangıç tedavi süresi toplam 6 ayı aşmayacaktır.

(3) Düzenlenen raporlarda; yaşa uygun IGF-1 referans aralığı ve hastanın sonuç değeri, varsa bir önceki raporun tarihi ve sayısı ile kaçınıcI rapor olduğu belirtilecektir.

(4) İdame tedavisinde yine IGF-1 kontrolü yapılarak yaşa uygun IGF-1 referans aralığı ve hastanın sonuç değerinin belirtildiği en fazla 1 yıl süreli sağlık kurulu raporu düzenlenenecektir. Tedavi sırasında IGF-1 ölçümüne göre dozun azaltılması gerektiğinde yeni bir rapor düzenlenmesine gerek bulunmamaktadır. İdame tedavisi için düzenlenen raporda; başlangıç tedavisi için düzenlenen raporların tarih ve sayısı da belirtilecektir.

(5) Reçeteler, endokrinoloji ve metabolizma uzmanları tarafından düzenlenenecektir. İdame tedavisi sırasında en fazla ikişer aylık dozda reçetelenecek ve reçetelere IGF-1 ölçümleri yazılacaktır.

4.2.37.B - Oktreotid ve lanreotid

(1) Akromegali tedavisinde endokrinoloji ve metabolizma uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak endokrinoloji ve metabolizma veya beyin ve sinir cerrahisi uzman hekimlerince reçete edilir.

4.2.38 - Diyabet tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri

(Değişik: RG- 26/09/2013- 28777/ 10 md. Yürürlük: 04/10/2013)

(1) Metformin, sulfoniüreler, metformin+sulfoniüre kombinasyonları, akarboz ve insan insülinleri tüm hekimler tarafından reçete edilebilir. Metformin, sulfoniüreler, metformin+sulfoniüre kombinasyonları, alfa glukozidaz inhibitörleri ve insan insülinleri tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.

(2) Repaglinid (Ek: RG- 21/04/2015- 29333/ 13 md. Yürürlük: 30/04/2015) (kombinasyonları dahil), nateglinid ve diğer oral antidiyabetiklerin kombiné preperatları; endokrinoloji, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, kardiyoloji ve aile hekimliği uzman hekimlerince veya bu hekimlerce düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.

(Değişik: RG-09/09/2017- 30175/31-a md. Yürürlük: 23/09/2017)

(3) Analog insülinler, pioglitazon, pioglitazonun oral kombinasyonları veya pioglitazonun insülin ile kombine kullanımları endokrinoloji, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları ve kardiyoloji uzman hekimlerince veya bu hekimlerce düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir. (Ek: RG-18/02/2017- 29983/ 12 md. Yürürlük: 01/03/2017) 300 IU/ml insülin glarjin içeren ilaçlar; günlük insülin ihtiyacı yüksek olan (100 IU/gün) veya uzun etkili insülin kullandığı halde gece hipoglisemi riski yüksek olan veya brittle tip 1 diyabeti olan hastalarda bu durumun belirtildiği en az bir endokrinoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak endokrinoloji veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilebilir.

(3) Analog insülinler, pioglitazon, pioglitazonun oral kombinasyonları veya pioglitazonun insülin ile kombine kullanımları endokrinoloji, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları ve kardiyoloji uzman hekimlerince veya bu hekimlerce düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.

a) 300 IU/ml insülin glarjin içeren ilaçlar; günlük insülin ihtiyacı yüksek olan (100 IU/gün) veya uzun etkili insülin kullandığı halde gece hipoglisemi riski yüksek olan veya brittle tip 1 diyabeti olan hastalarda bu durumun belirtildiği en az bir endokrinoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak endokrinoloji veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilebilir.

b) İnsülin degludek+insülin aspart kombinasyonu; analog karışım veya uzun etkili insülinlerden birini kullanmış olmasına rağmen kan şekeri labil seyreden ve/veya sık hipoglisemik olay geçiren ve/veya hipoglisemi riski yüksek ya da regülasyon sağlanamayan hastalarda bu durumun belirtildiği en az bir endokrinoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak endokrinoloji veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilebilir.

(Değişik: RG-18/06/2016- 29746/ 22 md. Yürürlük: 25/06/2016)

(4) DPP-4 antagonistleri (sitagliptin, vildagliptin, saksagliptin) ve DPP-4 antagonistlerinin diğer oral antidiyabetiklerle kombine preperatları; metformin ve/veya sülfonylurelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sağlanamamış hastalarda; endokrinoloji uzman hekimleri ile üniversite ve eğitim ve araştırma hastanelerinde ise iç hastalıkları uzman hekimlerince veya bu hekimlerce düzenlenen uzman hekim raporu ile tüm hekimlerce reçete edilebilir.

(4) (Değişik: RG-07/10/2016- 29850/ 39 md. Yürürlük: 15/10/2016) DPP-4 antagonistleri (sitagliptin, vildagliptin, saksagliptin), DPP-4 antagonistlerinin diğer oral antidiyabetiklerle kombine preperatları ve sodyum glukoz ko transporter 2 (SGLT2) inhibitörleri; metformin ve/veya sülfonylurelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sağlanamamış hastalarda; endokrinoloji uzman hekimleri ile iç hastalıkları uzman hekimlerince veya bu hekimlerce düzenlenen uzman hekim raporu ile tüm hekimlerce reçete edilebilir. Saksagliptinin 2,5 mg'lik formları yalnızca kronik böbrek yetmezliği hastalarında ve günlük en fazla 2,5 mg dozunda kullanılabilir. **DPP-4 antagonistleri (sitagliptin, vildagliptin, saksagliptin, linagliptin (Ek: RG-09/09/2017- 30175/31-b md. Yürürlük: 23/09/2017), alogliptin), DPP-4 antagonistlerinin diğer oral antidiyabetiklerle kombine preperatları ve sodyum glukoz ko transporter 2 (SGLT2) inhibitörleri; metformin ve/veya sülfonylurelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sağlanamamış hastalarda; endokrinoloji uzman hekimleri ile iç hastalıkları uzman hekimlerince veya bu hekimlerce düzenlenen uzman hekim raporu ile tüm hekimlerce reçete edilebilir. Saksagliptini tek başına içeren 2,5 mg'lik formları yalnızca kronik böbrek yetmezliği hastalarında ve günlük en fazla 2,5 mg dozunda kullanılabilir.**

(Değişik: RG-21/03/2018- 30367/ 28-a md. Yürürlük: 01/04/2018)

(4) DPP-4 antagonistleri (sitagliptin, vildagliptin, saksagliptin, linagliptin, alogliptin), DPP-4 antagonistlerinin diğer oral antidiyabetiklerle kombine preperatları; metformin ve/veya sülfonylurelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sağlanamamış hastalarda; endokrinoloji uzman hekimleri ile iç hastalıkları uzman hekimlerince veya bu hekimlerce düzenlenen uzman hekim raporu ile tüm hekimlerce reçete edilebilir. Saksagliptini tek başına içeren 2,5 mg'lik formları günlük en fazla 2,5 mg. dozunda, alogliptini tek başına içeren 12,5 mg.'lik formları günlük en fazla 12,5 mg. dozunda yalnızca kronik böbrek yetmezliği hastalarında kullanılabilir.

(5) Eksenatid; metformin ve/veya sülfonylurelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sağlanamamış ve vücut kitle indeksi tedavi başlangıcında 35 kg/m^2 'nin üzerinde olan ve tedavi öncesi anamnezde akut pankreatit geçirilme öyküsü bulunmayan tip 2 diyabet hastalarında kullanılabilir. Bu kriterlere uyan hastalara başlangıç dozu rapor şartı aranmaksızın ($2 \times 5 \text{ mcg}$) (1 kutu) olarak endokrinoloji uzman hekimlerince reçete edilir. Başlama kriterleri ilk reçetede belirtilecektir. Tedaviye devam edilecekse; devam kararı, başlama kriterleri ve metformin ve/veya sülfonylureler için hastaya verilen maksimum dozlar, 6 ay süreli endokrinoloji uzman hekim raporunda belirtilir. Tedaviye devam edilecekse bundan sonraki raporlar 1 yıl süreli düzenlenebilir. Söz konusu raporlara dayanılarak (Değişik: RG-30/08/2014- 29104 / 20 md. Yürürlük: 06/09/2014) yalnızca endokrinoloji uzmanlarınınca endokrinoloji veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir. İnsülinlerle birlikte kesinlikle kullanılmaz. Tedavi esnasında akut pankreatit geçirilmesi durumunda ilaç kesilir ve tekrar kullanılmaz.

(Değişik: RG-18/06/2016- 29746/ 22 md. Yürürlük: 25/06/2016)

(5) Eksenatid; vücut kitle indeksi tedavi başlangıcında 35 kg/m^2 'nin üzerinde olan ve tedavi öncesi anamnezde akut pankreatit geçirilme öyküsü bulunmayan tip 2 diyabet hastalarında;

a) Metformin ve/veya sülfonylurelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sağlanamamış hastalarda kombinasyon şeklinde,

b) Metformin ve/veya pioglitazon ile kombine ya da tek başına basal insülin ile yeterli glisemik kontrol sağlanamamış hastalarda basal insüline ek olarak kullanılabilir.

c) Bu fikradaki kriterlere uyan hastalara başlangıç dozu rapor şartı aranmaksızın ($2 \times 5 \text{ mcg}$) (1 kutu) olarak endokrinoloji uzman hekimlerince reçete edilir. Başlama kriterleri ilk reçetede belirtilecektir. Tedaviye devam edilecekse; devam kararı, başlama kriterleri ve metformin ve/veya sülfonylureler ve/veya pioglitazon ve/veya basal insülin için hastaya verilen maksimum dozlar, 6 ay süreli endokrinoloji uzman hekim raporunda belirtilir. Tedaviye devam edilecekse bundan

sonraki raporlar 1 yıl süreli düzenlenir. Söz konusu raporlara dayanılarak endokrinoloji veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir. Tedavi esnasında akut pankreatit geçirilmesi durumunda ilaç kesilir ve tekrar kullanılmaz.

(Ek: RG- 21/03/2018- 30367/ 28-b md. Yürürlük: 01/04/2018)

(6) Sodyum-glukoz ko-transporter 2 (SGLT2) inhibitörleri (dapagliflozin, empagliflozin) (Ek:RG-10/05/2018-30417/ 20 md. Yürürlük:18/05/2018) ve SGLT2 inhibitörlerinin diğer oral antidiyabetiklerle kombinasyon préparatları; metformin ve/veya sülfonylurelerin maksimum toler edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sağlanamamış hastalarda, endokrinoloji uzman hekimlerince düzenlenen uzman hekim raporu ile tüm hekimlerce reçete edilebilir.

4.2.39 - Kseroderma Pigmentosum tedavisinde güneşten koruyucu kremlerin kullanım ilkeleri

(1) Kseroderma pigmentosum tedavisinde kullanılan güneşten koruyucu kremlerin bedelleri aylık 162 (yüzaltmış) TL'yi geçmemek kaydıyla sağlık kurulu raporu, reçete ve faturaya dayanılarak sağlık sosyal güvenlik merkezleri tarafından şahıs bazında ödenir.

(2) Bu kremler, üçüncü basamak sağlık kurumlarında düzenlenen en az bir cilt hastalıkları uzman hekiminin bulunduğu sağlık kurulu raporuna dayanılarak, tüm sağlık kurum/kuruluşlarında cilt hastalıkları uzman hekimlerince en fazla üç aylık dozda reçete edilebilir.

(3) Bu kremler, UVA ve UVB ışınlarının her ikisini de etkin şekilde bloke eden, SPF en az 30 olan, fiziksel (çinko oksit veya titanyum dioksit içeren) ve/veya kombine filtre içeren özelliklerde olmalıdır.

4.2.40 - Huzursuz bacak sendromunda ilaç kullanım ilkeleri

(1) Pramipeksol hidroklorür ve ropinirol etken maddelerini içeren ilaçlar; nöroloji (Ek: RG- 07/10/2016-29850/ 40 md. Yürürlük: 15/10/2016) , geriatri veya psikiyatri uzman hekimi tarafından veya bu uzman heimin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir.

4.2.41 - Parenteral demir preparatları kullanım ilkeleri:

(1) Parenteral demir preparatları aşağıda yer alan durumlarda bu durumların belirtildiği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir.

- a) İntestinal malabsorbsiyon sendromları
- b) Kronik inflamatuvar bağırsak hastalıkları
- c) Aktif GIS kanaması olan hastalar
- ç) Hemodiyaliz hastaları
- d) Total ve subtotal gastrektomili hastalar
- e) Atrofik gastritli hastalar
- f) Oral demir alımını tolere edemeyen hamileler
- g) Demir eksikliği anemisi bulunan (saturasyon <%20 ve/veya ferritin <100 mcg/l) evre III, IV, V kronik böbrek hastaları
- ğ) Periton diyaliz hastalarının anemisi
- h) Postpartum dönemde gözlenen anemi,
- i) Cerrahi öncesi ve sonrası gözlenen anemi,
- i) Kansere bağlı anemi,
- j) KKY hastalarının anemisi,
- k) Prediyaliz [hemodiyaliz ve periton diyaliz öncesi son dönem (evre V) KBY hastaları] hastalarının anemisi.

4.2.42 - İnvitro fertilitasyon (IVF), ovulasyon indüksiyonu (OI) ve intrauterin inseminasyonu (IUI) işlemlerinde ilaç kullanım ilkeleri:

4.2.42.A - OI ve/veya IUI İşlemi

(1) (Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 39 md. Yürürlük: 25/07/2014) Evli olmakla birlikte eşlerden herhangi birinin evlat edinilmiş çocukları hariç soybağı kurulumuş sağ çocuğunun olmaması koşuluyla; Evli olmakla birlikte evlat edinilmiş çocukları hariç çocuk sahibi olmayan genel sağlık sigortası kadın ise kendisine, erkek ise bakımla yükümlü olduğu karısına uygulanan “OI ve/veya IUI” tedavilerine ilişkin giderlerin Kurumca ödenebilmesi için;

- a) Kadın hastalıkları ve doğum uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenmiş olması,
- b) Uygulamanın yapıldığı merkezin Kurum ile sözleşmeli olması, şartlarının birlikte sağlanmış olması gerekmektedir.

(2) Sağlık kurulu raporlarında, hasta yaşı, kimlik bilgileri, tanı, endikasyon, uygulanacak tedavi, kaçinci deneme olduğu, kullanılacak ilaçların günlük ve maksimum dozları da belirtilecektir.

(3) Sağlık kurulu raporunun düzenlendiği tarihten itibaren 6 ay içinde tedaviye başlanmaması halinde yeniden sağlık kurulu raporу düzenlenmesi gereklidir.

(4) Birinci uygulamadan sonraki “OI ve/veya IUI” tedavisi için de yeniden sağlık kurulu raporu düzenlenmesi gereklidir.

(5) İlaçlar, düzenlenen rapora istinaden tedavinin yapıldığı sağlık hizmeti sunucusu kadın hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilecektir.

- (6) İlaçların kullanım dozları aşağıda belirtilmiştir.

a) Standart hasta grubunda (açıklanamayan infertilite veya erkek infertilitesi veya endometriyozis olgularında) uygulama (sıklık) başına toplam 1000 IU, toplam 3 siklus (3000 IU) gonadotropin ödenir.

b) Kadın infertilitesinde anovulasyonla birlikte seyreden aşağıdaki durumlar, OI ve/veya IUI işleminde istisnai haller olarak kabul edilir:

1) Polikistik Ovary Sendromu (PCOS); en az 3, en fazla 6 siklus klomifen sitrat tedavisine yanıt alınamayan (ovulasyon sağlanamayan veya gebelik elde edilemeyen) hastalarda toplam 6 uygulama, toplam 10000 IU gonadotropin ödenir.

2) Hipogonadotropik hipogonadizm; hastalarda toplam 6 uygulama, toplam 10000 IU gonadotropin ödenir.

4.2.42.B - IVF İşlemi

(1) IVF işleminde; SUT'un 2.4.4.İ.1 maddesine uygun olan hastalarda ilaç kullanım esasları aşağıda belirtilmiştir.

a) SUT'un 2.4.4.İ.1.2 maddesinde belirtilen IVF tedavisi kurallarına göre düzenlenmiş raporlarda ayrıca hastanın kullanacağı ilaç ile ilgili aşağıda belirtilen durumlar hakkındaki bilgiler de yer alacaktır:

1) Normal ovaryan yanılı hasta grubunda (**Değişik: RG- 01/10/2014- 29136/ 11 md. Yürürlük: 01/10/2014**) en fazla 2 uygulama, toplam 6000 IU en fazla 3 uygulama (Ek: RG- 18/06/2016- 29746/ 23 md. Yürürlük: 25/06/2016) siklus başı 3000 IU ye kadar, toplam 9000 IU gonadotropin ödenir. Bu grup hastalarda IVF tedavisi öncesi IUI işlemi yapılmış olması şartı aranır. (Ek: RG- 25/07/2014- 29071/ 40 md. Yürürlük: 07/08/2014) SUT'un "2.4.4.İ.1-2-IVF sağlık kurulu raporu" maddesinde IUI işlemi aranmayacak hastalar belirtilmiştir.

2) Kötü ovaryan yanılı veya düşük ovaryan rezervli hasta grubunda; (**Değişik: RG- 01/10/2014- 29136/ 11 md. Yürürlük: 01/10/2014**) en fazla 2 uygulama, siklus başı 4500 IU ye kadar toplam 9000 IU en fazla 3 uygulama, siklus başı 4500 IU ye kadar toplam 13500 IU gonadotropin ödenir. Ayrıca bu grup hastalarda IVF tedavisi öncesi (**Değişik: RG- 18/06/2016- 29746/ 23 md. Yürürlük: 25/06/2016**) İUI OI+IUI işlemi yapılmış olması şartı aranız.

b) IVF tedavisi için düzenlenen sağlık kurulu raporunda belirtilen ilaçlar, tedavinin yapıldığı üremeye yardımcı tedavi merkezi kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimlerince reçete edilecektir.

4.2.42.C - Kök hücre vericisi kardeş doğmasına yönelik IVF tedavisinde kullanılacak ilaçlar

(1) Kök hücre vericisi kardeş doğmasına yönelik IVF tedavisinde kullanılacak ilaçlar; SUT'un 2.4.4.İ.2 maddesi koşullarına uygun ve söz konusu maddede belirtilen sağlık kurulu raporuna istinaden IVF tedavisinin yapıldığı üremeye yardımcı tedavi merkezinde kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimlerince reçete yazılabilicektir. Her bir IVF denemesine ilişkin olarak kullanılacak gonadotropin dozu en fazla 3000 IU olacak ve raporda belirtilecektir.

4.2.42.Ç - IVF, OI ve IUI İşlemleri

(1) IVF, OI ve IUI işlemlerinde; ovülasyon tetiklemesi için kullanılan hCG (human korionik gonadotropin) maksimum dozun dışında olup 10000 üniteyi geçemez. IVF, OI ve IUI işlemlerinde kullanılan ilaçlar katılım payından muaf değildir.

4.2.43 - Dijital ülseri olan sistemik skleroz hastalarında ilaç kullanım ilkeleri

(1) Iloprost (intravenöz formları), sistemik skleroz (dijital ülser dahil) endikasyonunda, romatoloji veya klinik immünoloji uzman hekimlerince düzenlenen uzman hekim raporuna istinaden bu uzman hekimlerce reçetelenir.

(2) Bosentan, sistemik sklerozla bağlı dijital ülserli hastalarda;

a) Kalsiyum kanal blokerleri ve intravenöz iloprost ile en az 3 ay süreyle tedavi görmüş ve yanıt alınamamış ve en az biri 2 mm'den fazla çaplı ve görünebilir derinliği olan ağrılı kardinal ülser olmak üzere multiple (≥ 4 adet) dijital ülseri olan hastalarda tedaviye başlanır.

b) Bu hususların belirtildiği, üçüncü basamak sağlık kurumlarında en az bir romatoloji uzman hekiminin bulunduğu 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak yine bu sağlık kurumlarında romatoloji uzman hekimlerince reçetelenir.

c) Bosentan kullanılabilecek hastalarda, her reçete ile birlikte reçeteyi düzenleyecek hekim tarafından Kurum resmi internet sitesinde yayınlanan "Hasta Kayıt Formu-1" doldurularak Kuruma gönderilmesi gerekmektedir. Düzenlenen reçetelerde hasta kayıt formunun tarihinin belirtilmesi gerekmektedir.

(Ek: RG- 18/02/2015- 29271/ 18 md. Yürürlük: 28/02/2015)

4.2.44- Kriyopirin ilişkili periyodik sendromlar (CAPS) hastalığında kanakinumab kullanım ilkeleri;

(1) Kanakinumab; (**Değişik: RG- 18/06/2016- 29746/ 24 md. Yürürlük: 25/06/2016**) yalnızca 15 7,5 kg vücut ağırlığının üzerinde olan (**Değişik: RG- 18/06/2016- 29746/ 24 md. Yürürlük: 25/06/2016**) -4 2 yaş ve üstü çocuklar ile yetişkinlerde kriyopirin ilişkili periyodik sendromlardan (CAPS); ailevi soğuk otoinflamatuar sendrom (FCAS)/ailevi soğuk ürtiker (FCU), Muckle-Wells sendromu (MWS), neonatal başlangıçlı multisistem inflamatuar hastalık (NOMID)/kronik infantil nörolojik, kutanöz, artiküler sendrom (CINCA) tedavisinde kullanılır.

(2) Tedaviye anakinra ile başlanır. Anakinra tedavisi yanıt alınamaması veya anakinra tedavisi altındayken anakinra kullanılmasını engelleyecek ciddi klinik yan etki oluşması halinde kanakinumab tedavisi 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- 14/07/2016- 29770/ 11 md. Yürürlük: 14/07/2016)

4.2.45 – Duchenne Müsküler Distrofi (DMD) hastalığında Ataluren kullanım ilkeleri

(1) Distrofin geninde nonsense (anlamsız) mutasyonlar olduğunun genetik test (DNA analizi) ile ortaya konulması ve altı dakika yürüme testi sonuçlarına göre üç yüz metre ve üzeri yürüyebilen (**Değişik:RG-10/05/2018-30417/ 21 md. Yürürlük:10/05/2018**) yedi beş yaş ve üzeri hastalarda, üçüncü basamak resmi sağlık kuruluşlarında en az bir pediatrik/erişkin nöroloji uzmanının yer aldığı en fazla altı ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak pediatrik/erişkin nörologlar tarafından reçetelenir.

(Ek: RG- 26/11/2016- 29900/ 18 md. Yürürlük: 29/11/2016)

4.2.46 İdiyopatik Pulmoner Fibrozis (IPF) tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri;

(1) Pirfenidon (**Ek:RG-09/09/2017- 30175/32 md.Yürürlük: 23/09/2017**) ve Nintedanib etken maddesini içeren ilaçlar; üçüncü basamak sağlık kurumlarında en az üç göğüs hastalıkları uzman hekiminin bulunduğu (**Değişik:RG-10/05/2018-30417/ 22-a md. Yürürlük:18/05/2018**) ~~6-ay~~ 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tüm göğüs hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.

(Değişik: RG- 10/05/2018-30417/ 22-b md. Yürürlük:18/05/2018)

(~~Ek:RG-09/09/2017- 30175/32 md.Yürürlük: 23/09/2017~~)

(2) Pirfenidon ve Nintedanib etken maddesini içeren ilaçlar;

a) Bağ dokusu belirteçleri açısından romatoloji konsültasyonu alınmış, IPF tanısı biyopsi ile ve/veya aşağıda belirtilen uluslararası kriterlere göre konmuş olan hastalarda tedaviye başlanır.

1) Toraks yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi (HRCT) raporu, (raporun tarih ve sayısının sağlık kurulu raporunda belirtilmiş olması)

2) Karbonmonoksit difüzyon kapasitesini (DLCO) de içeren ayrıntılı solunum fonksiyon testleri (DLCO-DLCO/VA-DLCO/VA/ADJ değerlerinin raporda belirtilmesi ve DLCO/VA/ADJ değerinin %30-90 arası olması)

b) Tedavinin devamı için hasta 6 ayda bir değerlendirilir. DLCO/VA/ADJ değerinde atak dönemi dışındaki ölümde başlangıçta göre %15 düşme (progresyon) olması halinde tedavi kesilir. Tedavinin devamı için başlangıçta göre %15 düşme olmadığı her raporda belirtilmelidir.

Bu durumların belirtildiği üçüncü basamak sağlık kurumlarında üç göğüs hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tüm göğüs hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.

(3) Pirfenidon ve Nintedanib etken maddeleri arasında tedavi geçişlerinde; tedaviye yanıtsızlık (progresyon) kriteri veya intolerans şartı (ilaca bağlı yan etki) aranır. Bu durum sağlık kurulu raporlarında belirtilmelidir.

(2) Karbonmonoksit difüzyon kapasitesi (DLCO) ≥%30, Forced Vital Kapasitesi (FVC) ≥%50 olan ve/veya akciğer biyopsisi ve/veya toraks yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi (HRCT) ile IPF tanısı konmuş ve bununla birlikte bağ dokusu belirteçleri açısından değerlendirilmiş hastalarda antifibrotik tedavi başlanır. Sağlık kurulu raporunda;

a) HRCT ile tanı konuldu ise görüntüleme raporunun tarih ve sayısı veya

b) Akciğer biyopsisi ile tanı konuldu ise patoloji raporunun tarih ve sayısı veya

c) DLCO ≥%30, FVC ≥%50 olması hali,

ile birlikte bağ dokusu belirteçleri negatif olan hastalarda bu durumun belirlenmesi, bağ dokusu belirteçleri pozitif olan hastalarda romatolojik açıdan değerlendirilerek bağ dokusu hastalığı-akciğer tutulumunun olmadığı belirlenmesi gerekmektedir.

(3) Hastalar her 12 ayda bir yeniden değerlendirilmelidir. Bu değerlendirmelerde;

a) FVC değerinde bir önceki sağlık kurulu raporu değerine göre (ataklar dışında) ≥%10 düşme olması ilaca yanıtsızlık olarak kabul edilir ve tedavi sonlandırılır.

b) Tedavinin devamı için düzenlenen raporlarda ikinci fıkarda belirtilen ilaç başlama kriterleri aranmaz. Tedavinin devamı için FVC değerinde bir önceki sağlık kurulu raporu değerine göre (ataklar dışında) ≥%10 düşme olmadığı her raporda belirtilmelidir.

(Ek: RG- 10/05/2018-30417/ 22-c md. Yürürlük:18/05/2018)

(4) Pirfenidon ve Nintedanib etken maddeleri arasında tedavi geçişleri:

a) Tedaviye yanıtsızlık veya intolerans gelişmişse bu durum sağlık kurulu raporunda belirtilmelidir.

b) İlaç değişimi yapılması gereken hallerde, bu durumun ve üçüncü fıkarda belirtilen devam kriterlerinin yer aldığı yeni sağlık kurulu raporu düzenlenir.

(Ek: RG- 24/12/2016- 29928/ 1 md. Yürürlük: 24/12/2016)

4.2.47 Konjenital jeneralize lipodistrofi tanısında metreleptin kullanım ilkeleri;

(Değişik: RG- 08/06/2017- 30090/ 13-a md. Yürürlük: 16/06/2017)

4.2.47 Konjenital jeneralize lipodistrofi ve konjenital leptin eksikliği tanılarında metreleptin kullanım ilkeleri;

(Değişik:RG- 08/06/2017- 30090/13-b md. Yürürlük:16/06/2017)

(1) Leptin düşüklüğü (erkeklerde < 8 ng/ml; kadınlarda < 12 ng/ml) bulunan ve metabolik bozuklıkların düzeltmesine yönelik tedavilerin (metformin, glitazon, insülin, hipolipidemik tedavi ve diyet) en az 6 ay kullanılmasına rağmen yanıt alınamamış hastalarda, 6 ay süreli çocuk endokrinoloji ve/veya erişkin endokrinoloji ve metabolizma uzmanlarından oluşan sağlık kurulu raporu ile bu hekimlerce reçetelenerek tedaviye başlanır. Metabolik bozuklıkların düzeltmesine yönelik tedavilerden yanıt alınamama kriterleri;

a) HbA1c ≥%8 veya

b) Triglycerid > 300 mg / dl veya

c) ALT ve AST düzeyleri üst sınırın 2 katından fazla veya

ç) Günlük insülin dozu 1,5 ünite / kg üzerinde olması

(1) Leptin düşüklüğü (erkeklerde < 8 ng/ml; kadınlarda < 12 ng/ml) bulunan ve metabolik bozuklıkların düzeltmesine yönelik tedavilerin (metformin, glitazon, insülin, hipolipidemik tedavi ve diyet) en az 6 ay kullanılmasına rağmen yanıt alınamamış hastalarda, 6 ay süreli (Ek:RG- 09/09/2017- 30175/ 33 md. Yürürlük:23/09/2017) çocuk endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları ve/veya çocuk endokrinoloji ve/veya erişkin endokrinoloji ve metabolizma uzmanlarından oluşan sağlık kurulu raporu ile bu hekimlerce reçetelenerek tedaviye başlanır. Bu raporda Konjenital Leptin Eksikliği tanısı için ayrıca erken başlangıçlı morbid obezitenin (vücut kitle indeksi standart deviasyon skoru >3SDS) olduğu ve leptin eksikliğine ilişkin tetkik sonuçları raporda belirtilir. Metabolik bozuklıkların düzeltmesine yönelik tedavilerden yanıt alınamama kriterleri;

a) HbA1c ≥%8 veya

b) Triglycerid > 300 mg / dl veya

e) ALT ve AST düzeyleri üst sınırın 2 katından fazla veya

ç) Günlük insülin dozu 1,5 ünite / kg üzerinde olması

(2) 6 aylık metreleptin tedavisi sonrasında yukarıdaki kriterlerden en az ikisinde düzeltme sağlanmaması durumunda tedavi kesilir. İdame tedavisine geçen hastalarda 6 ay süreli çocuk endokrinoloji ve/veya erişkin endokrinoloji ve metabolizma uzmanlarından oluşan sağlık kurulu raporu ile bu hekimlere reçetelenerek tedavi sürdürülür.

(Değişik: RG- 11/10/2017- 30207/ 2 md. Yürürlük: 11/10/2017)

4.2.47 – Jeneralize lipodistrofi ve konjenital leptin eksikliği tamlarında metreleptin kullanım ilkeleri;

(1) Jeneralize lipodistrofi tanısında;

Leptin düşüklüğü (erkeklerde <8 ng/ml; kadınlarda <12 ng/ml) bulunan ve jeneralize lipodistrofi kesin tanısının Manyetik Rezonans Görüntüleme yöntemi veya DEXA ile tespit edilmesi veya homozigot mutasyonun moleküler genetik tetkik ile tespit edilmesi halinde ve;

a) En az 6 ay düzenli diyet eşliğinde metformin veya glitazon içeren tedavi ile kombine günlük en az 1,5 ünite/kg insülin kullanımına rağmen HbA1c ≥ %8 olması,

b) En az 6 ay düzenli fibrat grubu ilaçlar ile triglycerid düşürücü tedaviye rağmen Triglycerid > 300 mg/dl olması,

kriterlerinden en az birinin sağlandığı vakalarda; üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında, çocuk endokrinoloji ve/veya çocuk metabolizma ve/veya çocuk endokrinoloji ve metabolizma ve/veya erişkin endokrinoloji ve metabolizma uzmanlarında düzenlenecek 6 ay süreli sağlık kurulu raporu ile yine üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında bu uzmanlık dallarında reçetelenerek tedaviye başlanır.

(2) Konjenital leptin eksikliği tanısında;

Erken başlangıçlı (1 yaştan önce) morbid obezitesi olan (2 yaşın altında boyaya göre vücut ağırlığı > %140, 2 yaş ve üzerinde Vücut Kitle İndeksi Standart Deviasyon Skoru > 3SDS olan) Leptin düzeyinin biyokimyasal olarak <2 ng/ml olduğu veya moleküler genetik ile Leptin geninde homozigot mutasyonun gösterildiği vakalarda; üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında çocuk endokrinoloji ve/veya çocuk metabolizma ve/veya çocuk endokrinoloji ve metabolizma ve/veya erişkin endokrinoloji ve metabolizma uzmanlarında düzenlenecek 6 ay süreli sağlık kurulu raporu ile yine üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında bu uzmanlık dallarında reçetelenerek tedaviye başlanır.

(3) Jeneralize lipodistrofi tanısında tedavinin devam kriterleri;

Tedavinin başlamasının ardından 6 ay süreyle ilaç kullanımı sonrasında;

a) Başlangıç HbA1c düzeyinde en az 1,5 (%) düşüş olması ve bu düzeyin 6 aydan sonra da korunmaya devam edilmesi,

b) Başlangıç triglycerid düzeyinde en az %30 oranında düşüş olması ve bu düzeyin 6 aydan sonra da korunmaya devam edilmesi,

kriterlerinden en az birinin sağlandığı vakalarda üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında, çocuk endokrinoloji ve/veya çocuk metabolizma ve/veya çocuk endokrinoloji ve metabolizma ve/veya erişkin endokrinoloji ve metabolizma uzmanlarında düzenlenecek 6 ay süreli sağlık kurulu raporu ile yine üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında bu uzmanlık dallarında reçetelenerek tedaviye devam edilir.

(Ek: RG- 25/03/2017- 30018/ 22 md. Yürürlük: 01/04/2017)

4.2.48 – 3 beta hidroksi steroid dehidrojenaz eksikliği tamında kolik asit kullanım ilkeleri;

(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 hekimlere reçetelenir.

(Değişik: RG-08/06/2017-30090/ 14 md. Yürürlük:16/06/2017)

4.2.48 – Kolik asit kullanım ilkeleri;

(1) 3 beta hidroksi steroid dehidrojenaz eksikliği tanı ve Zellweger spektrum bozukluğu tanı hastalarda; üçüncü basamak sağlık kurumlarında çocuk endokrinoloji, (Ek:RG-09/09/2017-30175/ 34md. Yürürlük:23/09/2017) çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları, 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 hekimlere reçetelenir.

(Ek: RG- 05/07/2017- 30115/ 1 md. Yürürlük: 13/07/2017)

4.2.49 – Spinal Musküler Atrofi Tip-1 (SMA Tip-1) hastalığında nusinersen sodium kullanım ilkeleri;

(1) SMA Tip-1 tedavisinde kullanılan ilaçlar çocuk nörolojisi uzman hekiminin yer aldığı ilk 4 uygulama için 3 ay süreli sonraki uygulamalar için (Değişik: RG-09/09/2017-30175/ 35-a md. Yürürlük:09/09/2017) 6 4 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden “Sağlık Bakanlığı-Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu İlaçların Kişisel Tedavide Kullanılmalarını Değerlendirme Komisyonu” tarafından verilecek “İlaç Kullanım Onayı” ile çocuk nörolojisi uzman hekimi tarafından her bir uygulama için ayrı ayrı reçete edilir. “İlaç Kullanım Onayı”nın; ilk 4 uygulama için tek seferde ve sonraki her bir uygulama için ise ayrı ayrı verilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.

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

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

a) Genetik (5qSMA; homozigot gen delesyonu veya homozigot gen mutasyonu veya bileşik heterozigot gen mutasyonu olan ve SMN2 kopya sayısının en az 2 olduğunu gösterilmesi kaydıyla) ve klinik olarak SMA Tip-1 tanısı konmuş ve birisi çocuk nöroloji uzmanı olmak üzere 3 uzman hekimden oluşan konsey kararına istinaden yurt dışı ilaç kullanım başvurusu yapılarak “Sağlık Bakanlığı-Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu İlaçların Kişisel Tedavide Kullanılmalarını Değerlendirme Komisyonu” tarafından verilecek “İlaç Kullanım Onayı” bulunmalıdır.

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

(Değişik:RG-09/09/2017- 30175/ 35-b md. Yürürlük: 09/09/2017)

e) Tedavi sırasında (ilk 4 doz kullanımı sonrası hariç) SMA'dan kaynaklı solunum desteği ihtiyacı gelişen çocukların tedaviye son verilmelidir. Enfeksiyon vb. durumlardan dolayı solunum desteği alan ve sebep ortadan kalktıktan sonra solunum desteği ihtiyacı kalan çocukların tedavi kesilmez.

ç) İlk 4 doz ilaç uygulaması sonrasında, “Sağlık Bakanlığı-Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu İlaçların Kişisel Tedavide Kullanılmalarını Değerlendirme Komisyonu” tarafından Hammersmith Infant Neurological Examination (HINE) ve/veya Hammersmith Functional Motor Scale Expanded (HFMSE) adı verilen nörolojik ve motor skala vb. objektif değerlendirme sonuçlarına göre her bir hasta için yapılaen değerlendirilmeleri müteakip yine aynı komisyon tarafından her bir uygulama için ise ayrı ayrı onay verilmesi halinde tedavinin devamı sağlanacaktır.

(Değişik: RG- 28/12/2018- 30639/ 27-a md. Yürürlük: 09/09/2017)

e) Bu maddenin 3'üncü fıkrasının (a) ve (b) bendinde belirtilen kriterlere uyan hastalara (invaziv/non invaziv mekanik solunum desteği ihtiyacı olup olmadığına bakılmaksızın) tedavi başlanır. Tedavi sürecinde SMA'dan kaynaklı invaziv mekanik solunum desteği ihtiyacı geliştiği saptanan veya invaziv mekanik solunum desteği ihtiyacı devam eden hastalarda tedaviye son verilir. Enfeksiyon vb. durumlardan dolayı invaziv mekanik solunum desteği alan ve sebep ortadan kalktıktan sonra solunum desteği ihtiyacı kalan hastalarda tedavi kesilmez.

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

ç) Sağlık Bakanlığınca hastaların klinik değerlendirme ekipleri oluşturular, değerlendirme kriterleri ve hasta takiplerinin yapılacağı merkezler belirlenir. Hastaların klinik değerlendirme ekipleri belirlenen kriterler çerçevesinde ve periyotta bu merkezlerdeki sorumlu hekimler ve değerlendirme ekiplerince yapılır. Hastaların klinik değerlendirme Hammersmith Infant Neurological Examination (HINE) veya Hammersmith Functional Motor Scale Expanded (HFMSE) veya The Children's Hospital of Philadelphia Infant Test of Neuromuscular Disorders (CHOP INTEND) adı verilen nörolojik ve motor skalalar kullanılır. Değerlendirme sonrası raporlar, “Sağlık Bakanlığı-Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu İlaçların Kişisel Tedavide Kullanılmalarını Değerlendirme Komisyonu” na sunulur. Tedaviyi sonlandırma veya tedaviye devam etmeye dair nihai karar bu komisyon tarafından verilir.

(Ek:RG- 28/12/2018- 30639/ 27-b md. Yürürlük: 18/09/2018)

Komisyon tarafından verilecek onaylarda; CHOP INTEND puanlaması ile göğüs hastalıkları veya çocuk yoğun bakım uzman hekimi tarafından 24 saat süreli izlemde raporlanmış günlük invaziv mekanik solunum desteği ihtiyacı süresi ana kriterlerdir. Non invaziv mekanik solunum desteği ihtiyacı değerlendirme dikkate alınmaz. 5inci doz için verilecek “İlaç Kullanım Onayı” nda, başlangıç puanına göre CHOP INTEND puanında en az 4 puan artış ve invaziv mekanik solunum desteği ihtiyacında kesintisiz en az 4 saat/gün azalma olması gerekmekte olup bu durum sağlık kurulu raporunda belirtilmelidir. 6, 7, 8 ve 9uncu dozlar için verilecek “İlaç Kullanım Onayı” nda, CHOP INTEND puanında bir önceki doza göre artış ve invaziv mekanik solunum desteği ihtiyacında azalma olması gerekmekte olup bu durum sağlık kurulu raporunda belirtilmelidir. 10 uncu doz için verilecek “İlaç Kullanım Onayı” nda, başlangıç puanına göre CHOP INTEND puanında en az 16 puan artış ve invaziv mekanik solunum desteği ihtiyacının kalıcı olarak ortadan kalkmış olması veya CHOP INTEND puanının en az 40 puan ve 15 gün boyunca invaziv mekanik solunum desteği ihtiyacının en fazla 8 saat/gün olması gerekmekte olup bu durum sağlık kurulu raporunda belirtilmelidir. CHOP INTEND puanlaması ve günlük invaziv mekanik solunum desteği ihtiyacı süresi tanımlanan kriterlere uygun olmayan hastalarda tedaviye son verilir.

Tedavi sürecinde, SMA'dan kaynaklı olmayan, enfeksiyon vb. durumlardan dolayı invaziv mekanik solunum desteği ihtiyacı gelişen ve/veya invaziv mekanik solunum desteği ihtiyacı süresi artan ancak sebep ortadan kalktıktan sonra invaziv mekanik solunum desteği ihtiyacı ortadan kalkan ve/veya invaziv mekanik solunum desteği ihtiyacı süresi azalarak bir önceki değerlere dönen hastalarda tedavi kesilmez.

d) Lomber ponksiyon prosedürleri, BOS sirkülasyonu veya güvenlilik değerlendirme ekiplerini engelleyebilecek bir beyin veya spinal kord hastalığı veya öyküsü olmamalıdır.

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

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

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

(Ek: RG- 04/02/2018- 30322/ 18 md. Yürürlük: 15/02/2018)

4.2.50. Chenodeoxycholic Acid kullanım ilkeleri;

(1) Xanthomatosis Cerebrotendinous hastalığının tedavisinde “CYP27A1 genindeki mutasyonun belgelendirilmesi ve en az bir çocuk metabolizma veya çocuk endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu

raporuna dayanılarak, çocuk metabolizma, çocuk endokrinoloji ve metabolizma veya çocuk/erişkin nöroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

(Ek:RG- 28/12/2018- 30639/ 28 md. Yürürlük: 08/01/2019)

4.2.51- Droksidopa kullanım ilkeleri;

(1) Enzim düzeyi ölçülmek suretiyle ve/veya moleküller tetkik ile dopamin beta hidroksilaz eksikliğinin tespit edildiği ve diğer tedavi seçeneklerine yanıt alınamayan semptomatik nörojenik ortostatik hipotansiyon hastalığının tedavisinde kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılaşır.

(2) Üçüncü basamak sağlık kurumlarında düzenlenen metabolizma hastalıkları, endokrinoloji ve kardiyoloji uzmanın yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak, metabolizma hastalıkları, endokrinoloji ve kardiyoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılaşır.

4.2.52- Febuksostat kullanım ilkeleri;

(1) Ürat depozisyonunun gerçekleşmiş olduğu erişkin hastalarda;

a) Serum ürik asit düzeylerinin; gut artriti atağı bulunması durumunda 6 mg/dl'nin üzerinde, gut artriti atağı bulunmaması durumunda ise 8 mg/dl'nin üzerinde olduğu kronik hiperüriseği hastalarında, allopurinol ile 3 ay süreli tedaviye rağmen serum ürik asit düzeyi 6 mg/dl'nin altına düşmeyen veya allopurinol intoleransı olan ve/veya kontrendikasyonu olan hastalarda kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılaşır.

b) İç hastalıkları, nefroloji, romatoloji veya fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen, laboratuvar sonuçlarının da yer aldığı 1 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm uzman hekimler tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılaşır.

(2) Hematolojik maligniteler için kemoterapi alan erişkin hastalarda;

a) Hematolojik maligniteler için kemoterapi alan ve tümör lizis sendromu açısından orta veya yüksek dereceye kadar riski olan allopurinol intoleransı ve/veya kontrendikasyonu olan hastalarda hiperüriseğinin önlenmesi ve tedavisi için kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılaşır.

b) En az bir hematoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden hematoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılaşır.

4.3 - Yurt dışından ilaç getirilmesi

(1) (Değişik: RG- 01/08/2013- 28725/ 10 md. Yürürlük: 01/08/2013) Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişiler için gerekli görülen ve yurt içinden sağlanması mümkün olmayan ilaçların, yurt içinde bulunmadığı ve kullanılmasının zorunlu olduğu Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanarak ilaç teminine izin verildiği takdirde yurt dışından temini mümkündür. Bu amaçla, Sağlık Bakanlığının yetkilendirilmiş taraflar ile Kurum arasında protokol yapılabilir. Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişiler için gerekli görülen ve yurt içinden sağlanması mümkün olmayan ilaçların, yurt içinde bulunmadığı ve kullanılmasının zorunlu olduğu Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanarak ilaç teminine izin verildiği takdirde yurt dışından temini mümkündür. Bu amaçla, Türk Eczacıları Birliği (TEB) ile Kurum arasında protokol yürürlüğtedir. Mevzuat değişikliği yapılarak Sağlık Bakanlığının yetkilendirilmiş diğer taraflarla da protokol yapılabilir.

(2) Sağlık Bakanlığınca, yurt dışından getirilebilecek ilaç listesi yayımlanması halinde listede yer alacak ilaçlar için ayrıca onay aranmayacaktır.

(3) Yurt dışından temini halinde bedeli ödenecek olan ilaçlar "Yurt Dışı İlaç Fiyat Listesi" nde (EK-4/C) belirtilmiştir. Bu listede yer almayan ilaçların bedelleri Kurumca ödenmez. Bu liste Kurumun resmi internet sitesinde yayımlanır.

(4) (Değişik: RG- 18/01/2016- 29597/ 11 md. Yürürlük: 18/01/2016) EK 4/C Listesinde yer alan ilaçların, kişilerin kendi imkânları ile (yurt dışından veya yurt içinden) temini halinde bedelleri Kurumca belirlenen mevzuat kapsamında kendilerine ödenir. Bu şekilde ödemesi yapılacak ilaçın bedeli, aynı ilaçın Kuruma mal olmuş bedelinden fazla olamaz. EK-4/C Listesinde yer alan ilaçların kişilerin kendi imkânları ile (yurt dışından veya yurt içinden) temini halinde, ilaç bedelleri Kurumca belirlenen mevzuat kapsamında hak sahibi adına banka aracılığıyla ödenir. Bu şekilde ödemesi yapılacak ilaçın bedeli, farklı finansal modeller kapsamında değerlendirilen ilaçlar dahil olmak üzere, aynı ilaçın Kuruma mal olmuş bedelinden fazla olamaz. Farklı finansal modeller kapsamında değerlendirilen ve Kurumun internet sayfasında kamu baz fiyatları (ilacın 11/12/2015 tarihli ve 29559 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatlandırılması Hakkında Tebliğde yer alan güncel referans ülkelerdeki veya bu referans ülkelerde ruhsatlı olmaması halinde ruhsatlı olduğu Avrupa ülkelerindeki en düşük depocuya satış fiyatından yüksek olmamak koşulu ile farklı finansal model sözleşmeleri kapsamında belirlenen fiyat) yayımlanan yurtdışı ilaçları hak sahiplerinin kendi imkanlarıyla temin etmeleri halinde ilaç bedelleri; ilaçın Kurumla protokolü bulunan tedarikçiden protokollerde belirlenen süreler dahilinde temin edilemediğinin belgelenmesi kaydıyla Kuruma mal olmuş bedeli üzerinden ödenir.

(5) Bu ilaçlardan EK-4/D Listesi kapsamında olanlardan hasta katılım payı alınmaz.

(6) Tedavi için yurt dışından getirilecek ilaçların, SUT ve eki listelerde yer alan özel hükümler saklı kalmak kaydıyla, uzman hekim tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak uzman hekimler tarafından reçeteye en fazla 90 günlük doza kadar yazılması halinde bedelleri ödenir. Bu raporlarda ilaçın etken maddesi, günlük kullanım dozu, uygulama planı ve süresi de belirtilecektir.

(7) Onkoloji ilaçları en fazla 90 gündeki kür sayısı kadar dozda ve SUT'un 4.2.14 maddesi doğrultusunda reçetelenir.

(8) Sağlık Bakanlığı izni ile yurt dışından temin edilerek tedavide kullanılan ilaç/ ilaçların ülkemize ruhsat alarak satış izni alması durumunda; EK 4/A Listesine giriş talebinde itibaren, (Değişik: RG- 30/04/2016- 29699/10 md. Yürürlük: 30/04/2016) "Ödeme Komisyonunun Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik" "Sosyal Güvenlik Kurumu İlaç Geri Ödeme Yönetmeliği" gereği talebin sonuçlandırılmış maksimum süre içerisinde, SUT ve eki listelerde yer alan özel hükümler saklı kalmak kaydıyla, uzman hekim raporuna dayanılarak uzman hekimlerce en fazla birer aylık miktarlarda reçete edilmesi ve bu reçetelerin Sağlık Bakanlığının onaylanması koşuluyla, Sağlık Bakanlığının ilaçla verilen perakende satış fiyatı üzerinden standart kamu kurum iskontosu olarak oranı SUT'un 4.4.1 maddesinde tanımlı baz iskonto uygulanıktan sonra kademeli eczane iskontosu uygulanarak sözleşmeli eczanelerden sahişlara düzenlenecek faturalara dayanılarak ödemesi yapılacaktır. (Ek: RG- 30/04/2016- 29699/10 md. Yürürlük: 30/04/2016) Ödemelerde, faturada yer alan her bir kutu ilaç için ödenecek tutar her hâlükârdâ Yurt Dışı İlaç Fiyat Listesi'nde (EK-4/C) kayıtlı fiyatın standart kamu kurum iskontosu olarak oranı SUT'un

~~4.4.1 maddesinde tanımlı baz iskonto uygulandıktan sonra bulunacak tutarından daha fazla olamaz. Bu ilaçların temin edilmesinde SUT'un 4.5.2(1) fıkrasında belirtilen 4 iş günlük süre aranmaz. Bu ilaçlardan EK 4/D Listesi kapsamında olanlardan hasta katılım hayatı alınmaz.~~

(Değişik: RG- 25/08/2016- 29812/ 17 md. Yürürlük: 25/08/2016)

~~(8) Sağlık Bakanlığı izni ile yurt dışından temin edilerek tedavide kullanılan ilacın/ilaçların ülkemizde ruhsat alarak satış izni alması durumunda; EK-4/A Listesine giriş talebinde itibaren, talebin sonuçlandırılacağı maksimum süre içerisinde, SUT ve eki listelerde yer alan özel hükümler saklı kalmak kaydıyla, uzman hekim raporuna ve Sağlık Bakanlığınınca verilecek kullanım onayına dayanılarak söz konusu kullanım onayında belirtilmiş süre boyunca uzman hekimlerce en fazla birer aylık miktarlarda recepte edilmesi koşuluyla, Sağlık Bakanlığınınca ilaca verilen perakende satış fiyatı üzerinden SUT'un 4.4.1 maddesinde tanımlı indirim oranları (firmalar tarafından verilen özel iskontolar dahil) uygulandıktan sonra kademeli eczane iskontosu uygulanarak sözleşmeli eczanelerden şahıslara düzenlenecek faturalara dayanılarak ödemesi yapılacaktır. Ödemelerde, fatura yer alan her bir kutu ilaç için ödenecek tutar her hâlükârdâ Yurt Dışı İlaç Fiyat Listesi'nde (EK-4/C) kayıtlı fiyatın standart kamu kurum iskontosu olarak oranı SUT'un 4.4.1 maddesinde tanımlı baz iskonto uygulandıktan sonra bulunacak tutarından daha fazla olamaz. (Ek:RG-09/09/2017-30175/36md. Yürürlük:09/09/2017) Ancak, Sağlık Bakanlığınınca ilaca verilen perakende satış fiyatı nedeniyle, bu fikra kapsamında yapılan hesaplama sonucu bulunacak tutarın fazla olması halinde, bu durumdaki ilaca ilişkin MEDULA sistemi kayıtları, EK-4/C'de kayıtlı fiyatının EK-4/A Listesine giriş talep tarihindeki T.C. Merkez Bankası efektif döviz satış kuru üzerinden TL karşılığında çevrilerek SUT'un 4.4.1 maddesinde tanımlı baz iskontonun uygulanmasını müteakip bulunacak tutar üzerinden yapılır. Bu ilaçların temin edilmesinde SUT'un 4.5.2 maddesinin birinci fıkrasında belirtilen 4 iş günlük süre aranmaz. Bu ilaçlardan EK-4/D Listesi kapsamında olanlardan hasta katılım hayatı alınmaz.~~

~~(9) Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu fiyatları güncellenenler ile listeye ilave edilerek ödenmesine karar verilen ilaçların onaylanan fiyatları EK-4/C Listesinde yayınlanır.~~

4.4 - İlaçlarda uygulanacak indirim oranları ve eşdeğer ilaç uygulaması

4.4.1 Uygulanacak indirim oranları

~~(1) (Değişik:RG- 05/08/2015- 29436/24 md. Yürürlük:13/08/2015) Depocuya satış fiyatı 3,55 (üç virgül ellipesi) TL ve altında olan ilaçlar için kamu kurum iskontosu uygulanmaz. (Özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla) Depocuya satış fiyatı 3,62 (üç virgül altmışiki) TL ve altında olan ilaçlar için kamu kurum iskontosu uygulanmaz. (Özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla)~~

~~(2) (Değişik:RG- 05/08/2015- 29436/24 md. Yürürlük:13/08/2015) Depocuya satış fiyatı 3,56 (üç virgül ellaltı) TL'nin (dahil) üzerinde olan ilaçlara kamu kurum iskontosu olarak %7 veya %11 baz iskonto uygulanır. Depocuya satış fiyatı 3,63 (üç virgül altmışüç) TL'nin (dahil) üzerinde olan ilaçlara kamu kurum iskontosu olarak %7 veya %11 baz iskonto uygulanır.~~

~~(3) Aşağıdakilerdeki bilgilendirme konu edilen kamu kurum iskontoları ve ilave iskonto uygulamalarında ilaçların, orijinal, jenerik, yirmi yıllık gibi durumlarının belirlenmesinde Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmış olan düzenlemeler esas alınır. İlaçlarda olusabilecek durum değişikliklerine ilişkin iskonto uygulamaları Kurum tarafından değerlendirilir.~~

~~(4) (Değişik:RG- 05/08/2015- 29436/24 md. Yürürlük:13/08/2015) 20 yıllık ilaçlardan;~~

~~a) Depocuya satış fiyatı 3,56 (üç virgül ellaltı) TL (dahil) ile 6,78 (altı virgül yetmişsekiz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara %7 baz iskonto uygulanır.~~

~~b) Depocuya satış fiyatı 6,79 (altı virgül yetmişdokuz) TL (dahil) ile 10,21 (on virgül yirmibir) TL (dahil) arasında olan ilaçlara %20 iskonto (baz iskonto %11 + %9 ilave iskonto) uygulanır.~~

~~c) Depocuya satış fiyatı 10,22 (on virgül yirmiiki) TL ve üzerinde, referansı olan ve referansı olmayıp imalat kartına göre fiyat alan ilaçlara %28 iskonto (baz iskonto %11 + %17 ilave iskonto) uygulanır.~~

~~d) Depocuya satış fiyatı 10,22 (on virgül yirmiiki) TL ve üzerinde olan, referansı olmayan ilaçlara referans fiyat alana kadar %40 iskonto (baz iskonto %11 + %29 ilave iskonto) uygulanır.~~

~~20 yıllık ilaçlardan;~~

~~a) Depocuya satış fiyatı 3,63 (üç virgül altmışüç) TL (dahil) ile 6,92 (altı virgül doksaniki) TL (dahil) arasında olan ilaçlara %7 baz iskonto uygulanır.~~

~~b) Depocuya satış fiyatı 6,93 (altı virgül doksanüç) TL (dahil) ile 10,42 (on virgül kırkiki) TL (dahil) arasında olan ilaçlara %20 iskonto (baz iskonto %11 + %9 ilave iskonto) uygulanır.~~

~~c) Depocuya satış fiyatı 10,43 (on virgül kırküç) TL ve üzerinde, referansı olan ve referansı olmayıp imalat kartına göre fiyat alan ilaçlara %28 iskonto (baz iskonto %11 + %17 ilave iskonto) uygulanır.~~

~~d) Depocuya satış fiyatı 10,43 (on virgül kırküç) TL ve üzerinde olan, referansı olmayan ilaçlara referans fiyat alana kadar %40 iskonto (baz iskonto %11 + %29 ilave iskonto) uygulanır.~~

~~(5) (Değişik: RG- 05/08/2015- 29436/24 md. Yürürlük:13/08/2015) Jeneriği olmayan orijinal ilaçlardan;~~

~~a) Depocuya satış fiyatı 3,56 (üç virgül ellaltı) TL (dahil) ile 6,78 (altı virgül yetmişsekiz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara %20 iskonto (baz iskonto %11 + %9 ilave iskonto) uygulanır.~~

~~b) Depocuya satış fiyatı 6,79 (altı virgül yetmişdokuz) TL ve üzerinde olan ilaçlara %41 iskonto (baz iskonto %11 + %30 ilave iskonto) uygulanır.~~

~~Jeneriği olmayan orijinal ilaçlardan;~~

~~a) Depocuya satış fiyatı 3,63 (üç virgül altmışüç) TL (dahil) ile 6,92 (altı virgül doksaniki) TL (dahil) arasında olan ilaçlara %20 iskonto (baz iskonto %11 + %9 ilave iskonto) uygulanır.~~

~~b) Depocuya satış fiyatı 6,93 (altı virgül doksanüç) TL ve üzerinde olan ilaçlara %41 iskonto (baz iskonto %11 + %30 ilave iskonto) uygulanır.~~

(6) (Değişik: RG-05/08/2015-29436/24md. Yürürlük: 13/08/2015) Jeneriği olan orijinal ilaçlar ile jenerik ilaçlardan;

a) Depocuya satış fiyatı 3,56 (üç virgül ellaltı) TL (dahil) ile 6,78 (altı virgül yetmişsekiz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara %20 iskonto (baz iskonto %11 + %9 ilave iskonto) uygulanır.

b) Depocuya satış fiyatı 6,79 (altı virgül yetmişdokuz) TL ve üzerinde olan ilaçlara %28 (baz iskonto %11 + %17 ilave iskonto) iskonto uygulanır.

Jeneriği olan orijinal ilaçlar ile jenerik ilaçlardan;

a) Depocuya satış fiyatı 3,63 (üç virgül altmışşü) TL (dahil) ile 6,92 (altı virgül doksaniki) TL (dahil) arasında olan ilaçlara %20 iskonto (baz iskonto %11 + %9 ilave iskonto) uygulanır.

b) Depocuya satış fiyatı 6,93 (altı virgül doksanüç) TL ve üzerinde olan ilaçlara %28 iskonto (baz iskonto %11 + %17 ilave iskonto) uygulanır.

(7) Referansın altında fiyat almış jeneriği olmayan orijinal ilaçlar ile orijinali olmayan jenerik ilaçlar için yapılacak mahsullaşma işleminde yukarıdaki fikralarda tanımlanan ilave iskontolar da dikkate alınacaktır.

(8) (Değişik: RG-05/08/2015-29436/24md. Yürürlük: 13/08/2015) Depocuya satış fiyatı 3,56 (üç virgül ellaltı) TL ve üzerinde olan kan ürünleri, tıbbi mamalar, radyofarmasötik ürünler ile enteral beslenme ürünlerine %11 baz iskonto uygulanır. Depocuya satış fiyatı 3,63 (üç virgül altmışşü) TL ve üzerinde olan kan ürünleri, tıbbi mamalar, radyofarmasötik ürünler ile enteral beslenme ürünlerine %11 baz iskonto uygulanır.

(9) (Mülg: RG-25/07/2014-29071 / 41-a md. Yürürlük: 01/10/2014) Mevcut iskontosu yukarıdaki fikralarda tanımlı baz iskonto/baz iskonto+ilave iskontonun üzerinde olan ilaçların özel iskontoları saklı tutulur. 17.11.2011 tarihi öncesi mevcut iskontosu baz iskonto+ilave iskontonun üzerinde olan ilaçlara ek olarak uygulanan %7,5 %8,5 ilave iskonto oranında mahsullaşma talebi Kurum tarafından değerlendirilir.

(10) Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunun belirlediği ve EK 4/A Listesinde ayrıca belirtilen ilaçlar için bu maddenin (4), (5) ve (6) numaralı fikraları uygulanmaz.

(11) Piyasaya verilecek, mevcut EK 4/A Listesinde bulunmayan yeni moleküller ile tedaviye yenilik getirecek ürünlerin EK 4/A Listesine kabulü halinde, bu ürünler listeye girdiği tarihten itibaren 1 yıl süre ile ilave iskontolardan muaf tutulur. Molekülün ilave iskontodan muafiyeti açısından 1 yıllık süresi, tüm farmasötik formları için listeye ilk giren forma uygulanan süre bitiminde sona erer.

(12) Hastaneler, yatarak tedavilerde kullandıkları ve kendi eczanelerinden temin ettikleri ilaçlara da yukarıda belirtilen esaslara göre kamu kurum iskontosu ile %3,5 oranında eczacı indirimini uygulayarak fatura edeceklerdir. Serbest eczane satışı olmayan ve Sağlık Bakanlığı tarafından “depocu fiyatlı ilaçlar” şeklinde tanımlanan yapılere, depocu satış fiyatı üzerinden EK 4/A Listesinde gösterilen kamu kurum iskontosu uygulanır, ayrıca eczacı indirimini uygulanmaz.

(13) Ayrıca tüm ilaçlara indirimli bedel üzerinden eczacı indirimini yapılır.

(14) (Mülg: RG-25/07/2014-29071 / 41-b md. Yürürlük: 07/08/2014) Kamu kurum iskontolarında yapılan ilave iskonto uygulamaları nedeniyle eczane stoklarında meydana gelebilecek stok zararları firmalar tarafından ceza depolarına, depolar tarafından da eczanelere ödenir. Bu kapsamında yapılacak işlemlerde, eczacılara tarafından İlaç Takip Sistemine yapılan bildirimler esas alınır.

(Değişik: RG-30/04/2016-29699/11 md. Yürürlük: 23/02/2016)

4.4.1 Uygulanacak indirim oranları

(1) Depocuya satış fiyatı 3,83 (üç virgül seksenüç) TL ve altında olan ilaçlar için kamu kurum iskontosu uygulanmaz (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(2) Depocuya satış fiyatı 3,84 (üç virgül seksendört) TL'nin (dahil) üzerinde olan ilaçlara kamu kurum iskontosu olarak %10 veya %11 baz iskonto uygulanır.

(3) Aşağıdaki fikralarda konu edilen kamu kurum iskontoları ve ilave iskonto uygulamalarında ilaçların, orijinal, jenerik, yirmi yıllık gibi durumlarının belirlenesmesinde Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmış olan düzenlemeler esas alınır. İlaçlarda olabileceği durum değişikliklerine ilişkin iskonto uygulamaları Kurum tarafından değerlendirilir.

(4) 20 yıllık ilaçlardan;

a) Depocuya satış fiyatı 3,84 (üç virgül seksendört) TL (dahil) ile 7,32 (yedi virgül otuziki) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %0 iskonto uygulanır.

b) Depocuya satış fiyatı 7,33 (yedi virgül otuzüç) TL (dahil) ile 11,02 (onbir virgül sıfırıki) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır.

c) Depocuya satış fiyatı 11,03 (onbir virgül sıfırü) TL ve üzerinde olan, referansı olan ve referansı olmayıp imalat kartına göre fiyat alan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11 + %17 ilave iskonto) uygulanır.

ç) Depocuya satış fiyatı 11,03 (onbir virgül sıfırüç) TL ve üzerinde olan, referansı olmayan ilaçlara; referans fiyat alana kadar %40 iskonto (baz iskonto %11 + %29 ilave iskonto) uygulanır.

(5) Jeneriği olmayan orijinal ilaçlardan;

a) Depocuya satış fiyatı 3,84 (üç virgül seksendört) TL (dahil) ile 7,32 (yedi virgül otuziki) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır.

b) Depocuya satış fiyatı 7,33 (yedi virgül otuzüç) TL (dahil) ile 11,02 (onbir virgül sıfırıki) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %31 (baz iskonto %11 + %20 ilave iskonto) iskonto uygulanır.

c) Depocuya satış fiyatı 11,03 (onbir virgül sıfırüç) TL ve üzerinde olan ilaçlara; %41 iskonto (baz iskonto %11 + %30 ilave iskonto) uygulanır.

(6) Jeneriği olan orijinal ilaçlar ile jenerik ilaçlardan;

a) Depocuya satış fiyatı 3,84 (üç virgül seksendört) TL (dahil) ile 7,32 (yedi virgül otuziki) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır.

b) Depocuya satış fiyatı 7,33 (yedi virgül otuzüç) TL (dahil) ile 11,02 (onbir virgül sıfrılı) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %18 iskonto (baz iskonto %11 + % 7 ilave iskonto) uygulanır.

c) Depocuya satış fiyatı 11,03 (onbir virgül sıfrıüç) TL ve üzerinde olan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11 + %17 ilave iskonto) uygulanır.

(7) Depocuya satış fiyatı 3,84 (üç virgül seksendört) TL ve üzerinde olan kan ürünleri, tıbbi mamalar, radyofarmasötik ürünler ile enteral beslenme ürünlerine; %11 baz iskonto uygulanır.

(8) Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunun belirlediği ve EK 4/A Listesinde ayrıca belirtilen ilaçlar için bu maddenin (4), (5) ve (6) numaralı fıkraları uygulanmaz.

(9) **(Değişik: RG 25/08/2016 29812 / 18. nd. Yürürlük: 25/08/2016)** Piyasaya verilecek, mevcut EK 4/A Listesinde bulunmayan yeni moleküller ile tedaviye yenilik getirecek ürünlerin EK 4/A Listesine kabulü halinde, bu ürünler listeye girdiği tarihten itibaren 1 yıl süre ile ilave iskontolardan muaf tutulur. Molekülün ilave iskontodan muafiyeti açısından 1 yıllık süresi, tüm farmasötik formları için listeye ilk giren forma uygulanan süre bitiminde sona erer. Piyasaya verilecek, mevcut EK 4/A Listesinde bulunmayan yeni moleküller ile tedaviye yenilik getirecek ürünlerin EK 4/A Listesine kabulü halinde, bu ürünler listeye girdiği tarihten itibaren 1 yıl süre ile ilave iskontolardan muaf tutulur. Bu süre, SUT'un "4.3 Yurt dışından ilaç getirilmesi" başlıklı maddesinin sekizinci fıkrası kapsamında Kuruma ödemesi yapılan ilaçlar için EK 4/A Listesine giriş talebi tarihinden itibaren başlar. Molekülün ilave iskontodan muafiyeti açısından 1 yıllık süresi, tüm farmasötik formları için listeye ilk giren forma uygulanan süre bitiminde sona erer.

(10) Referansın altında fiyat almış jeneriği olmayan orijinal ilaçlar ile orijinali olmayan jenerik ilaçların kamu kurum iskontoları üzerinden yapılacak mahsuplaşma işleminde yukarıdaki fıkralarda tanımlanan ilave iskontolar da dikkate alınmamaktır.

(11) Hastaneler, yatarak tedavilerde kullandıkları ve kendi eczanelerinden temin ettikleri ilaçlara da yukarıda belirtilen esaslarla göre kamu kurum iskontosu ile %3,5 oranında eczaçı indirimi uygulayarak fatura edeceklerdir. Serbest eczane satış olmayan ve Sağlık Bakanlığı tarafından "depocuya fiyatlı ilaçlar" şeklinde tanımlanan ürünlerde, depocuya satış fiyatı üzerinden EK 4/A Listesinde gösterilen indirim oranları (özel iskontolar dahil) uygulanır, ayrıca eczaçı indirimi uygulanmaz.

(Değişik: RG 18/02/2017 29983/ 13. nd. Yürürlük: 20/02/2017)

4.4.1 Uygulanacak indirim oranları

(1) Depocuya satış fiyatı 4,23 (dört virgül yirmiüç) TL ve altında olan ilaçlar için kamu kurum iskontosu uygulanmaz (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(2) Depocuya satış fiyatı 4,24 (dört virgül yirmidört) TL'nin (dahil) üzerinde olan ilaçlara kamu kurum iskontosu olarak %10 veya %11 baz iskonto uygulanır.

(3) Aşağıdakilerde konu edilen kamu kurum iskontoları ve ilave iskonto uygulamalarında ilaçların, orijinal, jenerik, yirmi yıllık gibi durumlarının belirlenmesinde Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmış olan düzenlemeler esas alınır. İlaçlarda olasıabilecek durum değişikliklerine ilişkin iskonto uygulamaları Kurum tarafından değerlendirilir.

(4) 20 yıllık ilaçlardan;

a) Depocuya satış fiyatı 4,24 (dört virgül yirmidört) TL (dahil) ile 8,09 (sekiz virgül sıfır dokuz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 iskonto uygulanır.

b) Depocuya satış fiyatı 8,10 (sekiz virgül on) TL (dahil) ile 12,19 (oniki virgül on dokuz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır.

c) Depocuya satış fiyatı 12,20 (oniki virgül yirmi) TL ve üzerinde olan, referansı olan ve referansı olmayıp imalat kartına göre fiyat alan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11 + %17 ilave iskonto) uygulanır.

ç) Depocuya satış fiyatı 12,20 (oniki virgül yirmi) TL ve üzerinde olan, referansı olmayan ilaçlara; referans fiyat alana kadar %40 iskonto (baz iskonto %11 + %29 ilave iskonto) uygulanır.

(5) Jeneriği olmayan orijinal ilaçlardan;

a) Depocuya satış fiyatı 4,24 (dört virgül yirmidört) TL (dahil) ile 8,09 (sekiz virgül sıfır dokuz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır.

b) Depocuya satış fiyatı 8,10 (sekiz virgül on) TL (dahil) ile 12,19 (oniki virgül on dokuz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %31 (baz iskonto %11 + %20 ilave iskonto) iskonto uygulanır.

c) Depocuya satış fiyatı 12,20 (oniki virgül yirmi) TL ve üzerinde olan ilaçlara; %41 iskonto (baz iskonto %11 + %30 ilave iskonto) uygulanır.

(6) Jeneriği olan orijinal ilaçlar ile jenerik ilaçlardan;

a) Depocuya satış fiyatı 4,24 (dört virgül yirmidört) TL (dahil) ile 8,09 (sekiz virgül sıfır dokuz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır.

b) Depocuya satış fiyatı 8,10 (sekiz virgül on) TL (dahil) ile 12,19 (oniki virgül on dokuz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %18 iskonto (baz iskonto %11 + %7 ilave iskonto) uygulanır.

c) Depocuya satış fiyatı 12,20 (oniki virgül yirmi) TL ve üzerinde olan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11 + %17 ilave iskonto) uygulanır.

— (7) Depocuya satış fiyatı 4,24 (dört virgül yirmidört) TL ve üzerinde olan kan ürünleri, tıbbi mamalar ve radyofarmasötik produktlere; %11 baz iskonto uygulanır.

— (8) Enteral beslenme ürünlerinden;

— a) Depocuya satış fiyatı 4,24 (dört virgül yirmidört) TL (dahil) ile 8,09 (sekiz virgül sıfır dokuz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %11 baz iskonto uygulanır.

— b) Depocuya satış fiyatı 8,10 (sekiz virgül on) TL (dahil) ile 12,19 (oniki virgül on dokuz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %21 (baz iskonto %11 + %10 ilave iskonto) iskonto uygulanır.

— c) Depocuya satış fiyatı 12,20 (oniki virgül yirmi) TL ve üzerinde olan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11 + %17 ilave iskonto) uygulanır.

— (9) Piyasaya verilecek, mevcut EK 4/A Listesinde bulunmayan yeni moleküller ile tedaviye yenilik getirecek ürünlerin EK 4/A Listesine kabulü halinde, bu ürünler listeye girdiği tarihten itibaren 1 yıl süre ile ilave iskontolarдан muaf tutulur. Bu süre, SUT'un "4.3 Yurt dışından ilaç getirilmesi" başlıklı maddesinin sekizinci fıkrası kapsamında Kuruma ödemesi yapılan ilaçlar için EK 4/A Listesine giriş talebi tarihinden itibaren başlar. Molekülün ilave iskontodan muafiyeti açısından 1 yıllık süresi, tüm farmasötik formları için listeye ilk giren forma uygulanan süre bitiminde sona erer.

— (10) Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunun belirlediği ve EK 4/A Listesinde ayrıca belirtilen ilaçlar için bu maddenin (4), (5) ve (6) numaralı fıkraları uygulanmaz.

(Mülga: RG-08/06/2017-30090/15 md. Yürürlük: 16/06/2017)

— (11) Referansın altında fiyat almış jeneriği olmayan orijinal ilaçlar ile orijinal olmayan jenerik ilaçların kamu kurum iskontoları üzerinden yapılacak mahsulþarma işleminde yukarıdaki fıkralarda tanımlanan ilave iskontolar da dikkate alınmactır.

— (12) Hastaneler, yataräk tedavilerde kullandıkları ve kendi eczanelerinden temin ettikleri ilaçlara da yukarıda belirtilen esaslara göre kamu kurum iskontosu ile %3,5 oranında eczaçı indirimini uygulayarak fatura edeceklerdir. Serbest eczane satışı olmayan ve Sağlık Bakanlığı tarafından "depocu fiyatlı ilaçlar" şeklinde tanımlanan produktlere, depocu satış fiyatı üzerinden EK 4/A Listesinde gösterilen indirim oranları (özel iskontolar dahil) uygulanır, ayrıca eczaçı indirimini uygulanmaz.

— (13) Sağlık Bakanlığı tarafından perakende satış fiyatı verilen produktlere, perakende satış fiyatı üzerinden EK 4/A Listesinde gösterilen indirim oranları (özel iskontolar dahil) uygulanmak suretiyle, ilaçların indirimli bedeli (kamu fiyatı) bulanır. Ayrıca tüm ilaçlara indirimli bedel üzerinden eczaçı indirimini yapılır.

(Değişik: RG-21/03/2018-30367/29 md. Yürürlük: 19/02/2018)

4.4.1 Uygulanacak indirim oranları

(1) Depocuya satış fiyatı 4,86 (dört virgül seksen altı) TL ve altında olan ilaçlar için kamu kurum iskontosu uygulanmaz (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(2) Depocuya satış fiyatı 4,87 (dört virgül seksen yedi) TL'nin (dahil) üzerinde olan ilaçlara kamu kurum iskontosu olarak %10 veya %11 baz iskonto uygulanır.

(3) Aşağıdaki fıkralarda konu edilen kamu kurum iskontoları ve ilave iskonto uygulamalarında ilaçların orijinal, jenerik, yirmi yıllık gibi durumlarının belirlenmesinde Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmış olan düzenlemeler esas alınır. İlaçlarda oluşabilecek durum değişikliklerine ilişkin iskonto uygulamaları Kurum tarafından değerlendirilir.

(4) 20 yıllık ilaçlardan;

a) Depocuya satış fiyatı 4,87 (dört virgül seksen yedi) TL (dahil) ile 9,30 (dokuz virgül otuz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %0 iskonto uygulanır.

b) Depocuya satış fiyatı 9,31 (dokuz virgül otuz bir) TL (dahil) ile 14,01 (on dört virgül sıfır bir) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır.

c) Depocuya satış fiyatı 14,02 (on dört virgül sıfır iki) TL ve üzerinde olan, referansı olan ve referansı olmayıp imalat kartına göre fiyat alan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11 + %17 ilave iskonto) uygulanır.

d) Depocuya satış fiyatı 14,02 (on dört virgül sıfır iki) TL ve üzerinde olan, referansı olmayan ilaçlara; referans fiyat alana kadar %40 iskonto (baz iskonto %11 + %29 ilave iskonto) uygulanır.

(5) Jeneriği olmayan orijinal ilaçlardan;

a) Depocuya satış fiyatı 4,87 (dört virgül seksen yedi) TL (dahil) ile 9,30 (dokuz virgül otuz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır.

b) Depocuya satış fiyatı 9,31 (dokuz virgül otuz bir) TL (dahil) ile 14,01 (on dört virgül sıfır bir) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %31 (baz iskonto %11 + %20 ilave iskonto) iskonto uygulanır.

c) Depocuya satış fiyatı 14,02 (on dört virgül sıfır iki) TL ve üzerinde olan ilaçlara; %41 iskonto (baz iskonto %11 + %30 ilave iskonto) uygulanır.

(6) Jeneriği olan orijinal ilaçlar ile jenerik ilaçlardan;

a) Depocuya satış fiyatı 4,87 (dört virgül seksen yedi) TL (dahil) ile 9,30 (dokuz virgül otuz) (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır.

b) Depocuya satış fiyatı 9,31 (dokuz virgül otuz bir) TL (dahil) ile 14,01 (on dört virgül sıfır bir) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %48 iskonto (baz iskonto %11 + %7 ilave iskonto) uygulanır.

c) Depocuya satış fiyatı 14,02 (on dört virgül sıfır iki) TL ve üzerinde olan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11 + %17 ilave iskonto) uygulanır.

(7) Depocuya satış fiyatı 4,87 (dört virgül seksen yedi) TL ve üzerinde olan kan ürünleri, tıbbi mamalar ve radyofarmasötik produktlere; %11 baz iskonto uygulanır.

(8) Enteral beslenme ürünlerinden;

- a) Depocuya satış fiyatı 4,87 (dört virgül seksen yedi) TL (dahil) ile 9,30 (dokuz virgül otuz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %11 baz iskonto uygulanır.
- b) Depocuya satış fiyatı 9,31 (dokuz virgül otuz bir) TL (dahil) ile 14,01 (on dört virgül sıfır bir) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %21 (baz iskonto %11 + %10 ilave iskonto) iskonto uygulanır.
- c) Depocuya satış fiyatı 14,02 (on dört virgül sıfır iki) TL ve üzerinde olan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11 + %17 ilave iskonto) uygulanır.

(Değişik: RG-10/05/2018-30417/ 23 md. Yürürlük: 19/02/2018)

4.4.1 - Uygulanacak indirim oranları

(1) Depocuya satış fiyatı 4,86 (dört virgül seksen altı) TL ve altında olan ilaçlar için kamu kurum iskontosu uygulanmaz (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(2) Depocuya satış fiyatı 4,87 (dört virgül seksen yedi) TL'nin (dahil) üzerinde olan ilaçlara kamu kurum iskontosu olarak %10 veya %11 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(3) Aşağıdaki fıkralarda konu edilen kamu kurum iskontoları ve ilave iskonto uygulamalarında ilaçların, orijinal, jenerik, yirmi yıllık gibi durumlarının belirlenmesinde Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmış olan düzenlemeler esas alınır. İlaçlarda olusablecek durum değişikliklerine ilişkin iskonto uygulamaları Kurum tarafından değerlendirilir.

(4) 20 yıllık ilaçlardan;

a) Depocuya satış fiyatı 4,87 (dört virgül seksen yedi) TL (dahil) ile 9,30 (dokuz virgül otuz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %0 iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

b) Depocuya satış fiyatı 9,31 (dokuz virgül otuz bir) TL (dahil) ile 14,01 (on dört virgül sıfır bir) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

c) Depocuya satış fiyatı 14,02 (on dört virgül sıfır iki) TL ve üzerinde olan, referansı olan ve referansı olmayıp imalat kartına göre fiyat alan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11+%17 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

ç) Depocuya satış fiyatı 14,02 (on dört virgül sıfır iki) TL ve üzerinde olan, referansı olmayan ilaçlara; referans fiyat alana kadar %40 iskonto (baz iskonto %11+%29 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(5) Jeneriği olmayan orijinal ilaçlardan;

a) Depocuya satış fiyatı 4,87 (dört virgül seksen yedi) TL (dahil) ile 9,30 (dokuz virgül otuz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

b) Depocuya satış fiyatı 9,31 (dokuz virgül otuz bir) TL (dahil) ile 14,01 (on dört virgül sıfır bir) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %31 (baz iskonto %11+%20 ilave iskonto) iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

c) Depocuya satış fiyatı 14,02 (on dört virgül sıfır iki) TL ve üzerinde olan ilaçlara; %41 iskonto (baz iskonto %11+%30 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(6) Jeneriği olan orijinal ilaçlar ile jenerik ilaçlardan;

a) Depocuya satış fiyatı 4,87 (dört virgül seksen yedi) TL (dahil) ile 9,30 (dokuz virgül otuz) (dahil) arasında olan ilaçlara; %10 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

b) Depocuya satış fiyatı 9,31 (dokuz virgül otuz bir) TL (dahil) ile 14,01 (on dört virgül sıfır bir) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %18 iskonto (baz iskonto %11+%7 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

c) Depocuya satış fiyatı 14,02 (on dört virgül sıfır iki) TL ve üzerinde olan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11+%17 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(7) Depocuya satış fiyatı 4,87 (dört virgül seksen yedi) TL ve üzerinde olan kan ürünlerleri, tıbbi mamalar ve radyofarmasötikURNELERE; %11 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(8) Enteral beslenme ürünlerinden;

a) Depocuya satış fiyatı 4,87 (dört virgül seksen yedi) TL (dahil) ile 9,30 (dokuz virgül otuz) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %11 baz iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

b) Depocuya satış fiyatı 9,31 (dokuz virgül otuz bir) TL (dahil) ile 14,01 (on dört virgül sıfır bir) TL (dahil) arasında olan ilaçlara; %21 (baz iskonto %11+%10 ilave iskonto) iskonto uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

c) Depocuya satış fiyatı 14,02 (on dört virgül sıfır iki) TL ve üzerinde olan ilaçlara; %28 iskonto (baz iskonto %11+%17 ilave iskonto) uygulanır (özel iskontolar saklı kalmak kaydıyla).

(9) Piyasaya verilecek, mevcut EK-4/A Listesinde bulunmayan yeni moleküller ile tedaviye yenilik getirecek ürünlerin EK-4/A Listesine kabulü halinde, bu ürünler listeye girdiği tarihten itibaren 1 yıl süre ile ilave iskontolardan muaf tutulur. Bu süre; SUT'un "4.3 - Yurt dışından ilaç getirilmesi" başlıklı maddesinin sekizinci fıkrası kapsamında Kurumca ödemesi yapılan ilaçlar için EK-4/A Listesine giriş talebi tarihinden itibaren başlar. Molekülün ilave iskontodan muafiyeti açısından 1 yıllık süresi, tüm farmasötik formları için listeye ilk giren forma uygulanan süre bitiminde sona erer.

(10) Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunun belirlediği ve EK-4/A Listesinde ayrıca belirtilen ilaçlar için bu maddenin (4), (5) ve (6) numaralı fıkraları uygulanmaz.

(Değişik: RG-05/07/2018-30469/ 6 md. Yürürlük: 05/07/2018)

(11) Hastaneler, yataрак tedavilerde kullandıkları ve kendi eczanelerinden temin ettikleri ilaçlara da yukarıda belirtilen esaslara göre kamu kurum iskontosu ile %3,5 oranında eczacı indirimi uygulayarak fatura edeceklerdir. Serbest

~~eczane satışı olmayan ve Sağlık Bakanlığı tarafından “depocu fiyatlı ilaçlar” şeklinde tanımlanan ürünlere, depocu satış fiyatı üzerinden EK 4/A Listesinde gösterilen indirim oranları (özel iskontolar dahil) uygulanır, ayrıca eczacı indirimi uygulanmaz.~~

(11) Ayakta veya yatarak tanı ve tedavi hizmeti sunan sözleşmeli/protokollü sağlık hizmeti sunucuları, ayakta veya yatarak tedavilerde kullandıkları ve kendi eczanelerinden temin ettikleri ilaçlara da Kurum eşdeğer ilaç uygulaması ile belirlenen azami birim bedel esas alınmak suretiyle yukarıda belirtilen esaslara göre kamu kurum iskontosu ile %3,5 oranında eczacı indirimi uygulayarak fatura edeceklerdir. Ayakta veya yatarak tanı ve tedavi hizmeti sunan sözleşmeli/protokollü sağlık hizmeti sunucularının ilaç satın alma bedeli ile eşdeğer ilaçların Kurumca ödenen azami fiyatları arasında fark olması halinde fark ücreti kişilerden talep edilemez. Serbest eczane satışı olmayan ve Sağlık Bakanlığı tarafından “depocu fiyatlı ilaçlar” şeklinde tanımlanan ürünlere, depocu satış fiyatı üzerinden EK-4/A Listesinde gösterilen indirim oranları (özel iskontolar dahil) uygulanır, ayrıca eczacı indirimi uygulanmaz.

(12) Sağlık Bakanlığı tarafından perakende satış fiyatı verilen ürünlere, perakende satış fiyatı üzerinden EK-4/A Listesinde gösterilen indirim oranları (özel iskontolar dahil) uygulanmak suretiyle, ilaçların indirimli bedeli (kamu fiyatı) bulunur. Ayrıca tüm ilaçlara indirimli bedel üzerinden eczacı indirimi yapılır.

4.4.2 - Eşdeğer ilaç uygulaması

(Değişik: RG- 25/07/2014- 29071/ 42 md. Yürürlük: 07/08/2014)

(1) Eşdeğer ilaç uygulaması; temelde sınırlılmış bir terapötik eşdeğerlik olarak, aynı endikasyon için kullanılabilen aynı etken maddeyi içeren ürünlerin benzer dozaj formları arasında fiyat karşılaştırması esasına dayanır.

(2) Eşdeğer ilaç bedellerinin ödenmesinde, aynı endikasyon için kullanılabilen aynı etken maddeyi içeren en ucuz ilaç bedelinin %10 fazlasına kadar dikkate alınacaktır. Fiyatları en ucuz olarak referans alınacak ürünlerin eczacılar tarafından ulaşılabilir olması gereklidir. Bu amaçla, tavana esas en ucuz ilaç olarak belirlenen ilaçın en az 5 ay piyasada bulunması ve ilgili eşdeğer ilaç grubuna dahil olan ilaçlar arasından en az %1 pazar payına sahip olması gözetilir. Söz konusu süre ve pazar payının her bir eşdeğer ilaç grubundaki ilaç sayısı dikkate alınarak yeniden belirlenmesinde ve bunlara ilişkin tereddütlerin giderilmesinde “Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu” yetkilidir.

(3) Bu esaslara göre belirlenen eşdeğer ilaç gruplarının her birinde;

a) SUT'un 4.4.1 maddesinde belirtildiği şekilde indirim oranları uygulanmak suretiyle, ilaçların indirimli kutu fiyatı bulunur.

b) İndirimli kutu fiyatı üzerinden, gruba dahil ilaçların ortak en küçük birimi başına düşen “indirimli birim bedel” hesaplanır.

c) Gruptaki ilaçlar için bulunan bu indirimli birim bedeller karşılaştırılarak o eşdeğer ürün grubu için geçerli en ucuz birim bedel bulunur.

d) Bulunan en ucuz fiyatta %10 ilave edilerek o gruptaki ilaçlar için ödenebilecek azami birim bedel bulunur.

e) Bu şekilde bulunan ödenebilecek azami birim bedel esas alınarak, gruptaki her bir ilaçın ambalaj formuna göre o ilaçla özgü kutu bedeli hesaplanır ve ortaya çıkan bu kutu fiyatı, aynı ilaçın indirimli kutu fiyatı ile karşılaştırılır.

f) İndirimli kutu fiyatının, azami birim bedelen yola çıkılarak hesaplanan kutu fiyatını aşan kısmı ödenmez.

(4) **(Değişik: RG- 26/09/2013- 28777/ 11 md. Yürürlük: 04/10/2013)** Faktörler, plazma kaynaklı ve rekombinant kaynaklı ürünler olarak aynı fiyat karşılaştırması temelinde ancak eczane ikamesi açısından ayrı eşdeğer grplarda değerlendirilir. Faktörler, plazma kaynaklı ve rekombinant kaynaklı ürünler olarak solunum sistemi ilaçları ise cihaz farklılıklarına göre aynı fiyat karşılaştırması temelinde ancak eczane ikamesi açısından ayrı eşdeğer grplarda değerlendirilir.

(1) Eşdeğer ilaç uygulaması; sınırlılmış bir terapötik eşdeğerlik olarak, aynı endikasyon için kullanılabilen aynı etken maddeyi içeren ürünlerin benzer dozaj formları arasında fiyat karşılaştırması temelinde; aynı eşdeğer grplarda ya da aynı fiyat karşılaştırması temelinde ancak eczane ikamesi açısından ayrı eşdeğer grplarda yer olması esasına dayanır.”

(2) Bu esaslara göre belirlenen eşdeğer ilaç gruplarının her birinde;

a) SUT 'un 4.4.1 maddesinde belirtildiği şekilde indirim oranları uygulanmak suretiyle, ilaçların indirimli kutu fiyatı bulunur.

b) İndirimli kutu fiyatı üzerinden, gruba dahil ilaçların “indirimli birim bedel” hesaplanır.

c) Gruptaki ilaçlar için bulunan bu indirimli birim bedeller karşılaştırılarak o eşdeğer ürün grubu için geçerli en ucuz birim bedel bulunur. Bu bedel taban birim fiyat, bu bedelli ilaç, taban ilaç olarak ifade edilir. Taban ilaçın en az %1 pazar payına sahip olması gereklidir. Pazar payının her bir eşdeğer ilaç grubundaki ilaç sayısı dikkate alınarak yeniden belirlenmesinde ve bunlara ilişkin tereddütlerin giderilmesinde “Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu” yetkilidir.

(Değişik: RG- 25/08/2016- 29812/ 19 md. Yürürlük: 10/05/2016)

ç) Eşdeğer ilaçlara ödenecek bedellerin belirlenmesinde; Kurumca belirlenen grplara göre;

— 1 “Taban birim fiyat uygulaması” olan grplarda; o gruptaki ilaçlar için ödenebilecek azami birim fiyat, taban birim fiyattır.

— 2 “Bant aralığı uygulaması” olan grplarda; taban birim fiyatta %10 ilave edilerek o gruptaki ilaçlar için ödenebilecek azami birim fiyat bulunur.

ç) Eşdeğer ilaçlara ödenecek bedellerin belirlenmesinde; taban birim fiyatta %10 ilave edilerek o gruptaki ilaçlar için ödenebilecek azami birim fiyat bulunur.

d) Azami birim bedelen yola çıkılarak hesaplanan kutu fiyatını aşan kısmı ödenmez.

4.5 - Eczanelerden ilaç temini

4.5.1 - Kişilerin acil durumlarda sözleşmesiz eczanelerden temin ettikleri ilaç bedelinin ödenmesi

(1) Reçete edilen ilaçların, Kurumla sözleşme yapan eczanelerden temin edilmesi halinde bedelleri ödenir.

(2) Acil haller dışında Kurum ile sözleşmesi olmayan eczanelerden temin edilen ilaçların bedelleri Kurumca karşılanmaz. Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilerin sözleşmesiz eczanelerden acil haller nedeniyle temin ettikleri ilaç bedelleri acil halin Kurumca kabul edilmesi şartıyla karşılanır. Bu şekilde temin edilen ilaçların, SUT'un 4.4 maddesinde belirtildiği şekilde kamu iskontosu ile en yüksek eczacı iskontosu ve hasta katılım payı düşündükten sonra,

kalan kısım Kurum tarafından ilgiliye ödenecektir. Bu ödemenin yapılabilmesi için, reçeteye ilaçların fiyat kupürlerinin tamamı ilacın ismi de yer alacak şekilde yapıştırılacaktır. Eczane tarafından verilen ilaçları ve tutarını gösteren faturanın da ilaç fiyat kupürleri yapıştırılmış olan reçete ile birlikte ibrazı zorunludur. (**Ek: RG- 30/08/2014- 29104/ 18 md. Yürürlük: 18/04/2014**) Ayrıca Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyetinde; eczaneler ile sözleşme yapılmaya kadar bu ülkedeki Kurumla sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularınca düzenlenen reçete bedelleri, SUT'un 4.4 maddesinde belirtildiği şekilde kamu iskontosu ile en yüksek eczacı iskontosu ve ilaç katılım payı düşüldükten sonra, kalan kısım Kurum tarafından ilgiliye ödenecektir. Ödeme için, eczane tarafından verilen ilaçları ve tutarını gösteren faturanın ilaç fiyat kupürleri/karekodları ile birlikte ibraz edilmesi gereklidir.

(3) Kurum ilaç ödemesinde, ilaçın veriliş tarihindeki perakende satış fiyatları esas alınır.

4.5.2 - Reçetelerin geçerli olduğu süre

(1) İlaçlar reçetenin tanzim tarihinden itibaren 4 iş günü içinde sözleşme yapılan eczanelerden temin edilecektir. Bu sürenin dışındaki müracaatlarda reçete muhteviyatı ilaçlar eczanece verilmeyecektir.

(2) Sağlık raporuna dayanılarak yazılan reçetelerde, EK-4/D Listesinde bulunan veya bulunmayan (kür ve tedavi planı olan ilaçlar hariç) ilaçlar, ilaç bitim tarihinden 15 gün öncesinde verilebilir.

4.5.3 - İlaç bedellerinin ödemesi

(1) Sağlık kurum ve kuruluşlarında yatarak sağlanan tedaviler sonucu doğan ilaç bedelleri SUT hükümlerine uyulmak kaydıyla Kurum tarafından karşılanır.

(2) Ayakta yapılan tedavilerde kullanılan ilaç bedellerinden, ilaç kurum indirimini, eczane tarafından yapılan indirim ile birlikte hasta katılım payı düşüldükten sonra kalan tutarlar Kurum tarafından ödenecektir.

4.5.4 - İlaç takip sistemi

(1) Sağlık Bakanlığı “İlaç Takip Sistemi”ne kayıt edilmiş karekodlu ilaçların Kuruma fatura edilmesinde Kurumca belirlenecek usul ve esaslarla göre işlem yapılacaktır.

4.6 - Kan ve kan bileşenlerinin temini ve bedelinin ödemesi

(1) Kan ihtiyacının karşılanması güvenli kan temini esas olup, hasta yakınlarının kan verecek kişileri bulmasının sebep olduğu sağlık ve sosyal sorunları önlemek için, Kızılay kan birimlerinde kan ve kan bileşenlerinin bulunduğu durumlarda, replasman kan alınma yöntemi tercih edilmeyecektir.

(2) İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşlarında, hastalar için hekimler tarafından gereklilik görülen kan ve kan bileşenleri (eritrosit süspansiyonu, tam kan, trombosit, plazma, vb.), Sağlık Bakanlığında ruhsatlandırılmış kan hizmet birimleri ile Kızılay'a ait kan birimi bulunan yerlerde, bu birimlerden temin edilir. Sağlık kurum ve kuruluşlarında, hastalara kan temin ettirmeyecektir. Sağlık kurum ve kuruluşlarında temin edilmesi zorunlu olduğu halde temin edilmeyerek hastaya alındıran kan ve kan bileşenlerine ait fatura bedeli hastaya ödenir ve ilgili sağlık kurum ve kuruluşlarından mahsul edilir.

(3) SUT eki EK-2/B Listesi üzerinden faturalandırılan tedaviler için kullanılması gereklilik görülen ve sağlık kurumlarında temin edilen kan ve kan bileşenlerinin bedelleri, epikrizde kan bileşeninin adı, sayısı, (**Değişik: RG-08/06/2017- 30090/ 16-a md. Yürürlük: 19/06/2017**) ~~ünlü~~ ISBT (International Society of Blood Transfusion) 128 kan barkod numaralarının belirtilmesi kaydıyla, SUT eki EK-2/B Listesi puanları esas alınarak Kurumca sağlık kurum ve kuruluşuna ödenir.

(4) SUT eki EK-2/C Listesi kapsamında yer alan işlemler için sağlık kurum ve kuruluşlarında kullanılan kan ve kan bileşenleri, tanya dayalı işlem puanlarına dâhil olduğundan Kuruma fatura edilemez. (**Ek: RG- 25/08/2016- 29812/ 20 md. Yürürlük: 24/07/2016**) (Ancak 705371, 705430 ve 705440 kodlu kan bileşenlerinin tanya dayalı işlemler kapsamında kullanılması halinde bu kan bileşenlerinin puanının (**Değişik: RG- 11/10/2017- 30207/ 3 md. Yürürlük: 01/10/2017**) ~~%30~~'u %36'sı (**Ek: RG- 25/03/2017- 30018/ 23 md. Yürürlük: 05/04/2017**), 705372 ve 705373 kodlu kan bileşenlerinin kullanılması halinde (**Değişik: RG- 11/10/2017- 30207/ 3 md. Yürürlük: 01/10/2017**) ~~%18+~~ %24'ü, 705441 kodlu kan bileşeninin kullanılması halinde (**Değişik: RG- 11/10/2017- 30207/ 3 md. Yürürlük: 01/10/2017**) ~~%13+~~ %20'si, 705442 ve 705443 kodlu kan bileşenlerinin kullanılması halinde ise (**Değişik: RG- 11/10/2017- 30207/ 3 md. Yürürlük: 01/10/2017**) ~~%22~~'si %28'i sağlık hizmeti sunucusunca ayrıca faturalandırılır. Tüm kan bileşenlerinin (**Ek: RG- 08/06/2017- 30090/ 16-b md. Yürürlük: 19/06/2017**) ISBT (International Society of Blood Transfusion) 128 kan barkod numaraları ile birlikte MEDULA sistemine kaydedilmesi zorunludur.)

4.7 - Faktör ve diğer kan ürünlerinin reçete edilmesi ve hemofili hastalarının bildirim zorunluluğu

(1) Hemofili teşhisi konulan hastalar, teşhisi koyan hastane tarafından “Hemofili Bildirim Formu” düzenlenerek, Sağlık Bakanlığına bildirilecektir.

(2) Hemofili hastaları bildirim formu eksiksiz olarak doldurulacaktır.

(3) Hemofili hastaları için en az bir hematoloji uzman hekiminin imzasının da bulunduğu sağlık kurulu raporu düzenlenenecektir. Hemofili hastaları için düzenlenen sağlık kurulu raporlarında, faktör düzeyleri ve hematoloji uzman hekimi ibaresi mutlaka belirtilecektir. Hematoloji uzman hekiminin olmadığı hastanelerde sağlık kurul raporu üç iç hastalıkları ya da üç çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından da düzenlenebilir.

(**Değişik: RG-10/05/2018-30417/ 24 md. Yürürlük: 18/05/2018**)

(4) Hastalara, Sağlık Bakanlığı tarafından özel olarak düzenlenen “Hemofili Takip Karnesi” ve turuncu renkte, dört nüshali hemofili reçetesi verilecektir. Hemofili reçetelerine hematoloji veya iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından yalnız faktör yazılabilecek, reçetede bulunan bölümler ilgili hekim ve eczacılar tarafından eksiksiz olarak doldurulacaktır.

(4) Hemofili reçetelerinin; hematoloji, iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından ilgili mevzuata uygun olarak düzenlenmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

(5) Faktör dışındaki diğer kan ürünleri de özel renkte (mor) “Kan Ürünleri Reçetesi”ne yazılacaktır. Hastanede yatan hastalar için de aynı reçete kullanılabactır.

(6) Kan ürünü reçeteleri, ilgili birimlerden alınacak sağlık kurulu raporlarına bağlı olarak uzman hekimler tarafından yazılabilecektir. Ancak, acil hallerde kullanılması zorunlu olan ürünlerden yalnız tetanos ve anti D immünglobulinleri ile larenks ödemi ile başvuran herediter anjiyoödem tanılı hastaların acil (akut) tedavisinde C1 esteraz inhibitörleri için sağlık kurulu raporu ve mor reçete şartı aranmayacaktır. Hastanelerde yatan hastalarda, faktör dışındaki kan ürünleri için sağlık kurulu

raporu gerekli değildir. Yeterli uzman hekimi olmayan yerlerde, çıkan vakalara vaktinde müdahale edilebilmesi için yalnız kuduz ve tetanos immunglobulinleri pratisyen hekim tarafından da kan ürünleri reçetesine yazılabilir.

(Mülga:RG- 10/05/2018-30417/ 24 md. Yürürlük:18/05/2018)

(7) Hemofili hastalarının faktör reçeteleri ve diğer kan ürünü reçeteleri dört nüshali olacak, reçetelerin birinci nüshası eczaneler tarafından İl Sağlık Müdürlüğüne, ikinci nüshası Kuruma gönderilecek, üçüncü nüsha eczane, dördüncü nüsha ise karnede kalacaktır.

(8) Hemofili takip karnesini almadan herhangi bir nedenle hastalanmış olanların ilaçları, ilgili uzman hekimler tarafından, bir kereye mahsus olmak üzere sağlık kurulu raporuna istinaden "Kan Ürünleri Reçetesesi"ne yazılabilir. Karnesiz ikinci defa tedavi görme imkânı olmadıktan, tedaviden sonra hastaların, sağlık kurulu raporu ile birlikte vakit geçirmeden hemofili takip karnesi alabilmek için İl Sağlık Müdürlüklerine müracaat etmeleri gerekmektedir.

(9) Kan ürünü veren eczaneler, reçetelerin ilk nüshası ile birlikte reçete bilgilerini de içeren "Hemofili Reçete Formunu" ve "Kan Ürünleri Reçete Formunu" doldurarak her ay İl Sağlık Müdürlüklerine gönderecektir.

(10) İl Sağlık Müdürlükleri, eczanelerin gönderdiği form ve beraberindeki reçeteleri kontrol ettikten sonra, tüm formları birleştirerek tek bir form halinde Sağlık Bakanlığına gönderecektir.

(11) Kan ürünleri ve faktörlerden hasta katılım payı alınmayacağından.

(Değişik: RG- 04/02/2018- 30322/ 19 md. Yürürlük: 01/01/2018)

BESİNCİ BÖLÜM
Faturalandırma ve Ödeme

5.1 MEDULA sistemi

(1) Kurumla sözleşmeli/protokollü sağlık hizmeti sunucularına, sundukları sağlık hizmetlerine ilişkin bedellerin ödenebilmesi için Kurum mevzuatı gereği istenilen bilgilerin Kurumca belirlenen istisnalar hariç olmak üzere MEDULA sistemine girilmesi zorunludur. Kurumca "MEDULA Web Servisleri Kullanım Kılavuzu" ayrıca yayımlanmakta olup sağlık hizmeti sunucularının MEDULA entegrasyonu için yapacakları yazılımlar Kılavuzdaki açıklamalara göre gerçekleştirilecektir. **(Ek: RG- 05/08/2015- 29436/ 25 md. Yürürlük: 05/08/2015)** Ayrıca Kurumla sözleşmeli/protokollü sağlık hizmeti sunucularının, sundukları sağlık hizmetlerine ilişkin bedellerin ödenebilmesi için, Kurumca belirlenecek sağlık hizmetlerine ait oluşturulan Ulusal Kayıt Formlarını ve MEDULA sistemine girilmesi gereklidir. **gördürilen geri ödemeye esas teşkil edecek diğer bilgi/belgelerini MEDULA sistemine girmesi zorunludur.** Sağlık hizmeti Ulusal Kayıt Formları ve MEDULA sistemine girilmesi gereklidir. **gördürilen geri ödemeye esas teşkil edecek diğer bilgi/belgeler ile ilgili uyulması gereken kurallar Kurumca ayrıca duyurulacaktır.**

(2) Sunulan hizmete ilişkin MEDULA sisteminden alınan provizyonlar on izin niteligidde olup mevzuat ile açıkça belirtilmediği sürece hiçbir zaman tek başına yeterli sayılmayıacak, bunlarla ilgili sisteme eklenmemiş diğer kuralların varlığı halinde gerekli kontroller sağlık hizmeti sunucularına yapılmaya devam edilecektir.

5.2 Fatura düzenlenmesi

5.2.1 Sağlık kurum ve kuruluşları faturalarının düzenlenmesi

(1) MEDULA sistemini kullanan sağlık kurum ve kuruluşları, Kurum sağlık yardımlarından yararlandırlan tüm kişiler için, her ayın başı ile sonu arasında verdikleri sağlık hizmetlerine ilişkin hem kendi sistemleri üzerinden Kurum adına basılı olarak hem de MEDULA sisteminden elektronik olarak; tek bir fatura düzenleyecektir. **(Ek: RG- 21/04/2015- 29333/ 14-a md. Yürürlük: 01/05/2015)** Kurumun "e-fatura adresi" uygulamasına başlaması halinde faturalar elektronik olarak düzenlenerek ve/veya elektronik ortama aktarılarak Kurum bilgi işlem sistemine intikal ettilir. Ancak herhangi bir nedenle döneminde faturalandırılamayan bir sağlık hizmeti olması halinde bu sağlık hizmeti işleminin bittiği tarih itibarıyle faturalandırılması gereken dönemi takip eden en geç 2 ay içerisindeki dönem sonlandırılmasına dahil edilecektir. Ancak bu Tebliğin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren 6 ay süresince, herhangi bir nedenle döneminde faturalandırılamayan bir sağlık hizmeti olması halinde bu sağlık hizmeti, işleminin bittiği tarih itibarıyle faturalandırılması gereken dönemi takip eden en geç 3 ay içerisindeki dönem sonlandırılmasına dahil edilebilecektir. Bu maddenin ikinci fikrasının a bendinde sayılan trafik kazası nedeniyle verilen sağlık hizmetlerine ilişkin faturalar için dönem sonlandırma süresi dikkate alınmaz. Ayrıca Kurumdan kaynaklanan sebeplerden dolayı elektronik ortama Kuruma fatura edilemeyen sağlık hizmeti bedelleri ile provizyon alma süresi içerisinde vefat eden hastaların tedavi bedelleri manuel olarak fatura edilebilecektir.

(2) **(Değişik: RG- 01/08/2013- 28725/ 11 md. Yürürlük: 01/08/2013)** Ancak, Kurumca örneklemeye dahil edilmeksızın tamamı incelenecesinden; **Ancak, Kurumca örneklemeye dahil edilmeksızın (Mülga: RG- 10/04/2014- 28968/7 md. Yürürlük: 10/04/2014)** (Trafik kazası hariç) tamamı incelenecesinden;

a) Trafik kazası, iş kazası, meslek hastalıkları ve adli vaka durumlarında her hasta için ayrı ayrı,

b) a bendinde sayılan haller hariç olmak üzere SUT'un 1.7(2)b bendinde sayılan hallerdeki işlemler, kemik iliği, kök hücre nakilleri, ekstrakorporeal fotoferez tedavisi, hiperbarik oksijen tedavileri, tüp bebek tedavileri, plazmaferez tedavileri, **(Ek: RG- 18/03/2014- 28945/ 20 md. Yürürlük: 01/04/2014)**, **allogreflerin kullandığı tedaviler**, ağız ve diş tedavileri ile ilgili olarak damak yarığı protezi, yeni doğanda preoperatif aparey, velum uzantılı konuşma apareyi, geçici opturatörler, basit çene defektlerinin protetik tedavileri, komplike çene defektlerinin protetik tedavileri, **(Değişik: RG- 24/12/2014- 29215/ 15 md. Yürürlük: 01/01/2015)** yüz protezlerine ait işlemlerin yüz protezleri, palyatif bakım tedavisi ait işlemlerin **(Ek: RG- 18/01/2016- 29597/ 12 md. Yürürlük: 01/01/2016)**, genel sağlık sigortası veya genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi sayılan yabancı ülke vatandaşlarına ait işlemlerin faturaları ayrı ve tek bir grup halinde,

c) Yabancı ülkelerde yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında Kurum sağlık yardımlarından yararlandırlan ve Sosyal Güvenlik İl Müdürlüklerince düzenlenmiş ve onaylanmış Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sağlık Yardım Belgesi (aslı veya fotokopisi) ile müracaat eden kişilere ait faturalar **(Mülga: RG- 21/04/2015- 29333/ 14-b md. Yürürlük: 01/05/2015)** MEDULA sisteminden provizyon alınabilen kişiler de dahil ülke ve bağlı olunan sosyal güvenlik İl müdürlüğü bazında ayrı ayrı,

ç) Kurum Hizmet Sunumu Genel Müdürlüğü yetkililerince imzalanacak bir tutanak ile tevsik edilmesi kaydıyla MEDULA sisteminden kaynaklanan arıza nedeniyle hasta takip numarasının alınmadığı süre zarfında Kurum sağlık yardımlarından yararlanma hakkının olduğunu yazılı olarak beyan etmek veya belgelemek suretiyle müracaat eden kişilerden daha sonra yapılan sorgulama sonucu müstahak olmadığı tespit edilenlere ait faturaların ayrı tek grup halinde manuel,

d) **(Değişik: RG-30/08/2014-29104/22 md. Yürürlük: 30/08/2014)** Mucavir alan **Yerleşim yeri** dışi ambulans ücretleri her hasta için ayrı ayrı (MEDULA sisteminde gerekli düzenlemeler yapılmasına kadar manuel),

e) 3713 sayılı Kanunun 21inci maddesinin üçüncü fıkrası hükümleri gereği tedavi yardımından yararlananlara ait işlemlerin faturaları her hasta için ayrı, düzenlenmesi gerekmektedir.

(3) Sağlık Bakanlığı ile yapılan protokol hükümlerinde faturalama ile ilgili hükümler saklıdır.

(Mülga: RG-01/08/2013-28725/11 md. Yürürlük: 01/08/2013)

(4) İkinci fıkranın a bendinde sayılan durumlar nedeniyle verilen tedavi faturalarının ayrı ayrı olarak gönderilmediğinin tespiti halinde fatura bedelleri ilgili sağlık kurumuna ödenmez.

5.2.2 Eczane faturalarının düzenlenmesi

(1) Eczaneler tarafından, her ayın ilk ve son gününü kapsayan döneme ait reçeteler, o ayın son günü tarihini taşıyacak şekilde MEDULA eczane provizyon sistemi üzerinden sonlandırılır ve faturalandırılır.

(2) Fatura sınıflandırılması;

a) Kan ürünü ve hemofili ilaçları/ilaçları içeren reçetelere ait faturalar,

b) Yatan hasta reçeteleri, günübirlik tedavi reçeteleri ve sağlık raporu ile temin edilen ilaç/ilaçları içeren reçetelere ait faturalar,

c) İş kazası, meslek hastalığı, trafik kazası ve adli vaka reçetelerine ait her hasta için ayrı ayrı olmak üzere düzenlenen faturalar,

e) 3713 sayılı Kanunun 21inci maddesinde sayılan olaylara maruz kalarak yaralanan ve bu duruma ilişkin ilgili mülki amirlik tarafından düzenlenen belge ile müracaat eden kişilere ait faturalar,

d) Eczanelerden ilaç teminine ilişkin mevzuatta ayrı faturalandırılmasına dair düzenleme yapılmış reçetelere ait faturalar,

e) **(Değişik: RG-10/04/2014-28968/8 md. Yürürlük: 01/04/2014)** Yukarıdaki grupların dışında kalan reçetelere ait faturalar, **YUPASS** numarası ile provizyon alan kişilere ait reçeteler için ülke bazında ayrı ayrı olmak üzere düzenlenen faturalar (kan ürünü ve hemofili ilaçları içerenler ayrı olmak üzere);

(Ek: RG-10/04/2014-28968/8 md. Yürürlük: 01/04/2014)

f) Yukarıdaki grupların dışında kalan reçetelere ait faturalar,

ayrı ayrı üçer nüshali (bir nüshası eczacı tarafından aslı gibidir onaylı fotokopi olabilir) alt gruplar halinde düzenlenir.

(3) Manuel düzenlenenecek faturalar;

a) Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan ve Sosyal Güvenlik İl Müdürlüklerince düzenlenmiş ve onaylanmış Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sağlık Yardım Belgesi (aslı veya fotokopisi) ile müracaat eden kişilerin reçetelerine ait faturalar ülke bazında olmak üzere,

b) Kurum bilgi işlem sisteminden hasta takip numarası/provizyon alınamamasına rağmen sağlık yardımları yeterli prim ödeme gün sayısı olmaksızın ve/veya prim borcu olup olmadığına bakılmaksızın Kurumca karşılaşacak olan;

1) İş kazasına uğrayan kişilere ait faturalar her hasta için ayrı (sadece iş kazası nedeniyle sunulan sağlık hizmeti bedelleri karşılıklı) olmak üzere manuel,

2) **(Değişik: RG-25/08/2016-29812/21 md. Yürürlük: 05/09/2016)** “Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik” kapsamında, yetkilendirilmiş özürlü **engelli** sağlık kurulu raporu vermeye yetkili sağlık kuruluşlarına, ağır özürlü **engelli** olduğu özürlü **engelli** sağlık kurulu raporu ile belgelendirilen tıbbi başkasının bakımına muhtaç kişilere ait faturalar her hasta için ayrı olmak üzere manuel,

3) Bildirimi zorunlu bulacağı hastalık tespit edilen kişilere ait faturalar her hasta için ayrı olmak üzere manuel,

4) Acil haller nedeni ile sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilere ait faturalar her hasta için ayrı olmak üzere manuel,

5) Koruyucu sağlık hizmetleri nedeni ile sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilere ait faturalar her hasta için ayrı olmak üzere manuel,

6) Analık haliyle ilgili rahatsızlık ve **(Değişik: RG-07/10/2016-29850/41 md. Yürürlük: 18/10/2016)** özürlülük **engelli** hallerinde sağlık hizmeti sağlanan kadınlar ait faturalar, her hasta için ayrı olmak üzere manuel,

7) Meslek hastalığına uğrayan kişilere ait faturalar her hasta için ayrı olmak üzere manuel,

8) 3713 sayılı Kanunun 21inci maddesinde sayılan olaylara maruz kalarak yaralanan ve bu duruma ilişkin ilgili mülki amirlik tarafından düzenlenen belge ile müracaat eden kişilere ait faturalar her hasta için ayrı olmak üzere manuel, şekilde üçer nüshali (bir nüshası eczacı tarafından aslı gibidir onaylı fotokopi olabilir) alt gruplar halinde düzenlenir.

5.2.3 Optisyenlik müesseseleri faturalarının düzenlenmesi

(1) Optisyenlik müesseseleri, hem kendi sistemleri üzerinden Kurum adına basılı olarak (üçer nüshali), hem de MEDULA Optik sisteminden elektronik olarak; Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilerin tümünü kapsayan tek bir fatura düzenleyecektir.

(2) Ancak;

a) Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan ve sosyal güvenlik İl müdürlüklerince düzenlenmiş ve onaylanmış Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sağlık Yardım Belgesi (aslı veya fotokopisi) ile müracaat eden kişilere ait faturalar ülke bazında ayrı ayrı olmak üzere ve MEDULA Optik sisteminde gerekli düzenlemeler yapılmasına kadar manuel düzenlenenecektir.

b) SUT'ta sağlık raporu ile temin edileceği belirtilen görmeye yardımcı tıbbi malzemeler için diğer reçetelerden ayrı tek bir fatura düzenlenenecektir.

e) ~~(Değişik: RG 04/05/2013 28637/ 19 md. Yürürlük: 01/05/2013)~~ İş kazası veya trafik kazası nedeniyle Kurumumuza karşılanacak görmeye Yardımcı tıbbi malzemeler için diğer reçetelerden ayrı tek bir fatura düzenlenecektir. ~~İş kazası veya trafik kazası nedeniyle Kurumumuza karşılanacak görmeye Yardımcı tıbbi malzemeler için diğer reçetelerden ayrı, her hasta için ayrı ayrı olmak üzere fatura düzenlenecektir.~~

ç) İş kazası ve veya trafik kazası nedeniyle Kurumumuza karşılanacak görmeye Yardımcı tıbbi malzemelere ait reçeteler, örneklemeye tabi tutulmadan tamamı incelenir.

~~(Ek: RG 08/06/2017 30090/ 17 md. Yürürlük: 01/07/2017)~~

~~5.2.4 Sözleşmeli satış merkezi/merkez ve eczaneler tarafından yakta kullanılan tıbbi malzemelere ait faturaların düzenlenmesi~~

~~(1) Sözleşmeli Satış Merkezleri ve Eczaneler, hem kendi sistemleri üzerinden Kurum adına basılı olarak (üç nüshali), hem de Medula Satış Merkezleri Provizyon Sisteminden elektronik olarak; Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilerin tümünü kapsayan tek bir fatura düzenleyeceklərdir.~~

~~(2) Aneak;~~

~~a) Provizyon sisteminden yapılan sorğu neticesinde müstehaklıklar (Değişik: RG 09/09/2017 30175/ 37-a md. Yürürlük: 29/04/2017) 60/c 1, 60/c 3 veya 60/c 9 60/c 1 veya 60/c 3 dönen kişilerin, kişi kullanımına mahsus tıbbi cihazlarının,~~

~~b) Yabancı ülkelerde yapılan sosyal güvenlik sözleşmesi kapsamında Kurum sağlık hizmetlerinden yararlandırılan kişiler ve Yurtdışı Provizyon Aktivasyon ve Sağlık Sistemi (YUPASS) numarası ile hasta takip numarası /provizyon alınan kişiler de dahil olmak üzere sağlanacak orbez, protez, tıbbi araç ve gereç ile kişi kullanımına mahsus tıbbi cihazlarının, temini için Kurumun ilgili biriminden onay alınacaktır.~~

~~c) Sorgulama sonucu müstehaklıklar (Değişik: RG 09/09/2017 30175/ 37-a md. Yürürlük: 29/04/2017) 60/c 1, 60/c 3 veya 60/c 9 60/c 1 veya 60/c 3 dönen kişiler ile 5510 sayılı Kanunun 60inci maddesinin onikinci, onüçüncü ve ondördüncü fıkralarında tanımlanan kişilerin Kurumla götürü bedel sözleşmesi yapan sağlık hizmeti sunucuları dışında, SUT hükümlerine göre sevk zincirine uyması ve fatura ekinde sevk belgelerinin de eklenmesi gerekmektedir.~~

~~d) İş kazası ve meslek hastalıkları ile ilgili reçetelerde; iş kazası ve meslek hastalığı bildirim formunun,~~

~~d) Trafik kazaları ile ilgili reçetelerde; SUT ve konu ile ilgili diğer Kurum mevzuatında yer alan belgelerin,~~

~~e) Özürlü sağlık kurulu raporu varsa, reçeteyi yazan hekim ve/veya hastane Başhekimi tarafından raporun onaylı fotokopisinin reçete ekinde,~~

~~bulunması gerekmektedir.~~

~~f) İş kazası, meslek hastalığı, trafik kazası ve adli vaka reçetelerine ait faturaların her hasta için (Mülge: RG-09/09/2017 30175/ 37-b md. Yürürlük: 09/09/2017) manuel olarak ayrı ayrı düzenlenmesi ve faturaların tamamının incelenmesi gerekmektedir.~~

~~5.3 Sağlık hizmet sunucuları için fatura eki belgeler~~

~~(1) Aşağıdaki maddelerde sayılan fatura eki belgeler, incelenme ve ödeme yapılmak üzere Kuruma gönderilecektir. Ancak örnekleme yöntemi ile incelenen işlemlere ait fatura eki belgelerden, örneklemeye düşmüş olanlar Kuruma gönderilecek; örnekleme dışında kalan işlemlere ait olanlar ise ihtiyaç duyulması halinde Kuruma ibraz edilmek üzere sağlık hizmeti sunucularında muhafaza edilecektir. (Ek: RG 21/04/2015 29333/ 15 md. Yürürlük: 01/05/2015) Kurumun resmi internet sitesinde duyurulacak "İncelemeye Esas Fatura Eki Belgeler Listesi" nde yer alan belgeler, elektronik olarak düzenlenerek ve/veya elektronik ortamlarla Kurum bilgi işlem sistemine intikal ettilerilecektir. Kuruma gönderilmesi gereken belgelerden elektronik ortamda gönderilmesine başlanılan belgelerin ayrıca basılı olarak gönderilip gönderilmeyeceği Kurumca belirlenecektir.~~

~~(2) Sağlık kurumu ve kuruluşlarının fatura eki belgeleri;~~

~~a) Yakta tedaviler için uzmanlık dalı bazında ayrılmış olarak,~~

~~b) Yatarak tedaviler için uzmanlık dalı bazında ayrılmış olarak,~~

~~c) SUT'un 5.2.1 maddesinde ayrı fatura edileceği belirtilen işlemler her bir işlem başlığı altında ayrılmış olarak, ayrı klasörlerde tasrif edilerek düzenlenmiş olmalıdır.~~

~~(3) Kuruma MEDULA hastane sistemi üzerinden elektronik ortamda gönderilen hizmet detay belgesi ayrıca basılı olarak gönderilmeyecektir. Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşları için fatura eki belgelerin hangilerinin getirileceği konusunda Sağlık Bakanlığı ile yapılan protokol hükümleri saklıdır.~~

~~5.3.1 Sağlık kuruluşları için fatura eki belgeler~~

~~5.3.1.A - Fatura üst yazısı~~

~~(1) Sağlık kuruluşunun adı, kodu, adresi, hasta sayısı, teslim edilecek klasör sayısı, fatura dönemi, fatura tutarı, sağlık kuruluşunun banka şube ve hesap numarasını ihtiyaç eden ve ilgili sağlık kuruluşu/döner sermaye saymanlığı tarafından onaylanmış fatura üst yazısı.~~

~~5.3.1.B - İemal listesi~~

~~(1) Aşağıda belirtilen bilgilerin yer aldığı iemal listesi;~~

~~a) Sıra no (birden fazla klasör düzenlenmesi halinde klasörlerde ait iemal listelerindeki sıra no'lar bir öncekini takip edeecektir)~~

~~b) Hasta adı soyadı ve telefon ve/veya adres bilgileri (Ek: RG 18/03/2014 28945/ 21 md. Yürürlük: 18/03/2014) (8.3.2012 tarihli ve 6284 sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun hükümlerine göre hakkında koruyucu tedbir kararı verilen kişiler hariç)~~

~~c) Hasta bazında hizmet tutarı;~~

~~d) Listedeki tüm hastalara verilen hizmet tutar toplamı;~~

5.3.1.C Hizmet detay belgesi

- (1) Aşağıdaki bilgilerin yer aldığı, hastalara ait protokol numarası sırasına göre hazırlanmış hizmet detay belgesinde;
- a) Hastanın adı soyadı;
 - b) T.C. Kimlik Numarası;
 - c) Muayene tarihi;
 - d) İşlemlerin (muayene, tetkik, tahlil, vb.) SUT kodu, tarihi, adı, adedi, tutarı;
 - e) Başvuru başına ödeme uygulamasına dâhil olmayan ve SUT'ta belirtilen işlemlere ait birim puanları ve tutarı, belirtilecektir.

5.3.1.C Diğer belgeler

(1) Adli vaka, iş kazası ve meslek hastalığı geçiren kişilere ait faturaların ekinde; hastane polisi veya ilgili kolluk kuvvetinden konuya ilgili sağlanacak belge, tutanak, ifade tutanağı, adlı rapor gibi bulunabilen her türlü belge ile iş kazalarında varsa iş kazası bölümü doldurulmuş vizite kâğıdı yer alacaktır.

(2) Yabancı ülkelerde yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında Kurum tarafından sağlık hizmeti verilen kişiler için sosyal güvenlik il müdürlüklerince düzenlenmiş ve onaylanmış "Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sağlık Yardım Belgesi"nin fotokopisi (**Değişik: RG-24/12/2014-29215/16 md. Yürürlük: 01/01/2015**) (MEDULA sisteminde provizyon alınabilen kişiler de dahil). (**Yurtdışı Provizyon Aktivasyon ve Sağlık Sistemi (YUPASS) numarası ile hasta takip numarası/provizyon alınan kişiler hariç**)

- (3) Diş tedavilerinde, SUT'un 5.3.1.A, 5.3.1.B ve 5.3.1.C maddelerinde sayılan belgelere ilave olarak;
 - a) Diş hastalarına yapılan işlemleri gösteren diş şeması (ağzı ve diş sağlığı hizmetlerinde, tüm işlemler, hizmet detay belgesindeki diş şeması üzerinde işaretlenecektir.);
 - b) Diş protezi işlemlerinde (sabit ve hareketli protezlerde) fatura tarihinden önce Kuruma onaylatılan diş müstahaklık belgesi veya elektronik ortamda gönderilen taahütname, ağzı ve diş cerrahisi işlemlerinden büyük küçük kist operasyonları, büyük küçük odontojenik tümör operasyonları vb.de açıklayıcı operasyon bilgileri, operasyona ait film;
 - c) Gömülü diş çekimi (mukoza kemik retansiyonlu), gömülü kanın premolar çekimi, kök ucu rezeksiyonu işlemlerinde, radyolojik teşhis filmi;
 - d) Kanal tedavisi, gangren ve periapikal lezyonlu dişlere uygulanan kanal tedavilerinde, radyolojik teşhis ve sonuç kontrol filmi (dijital, periapikal, panoromik vb. hangisi kullanıldığı ise);
 - e) Ortodontik tedavi gereksinimi olan hastalar için düzenlenen sağlık kurulu raporu fatura eki belge olarak veya e-rapor olarak yer almmalıdır.
- (4) Takip numarası alınmamış vefat eden hastalar için Kurumdan alınan tedavi tarihlerinde müstahak oldukları belirten belge ve ölüm belgesi.
- (5) SUT ve eki listelerde ve Kurumun yapacağı sözleşmelerde, ayrıca ekleneceği belirtilen belgeler.

5.3.2 Sağlık kurumları için fatura eki belgeler

5.3.2.A Fatura üst yazısı

- (1) Sağlık Kurumu başhekimiği tarafından onaylanmış fatura üst yazısında;
- a) Sağlık kurumunun adı;
 - b) Sağlık kurumu kodu;
 - c) Sağlık kurumu adresi;
 - d) Fatura dönemi;
 - e) Hasta sayısı (uzmanlık dalı bazında ve toplam);
 - f) Teslim edilecek klasör sayısı;
 - g) Sağlık kurumunun banka şube ve hesap numarası;

5.3.2.B İcmal listesi

- (1) Aşağıda belirtilen bilgilerin yer aldığı, her uzmanlık dalı için ayrı ayrı düzenlenmiş icmal listesinde;
- a) Sıra no (bir uzmanlık dalı için birden fazla klasör düzenlenmesi halinde klasörlere ait icmal listelerindeki sıra no'lar bir öncekini takip edecektir.);
 - b) Hasta adı soyadı ve telefon ve/veya adres bilgileri (**Ek: RG-18/03/2014-28945/22 md. Yürürlük: 18/03/2014**)
(8.3.2012 tarihli ve 6284 sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun hükümlerine göre hakkında koruyucu tedbir kararı verilen kişiler hariç);
 - c) Hasta bazında hizmet tutarı;
 - d) Listedeki tüm hastalara verilen hizmet tutar toplamı;

5.3.2.C Hizmet detay belgesi

(1) MEDULA sistemini kullanan sağlık kurum/kuruluşları, MEDULA sistemine kaydettikleri tedaviye ait hizmet detay belgesini MEDULA Hastane sistemi aracılığı ile elektronik olarak kaydedilecektir. Hizmet detay belgesi fatura tesliminde ünitelere teslim edilmeyecek olup ancak Kurum tarafından talep edilmesi halinde, hizmet detay belgesinin çıktıtı ilgili hekimler ve başhekimlikçe onaylı olarak teslim edilecektir. Hizmet detay belgesindeki epikriz bölümü, yatarak tedavilerde ve cerrahi işlemlerin yapıldığı tüm sağlık hizmetleri için elektronik ortamda düzenlenecektir.

(2) MEDULA sistemini kullanmayan ve/veya SUT hükümleri gereğince manuel düzenlenmesi gereken (her hasta için ayrı ayrı düzenlenmiş) faturalara ait hizmet detay belgelerinde;

- a) Hastanın adı soyadı, telefon numarası;
- b) T.C Kimlik Numarası;
- c) Provizyon no/MEDULA takip no;
- d) Muayene tarihi;

- d) İlgili hekimin bilgileri,
- e) Hasta yatış ve çıkış günleri,
- f) Hastaya konulan tanı, ICD-10 kodu ve uygulanan tedavi,
- g) İşlemlerin (muayene, tetkik, tahlil, yatak, ameliyat, tedavi vb.) SUT kodu, tarihi, adı, adedi, tutarı,
- g) Tıbbi malzemelerin adları, adetleri, birim fiyatları, SUT'ta yer alanların SUT kodları, Küresel Ürün No (Barkod),
- h) Hasta tabelasına uygun olarak tanı hesabıyla hastaya verilen ilaçların, kutu bazında değil, tanı hesabıyla birim fiyatları ve tutarı, (parenteral ilaçlar için hizmet detay belgesinde hastaya verilen dozlar (mg, tu, ml vb) belirtilerek anaek fiyat ve tutarlar kutu/adet üzerinden fatura edilecektir.)
- i) Kullanılan kan ve kan bileşenleri, miktarları ve ünite numaraları,
- j) Epikriz notu,
- belirtilmelidir.

5.3.2.D Diğer belgeler

(1) Sağlık kurumları fatura ekinde aşağıdaki belgeleri gönderecektir.

a) MEDULA sisteminden kaynaklanan ve Kurumca kabul edilen nedenlerle müstahaklık sorgulaması yapılmadan işlemleri yürütülen ve daha sonrasında sağlık kurumunca yapılan sorgulama sonucu müstahak olmadığı tespit edilen kişiler için işlemleri yürütmeye esas belge;

b) Sevkle başvuran hastalar için tedavi sevk belgesi,

c) **(Mülgə: RG-12/11/2013-28819/10 md. Yürürlük: 01/12/2013) (Değişik: RG-26/09/2013-28777/12 md. Yürürlük: 01/10/2013)** Özel sağlık kurumlarına temin edilen tıbbi malzemeler için malzemeye ait alış faturasının bir örneği, Özel sağlık kurumlarına temin edilen ve SUT eki listelerde bedeli 100 TL'nin altında olan tıbbi malzemeler hariç olmak üzere diğer tıbbi malzemelere ait alış faturalarının birer örneği,

ç) Adli vaka, iş kazası ve meslek hastalığı geçiren kişilere ait faturaların ekinde; hastane polisi veya ilgili kolluk kuvvetinden konuyla ilgili sağlanacak belge, tutanak, ifade tutanağı, adlı rapor gibi bulunabilen her türlü belgeler ile iş kazalarında varsa iş kazası bölümüm doldurulmuş vizite kağıdı yer alacaktır.

d) Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında Kurum tarafından sağlık hizmeti verilen kişiler için sosyal güvenlik il müdürlüklerince düzenlenmiş ve onaylanmış "Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sağlık Yardım Belgesi" (Ek: RG-24/12/2014-29215/17 md. Yürürlük: 01/01/2015) (**Yurtdışı Provizyon Aktivasyon ve Sağlık Sistemi (YUPASS) numarası ile hasta takip numarası/provizyon alınan kişiler hariç**) ,

e) Mor ve turuncu reçete kapsamında kan ürünleri kupürleri,

f) Diş tedavilerinde ilave olarak;

1) Diş hastalarına yapılan işlemleri gösteren diş şemasi. (ağzı ve diş sağlığı hizmetlerinde, tüm işlemler, hizmet detay belgesindeki diş şemasi üzerinde işaretlenecektir.)

2) Diş protezi işlemlerinde (sabit ve hareketli protezlerde) fatura tarihinden önce Kuruma onaylatılan diş müstahaklık belgesi veya elektronik ortamda gönderilen taahütname,

3) Ağzı ve diş cerrahisi işlemlerinden büyük küçük kist operasyonları, büyük küçük odontojenik tümör operasyonları vb.de, bilgisayar çıktıtı ya da daktilo ile yazılmış açıklayıcı operasyon bilgileri, operasyona ait film,

4) Gömülü diş çekimi (mukoza kemik retansiyonlu), gömülü kanın premolar çekimi, kök ucu rezeksyonu işlemlerinde, radyolojik teşhis filmi,

5) Kanal tedavisi, gangren ve periapikal lezyonlu dişlere uygulanan kanal tedavilerinde, radyolojik teşhis ve sonuç kontrol filmi (dijital, periapikal, panoromik vb. hangisi kullanıldı ise),

6) Ortodontik tedavi gereksinimi olan hastalar için düzenlenen sağlık kurulu raporu fatura eki belge olarak veya e-rapor olarak yer almazıdır.

g) Yatan hastalar için kullanılan ve Kuruma faturalandırılabilir toplam ilaç ve tıbbi malzeme tutarının belirtildiği, hastane yetkilisi tarafından imzalanmış ve kaşesi basılmış talep yazısı,

ğ) SUT ve eki listelerde, Kurumun yapacağı sözleşmelerde ve yayılmış genelgelerde, ayrıca ekleneceği belirlenen belgeler,

h) Takip numarası alınmamış vefat eden hastalar için Kurumdan alınan tedavi tarihlerinde müstehak olduklarını belirten belge ve ölüm belgesi,

ı) Hemodiyaliz tedavilerinde ilave olarak;

ı) Tüm tetkiklerin, tetkiki yapan ilgili uzman hekim tarafından onaylanmış sonuçlarını ve hizmet alımı ile yapılmış tetkiklere ait ücretlerin ödendiğini gösterir faturaların fotokopileri ve hasta listesi,

2) Hemodiyaliz tedavisi süresince her fatura dönemine ait, her seansın tarihinin, seansların başlangıç ve bitiş saatleri ile hastaların hemodiyalize aldığı cihazların seri numaralarının, her bir seans sonrasında alınan tedaviyi takip eden sorumlu uzman hekim ya da sorumlu hekim ve hemodiyaliz hemşiresinin imzasının ve hasta imzasının ya da parmak izinin (eğer alınamıysa adı ve telefon numarası belirtilmek kaydıyla hasta yakınının imzasının) yer aldığı belge/belgeler,

i) Ayaktan veya yatarak yapılan hiperbarik oksijen tedavisi ve fizik tedavi ve rehabilitasyon tedavisi süresince her fatura dönemine ait, her seansın tarihinin, seansların başlangıç ve bitiş saatleri ile her bir seans sonrasında alınan tedaviyi takip eden sorumlu uzman hekimin imzasının ve hasta imzasının ya da parmak izinin (eğer alınamıysa adı ve telefon numarası belirtilmek kaydıyla hasta yakınının imzasının) yer aldığı belge/belgeler.

(Ek: RG-18/03/2014-28945/23 md. Yürürlük: 01/02/2014)

(Mülgə: RG-08/06/2017-30090/18 md. yürürlük: 08/06/2017)

j) Allograft ödemelerinde sağlık kurumları fatura ekinde;

ı) Amerikan Doku Bankası Derneği (American Association Of Tissue Banks (AATB)) ve/veya Avrupa Doku Bankası Derneği (European Association Of Tissue Banks (EATB)) tarafından verilen belgenin yer olması gerekmektedir.

2) Vericinin uygun bir biçimde tanımlanmış ve bağışlanan materyalin izlenebilirliğinin sağlanması için verici bilgileri ve bağışlanmış doku ve hücrelere ait benzeri olmayan tanımlayııcı kodu (Donör ID) içeren yapışkan etiketin bir adedinin yer olması gerekmektedir. Yapışkan etiketin üzerinde ürünün,

- a) Etiket adı;
- b) Üretici doku bankasının adı;
- c) Son kullanma tarihi;
- d) Benzeri olmayan tanımlayıcı kodu (Donör ID),
yer almmalıdır.

3) Her bir ürün için doku ve/veya hücreden kaynaklı komplikasyonlara ait sağlık hizmeti bedellerinin karşılaşacağını gösteren sigorta policesinin onaylı bir suretinin yer olması gerekmektedir.

(Ek: RG-25/07/2014-29071/43 md. Yürürlük: 25/07/2014)

4) Her bir ürün için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu tarafından düzenlenen “İthalat kaydına esas sevkıyat onay kodu” nun yer aldığı ürün listesinin onaylı bir suretinin yer olması gerekmektedir.

(Değişik: RG-08/06/2017-30090/19 md. Yürürlük: 01/07/2017)

5.3.3 Eczane ve optisyenlik müesseseleri için fatura eki belgeler

(1) Eczane ve optisyenlik müesseseleri için SUT'ta ve Kurumun yapacağı sözleşmelerde belirtilen belgeler faturaya eklenenecektir.
(2) SUT'un 5.2.2 ve 5.2.3 maddelerinde ayrı fatura edileceği belirtilen recepteler ayrı ayrı tasnif edilmiş olmalıdır.

5.3.3 Sözleşmeli satış merkezleri, eczane ve optisyenlik müesseseleri için fatura eki belgeler

(1) Sözleşmeli satış merkezleri, eczane ve optisyenlik müesseseleri için SUT'ta ve Kurumun yapacağı sözleşmelerde belirtilen belgeler faturaya eklenenecektir.
(2) SUT'un 5.2.2, 5.2.3 ve 5.2.4 numaralı maddelerinde ayrı fatura edileceği belirtilen recepteler ayrı ayrı tasnif edilmiş olmalıdır.

5.3.4 Tıbbi malzeme sahibi ödemelerinde istenecek fatura ve eki belgeler

(1) Ayağta tedavilerde reçete karşılığı hasta tarafından temin edilen tıbbi malzemelerin geri ödeme işlemlerinde fatura asına ek olarak:

- a) Reçete etiket aslinin;
- b) Sağlık raporu aslinin (sürekli kullanım arz eden malzemelerde raporу düzenleyen sağlık kurumu/reçeteyi düzenleyen hekim/Kurum yetkilileri tarafından “Aslı gibidir” onayı yapılmış sureti kabul edilir);
- c) Barkodun ve varsa etiket aslinin;
- d) SUT'ta tıbbi malzemeye özel olarak belirtilen diğer belgelerin;
- e) Kurumea iade alınan tıbbi malzemeler için taahhütnamenin (Kurum stoklarından temin edilmesi durumunda sadece bu fikranın a, b, c bentlerinde belirtilen belgeler);

(Ek: RG-04/05/2013-28637/20-a md. Yürürlük: 01/05/2013)

e) Varsa (Değişik: RG-07/10/2016-29850/42 md. Yürürlük: 18/10/2016) özürlü engelli sağlık kurulu raporu aslinin veya onaylı fotokopisinin, ibrazı zorunludur.

(Ek: RG-18/03/2014-28945/24 md. Yürürlük: 13/11/2013)

f) Fatura arka yüzünde; malzemeyi teslim alan kişinin adı soyadı, TC Kimlik Numarası, telefon numarası, ıslak imzası yer almalı ve faturadaki tıbbi malzeme/malzemeleri teslim aldığına dair “Teslim Aldım” ibaresi ve teslim alınan tıbbi malzeme miktarı belirtilmelidir. (Kurumea iade alınan tıbbi malzemeler hariç)

(2) (Değişik: RG-04/05/2013-28637/20-b md. Yürürlük: 01/05/2013) Yatarak tedavilerde Yatarak tedavilerde ve bu Tebliğin 3.3.12 numaralı maddesi kapsamındaki tedavilerde temini zorunlu tıbbi malzemelerin hastaya alındırması durumunda;

- a) Küresel Ürün No (Barkod) ve varsa SUT kodu bilgisini içeren fatura aslı;
- b) Reçete aslı veya ıslak imzalı epikriz notu veya tıbbi malzemenin kullanıldığına dair sağlık raporu aslı;
- c) Varsa tıbbi malzemenin gerekliğine dair sağlık raporu aslı;
- d) Fatura arkasında hastanın kendisinin veya yakınının kendi el yazısı ile teslim aldığına dair “teslim aldım” ibaresi, T.C. Kimlik Numarası, adı ve soyadı, telefon numarası ve imzası;

- e) Barkod ve varsa etiket aslı,
ibrazı zorunludur.

(3) Kullanımı sağlık raporuna bağlı (Değişik: RG-04/05/2013-28637/20-c md. Yürürlük: 01/05/2013) tıbbi malzeme için sürekli kullanılan tıbbi malzemelere ilişkin düzenlenecek receptelere ait aslı gibidir onayı yapılmış rapor, fatura ekinde Kuruma gönderilecektir. “Aslı gibidir” onayı, raporу düzenleyen sağlık kurumu/reçeteyi düzenleyen hekim/Kurum yetkilileri tarafından yapılacaktır.

(4) (Ek: RG-04/05/2013-28637/20-c md. Yürürlük: 01/05/2013) Fatura arkasında reçetenin düzenlendiği branşın uzman hekimlerinden biri tarafından reçetede yazan malzemenin (ismarlama eksternal protez ve ortezler için) hasta üzerinde uygulandığının görüldüğü ve uygunluğunun belirtilerek onaylanması gereklidir. (tıbbi uygunluk gerektirmeyen tıbbi malzemeler ve işletme ekipmanları hariç)

(Ek: RG-05/08/2015-29436/26 md. Yürürlük: 01/09/2015)

(5) Genel sağlık sigortaları ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin ayağta tedavileri sırasında kullanımları sağlık raporu ile uygun görülen SUT eki listelerde yer alan malzemelerden Kurumea duyurulacak olanların ödemesi; SUT hükümleri ve ilgili mevzuat doğrultusunda düzenlenecek sağlık raporu ve bir defaya mahsus olmak üzere sağlık raporuna göre düzenlenen recepteye istinaden reçete tarifi esas alınmak kaydıyla aylık nakdi ödeme şeklinde yapılabilir. Bu fikra kapsamında yapılacak ödemelerde bu maddenin diğer fikralarında yer alan hususlar aranmaz.

(Ek: RG-25/03/2017-30018/24 md. Yürürlük: 25/03/2017)

(6) Sağlık Bakanlığı ile yapılan protokol kapsamında Sağlık Bakanlığı tarafından iadelî tıbbi cihazlar ile verilen sağlık hizmetleri karşılığında hizmet ve/veya cihaz bedeli ödendir.

5.4 – Fatura ve eki belgelerin teslimi

(1) Sağlık hizmeti sunucuları, fatura ve eki belgeleri Kurumun resmi internet sitesinde duyurulan ilgili birimine teslim edeceklerdir. Kargo veya iadelî taahhütî posta ile gönderilen belgeler kargoya veya postaya verildiği tarih, normal posta ile gönderilen belgeler ise Kurum kayıtlarına intikal ettiği tarih esas alınarak işlem görecektir. Ancak Kurum tarafından fatura teslim tarihi müzibî sebeplerle ertelenebilir. Bu durumda faturaların teslimi için verilen ek süre içerisinde teslim edilen faturalar zamanında teslim edilmiş sayılır.

(2) Kurumun ilgili birimindeki “evrak kayıt” servisinde, sağlık hizmet sunucusu tarafından teslim edilmek üzere getirilen faturaların usulüne uygun olarak tasnif edilip edilmediğine, klasör veya klasörlerdeki fatura üst yazısında yer alan bilgilerin uygun olup olmadığına bakılır ve uygun görülmeyenler iade edilir. Kargoya iade edilen fatura ve ekleri ödemeli olarak gönderilir. Uygun olduğu tespit edilen faturalar “evrak kayıt numarası” verilerek teslim alınır.

(3) Eczane ve optisyenlik müesseselerinin fatura ve eki belgeleri, eczane ve optik sözleşmelerinde belirtilen esas ve usullere göre Kuruma teslim edilecektir.

(4) Tıbbi malzeme sahibi ödemelerinde istenecek fatura ve eki belgeler Kurum taşıra teşkilatına teslim edilir.

(Ek: RG – 21/04/2015 – 29333/ 16 md. Yürürlük: 01/05/2015)

(5) Bu maddede tanımlı fatura ve eki belgeler elektronik olarak düzenlenerek ve/veya elektronik ortama aktarılarak Kurum bilgi işlem sistemine intikal ettiği tarih esas alınarak; süresi içinde teslim edilen fatura ve eki belgeler için teslim edildiği ayın on beşinci günü, süresi içinde teslim edilmeyen fatura ve eki belgeler için ise teslim edildiği ayı takip eden ayın on beşinci günü teslim edilmiş sayılır.

5.5 – Ödeme işlemleri

(1) Sağlık hizmeti sunucularınca Kuruma teslim edilen fatura ve eki belgeler, Kurumca belirlenen yöntemlere göre incelenir ve ödemesi yapılır.

BEŞİNCİ BÖLÜM **Faturalandırma ve Ödeme İşlemleri**

5.1– MEDULA sistemi

(1) Kurumla protokollü/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.

(2) Kurumca “MEDULA Web Servisleri Kullanım Kılavuzu” ayrıca yayılmamakta olup sağlık hizmeti sunucularının MEDULA entegrasyonu için yapacakları yazılımlar Kılavuzdaki açıklamalara göre gerçekleştirilir.

(3) Ayrıca Kurumla protokollü/sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularının, sundukları sağlık hizmetlerine ilişkin bedellerin ödenebilmesi için, Kurumca belirlenecek sağlık hizmetlerine ait oluşturulan ulusal kayıt formlarını ve MEDULA sistemine girilmesi gereklî görülen geri ödemeye esas teşkil edecek diğer bilgi/belgelerini MEDULA sistemine girmesi zorunludur. Sağlık hizmeti ulusal kayıt formları ve MEDULA sistemine girilmesi gereklî görülen geri ödemeye esas teşkil edecek diğer bilgi/belgeler ile ilgili uyulması gereken kurallar Kurumca ayrıca duyurulur.

(4) Sunulan hizmete ilişkin MEDULA sisteminden alınan provizyonlar ön izin niteliğinde olup mevzuat ile açıkça belirtilmediği sürece tek başına yeterli değildir. Sağlık hizmetine ilişkin elektronik olarak sisteme eklenmemiş kuralların varlığı halinde gerekli kontroller sağlık hizmeti sunucularınca yapılır.

5.2 – Fatura düzenlenmesi

(1) Sağlık hizmeti sunucuları;

a) MEDULA sisteminden provizyon alarak MEDULA sistemine kaydettikleri hizmetler için (SUT'ta belirtilen istisnalar hariç) tek fatura/e-fatura düzenler.

b) MEDULA sisteminden provizyon alınamaması nedeniyle MEDULA sistemine kaydedilemeyen aşağıda sayılan hizmetler için ayrı manuel fatura düzenler.

1) Yabancı ülkelerde yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında sağlık hizmeti bedelleri Kurumca karşılanan ve YUPASS entegrasyonu olmaması nedeniyle sosyal güvenlik il müdürlüklerince düzenlenmiş ve onaylanmış “Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sağlık Yardım Belgesi” (aslî veya fotokopisi) ile müracaat eden kişilere ait her türlü işlemler ülke bazında ayrı ayrı manuel faturalandırılır.

2) Hizmet Sunumu Genel Müdürlüğü yetkililerince imzalanacak bir tutanak ile tevsik edilmesi kaydıyla MEDULA sisteminden kaynaklanan ariza nedeniyle provizyon numarasının alınmadığı süre zarfında sağlık hizmeti bedellerinin Kurumca karşılandığını yazılı olarak beyan etmek veya belgelemek suretiyle müracaat eden kişilerden daha sonra yapılan sorgulama sonucu müstehak olmadığı tespit edilenlere ait tüm işlemler ayrı faturalandırılır.

3) Kurumdan kaynaklanan sebeplerden dolayı elektronik ortamda Kuruma fatura edilemeyen sağlık hizmeti bedelleri ile provizyon alınmadan vefat eden hastaların tedavi bedelleri manuel olarak fatura edilebilir.

(2) Sağlık hizmeti sunucuları trafik kazası, iş kazası, meslek hastalıkları ve adli vaka nedeniyle sundukları sağlık hizmetleri için ayrı fatura düzenlemeyecek, ancak icmal listelerinde bu grup vakalar ayrı ayrı belirtilerek olup örneklemeye yapılmaksızın tamamı incelenir.

(3) Sağlık hizmeti sunucularından sağlık hizmeti alımına ilişkin yapılan protokollerin/sözleşmelerin faturalama ile ilgili hükümleri saklıdır.

(4) Kurumun “e-reçete/e-fatura alıcısı” uygulamasına başlaması halinde Kurumca duyurulacak usul ve esaslara uyulur.

5.2.1 – Sağlık kurum/kuruluşları faturalarının düzenlenmesi

(1) MEDULA hastane sistemini kullanan sağlık kurum/kuruluşları, sağlık hizmeti bedelleri Kurumca karşılanan kişiler için, her ayın ilk ve son günü arasında verdikleri sağlık hizmetlerine ilişkin tek fatura düzenler. Kurumun “e-fatura alıcısı” uygulamasına başlaması halinde elektronik fatura düzenlenmesine ilişkin olarak Kurumca duyurulacak usul ve esaslara

uyulur. Herhangi bir nedenle döneminde faturalandırılamayan sağlık hizmeti, işlemin bittiği tarih itibarıyla faturalandırılması gereken dönemi takip eden en geç 2 ay içerisindeki dönem sonlandırmasına dâhil edilir. Trafik kazası nedeniyle verilen sağlık hizmetleri için dönem sonlandırma süresi dikkate alınmaz.

(2) Aşağıdaki nedenlerle verilen sağlık hizmetleri Kurumca örneklemeye dâhil edilmeksiz tamamı incelenir;

a) Trafik kazası, iş kazası, meslek hastalıkları ve adli vaka durumlarda sunulan sağlık hizmetleri,

b) (a) bende sayılan haller hariç olmak üzere 1.7 numaralı maddenin ikinci fıkrasının (b) bende sayılan hallerdeki işlemler, kemik iliği, kök hücre nakilleri, ekstrakorporeal fotoferez tedavisi, hiperbarik oksijen tedavileri, tüp bebek tedavileri, plazmaferez tedavileri, allograftlerin kullanıldığı tedaviler, ağız ve diş tedavileri ile ilgili olarak damak yarığı protezi, yenidoğanda preoperatif aparey, velum uzantılı konuşma apareyi, geçici opturatörler, basit çene defektlerinin protetik tedavileri, komplike çene defektlerinin protetik tedavileri, yüz protezleri, palyatif bakım tedavisine ait işlemler, genel sağlık sigortalısı veya genel sağlık sigortalısının bilmekla yükümlü olduğu kişişi sayılan yabancı ülke vatandaşlarına sunulan sağlık hizmetleri,

c) Yabancı ülkelerde yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında sağlık hizmeti bedelleri Kurumca karşılanan ve sosyal güvenlik İl müdürlüklerince düzenlenmiş ve onaylanmış “Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sağlık Yardım Belgesi” (aslı veya fotokopisi) ile müracaat eden kişilere ve “Yurt dışı Provizyon Aktivasyon ve Sağlık Sistemi (YUPASS)” numarası ile hasta takip numarası/provizyon alınan kişilere sunulan sağlık hizmetleri,

ç) Yerleşim yeri dışı sunulan ambulans hizmetleri (MEDULA sisteminde gerekli düzenlemeler yapılmışa kadar manuel),

d) 3713 sayılı Kanunun 21inci maddesinin üçüncü fıkrası hükümleri gereği tedavi yardımından yararlananlara sunulan sağlık hizmetleri.

5.2.2 – Eczane faturalarının düzenlenmesi

(1) MEDULA eczane sistemini kullanan sözleşmeli eczaneler tarafından Kurum mevzuatı ile belirlenen esaslar çerçevesinde karşılanan reçetelerden;

a) Her ayın ilk ve son günü arasındaki döneme ait reçeteler, o aya ait son günün tarihini taşıyacak şekilde provizyon sistemi üzerinden dönem sonlandırması yapılarak faturalandırılır.

b) Kan ürünü ve hemofili reçeteleri ise; her ayın 1'i ila 15'i arasında karşılanan reçeteler takip eden 3 iş günü içinde, her ayın 16'sı ila ayın son günü arasında karşılanan reçeteler ise takip eden 3 iş günü içinde olmak üzere ayda iki kere faturalandırılır.

(2) Faturalar;

a) Yatan hasta reçetelerini (günümüzdeki tedavi reçeteleri de dahil) ve sağlık raporu ile temin edilen ilaç/ilaçları içeren reçeteler “A Grubu”,

b) Kurum mevzuatına göre ayrı fatura edilmesine ilişkin düzenleme olmayan veya içeriğinde herhangi bir raporlu ilaç bulundurmayan hasta reçeteleri “B Grubu”,

c) Kurum mevzuatına göre ayrı fatura edilmesine ilişkin düzenleme olan reçetelerden;

1) Kan ürünü ve hemofili ilaçları içeren reçeteler “C Grubu Kan Ürünü”,

2) Sıralı dağıtım sistemine tabi diğer reçeteler “C Grubu Sıralı Dağıtım”,

3) Yabancı ülkelerde yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında sağlık hizmeti bedelleri Kurumca karşılanan ve YUPASS numarası ile provizyon alınan kişilere ait;

i. Kan ürünü ve hemofili ilaçları içeren reçeteler “Yurt dışı Sigortalı Kan Ürünü”,

ii. Diğer ilaçları içeren reçeteler “Yurt dışı Sigortalı Normal”,

ayrı ayrı faturalandırılır.

5.2.3 – Optisyenlik müesseseleri faturalarının düzenlenmesi

(1) MEDULA optik sistemini kullanan optisyenlik müesseseleri, sağlık hizmeti bedelleri Kurumca karşılanan tüm kişiler için her ayın ilk ve son günü arasında verdikleri sağlık hizmetlerine ilişkin;

a) SUT'ta sağlık raporu ile temin edileceği belirtilen görmeye yardımcı tıbbi malzemeler için diğer reçetelerden ayrı tek fatura düzenlenir.

b) (a) bende sayılan haller hariç olmak üzere sağlık hizmeti bedelleri Kurumca karşılanan diğer kişiler için, her ayın ilk ve son günü arasında verdikleri sağlık hizmetlerine ilişkin tek fatura düzenler.

(2) Provizyon sisteminden yapılan soru neticesinde müstehaklıklar 60/c-1 veya 60/c-3 dönen kişiler ile 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 60inci maddesinin on ikinci, on üçüncü ve on dördüncü fıkralarında tanımlanan kişilere, Kurumla götürü bedel protokolü yapan sağlık hizmeti sunucuları dışında sağlık hizmeti sunucularınca reçete düzenlenmesi halinde (acil haller dışında) sevk belgesi eklenir. (e-sevk hariç)

5.2.4 – Sözleşmeli satış merkezleri ve eczaneler tarafından ayakta tedavide kullanılan tıbbi malzemelere ait faturaların düzenlenmesi

(1) MEDULA Tıbbi Malzeme Provizyon Sistemini kullanan sözleşmeli satış merkez/sözleşmeli merkezler ve eczaneler, sağlık hizmeti bedelleri Kurumca karşılanan tüm kişiler için her ayın ilk ve son günü arasında verdikleri sağlık hizmetlerine ilişkin;

a) Tıbbi sarf malzemelerine ilişkin reçeteler (I. Grup reçete),

b) Örneklemeye yöntemine tabi reçeteler (II. Grup reçete),

c) Hazır protez ve ortez reçeteleri (III. Grup reçete)

olarak her grup için ayrı olmak üzere 3 ayrı grupta fatura düzenler.

(2) YUPASS numarası ile hasta takip numarası/provizyon alınan kişilere de dahil olmak üzere yabancı ülkelerde yapılan sosyal güvenlik sözleşmesi kapsamında sağlık hizmeti bedelleri Kurumca karşılanan kişilere sağlanacak protez ve ortez, tıbbi araç ve gereç ile kişi kullanımına mahsus tıbbi cihazlarının temini için Kurumun ilgili biriminden onay alınır.

(3) Provizyon sisteminden yapılan soru neticesinde müstehaklıklar 60/c-1 veya 60/c-3 dönen kişiler ile 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 60inci maddesinin on ikinci, on üçüncü ve on dördüncü fıkralarında

tanımlanan kişilere, Kurumla götürü bedel protokolü yapan sağlık hizmeti sunucuları dışında sağlık hizmeti sunucularınca reçete düzenlenmesi halinde (acil haller dışında) sevk belgesi eklenir. (e-sevk hariç)

(4) Engelli sağlık kurulu raporu bulunması halinde aslinin veya onaylı fotokopisinin reçete ekinde ibrazı zorunludur.

5.2.5 – Kişiye özel üretilen ismarlama malzemeler ve iyileştirici araç ve gereçleri karşılayan sözleşmeli merkezler tarafından ayakta tedavide kullanılan tıbbi malzemelere ait faturaların düzenlenmesi

(1) MEDULA Tıbbi Malzeme Provizyon Sistemini kullanan kişiye özel üretilen ismarlama malzemeler ve iyileştirici araç ve gereçleri karşılayan sözleşmeli merkezler, sağlık hizmeti bedelleri Kurumca karşılanan tüm kişiler için her ayın ilk ve son günü arasında verdikleri sağlık hizmetlerine ilişkin;

a) Kişiye özel üretilen ismarlama malzemeler ve iyileştirici araç ve gereçleri karşılayan sözleşmeli merkezler tek fatura düzenler.

(2) YUPASS numarası ile hasta takip numarası/provizyon alınan kişiler de dahil olmak üzere yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmesi kapsamında sağlık hizmeti bedelleri Kurumca karşılanan kişilere sağlanacak protez ve ortez, tıbbi araç ve gereç ile kişi kullanımına mahsus tıbbi cihazlarının temini için Kurumun ilgili biriminden onay alınır.

(3) Provizyon sisteminden yapılan sorgu neticesinde müstehaklıklar 60/c-1 veya 60/c-3 dönen kişiler ile 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 60 inci maddesinin on ikinci, on üçüncü ve on dördüncü fikralarında tanımlanan kişilere, Kurumla götürü bedel protokolü yapan sağlık hizmeti sunucuları dışında sağlık hizmeti sunucularınca reçete düzenlenmesi halinde (acil haller dışında) sevk belgesi eklenir. (e-sevk hariç)

(4) Engelli sağlık kurulu raporu bulunması halinde aslinin veya onaylı fotokopisinin reçete ekinde ibrazı zorunludur.

5.2.6 – Kişiye özel üretilen ismarlama malzemeler ve iyileştirici araç ve gereçleri karşılayan sözleşmeli resmi kurum/kuruluşlar tarafından ayakta tedavide kullanılan tıbbi malzemelere ait faturaların düzenlenmesi

(1) MEDULA Tıbbi Malzeme Provizyon Sistemini kullanan kişiye özel üretilen ismarlama cihazlar ve iyileştirici araç ve gereçleri karşılayan sözleşmeli resmi kurum/kuruluşlar, sağlık hizmeti bedelleri Kurumca karşılanan tüm kişiler için her ayın ilk ve son günü arasında verdikleri sağlık hizmetlerine ilişkin;

a) Kişiye özel üretilen ismarlama cihazlar ve iyileştirici araç ve gereçleri karşılayan sözleşmeli resmi kurum/kuruluşlar tek fatura düzenler.

(2) YUPASS numarası ile hasta takip numarası/provizyon alınan kişiler de dahil olmak üzere yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmesi kapsamında sağlık hizmeti bedelleri Kurumca karşılanan kişilere sağlanacak protez ve ortez, tıbbi araç ve gereç ile kişi kullanımına mahsus tıbbi cihazlarının temini için Kurumun ilgili biriminden onay alınır.

(3) Provizyon sisteminden yapılan sorgu neticesinde müstehaklıklar 60/c-1 veya 60/c-3 dönen kişiler ile 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 60 inci maddesinin on ikinci, on üçüncü ve on dördüncü fikralarında tanımlanan kişilere, Kurumla götürü bedel protokolü yapan sağlık hizmeti sunucuları dışında sağlık hizmeti sunucularınca reçete düzenlenmesi halinde (acil haller dışında) sevk belgesi eklenir. (e-sevk hariç)

(4) Engelli sağlık kurulu raporu bulunması halinde aslinin veya onaylı fotokopisinin reçete ekinde ibrazı zorunludur.

5.2.7 – Kurum ile Sağlık Bakanlığı arasındaki protokole istinaden gaziler için her türlü ortez/protez ve diğer iyileştirici araç ve gereçlerin teminine ilişkin faturaların düzenlenmesi

(1) 3.1.2 numaralı maddenin on yedinci fıkrasında gazilerle ilgili yapılan düzenlemeler kapsamında temin edilen malzemeler için tek fatura düzenlenir.

(2) Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gaziler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi bünyesinde toplanan tıbbi uygunluk komisyonu tarafından düzenlenen tıbbi uygunluk raporu ve sağlık kurulu raporu istenir.

5.3 – İncelemeye esas belgeler

(1) Sağlık hizmeti sunucularından sağlık hizmeti alımına ilişkin yapılan protokollerde/sözleşmelerde belirtilen incelemeye esas belgelerden hangilerinin Kuruma teslim edileceği ile ilgili hükümleri saklıdır.

(2) Sağlık hizmeti sunucuları bu Tebliğde, protokollerde/sözleşmelerde yer alan özel hükümleri saklı kalmak kaydıyla Kurumun sair mevzuatında belirtilen belgeleri Kuruma göndermekle yükümlüdür.

(3) Eczaneler, optisyenlik müesseseleri, sözleşmeli satış merkezleri/satış merkezleri, kişiye özel üretilen ismarlama malzemeler ve iyileştirici araç ve gereçleri karşılayan sözleşmeli merkezler/resmi kurum/kuruluşlar, Gaziler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi için bu Tebliğ hükümlerinde ve Kurumun sair mevzuatında belirtilen incelemeye esas belgeleri Kuruma gönderir.

5.3.1 – Sağlık kurum/kuruluşları için incelemeye esas belgeler

(1) Aşağıda sayılan incelemeye esas belgeler, incelemek ve ödeme yapılmak üzere Kuruma gönderilir. Ancak örnekleme yöntemi ile incelenen işlemlere ait incelemeye esas belgelerden, örneklemeye düşmüş olanlar Kuruma gönderilir, örnekleme dışında kalan işlemlere ait olanlar ise ihtiyaç duyulması halinde Kuruma ibraz edilmek üzere sağlık kurum/kuruluşunda muhafaza edilir. Kurumun resmî internet sitesinde duyurulacak “İncelemeye Esas Belgeler Listesi” nde yer alan belgeler, elektronik olarak düzenlenerek ve/veya elektronik ortama aktarılarak Kurum bilgi işlem sistemine intikal ettirilir. Kuruma gönderilmesi gereken belgelerden elektronik ortamda gönderilmesine başlanılan belgelerin ayrıca manuel olarak gönderilip gönderilmesi Kurumca belirlenir.

(2) Sağlık kurum/kuruluşlarının incelemeye esas belgeleri;

a) Ayakta tedaviler için uzmanlık dalı bazında ayrılmış,

b) Yatarak tedaviler için uzmanlık dalı bazında ayrılmış,

c) 5.2.1 numaralı maddede örnöklenmeyeceği belirtilen işlemler için her bir işlem başlığı altında ayrılmış olmalıdır.

(3) Kuruma MEDULA hastane sistemi üzerinden elektronik ortamda gönderilen belgeler ayrıca manuel ortamda gönderilmez.

5.3.1.A – Fatura üst yazısı

(1) Fatura üst yazısı, Kurumca elektronik evrak kabulü yapılmıştır. Kadar sağlık kurum/kuruluşu başhekimliği tarafından onaylanarak Kuruma teslim edilir. Ayrıca Kurumca belirlenen istisnalar nedeni ile manuel olarak gönderilecek

faturalara ait fatura üst yazısı da sağlık kurum/kuruluşu başhekimliği tarafından onaylanarak Kuruma teslim edilir. Fatura üst yazısında aşağıda bulunan bilgiler yer alır;

- a) Sağlık kurumunun/kuruluşunun adı,
- b) Sağlık kurumunun/kuruluşunun MEDULA tesis kodu,
- c) Sağlık kurumunun/kuruluşunun adresi,
- ç) Fatura dönemi,
- d) Hasta sayısı (uzmanlık dalı bazında ve toplam),
- e) Fatura tutarı (uzmanlık dalı bazında ve toplam).

5.3.1.B – İcmal listesi

(1) Kuruma MEDULA hastane sistemi üzerinden elektronik ortamda gönderilen her uzmanlık dalı ve aynı gönderileceği belirtilen gruplar için ayrı ayrı düzenlenmiş icmal listesinde aşağıdaki bilgiler yer alır. Ayrıca Kurumca belirlenen istisnalar nedeni ile manuel olarak gönderilecek faturaların icmal listesinde de aynı bilgiler bulunur.

- a) Sıra numarası,
- b) Takip numarası, takip tarihi,
- c) T.C. Kimlik Numarası, hasta adı soyadı, (8/3/2012 tarihli ve 6284 sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun hükmüllerine göre hakkında koruyucu tedbir kararı verilen kişiler hariç),
- ç) Hasta bazında toplam hizmet tutarı,
- d) Listede tüm hastalara verilen hizmet tutar toplamı.

5.3.1.C – Hizmet detay belgesi

(1) MEDULA sistemini kullanan sağlık kurum/kuruluşları, tedaviye ait hizmet detay belgesini MEDULA sistemine elektronik olarak kaydeder. Hizmet detay belgesi Kurumun ilgili birimine teslim edilmez. Ancak Kurum tarafından fatura incelemesi dışında başka bir nedenle talep edilmesi halinde, hizmet detay belgesinin dökümü başhekimlikçe onaylanarak teslim edilir. Hizmet detay belgesindeki epikriz bölümü, yatarak tedavilerde ve cerrahi işlemlerin yapıldığı tüm sağlık hizmetlerinde elektronik ortamda ayrıntılı olarak düzenlenmek zorundadır. Kuruma MEDULA hastane sistemi üzerinden elektronik ortamda gönderilen hizmet detay belgesinde aşağıdaki bilgiler yer alır. Ayrıca Kurumca belirlenen istisnalar nedeni ile manuel olarak gönderilen faturalara ait hizmet detay belgesinde de aynı bilgiler bulunur.

- a) Hastanın adı soyadı, telefon numarası, adres bilgileri,
- b) T.C. Kimlik Numarası,
- c) Kapsam türü,
- ç) Branş,
- d) Provizyon numarası/MEDULA takip numarası,
- e) İşlem tarihi,
- f) İlgili hekimin bilgileri (hekim adı, soyadı, doktor tescil numarası),
- g) Hasta yatış ve çıkış günleri,
- ğ) Hastaya konulan tanı, ICD-10 kodu, ICD-O kodu,
- h) İşlemlerin (muayene, tetkik, tahlil, yatak, ameliyat, tedavi vb.) tarihi, hizmet türü, SUT kodu, adı, adedi, tutarı,
- i) Tibbi malzemelerin adları, adetleri, birim fiyatları, SUT kodları, Küresel Ürün Numarası (barkod),
- ı) Hasta tabelasına uygun olarak tane hesabıyla hastaya verilen ilaçların, kutu bazında değil, tane hesabıyla birim fiyatları ve tutarı (parenteral ilaçlar için hizmet detay belgesinde hastaya verilen dozlar (mg, IU, ml. vb.) belirtilecek ancak fiyat ve tutarlar kutu/adet üzerinden fatura edilecektir.),
- j) Kullanılan kan ve kan bileşenleri, miktarları, ünite ve ISBT (Uluslararası Kan Nakli Derneği) numaraları,
- k) Epikriz notu.

5.3.1.Ç – Diğer belgeler

(1) MEDULA hastane sistemi üzerinden elektronik ortamda gönderilme sağlanıncaya kadar aşağıdaki incelemeye esas belgeler manuel olarak gönderilir.

a) MEDULA sisteminden kaynaklanan ve Kurumca kabul edilen nedenlerle müstehaklık sorgulaması yapılamadan işlemleri yürütülen ve daha sonrasında sağlık kurumuna yapılan sorgulama sonucu müstehak olmadığı tespit edilen kişiler için işlemleri yürütmeye esas belge,

b) Sevkle başvuran hastalar için tedavi sevk belgesi (e-sevk hariç),

c) Adli vaka ve iş kazası geçiren kişilere ait faturaların ekinde ilk müdahalenin yapıldığı sağlık hizmeti sunucusu tarafından hastane polisi veya ilgili kolluk kuvvetinden konuya ilgili sağlanacak belge, tutanak, ifade tutanağı, adli rapor gibi temin edilebilen her türlü belge,

ç) Meslek hastalığı tanısı koymaya yetkili ve ilk tanının konulduğu sağlık hizmeti sunucusu tarafından meslek hastalığı tanısı alan kişilere bu tanıya ait sağlık kurulu raporu,

d) Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında sağlık hizmeti bedelleri Kurumca karşılanan kişiler için sosyal güvenlik il müdürlüklerince düzenlenmiş ve onaylanmış “Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sağlık Yardım Belgesi” ya da nüshası (YUPASS numarası ile hasta takip numarası/provizyon alınan kişiler hariç),

e) MEDULA sistemine karekod girişleri yapılmıştır, mor ve turuncu reçete (Değişik: RG-10/05/2018-30417/25 md. Yürürlük: 18/05/2018) ile kan ürünlerini kapsamında bulunan kan ürünlerinin kupürleri,

f) Diş tedavilerinde,

1) Diş hastalarına yapılan işlemleri gösteren diş şeması (ağzı ve diş sağlığı hizmetlerinde tüm işlemler, hizmet detay belgesindeki diş şeması üzerinde işaretlenir.),

2) Ağzı ve diş cerrahisi işlemlerinden büyük-küçük kist operasyonları, büyük-küçük odontojenik tümör operasyonları vb. işlemlerde MEDULA hastane sisteminde yer alan epikriz alanında belirtilmek üzere açıklayıcı operasyon bilgileri, operasyona ait radyolojik teşhis filmleri, MR ve BT gibi görüntüleme yöntemlerine ait sonuçu bilgileri,

3) Gömülü diş çekimi (mukoza-kemik retansiyonlu), gömülü kanın-premolar çekimi, kök ucu rezeksyonu işlemlerinde, radyolojik teşhis filmleri,

- 4) Kanal tedavisi, gangren ve periapikal lezyonlu dişlere uygulanan kanal tedavilerinde, radyolojik teşhis ve sonuç kontrol filmleri (dijital, periapikal, panoromik vb. hangisi kullanıldı ise),
- 5) Ortodontik tedavi gereksinimi olan hastalar için düzenlenecek sağlık kurulu raporu (e-rapor hariç),
g) SUT ve eki listelerde, Kurumun yapacağı sözleşmelerde ve yayılmış genelgelerde ayrıca ekleneneceği belirtilen belgeler,
- g) Hemodiyaliz tedavilerinde ilave olarak;
- 1) Tüm tetkiklerin, tetkiki yapan ilgili uzman hekim tarafından onaylanmış sonuçlarını (hizmet alımı ile yaptırılmış tetkikler dahil) gösterir belgeler,
- 2) Yukarıda yer alan hizmet detay belgesine ek olarak;
- i) Her seansın tarihi, seansların başlayış ve bitiş saatlerinin,
- ii) Hastaların hemodiyalize alındığı cihazların seri numaralarının,
- iii) Hemodiyaliz hemşiresinin T.C. Kimlik Numarasının,
- iv) Her bir seans sonrasında, alınan tedaviyi takip eden sorumlu uzman hekim ya da sorumlu hekim imzasının yer aldığı belge,
- 3) Her seans için biyometrik kimlik doğrulaması yapılması zorunlu olup biyometrik kimlik doğrulaması yapılmayan hastalar için hasta imzasının ya da parmak izinin (eğer alınamıyorsa adı ve telefon numarası belirtilmek kaydıyla hasta yakınının imzasının) yer aldığı belge/belgeler,
- h) Ayaktan veya yatarak yapılan hiperbarik oksijen tedavilerinde ilave olarak;
- 1) Yukarıda yer alan hizmet detay belgesine ek olarak;
- i) Her seansın tarihi, seansların başlayış ve bitiş saatlerinin,
- ii) Her bir seans sonrasında, alınan tedaviyi takip eden sorumlu uzman hekim ya da sorumlu hekim imzasının yer aldığı belge,
- 2) Her seans için biyometrik kimlik doğrulaması yapılması zorunlu olup biyometrik kimlik doğrulaması yapılmayan hastalar için hasta imzasının ya da parmak izinin (eğer alınamıyorsa adı ve telefon numarası belirtilmek kaydıyla hasta yakınının imzasının) yer aldığı belge/belgeler,
- i) Ayaktan veya yatarak yapılan fizik tedavi ve rehabilitasyon ve ESWT tedavilerinde ilave olarak;
- 1) Yukarıda yer alan hizmet detay belgesine ek olarak;
- i) Her seansın tarihi, seansların başlayış ve bitiş saatlerinin,
- ii) Tedaviyi uygulayan terapist/teknikerin T.C. Kimlik Numarası,
- iii) Her bir seans sonrasında, alınan tedaviyi takip eden sorumlu uzman hekim ya da sorumlu hekim imzasının yer aldığı belge,
- 2) Her seans için biyometrik kimlik doğrulaması yapılması zorunlu olup biyometrik kimlik doğrulaması yapılmayan hastalar için hasta imzasının ya da parmak izinin (eğer alınamıyorsa adı ve telefon numarası belirtilmek kaydıyla hasta yakınının imzasının) yer aldığı belge/belgeler,
- i) Provizyon alınmadan vefat eden hastalara ait faturalar ve takip numarası alınmamış vefat eden hastalar için Kurumdan alınan tedavi tarihlerinde müstehak oldukları belirten belge ve ölüm belgesi.
- 5.3.2 – Tibbi cihaz/sarf malzeme şahıs ödemelerinde istenecek incelemeye esas belgeler**
- (1) Ayaktan tedavilerde reçete karşılığı hasta tarafından temin edilen tıbbi cihazların/sarf malzemelerin geri ödeme işlemlerinde fatura aslinə ek olarak;
- a) Reçete aslinin,
- b) Sağlık raporu aslinin (sürekli kulanım arz eden malzemelerde raporу düzenleyen sağlık kurumu/reçeteyi düzenleyen hekim/Kurum yetkilileri tarafından “Aslı gibidir” onayı yapılmış sureti kabul edilir),
- c) Barkodun ve varsa etiket aslinin,
- ç) SUT’ta tıbbi malzemeye özel olarak belirtilen diğer belgelerin,
- d) Kurumca iade alınan tıbbi cihazlar için taahhütnamenin (Kurum stoklarından temin edilmesi durumunda sadece bu fikranın a, b, ç bentlerinde belirtilen belgeler),
- e) Engelli sağlık kurulu raporu bulunması halinde aslinin veya onaylı fotokopisinin ibrazı zorunludur.
- (2) Fatura arka yüzünde; tıbbi cihazı/sarf malzemeyi teslim alan kişinin adı ve soyadı, T.C. Kimlik Numarası, telefon numarası, ıslak imzası yer almali ve faturadaki tıbbi malzeme/malzemeleri teslim aldığına dair “Teslim aldım” ibaresi ve teslim alınan tıbbi malzeme miktarı belirtilmelidir (Kurumca iade alınan tıbbi cihazlar hariç).
- (3) YUPASS numarası ile hasta takip numarası/provizyon alınan kişiler de dahil olmak üzere yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmesi kapsamında sağlık hizmeti bedelleri Kurumca karşılanan kişilere sağlanacak protez ve ortez, tıbbi araç ve gereç ile kişi kullanımına mahsus tıbbi cihazlarının temini için Kurumun ilgili biriminden onay alınır.
- (4) Yatarak tedavilerde ve 3.3.12 numaralı madde kapsamındaki tedavilerde temini zorunlu tıbbi malzemelerin hastaya alındırılması durumunda;
- a) Küresel Ürün Numarası (barkod) ve varsa SUT kodu bilgisini içeren fatura aslinin,
- b) Reçete aslı veya ıslak imzalı epikriz notu veya tıbbi cihaz/sarf malzemelerin kullanıldığına dair sağlık raporu aslinin (bu belgelerin temin edilememesi durumunda MEDULA sisteminde malzemenin kullanıldığından tespiti),
- c) Fatura arkasında hastanın kendisinin veya cihaz/malzemeyi teslim alan kişinin kendi el yazısı ile teslim aldığına dair “Teslim aldım” ibaresi, T.C. Kimlik Numarası, adı ve soyadı, telefon numarası ve imzası,
- ç) Barkod ve varsa etiket aslinin,
ibrazı zorunludur.
- (5) Kullanımı sağlık raporuna bağlı sürekli kullanılan tıbbi malzemelere ilişkin düzenlenecek reçetelere ait “Aslı gibidir” onayı yapılmış rapor, fatura ekinde Kuruma gönderilir. “Aslı gibidir” onayı, raporу düzenleyen sağlık kurumu/reçeteyi düzenleyen hekim/Kurum yetkilileri tarafından yapılır.

(6) Fatura arkasında reçetenin düzenlediği branşın uzman hekimlerinden biri tarafından reçetede yazan malzemenin (ismarlama eksternal protez ve ortezler için) hasta üzerinde uygulandığının görüldüğü ve uygunluğunun belirtilerek onaylanması gereklidir. (tibbi uygunluk gerektirmeyen tıbbi malzemeler ve işitme cihazları hariç)

(7) Sağlık hizmeti bedelleri Kurumca karşılanan kişilerin ayakta tedavileri sırasında kullanmalari sağlık raporu ile uygun görülen SUT eki listelerde yer alan malzemelerden Kurumca duyurulacak olanların ödemesi; SUT hükümleri ve ilgili mevzuat doğrultusunda düzenlenecek sağlık raporu ve bir defaya mahsus olmak üzere sağlık raporuna göre düzenlenen reçeteye istinaden reçete tarihi esas alınmak kaydıyla aylık nakdi ödeme şeklinde yapılabilir. Bu fikra kapsamında yapılacak ödemelerde bu maddenin diğer fikralarında yer alan hususlar aranmaz.

(8) Sağlık Bakanlığı ile yapılan protokol kapsamında Sağlık Bakanlığı tarafından iadeli tıbbi cihazlar ile verilen sağlık hizmetleri karşılığında hizmet ve/veya cihaz bedeli ödenir.

5.4 – Fatura, incelemeye esas belgelerin teslimi ve ödeme işlemleri

(1) Fatura, incelemeye esas belgelerin teslimi ve ödeme işlemleri, 8/3/2017 tarihli ve 30001 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan "Sağlık Hizmeti Sunucularının Faturalarının İncelenmesine ve Bedellerinin Ödenmesine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik" hükümleri doğrultusunda yürütülür.

ALTINCI BÖLÜM Son Hükümler

6.1 - Tedavi giderlerine ait katma değer vergisi

(1) SUT ve eki listelerde yer alan birim puanlar/fiyatlar katma değer vergisi hariç olarak tespit edilmiştir. Katma değer vergisi, ilgili mevzuat çerçevesinde ayrıca ödenecektir.

6.2 - Duyurular

(1) Kurumun her türlü duyuruları Kurumun resmi internet sitesinde yayınlanır.

6.3 - Geçici hükümler

6.3.1 - Tanı ve tedavi

(1) 6111 sayılı Kanunun yürürlüğe girdiği 25.02.2011 tarihinden önce trafik kazaları nedeniyle sağlanan sağlık hizmeti bedelleri, SUT ve eklerinde yer alan kısıtlamalar dikkate alınmaksızın Kurumca bu sağlık hizmetleri için ödenen tutarlar üzerinden karşılanır.

(2) (Değişik: RG- 01/08/2013- 28725/ 12 md. Yürürlük: 01/08/2013) 15.10.2012 tarihinden önce alınan sevke istinaden uygulanan ortodontik ve diğer tedaviler 2010/41 nolu Genelgeye göre sonuçlandırılır. 09.11.2012 tarihinden önce alınan sevke istinaden uygulanan ortodontik ve diğer tedaviler 2010/41 nolu Genelgeye göre sonuçlandırılır.

(3) 5510 sayılı Kanunun 60 inci maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1), (3) ve (9) numaralı alt bentleri gereği genel sağlık sigortası kapsamına alınan kişilerin 01.01.2012 tarihinden, SUT'un 1.5.1 maddesinin yürürlük tarihine kadarki sürede geçerli olan mevzuata uygun olarak müracaat ettikleri üniversite sağlık hizmeti sunucusunca, tedavinin sağlanamaması nedeniyle bir başka üniversite sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilmiş olması halinde yapılmış olan sevkleri geçerli kabul edilecektir.

6.3.2 - Tıbbi malzeme

(1) Tıbbi malzeme listesi SUT ekinde yayınlanmamış olan branşlardaki (branş, grup veya alanlardan) herhangi bir tıbbi malzemenin, yayınlanmış olan tıbbi malzeme listelerinde tanımlanmış olması durumunda; Kuruma faturalandırılması ilgili listede belirlenmiş kurallara göre yapılır.

(2) Bu tebligin 3.1.2 numaralı maddesinin 17 inci fıkrası ile ilgili olarak;

a) 22.06.2012 tarihinden önce düzenlenen sağlık kurulu raporlarına istinaden temin edilen ve ismarlama olarak üretilen tıbbi malzemelere ilişkin fatura bedellerinin ödemesinde sağlık kurulu raporunun düzenlediği tarihte yürürlükte bulunan mevzuat hükümleri doğrultusunda işlem yapılır.

b) 28.07.2012 tarihinden sonra düzenlenen sağlık kurulu raporuna istinaden temin edilmek istenen tıbbi malzeme bedeli, aynı işlevi gören başka bir tıbbi malzemenin daha önceden temin edilmiş olması halinde, temin edilmiş olan malzemenin garanti süresi dolana kadar Kurumca karşılanmaz.

c) 29.09.2012 tarihinden önce düzenlenen sağlık kurulu raporlarına istinaden temin edilen ve SUT eki listelerde yer almayan tıbbi malzemelerin bedellerinin karşılanması, sağlık kurulu raporlarının üçüncü basamak sağlık kurumlarında düzenlenmemiş olma şartı aranmaz.

(3) Türk Silahlı Kuvvetleri bünyesinde vatani hizmetini icra ederken vazife malullüğü aylığı bağlanmış olanlardan, 21.01.2012 tarihinden önce sağlık kurulu raporu ile temin edilerek Kurumca ödemesi yapılmış olan ileri teknoloji ortez ve protezlerin (biyonik el, diz eklemi mikro işlemeli kontrollü karbon ayaklı protezler vb.) bedelleri, bu kişilerden talep edilmez.

(4) 10.01.2013 tarih ve 28524 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğin 26 ila 34 üncü maddelerinde, yatan hasta tedavisinde kullanılan tıbbi malzemelerle ilgili olarak, SUT ekinde yer alan tıbbi malzeme listelerinde değişiklikler yapılmıştır. Bu Tebliğ hükümleri saklı kalmak kaydıyla;

a) Söz konusu değişiklik öncesi SUT eki listelerde bulunmakla birlikte bu değişiklik ile SUT eki listelerden çıkarılan tıbbi malzemelerin bedellerinin Kurumca karşılanmayacağına dair hükümler 01.05.2013 tarihinden itibaren geçerli olacaktır.

b) Söz konusu değişiklik öncesi SUT eki listelerde fiyatı bulunmakla birlikte bu değişiklik ile tanımlarının farklılaştırılması sonucunda SUT eki listelerde fiyatız olarak yayımlanan tıbbi malzemelerden; 01.01.2013 (dahil) tarihi ile 10.01.2013 (dahil) tarihleri arasında kullanılanların,

1) Değişiklikten önceki SUT eki listelerde tanımlı fiyatlarından fatura edilmesi halinde bu fiyatlar üzerinden,

2) Yeni düzenlemeye göre fiyatız tıbbi malzemeler şeklinde fatura edilmesi halinde ise SUT eki listelerde fiyatı belirli olmayan tıbbi malzemelerin ödemesine ilişkin SUT hükümleri doğrultusunda bedelleri Kurumca karşılaşacaktır.

c) Söz konusu değişiklik ile getirilmiş olan SUT eki listelerde bulunan veya yeni eklenen tıbbi malzemelere ait konsey, sağlık kurulu raporu veya endikasyon tanımlaması gibi ilave kuralların uygulanmasına ilişkin hükümler, 01.05.2013 tarihinden itibaren geçerli olacaktır.

6.4 - Yürürlükten kaldırılan mevzuat ve atıflar

(1) 25/5/2007 tarihli ve 26532 sayılı Mükerrer Resmi Gazete'de yayımlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği ile 25/3/2010 tarihli ve 27532 sayılı Mükerrer Resmi Gazete'de yayımlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği yürürlükten kaldırılmıştır.

(2) 25/3/2010 tarihli ve 27532 sayılı Mükerrer Resmi Gazetede yayımlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğine yapılmış olan atıflar, bu Tebliğin ilgili maddesine yapılmış sayılır.

6.5 - Yürürlük

(1) SUT'un;

- a) 4.2.2(3) fıkrası 18/1/2013 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,
- b) 2.3(6) fıkrası 11/3/2013 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,
- c) 2.5 ve 2.6 maddeleri, 4.1.4(5) ve 4.3(3) fıkraları ve 6.3 maddesi yayımı tarihinde,

ç) **(Değişik: RG- 04/05/2013- 28637/ 21 md. Yürürlük: 01/05/2013) 3.1.3(1) fıkrasının i ve i bentlerinde belirtilen tıbbi malzemelere ait fiyatlar 1/7/2013 tarihinde, 3.1.3(1) fıkrasının i bendinde belirtilen tıbbi malzemelere ait fiyatlar 1/7/2013 tarihinde,**

- d) 3.1.3(2) fıkrasının h ve i bentleri 1/1/2014 tarihinde,
- e) Diğer hükümleri 1/5/2013 tarihinde,
yürürlüğe girer.

6.6 - Yürütme

(1) SUT hükümlerini Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı yürütür.