

**Resmi Gazete**

**Tarih: 29.04.2006 ; Sayı :26153**

## **TEBLİĞ**

Maliye Bakanlığından:

### **TEDAVİ YARDIMINA İLİŞKİN UYGULAMA TEBLİĞİ ( SIRA NO: 6)**

#### **1. Amaç, Kapsam ve Dayanak**

##### **1.1. Amaç**

Bu Tebliğin amacı; kapsama dahil hak sahiplerinin sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılan tedavilerine ait ücretler ile tedavi yardımına ilişkin işlemlerde, kurumlararası uygulama birliğinin sağlanması, geri ödeme kriterlerinin ve bunlara ilişkin esas ve usullerin tespit edilmesidir.

##### **1.2. Kapsam**

Bu Tebliğ hükümleri;

**a)** 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 1 inci ve ek geçici 9 ile 16 ncı maddeleri kapsamına giren personel ile bunların bakmakla yükümlü buldukları aile fertleri,

**b)** 2914 sayılı Yükseköğretim Personel Kanunu, 2802 sayılı Hakimler ve Savcılar Kanunu ve 211 sayılı Türk Silahlı Kuvvetleri İç Hizmet Kanunu kapsamında bulunan personel (Erbaş ve erler bu Tebliğ hükümleri haricindedir. Erbaş ve er reçeteleri ile ilgili olarak şahıslara mali külfet getirmemek koşuluyla gerekli düzenlemeler Milli Savunma Bakanlığınca yapılacaktır) ile bunların bakmakla yükümlü buldukları aile fertleri,

**c)** 5434 sayılı T.C. Emekli Sandığı Kanununun geçici 139 uncu maddesi gereğince (Yönetmeliklerindeki özel hükümler saklı kalmak kaydıyla) tedavi giderleri karşılanan kişiler,

**d)** 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun kapsamındaki hak sahipleri, (3816 sayılı Kanun ile Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması ve Yeşil Kart Uygulaması Hakkında Yönetmelik hükümlerine aykırı olmamak kaydıyla),

hakkında uygulanır.

233 sayılı Kamu İktisadi Teşebbüsleri Hakkında Kanun Hükümünde Kararname kapsamında bulunan kurumlarda çalışan Devlet memurları ve diğer kamu görevlileri ile bunların bakmakla yükümlü oldukları aile fertlerinin sağlık kurumlarında yapılan tedavilerinde de bu Tebliğ esaslarına göre işlem yapılır.

Diğer sosyal güvenlik kurumları ile sağlık hizmeti sunan kamu kurum ve kuruluşları arasında hizmet satın alınmasına yönelik protokolün uygulamaya konulması halinde, bu kurumlara tabi olanların resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılan muayene, tetkik ve tedavilerine ait bedeller bu Tebliğe yer alan fiyat tarifeleri üzerinden ödenir. Sigortacılık hizmetlerinden kaynaklanan işlemler ise kurumlarınca belirlenen mevzuat hükümleri doğrultusunda yürütülür.

### 1.3. Dayanak

Bu Tebliğ; 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 5234 sayılı Kanunla değişik 209 uncu maddesi, 5434 sayılı T.C. Emekli Sandığı Kanununun geçici 139 uncu maddesi, 178 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 10 uncu maddesine 5234 sayılı Kanunla eklenen (p) ve (r) bendleri, Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliği (Bundan sonra Yönetmelik olarak ifade edilecektir.) ile Emekli ve Malullük Aylığı Bağlanmış Olanlarla Bunların Kanunen Bakmakla Yükümlü Buldukları Aile Fertleri, Dul ve Yetim Aylığı Alanların Muayene ile Tedavileri Hakkında Yönetmelik ve kapsama dahil kişilerin tedavi yardımı sağlanmasına ilişkin ilgili diğer mevzuatları hükümleri çerçevesinde düzenlenmiştir.

## 2. Hasta Sevk İşlemleri

### 2.1. Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Tanımı

**Birinci basamak resmi sağlık kuruluşu:** Resmi kurum hekimlikleri, sağlık ocağı, verem savaş dispanseri, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi ile sağlık merkezlerini,

5258 sayılı Kanun gereği aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde, birinci basamak sağlık kuruluşlarınca verilen sağlık hizmetlerinin bedeli kurumlarca karşılanmayacaktır.

**Birinci basamak özel sağlık kuruluşu:** Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik kapsamında açılan özel poliklinikleri,

**İkinci basamak resmi sağlık kurumu:** Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan Devlet hastaneleri (bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri dahil), özel dal hastaneleri, ilçe/belde gün hastaneleri (Bunların listesi Sağlık Bakanlığı tarafından geri ödeme kuruluşlarına bildirilir), Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri,

**İkinci basamak özel sağlık kurumu:** Özel Hastaneler Yönetmeliği'ne göre ruhsat almış özel hastaneler ile Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik kapsamında açılan özel tıp merkezleri ve özel dal merkezlerini,

**Üçüncü basamak sağlık kurumu:** Eğitim ve araştırma hastaneleri (bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri dahil), özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri ile üniversite hastanelerini,

ifade eder.

### 2.2. Sevk İşlemleri

5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun gereği aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde, öncelikle aile hekimine başvurulması, aile hekimince lüzum görülmesi halinde ikinci veya üçüncü basamak sağlık kurumlarına aile hekimince sevk yapılması esastır.

Aile hekimliği uygulaması bulunmayan illerde, aktif çalışanlar, kurumu tarafından yeterli sayıda nüshalı hasta muayene istek formu ile var ise kurum tabibine gönderilecek, kurum tabibinin gerekli görmesi halinde ikinci veya üçüncü basamak sağlık kurumuna sevk edilebilecektir. Kurum tabibi bulunmadığı takdirde aktif çalışanlar, kurumu tarafından düzenlenen muayene istek formu ile belediye sınırları ve mücavir alan içinde bulunan birinci, ikinci veya üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşuna doğrudan başvurabilirler. Kurum hekimliği veya diğer birinci basamak sağlık kuruluşundan ikinci veya üçüncü basamak sağlık kurumlarına yapılacak sevk işlemlerinde hastane ve hekim adı belirtilmez.

Aktif çalışanların bakmakla yükümlü olduğu aile fertleri, kurum hekimliğine veya belediye sınırları ve mücavir alan içerisindeki birinci, ikinci veya üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşlarına doğrudan başvurabilirler.

Emekliler ve bunların bakmakla yükümlü bulunduğu aile fertleri, geçerli sağlık karneleri ile birinci, ikinci veya üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşlarına doğrudan başvurabilirler.

Tıbbi gereklilik halleri dışında muayene ve tedavi işlemlerinin yukarıda belirtilen esaslar çerçevesinde öncelikle belediye sınırları ve mücavir alan içinde tamamlanması esastır. Bunun mümkün olmaması halinde, Yönetmelikteki genel esaslar geçerli olmak üzere, memuriyet mahalli dışına yapılacak sevk işleminin, bulunulan yerdeki ikinci veya üçüncü basamak sağlık kurumlarınca hastanın sevk edileceği ilçe veya ilin ismi belirtilerek, tedavinin sağlanabileceği en yakın yerdeki ikinci veya üçüncü basamak sağlık kurumuna yapılması gerekmektedir.

Bulunulan yer dışında sürekli olarak tedavisi gereken ve hastane tarafından kontrol amacıyla çağrılan hastalar, bu durumun sevk evrakı üzerinde veya ayrı bir raporla belgelendirilmesi kaydıyla, varsa kurum hekimliklerince, kurum hekimliği bulunmadığı takdirde birinci basamak sağlık kuruluşlarınca sevk edilebilirler.

Aynı sevk kağıdı ile bir sağlık kurumuna müracaat edenlerin ilk muayenesini müteakip yeni bir sevk kağıdına gerek kalmaksızın değişik bölümlerde aynı sevk kağıdı ile muayene, tetkik, tahlil ve tedavi olmaları mümkün bulunmaktadır. Bunun için yeterli sayıda nüsha içeren hasta sevk kağıdının düzenlenmesi ve sağlık kurumlarınca tüm nüshaların ilk nüsha gibi değerlendirilerek işlem yapılması esastır. Sonraki muayeneler konsültasyon olarak kabul edilir.

Sağlık kurumlarında yatırılarak tedavi altına alınan hastalar için üniversite veya eğitim hastanelerinden ilgili dal uzmanı çağırılmak suretiyle konsültasyon hizmeti alınması durumunda, ikinci bir sevk işlemine gerek kalmaksızın, konsültasyon ücreti konsültan hekimce düzenlenen epikrize dayalı olarak tahakkuk ettirilecek faturaya istinaden hastayı yatıran sağlık kurumu tarafından konsültan hizmeti veren sağlık kurumunun döner sermayesine aktarılır.

Sağlık kurumlarında yatırılarak tedavi altına alınan hastaların yapılamayan tetkik ve tahlilleri için diğer sağlık kurumlarına sevkinin gerektiği durumlarda, ikinci bir sevk işlemine gerek kalmaksızın yapılan tetkik bedeli, hastayı sevk eden sağlık kurumu tarafından tetkiki yapan kurumun döner sermayesine aktarılır.

Ayakta tedavi gören hastalara ait sevk evrakının hastalara verilen suretlerine (tek hekim tarafından verilen istirahat raporlarına ilişkin sevk evrakı hariç) muayene ve tedavi işlemlerinin tamamlanması sonrasında, kurum başhekiminin onayı ve mühür tasdik işlemi yapılmayacaktır.

Sevk işlemleri, şehir içi sevklerde 3 (üç) işgünü, şehir dışı sevklerde 5 (beş) işgünü geçerlidir.

### **2.3. Özel Tetkik, Teşhis ve Tedavi Merkezlerine Yapılacak Sevklerde Dikkat Edilecek Hususlar**

Hastalar, başvurdukları resmi sağlık kurumlarında görevli ilgili hekim tarafından, ağız ve diş sağlığı, ESWL ve ileri tetkikleri yapılmak üzere, hekimin kendisinin, eşinin veya bunların ortaklarının özel muayenehanelerine/özel tedavi merkezlerine/özel tetkik merkezlerine sevk edilemezler. Bu şekilde, serbest diş hekimine veya özel tetkik merkezlerine sevki yapan ve tedaviyi sağlayan hekimin aynı olduğu veya eşi veya ortakları tarafından yapıldığı belirlenen tedavilere ait giderler ödenmeyecektir. Tek özel diş hekiminin veya özel tetkik merkezinin bulunduğu yerleşim birimlerinde bu tür sevkler en yakın diğer bir yerdeki başka bir sağlık kurumuna yapılacaktır.

Sağlık Bakanlığının 11/03/2005 tarih ve 4802-2005/39 sayılı Genelgesinde belirtilen, ani olarak ortaya çıkan ve zaman geçirmeden gerekli girişimlerde bulunulmadığı

takdirde sakatlık ya da ölüme yol açabilecek ani acil haller için ileri tetkik işlemi gerektiğinin ilgili hekimce sevk belgesinde belirtilmesi kaydıyla ileri tetkik işlemi için tek özel merkeze de sevk yapılabilir.

#### **2.4. Yol Masrafı ve Gündelikler**

Tedavi amacıyla memuriyet mahalli dışına sevk edilenlere 6245 sayılı Harcırah Kanununun 18 inci maddesinin (c) bendi hükümlerine göre yol masrafı ve gündelik ödenir. Gündelik, tedavinin başlamasına kadar geçecek günler ( bu süre beş günü geçemez.) ile sağlık kurumu tarafından öngörülmesi kaydıyla ayakta tedavi gördüğü günler için verilir. Yatarak tedavide geçen süreler için gündelik ödenmez.

Memuriyet mahalli dışına sevk işleminde yol masrafı, hastanın bulunduğu yer ile sevk edildiği sağlık kurumunun bulunduğu yer arasındaki mutad taşıt ücreti esas alınarak ödenecektir. Ancak, sağlık kurumunca hastanın memuriyet mahalli dışına sevk işlemi sırasında ilgili hekim tarafından, hastalığın ne olduğu, mutad taşıt ile seyahat edememe ve ambulans veya uygun görülen herhangi bir taşıtla gitmesinin gerekçelerini belirten ayrı bir rapor düzenlenmesi ve bu raporun başhekim tarafından da onaylanması halinde ambulans ücreti veya uygun görülen taşıt bedeli ilgilinin kurumunca ödenecektir.

Ayrıca bunlara anılan Kanunun 33 üncü maddesinin (d) fıkrasına göre yatacak yer temini için ödedikleri ücretleri belgelendirmeleri halinde, belge bedelini aşmamak ve her defasında on gün ile sınırlı olmak üzere gündeliklerinin tamamına kadar olan kısmı ödenecektir.

Sağlık kurumuna ait ambulans ile memuriyet mahalli dışına yapılan hasta nakil ücreti ve acil ambulans ücreti hastanın kurumunca 08/07/2001 tarihli ve 24456 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Ambulans ile Özel Ambulans Servisleri ve Ambulans Hizmetleri Yönetmeliğinin 29 uncu maddesine göre tespit edilecek ücretler dikkate alınmak ve rayiç bedeli aşmamak üzere ödenir. Ancak, hasta nakillerinde hastanın ambulansla sevkinin gerekliliğinin ilgili hekim tarafından tevsiki gerekmektedir.

Resmi sağlık kurum ve kuruluşları arasındaki hasta nakilleri ile diyaliz ve kemoterapi tedavileri için hasta naklinde kullanılacak hasta servis hizmetleri, ilgili mevzuat çerçevesinde döner sermaye imkanları ile karşılanabilir.

#### **2.5. Eşlik Etme Zorunluluğu**

Hastanın tedavi edilmek üzere başka bir yere gönderilmesi durumunda, yanında bir kimsenin bulundurulmasının zorunlu olduğunun hastayı gönderen sağlık kuruluşunun raporunda veya hasta sevk kağıdı üzerinde belirtilmesi ve raporun veya sevk kağıdının başhekim tarafından imzalanması halinde, hastaya biri eşlik ettirilir. Eşlik eden kimseye de memurun bağlı olduğu kurumca 6245 sayılı Harcırah Kanunu hükümlerine göre harcırah ödenecektir.

#### **2.6. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarınca Yapılabilecek İşlemler**

Birinci basamak sağlık kuruluşlarınca yapılabilecek veya dışarıdan hizmet alımı yoluyla temin edilebilecek işlemler Tebliğ eki (EK-8/A) sayılı listede belirlenmiş olup, bu listede yer almayan işlemlerin bedelleri ödenmeyecektir.

### **3. Acil Vakalarda Tedavi**

Yönetmeliğin 15 ve 25 inci maddelerine göre, vakanın acil olması nedeniyle gerekli başvurma ve yollama işlemleri yapılmadan doğrudan sağlık kurum ve kuruluşunca tedavi sağlandığı takdirde, tedavi giderlerinin ödenebilmesi için hastanın taburcu edildiği tarihten itibaren lüzumlu işlem ve belgelerin usulü dairesinde;

a) Yurt içinde (resmi tatil günleri hariç) 30 gün,

b) Yurt dışında 90 gün,

içerisinde hazırlanıp ilgili kuruma verilmesi gerekmektedir.

Acil vakalara ilişkin tedavilerde de ilgili sağlık kurumu tarafından bu Tebliğ eki (EK-8) ve (EK-9) fiyat tarifelerinde yer alan fiyatlar uygulanır. Gerekli tedavi işlem ve belgeleri tamamlanmadan yapılan giderlerin bedeli bunların tamamlanmasından sonra ilgili masraf belgeleri verilmek suretiyle kurumdan alınır.

#### 4. Yurt Dışında Tedavi

Yurt içinde tedavisinin mümkün olmadığı anlaşılan hastalıkların tedavisinin yurt dışında yaptırılmasına ilişkin uygulama; 211 sayılı Türk Silahlı Kuvvetleri İç Hizmet Kanunu, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu ve 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanununda değişiklik yapan 29/7/1998 tarihli ve 4375 sayılı Kanun ile bu Kanunun 4 üncü maddesi gereğince, 11/8/1999 tarihli ve 23783 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan ve 9/7/1999 tarihli ve 99/13144 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlüğe konulan “Kamu Personeli ve Bunların Emeklilerinin Yurt Dışında Tedavilerine İlişkin Yönetmelik” esaslarına göre yürütülecektir.

Söz konusu düzenlemeler uyarınca hastaların tedavi için yurt dışına gönderilmeleri; Sağlık Bakanlığınca yetkili kılınan hastanelerin sağlık kurullarınca (EK-1/B) de belirtilen formata uygun olarak düzenlenen raporların, aynı Bakanlıkça Ankara’da belirlenen bir hastanece teyit edildikten sonra adı geçen Bakanlıkça onaylanması şartına bağlıdır.

Yurt dışı tedavilerine ilişkin sağlık kurulu raporlarında; Türkiye’de tedavisi yapılamayan ancak, yurt dışında yapılması mümkün olan hastalık açık olarak yazılacak, hastalığa ilişkin klinik bulgular ve laboratuvar bulguları, radyolojik ve görüntüleme ile ilgili bulgular, tedavinin Türkiye’de yapılamama gerekçeleri belirtilecek, karar bilimsel/tıbbi gerekçelere dayandırılacak ve verilen kararlarda “ileri teknoloji ile tedavi gerekli vb gibi” ifadeler kullanılmayacaktır. Raporlarda, memurun ve hastanın adı-soyadı, memura yakınlık derecesi, çalıştığı kurum, dosya ve protokol numarası, raporu veren anabilim dalı/bilim dalı/klinik adı belirtilecektir. (EK-1/B rapor örneği).

Yurt dışı tedavileri için sağlık kurulu raporu düzenlenmesi amacıyla oluşturulacak resmi sağlık kurullarına; en az biri ilgili dal uzmanı olmak kaydıyla üniversite hastanelerinde 5 öğretim üyesi, eğitim ve araştırma hastanelerinde 5 klinik şefi veya şef yardımcısı, (EK-1)’de yer alan diğer hastanelerde 5 uzman hekim bulunması zorunludur.

Yurt dışı tedavilerine ilişkin raporların Sağlık Bakanlığınca (ilgili personel için Millî Savunma Bakanlığınca) onaylanmasından itibaren 3 ay içinde yurt dışına çıkmak üzere işlem yapılmayan raporların yenilenmesi gerekir. Yurt dışına çıkış sonrasında yurt dışında kesintisiz tedavi süresi azami 1 yıldır.

Yurt içinde tedavilerinin sağlanamayacağı anlaşılanların tedavi için yurt dışına gönderilmeleri hususunda Sağlık Bakanlığınca yetkili kılınan tam teşekküllü hastaneler ile bu hastanelerce düzenlenen raporları teyit edecek hastane adları (EK-1) sayılı listede gösterilmiştir.

Yurt dışında doku veya organ nakli amaçlı sağlık kurulu raporunun, Sağlık Bakanlığınca ruhsatlı (EK-1/C) de belirtilen yetkili doku ve organ nakli merkezlerinden alınması zorunludur.

Akraba dışı vericiden kemik iliği nakli amacıyla yurt dışına hasta gönderilebilmesi için; hastaya yurt içinde kemik iliği nakli yapılmadığının (EK-1/C)’de belirtilen bir kemik iliği nakli merkezince rapor edilmesi ve Dünya Kemik İliği Bankası (BMDW) ve /veya Dünya Kemik İliği Vericileri Federasyonu (WMDA) üyeliği bulunan doku bilgi bankalarının en az birinin yurt dışında hastanın doku tipine uyumlu muhtemel vericisinin bulunduğu dair belgeyi rapora eklemesi gerekmektedir.

Yurt dışına tedavi amacıyla gönderilenlerin tedavi süreci kurumlarınca izlenerek Kanun ve Yönetmelik hükümlerine uygun işlem tesisi yönünde azami hassasiyet gösterilecektir. Hastaların yurda dönmelerini müteakip en geç bir ay içinde Tebliğe ekli çizelge (EK-1/A) doldurularak Maliye Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığına bildirilecektir.

Yurt içinde mümkün olmayan kemik iliği nakli haricindeki organ nakli işlemleri yurt dışında uzun bekleme sürelerini gerektirdiğinden, hastaların yurt dışındaki ilk tetkiklerinin tamamlanmasını müteakip uygun organ teminine kadar geçecek 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. Bu konudaki gerekli koordinasyon işlemi, hastanın kurumu tarafından Sağlık Bakanlığı nezdinde yürütülecektir.

## **5. Dış Tedavileri**

### **5.1. Resmi Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Yapılacak Dış Tedavileri**

**5.1.1.** Dış tedavileri ile ilgili sevk işlemlerinde, Yönetmeliğin 8 inci maddesinde belirtilen hastanın hastane veya sağlık merkezlerine yollama işlemlerinde üzerinde ağız şeması bulunan hasta yollama kağıdı kullanılacaktır. Kurumlar, söz konusu sevk kağıdını Devlet Malzeme Ofisi Genel Müdürlüğünden veya kendi imkanları ile sağlayacaklardır.

**5.1.2.** Resmi sağlık kurumlarında yapılan dış tedavileri için (EK-7) sayılı listede yer alan “Dış Tedavileri Fiyat Tarifesi” uygulanacaktır.

**5.1.3.** Yönetmeliğin 3 üncü maddesinin birinci fıkrasının (B) bendine göre yurt dışında tedavi giderleri karşılananlar ile tedavi amacıyla yurt dışına gönderilenlerin tıbbi lüzum üzerine yaptırıldıkları dış tedavileri sonucu doğan giderlerden;

**a)** Dış çekimi, kanal tedavisi, diş dolguları ve travma sonucu oluşan çene defektlerine yapılan cerrahi müdahalelerle, protez tamirlerine ait tedavi bedellerinin aynen ödenmesi,

**b)** Diğer dış tedavilerine ait giderlerin ise, (EK-7) sayılı listede yer alan fiyat tarifesindeki fiyatlara %100 ilave edilmek suretiyle bulunacak miktarın esas alınması, transferi halinde ise bu Tebliğin yürürlüğe girdiği günkü kurlar esas alınmak suretiyle bulunacak miktarın döviz karşılığı tutarları kadarının ödenmesi, gerekmektedir.

**5.1.4.** Resmi sağlık kurumunda veya personelin bağlı olduğu kurum bünyesinde kurulan diş protez ünitesindeki tedavi sırasında yapılamadığının belgelendirilmesi ve tedaviyi yapan sağlık kurumunun faturasında yer almaması şartıyla, resmi sağlık kurumlarından ilgili mevzuat hükümlerine dayanılarak başhekimliklerce, üniversitelerde ise dekanlıklarca organize edilerek yaptırılan akrilik veya seramik veneer kron, hassas tutuculu kron, implant üstü kron v.b. metal destekli tek parça kron ve tek parça döküm kron için (malzeme dahil) 11 YTL, alt-üst çene iskelet dökümü için (malzeme dahil) 43 YTL döküm işçilik ücreti ödenecek, bunu aşan kısmı ise hasta tarafından karşılanacaktır.

Personel yetersizliğinden dolayı bölümlü ve tam protez taleplerinin kısa sürede karşılanamaması ve randevu sürelerinin uzaması durumunda, hasta yararı gözetilmek suretiyle istekli olan kişilerin kendi talepleri doğrultusunda ve bedelini kendilerinin ödemesi kaydıyla, bölümlü ve tam protez laboratuvar iş ve/veya işlemleri resmi sağlık kurumlarında ilgili mevzuat hükümlerine dayanılarak başhekimliklerce, üniversitelerde ise dekanlıklarca organize edilerek yaptırılabilir.

Serbest dış hekimliklerinde yaptırılan tedaviler için ayrıca döküm işçilik ücreti ödenmeyecektir.

**5.1.5.** Dış tedavileri sırasında; altın, platin, palladyum+platin, iridyum+platin, irupal gibi kıymetli madenler ile argenco 23, bego gold EWL ve polliag-M gibi bileşiminde

kıymetli maden bulunan maddeler kullanılması zorunlu olsa dahi, Yönetmeliğin 31 inci maddesine göre hiçbir şekilde ödenmeyecektir.

**5.1.6.** Kemik içi dental implantların bedelleri ödenmez. Ancak, maksillofacial travma ve tümörler sonucu aşırı kemik kaybı olan ya da damak yarığı gibi deformiteleri olan hastalar ile rutin tedavilerle başarılı olunamayan rezorbe alt-üst çene vakalarında (en az 2 en fazla 4 implant ile sınırlı kalmak koşuluyla) klasik protez ile çözülemeyen ve implant tedavisinin zorunlu olduğunun üniversite diş hekimliği fakültelerinden cerrahi, protez ve periodontoloji anabilim dallarından en az birer öğretim üyesinin katılımıyla oluşacak bir heyet tarafından karara bağlanması ve kaç ünite yapılacağı belirtilmesi şartıyla bu Tebliğin eki (EK-7) Diş Tedavileri Fiyat Tarifesindeki tedavi bedeli ile implant malzemesi bedeli olarak (her ünite için) 90 YTL ödenir. Bu bedelin üzerindeki malzeme bedelleri hastalarca karşılanır.

## **5.2. Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Diş Tedavisi**

**5.2.1.** Özel sağlık kurum ve kuruluşlarındaki diş ünitelerinde yapılan tedavi giderlerinin ödenebilmesi için Tebliğin bu bölümünde belirtilen sevk usul ve esaslarına uyulması zorunludur. Diş tedavisi amacıyla özel sağlık kurum ve kuruluşlarına doğrudan yapılan başvurularda tedavi gideri ödenmez.

**5.2.2.** Yönetmeliğin 8 ve 10 uncu maddelerinde, özel sağlık kuruluşları sayılan serbest hekimliklere sevk ilke olarak öngörülmemiştir. Bu nedenle, diş tedavileri için hastaların kendilerine en yakın resmi sağlık kurumlarına sevk edilmeleri gerekmektedir. Ancak, diş tedavisi sırasında karşılaşılan güçlükler dikkate alınarak Tebliğ kapsamında yer alan kişilerin, doğacak fiyat farkını kendilerinin ödemesi kaydıyla, kendilerinin talepleri üzerine serbest diş hekimliklerine, aşağıda belirtilen esaslara göre sevkleri yapılabilecektir:

**5.2.3.** Diş tedavisi için sevk edildiği resmi sağlık kurumunda herhangi bir sebeple tedaviye 90 gün içinde başlanamayacağı ilgili diş hekimi tarafından belirtilmesi ve aynı sağlık kurumu başhekimisi tarafından onaylanması suretiyle istekli olan hastaların serbest diş hekimliklerine veya özel sağlık kurum / kuruluşlarına sevkleri yapılabilecektir. Ancak, bunun için kurumca gönderildiği resmi sağlık kurumu diş hekimi tarafından hasta muayene edilip teşhis konulduktan sonra, yapılması gereken bütün tedaviler ve boşlukların ayrıntılı olarak belirlenmesi ve hangi dişin tedavi edileceğinin ağız şeması üzerinde işaretlenmesi gerekmektedir. Yalnız çocukluk ve okul çağı olarak kabul edilen 5-15 yaş grubundaki çocuklarda yer tutucu ve ortodontik tedaviler ile 6 ve 12 yaş (1. ve 2. daimi büyük azı) dişlerinin tedavilerinde (münhasıran kanal, dolgular) 90 günlük süre kaydı aranmaz ve birinci basamak resmi sağlık kuruluşunda görevli diş hekimlerince de yukarıda belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde serbest diş hekimliklerine veya özel sağlık kurum/kuruluşlarına sevkleri yapılabilir. Tedavi sağlandıktan sonra sevk kâğıdında belirtilen tedavinin yapıldığının, kurumun diş hekimi veya sevki yapan resmi kurum veya kuruluştaki diş hekimlerince onaylanması zorunludur.

**5.2.4.** Resmi sağlık kurumu bünyesinde diş hekimi bulunmayan ilçelerde serbest diş hekimi bulunması halinde, resmi sağlık kurumu başhekimisi tarafından serbest diş hekimliklerine sevk yapılabilecektir. Bu şekilde sağlanan tedavilerde, sevk kâğıdında ve serbest meslek makbuzunda belirtilen tedavinin usulüne uygun yapıldığının ilçenin bağlı olduğu bölge diş hekimleri odasının temsilcisi tarafından onaylanması gerekmektedir. Ancak, özel kurumlarda tedaviyi yapan diş hekiminin oda temsilcisi olması halinde, onaylama işlemi en yakın yerdeki oda temsilcisi tarafından yapılacaktır.

**5.2.5.** Hastaların doğacak fiyat farklarını kendilerinin ödeyeceğini beyan ederek yapılan sevkler üzerine, yukarıda (5.2.3.) ve (5.2.4.) numaralı bentlerde belirlenen usullere uygun olarak serbest diş hekimliklerinde veya özel sağlık kurum/ kuruluşlarında yaptırılan teşhis, tedavi veya proteze ilişkin giderlerden (EK-7) sayılı listede yer alan diş tedavileri

fiyat tarifesindeki kadari karşılanacak, bunu aşan kısmı ise hasta tarafından ödenecektir.

**5.2.6.** Bu Tebliğin eki “Diş Tedavileri Fiyat Tarifesi”nde (EK-7) tespit edilen, beher kron için 40 YTL ve alt ve üst çenede tam protez için 300 YTL esas alınmak suretiyle, serbest diş hekimliklerinde veya özel sağlık kurum ve kuruluşlarında yaptırılan kron ve proteze ilişkin giderlerden;

1- Tek çenede kronlar ile protezin (seramik kron ve protez dahil) birlikte veya ayrı ayrı yaptırılması halinde toplam olarak 150 YTL

2- Alt-Üst çenede kronlar ile protezin (seramik kron ve protez dahil) birlikte veya ayrı ayrı yaptırılması halinde toplam olarak 300 YTL  
üzerinden ödeme yapılacaktır.

En son tedavi tarihi esas alınarak bir yıl içinde yeniden kron ve protez yaptırılması halinde, bu tedavilerin bir yıllık toplamı için ödenecek tutar yukarıda belirtilen miktarları hiç bir şekilde geçemez.

**5.2.7.** Bu Tebliğin (5.2.6.) bendinde yer alan sınırlama sadece kron ve protez bedelleri için getirilmiş olup, diğer diş tedavilerine ait giderler anılan listede yer aldığı şekilde karşılanacaktır. Ancak, anılan listede (\*) işaretli olan tedavilere ait giderlerin karşılanabilmesi için, tedavinin konularında uzman veya doktoralı diş hekimleri tarafından yapıldığının belgelendirilmesi gerekmektedir.

**5.2.8.** Serbest diş hekimliklerinde yaptırılan diş tedavileri için yukarıdaki esaslara göre ödenecek tutarlar azami tutarlar olup, bunun dışında hastaya serbest diş hekimliklerine gidiş-geliş için harcırah veya benzeri herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

**5.2.9.** Aynı yerde birden çok resmi sağlık kurumu bulunması halinde, memurların diş tedavilerini serbest diş hekimliklerinde veya özel sağlık kurumlarında yaptırabilmeleri için, tedavilerinin o yerde bulunan ve bünyesinde diş hekimi olan resmi sağlık kurumlarının sadece birinde yapılamayacağını belgelendirilmesi yeterlidir.

**5.2.10.** Serbest diş hekimlikleri veya özel sağlık kurumlarında yapılan diş tedavileri sonucunda yapılacak ödemeler sırasında, tedavinin bir bölümünün resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılmış olabileceği de dikkate alınarak gerçekleştirme görevlileri ve muhasebe yetkililerince gerekli itina gösterilecek ve mükerrer ödemelere sebebiyet verilmeyecektir.

**5.2.11.** Yüzde kırk ve üzerinde özürlü kişiler diş tedavileri için 90 günlük süre kaydı aranmaksızın ve özürlülük durumunu belgelendirmek suretiyle birinci basamak resmi sağlık kuruluşlarında görevli diş hekimlerinden alacakları sevk belgesi ile de serbest diş hekimliklerine veya özel sağlık kurum/kuruluşlarına başvurabilirler. Ancak başta zihinsel özürlü olmak üzere iletişim kurulamayan veya algılama güçlüğü yaşanan özürlü kişilerin diş tedavileri lokal anestezi altında gerçekleştirilemiyorsa ve genel anestezi altında müdahale gerekliliği söz konusu ise tedavinin, anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanının sorumluluğunda genel anestezi altında cerrahi müdahale uygulanabilen, asgari tıbbi malzeme ve ilaçların bulunduğu genel anestezi ile müdahale birimi olan özel sağlık kurum ve kuruluşlarında yapıldığının belgelendirilmesi gerekmektedir.

Tedavi sağlandıktan sonra sevk kağıdında belirtilen tedavinin yapıldığının, kurumun diş hekimi veya sevki yapan resmi kurum veya kuruluştaki diş hekimlerince onaylanması zorunludur. Ancak zihinsel özürlü ve iletişim kurulamayan özürlü kişilerin sevk belgelerinde yapılması gereken bütün tedavilerin ve boşlukların ayrıntılı olarak belirlenmemesi ve hangi dişin tedavi edileceğinin ağız şeması üzerinde işaretlenmemesi durumunda, serbest meslek makbuzunda belirtilen tedavinin yapılıp yapılmadığının sevki yapan kurum veya kuruluştaki diş hekimince onaylanması yeterlidir.

Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmeliğe uygun olarak alınan raporun onaylı bir örneği düzenlenecek faturaya eklenecektir.



Bu tür tedaviler için Diş Tedavileri Fiyat Tarifesinde (EK-7) yer alan fiyatlar geçerlidir.

## 6. Göz Tedavileri

**6.1.** Yönetmeliğin 33 üncü maddesi gereğince göz hastalıkları uzmanları (ihtisas yapmakta olan hekimler dahil) tarafından düzenlenen reçeteye dayanılarak alınacak gözlük camları ile çerçevenin temininde aşağıdaki açıklamalar doğrultusunda işlem yapılacaktır.

**6.2.** Gözlük camlarının temininde, bu Tebliğe ekli “Gözlük Camları Fiyat Listesi” (EK-6) esas alınacak ve ödemeler buna göre yapılacaktır. Cam bedelleri, çerçeve bedeli ile birlikte gözlükçü tarafından ilgilinin kurumuna fatura edilecektir. Reçeteye renkli gözlük camı yazılması halinde, numarasına uygun olarak beyaz cam fiyatı üzerinden ödeme yapılacaktır.

**6.3.** Hatalı gözlük camı verilmesinin ya da reçeteye yazılan gözlük camı yerine farklı diyoptrili cam verilmesinin ortaya çıkaracağı sonuçlardan camı veren gözlükçü sorumludur. Bu duruma neden olan gözlükçülerden bir daha gözlük camı temin edilmez.

**6.4.** Gözlük camlarına ilişkin her çerçeve için 2006 yılında 40 YTL ödenecektir.

**6.5.** Gözlük camlarının temininde Tebliğ ekinde (EK-6) yer alan liste muhteviyatı uygulanır. Hasta tarafından bu listedeki camlar dışında ayrı çap, cins, marka ve fiyatta cam istenmesi halinde, alınan reçeteye göre Tebliğe ekli “Gözlük Camları Fiyat Listesi”ndeki normal camların tutarı kadarı kurumunca karşılanacak, bu miktarı aşan kısmı ile renk, degrade ve antireflo farkı ise ilgiliden alınacaktır.

**6.6.** Yönetmeliğin 3 üncü maddesinin birinci fıkrasının (B) bendine göre yurt dışında tedavi giderleri karşılananlar ile tedavi amacıyla yurt dışına gönderilenlerin yurt dışında temin edilen gözlük camları ve çerçeveleri; bu Tebliğde yer alan fiyatlara % 100 ilave edilmek suretiyle bulunan miktarlar esas alınarak karşılanacak, transferi halinde ise bu Tebliğin yürürlüğe girdiği günkü kurlar esas alınmak suretiyle bulunacak miktarların döviz karşılığı tutarları ödenecektir.

**6.7.** Kurumlar, göz tedavisi sonucunda öngörülen cam ve çerçeve bedellerinden, hangisinin ödeneceğini, hastanın sağlık karnesine işlenmiş olan eski cam ve çerçeve kayıtlarını da dikkate alarak belirleyecektir. Hastalara sağlanacak gözlük çerçevelerinin Sağlık Bakanlığınca yürürlüğe konulan Tıbbi Cihaz Yönetmeliğine uygun olması gerekmektedir.

Yönetmelik gereğince gözlük cam ve çerçevesine ilişkin reçetelerin sağlık karnesine işlenmesi için kurum hekimliklerine ibrazı zorunludur. Kurum hekimleri sağlık karnesine gerekli kaydı yaparken alınan cam ve çerçevenin reçete muhteviyatına uygunluğunu kontrol etmekle yükümlüdürler.

Yönetmeliğin 37 nci maddesi ve Türk Silahlı Kuvvetleri İç Hizmet Yönetmeliğinin 308 inci maddesine göre gözlük camı ve çerçevesi ile çerçeve bedeli ilgili şahsın sağlık karnesine ve/veya sağlık fişlerine alındıkları tarih belirtilmek suretiyle işlenecektir. Kurum gerçekleştirme görevlileri ve muhasebe yetkilileri bu hususa titizlikle uyacaklardır.

**6.8.** Gözlük camı ve çerçeveleri 2 yılı geçmeden yenilenemez. Ancak sağlık zarureti görülmesi dolayısıyla gözlük cam numaraları değiştiği taktirde, 6 aydan az olmamak kaydıyla reçeteye dayanılarak alınan yeni gözlük camlarının bedeli kurumca ödenir.

**6.9.** Gözlük camlarının ve çerçeve ücretlerinin hasta tarafından ödenmesi halinde, gözlükçüden alınacak fatura kuruma verilmek suretiyle yukarıdaki esaslara göre belirlenen cam ve çerçeve bedelleri kurumunca ilgiliye ödenecektir.

**6.10.** Katarakt ameliyatı sonucunda göz içine takılan lensler (göz içi mercekleri) ile göz ameliyatı sonucuna bağlı olarak kullanılması sağlık kurulu raporuyla gerekli görülen lens bedelleri ve bunlara ait bakım preparatları hariç olmak üzere; göz tedavilerinde kullanılmasına kesin zorunluluk olduğu sağlık kurulu raporu ile belgelendirilse bile,

“KONTAKT-LENS” camlarına ait bedeller hiç bir şekilde ödenmeyecektir. Bu uygulama yurt dışında bulunan memurlar ile bunların bakmakla yükümlü oldukları aile bireyleri için de geçerlidir.

Resmi sağlık kurulu raporuyla zorunlu görülmesi şartıyla puva, prizmatik ve teleskopik gözlük camları, T.C. Emekli Sandığı Genel Müdürlüğünce tespit edilen fiyatları aşmamak üzere ödenecektir.

**6.11.** Kurum ve kuruluşlar, 5193 sayılı Optisyenlik Hakkında Kanun hükümlerine uygun olarak faaliyetlerini sürdüren müesseselerden personelin gözlüklerini temin edeceklerdir.

**6.12.** Tebliğ kapsamındaki hak sahiplerinin gözlük camı ve çerçevesi temininde optisyen gözlükçü müessesesi ile kurumlar arasında ekli (EK-6/A) optik sözleşmesinin imzalanması gerekmektedir. Sözleşmeler 1/6/2006 tarihine kadar imzalanacak, bu süre içerisinde mevcut uygulamaya devam edilecektir.

## **7. Kaplıca Tedavileri**

Yönetmeliğin 28 inci maddesine göre, sağlık kurulları tarafından kaplıcalarda tedavilerine gerek görülenler, Bakanlığımız ile Sağlık Bakanlığınca tespit edilen ve (EK-4) sayılı listede yer alan kaplıcalarda tedavi ettirililer.

Bu kişilere kaplıcalarda görmüş oldukları tedavi giderleri ve raporlarında belirtilen gün sayısını aşmamak üzere banyo giriş ücretlerinin, bu Tebliğe ekli (EK-8) Resmi Sağlık Kurumları Fiyat Tarifesindeki miktarlar kadarı ödenecektir. Bununla birlikte, kaplıca tedavisi amacıyla memuriyet mahalli dışına gönderilenlere 6245 sayılı Harcırah Kanunu hükümlerine göre yol masrafı, gündelik ve anılan Kanunun 33 üncü maddesinin (d) fıkrası gereğince yatacak yer temini için ödedikleri ücretleri belgelendirmeleri halinde, belge bedelini aşmamak ve her defasında on gün ile sınırlı olmak üzere, gündeliklerinin tamamına kadar olan kısmı ayrıca ödenecektir. Ancak, bunların dışında ayrıca yatak ve yemek bedeli karşılanmayacaktır. Kaplıca tedavisine ilişkin sağlık kurulu raporunda öngörülmesi kaydıyla refakatçi için de harcırah ödenecektir.

## **8. ESWL Metodu İle Yapılacak Taş Kırdırma Tedavileri**

Bu Tebliğ kapsamındaki kişilerin böbrek ve üreter taşlarından kaynaklanan rahatsızlıklarının ESWL metodu ile tedavisi, bu Tebliğin 20.7.2 nci maddesinde tanımlanan resmi sağlık kurulu raporuna istinaden resmi veya özel sağlık kurum veya kuruluşlarında yapılabilir.

Bu konuda yeni bir düzenleme yapılmadığı sürece, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğünün 26/8/1988 tarihli ve II/Yön.Hiz.Şb. Md. (Mev. 3120) / 1869 sayılı Genelgesine uyulacaktır. Radyolojik veya sonografik bulgular dikkate alınarak düzenlenecek bu raporlarda kırılacak taşın sayısı ve “mm” cinsinden boyu mutlaka gösterilecektir.

ESWL tedavisi uygulamasında kurumlarca, Tebliğ ekinde yer alan Taniya Dayalı (Paket) Fiyat Listesindeki (EK-9) fiyatlar esas alınarak seans başına; ilk seansta 180 YTL ödenecek, ilave seansa gerek görülmesi halinde, ikinci seans için 135 YTL, üçüncü seans için 90 YTL ödenecek, altı aylık zaman dilimi içerisinde aynı böbrek veya üreterdeki taş için toplam üç seanstan fazlasına ödeme yapılmayacaktır.

Bu fiyatlara, tedavi sırasında yapılan tetkik, tahlil ve röntgen için kullanılan ilaç ve her türlü malzeme bedeli dahil olup, bunlar için ayrıca bir ödeme yapılmayacaktır. Tedaviye ilişkin olarak düzenlenecek fatura bedelleri bu Tebliğin 21.2 nci maddesi esaslarına göre ödenecektir.

Tedavi sonrasında kullanılması gerekli görülen ilaç bedelleri ise hasta katılım payı alınarak ilgili kurumca karşılanacaktır.

## **9. Radyo Cerrahi Yöntemleri ve Ekstrakorporeal Fotoferez Tedavisi**

### **9.1. Radyo Cerrahi Yöntemleri ile Tedavi**

Hastanın radyo cerrahi yöntemleri ile tedavi edilmek üzere ilgili hastaneye sevk edilebilmesi ve tedavi giderinin kurumunca ödenebilmesi için, lokal tedavi endikasyonu bulunan intrakranial malign ve benign lezyonlar ve metastatik beyin tümörlerinde (primeri kontrol altında olan 1-3- metastazı olan) cerrahi, medikal ve klasik radyoterapiye cevap vermeyen veya uygun olmayan olgularda, radyasyon onkolojisi uzmanı ile beyin cerrahisi uzmanlarının katılımı ile oluşturulacak sağlık kurulunca düzenlenen rapora istinaden, bu Tebliğin ekli Tanıya Dayalı (Paket) Fiyat Listesi (EK-9) yer alan fiyatlar üzerinden faturalandırılır. Sağlık kurulu raporuna dayanılarak ilgilinin kurumu hastayı doğrudan tedavi göreceği hastaneye sevk eder. Cyberknife (stereotaktik radyo cerrahi) uygulama ücreti, ilk uygulamayı müteakip tedavi sürecinde yapılacak 2-5 seans uygulamayı kapsar. Hasta, teşhisi konularak sevk edileceğinden ayrıca MR, BT, DSA, PET-CT ücreti ödenmeyecektir.

### **9.2. Ekstrakorporeal Fotoferez Tedavisi**

Ekstrakorporeal fotoferez tedavisi, kutanöz T hücreli lenfomalarda, graft versus host hastalığı, sezary sendromu, pemfigus vulgaris, psöriasis ve solid organ nakillerinde doku reddinin önlenmesi (kalp, akciğer, böbrek nakillerinde) amacıyla üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastaneleri tarafından düzenlenecek sağlık kurulu raporu (Raporda uygulanacak tedavi programı ve süresi ayrıntılı olarak belirtilecektir.) ile belgelendirilmek ve Sağlık Bakanlığınca oluşturulan Aferez-Fotoferez Danışma Komisyonunun uygun görüşü alınmak şartıyla (Kutanöz T hücreli lenfoma ve bunun alt grupları olan Mikozis Funguodis, Sezary sendromu endikasyonları hariç), ayakta tedavi gören veya yatan hastalar için bu Tebliğe ekli Fiyat Tarifesinde (EK-8) yer alan fiyat üzerinden faturalandırılır ve hastanın kurumu tarafından en fazla altı aylık tedavi programı için ödenir. Ancak, hastanın klinik tablosunun tedavinin sürdürülmesini gerektirmesi ve bu durumun tıbbi gerekçeleri ile tedavi süresinin sağlık kurulu raporu ile tevsik edilmesi ve Aferez-Fotoferez Danışma Komisyonunca da onaylanması kaydıyla tedavi kesin sonuç alınana kadar uzatılabilir. Bu fiyata, tedavide kullanılan işlem kiti, fistül iğnesi, uvadex, UV-A lambaları, izotonik serum, heparin, erişim katateri ve her türlü tıbbi- teknik işlemler dahildir. Yatan hastalar için yatak ve benzeri diğer hizmetler, bu Tebliğe ekli Fiyat Tarifesi (EK-8) üzerinden ayrıca faturalandırılır.

## **10. Organ Nakli ve Diyaliz Tedavileri**

### **10.1. Organ Nakli Tedavileri**

Yönetmeliğin 3 üncü maddesi gereğince, tedavi giderlerinden yararlananların, hastalanıp organ nakline gerek görülmesi halinde, 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun hükümleri dikkate alınmak şartıyla, verici durumunda bulunan kimselerin bu işlemle ilgili tedavi giderleri, Yönetmeliğin kapsamına girip girmediklerine bakılmaksızın alıcı durumundaki hastaların kurumu tarafından aynen ödenecektir.

Tedavisi için kemik iliği nakli gereken ve yurt içinde uygun vericisi bulunmadığı ülkemizdeki kemik iliği bankalarınınca rapor edilen hastalar için, yurtdışındaki kemik iliği bankaları aracılığı ile 8/8 doku tipi uyumu gösteren (HLA A, -B, DR düşük çözünürlük ve HLA DR yüksek çözünürlükte ya da HLA A, -B, C ve DR düşük çözünürlükte) kan örnekleri, beklemeden getirilir. 8/8 sayısı yeterli değilse, (toplamda 25 vericiden az ise) ilgili yurtdışı kemik iliği bankalarından ve verici merkezlerinden 8/8 uyum sağlanana kadarki ileri testler yaptırılır ve masrafları kurumunca karşılanır. Yukarıda belirtilen

şartlarda uyum 8/8 uyum gösteren verici adaylarının (bir defada en az 10, toplamda 25 kişiyi geçmemek üzere) kan örnekleri, ilgili yurtdışı kemik iliği bankalarından ve verici merkezlerinden istenerek getirilir ve bu örneklerin ileri testleri ülkemizdeki laboratuvarlarca yapılır. Bu testlerin ücretleri, kemik iliği bankaları tarafından ilgili ülkelere döviz cinsinden ödenecek, vergi ve transfer ücreti de dahil olmak üzere YTL cinsinden belge mukabilinde kemik iliği bankasına kurum tarafından ödenir. Bu hüküm, geçmiş yıllarda gerçekleştirilmiş ancak ödemeleri yapılamamış nakil, tarama ve testler için, ilgili yıllardaki nakillere, tarama ve testlere ilgi kurularak, 2006 yılında fatura edilecek nakil, tarama ve test işlemleri için de geçerlidir. Kemik iliğinin yurt dışından Türkiye'deki nakil merkezlerine getirilmesi Türkiye'deki kemik iliği bankasının görevlendireceği bir kurye tarafından gerçekleştirilir. Bankanın kuryesinin olmadığı durumlarda yabancı bir kurye kemik iliğini Türkiye'deki nakil merkezine getirecektir. Kemik iliğinin Türkiye'deki nakil merkezine getirilme masrafları Avrupa kıtası için en fazla 2000 Euro karşılığı YTL, Amerika ve diğer ülkeler için en fazla 3000 Euro karşılığı YTL olmak üzere belge karşılığında hastanın kurumunca ödenir.

Akraba dışı kemik iliği vericisinin ülkemizde bulunmaması halinde, vericinin ileri testleri, sağlık kontrol masrafları, alınan kemik iliğinin yine Türkiye'deki bir nakil merkezine götürülmesi ile ilgili, kemik iliğinin toplanması, saklanması, kemik iliği bankası kuryesince taşınması ve gerektiğinde konaklaması ile ilgili masrafları belge karşılığı hastanın kurumunca ödenir.

## 10.2. Diyaliz Tedavileri

Kronik böbrek yetmezliği tanısı konulan ve diyaliz tedavisi alması gerektiği SKR ile belgelendirilen (akut böbrek yetmezliği tanısıyla yapılan diyaliz işlemleri hariç) diyaliz hastaları, bu tedavilerini sağlık kurumlarında veya 8/5/2005 tarihli ve 25809 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan "Diyaliz Merkezleri Yönetmeliği" hükümlerine uygun olarak açılan özel diyaliz merkezlerinde yaptırabilirler. Bu merkezlerde, hastanın diyaliz uygulamasında gerekli olan ve sağlık kurulu raporunda belirlenen hastalığıyla ilgili ilaçlar (paket kapsamında olanlar hariç) bu Tebliğde belirtilen esaslara uygun olarak reçetelenir ve serbest eczaneler tarafından karşılanır.

Böbrek yetmezliği için yapılan asetatlı ve bikarbonatlı hemodiyaliz tedavi giderleri Tebliğ'in Tanıya Dayalı Fiyat Listesindeki (EK-9) paket fiyatlar üzerinden fiyatlandırılır. Asetatlı ve bikarbonatlı hemodiyaliz tedavisi sırasında kullanılması gerekli olan malzeme ve ilaçlardan; A-V fistül iğnesi, A-V kan seti, dializör, serum, antikoagülan olarak kullanılan düşük molekül ağırlıklılar dahil her türlü heparin, konsantre hemodiyaliz solüsyonu (asetatlı, bazik ve asidik ) ve yukarıda anılan yönetmelik gereğince yapılması zorunlu olan tetkikler ile kullanılan her türlü serum bu ücretlere dahildir.

Ayrıca, böbrek yetmezliği için yapılan periton diyalizi, hemofiltrasyon ve plazmaferesis giderleri ile bunlara ait tetkik ve tahlil giderleri ve diyalize ilişkin diğer tedaviler, Bu Tebliğ'e ekli (EK-8) Sağlık Kurumları Fiyat Tarifesindeki fiyatlar esas alınarak ödenir.

Sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan hastalarda "izleme" ücreti ayda en fazla iki defa, periton diyalizi değişim sıvısı ücreti ise, raporlarda her hastada periton boşluğu hacmi için uygun solüsyon miktarı hacim olarak ml.cinsinden belirtilerek (Örneğin, 2500 ml ile başlanan hastada 2500 ml ile devam edilmesi gibi) aletsiz periton diyalizi uygulamalarında ayda standart solüsyonlar için maksimum 150 adet torba, biyoyumlu solüsyonlarda ise ayda maksimum 130 adet olacak şekilde karşılanır (aminoasit içerikli ile isodextrin içerikli solüsyonlar günde en fazla 1 defa ve bu solüsyonlar 2 adet standart solüsyon gibi kabul edilir). Yatan hastalarda bu şart uygulanmaz.

### 10.3. Tüp Bebek Tedavisi

#### 10.3.1 Tüp Bebek Öncesi Tedavi

Kısırlık şikayeti ile resmi sağlık kuruluşlarına başvuran hastalarda Tüp bebek tedavisine başlamadan önce yapılacak incelemeler ve tanıya bağlı olarak hastalarda klasik ovülasyon indüksiyonu tedavisi ve gerekiyorsa ek olarak İntrauterin inseminasyon (IUI) (örneğin açıklanamayan infertilite vakalarında) işlemi uygulanır. (Hastanın yaşamı boyunca yapılacak primer (klasik) infertilite tedavisi 3 siklus ve toplam en fazla 4500 ünite doz gonadotropini ve gerekirse ek olarak yapılan IUI işlemlerinde tedavi 3 siklus ve toplam en fazla 4500 ünite doz gonadotropini geçemez. Her siklus için kadın hastalıkları ve doğum uzmanının bulunduğu sağlık kurulu raporu düzenlenip bir siklus için gerekli ilaç miktarı tek reçetede kadın hastalıkları ve doğum uzmanı tarafından yazılabilecektir. Yaş ve evlilikle ilgili olarak tüp bebekte belirtilen kriterler infertilite ve IUI içinde aynen geçerlidir.

Ovülasyon tetikleme için kullanılan Hcg (human krikonik gonadotropin) dozu, maksimum dozun dışında olup 5000-10000(1-2 ampul) ünite dozu geçemez. Üç uygulamadan (siklus) sonra yapılan infertilite tedavisi için uygulanan gonadotropinler ödenmez.

#### 10.3.2. Tüp Bebek İçin Sevk Esasları

Kısırlık tedavisinde bir tedavi yöntemi olarak kabul edilen tüp bebek uygulamaları, 21/08/1987 tarihli ve 19551 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan “Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği’ne göre Sağlık Bakanlığınca ruhsatlandırılmış, kamu ve özel sektöre ait, üremeye yardımcı tedavi merkezlerinde (yeşil kart sahibi hastalar için 3816 sayılı Kanun ve ilgili yönetmelik gereği özel merkezlerde yaptırılan tedavi giderleri ödenmez) yapılabilir. Tüp bebek uygulaması amacıyla bu merkezlere sevk yapılabilmesi ve tedavi giderlerinin ilgilinin kurumunca karşılanabilmesi için;

Evlili olan memurun kendisinin veya kanunen bakmakla yükümlü olduğu eşinin kısırlığa bağlı olarak tüp bebek tedavisi olması gerektiğinin, eğitim ve üniversite hastaneleri tarafından bu Tebliğin 20.7.3 üncü maddesinde belirtilen esaslara uygun olarak düzenlenecek resmi sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi zorunludur.

Sağlık kurulu raporu ile belirlenmiş açıklanamayan infertilite vakalarında, en az üç kez klasik ovülasyon indüksiyonu + intrauterin inseminasyon (IUI) işlemi yapılmadan tüp bebek uygulamasına geçilemez.

Tüp bebek ve klasik ovülasyon indüksiyonu + intrauterin inseminasyon uygulamalarında kullanılan ilaçlar; bu Tebliğ eki ilaç listelerinde yer almak kaydıyla tüp bebek tedavisi yapılan merkezlerde görevli uzman hekimlerce ilacın etken madde ismi ve günlük maksimal kullanım dozu belirtilerek reçete edilebilir ve bu ilaçlar hasta katılım payından muaf değildir. Özel merkezlerde tedavi görenlerin ilaçları, özel merkezlerde görevli uzman hekimler tarafından yazılıp, protokol numaraları özel merkezler tarafından verilmelidir.

3 siklus boyunca yapılan klasik ovülasyon indüksiyonu ve gerektiği hallerde IUI tedavisine rağmen hastanın gebe kalamaması halinde veya aşağıda belirlenen istisnalara ve kriterlere göre başlanacak olan Tüp bebek işlemi, hastanın 40 yaşına kadar olan yaşam süresi içerisinde en fazla üç uygulama (siklus) olmak üzere yapılabilir. Kullanılacak ilacın dozu (gonadotropin) üç uygulama için toplam en fazla 9.000 üniteyi aşamaz. Üç uygulamadan (siklus) sonra yapılan infertilite tedavisi için uygulanan gonadotropin bedelleri ödenmez.

### 10.3.3. Tüp Bebek Tedavisine Başlama Kriterleri

#### A- Erkek faktörü:

Üro-androlojik tedaviye cevap vermeyen Oligoastenospermi- azospermi

En az 15 gün aralarla yapılan üç ayrı spermiyogramın hepsinde total progresif motil sperm sayısının 5 milyondan az olması gereklidir. Motil sperm sayısı aşağıdaki formül ile hesaplanmalıdır.

Yıkama öncesi semen örneğinde; Volüm (ml) x konsantrasyon (sayı / ml) x motilite (%)

#### B- Kadın faktörü:

##### 1- Tubal faktör

a) Bilateral tam tubal tıkanıklık saptanan, (ağır distal tübal hastalık, bilateral organik proksimal tübal tıkanıklık, bilateral bipolar tubal tıkanıklık veya tüp yokluğu olan olgular), primer silier diskinezi- Kartegener Sendromu varlığı eğitim veya üniversite hastanelerinden alınan sağlık kurulu raporu belgelendirilmiş,

b) Ağır pelvik yapışıklık belirlenen veya Tübal cerrahi (laparoskopi veya açık cerrahi ile ) sonrasında bir yıl içinde gebe kalamayan, olgulardır.

Bayan yaşı 38 ve üzerindeki olgularda; yukarıda belirtilen endikasyonların sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi kaydıyla, tübal cerrahi yapılmaksızın veya tübal cerrahi sonrası bir yıl beklemeksizin hasta doğrudan tüp bebek tedavisi için sevk edilebilir.

##### 2- Endometriozis

Hafif ve orta derece endometriozis açıklanamayan infertilite, ileri evre (evre 3-4) endometriozis ise tübal patoloji gibi değerlendirilir. (Endometriozis cerrahisi tedavisinden sonra bir yıl medikal infertilite tedavisi uygulanmış olmasına rağmen gebeliğin sağlanamadığı durumlarda ve üç siklus OI ve IUI tedavisi sonrası gebelik elde edilemeyen endometriozis olgularında tüp bebek tedavisine ( IVF) başlanabilir.)

Bayan yaşı 38 ve üzerinde olan olgularda; yukarıda belirtilen endikasyonların sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi kaydıyla, herhangi bir bekleme süresi aranmaksızın doğrudan tüp bebek tedavisine başlanabilir.

##### 3- Hormonal – Ovülatuar Bozukluklar

a) Oligo – anovülasyon ,

b) DSÖ Grup I-II ovülatuar bozukluklarda veya hiperprolaktinemiye bağlı anovülasyonda standart tedaviye yanıtızsızlık açıklanamayan infertilite gibi değerlendirilir.

Tüp bebek uygulamasına geçilmeden önce anovülasyon nedeni ile (örneğin polikistik over sendromu) klasik ovülasyon indüksiyonu için gonadotropin kullanımında, ilaveten intrauterin inseminasyon (IUI) işlemi yapma zorunluluğu yoktur. Hasta üç gonadotropin uygulaması ile (IUI olsun veya olmasın) gebe kalamıyor ise, hastanın bu durumunun (örneğin polikistik over sendromu) sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi kaydıyla tüp bebek tedavisi için sevk yapılabilir.

Bayan yaşı 38 ve üzerindeki olgularda; yukarıda belirtilen endikasyonların sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi kaydıyla, kontrollü overyan hiperstimülasyon COH-IUI işlemleri yapılmaksızın hasta doğrudan tüp bebek tedavisi için sevk edilebilir.

### **C- Açıklanamayan İnfertilite:**

Hem erkek, hem de kadının tetkiklerinin normal olmasına ve en az üç siklus IUI uygulanmasına rağmen üç yıl veya daha uzun süreli gebe kalamama halinde sağlık kurulu raporu ile tüp bebek tedavisine başlanabilir.

Bayan yaşı 38 ve üzerindeki olgularda; yukarıda belirtilen endikasyonların sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi kaydıyla, hasta beklemeksizin doğrudan tüp bebek tedavisi için sevk edilebilir.

### **D- Diğer Endikasyonlar:**

Preimplantasyon Genetik Tanı (PGT) yapılma endikasyonu eğitim veya üniversite hastanelerinden alınan sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmiş olanlar ile kötü ovarian cevabı olan durumlarda bu durumlarını sağlık kurulu raporu ile belgelendirmeleri kaydı ile, doğrudan tüp bebek tedavisine başlanabilir.

### **10.3.4. Tüp Bebek Tedavisi İşlem Bedeli ve Ödeme Esasları**

Tüp bebek tedavisi kapsamında yapılan, Ovülasyon indüksiyonu, oosit aspirasyonu, sperm- oosit hazırlanması ve inkübasyonu, embriyo transferi, ICSI (Mikro enjeksiyon), invaziv sperm elde etme yöntemleri, embriyo freezing (1 yıla kadar) işlemlerine ait fiyatlar bu Tebliğde ekli Resmi Sağlık Kurumları Fiyat Tarifesinde (Ek-8) belirlenmiş olup bu fiyatlara kullanılan her türlü sarf malzemesi dahildir. Tüp bebek işlemleri ile tüp bebek işlemi öncesi yapılan tetkik ve tahlil giderleri (Ek-8) de yer alan birim fiyatlar üzerinden ayrıca faturalandırılır.

Doğal yollarla veya tüp bebek yöntemiyle bir veya birden fazla canlı çocuk sahibi olan ailelerin, daha sonra erkek ve/veya kadında gelişen kısırlığa (sekonder infertilite) bağlı olarak çocuk sahibi olamadıkları gerekçesiyle tüp bebek tedavisi yaptırılmaları durumunda, bu durumları resmi sağlık kurulu raporu ile belgelendirilse dahi tüp bebek tedavisine ait giderler Devlet bütçesinden karşılanmayacaktır.

Tüp bebek tedavisi için bu madde hükümlerine uygun olarak resmi veya özel üremeye yardımcı tedavi merkezlerine sevk edilen hastaların, tüp bebek kapsamında yapılan her türlü tıbbi işlemin kaydının tutulması ve tutulan kayıtların denetim esnasında ibrazı zorunludur. Bu kayıtların doğru ve sağlıklı bir şekilde tutulması ve muhafazası merkez sorumlusunun yükümlülüğündedir. Tüp bebek tedavisine ait giderlerin kurumlarca ödenebilmesi için ilgili hastaya tüp bebek tedavisi kapsamında uygulanan tıbbi işlemlerin yukarıda belirtilen bedeller üzerinden ücretlendirilerek, düzenlenecek faturalarda ayrı ayrı gösterilmesi ve bu işlemlere ait kayıtların tedaviyi yapan merkez sorumlusu tarafından tasdik edilmiş bir örneğinin fatura ekine konulması gerekir. Sağlık Bakanlığında ruhsatlı, üremeye yardımcı özel tedavi merkezlerinde yaptırılan tüp bebek tedavisine ait giderlerin, bu Tebliğde ekli Resmi Sağlık Kurumları Fiyat Tarifesinde (Ek-8) belirlenen tutarı kadarı ilgilinin kurumuna fatura edilir, bu tutarı aşan kısmı ise hastanın önceden yazılı olarak bilgilendirilmesi kaydıyla kendisinden tahsil edilir. Hastalar, özel merkezlere fark ücreti olarak ödedikleri miktarı kurumlarından ayrıca talep edemezler.

Tüp bebek tedavisi en fazla üç uygulama ile sınırlı tutulduğundan, yapılan her bir uygulamaya ait kayıtlar sağlık karnesinin ilgili bölümüne işlenir ve ilgilinin kurumu tarafından bu Tebliğin 23.2 nci maddesi uyarınca ilgili adına tutulan sağlık dosyasına işlenmek suretiyle takibi yapılır.

## **11. Reçetelerin Düzenlenmesi ve İlaç Kullanım İlkeleri**

### **11.1. Ayakta veya Evde Tedavilerde Reçetelerin Düzenlenmesi**

Ayakta veya evde tedavi sırasında gerekli görülen ilaçlar için sağlık karnelerinde bulunan kendinden kopyalı reçeteler kullanılacaktır. (Sosyal Güvenlik Kurumlarının bu

konudaki özel uygulamaları saklıdır)

## 11.2. Yatarak Tedavilerde Reçetelerin Düzenlenmesi

Yatarak tedavilerde hastanede kullanılan ilaçların hastane eczanelerinden temini zorunludur.

Dışardan alınması gereken ilaçlar, hak sahiplerinin sağlık karnelerine, üzerinde yer alan bilgiler tam ve eksiksiz olarak kendinden kopyalı reçetelere yazılacak, “ECZANEMİZDE YOKTUR, YATAN HASTA” kaşesi vurularak başhekimlik tarafından onaylanacaktır.

Hastanelerde bu şekilde düzenlenen reçeteler beş günlük maksimum tedavi dozunu geçemeyecektir. Bilahare ilacın hastane eczanesince temin edilememesi ve tedavinin devam ettiği durumlarda “doz” bitiminde yeniden reçete yazılması mümkündür.

Yukarıda belirtilen esaslara göre, hastanelerde yatan hastalar için düzenlenen reçete muhteviyatı ilaçların, rasyonel kullanımını sağlamak amacıyla, eczanelerden dönüşümlü olarak temini hususunda, hastaneler, Türk Eczacıları Birliği Merkez Heyeti ile işbirliği yapabilir. Bu uygulamaya ilişkin usul ve esaslar, Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile Türk Eczacıları Birliği Merkez Heyeti tarafından müştereken belirlenir.

Yatan hastalar taburcu edilirken idame tedavileri için reçete edilen ilaçlar, SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devri nedeniyle hastane stoklarında kayıtlı ve üzerlerinde “SSK MALİDİR SATILAMAZ” veya “SSK’DAN DEVİR İLAÇTIR” ibaresi bulunan ilaçlarla sınırlı olmak üzere, hastane eczanesinden verilebilir ve hastanın kurumuna tedavisine ait diğer işlemlerle birlikte fatura edilir. Bu ilaçlar SSK mensubu hastalara verildiği takdirde provizyon sistemine girilir. Hasta katılım payı peşin alınan hak sahiplerinden, hastane tarafından tahsil edilir, maaşından kesilen hak sahipleri için ise kurumlarınca ilgili hastanelere ödenir. Bu uygulamada, Tebliğ’de belirtilen reçete yazım kuralları ile indirim oranları dikkate alınır.

Ayrıca, SSK ilaç ve tıbbi malzeme sanayi müessesesinde üretilmiş olan ilaçlar, miadları içerisinde Sağlık Bakanlığı sağlık tesislerinde SSK sigortalısının ayaktan/yatarak tedavilerinde kurum mevzuatı doğrultusunda verilir.

## 12. Reçete Yazımı, Rapor Düzenlenmesi ve İlaç Kullanım İlkeleri

İlaç kullanımında ve rapor düzenlenmesinde aşağıda belirtilen hususlar temel alınacaktır.

a) Tüm reçetelere mutlaka teşhis yazılacaktır. Ayaktan hastalar için yazılan reçetelerde, reçeteyi yazan hekimin imza ve kaşesi bulunacak (kaşede kurumun adı, hekimin ana uzmanlık dalı ile birlikte var ise yan uzmanlık dalı ve diploma numarası mutlaka yer alacaktır) ayrıca, kurum başhekiminin onayı ve mühür aranmayacaktır. Teşhisi yazılmayan, ilgili hekimin imza ve kaşesi bulunmayan reçeteler resmi ve özel eczaneler tarafından kabul edilmeyecektir. Üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde ihtisas yapan asistanlar, eğitim aldıkları branş uzman hekiminin yazması gereken ilaçlar ile Tebliğ’de uzman hekimlerce yazılabileceği belirtilen ilaçları yazabilir. Herhangi bir uzman hekim tarafından reçete edilebilen tüm ilaçlar, aynı uzmanlık eğitimi üzerine yan dal uzmanlığı yapmış olan hekimlerce de reçete edilebilecektir. Aile hekimliği yapan hekimler, aile hekimliği uzmanının yazabildiği tüm ilaçları reçete edebilirler.

b) Sağlık Kurulu raporlarından, aslına sadık kalmak kaydıyla Tebliğ hükümlerine göre eksikliği bulunan raporlar (doz, ilaç yazılım kurallarına ait tıbbi bilgiler) raporun çıktığı hastanede raporu düzenleyen ilgili dal uzmanı tarafından kaşeli ve imzalı düzeltmesi ve bunun Başhekimlik tarafından onaylanmak koşuluyla süresinin sonuna kadar geçerlidir. Raporlarda yapılan düzeltmeler düzeltme tarihinden itibaren geçerlidir.



### 12.1. Reçetelere Yazılabilecek İlaç Miktarı

Ayaktan yapılan tedavilerde; aşağıda 12.4 üncü maddede belirtilen durumlar dışında; reçetelere en fazla dört kalem ve yedi günlük tedavi dozunu aşmayacak şekilde ilaç yazılacaktır. İlacın yedi günlük tedavi dozunu belirlemek üzere, reçetede mutlak surette günlük kullanım dozu da belirtilecektir. İlacın piyasada bulunan en küçük ambalajı, yedi günlük tedavi dozundan fazla ise, bu ilaç bir kutu olarak verilecektir.

Ancak, aynı eşdeğer gruptaki ilaçların piyasadaki yedi günlük ambalaj formlarından bir tanesinin bir kutu olarak verilmesi uygulamasına 1/10/2006 tarihinden itibaren geçilecektir.

Pnömoni, bronşektazi, osteomyelit teşhislerinde hekim gerekli gördüğü takdirde 10-14 günlük tedavi dozunda antibiyotik reçete eder. Diğer endikasyonlarda 5-7 günlük antibiyotik tedavisi uygulanır.

İlaç verilmesinde genel kural en fazla dört kalem ilaç, yedi günlük tedavi dozu ve her kalemden de bir kutu ilacın hekim tarafından reçeteye yazılmasıdır. Ancak, bir kutu ilacın yedi günlük tedavi dozunu karşılamaması durumunda gerekli miktardaki ilaç hekim tarafından reçeteye yazılabilecektir.

**Örnek 1-** Hasta (A)'ya yedi günlük tedavi süresi için orijinal ambalajında 20 adet draje bulunan bir antibiyotik yazılmış olsun. Günde 12 saat ara ile toplam 2 adet kullanılması öngörülen bu ilaç yedi günlük tedavi dozunu karşılayacağından reçeteye ancak bir kutu yazılabilecektir.

**Örnek 2-** Hasta (B)'ye hekim tarafından orijinal ambalajı 100 cc.lik süspansiyon şeklinde olan ve günde 6 saat ara ile 5 cc üzerinden 4 kez alınması uygun görülen yedi günlük antibiyotik tedavisi önerilmiş olsun. Bu durumda bir kutu yedi günü karşılamadığına göre, bir haftalık tedavi dozunu sağlamak için hekim tarafından reçeteye bu ilaçtan en fazla 2 kutu yazılabilecektir.

**Örnek 3-** Hasta (C)'ye orijinal ambalajında 16 adet kapsül bulunan ve günde 8 saat ara ile 3 adet kullanılması uygun görülen (500) mg'lik antibiyotik yazılmış olsun. Hekim tarafından yedi günlük tedavi süresi öngörülmüş olduğu takdirde hastanın reçetesine bu ilaçtan en fazla 2 kutu yazılabilecektir.

a)İlacın reçete edilmesindeki özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla, Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar listesinde (EK-2) yer almamakla birlikte, uzun süreli kullanımı sağlık kurulu raporu ile belgelendirilen ilaçlarda (hasta katılım payı alınmak kaydıyla), tüm hekimlerce,

b)Menopoz (Kadın hastalıkları ve doğum, iç hastalıkları, ortopedi, fizik tedavi ve rehabilitasyon ve aile hekimi uzmanları tarafından ve sağlık kurulu raporuna istinaden tüm hekimlerce) ve disfonksiyonel uterin kanamalarda (kadın hastalıkları ve doğum ve aile hekimliği uzmanı tarafından ve sağlık kurulu raporuna istinaden tüm hekimlerce) rapor aranmaksızın,

en fazla üç aylık tedavi dozu yazılabilir.

c) 1.Yanık tedavilerinde, anemilerde, reflüde ve GIS ülserlerinde,

2. Yalnız dermatoloji uzmanlarınca reçete edilebilen oral retinoidlerde (izotretionin, asitretin),

3. Yatış sonrasında taburcu edilen hastaların idame tedavisi için düzenlenen reçetelere,

hekim tarafından tedavi süresi belirtilmek kaydıyla,

en fazla bir aylık dozda ilaç yazılabilir.

Yatarak tedavi edilen hastalar için gerekli olan ve hastane eczanesinde bulunmayan ilaçlar en fazla beş günlük tedavi dozunu geçmeyecek şekilde reçeteye yazılabilir. Bu reçetelerde mutlak surette günlük tedavi dozu da yazılacak, beş günlük tedavi dozunu aşan

ilaç eczane tarafından kesinlikle verilmeyecektir. Ancak, sağlık kurumlarında uzun süre yatarak tedavi gören tüberküloz hastalarına, kullanım dozu belgelenmek kaydıyla 1 aylık miktarda tüberküloz ilaçları yazılabilir.

Bir ilacın Sağlık Bakanlığınca izin verilen endikasyon ve kullanım dozu dışında kullanımı ancak Sağlık Bakanlığınca verilen onayla mümkün olacaktır.

## **12.2. Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar**

Bu Tebliğ'e ekli Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesinde (EK-2) yer alan hastalıklarda kullanılacak ilaçlar sağlık kurulu raporuna istinaden en fazla 3 aylık miktarda yazılabilecektir.

Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesinde (EK-2) bulunan hastalıklarda rapora istinaden bir reçetede 4 kalem sınırlaması bulunmamaktadır.

a) İlacın reçete edilmesindeki özel düzenlemeler (Tebliğin 12.7 bölümü ve EK-2/C hükümleri) saklı kalmak kaydıyla, Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesinde (EK-2) yer alan ilaçlar, ilacın reçete edilme koşulunda belirtilmiş olan uzman hekimlerden birinin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak reçete tekrarında diğer hekimlerce de yazılabilecektir.

b) Ayaktan yapılan I.V.P. ve HSG tetkiklerinde kullanılacak non-iyonik radyo-opak maddelerden 50 ml.lik bir kutu kullanılması halinde yalnızca tetkiki isteyen uzman hekim veya radyoloji uzmanı tarafından reçete düzenlenecek, reçeteye radyo-opak madde ve yapılacak tetkikin ne olduğu açıkça yazılacaktır. 50 ml.yi aşan dozda non-iyonik radyo-opak madde kullanılması halinde ise ayrıca kullanılma gerekçesi reçeteye yazılacaktır.

c) Ayaktan yapılacak radyolojik tetkikler için kullanılacak tüm iyonik ve non-iyonik radyo-opak maddelerden katkı payı alınmayacaktır. Reçeteye ön tanı ve istenilen tetkik, ilgili hekim tarafından yazılıp imzalanacaktır.

Tedavi için yurtdışından getirilecek ilaçlar, reçeteye sağlık kurulu raporuna dayanılarak uzman hekim veya ilgili uzman hekim tarafından 3 aylık doza kadar yazılabilecektir. Onkoloji ilaçları en fazla 3 aydaki kür sayısı kadar dozda getirilebilecektir.

## **12.3. Hastanede Yatan Hastalarda Kullanılabilecek İlaçlar**

Bu Tebliğe ekli (EK-2/B) sayılı listede yazılan anestezipler ve ilaçların bedelleri, sadece hastanede yatan hastalarda ve/veya tedavisi klinik şartlarında yapılabilen hastalarda kullanımı halinde ödenecektir.

Listede yer alan ilaçların kullanımı için reçeteler bu Tebliğin 11.2 nci bölümündeki esas ve usullere uyularak düzenlenecektir. Bu ilaçların ayakta tedavilerde reçetelere yazılması durumunda ödeme yapılmayacaktır.

Sağlık kurulu raporu ile tevsik edilen ve sürekli periton diyalizi tedavisinde kullanılması zorunlu görülen diyaliz solüsyonu ile sarf malzemeleri ayakta tedavide de yazılabilir.

## **12.4. Ayakta Tedavide Kullanımı Sağlık Kurulu Raporuna Bağlı İlaçlar**

Bu Tebliğ'e ekli (EK-2/C) sayılı listede yer alan ilaçların, ayakta tedavilerde kullanımı durumunda reçetelere yazımı sağlık kurulu raporuna bağlıdır. Bu sağlık kurulu raporu, hastanın adı, teşhis (kısaltma yapılmadan), etken madde adı ve dozu, uygulama planı ve süresi ile hastayı tedavi eden birimin ve uzman hekimin adını da ayrıca kapsayacaktır. Preparatın maksimum dozu belirtilerek maksimum dozu aşmamak kaydıyla düzenlenen rapor tedavi süresi boyunca geçerlidir. Bu süre her hal ve takdirde iki yılı geçemez.

Yukarıda belirtilen listede yer almakla birlikte (EK-2) sayılı Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesinde yer almayan ilaçlardan hasta katılım payı alınacak, (EK-2) liste

kapsamında olanlardan ise sağlık kurulu raporunda belirtilmesi kaydıyla hasta katılım payı alınmayacaktır.

### **12.5. Bedeli Ödenecek İlaçlar**

Kurum ve kuruluşlarca bedeli ödenecek olan ilaçlar bu Tebliğ'e ekli Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesinde (EK-2/D) belirtilmiştir. Bu listede ticari isimleri ve barkod numaraları ile birlikte yer alan ilaçlar dışındakilerin bedelleri, reçeteye yazılsa dahi kurumlarca hiçbir şekilde ödenmeyecektir.

Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesinde (EK-2/D) yer alacak veya bu listeden çıkarılacak ilaçların saptanmasına ilişkin değerlendirmeler, 14/02/2004 tarih ve 25373 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan, 06/02/2004 tarih ve 2004/6781 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile oluşturulan "Geri Ödeme Komisyonu" tarafından yapılır. Etken maddesi geri ödeme listesinde olan bir ilacın eşdeğeri olanlar en ucuz eşdeğerinin altında fiyat taşıması halinde "Geri Ödeme Komisyonu" tarafından ivedilikle değerlendirilir. Geri ödeme komisyonunun çalışma usul ve esaslarına ilişkin karar Maliye Bakanlığının web sayfasında duyurulmuştur.

### **12.6. İntravenöz İlaç Tedavisi**

Üniversite hastaneleri ve eğitim hastaneleri ile Sağlık Bakanlığınca uygun görülen resmi ve özel hastanelerde,

- a) Kanser, kronik osteomyelit, infektif endokardit vb. hastalıklarda ve/veya,
- b) Kan ürünleri ile damar yoluyla kullanılan antibiyotikler gibi ürün ve ilaçların kullanımı,

gereken hallerde hastanın hastaneye yatışı yapılmadan intravenöz tedavi/kemoterapi uygulanabilir. Bu uygulama için tedavide kullanılacak ilaçlar ve sarf malzemelerinin tedaviyi yapan sağlık kurumu tarafından temin edilmesi halinde ilgili kuruma fatura edilir ve provizyon sistemine girilir.

Uzun süreli intravenöz ilaç tedavisi (kemoterapi vb) uygulamaları sonucunda hasta adına düzenlenecek faturaya, hastalığın adını, uygulanan tedavi planını, verilen ilacın günlük dozunu ve miktarını belirten ve ilgili uzman hekimin imzası ile başhekimin onayını içeren tedavi planı eklenmesi gerekmektedir.

### **12.7. Bazı Özel Hastalıklara ve İlaç kullanımına İlişkin Düzenlemeler**

#### **12.7.1. Altın Preparatları, Biyolojik Ajanlar, Leflunomid ve Subkütan Metotreksat Kullanım İlkeleri**

a) Altın preparatları kullanımından önce diğer antiromatizmal ilaçlar ile tedavi yapılacaktır. Bu tedaviye cevap alınamaması durumunda ve tedavinin devamı gerektiğinde; yapılan tedaviden alınan sonuçlar, tedavinin ne kadar süredir devam ettiği, ilacın adı, dozu ve kullanım süresi ile ayrıntılı tedavi şemasını belirten sağlık kurulu raporu düzenlenecektir.

b) Romatolojide biyolojik ajanlardan Anti TNF ilaçların (infliksimab, etanarsept, adalimumab gibi) kullanım ilkeleri; en az 2 farklı hastalık modifiye edici antiromatizmal ilacı, en az 3'er ay olmak üzere kullanmış olmasına rağmen hastalık aktivitesinin kontrol altına alınmadığı (Hastalık Aktivite Skoru DAS 28 > 5.1) veya yan etki nedeniyle bu ilaçların kullanılmadığı resmi sağlık kurulu raporunda belirtilen romatoid artritli hastalarda, biri maksimum doz indometazin olmak üzere en az 2 nonsteroid antiinflamatuvar ilacı maksimum dozunda kullanmasına rağmen yeterli cevap alınamayan veya yan etkileri nedeniyle bu ilaçların kullanılmadığı aksiyel tutulumlu ankilozan spondilitli hastalarda, sulfasalazin veya metotreksat kullanılmasına rağmen cevap alınamayan veya yan etkileri nedeniyle bu ilaçların kullanılmadığı periferik eklem tutulumlu ankilozan spondilitli

hastalarda (Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi BASDAİ > 4, Visual Analog Skoru VAS 0-10cm), Hastalık modifiye edici ajanlardan en az ikisi (tek tek veya kombinasyon şeklinde) standart dozda en az altı ay kullanılmışsa ve yanıt alınmamışsa (bir ay arayla yapılmış iki ayrı muayenede en az üç hassas eklem ve en az üç şiş eklem olması) veya toksisiteden dolayı altı aydan daha kısa sürede yukarıdaki ilaçlar kesilmek zorunda kalmışsa psöriatik artrit tedavisinde, Anti TNF ilaçlar kullanılabilir.

c) Bu maddenin (a) ve (b) bentlerinde belirtilen ilaçlar; fizik tedavi ve rehabilitasyon, romatoloji veya immünoloji (erişkin veya pediatrik) uzman hekimlerinin en az birinin bulunduğu üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde ve immünoloji ve/veya romatoloji ve/veya fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimin bulunduğu resmi sağlık kurumlarında düzenlenecek sağlık kurulu raporuna dayanılarak, bu uzman hekimlerden biri tarafından reçete edilebilecektir. İntravenöz formları, mutlaka ilacın başlandığı üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde veya immünoloji ve/veya romatoloji ve/veya fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekiminin bulunduğu resmi sağlık tesisinde uygulanacaktır. Subkütan formlarının ilk dozları ilacın başlandığı üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde veya immünoloji ve/veya romatoloji uzman hekiminin bulunduğu resmi sağlık tesisinde hekim gözetiminde yapılacak, 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 takdirde hastane dışında uygulanmak üzere iki aylık dozlar halinde reçete edilebilecektir. Hastalar iki ayda bir üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde veya immünoloji ve/veya romatoloji uzman hekiminin bulunduğu resmi sağlık tesisinde muayene edilecek, ilk ilaç etkinliği iki ay sonunda değerlendirilecek, yeterli cevap alınmamışsa (Romatoid artrit için, DAS 28’de 0.6 puandan, ankilozan spondilit için, BASDAİ’de 2 birimden daha az düzelme olması, psöriatik artrit için, psöriatik artrit yanıt kriterlerine “PSARC” göre yanıt alınmaması durumunda) ilaca devam edilmeyecektir.

Bu ürünler raporda belirtilmek koşuluyla, yukarıda belirtilen şartlarda kombine olarak da kullanılabilir.

d) Psoriyazis vulgariste üniversite hastaneleri ve eğitim ve araştırma hastanelerinde cilt hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı diğer hastalık modifiye edici ilaçlara dirençli olduğunu, kullanılacak ilacın miktar ve süresini belirten sağlık kurulu raporuna dayanılarak cilt hastalıkları uzman hekimlerince yazılabilecektir.

e) Crohn hastalığında; diğer tedavilere cevap vermeyen fistülize vakalarda hastalığın teşhisi, kullanılan ilacın ismi, günlük kullanım dozu ve kullanım süresini belirten iç hastalıkları veya genel cerrahi, uzmanlarının bulunduğu sağlık kurulu raporuna dayanılarak sağlık tesislerinde klinik koşullarda uygulanacaktır. Bu grup ilaçlar sağlık kurulu raporuna dayanılarak iç hastalıkları, genel cerrahi uzmanlarınca reçete edilir.

f) Leflunomid Kullanım İlkeleri; diğer hastalık modifiye edici ilaçlarla kontrol altına alınmadığı veya bu ilaçlara kontrendikasyonu olduğu belgelenmiş romatoid artritli hastalarda iç hastalıkları, romatoloji, immünoloji veya fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimlerinden birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile verilebilir. Tedavinin devamında reçete bu uzman hekimler tarafından düzenlenir. Raporda tedavinin ne kadar süre devam edeceği, ilacın adı, dozu ve kullanım süresi belirtilecektir.

g) Subkütan Metotretsat Kullanım İlkeleri; romatoid artrit tanısında fizik tedavi ve rehabilitasyon, romatoloji veya immünoloji (erişkin veya pediatrik) uzman hekimlerinin en az birinin bulunduğu resmi sağlık kurumlarında düzenlenecek sağlık kurulu raporuna dayanılarak, tüm hekimlerce reçete edilebilecektir.

## 12.7.2. Antidepresanlar ve Antipsikotiklerin Kullanım İlkeleri

**a)** Trisiklik ve tetrasiklik antidepresanlar tüm hekimlerce yazılabilir.

Yeni nesil (SSRI, SNRI, SSRE, RIMA, NASSA gibi gruplara giren) antidepresanlar, psikiyatri (erişkin ve çocuk), nöroloji (erişkin ve çocuk), üroloji, kadın hastalıkları ve doğum, dahiliye veya aile hekimliği uzman hekimleri tarafından veya bu hekimlerden birinin çıkardığı ilaç kullanım raporuna dayanılarak diğer hekimler tarafından yazılacaktır. Yatan hastalarda, yatışı yapan ilgili uzman hekim tarafından da tek kutu olarak reçete edilebilecektir.

**b)** Yeni nesil (atipik) antipsikotiklerin (klozapin, olanzapin, risperidon, amisülpirid, ketiapin, ziprosidon, aripiprazol) oral formları psikiyatri (erişkin ve çocuk) veya nöroloji (erişkin ve çocuk) uzman hekimlerince, paranteral formları ise yalnızca psikiyatri (erişkin ve çocuk) uzman hekimlerince yazılır.

Yeni nesil (Atipik) antipsikotikler, en az bir psikiyatri (erişkin ve çocuk) veya nöroloji (erişkin ve çocuk) uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak, diğer hekimler tarafından da yazılabilir.

Yeni nesil (Atipik) antipsikotikler dışındaki antipsikotik ilaçlar diğer hekimlerce de yukarıdaki kısıtlamalar olmaksızın yazılabilir.

Acil hallerde, acil servislerde yeni nesil (atipik) antipsikotiklerin parenteral formları (uzun salınımlı/depo etkili formları hariç) tek doz olarak diğer hekimlerce klinik şartlarda kullanılabilir.

Demanda, atipik antipsikotik ilaçlar, psikiyatri, nöroloji veya geriatri uzman hekimi tarafından veya bu hekimlerden birinin bulunduğu resmi sağlık kurulu raporuna dayanılarak diğer hekimlerce yazılacaktır.

**c)** Antidepresanlar ve antipsikotikler için düzenlenecek raporda, hastanın tedavisinde kullanılacak ilaç veya ilaçların; etken madde ismi, günlük kullanım dozu, ilacın kullanılacağı süre belirtilecektir. Bu süre bir yılı aşmayacaktır.

### **12.7.3. Aşı Uygulaması**

Hayati önemi haiz olan zehirlenmelerde kullanılan antidotlar (panzehirler) hekim tarafından hastanın reçetesine yazıldığında, sağlık kurulu raporu aranmaksızın, bedellerinin tamamı hastanın kurumunca ödenecektir.

Böbrek yetmezliği, kistik fibrozis, KOAH, kanser, HIV/AIDS enfeksiyonu, splenektomi olanlar ve immünsupresif tedavi alan, bağışıklık durumu olumsuz etkilendiği için enfeksiyon hastalıklarının daha ağır seyrettiği yüksek riskli kişilerin bu durumlarını belgeleyen sağlık kurulu raporu bulunması halinde reçete edilen aşuların (Sağlık Bakanlığı Genişletilmiş Bağışıklama Programı kapsamına dahil olan; kızamık, difteri, boğmaca, tetanoz, hepatit B, polio ve BCG aşuları hariç (MMR ve HİB, Sağlık Bakanlığı tarafından kapsama dahil edildiğinde hariç tutulacak) bedeli kurumunca ödenir.

Bronşiyal astma, alerjik rinit, alerjik konjonktivit ve benzeri atopik (akar) duyarlılığı olan hastaların tedavisinde kullanılması immünoloji, çocuk hastalıkları, kulak burun boğaz, göz hastalıkları veya göğüs hastalıkları uzman hekimlerinden birinin bulunduğu sağlık kurulu raporu ile belgelendirilen hastalara bu uzmanlar ve bunların bulunmadığı yerlerde dahiliye uzmanı veya aile hekimince reçete edilen enjektabl yolla alınan alerji aşısı bedeli, hasta katılım payı alınması kaydıyla ödenir. Alerji aşularının oral formları ödenmez. Medikal tedavi ve izlemin 3 ay yapılması sonrası laboratuvar testlerine göre aşı uygulaması tam teşekküllü resmi sağlık tesisinde ve öncelikle hastayı alerji yönünden izleyen uzman hekimin kontrol ve sorumluluğunda, bu hekimin bulunmaması durumunda yukarıda belirtilen branş uzmanlarından biri tarafından yapılacaktır. Tedavi arı venom alerjisi hariç 5 yılı geçemez. Arı venomları sağlık kurulu raporu ile yukarıda belirtilen şartlardaki hekimler tarafından reçete edilebilir.

Grip aşuları için; 65 yaş ve üzerindeki kişiler ile yaşlı bakımevi ve huzurevinde kalan

kişilerin durumlarını belgelendirmeleri halinde sağlık kurulu raporu aranmaksızın, astım dahil kronik pulmoner ve kardiyovasküler sistem hastalığı olan erişkin ve çocuklar, diabetes mellitus dahil herhangi bir kronik metabolik hastalığı, renal disfonksiyonu, hemoglobinopatisi veya immünsupresif olan erişkin ve çocuklar ile 6 ay–18 yaş arasında olan ve uzun süreli aspirin tedavisi alan çocuk ve adolesanların hastalıklarını belirten heyet raporuna istinaden, uzman hekimlerce reçete edildiğinde aşılardan bedelleri kurumlarınca yılda bir defaya mahsus olmak üzere ödenir.

Pnömonokok aşısı 2 yaş üstü çocuklarda ve erişkinlerde astım dahil kronik pulmoner ve kardiyovasküler sistem hastalığı olan erişkin ve çocuklar, diabetes mellitus dahil herhangi bir kronik metabolik hastalığı, renal disfonksiyonu, hemoglobinopatisi, splenektomisi olan veya splenektomi planlanan olgularda profilaksi amacıyla veya immünsupresif olan erişkin ve çocuklar ile 6 ay–18 yaş arasında olan ve uzun süreli aspirin tedavisi alan çocuk ve adolesanların hastalıklarını belirten heyet raporuna istinaden tüm hekimlerce reçete edildiğinde aşılardan bedelleri kurumlarınca 5 yılda bir ödenir.

Yukarıda belirtilenlerin dışında kalan aşı bedelleri ödenmeyecektir. Sağlık Bakanlığı, UNICEF ile yapacağı protokol kapsamında aşı ve serum temin edebilir, bu aşı ve serumları ücretsiz olarak halka uygular.

Bu maddede bahsi geçen splenektomiler medikal, cerrahi ve otosplenektomileri kapsamaktadır.

#### **12.7.4. Rasburicase Kullanım İlkeleri**

Myeloablatif dozda çoklu ajanlı kemoterapi uygulanan, tümör yükü olan hematolojik maligniteli, urikoliz ve hidrasyon tedavisine rağmen böbrek fonksiyonları bozulmuş (kreatin > 2 mg/dl, kreatin klerensi < 50 ml/dakika) ve urikolizin kontrendike olduğu hastalarda prospektüs şartlarına (en fazla 5 günlük tedavi) göre yatan hastalarda kullanılır. Pediatrik veya erişkin hematoloji, onkoloji veya nefroloji uzman hekimleri tarafından çıkartılmış ilaç raporu doğrultusunda bu uzmanlardan birinin yazdığı reçeteye göre, raporda laboratuvar sonuçlarının yer alması kaydıyla geri ödenir.

#### **12.7.5. Botulismus Toksini Tip A**

**a)** Botulismus toksini, ancak organik nedenleri ekarte edilmiş ve tıbbi tedaviye cevap vermeyen olgularda, bu durumu belirten ve kullanılacak ilacın dozuyla, kullanım süresini içeren üniversite hastaneleri, eğitim ve araştırma hastanelerinde düzenlenmiş sağlık kurulu raporuna dayanılarak aşağıda belirtilen branş uzmanlarınca;

- Göz adalesi fonksiyon felçleri bozuklukları
- Blefarospazm
- Hemifasiyal spazm
- Servikal distoni (spazmodik tortikollis)
- EMG esnasında uygulanacak fokal distoni
- Erişkinlerde inme sonrası gözlenen fokal spastisite

olgularında yalnızca üniversite hastaneleri, eğitim ve araştırma hastanelerinde ve belirtilen uzmanların olduğu erişkin veya çocuk spastisite dal hastanelerinde kullanılabilir.

Reçeteler uygulamayı yapacak göz hastalıkları, nöroloji veya fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimleri tarafından düzenlenecektir.

#### **b)** Pediatrik Serebral Palside Botulismus Toksini Kullanımı

- Yalnızca üniversite hastaneleri ile eğitim hastanelerinde ve belirtilen uzmanların bulunduğu erişkin veya çocuk spastisite dal hastanelerinde araştırma hastanelerinde olmak şartıyla,

- 10 yaşa kadar; sistemik hastalığı, kemiksel deformite, kanama diyatezi, fikt

kontroktür olmayan hastalarda en fazla iki adaleye uygulanmak üzere,

- Ortopedi, fizik tedavi ve rehabilitasyon, pediatrik nöroloji veya çocuk hastalıkları uzmanı hekimlerinin katılımıyla oluşturulacak sağlık kurulu raporuna dayanılarak,
  - Tedaviden yarar görüp tekrarı düşünülen hastalarda 6 ay sonra yeni bir rapor düzenlenerek en fazla iki uygulama,
  - Tek seansta botoks için toplam 300 üniteyi, dysport için 1000 üniteyi aşmamak üzere,
- yapılacaktır.

#### **12.7.6. Büyüme Hormonu Kullanım Esasları**

Büyüme hormonu ile tedaviye başlanabilmesi çocuk endokrinoloji/endokrinoloji dallarından veya bu dalın uzmanları bulunan hastanelerin ilgili bölümlerinden alınacak sağlık kurulu raporuna bağlıdır. Bu sağlık kurulu raporu, hastanın –hastalığın adı, ilacın adı ve dozu, uygulama planı ve süresi ile hastayı tedavi eden birimin ve uzman hekimin adını da ayrıca kapsar. Bu sağlık kurulu raporu, en fazla bir yıl süreyle geçerli olacak hastanın yaşı ve fiziki boy uzunluğu bu rapora yazılacaktır.

İlaçlar ilgili uzman hekim (Endokrinoloji/çocuk endokrinoloji) tarafından günlük doz miktarı ve bir kutunun kaç günlük doza tekabül ettiği belirtilmek suretiyle en fazla 3'er aylık dozlar halinde reçeteye yazılır ve yazılan ilaç miktarı doktorun ismi, diploma numarası ve imzası ile birlikte sağlık karnesine işlenir.

#### **A) Çocuklarda;**

Tedaviye başlanabilmesi için hastanın ilgili uzman hekim tarafından en az 6 ay süreyle büyüme hızı izlendikten sonra; büyümeyi etkileyen sistematik bir hastalığı veya beslenme bozukluğu olmayan hastalarda;

1- Yıllık büyüme hızı;

- 0-4 yaş 6 cm'nin altında,

- 4 yaş üzeri 4,5 cm'nin altında,

- Puberte'de; izleme süresi ve büyüme hızı hastanın diğer bulgularına göre endokrinoloji/ çocuk endokrinoloji uzman hekimince değerlendirilmesi;

2- Kemik yaşı;

- Puberte öncesi için kronolojik yaşa göre en az 2 yıl geri olması,

- Pubertal dönem için sadece epifizlerin açık olması,

(Puberte Kısıtları: Erkeklerde gonadarj (testis hacimlerinin) 4 ml. ve üzerine çıkması, kızlarda T2 düzeyinde telarşın olması, kızlarda kemik yaşının 8'in, erkeklerde 10'un üzerine çıkması, pubertenin başlangıcı olarak kabul edilecektir.)

3- Ötiroid hastalarda uygulanan büyüme hormonu uyarı testlerinden en az ikisine (laboratuvarın kriterlerine göre) yetersiz yanıt alınarak izole büyüme hormonu eksikliği veya büyüme hormonunun diğer hipofiz hormonlarının eksikliği ile birlikte olması (hipopituitarizm) tanılarının konması;

Hastanın yaş grubu ve pubertal bulguları gerektiriyorsa büyüme hormonu testleri yapılmadan mutlaka priming yapılmalıdır.

4- 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 uyku esnasında büyüme hormonu profili çıkartılmalı ve hastada büyüme hormonu eksikliği olmamasına rağmen eğer büyüme hormonu salınımında bir bozukluk söz konusu ise, yani nörosekretuar disfonksiyon söz konusu ise yada; hastada biyoaktif büyüme hormonu saptanmış ise (IGF 1 testi ile);

Bu hususların düzenlenecek sağlık kurulu raporu ile tevsik edilmesi halinde hastaya büyüme hormonu tedavisi uygulanacaktır.

Büyüme hormonu ile tedavisine başlanan hastalar endokrinoloji/çocuk endokrinoloji hekimi tarafından en az 6 aylık sürelerle izlenerek, radyolojik olarak epifiz hatlarının açık olduğunun gösterilmesi kaydıyla hedeflenen yaş grubu ortalama boy skalasına göre 25 percentile ulaşana kadar durum her yıl sağlık kurulu raporu ile tevsik edilecektir.

Sonlandırma Kıstasları:

- 1) Epifiz hattı kapandığında,
- 2) Yıllık büyüme hızı 5 cm ve altında olduğunda,
- 3) Boy uzunluğu kızlarda 155 cm ye erkeklerde 165 cm ye ulaştığında, tedavi sonlandırılacaktır.
- 4) Tedavi esnasında boy 25 percentile ulaştığında tedavi sonlandırılacaktır.

### **B) Erişkinlerde;**

1) Epifiz hatları açık olan erişkin yaştaki hastaların büyüme hormonu kullanım esasları, çocuk yaş grubu ile aynıdır.

2) Epifiz hatları kapalı olan hastalarda:

a) Çocukluk yaş grubunda büyüme hormonu eksikliği tanısı konulup, büyüme hormonu tedavisi verilen ve epifizleri kapandığı için tedavisi kesilen hastalarda tekrarlanan iki adet büyüme hormonu uyarı testine yetersiz yanıt alınmışsa (kontrendikasyon yoksa testlerden biri insülin tolerans testi olarak tercih edilmelidir) erişkin dozda büyüme hormonu tedavisi başlanabilir.

b) Erişkin yaş grubunda hipotalamohipofizer hastalıklara bağlı büyüme hormonu eksikliği düşünülen hastalarda, 2 adet büyüme hormonu uyarı testine yetersiz yanıt alınmışsa (kontrendikasyon yoksa testlerden biri insülin tolerans testi olarak tercih edilmelidir) erişkin dozda büyüme hormonu tedavisi başlanabilir.

3) Hipofiz hormonlarından (prolaktin ve büyüme hormonu dışında) bir veya daha fazla ek ön hipofiz hormonu eksikliği varsa, bir adet büyüme hormonu uyarı testi (kontrendikasyon yoksa insülin tolerans testi tercih edilmelidir) tanı için yeterlidir.

4) İnsülin tolerans testine göre büyüme hormonu eksikliği tanısı için pik büyüme hormonu cevabının 3mcg/L'den küçük olduğunun raporda belirtilmesi gereklidir.

5) Büyüme hormonu, büyüme hormonu tedavisine karar verilen hastalara, üniversite hastanesi ve eğitim ve araştırma hastanelerinin endokrinoloji bölümleri ile endokrinoloji kliniği olan ihtisas hastanelerince hazırlanan resmi sağlık kurulu raporuna dayanılarak başlanabilecektir. Rapor hastanın tanı ve tedavi şeması ile ilgili ayrıntılı bilgi yazılacaktır. Bu rapor en fazla bir yıl süreyle geçerli olacaktır.

6) Reçeteler erişkin endokrinoloji uzman hekimince yazılacaktır.

### **12.7.7. Düşük Molekül Ağırlıklı Heparinlerin Kullanım İlkeleri**

Bu ilaçlar rapor aranmaksızın uzman hekimler tarafından yazılabilecektir. Hastalığın tanısı, günlük dozu, kullanılacak ilaç miktarını ve süresini gösteren sağlık kurumlarınca düzenlenen sağlık kurulu raporuna dayanılarak diğer hekimlerce de yazılabilecektir.

Hastanede yatan hastalarda ve acil müdahale gerektiren durumlarda acil servislerde rapor aranmaksızın bu ilaçlar diğer hekimlerce de yazılabilecektir.

### **12.7.8. Enteral ve Parantral Beslenme Ürünleri Verilme İlkeleri**

Enteral beslenme ürünleri, normal çocuk beslenmesinde kullanılanlar hariç olmak üzere ayaktan tedavide malnütrisyonu olan, barsak operasyonuna bağlı malabsorpsiyon veya oral beslenemeyen ancak enteral beslenmesi gereken tüm hastalara sağlık kurulu raporuyla kullanılabilir.

Raporda, hastalığın tanısı, kullanılacak beslenme ürününün jenerik ismi, günlük kalori ihtiyacı ve buna göre belirlenen günlük kullanım miktarı açıkça yazılıp, reçeteye en



fazla üçer aylık dozda yazılacaktır.

Malnütrisyon tanımı açısından;

-Son 3 ayda ağırlığında % 10 ve daha fazla kilo kaybı veya

-Kan albümin seviyesi 2.5 gram/desilitrenin altında olanlar kabul edilecektir.

Parenteral beslenme ürünleri yatan hastalar dışında resmi sağlık tesislerinde düzenlenmiş sağlık kurulu raporu ile oral veya tüple beslenemeyen hastalara verilebilir.

### **12.7.9. Eritropoietin Alfa-Beta, Darbepoetin ve Sevelamer Kullanım İlkeleri**

a) Eritropoietin alfa-beta ve darbepoetin içeren ilaçların kronik böbrek yetmezliği tedavisi gören hastalara kullanımı ve reçeteye yazımı aşağıda belirtilen esaslara göre yapılacaktır

Eritropoietin alfa-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 (on) gr/dl altında ise eritropoietin alfa-beta ve darbepoetin tedavisine başlanabilir. Hedef hemoglobin değeri 11-12 gr/dl arasındadır. Hemoglobin değeri 11 (onbir) gr/dl'ye ulaşmaya kadar başlangıç dozunda eritropoietin alfa-beta ve darbepoetin ile tedaviye devam edilecek ve Hb seviyesini 11-12 gr/dl arasında tutabilmek için idame dozda tedaviye devam edilecektir. Hb seviyesi 12 (oniki) gr/dl'yi aşınca tedavi kesilecektir. Hasta Hb seviyesi için takibe alınacak ve Hb seviyesi 11-12 gr/dl'nin arasına gelince hastaya idame dozda tedaviye tekrar başlanabilecektir. İdame tedavi sırasında ve/veya tedaviye yeniden başlandığında TSAT >%20 ve/veya ferritin >100 µg/ L olacaktır. Bu değerlere 3 ayda bir bakılacak ve tetkik sonuç belgesi reçeteye eklenecektir.

Diyaliz Merkezleri Yönetmeliğine göre 3 ayda bir yapılan ferritin tetkiki esas alınarak düzenlenen reçeteler, anılan yönetmeliğin yürürlük tarihi itibarı ile geriye dönük olarak uygulanır.

Eritropoietin alfa-beta ve darbepoetin, nefroloji uzmanı veya diyaliz sertifikalı uzman hekimlerden en az birinin bulunduğu sağlık kurulu raporu ile nefroloji uzmanı, diyaliz sertifikalı uzman veya diyaliz sertifikalı hekimlerce yazılabilir.

Eritropoietin alfa-beta ile tedaviye başlangıç dozu 50- 150 IU/ kg/ hafta ve idame dozu 25- 75 IU/ kg/ haftadır. Darbepoetin ile tedaviye başlama dozu 0.25-0.75 mcg/kg/hafta ve idame dozu 0.13-0.35 mcg/kg/haftadır.

b) Eritropoietin alfa-beta ve darbepoetin içeren ilaçların kronik böbrek yetmezliğinin dışında kullanımı; eritropoietin türevlerini ve darbepoetin içeren ilaçların kronik böbrek yetmezliği dışında kullanımında Sağlık Bakanlığınca belirlenen endikasyonlara ve kurallara uyulacaktır. Yeni doğanda eritropoietin kullanımı: doğum ağırlığı 1500 gr'ın altında veya 32 gebelik haftasından önce doğan bebeklere 200 İU/kg/hafta 3 kez 6 hafta süre ile uygulanabilir.

Bir defada en fazla 1 aylık ilaç verilebilecektir. Sağlık kurulu raporlarında ilacın adı, kullanım dozu ve süresi belirtilecektir. Eritropoietin alfa-beta ve darbepoetin endikasyon muadili olarak birbirlerinin yerine kullanılabilirler.

c) Sevelamer ile tedaviye başlamak için diğer fosfor düşürücü ilaçların 3 ay süreyle kullanılmış olması gerekmektedir. Bu süre sonunda:

1) kalsiyum ve fosfor çarpımı 72 ve üzerinde olan veya kemik biyopsisi sonucuna göre dinamik kemik hastalığı olduğu belirlenen,

2) hastanın Kt/V değeri 1.4'ün üzerinde olmasına rağmen düzeltilmiş kalsiyum ve fosfor çarpımı 55'in üzerinde olan,

3) Kt/V 1.4'ün üzerinde olan hastanın PTH değeri 300 pmol/dl ve üzerinde ve D3 kullanma endikasyonu olan,

hemodiyaliz tedavisi altındaki hastalara nefroloji veya diyaliz sertifikalı dahiliye/pediatri uzman hekimlerinin düzenlediği sağlık kurulu raporu ile nefroloji veya diyaliz sertifikalı dahiliye/pediatri uzman hekimleri tarafından reçete edilir. Fosfor düzeyi 3.5mg/dl'nin altında olduğu durumlarda sevelamer tedavisi kesilir.

#### **12.7.10. Lizozomal Hastalıklar için Tedavi Esasları**

Hastalığın kesin teşhis ve tedavisinin sağlanması için hasta endokrinoloji ve metabolizma veya gastroenteroloji (çocuk veya erişkin) uzmanı hekiminin bulunduğu eğitim ve araştırma hastanelerine gönderilecektir. Bu hastanelerde, hastaya tanı konulacak, hastalığı ile ilgili endokrinoloji ve metabolizma veya gastroenteroloji (çocuk veya erişkin) uzman hekiminin bulunduğu, tanı-tedavi şemasını gösterir sağlık kurulu raporu düzenlenecektir.

Bu rapora dayanılarak hastanın tedavisi için gerekli ilaçlar endokrinoloji ve metabolizma veya gastroenteroloji (çocuk veya erişkin) uzman hekimi tarafından 3 ay aşmayacak miktarda reçeteye yazılacaktır. Hastanın takip ve tedavi edildiği endokrinoloji ve metabolizma uzman hekimi bulunan eğitim ve araştırma hastanelerinde hastalar adına dosyalar açılacak ve tüm bilgiler bu dosyada muhafaza edilecektir.

Hastanın tedavisi sağlık kurulu raporunda belirtilen tedavi şemasına göre endokrinoloji ve metabolizma veya gastroenteroloji (çocuk veya erişkin) uzman hekimi, bulunmadığı yerlerde çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince klinik koşullarda uygulanacaktır.

Hasta 3 ayda bir endokrinoloji ve metabolizma uzman hekimi bulunan eğitim ve araştırma hastanelerinde kontrol edilecektir.

#### **A) Gaucher Hastalığı Tedavi Esasları**

a) Tanı Kriterleri;

1- Hastanın enzim düzeyi (Glucocerebrosidase) belirlenerek, enzimatik tanı konulacaktır veya

2- Mutasyon analizi yapılacaktır.

b) Enzim tedavisine başlama kriterleri;

1- Tedavi endikasyonu olan hastalık tipleri

- Tip I (Non Nöropatik Form)

- Tip III (Kronik Nöropatik Form)'tür.

- Tip II (Akut Nöropatik Form) için enzim tedavisi yapılmayacaktır.

2- Hastalığın tanısı, bir eğitim hastanesinde ve gastroenteroloji (çocuk veya erişkin) veya endokrinoloji ve metabolizma uzmanlarının da yer aldığı bir sağlık kurulu tarafından konulacak ve hastaya tanı ve tedavi ile ilgili tüm bilgileri içeren bir rapor düzenlenecektir.

c) Tedavinin Kesilmesi;

1- Hasta 3 ayda bir tanı ve tedavi aldığı merkezde kontrol edilecektir. İzlemde karaciğer-dalak boyutlarının değerlendirilmesi ve tam kan sayımı ile karaciğer enzimlerinin tayini, eğer gerek görülür ise 1 yıllık periyotlar ile karaciğer-dalak boyutlarının volumetrik, kemik lezyonlarının takibi uygundur.

2- Hastanın tedavisinin yapıldığı resmi sağlık tesisinde hastalar adına dosyalar açılacak ve tüm bilgiler bu dosyada muhafaza edilecektir.

3- Tanıyı koyan resmi sağlık tesisi tarafından hastanın tedaviye başlama öncesi kriter/kriterlerindeki düzelme durumu belgelenecektir.

4- Halen tedavi almakta olan hastaların tedaviye devam edip etmeyecekleri bu Tebliğ'de yer alan tedavi kriterlerine göre değerlendirilecektir.

5- Tedaviye cevap alınmadığı belirlenen durumlarda tedavi kesilecektir (İzleme parametrelerinde tedavi başladıktan en az 6 ay sonra hiçbir düzelme meydana gelmez ise).

### **B) Fabry Hastalığı Tedavi Esasları**

- 1- Hastanın enzim düzeyi (Galactosidase) belirlenerek enzimatik tanı konulacaktır.
- 2- Uygulanacak enzim dozu Sağlık Bakanlığı'nın belirleyeceği dozu geçmeyecektir. Bu doz 2 haftada bir 1mg/kg'dır.

Hastalığın teşhisi, bir eğitim hastanesinde ve gastroenteroloji (çocuk veya erişkin) veya endokrinoloji ve metabolizma uzmanlarının da yer aldığı bir sağlık kurulu tarafından konulacak ve hastaya tanı ve tedavi ile ilgili tüm bilgileri içeren bir rapor düzenlenecektir.

### **C) Mukopolisakkaridoz Tip I Hastalığı Tedavi Esasları**

- 1- Hastanın enzim düzeyi (L-İduronidase) belirlenerek enzimatik tanı konulacak ve mutlaka mutasyon analizi yapılacaktır.
- 2- Enzim tedavisi tek başına Hurler-Schie ve Schie formlarında haftada bir 0.58mg/kg'dır. Hurler tipinde ise 3 aylık enzim tedavisinin ardından kemik iliği transplantasyonu yapıldıktan sonra 3 ay daha enzim tedavisi devam edecek, klinik düzelme olduğu takdirde tedavi sonlandırılacaktır.

### **D) Diğer Lizozomal Depo Hastalıklarının Tedavi Esasları**

Pompe, mukopolisakkaridoz Tip II, VI, VII, niemann-pick, wolman hastalığı, kolesterol ester depo hastalığı gibi hastalıkların tedavileri için bu maddede belirtilen esaslara uyulacaktır.

#### **12.7.11. Glokom İlaçları**

Glokom ilaçları ile tedaviye göz hastalıkları uzmanı tarafından başlanacaktır. Göz hastalıkları uzmanının bulunduğu, kullanılacak ilacın etken maddesini belirten bir sağlık kurulu raporu mevcut ise, rapor süresince diğer hekimlerce de reçeteye yazılabilecektir.

#### **12.7.12. İmmünglobulinlerin Kullanım İlkeleri**

##### **A) Spesifik/Hiperimmün İV İmmünglobulinlerin Kullanım İlkeleri**

Ayaktan tedavide spesifik/hiperimmün immünglobulinlerin geri ödenmesinde, sadece Sağlık Bakanlığının onay verdiği endikasyonlarda sağlık kurulu raporu şartı aranarak, bu ilaçlara ait reçeteler uzman hekimlerce yazılacaktır. Hepatit B, tetanos ve kuduz immünglobulinlerinde sağlık kurulu raporu şartı aranmayacaktır.

Anti-HEP B IG klinik uzmanlar tarafından ve vaka başına profilaktik olarak 0.02-0.06 ml/kg /doz erişkinlerde maksimum 1600 ünite, çocuklarda maksimum 800 üniteyi aşmamak üzere reçete edilmesi halinde ödenebilecektir

##### **B) Spesifik Olmayan/Gamma/Polivalan İmmünglobulinler**

Gama globulin preparatları belirlenen endikasyonlarında hematoloji, onkoloji, immünoloji uzmanları tarafından reçete edilebilir.

Ayrıca;

- 1) Pediatrik HIV enfeksiyonunda Pediatrik Enfeksiyon uzmanı,
  - 2) Guillan-Barre sendromunda, bulber tutulumu olan myastenia graviste nöroloji (yetişkin ve pediatrik) uzmanı,
  - 3) Gebeliğe sekonder immün trombositopeni veya gebelik ve ITP beraberliğinde Kadın Doğum uzmanı,
- tarafından reçete edilebilir.

Tüm kullanımlar için hematoloji, onkoloji veya immünoloji uzmanlarının veya belirtilen hastalıklarda, belirtilen uzmanın bulunduğu sağlık kurulu raporu ile uzman

hekimlerce reçete edilebilecektir.

### **12.7.13. İnterferon Kullanım İlkeleri**

#### **A) Kronik Viral Hepatitlerde Alfa İnterferon Kullanım İlkeleri**

1)İnterferonlar, kronik hepatit tedavisinde çocuk veya erişkin gastroenteroloji, enfeksiyon hastalıkları uzmanları tarafından düzenlenen sağlık kurulu raporunda yer alması şartıyla, yukarıda belirtilen uzmanlık dallarındaki hekimler ve iç hastalıkları uzmanlarınca da reçete edilmesi mümkündür.

2)Kronik hepatit B'de 6 aydan fazla süredir ALT düzeyleri normalin en az 2 katından fazla, HBV DNA pozitif olan histolojik olarak kronik hepatit saptanan kompanse kronik hepatit-B'li hastalara uygulanır.

Tedavi süresi 12 ayı, tedavi dozu haftada 35 milyon üniteyi geçemez.

3)Kronik hepatit C'de Anti HCV ve HCV RNA'sı pozitif, histolojik olarak kronik hepatit saptanan, kompanse karaciğer hastalığı bulguları olan hastalara ribavirinle kombine uygulanır.

Ancak, ribavirin kontrendikasyonu var ise interferon (klasik interferon veya pegil interferonlar) monoterapisi uygulanacaktır.

Gerek monoterapide gerekse ribavirin + interferon (klasik interferon veya pegil interferonlar) kombine tedavisinin en geç 6 ncı ayında tedaviye cevap alınmaması halinde, rapor üzerinde belirtilerek tedavi sonlandırılacaktır (3 üncü ayda yapılan HCV RNA kontrolünde başlangıca göre 2 log'dan küçük azalma) (ağır fibrozis veya kompanse sirozu olan hastalarda 3 üncü ve 6 ncı ay değerlerine bakılmaksızın tedavi süresine ilgili hekim tarafından karar verilir).

Tedavi süresi 12 ayı, tedavi dozu haftada 18 milyon üniteyi geçemez.

4) Hepatit-D'de 6 aydan fazla süredir ALT düzeyi normalin en az 2 katından fazla, anti deltası pozitif olan histolojik olarak kronik hepatit saptanan, kompanse karaciğer hastalığı bulguları olan hastalara uygulanır.

Tedavi süresi 24 ayı, tedavi dozu haftada 35 milyon üniteyi geçemez.

5) 2 ve 3 üncü maddede belirtilen kronik hepatit B ve kronik hepatit C tedavisine başlama kriterlerine uygun olarak 18 yaşın üzerindeki hastalarda veya klasik interferon tedavisinde nüks hastalarda Pegil İnterferonlar kullanılır.

Tedavi süresi 12 ayı geçemeyecektir. 3 üncü veya 6 ncı ayda tedaviye yanıt alınmaması (Kronik hepatit C'de madde 3'de belirtildiği şekilde) durumunda tedavi kesilecektir.

6) Kronik hepatit-B'de (1)nci madde de yer alan uzman hekimlerce sağlık kurulu raporu ile adefovir kullanılır.

7) Teşhise esas olan bulgular sağlık kurulu raporunda belirtilecektir.

#### **B) Multipl Skleroz Hastalığında Beta İnterferon ve Copolymer-1 Kullanım İlkeleri**

a) Disabilite skorunun (E.D.S.S.) 0–5,5 arasında olması, hastanın yardımsız olarak en az 100 m. yürüyebilmesi,

b) Olguların remitting-relapsing türü olması, (2 yıl içerisinde en az 2 atak geçirmesi, yeni vaka'larda ise 1 yıl içerisinde 2 atak geçirmiş olması, gerekmektedir.)

Bu ilaçlar nöroloji uzmanının bulunduğu sağlık kurulu raporuna dayanılarak verilecektir. Reçeteler yalnızca nöroloji uzman hekimlerince düzenlenecektir.

### **12.7.14. Kanser İlaçları Verilme İlkeleri**

a) Ayaktan tedavide kemoterapi yapılacak kanserli hastalara kür tedavisi uygulanıyor ise kür protokolünü gösterir sağlık kurulu raporuna dayanılarak bir kürlük, kür tedavisi uygulanmayanlarda ise en fazla 3 aylık dozda ilaç verilebilir.

Ancak; hormonlar ve hormon antagonistleri ile maligniteye bağı metastatik olgularda kullanılan yardımcı ilaçlar, sağık kurulu raporu ile 3 aylık dozlarda verilebilir.

**b)** Kanser ilaçları diğer ilaçlarda olduğu gibi Sağık Bakanlığının izin verdiği endikasyonlarda kullanılacaktır. Ruhsatlı endikasyonda kemoterapi seğeneğini kullanmış olan ve kemoterapi dışında seğeneği olmayan kanserli hastalar için; cevap alınabilecek veya sağı kalım avantajı sağlayabilecek kanser ilaçlarının bedeli, yeterli literatür desteği ile birlikte Sağık Bakanlığınca onaylandığı takdirde ödenir. Bu durumda sağık kurulu raporunda ilk tedavi veya tekrarlayan hastalıkta kullanım muhakkak belirtilecektir.

Ancak, klasik kemoteröpic İlaçlar (Adriamisin, dakarbazin, epirubisin, etoposid, fluorourasil, ifosfamid, karboplatin, metotreksat, siklofosfamid, sisplatin, tamoksifen, vinblastin, vinkristin, mitoksantron, klorambusil, melfalan, busulfan, merkaptourin, bleomisin, mitomisin C, hidroksiüre ve mitotan) (a) bendindeki nitelikleri taşıyan sağık kurulu raporu ile, tıbbi sorumluluğu, tedaviyi planlayan uzman hekime ait olmak üzere, uygun görüldüğu durumlarda kullanılabilir.

**c)** Aşağıda belirtilen ilaçların onkolojik tedavide kullanımında hastalığın teşhisi, teşhise esas teşkil eden patoloji veya sitoloji raporunun merkezi, tarihi ve numarası, (patoloji veya sitolojik inceleme yapılamamış ise teşhise esas teşkil eden bilgiler içeren bir epikriz) evre veya risk grubu, varsa daha önce uygulanan kemoterapiler, planlanan kemoterapi ve planı yapan ilgili uzman hekimin adı, unvanı ve imzasının bulunduğu sağık kurulu raporuna istinaden diğer hekimlerce de yazılabilecektir.

İnterferon alfa 2a-2b, eritropoietin alfa-beta, darbepoetin, trastuzumab, rituximab, (rituximab; nükseden veya kemorezistan CD20 pozitif foliküler lenfoma, diffüz büyük B hücreli lenfoma, mantle hücreli lenfoma tanılı hastaların tedavisinde, evre III veya evre IV CD20 pozitif foliküler lenfomalı hastalarda CVP “siklofosfomid, vinkristin, prednisolon” tedavisine ek olarak, CD20 pozitif diffüz büyük B hücreli lenfomada CHOP kemoterapi şemasına ek olarak kullanımı endikedir. Yukarıda bahsedilen foliküler lenfoma ve mantle hücreli lenfomada maksimum 8 dozda kullanımı geri ödenir. Bu iki durumda rituximab kullanımına cevap veren ancak progresif hastalık gelişen olgularda ilave olarak 4 doz daha kullanılabilir. CD20 pozitif diffüz büyük B hücreli lenfomada maksimum 8 doza kadar geri ödenir. İbritumomab tiuxetan terapötik rejiminin bir paręası olarak kullanıldığında maksimum iki doza kadar geri ödenir.), interleukin-2, bevacisumab, cetuximab, ibritumomab, imatinib (Imatinib; onkoloji veya hematoloji uzmanının bulunduğu en fazla 6 ay süreli sağık kurulu raporu ile bu uzmanlar tarafından reçete edilir.), gefinitib, erlotinib, octreotid (Octreotid; akromegali tedavisinde endokrinoloji uzmanlarınca reçete edilir.), bortezomib, talidomit, imiquimod, temozolomide etken maddelerini içeren ilaçlar tıbbi onkoloji ile pediatrik onkoloji, hematoloji veya pediatrik hematoloji uzmanlarınca, ayrıca bu uzmanların bulunduğu hastanelerde diğer hekimlerce tavsiye edildiğinde yukarıda sayılan uzmanların uygun görüşüyle (raporda onay kaşe ve imzası ile), sayılan uzmanların bulunmadığı hastanelerde ise hastalıkla ilgili branşlarda diğer uzmanlarca düzenlenmiş sağık kurulu raporlarına istinaden tüm hekimlerce yazılabilir. Bu ilaçların onkoloji dışı kullanımları ilgili alanlarındaki uzman hekimler tarafından yapılabilir.

#### **12.7.15. Klopidoğrel Kullanım İlkeleri**

**a)** Koroner artere stent uygulanacak hastalarda kardiyoloji, iç hastalıkları veya kalp damar cerrahisi uzman hekimleri tarafından rapor aranmaksızın bir defaya mahsus olmak üzere 24 saat öncesinden başlanabilir. İlaç salınımsız stent takılan hastalarda hastanın taburcu olmasından itibaren rapor aranmaksızın 4 haftalık doz bu hekimler tarafından reçete edilebilir. Diğer (ilaç salınlı) stentlerde ise stent uygulama tarihinden itibaren 6 ay geçmeyecek şekilde bu hekimlerden birinin bir defaya mahsus olmak üzere hazırladığı sağık kurulu raporu ile diğer hekimler tarafından da reçete edilebilir.

**b)** Akut koroner sendrom tanısıyla hastaneye yatırılan veya müşahedeye alınan hastalarda EKG değişikliği veya troponin pozitifliği saptanmış ve belgelenmiş olan ST yükselmez miyokard enfarktüsü veya anstabil anginalı hastalar ile ST yükselmeli miyokard enfarktüsü hastalarında kardiyoloji, iç hastalıkları, kalp damar cerrahisi veya acil tıp uzman hekimleri tarafından rapor aranmaksızın bir defaya mahsus olmak üzere kullanılabilir. Bu durumlarda hasta taburcu olduktan sonra 4 haftayı geçmemek üzere bu hekimlerden birinin hazırladığı sağlık kurulu raporu ile diğer hekimler tarafından da reçete edilebilir.

**c)** Kalp kapak biyoprotezi bulunanlarda, koroner arter hastalığı, tıkaçıcı periferik arter hastalığı veya serebral iskemik olay (iskemik inme) saptanan ve belgelenen hastalarda; gastrointestinal entolerans veya diğer tıbbi nedenlerden dolayı asetilsalisilik asit ve diğer antiagregan ilaçların kullanılmadığı durumlarda gerekçenin belirtilmesi halinde kardiyoloji, iç hastalıkları, nöroloji, kalp damar cerrahisi veya acil tıp uzman hekimlerinden birinin hazırladığı ve 12 ayı geçmemek üzere kullanım süresinin belirtildiği sağlık kurulu raporu ile diğer hekimler tarafından da yazılabilir. Burada bahsedilen durumlarda rapor süresi dolduğunda durumun devam ettiği belgelendiği takdirde hastaya tekrardan rapor çıkarılabilir.

**d)** 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 uzman hekimleri veya girişimsel radyoloji işlemini yapan radyolog tarafından rapor aranmaksızın bir defaya mahsus olmak üzere 24 saat öncesinden başlanabilir. Bu işlemler ile ilaç salınımsız stent takılan hastalarda hastanın taburcu olmasından itibaren rapor aranmaksızın 4 haftalık doz bu hekimler tarafından reçete edilebilir. Diğer (ilaç salınımlı) stent takılan hastalarda girişimsel uygulama tarihinden itibaren 6 ayı geçmeyecek şekilde bu hekimlerden birinin hazırladığı sağlık kurulu raporu ile diğer hekimler tarafından da reçete edilebilir.

#### **12.7.16. Metabolik Hastalıklar ile Enzim Bozukluğu Hastalıkları**

**a)** Çocuk mamaları, gıda olması nedeniyle listeye dahil edilmemiştir. Ancak, doğuştan metabolik hastalığı, enzim bozukluğu olan ve kistik fibrozisli hastalar için tedavi edici içerikli olanlar ile malabsorbsiyona neden olan bir hastalığı olan hastaların ve iki yaşına kadar inek sütü alerjisi olan bebeklerin kullandıkları özel mamalar, sağlık kurulu raporu alınması (öncelikle pediatrik veya erişkin endokrinoloji ve metabolizma uzman hekimi tarafından, onların yokluğunda çocuk hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından çıkarılmış rapor) koşuluyla tüm hekimler tarafından yazılabilir. Fenil ketonüri hastalarında da glutensiz un ayda maksimum 5 kg'a kadar ödenecektir.

**b)** Çölyak hastalığında; özel formüllü un ve özel formüllü un içeren ürünler çocuk veya erişkin gastroenteroloji uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak, 15 yaşın altında olan hastalarda bir aylık 2 kg'ı mamul (makarna), 250 gramı (çikolata, gofret vb) olmak üzere toplamda en fazla 5kg 250 gram olacak şekilde verilecektir. 15 yaş ve üzerinde olan hastalara bir aylık 2 kg mamul olmak üzere toplamda en fazla 5 kg olacak şekilde verilecektir. Sağlık kurulu raporunda bir aylık en fazla kullanım miktarı ve kullanım süresinin un ve ürün olarak ayrı ayrı belirtilmesi zorunludur. Bu ürünler en fazla üçer aylık dozlar halinde, sağlık kurulu raporunda belirtilen kullanım süresi ve miktarlara uygun olarak tüm hekimlerce reçeteye yazılabilecek ve unun 1kg'ı için ödenecek azami tutar 5 YTL'yi geçmeyecektir. Bu ürünlerin bedeli katkı payı alınmaksızın kurumlarca karşılanacaktır.

#### **12.7.17. Osteoporoz İlaçları Kullanım İlkeleri**

Aşağıdaki hasta gruplarında bifosfonatların veya diğer osteoporoz ilaçların (calcitonin, raloksifen, stronsiyum ranelat) kullanımında raporda tedavi süresi belirtilecek, omurgadan ve femurdan yapılan tetkiklerle ilgili KMY ölçümünün bir örneği reçeteye eklenecektir.

Bu grup ilaçlar;

1. Osteoporotik patolojik kırık bulunan ve lomber bölgeden posteroanterior veya lateral yapılan kemik mineral yoğunluk (KMY) ölçümünde total L2-4 (veya total L1-4) veya femoral bölgeden yapılan KMY ölçümünde total femur veya femur boynundan elde edilen "T" değerlerinden herhangi birinin -1 veya daha düşük olduğu hastalarda,

2. Lomber bölgeden posteroanterior veya lateral yapılan KMY ölçümünde total L2-4 (veya total L1-4) veya femoral bölgeden yapılan KMY ölçümünde total femur veya femur boynundan elde edilen "T" değerlerinden herhangi birinin -2,5 veya daha düşük olduğu hastalarda,

sağlık kurulu raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir. Rapor süresi 1 yıldır. Rapor süresi bitiminde KMY ölçümü tekrarlanacaktır.

Bu esaslar yatan hasta reçetelerinde de uygulanır.

#### **12.7.18. Orlistat ve Sibutramin Etken Maddesi İçeren İlaçların Kullanım İlkeleri**

Endokrinoloji ve metabolizma veya kardiyoloji uzman hekiminin bulunduğu resmi sağlık kurumlarınca düzenlenen en fazla 3 aylık süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak yazılabilecek, raporun fotokopisi reçeteye eklenecektir. Bu rapora dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilecektir.

- Daha önce dört ardışık hafta boyunca yalnızca diyetle en az 2,5 kg.lık bir kilo kaybı olmalıdır.

- Obez hastalarda vücut kitle indeksi (BMI)  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> olmalıdır.

- Bu grup ilaçlardan aynı anda sadece biri kullanılacaktır.

İlk üç ay hastaların kontrolü her ay yapılacaktır. İlaçlar birer aylık verilecektir.

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'inin kaybolmaması halinde tedavi kesilecektir.

#### **12.7.19. Migrende İlaç Kullanım İlkeleri**

a) Triptanların oral formları nöroloji uzman hekimce reçete edilir. Sağlık kurulu raporu varsa (nöroloji uzmanının bulunduğu) diğer hekimler tarafından da yazılabilir. Bu grup ilaçlardan yalnız bir etken madde reçete edilebilir, ayda en fazla 6 doz/adet (tablet, sprey veya kartuş) yazılabilir. Aynı ilacın farklı farmasötik formları aynı anda yazılamaz.

b) Topiramate diğer profilaktik migren ilaçların 6 ay süreyle kullanılıp etkisiz kaldığı durumlarda nöroloji uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporunda belirtilerek tedaviye başlanır.

Sağlık kurulu raporu 1 yıl süreyle geçerlidir ve raporla tüm hekimlerce yazılır.

#### **12.7.20. Palivizumab Kullanım İlkeleri**

Palivizumab etken maddesini taşıyan preparatın yenidoğan, alerji ve enfeksiyon üst ihtisası yapmış çocuk hastalıkları uzmanları tarafından reçetelenmesi ve belirtilen koşullarda kullanılması halinde bedelleri hasta katılım payı alınmadan ödenir.

Yüksek RSV riski taşıyan pediatrik hastalarda respiratuar sinsisyal virüsün (RSV) neden olduğu ciddi alt solunum yolu hastalığının önlenmesinde;

a) 12 aylıktan küçük ve tıbbi destek alan (oksijen beraberinde diüretik, steroid ve bronkodilatör kullanılan) ve bronkopulmoner displazisi olanlarda,

b) Bronkopulmoner displazisi olmaksızın prematüre doğan ve yoğun bakımda respiratuar tedavisi (solunum desteği) almış olan bebeklerde profilaktik olarak Ekim-Mart ayları arasında, ayda bir kez ve en fazla 2 yaşına kadar mevsim başlangıcında kullanılmalıdır.

#### **12.7.21. Anagrelid Kullanım İlkeleri**

Hidroksiüre + asetil salisilik asit tedavisine dirençli olduğu yada hidroksiüre ile dirençli sitopeni (anemi ve/veya lökopeni) geliştiği belgelenen, yüksek vasküler risk taşıyan esansiyel trombositemi hastalıklarında erişkin/çocuk hematoloji veya onkoloji uzmanının bulunduğu sağlık kurulu raporu mevcudiyetinde adı geçen branş uzmanları tarafından reçete edilebilir.

#### **12.7.22. Aktive Protein C (Xigris) Kullanım İlkeleri**

Yoğun bakım ünitelerinde, en az üç uzman hekim (Anestezi ve reanimasyon, enfeksiyon hastalıkları, iç hastalıkları, göğüs hastalıkları, genel cerrahi) onayı ile, en az iki organ yetmezliği gelişmiş ağır sepsis hastalarının tedavisinde, ilk 48 saat içerisinde, hastalığın teşhisi, günlük kullanım dozu ve süresini belirten onaylı epikriz raporuna dayanılarak yazılabilecektir (24 µg/kg/saat IV x 96 saat). Yeniden kullanım gerektiğinde bir önceki verilen ilacın kullanıldığının yeni düzenlenecek raporda belirtilmesi ve bu raporda da hastalığın teşhisi, günlük kullanım dozu ve süresinin kayıtlı olması gereklidir.

#### **12.7.23. Amfoterisin-B ve Kaspofungin ve Vorikanazol Kullanım İlkeleri**

Hastanın böbrek ve karaciğer fonksiyonları normal ise ilk tercih klasik amfoterisin-B veya fluconazol'dür.

Klasik amfoterisin-B'ye alerjik reaksiyon gösterdiğinin resmi sağlık kurulu raporuyla belgelenmesi yada hastanın karaciğer veya böbrek fonksiyon testlerinin laboratuvar verileri ile bozuk olduğunun klinik olarak belgelenmesi hallerinde, raporda belirtilen lipozomal veya lipid kompleks amfoterisin-B veya kaspofungin veya vorikanazol kullanılabilir.

Kaspofungin, vorikanazol, lipozomal amfoterisin-B ve lipid kompleks amfoterisin-B'nin parenteral formları EHU onayı ile mutlak surette yatarak tedavide kullanılabilir. Bu ilaçların oral formları ise yine EHU onayı ile ayaktan tedavide de kullanılabilir.

#### **12.7.24. Solunum Sistemi Hastalıkları İlaçları Kullanım İlkeleri**

Bu grup ilaçların ayaktan tedavide kullanımını aşağıdaki ilkelere göre yapılacaktır.

1. Astım tedavisinde;

Formeterol, salmeterol ve kombinasyonları, reçeteye göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi, alerji, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından yazılacaktır. Bu uzman hekimlerden en az birinin bulunduğu resmi sağlık kurulu raporu mevcut ise tedavinin devamı için diğer hekimlerce de yazılabilecektir.

Montelukast, zafirlukast, reçeteye iç hastalıkları, çocuk hastalıkları göğüs hastalıkları ve alerji uzman hekimleri tarafından yazılacaktır. Bu uzman hekimlerden en az birinin bulunduğu resmi sağlık kurulu raporu mevcut ise tedavinin devamı için diğer hekimlerce de yazılabilecektir.

2. KOAH tedavisinde;

Formeterol, salmeterol ve tiotropium, reçeteye göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi, iç hastalıkları, çocuk hastalıkları ve kardiyoloji uzman hekimleri tarafından yazılacaktır. Bu uzman hekimlerden en az birinin bulunduğu resmi sağlık kurulu raporu mevcut ise tedavinin devamı için diğer hekimlerce de yazılabilecektir.



Formeterol ve salmeterol'ün inhaler kortikosteroidlerle kombinasyonları, reçeteye iç hastalıkları, çocuk hastalıkları, göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi uzman hekimleri tarafından yazılacaktır. Bu uzman hekimin bulunduğu resmi sağlık kurulu raporu mevcut ise tedavinin devamı için diğer hekimlerce de yapılabilir.

3. Mevsimsel alerjik rinit tedavisinde:

Montelukast kulak burun boğaz uzman hekimleri tarafından yazılabilir.

#### **12.7.25. Antiepileptik İlaçların Epilepside Kullanım İlkeleri:**

Gabapentin, lamotigin, topiramet, vigabatrin, levatirasetam, ve bunun gibi yeni nesil antiepileptikler nöroloji (erişkin ve çocuk), çocuk hastalıkları veya nöroşirurji uzman hekimleri tarafından yazılacaktır. Bu uzman hekimlerden birinin bulunduğu, kullanılacak ilacın etken maddesi, kullanım dozu ve süresini belirten sağlık kurulu raporu mevcut ise diğer hekimlerce de reçeteye yazılabilir.

#### **12.7.26. Levosimendan Kullanım İlkeleri**

Akut kalp yetmezliği, dekompanse kalp yetmezliğinin akut döneminde yatan hastalara;

- Öncelikle hastane eczanesinden temin edilir. Hastane eczanesinden temini mümkün olmazsa, sözleşmeli eczaneden yatan hasta reçetesiyle temin edilir ve mükerrer ödeme yapılmaması için hastane faturasında bu ilacın olmadığı kontrolü gerekir.

- İnvaziv hemodinamik monitarizasyon yapılabildiği yoğun bakım ünitelerinde,  
- Kardiyoloji, kalp damar cerrahisi, anestezi ve reanimasyon ile acil uzman hekimleri tarafından,  
kullanılabilir.

#### **12.7.27. Faktör ve Diğer Kan Ürünlerinin Reçete Edilme İlkeleri**

##### **A ) Faktörler**

Hastanın tanısı, faktör düzeyi, varsa inhibitör düzeyini belirten hematoloji uzman hekiminin imzasının bulunduğu sağlık kurulu raporuna dayanılarak;

- Akut kanaması olduğu durumlarda yada cerrahi girişimler öncesi,  
- Faktör düzeyi % l'in altında ve/veya ayda üçten fazla kanaması olan hastalarda profilaksi endikasyonu konulduktan sonra haftalık faktör kullanım miktarı 4500 üniteyi geçmediği takdirde Sağlık Bakanlığı tarafından verilen hastaya özel Hemofili Takip Karnesine yazılarak verilecektir.

Haftalık faktör kullanımının 4500 üniteyi geçmesi gerektiği durumlarda ayrıca bu durumu belirten yeni bir sağlık kurulu raporu düzenlenecektir.

Acil müracaatlarda; hastanın tam teşekküllü resmi 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 yazılarak hematoloji uzman hekiminin bulunduğu tam teşekküllü bir hastaneye sevk edilecektir.

Faktör VIIa, hastanın tanısı, faktör düzeyi, varsa inhibitör düzeyini belirten hematoloji uzman hekiminin imzasının bulunduğu sağlık kurulu raporuna dayanılarak; yatan hastalarda endikasyonları belirtilen dozlar doğrultusunda günde 3 doz veya bu hastaların opere edilmesi halinde ise 12 doza kadar uzman hekim tarafından reçete edildiği takdirde geri ödenir.

### **B ) Anti Rh Kullanım İlkeleri**

#### a) Doğum Sonu Kullanım;

Doğum belgesi, anne-bebek kan grubu belgesi, Direkt Coombs testi negatifliğini gösteren belge ve Anti Rh reçetesine dayanılarak verilecektir.

#### b) Düşük veya küretaj sonrası kullanımı;

Resmi ve anlaşmalı sağlık tesisinde annenin ve babanın kan grubu belgesi, düşük veya küretaj olduğuna dair bir sağlık kuruluşunun belgeleri ekinde Anti Rh reçetesine dayanılarak verilecektir.

#### c) Antenatal Kullanım;

Anne-baba kan grubu belgeleri ve İndirekt Coombs testi negatifliğini gösteren belge ile sağlık kurulu raporunda doz ve kullanım süresi belirtilerek verilecektir.

#### d) Idiopatik (İmmün) Trombositopeni’de Kullanımı:

İntravenöz formu Rh pozitif ve splenektomisiz hastalarda resmi sağlık kurulu (erişkin veya pediatrik hematoloji uzman hekiminin bulunacağı) raporunda doz ve kullanım süresi belirtilerek verilebilir. Reçeteler hematoloji uzman hekimince düzenlenecektir.

### **C ) Antitrombin III Kullanım İlkeleri**

Hastalığın tanısı, günlük kullanım dozu ve süresini belirten resmi sağlık kurulu (erişkin veya pediatrik hematoloji uzman hekiminin bulunacağı) raporuna dayanılarak en fazla 3 günlük dozda verilebilecektir. Yeniden kullanımı gerektiğinde bir önce verilen ilacın kullanıldığının yeni düzenlenecek raporda belirtilmesi ve bu raporda da hastalığın tanısı, günlük kullanım dozu ve süresinin kayıtlı olması gereklidir.

### **D) Human Albumin kullanım İlkeleri**

Human albümin preparatları yalnızca yatarak tedavi gören hastalara, albümin düzeyi 2.5g/dl ve altında ise uzman hekimlerce yazılabilir, laboratuvar sonuçları ve kullanılan miktar epikrizde belirtilecektir. Hastane eczanesinde bulunmadığı durumlarda, günlük doz ve tedavi protokolünü ve kan albümin düzeyinin 2.5g/dl ve altında olduğunu gösterir sağlık kurulu raporuna dayanılarak en fazla 3 (üç) günlük dozda verilecektir. Plazmaferezde kan albümin düzeyi şartı aranmaz.

E) Bu maddede yer alan faktörler ile diğer kan ürünlerinin reçetelenmesinde bu Tebliğin 18.2 inci maddesinde belirtilen koşullara da uyulacaktır.

### **12.7.28. Viskosuplementasyon Ürünleri Kullanım İlkeleri**

Bu ürünler her bir diz eklemi için yılda bir kürden (1 kür tedavi birer hafta arayla 3 doz uygulamayı kapsar) fazla uygulanamaz. Ortopedi, fizik tedavi ve rehabilitasyon, romatoloji ve immünoloji uzman hekimlerince reçete edilecektir. Aynı diz eklemi için 3 kürden fazla uygulama yapılmaz.

### **12.7.29. Kadın Cinsiyet Hormonları Kullanım İlkeleri**

Bu grup ilaçların bütün formlarından;

#### 1. Östrojenler ve hormon replasman tedavisinde kullanılanlar

- Östradiol yada konjüge östrojen ve progestojen kombinasyonları
- Yalnız östrojen içerenler
- Tibolon içerenler.

#### 2. Progestojenler,

Kadın hastalıkları ve doğum, iç hastalıkları, ortopedi, fizik tedavi ve rehabilitasyon ve aile hekimi uzmanları tarafından ve sağlık kurulu raporuna istinaden tüm hekimlerce yazılabilir.

**12.8.** Sağlık Bakanlığı (İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü) Bilimsel Komisyonları tarafından herhangi bir ilaçla ilgili “Güvenlik ve Endikasyon Formu” geliştirilmiş ise ilgili ilacın geri ödenmesi için söz konusu formun doldurulması ve gereken imzaların tamamlanması ve bir örneğinin reçeteye eklenmesi gerekmektedir.

### **13. Eczanelerle Yapılacak Anlaşma**

**13.1.** Yönetmelik gereğince, kurumlarca ilaç ve gereçlerin sağlanmasının mümkün olmadığı hallerde, kurumlarla eczaneler arasında yapılacak anlaşmaya esas teşkil etmek üzere Bakanlığımız ile Türk Eczacıları Birliği Merkez Heyeti (TEB) arasında Protokol (EK-3) imzalanmıştır.

**13.2.** Eczaneler, Kurumlarla sözleşme yaparken 6643 sayılı Türk Eczacıları Birliği Kanununun 39 uncu maddesine dayanılarak TEB tarafından bastırılmış, imzalanan bu Protokole uygun “Tıp Sözleşmeleri” kullanırlar. (EK-3/A). Eczanenin yapacağı indirim oranının tespiti amacıyla EK-3/B formunun bir örneği ibraz edilecektir.

**13.3.** Kurumlar, “Protokol”de yer alan usul ve esaslar çerçevesinde, imalatçı/ithalatçı indirimi ile eczacı indirimini yapan ve yukarıda belirtilen işlemleri tamamlayan her eczane ile protokol ekinde yer alan örnek sözleşme formuna göre (bu protokoldeki hükümlere aykırı hareketleri nedeniyle sözleşmeleri feshedilenler hariç) sözleşme yapacaktır. Kurumlar belirlenen şartlar dışında sözleşme yapmaya yetkili değildir.

**13.4.** T.C. Emekli Sandığı, protokol ile belirlenen genel esaslara aykırı olmamak şartıyla, bilgisayar ile reçete kabulüne ilişkin usul ve esasları tespit edebilir.

**13.5.** İlgili yıl protokolüne uygun olarak düzenlenen sözleşme metni, ödeme yapacak birime ibraz edilecektir.

**13.6.** Kurum ve kuruluşlar, sözleşme yaptıkları eczanelerin adresini gösterir bir yazıyı yıl boyunca personelin görebileceği uygun bir yere (kurum hekimliği gibi) asacaklardır.

**13.7.** Sözleşmeler, ilk defa yapılacak olanlar hariç, eczaneler tarafından bu Tebliğin Resmi Gazetede yayımlanmasını takip eden en geç 45 gün içerisinde yenilenecektir.

**13.8.** Eczanelerce düzenlenen faturalar, bir üst yazı ile kuruma teslim edilir.

**13.9.** TEB, sözleşmesi feshedilen eczaneleri tüm eczacı odalarına bildirir. Sözleşmesi feshedilen eczacının başka bir yerleşim yerinde eczane açması halinde sözleşme yapılamaz ve bu amaçla eczacı odası tarafından onay verilmez.

**13.10.** Eczane bulunmayan mahallerde, ilaçlar; 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun hükümlerine göre hekimler tarafından açılan ecza dolaplarından bu Tebliğ ve eki protokolda tespit edilen hükümlere uyulmak suretiyle temin edilecektir.

### **14. İlaçlarda Uygulanacak İndirim Oranları ve Eşdeğer İlaç Uygulaması**

#### **14.1. Uygulanacak İndirim Oranları**

Eczanelerden temin edilecek reçete muhteviyatı ilaçlar için eczaneler, ilgili kurum ve kuruluşlara aşağıda belirtilen şekilde indirim yapacaklardır.

**a)** Tüm Jenerik ilaçlarda perakende satış fiyatı (KDV dahil) üzerinden %11 oranında imalatçı veya ithalatçı indirimi uygulanır, ayrıca indirimli bedel üzerinden eczacı indirimi yapılır.

**b)** Orijinal ilaçlar iki grupta ele alınacak, indirim iki grup için farklı uygulanacaktır.

**ba)** Birinci Grup: İlgili ilaç molekülünün Türkiyede ilk ruhsatlandığı tarihten itibaren 6 tam yılı doldurmamış ilaçlarda perakende satış fiyatı (KDV dahil) üzerinden % 4 oranında imalatçı veya ithalatçı indirimi uygulanır, ayrıca indirimli bedel üzerinden eczacı indirimi yapılır.

**bb)** İkinci Grup: Birinci grubun dışındaki orijinal ilaçlarda perakende satış fiyatı (KDV dahil) üzerinden %11 oranında imalatçı veya ithalatçı indirimi uygulanır. Ayrıca indirimli bedel üzerinden eczacı indirimi yapılır.

**c)** Yukarıda (a) ve (b) bentlerinde belirtilen imalatçı/ithalatçı indirimi yapıldıktan sonra kalan tutarlar üzerinden uygulanacak eczane indirimi 2005 yılı satış hasılatı (KDV hariç);

220.000 YTL'ye kadar olan eczaneler tarafından yüzde üç ( %3),

220.000 YTL ile 440.000 YTL arasında olan eczaneler tarafından yüzde üçbuçuk( %3,5),

440.000 YTL ile 550.000 YTL arasında olan eczaneler tarafından yüzde dört ( %4),

550.000 YTL üzerinde olan eczaneler tarafından yüzde dörtbuçuk ( %4,5),

oranında uygulanacaktır.

**d)** Bakanlar Kurulunun 06/02/2004 tarih ve 2004/6781 sayılı Kararının eki “Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatlandırılmasına Dair Karar” gereğince, 15 Haziran 2004 tarihi itibarıyla fiyatları, Sağlık Bakanlığınca belirlenen azami fiyatların (referans fiyat) altında kalan orijinal ilaçlarda, imalatçı veya ithalatçı indirimi oranı, referans fiyatın altında kaldığı oran kadar daha az uygulanacaktır.

**e)** KDV dahil perakende satış fiyatı 3,24 YTL ve daha az olan ilaçlar için perakende satış fiyatı (KDV dahil) üzerinden % 4 oranında imalatçı veya ithalatçı indirimi uygulanır, ayrıca indirimli bedel üzerinden eczacı indirimi yapılır.

Yukarıda belirtilen indirim oranlarının uygulanmasında; ilacın perakende satış fiyatına (KDV dahil), bu ilacın perakende satış fiyatının 3,24 YTL nin altında olup olmadığı da dikkate alınarak, önce bu Tebliğe ekli “Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi”nde (EK-2/D) belirtilen imalatçı veya ithalatçı indirim oranı, sonra varsa referansa göre azaltılacak indirim oranı uygulanır ve bulunan bu bedel üzerinden eczacı indirimi yapılır.

Uygulama birliğinin sağlanması amacıyla bedeli ödenecek ilaçların barkod numaraları, ticari isimleri ve her birine uygulanacak indirim oranları bu Tebliğe ekli Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesinde (EK-2/D) belirtilmiştir. İlaç molekülünün Türkiye’de ilk ruhsatlandırıldığı tarihten itibaren 6 tam yılı doldurması nedeniyle imalatçı/ithalatçı indirim oranı değişecek ilaçlar ile 2006 yılı içerisinde 6 yaşını dolduracak ilaçların 6 yaşını doldurdukları tarih ve bu tarihten sonra uygulanacak indirim oranları bu listede ayrıca gösterilmiştir.

İlaç firmaları, satışa sundukları ilaçları için, yukarıda belirtilen indirim oranlarının üzerinde ilave indirim uygulanması hususunda Geri Ödeme Komisyonu’na talepte bulunabilirler. Bu talepler anılan Komisyonca değerlendirilir ve varsa yapılacak değişiklikler ayrıca duyurulur.

Hastaneler, yatarak tedavilerde kullandıkları ve kendi eczanelerinden temin ettikleri ilaçlara da yukarıda belirtilen esaslara göre indirim uygulayarak fatura edeceklerdir. Serbest eczane satışı olmayan ve Sağlık Bakanlığı tarafından “depocu fiyatlı ilaçlar” şeklinde tanımlanan ürünlere, depocu satış fiyatı üzerinden Tebliğe ekli Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesinde (EK-2/D) gösterilen imalatçı/ithalatçı indirimi uygulanır, ayrıca eczacı indirimi uygulanmaz.

Majistral ilaçlarda; terkinde eczanelerde perakende satışı olan ilaçların kullanılması halinde, bu müstahzarlara ilişkin imalatçı/ithalatçı indirim oranı ile eczacı indirimi uygulanacak, terkinde müstahzar bulunmayanlarda ise sadece Türk Eczacıları Birliği tarafından yayımlanan Majistral Tarife üzerinden eczacı indirimi uygulanacaktır.

Eczaneler, majistral ilaçların faturalarını düzenlerken, “8699999999999” kodunu kullanacaklardır.

Reçeteyi yazan hekimin el yazısı ile serumların adet bilgisinin yanında “setli” ibaresine yer verilmediği takdirde, eczaneler tarafından setli ürün barkodu girilse dahi

yazılan tüm serumların bedeli setsiz fiyatları üzerinden ödenecektir.

#### **14.2. Geri Ödeme Açısından Eşdeğer (Benzer) İlaç Uygulaması**

17/09/2004 tarihli ve 5234 sayılı Kanunun 10 uncu maddesi ile 178 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 10 uncu maddesine eklenen (r) bendi çerçevesinde, eşdeğer ilaç uygulaması gerçekleştirilecek olup, bu uygulama kapsamında tüm kurumlar eşdeğer ilaç bedellerinin ödenmesinde en ucuzunun % 22 fazlasına kadarını dikkate alacaklardır. Fiyatları en ucuz olarak referans alınacak ürünlerin eczacılar tarafından ulaşılabilir olması gerekir. Bu amaçla, tavana esas en ucuz ilaç olarak belirlenen ilacın en az 5 ay piyasada bulunma 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 belirlenmesine ve bunlara ilişkin tereddütlerin giderilmesine Geri Ödeme Komisyonu yetkilidir.

Eşdeğer ilaç uygulaması; temelde, sınırlandırılmış bir terapötik eşdeğerlik olarak, aynı endikasyon için kullanılabilir aynı etken maddeyi içeren ürünlerin benzer dozaj formları arasında fiyat karşılaştırması esasına dayanır.

Bu esasa göre, belirlenen eşdeğer ilaç gruplarının her birinde:

a) Bu Tebliğin 14.1 inci 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 fiyata % 22 ilave edilerek o gruptaki ilaçlar için ödenebilecek azami birim bedel bulunur.

e) Bu şekilde bulunan ödenebilecek azami birim bedel esas alınarak, gruptaki her bir ilacın ambalaj formuna göre o ilaca özgü kutu bedeli hesaplanır ve ortaya çıkan bu kutu fiyatı, aynı ilacın indirimli kutu fiyatı ile karşılaştırılır.

f) İndirimli kutu fiyatının, azami birim bedelden yola çıkılarak hesaplanan kutu fiyatını aşan kısmı Kurumlar tarafından ödenmez.

#### **Örnek 1: Eşdeğer ilaç uygulamasının birim fiyata göre hesaplanması;**

İndirimli bedelleri 10 mg 10 tabletlik ürün 10 YTL, 10 mg 8 tabletlik ürün 9 YTL, 10 mg 14 tabletlik ürün 15 YTL ise, bu eşdeğer ürün grubu içinde tablet birim fiyatı en ucuz olan 10 tabletlik form (birim Fiyatı 1 YTL) eşdeğer ilaç uygulamasında esas alınır. Gruba dahil olan en ucuz ilacın birim fiyatı 1 YTL olduğu için, birim fiyat olarak ödenebilecek üst limit  $(1 \times 1,22) = 1,22$  olacak, gruba dahil olan ilaçlar için ödenebilecek üst limitler, ilacın tablet sayısı ile 1,22 rakamı çarpılarak bulunacaktır.

Eczacılar tarafından fatura düzenlenirken, eşdeğer ilaçlara ilişkin %22 üst sınırı, 14.1 inci maddede belirtilen esaslara göre bulunan indirimli bedeller üzerinden hesaplanacaktır. (Örneğin; bir eşdeğer ilaç grubu içindeki en ucuz ilacın indirimli bedeli 100 YTL ise, aynı gruptaki reçete edilen herhangi bir ilaç için ödenebilecek azami bedel 122 YTL dir. Ancak, reçeteye yazılan ilacın bedeli 115 YTL ise 122 YTL değil, 115 YTL ödenecektir.)

Bu Tebliğ ve eki Protokolde belirtilen esaslar çerçevesinde, hasta tarafından alınan ilaç, eşdeğer ilaç uygulamasına tabi bir ilaç ise; önce ilacın indirimli bedeli hesap edilecek, daha sonra bu indirimli bedel dikkate alınarak bulunan birim fiyat üzerinden eşdeğer ilaç uygulaması yapılacaktır.

Hasta katılım payları, ilacın indirim oranı ve eşdeğer ilaç uygulaması yapıldıktan sonraki tutarı üzerinden hesaplanarak düşülür. Hasta katılım payından muaf ilaçlar için kurumlarca en fazla, eşdeğer ilaç uygulaması sonucu bulunacak üst limitler kadar ödeme

yapılacaktır.

Eşdeğer ilaç grupları ve bu gruba dahil olan ilaçlar Tebliğe ekli Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesinde (EK-2/D) “Eşdeğer (Benzer) Ürün Grubu” sütununda eşdeğer ürün grup kodu ile belirtilmiştir. Bu gruplar, Sağlık Bakanlığının da görüşü alınarak gerektiğinde değiştirilebilir.

### **Örnek 2: Eşdeğer ilaç uygulamasına tabi olmayan ilaçlar için;**

İmalatçı fiyatı 10 YTL olan bir ilacın, depocu fiyatı 10,90 YTL (% 9 depocu karı ilaveli), KDV hariç eczacı fiyatı 13,62 YTL (% 25 eczacı karı ilaveli) ve KDV dahil perakende satış fiyatı (eczacı satış fiyatı) 14,71 YTL (% 8 KDV ilaveli) olduğu dikkate alınarak;

Bu ilaç için imalatçı/ithalatçı indirim oranı % 11 ise, bu durumda kurumlara yapılacak indirim şu şekilde hesaplanacaktır. İmalatçı fiyatı 8,90 YTL (% 11 indirim), depocu fiyatı 9,70 YTL (% 9 depocu karı ilaveli), KDV hariç eczacı fiyatı 12,12 YTL (%25 eczacı karı ilaveli) ve KDV dahil kurumlara satış fiyatı 13,09 YTL (% 8 KDV dahil) olacaktır. Aynı fiyata ulaşmak için 14,71 YTL olan KDV dahil perakende satış fiyatı üzerinden % 11 oranında imalatçı/ithalatçı indirimi düşürüldükten sonra, kurumlara satış fiyatı olan 13,09 bulunacaktır.

Bu fiyat üzerinden eczacı tarafından 14.1. bölümünün (c) bendinde belirtilen oranlarda eczacı indirimi yapılacak ve hasta katılım payı hariç ödemeye esas tutar bulunacaktır. Örneğin eczacı indiriminin %3,5 olarak uygulandığı durumda ödemeye esas tutar (12,63 YTL) olacaktır.

Bu tutar üzerinden % 20 oranında hasta katılım payı hesaplanarak (12,63x %20=2,52) düşüldükten sonra, kalan tutar (12,63- 2,52=10,11) kuruma fatura edilecektir.

Bu ilaç için imalatçı/ithalatçı indirim oranı % 4 ise bu durumda kurumlara yapılan indirim şu şekilde hesaplanacaktır. İmalatçı fiyatı 9,60 YTL (% 4 indirim), depocu fiyatı 10,46 YTL (% 9 depocu karı ilaveli), KDV hariç eczacı fiyatı 13,08 YTL (% 25 eczacı karı ilaveli) ve KDV dahil kurumlara satış fiyatı 14,13 YTL (% 8 KDV dahil) olacaktır. Aynı fiyata ulaşmak için 14,71 YTL olan KDV dahil perakende satış fiyatı üzerinden % 4 imalatçı/ithalatçı indirimi düşürüldükten sonra, kurumlara satış fiyatı olan 14,13 YTL bulunacaktır.

Bu fiyat üzerinden eczacı tarafından % 3,5 oranında eczacı indirimi yapılacak ise hasta katılım payı hariç ödemeye esas tutar (13,62 YTL) bulunacaktır.

Yukarıda belirtildiği şekilde hasta katılım payı düşüldükten sonra, kalan tutar kuruma fatura edilecektir.

### **Örnek 3: Eşdeğer ilaç uygulamasına tabi ilaçlar için;**

Eşdeğer ilaç uygulamasındaki ilaç grubuna dahil olan ilaçların; etken madde miktarları ile tablet sayılarının aynı, KDV dahil perakende satış fiyatlarının ise 120, 130, 155 ve 170 YTL olduğunu varsayalım. Bu ilaçların yukarıdaki örnekte belirtildiği şekilde üretici/ithalatçı indirimi ile eczacı indirimi (eczacı indirimi %3,5 olarak kabul edilmesi halinde) düşüldükten sonra kalan tutarları, sırası ile 103,06, 111,65, 133,12 ve 146,00 YTL olmaktadır. (A) Memuru, indirimli fiyatı 103,06, 111,65 olan ilaçlardan herhangi birisini aldığı takdirde, bu ilacın bedeli, hasta katılım payı da düşülerek memurun kurumuna fatura edilecektir. Reçeteye bağlı olarak memur tarafından KDV dahil perakende satış fiyatı 170 YTL, indirimli fiyatı ise 146 YTL ve perakende satış fiyatı 155 YTL, indirimli fiyatı 133,12 YTL olan ilaçlardan herhangi birinin alınması halinde bu ilaçların fiyatı, eşdeğer ilaç uygulaması sonucu bulunan en ucuz bedelden %22 artırımlı azami tutarın (103,06x1,22=125,73) üzerinde olduğundan, kurum tarafından ödemeye esas tutar 125,73 YTL olacak, 125,73 YTL esas alınarak hesaplanan %20 hasta katılım payı 25,14 YTL

düşülerek, kalan tutar 100,58 YTL kuruma fatura edilecektir. Aynı ilaç, katılım payından muaf bir ilaç ise kuruma 125,73 YTL üzerinden fatura edilecektir.

Memurun aldığı ilacın fiyatının 155 YTL olması ve imalatçı/ithalatçı indirim oranının % 4 olması halinde, bu ilacın indirimli tutarı (143,59), eşdeğer üst limitin üzerinde olduğundan, ödemeye esas tutar 125,73 YTL olacaktır.

#### **Örnek 4: Eşdeğer ilaç uygulamasına tabi ilaçlar için;**

Eşdeğer ilaç uygulamasındaki ilaç grubuna dahil olan ilaçların; üçüncü örnekte olduğu gibi etken madde miktarları ile tablet sayılarının aynı, KDV dahil perakende satış fiyatlarının ise 120, 130, 155 ve 170 YTL olduğunu varsayalım. Bu ilaçların üretici/ithalatçı indirimi ile eczacı indirimi (eczacı indirimi %3,5 olarak kabul edilmesi halinde) düşüldükten sonra kalan tutarları, sırası ile 103,06, 111,65, 133,12 ve 146,00 YTL olmaktadır. (A) Memuru, kendisine reçete edilen 170 YTL tutarındaki ilaç yerine 130 YTL tutarındaki ilacı almış ise, hasta katılım payı 130 YTL tutarındaki ilacın indirimli fiyatı esas alınarak hesaplanacak ve katılım payı da düşülerek memurun kurumuna fatura edilecektir.

### **15. Eczanelerden İlaç Temini**

**15.1.** Hekimler tarafından reçete ile gerekli görülen ilaçlar, Türk Eczacıları Birliği Merkez Heyeti ile imzalanan protokol (EK-3) de yer alan hükümler çerçevesinde sözleşme yapılan eczanelerden temin edilecektir.

Bilgisayar sistemine (barkod okuyucu) geçmiş kurumların eczanelerden yazılı istekte bulunmaları halinde eczaneler tarafından ilaç ambalajları üzerindeki barkod (çizgikod) diyagramları da kesilerek fiyat kupürleriyle beraber reçeteye düşmeyecek şekilde yapıştırılacaktır.

Kurumlarca reçete bedellerinin eczanelere ödenmesi sırasında reçete tarihindeki fiyatlar esas alınarak kurum gerçekleştirme görevlileri ve muhasebe yetkilileri tarafından protokol hükümlerine uyulması yönünde gerekli itina gösterilecektir. Bu çerçevede, reçetelere eklenen ilaç fiyat kupürlerinin ve barkod diyagramlarının orijinal ambalajına uygun olup olmadığı mutlaka kontrol edilecektir.

Kurumlarca ilaç bedellerinin ödenmesinden sonra yeniden kullanımını önlemek üzere tahakkuk evrakının ekinde yer alan reçetelere yapıştırılan ilaç fiyat kupürleri ve barkod diyagramları mürekkepli bir kalemle çizilecektir.

Reçeteler üzerinde, ilaç isim ve dozlarının değiştirilmesi, karalama, düzeltme, silinti, kazıntı ve ekleme yapılması hallerinde (ilgili hekim tarafından reçete tashihihinin imzalanması ve mühür ve/veya kaşe basılması halleri hariç) bedelleri muhasebe yetkililerince ödenmeden reçeteler ilgili eczaneye iade edilerek protokol hükümleri çerçevesinde işlem tesis edilir.

**15.2.** İlaçlar reçetenin tanzim tarihinden itibaren dört iş günü içinde öncelikle sözleşme yapılan eczanelerden temin edilecektir. Bu sürenin dışında vaki müracaatlarda reçete muhteviyatı ilaçlar eczanece verilmeyecektir.

Ayakta veya meskende yapılan tedaviler sonucu gerekli görülen ilaçların sözleşmeli eczanelerden alınması halinde, bu Tebliğin 14 üncü maddesinde belirtildiği şekilde hesaplanan indirim miktarı ve hasta katılım payı düşüldükten sonra, geriye kalan kısmı için fatura düzenlenerek hastanın kurumundan tahsili yoluna gidilecektir.

**15.3.** Sözleşmeli eczane bulunmaması veya sözleşmeli eczane bulunmasına rağmen reçetede yazılı ilacın bu eczanelerden temin edilememesi durumunda, sözleşme yapılmayan herhangi bir eczaneden alınan ilacın bedelinden, bu Tebliğin 14 üncü maddesinde belirtildiği şekilde hasta katılım payı ve imalatçı/ithalatçı indirim oranı ile eczacı indirimi düşüldükten 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.

**15.4.** Kurumlar, reçete bedellerini, üzerinde gerekli incelemeyi yaptıktan sonra reçetelerin kuruma verilmiş tarihinden itibaren en geç 18 iş günü içinde ödeyeceklerdir.

**15.5.** Sağlık Bakanlığının 03/03/2001 tarihli ve 24335 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Tebliği ile açıklanan esaslar çerçevesinde yeni fiyat verilen veya mevcut fiyatların ayarlanması sonucu ortaya çıkacak fiyat değişiklikleri sebebi ile sürşarj yapılan müstahzarların isim ve yeni fiyatlarını gösterir listeler, İl Sağlık Müdürlüklerinden temin edilerek bu listelere göre ödemeler yapılacaktır. Fiyat değişikliği durumunda da reçete tarihindeki fiyatlar esas alınacaktır. Yersiz ödemelere yol açmamak için de işlemlerin yürütülmesinde gerekli itina gösterilecektir.

## **16. İlaç Bedellerinin Ödenmesi**

**16.1.** Sağlık kurum ve kuruluşlarında yatarak sağlanan tedaviler sonucu doğan ilaç bedellerinin tamamı hastanın kurumu tarafından ödenecektir.

Ayakta veya evde yapılan tedavilerde kullanılan ilaç bedellerinden, eczane tarafından yapılan indirim ve hasta katılım payı düşüldükten sonra kalan tutarlar kurum tarafından ödenecektir.

Hasta katılım payı, Maliye Bakanlığı Muhasebat Genel Müdürlüğü tarafından tespit edilen esaslara göre ilgililerin maaşlarından kesilecektir.

**16.2.** Sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmek suretiyle tüberküloz, kanser, kronik böbrek, akıl hastalıkları, organ nakli ve benzeri uzun süreli tedaviye ihtiyaç gösteren hastalıkların ayakta veya meskende tedavileri sırasında kullanılmasına gerek görülen ve anılan hastalıkların tedavisi için hayati önem taşıdıkları Sağlık Bakanlığınca tespit edilen jenerik (etken madde) isim veya farmakolojik tasnif itibarıyla “Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar” listesinde (EK-2) yer alan ilaçlardan hasta katılım payı alınmayacaktır.

İlaç bedellerinin ödenebilmesi için reçetelere ilgili hastaya ait sağlık kurulu raporu fotokopisi eklenecek, bu reçetelerden hiç bir şekilde hasta katılım payı alınmayacaktır. Sağlık kurulu raporunun fotokopisinin aslına uygunluğu, reçeteyi yazıp onaylayan sağlık kurumu veya kuruluşu tarafından onaylanacaktır.

Söz konusu hastalıklar için hastalığın devam edip etmediğine dair ilgiliden kurumca iki yılda bir sağlık kurulu raporu istenecektir.

Hasta katılım payından muaf ilaçlar listesinde yer alan etken maddeleri ihtiva etmeyen ilaçların, uzun süreli kullanımı resmi sağlık kurulu raporu ile gerekli görüldü dahi, Yönetmelik gereğince bedellerinin hasta katılım payı düşüldükten sonraki kalan kısmı kurumlarca ödenecektir.

**16.3.** Yönetmeliğin 19 uncu maddesi hükmü çerçevesinde ayakta veya meskende yapılan tedaviler için yurt dışından getirilen ve kullanılan ilaç bedellerinden ilaç katılım payı olarak öngörülen kısım hasta tarafından ödenecektir. Bu ilaçlardan Tebliğe ekli (EK-2) nolu liste kapsamında olanlardan sağlık kurulu raporunda belirtilmesi kaydıyla hasta katılım payı alınmayacaktır.

Bu şekilde yurt dışından getirilen ilaç bedellerinin ödenmesinde; fatura veya fiyat kupürleri esas alınacak, bunlar yok ise Sağlık Bakanlığınca tespit edilen kayıtlardaki fiyatlar üzerinden ödeme yapılacaktır.

**16.4.** Yönetmeliğin 28 inci maddesine göre kaplıca tedavilerine gerek görülenlerin; buralarda yaptırmış oldukları tedavilerinde kullanılan ilaç bedellerinin % 20’si ilacın temini sırasında yukarıdaki usullere uygun olarak kendilerinden peşin olarak alınacaktır.

**16.5.** İlaçların kullanımı ve bedellerinin ödenmesi amacıyla verilecek sağlık kurulu raporlarının yukarıdaki esaslara göre düzenlenmesi zorunludur. Ancak bu Tebliğin



yürürlüğe girdiği tarihten önce düzenlenmiş mevcut sağlık kurulu raporları süreleri bitimine kadar geçerlidir.

## **17. Enjeksiyon-Röntgen-Tahlil Bedelleri**

Sağlık kurum ve kuruluşlarında yaptırılan tahlil ve röntgen film bedellerinin Tebliğ eki (EK-8) fiyat tarifesinde yer almaması halinde, bu bedeller ilgili kurum tarafından ödenmeyecektir.

Sağlık kurum ve kuruluşlarında görevli hekimler tarafından reçeteye yazılan “ampul” adedi kadar ml’sine uygun plastik (disposable) enjektör bedeli aynen ödenecektir. Hekimce reçeteye enjektör ve adedi yazılmamışsa reçetenin arkasına, verilen enjektörlerin (en fazla reçetedeki ampul sayısı kadar) alındığına dair bir kayıt düşülmek suretiyle eczacı tarafından ilgiliye imzalatılır. İlacın ampul veya şişe (Flakon) olarak verilmesinde enjektör sayısının ilaç miktarına ve dozuna uygun olup olmadığı dikkate alınacaktır.

### **17.1. İleri Tetkik İşlemleri İçin Sevk Esasları**

Tomografi, magnetik rezonans vb. ileri tetkik işlemleri için özel sağlık kuruluşlarına sevk ancak, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarından sevk gerekçesi belirtilerek yapılabilir. Sevk işlemi için;

a) Daha önce yapılması gereken tetkik ve tahlillerin yapılmış olması ve sonuçlarına göre gönderilmesinin zorunlu olduğunun ve sevki gerektirdiğinin tıbbi gerekçeleriyle birlikte tetkiki isteyen uzman hekim raporuyla belgelendirilmesi,

b) Yukarıdaki prosedürlerin tamamlanmasından sonra “Tomografi, Magnetik Rezonans vb. İleri Tetkik İşlemleri Sevk Formu” (otokopili olacaktır ve otokopi örnekleri ilgili sağlık kurumunda saklanacaktır) (EK-1/D) formatına uygun olarak, tetkiki isteyen ilgili dal uzmanı ile tetkiki yapan ilgili dal uzmanınca sevk işleminin yapılması ve başhekim/mesul müdür tarafından onaylanması,

şartları aranacaktır.

Tetkik sırasında kontrast madde kullanılması gerektiği takdirde sevk yapılan merkezdeki yetkili hekim tarafından reçete edilebilecektir.

Daha önce yapılmış olan tetkik ve tahlillerin isimleri ile sevke neden gerek duyulduğunun sevk formatında belirtilmesi zorunludur.

Ayrıca, ileri tetkikleri yapan özel sağlık kurum veya kuruluşu tarafından hastaya yapılan tetkike ait sonuç raporunun faturaya eklenmek suretiyle ilgili ödeme kuruluşuna gönderilmesi zorunludur.

Sevk işlemi sadece bir tek tetkik için yapılacaktır. Özel tetkik merkezinde yaptırılan tomografi, magnetik rezonans vb. ileri tetkik bedelleri, bu Tebliğe ekli Resmi Sağlık Kurumları Fiyat Tarifesinde ( EK-8) belirtilen tutarı hiçbir şekilde geçmeyecektir.

## **8. Kan ve Kan Ürünleri Bedelleri**

### **18.1. Kan ve Kan Komponentleri Bedelleri**

Hastalar için hekimler tarafından gerekli görülen kan ve kan komponentleri (eritrosit süspansiyonu, tam kan, trombosit, plazma, vb.); resmi hastaneler bünyesinde bulunan kan merkezleri ile Kızılay kan birimlerinden (kan merkezleri ve istasyonları) temin edilir ve bedeli, bu Tebliğe ekli Resmi Sağlık Kurumları Fiyat Tarifesi ( EK-8 ) esas alınarak ödenir.

Kan ihtiyacının karşılanmasında güvenli kan temini esas olup, bu konuda Sağlık

Bakanlığı'nın "Kan ve Kan Ürünleri Yönetmeliği" esaslarına uyulmalıdır. Hasta yakınlarının kan verecek kişileri bulmasının sebep olduğu sağlık ve sosyal sorunları önlemek için, Kızılay kan birimlerinde kan ve kan komponentlerinin bulunduğu durumlarda, replasman kan alınma yöntemi tercih edilmeyecektir. Resmi ve özel hastaneler (Üniversite hastaneleri dahil), kan ihtiyaçlarını, Kızılay'a ait kan birimi bulunan yerlerde, bu birimlerden aşağıdaki esaslara göre talep edeceklerdir.

a) Kızılay kan birimi talep edilen kan veya kan komponentlerini bu Tebliğe ekli Kan ve Kan Komponentleri Talep Formuna (EK-1/E) uygun olarak talep sahibi sağlık kurumuna talep edilen süre içerisinde ulaştırmakla yükümlüdür.

b) Kan ve kan komponentlerinin talep ve transfer sürecindeki her türlü işlem, talebi yapan sağlık kurumu ile Kızılay kan birimi arasında doğrudan gerçekleştirilecek, hasta veya hasta yakınlarından bu konuda herhangi bir talepte bulunulmayacaktır.

c) Bu maddeye göre temin edilen kan ve kan komponentlerinin bedeli (Tanıya Dayalı Paket İşlemlerde kullanılanlar hariç) Kızılay kan birimlerinde, kanı kullanan sağlık kurumu tarafından doldurulan Tebliğe ekli kan ve kan komponentleri talep formunun (Ek-1/E) faturaya eklenmesi ile geri ödeme kurumlarına fatura edilir. Kızılay tarafından bu Tebliğin eki Resmi Sağlık Kurumları Fiyat Tarifesindeki (Ek-8) birim fiyatları üzerinden ücretlendirilerek hastanın kurumundan tahsil edilir.

Kızılay tarafından kan bedellerinin geri ödeme kurumlarından tahsil edilebilmesi için aşağıdaki belgelerin ilgili kuruma gönderilmesi gerekmektedir.

1-Talep formu

2-Sağlık kuruluşları tarafından toplu olarak alınan kan ve kan komponentlerinin haksahibinin bağlı olduğu geri ödeme kurumunu belirtir başhekim onaylı liste

3-Kızılay tarafından düzenlenmiş fatura

d) Tanıya Dayalı Paket Fiyat Uygulama İlkelerinin 5 inci maddesi gereği kan ve kan komponentleri paket fiyata dahil olduğundan, paket fiyat kapsamında yapılan işlemler için bu hükümler esas alınır. Bu nedenle paket fiyat uygulamalarında kullanılacak kan ve kan komponentleri ilgili sağlık kurumu tarafından bu Tebliğin eki Resmi Sağlık Kurumları Fiyat Tarifesindeki (Ek-8) birim fiyatları üzerinden % 7 indirimli olarak Kızılay Kan Birimine ödenir.

e) Bu madde hükümleri çerçevesinde temin edilerek hastalara kullanılan kan ve kan komponentleri için hastalardan ayrıca ücret talep edilemez.

f) Kan stoklarının israf edilmemesi ve etkin kullanımının sağlanması bakımından, sağlık kurumları ile Kızılay kan birimleri, belirleyecekleri iletişim yöntemi ile stoklarındaki kan miktarı ve türü konusunda karşılıklı olarak ve sürekli bilgi aktarımını sağlamak ve mevcut stokları en etkin biçimde kullanmakla yükümlüdürler.

Kızılay kan birimleri ile ilgili sağlık kurumları arasında bu madde hükümleri çerçevesinde protokol düzenlenebilir.

## **18.2. Faktör ve Diğer Kan Ürünlerinin Reçetelenmesi ve Hemofili Hastalarının Bildirim Zorunluluğu**

a) Hemofili teşhisi konulan hastalar, teşhisi koyan hastane tarafından "Hemofili Bildirim Formu" düzenlenerek, Sağlık Bakanlığına bildirilecektir.

b) Hemofili hastaları bildirim formunda; hastanın adı soyadı, çalışmakta olduğu kurum, emekli ve kurum sicil numarası, doğum tarihi, doğum yeri, ev ve işyeri telefon numaraları, adresi, kan grubu, eksik faktör (tipi-düzeyi), inhibitör düzeyi, aşıları ve tanı tarihi bildirilecektir.

c) Hemofili hastaları için Sağlık Bakanlığınca belirlenen sağlık kurumları tarafından en az bir hematoloğun imzasının da bulunduğu sağlık kurulu raporu düzenlenecektir. Hemofili hastaları için düzenlenen sağlık kurulu raporlarında, faktör düzeyleri ve hematoloji

uzmanı ibaresi mutlaka belirtilecektir.

**d)** Hastalara, Sağlık Bakanlığı tarafından özel olarak düzenlenmiş “Hemofili Takip Karnesi” ve turuncu renkte, dört nüshalı hemofili reçetesi verilecektir. Hemofili reçetelerine hematoloji veya dahiliye veya pediatri uzmanı tarafından yalnız FAKTÖR yazılabilecek, reçetede bulunan bölümler ilgili hekim ve eczacılar tarafından eksiksiz olarak doldurulacaktır.

**e)** Faktör dışındaki diğer kan ürünleri de özel renkte (mor) “Kan Ürünleri Reçetesi”ne yazılacaktır. Hastanede yatan hastalar için de aynı reçete kullanılacaktır.

**f)** Kan ürünü reçeteleri, ilgili birimlerden alınacak sağlık kurulu raporlarına bağlı olarak uzman hekimler tarafından yazılabilecektir. Ancak, acil hallerde kullanılması zorunlu olan ürünlerden yalnız tetanoz ve anti D immünglobulinleri için sağlık kurulu raporu ve mor reçete şartı aranmayacaktır.

Hastanelerde yatan hastalarda; faktör dışındaki kan ürünleri için sağlık kurulu raporu gerekli değildir.

Yeterli uzmanı olmayan yerlerde, çıkan vakalara vaktinde müdahale edilebilmesi için yalnız kuduz ve tetanoz immünglobulinleri pratisyen hekim tarafından da kan ürünleri reçetesine yazılabilir.

**g)** Hemofili hastalarının faktör reçeteleri ve diğer kan ürünü reçeteleri dört nüshalı olacak, reçetelerin birinci nüshası eczaneler tarafından İl Sağlık Müdürlüğüne, ikinci nüshası hastanın kurumuna gönderilecek, üçüncü nüsha eczanede, dördüncü nüsha ise karnede kalacaktır.

**h)** Hemofili takip karnesini alamadan herhangi bir nedenle hastalanmış olanların ilaçları, ilgili uzmanlar tarafından, bir kereye mahsus olmak üzere sağlık kurulu raporuna istinaden “Kan Ürünleri Reçetesi”ne yazılabilir.

Karnesiz ikinci defa tedavi görme imkanı olmadığından, tedaviden sonra hastaların, hematoloji uzmanı bulunması zorunlu olan sağlık kurulu raporu ile birlikte vakit geçirmeden Hemofili Takip Karnesi alabilmek için İl Sağlık Müdürlüklerine müracaat etmeleri gerekmektedir.

**i)** 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.

**j)** İl Sağlık Müdürlükleri, eczanelerin gönderdiği form ve beraberindeki reçeteleri kontrol ettikten sonra, tüm formları birleştirerek tek bir form halinde Sağlık Bakanlığına gönderecektir.

**k)** Faktör ve diğer kan ürünlerinin reçeteleri, Türk Eczacıları Birliğince oluşturulacak usule göre eczanelerden dönüşümlü olarak verilecek, bu reçetelerin ödenebilmesi için Türk Eczacıları Birliği Bölge Eczacı Odasının onayı aranacaktır.

**l)** Hastanın bağlı bulunduğu kurumun değişmesi halinde, bu değişiklik ilgili kurum tarafından Sağlık Bakanlığına bildirilecektir.

**m)** Kan ürünleri ve faktörlerden hasta katılım payı alınmayacaktır.

## 19. İşitme Cihazları

Yönetmeliğin 34 üncü maddesine göre sağlık kurulu raporuyla verilen her bir işitme cihazı için en fazla 790 YTL ödenecek, bu miktarı aşan kısım ilgili tarafından karşılanacaktır.

Hasta tarafından edinilen cihaza ait fatura tutarının yukarıda belirtilen miktardan az olması halinde faturada yer alan tutar üzerinden ödeme yapılacaktır.

Yönetmeliğin 3 üncü maddesinin birinci fıkrası (B) bendi kapsamında bulunanlara, bir işitme cihazı için yapılacak ödeme; yukarıda belirtilen miktarı geçmeyecektir.

İşitme cihazlarının kalıbı ve pil bedelleri, ilgili uzman hekim raporuyla gerek

görülmesi kaydıyla ödenebilir.

İşitme cihazı sağlanan kişilerin cihaz bakım ve onarım ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla her marka cihaz için satış sonrası hizmetleri yeterlilik belgesine sahip ülke genelinde en az üç servis bulunmalı ve onarım için bırakılan işitme cihazının yerine firma tarafından bakım süresince kullanılmak üzere kullanılabilir başka bir cihaz yedek olarak verilmelidir.

## **20. Çeşitli Protez ve Ortezler, Tedavi Cihaz ve Malzemeleri İle Sarf Malzemelerinin Temini ve Birim Fiyatları**

### **20.1. Organ Protez ve Ortezlerinin Temini ve Birim fiyatları**

Maliye ve Sağlık Bakanlıklarınca hazırlanan organ protez ve ortezleri (EK-5) sayılı listede gösterilmiştir.

Protez ve ortezler öncelikle sağlık kurumları tarafından temin edilmek suretiyle hastalara kullanılır. Bu şekilde hastalara kullanılan protez ve ortez hastanın kurumuna fatura edilir, bedeli en kısa süre içerisinde hastanın kurumu tarafından ilgili sağlık kurumuna ödenir.

Bu Tebliğin eki (EK-5/C) listesinde yer alan “Vücut Organ Protez ve Ortezler Listesinde” birim fiyatları tespit edilen protez ve ortezlerin bedelleri, sağlık kurulu raporuyla öngörülmesi kaydıyla, bu fiyatları aşmayacak şekilde ödenir. Pes planus (düz tabanlık) için gerekli görülen ortopedik bot bedeli ödenmez.

Hasta tarafından edinilen ve bu listede yer alan protez ve ortezlere ait fatura tutarlarının, belirtilen miktarlardan az olması halinde, faturada yer alan tutar üzerinden ödeme yapılacaktır.

Anılan listede birim fiyatları belirtilen protez ve ortezler fatura edildiğinde, kurum veya kuruluş, Tıbbi Cihaz Yönetmeliğinde belirtilen esaslara uygun malzemeler sağlamak zorundadır. Ayrıca, kuruluşlar, kullanılan ithal malzemeye ait fatura ile diğer bilgi ve belgeleri istenildiğinde ibraz etmek durumundadırlar. Bu listede yer alan protez ve ortezlerin üretici ve ithalatçı firmaları, Tıbbi Cihaz Yönetmeliği uyarınca Sağlık Bakanlığı tarafından 01/08/2006 tarihine kadar kayıt altına alınır. Bu tarih itibarıyla kayıt sistemine dahil olmayan üretici ve ithalatçı firmalardan temin edilen ortez ve protez bedelleri kurumlar tarafından karşılanmayacaktır.

Yönetmeliğin 3 üncü maddesinin birinci fıkrası (B) bendi kapsamında bulunanlara ve tedavi amacıyla yurt dışına gönderilenlere tekerlekli sandalye için yapılacak ödeme, bu listede belirtilen miktarı aşamaz.

Sadece bilateral ampute hastalar ve karşı ekstremitayı kullanamayacak hastalar için, tıp fakültelerinin ve Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinin ilgili bölümlerinden alınacak sağlık kurulu raporu ile bu durumlarının belgelendirilmesi (Hastanın durumuna ilişkin ayrıntılı değerlendirmeleri içeren ilgili uzman hekimin raporu sağlık kurulu raporuna eklenir) ve Sağlık Bakanlığına bağlı Ankara veya İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanelerince onaylanması kaydıyla, myoelektrik kontrollü kol protezlerinin bedelleri, T.C. Emekli Sandığı Genel Müdürlüğünün protokol fiyatlarını geçmeyecek şekilde, Maliye Bakanlığının uygun görüşüne dayanılarak ödenir.

Sağlık kurulu raporuyla belgelendirilen tekerlekli sandalye bedeli, “Özelliği olmayan motorsuz tekerlekli sandalye”nin birim fiyatı esas alınarak ödenir. Ancak, hastanın özür lülük durumu nedeniyle özellikli motorlu tekerlekli sandalyeye gereksiniminin bulunduğu ve özür lülüğünün sürekli olduğunun resmi sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi halinde özellikli motorsuz tekerlekli sandalye bedeli ödenir. Özellikli motorsuz tekerlekli sandalye, kollukları çıkarılabilir, ayaklıkları ve arkılığı ayarlanabilir,

katlanabilir ve gerektiğinde baş-boyun desteği eklenebilir niteliktedir.

## **20.2. Sağlık Kurumları Tarafından Temini Zorunlu Tıbbi Sarf Malzemeleri**

Bu Tebliğ eki (EK-5/A) listesinde belirtilen “Sağlık Kurumları Tarafından Temini Zorunlu Yatan Hastalara Reçete Edilemeyecek ve Faturalarda Gösterilecek Tıbbi Sarf Malzemeleri” hiçbir şekilde reçete edilmeyecek ve dışardan temin ettirilmeyecektir. Tedaviyi yapan sağlık kurumları tarafından temin edilerek hastalara kullanılan sarf malzemeleri Tebliğin 21.1 inci maddesinde belirtilen esaslara göre ve (EK-5/A) Listesinde belirlenen birim fiyatları aşmayacak şekilde fatura edilir ve hastanın kurumundan tahsil edilir.

Bu liste kapsamı dışında kalan faturalandırılabilir sarf malzemelerinin sağlık kurumları tarafından temin edilerek hastalara kullanılması durumunda, KDV dahil alış fiyatı üzerine % 15 işletme gideri ilave edilmek suretiyle fatura edilir ve hastanın kurumundan tahsil edilir. Bu şekilde temin edilecek malzemelerin en az % 50 sinin rekabeti ve toplu alımı sağlayacak ihale usulüyle gerçekleştirilmesi gerekmektedir.

Hastane tarafından temin edilerek hastaya kullanılan veya reçete edilmek suretiyle hastane dışından temin edilen ortopedik sarf malzemeleri T.C. Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü internet adresinde yayımlanan liste kapsamındaki birim fiyatlar üzerinden ödenir.

Yukarıda belirtilen Ek-5A Listesi dışında kalan malzemeler ile ortopedik sarf malzemeler dışında kalan ve reçete edilmek suretiyle hasta tarafından hastane dışından temin edilen tıbbi malzeme bedelleri de, sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmek kaydıyla sosyal güvenlik kuruluşlarınca belirlenen protokol fiyatı üzerinden, protokol fiyatı yok ise yapılacak piyasa araştırması sonucu bulunacak en düşük bedel üzerinden ödenir.

Bu Tebliğ ekli “Sağlık Kurumları Tarafından Temini Zorunlu Yatan Hastalara Reçete edilemeyecek ve Faturalarda Gösterilebilecek Tıbbi Sarf Malzemeleri Listesi”nde (EK-5/A) yer alan malzemeler hiçbir şekilde hastalara aldırılamaz. Aksi takdirde, aldırılan malzemeye ilişkin fatura bedeli hastaneye yapılacak olan ödemelerden mahsup edilerek hastanın kurumu tarafından hastaya ödenir ve durum bir yazı ile hastaneye bildirilir.

## **20.3. Basit Sıhhi Sarf Malzemelerinin Temini**

Resmi sağlık kurum ve kuruluşlarındaki tedavi sırasında kullanılacak sarf malzemelerinin tedaviyi yapan resmi sağlık kurumunca temini zorunludur. Bu Tebliğin ekinde bulunan (EK-8) Resmi Sağlık Kurumları Fiyat Tarifesinde yer alan birim fiyatlar “basit sarf malzemeleri dahil” olarak tespit edildiğinden, basit sarf malzemeleri listesinde (EK-5/B) yer alan sarf malzemeleri hiç bir şekilde hastalara aldırılamaz ve hastane faturalarında ayrıca gösterilemez.

## **20.4. Ortak Hükümler**

Protez, ortez ve diğer iyileştirici tıbbi malzemelerinin reçete edilmek suretiyle hastane dışından temini için “sağlık kurulu raporu” düzenlenmesi zorunludur.

Protez ve ortezlerin yenilenmesi, Yönetmelik gereğince sağlık kurulu raporu ile tevsik edilme şartına bağlı olduğundan, kurumlar protez ve ortezlerin yenilenmesine ilişkin sağlık kurulu raporlarında “önceden verilen protez ve ortezin yenilenmesi gerektiğine” dair kayıt arayarak ödeme yapacaklardır. Tedavi amacıyla kullanılan araç, gereç, organ protez ve ortez bedellerinden hasta katılım payı alınmayacaktır.

Hastalara dışarıdan aldırılan ilaç, protez ve ortezler ile çeşitli sarf malzemelerinin bedelleri hastanın kurumunca ödendiğinden, tahakkuk memurları, saymanlar ve diğer ilgililer mükerrer ödemeyi önlemek üzere sağlık kurumunun gönderdiği faturalar üzerindeki incelemede gerekli hassasiyeti göstereceklerdir.

Ortopedik ve acil müdahaleler, gastroenteroloji, diyaliz, radyodiagnostik vb. girişimsel işlemler ayakta da verilen sağlık hizmetleridir. Hastaya yatış işlemi yapılmadan ayakta verilebilen bu işlemler sırasında kullanılan ilaç ve sarf malzemeleri tedaviyi yapan resmi sağlık kurumu tarafından sağlanması halinde bedeli ilgili kuruma fatura edilir. Ayrıca, sağlık kurulu raporuna dayanılarak kullanılan kolostomi torbalarının en fazla ikişer aylık ihtiyaçları karşılanmak suretiyle reçetelenmesi halinde bedelleri ödenir.

Sağlık kurulu raporuna bağlı sarf malzemelerinin kullanımı için gerekli olan sağlık kurulu raporları; var ise ilgili daldan üç uzman hekimin katılımı ile aynı daldan üç uzman bulunmaması halinde ise ilgili dal uzmanı ile birlikte bu uzmanlık dalına en yakın dallardan iki uzman hekimin katılımı ile üç uzmandan oluşan sağlık kurullarınca düzenlenecektir.

## **20.5. Hasta Alt Bezi**

Hastalığı nedeniyle “mesane veya rektum” kontrolü olmadığı (Çocuklar için en az iki yaşını tamamlamış olmak kaydı ile) ve hasta altı bezi kullanması gerektiği sağlık kurulu raporuyla belgelendirilenlerin, ihtiyaca binaen kullanılması öngörülen hasta alt bezine ait fatura bedelleri; günde 4 adedi ve her bez için 70 YKr geçmemek üzere birer aylık devreler halinde ödenecektir. Sağlık kurulu raporları bir yıl süreyle geçerlidir.

## **20.6. Şeker Ölçüm Çubukları**

Tip I diyabetli ve insüline bağımlı tip II diyabetlilerin, hipoglisemili hastalarla gestasyonel diyabetlilerin kullanmakta olduğu kan şekeri ölçüm çubuklarına ait bedeller, aşağıda belirtilen esas ve şartlarda ödenecektir;

a) Kişinin, tip I diyabetli veya insüline bağımlı tip II diyabetli olduğuna dair endokrinoloji ve metabolizma, iç hastalıkları, çocuk sağlığı hastalıkları, var ise diyabet bilim dalları uzmanlarından birinin bulunduğu resmi sağlık kurulu raporu alınacaktır.

b) Sağlık kurulu raporunda hastalığın tipi, varsa özelliği ve komplikasyonları ile kendi kendine veya yakınlarının kontrol yeteneği kazanmış oldukları belirtilecektir.

c) Hastalar şeker ölçüm cihazlarını kendileri temin edeceklerdir.

d) Şeker ölçüm çubukları; hastanın satın almış olduğu cihaza uygun olarak, Tip I diyabetes mellituslu hastalar için ayda 100 adet, Tip II diyabetes mellituslu insülin kullanan hastalar için ayda 30 adet, hipoglisemi hastaları için ayda en fazla elli adet, gestasyonel diyabet için gebelik süresince ayda en fazla 100 adet, münhasıran oral antidiyabetik ilaç kullanan Diyabetes Mellituslu hastalara iki günde bir adet hesabıyla en fazla üç aylık doza tekabül edecek şekilde yazılacak reçetelere göre verilecektir.

e) Sağlık kurulu raporuna istinaden verilen ölçüm çubuğu miktarları reçeteyi yazan hekimler tarafından ilgililerin sağlık karnelerine işlenecek ve ölçüm çubuğunun verildiği tarihler, miktarı, reçeteyi yazan hekimin isim, imza ve diploma numarası karnede yer alacaktır.

f) Kan şekeri ölçüm çubuklarına ait fatura, usulüne uygun doldurulmuş sevk kağıdı ve reçetenin asılları ile sağlık kurulu raporu ve sağlık karnesinin ilgili sayfasının fotokopisi ödeme evrakına eklenecektir. Her bir şeker ölçüm çubuğu için ödenecek bedel 55 Yeni Kuruşu geçmeyecektir.

g) Ödemeler doğrudan ilgili kişilere yapılacak, yukarıda belirtildiği şekilde düzenlenmeyen fatura bedelleri kurumlar ve saymanlar tarafından ilgililere ödenmeyecektir.

h) Sağlık kurulu raporları en fazla iki yıl geçerli olacaktır.

## **20.7. Sağlık Kurulu Raporları**

### **20.7.1. İlaç ve Sarf Malzemesi Kullanımı, Katkı Payı Muafiyeti ve İstirahat Raporları**

Hastalara kullanılacak sarf malzemelerinin reçete yolu ile temini ve istirahat (tek

hekim tarafından verilen istirahat raporları hariç) için gerekli olan sağlık kurulu raporları; var ise ilgili daldan üç uzman hekimin katılımı ile, aynı daldan üç uzman hekim bulunmaması halinde ise ilgili dal uzmanı ile birlikte öncelikle bu uzmanlık dalına en yakın uzmanlık dalından olmak üzere başhekimin seçeceği diğer dallardan iki uzman hekimin katılımı ile, üç uzman hekimden oluşan sağlık kurullarınca düzenlenecektir.

İlaç kullanımı ve hasta katılım payı muafiyeti için düzenlenen raporlar, ilgili tek uzman hekim tarafından başhekimlik mühürü onayı ile çıkarılır.

### **20.7.2. ESWL Tedavisi İçin Düzenlenecek Sağlık Kurulu Raporları**

ESWL yöntemi ile yapılacak taş kırırma tedavileri için gerekli olan sağlık kurulu raporları; bünyesinde var ise üç üroloji uzmanının katılımı, bulunmaması halinde üroloji uzmanı ile birlikte bu uzmanlık dalına en yakın dallardan iki uzman hekimin katılımı ile üç uzmandan oluşan sağlık kurullarınca düzenlenecektir.

Bu raporlar yukarıda belirtilen şartlara haiz sağlık kurulu raporu vermeye yetkili resmi sağlık kurumu veya üniversite hastanelerinden (ilgili personel için askeri hastanelerden) alınacaktır. Bu hastanelerden alınan sağlık kurulu raporları başka bir hastaneye teyit ettirilmeyecektir.

### **20.7.3. Tüp Bebek Tedavileri İçin Düzenlenecek Sağlık Kurulu Raporları**

Tüp bebek tedavisi için gerekli olan sağlık kurulu raporları; iki kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ve bir üroloji uzmanının katılımı ile üç uzmandan oluşan sağlık kurullarınca düzenlenecektir. Bu raporların eğitim, eğitim ve araştırma hastaneleri veya üniversite hastanelerinden alınması zorunludur.

## **21. Faturalandırma İşlemleri**

### **21.1. Faturaların Düzenlenmesi**

#### **Faturanın tanımı:**

Faturalarda;

- a) Hastanın adı, soyadı,
- b) Hasta sevk kağıdının tarih ve nosu,
- c) Kurum adresi (Tahakkuk dairesinin adresi)
- d) Hastanın dosya numarası,
- e) Hastanın kurum/emekli sicil numarası
- f) Fatura eki belgeleri (hasta sevk kağıdı, epikriz, mor ve turuncu reçete kapsamında kan ürünleri küpürleri) (Bu belgelerin dışında herhangi bir belge talep edilmeyecek ve epikrizler, sadece yatan hasta faturalarına eklenecektir)
- g) Fatura işlem detayları (Muayene, tetkik, tahlil, ilaç, yatak, ameliyat, protez, ortez ve diğer sarf malzemeleri):

- İşlemin sıra nosu,
- İşlemin kayıt tarihi,
- İşlemin Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği kodu ve adı
- İşlemin adedi
- İşlemin birim fiyatı,
- İşlemin tutarı yer almalıdır.

Sağlık kurumları tarafından hastalara kullanılan ilaçlar ile protez, ortez ve diğer iyileştirici tıbbi malzemeler (EK-5/B)'de belirtilen basit sarf malzemeleri hariç) hastane faturalarında dökümlü olarak birim fiyatları belirtilmek suretiyle gösterilir veya dökümlü ilaç ve malzeme listesi faturaya eklenir.

Hastane tarafından temin edilerek hastaya kullanılan sarf malzemeleri, açıklamalı olarak hastanın raporunda veya epikrizinde belirtilecektir.

Faturalar, hastanın yatış süresine ve görmüş olduğu tedaviyle uyumlu olarak düzenlenecektir.

Hasta tabelasına uygun olarak tane hesabıyla hastaya verilen ilaçlar, kutu bazında değil, tane hesabıyla birim fiyatları üzerinden hesaplanarak fatura edilecektir. Bu şekilde faturalandırılmayan ilaç bedelleri, fatura bedelinden düşülecektir.

Faturalar, hastane tarafından, hastanın kimlik bilgileri, kurumu, tedavinin başlama ve bitiş tarihleri belirtilmek suretiyle, tedavinin bitmesini müteakip en kısa süre içerisinde düzenlenerek, hastanın kurumuna ivedilikle gönderilecektir. Faturalarda yetkili kişilerin imza ve kaşesi yeterli olacak ayrıca kurum başhekiminin onayı ve resmi mühür aranmayacaktır.

Sağlık Bakanlığınca ilan edilen hastalıkların sınıflandırılmasına (ICD-10) ait hastalık sınıf adı ile kodu ve/veya kısaltılmamış öntanı/tanı muayene edilen hastaların faturalarında (veya eklerinde) bulunacaktır. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında faturada veya eki belgelerde kısaltılmamış öntanı/tanının belirtilmesi yeterli olacaktır.

## **21.2. Faturaların Ödenmesi**

Hastane faturaları ilgili kurum veya kuruluş tarafından gerekli inceleme yapıldıktan sonra tahakkuka bağlanarak, en geç on beş gün içerisinde ödemeyi yapacak birime intikal ettirilecek, gerekli incelemeler yapılarak intikal tarihinden itibaren en geç bir ay içerisinde faturanın ödenmesi sağlanacaktır. Ödenek bulunmaması halinde en seri şekilde ödenek talebinde bulunulacaktır. İta amirleri ödemenin zamanında yapılması hususunda gerekli hassasiyeti göstereceklerdir.

Faturalar kuruma gelişinden itibaren en geç kırk beş gün içerisinde ödenmiş olacak, ödeme yapılırken ödemesi yapılan faturanın tarih ve numarası dekonta yazılacaktır.

Faturaların, sağlık kurumlarına ödenmesini müteakip, tedavi yardımından yararlanan hastaların hastanelerde tedavileri sırasında hekim tarafından lüzum görülen tetkik, röntgen ve diğer tedavileriyle ilgili hizmetlerin yerine getirilip getirilmediğinin tespiti açısından ilgili amirler, gerekli tedbirleri alacaklar ve bu konuda gerekli hassasiyeti göstereceklerdir. Bu esaslar çerçevesinde uygulama yapmayan ilgililer hakkında idari işlem yapılır.

## **21.3. Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Uygulanacak Fiyat Tarifesi**

### **21.3.1. Taniya Dayalı (Paket) Fiyatlar Üzerinden Ödeme**

Resmi sağlık kurumlarında bu Tebliğe ekli Taniya Dayalı (Paket) Fiyat Listesinde (EK-9) yer alan işlemler, bu listedeki fiyatlar üzerinden fatura edilecektir.

Üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde ise sadece yanında (\*) işareti olan paket işlemler uygulanacak ve faturalandırmada (EK-9) listesinde yer alan bu fiyatlara %10 ilave edilecektir.

Paket işlemlere ait bedellerin ödenmesinde, (EK-9) listenin ekinde yer alan Taniya Dayalı (Paket) Fiyat Uygulama İlkelerinde belirtilen esaslar dikkate alınacaktır.

Resmi sağlık kurumları tarafından yapılan tedavilere bağlı olarak düzenlenecek faturalar, bu esaslar ile fiyatlara uygun olarak düzenlenecektir.

Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılan taniya dayalı (paket) tedavilere ait bedeller, özel sağlık kurum ve kuruluşlarını temsil eden derneklerle imzalanan Özel Tedavi Protokolü gereğince, anılan protokol ve eklerinde yer alan usul ve esaslar çerçevesinde ödenecektir.

Söz konusu Protokol ile eki paket fiyat uygulama ilkeleri, sözleşme örneği ve paket fiyat listesi Bakanlığımız Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğünün internet sitesinde



([www.bumko.gov.tr](http://www.bumko.gov.tr)) adresinde yer almaktadır.

Paket fiyatlara ait faturalar öncelikli olarak ödenecektir.

### **21.3.2. Fiyat Tarifesi Üzerinden Ödeme**

Tebliğ kapsamındaki hak sahiplerinin, sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılan tedavilerine ait ücretlerin hesaplanmasında;

a) Bu Tebliğde tanımlanan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında yapılacak muayene-tetkik-tahlil-ameliyat ve tedavilerde (EK-8) ve (EK-9)'da yer alan fiyat tarifesi;

b) Diş tedavilerinde; bu Tebliğe ekli "Diş Tedavileri Fiyat Tarifesi" (EK-7),

c) Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı ve Bölge Hıfzıssıhha Enstitülerinde yapılan tetkik ve tahlil işlemlerinden (EK-8)'de yer alanlar bu tarife üzerinden, diğerlerinde ise bu Başkanlığın Sağlık Bakanlığı Onayı ile kabul edilen fiyat tarifesi, esas alınacaktır.

Üniversite Tıp Fakültesi Hastaneleri ile Eğitim ve Araştırma Hastaneleri için (EK-8) fiyat tarifesinin "8. Radyoloji Görüntüleme ve Tedavi" ile "9. Laboratuvar İşlemleri" bölümlerinde yer alan işlem bedellerine %10 oranında ilave edilerek uygulanacaktır.

Resmi sağlık kurumlarına sevk kağıdı ile giden, ancak özel muayene olmak isteyen hastaların muayene giderlerinden; resmi fiyat tarifesindeki kadarı kuruma fatura edilecek, bunu aşan kısmı ise hastadan alınacaktır.

### **21.4. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarının Faturaları**

Birinci basamak resmi ve özel sağlık kuruluşlarında yapılabilecek işlemler ile bu işlemlerin birim fiyatları Tebliğ eki (EK-8/A) listesinde belirtilmiştir. Birinci basamak resmi ve özel sağlık kuruluşlarında bunların dışında bir işlem yapılması halinde bedeli ödenmeyecektir. Özel tıp merkezleri, özel dal merkezleri ile Kızılay tıp merkezlerinde Tebliğe ekli EK-8 sayılı Fiyat Tarifesi uygulanacaktır. Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında verilen hizmetler ise ücretlendirilmeyecektir.

Faturalar, hastanın kimlik bilgileri, kurumu, tedavinin başlama ve bitiş tarihleri belirtmek suretiyle, bu Tebliğin 21.1 inci maddesinde belirtilen esaslara göre düzenlenecektir.

Tedavinin bitiminde, sevk kağıdı eksiksiz olarak doldurulduktan sonra fatura ile birlikte hastanın kurumuna gönderilir.

Birinci basamak sağlık kuruluşlarınca hastanın başka bir resmi sağlık kurumuna sevk edilmesi halinde, bu kuruluşlarca yapılmış bulunan tetkik ve tahlil sonuçlarının birer örneği sevk edilen sağlık kurumuna gönderilir.

Birinci basamak sağlık kuruluşlarınca hastanın ikinci basamak sağlık kurumuna sevk edilmesi halinde, muayene ücreti Tebliğin eki (EK-8/A) Listesinde yer alan 520.090 kodlu "1. Basamaktan sevk halinde poliklinik muayene ücreti" üzerinden fiyatlandırılacak, ayrıca 520.080 kodlu "1. Basamak poliklinik muayene ücreti" tahakkuk ettirilmeyecektir.

## **22. Özürlü Çocukların Eğitim ve Rehabilitasyonu**

Doğuştan ya da herhangi bir hastalık veya kaza sonucu fiziksel, görme, işitme, konuşma, zihinsel, ruhsal, duygusal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmiş özürlü çocukların eğitim ve rehabilitasyon hakkından yararlanabilmeleri için, yukarıda sayılan yetersizlikleri ile ilgili olarak Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmeliğe göre düzenlenmiş özürlü sağlık kurulu raporu geçerli belge

sayılacaktır.

Düzenlenecek raporda tıbbi tanılamamın yanı sıra varsa çocuk gelişimi ve eğitimcisi, sosyal çalışmacı, psikolog, fizyoterapist ve gerek görülen diğer meslek elemanlarından en az biri veya birkaçının eğitimsel tanılama ve özürünün durumunu değerlendirmeleri ve yazılı olarak bildirecekleri görüşlerinin belgelendirilmek suretiyle özürü sağlığı kurulu raporuna eklenmesi gerekmektedir.

Özel eğitim merkezleri, fatura edilen fiziksel, görme, işitme, zihinsel, ruhsal, duygusal ve sosyal engelli olan çocuklara yönelik özel eğitim, grup eğitimi ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilebilmesi için ilgili mevzuatında öngörülen gerekli beceriye sahip meslek elemanlarını çalıştırdıklarını belgelemek zorundadırlar.

Özürü çocukların rehabilitasyonlarının ve eğitimlerinin, ruhsat aldıkları kurumların ilgili yönetmeliklerinde belirlenen esaslar doğrultusunda gerekli personeli istihdam eden resmi (kamu kurum ve kuruluşları ile üniversiteler tarafından açılan merkezler) ve özel rehabilitasyon ile özel eğitim merkezlerinde sağlanması durumunda; özel eğitim ve rehabilitasyon merkezi tarafından hazırlanan aylık/yıllık çalışma programı, bireyselleştirilmiş eğitim planı ve belirlenmiş rehabilitasyon programları doğrultusunda aldıkları; Grup eğitimi için aylık 80 YTL, aylık/yıllık çalışma programı bireyselleştirilmiş eğitim planı ve belirlenmiş rehabilitasyon hizmeti bedelinin ise aylık 280 YTL tutarı kadar karşılanacaktır. Bu miktarları geçen kısım ise ilgili tarafından karşılanacaktır.

Özürü çocukların özel eğitim ve rehabilitasyon programlarından yararlanmasının gerekli ve zorunlu olup olmadığı ve bunlara ilk başlama tarihi esas alınarak belirli dönemler halinde hastadaki iyileşme durumunun, özel eğitime ve rehabilitasyona devam edilip edilmeyeceği hususunun yetkili sağlık kurumlarından alınacak ayrıntılı gelişimsel ve eğitimsel tanılama raporları ile tevsiki gerekmektedir. Sağlık kurulu raporlarının en geç iki yılda bir yenilenmesi gerekir. Raporla daha kısa bir süre belirtilmişse, bu süre esas alınır.

Özürülere verilecek sağlık kurulu raporunun yenilenmesi için süresi sona ermeden en az bir ay önce, özürü ve ailesinin ilgili sağlık kuruluşuna başvurmaları için, hizmet aldıkları rehabilitasyon merkezi tarafından rehberlik yapılacaktır. Özürüye verilen eğitim ve rehabilitasyonun sürekliliğinin sağlanması için özürülere verilecek sağlık kurulu raporunun zamanında yenilenmesi hususunda yetkili sağlık kurumlarının gerekli hassasiyeti göstermeleri ve ailenin de işlemleri tamamlamak üzere gerekli takibi yapması gerekmektedir.

Özürü çocukların eğitimlerinin, tıbbi rehabilitasyonlarının ve psiko-sosyal rehabilitasyonlarının yapılacağı özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinin denetimleri, ilgisine göre Milli Eğitim Bakanlığı veya Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğünden kuruluş açma ve işletme izni veren kurum denetim elemanlarınca yapılır. Bu merkezlerden usulüne uygun olarak işletilmeyen ve hizmet sunmayanlar hakkında kuruluş açma ve işletme izni aldıkları kurum mevzuatına göre işlem yapılır.

Ödemelerde bu hususlar göz önünde bulundurulacaktır.

## **23. Sağlık Karnesi ve Sağlık Dosyası**

### **23.1. Sağlık Karnesi**

Yönetmeliğin 38 inci maddesine göre, bütün memurlara, herhangi bir şekilde sağlık yardımından yararlanmayan eşlerine, bakmakla yükümlü buldukları ana, baba ve aile yardımına müstahak çocuklarına birer sağlık karnesi verilmesi gerekmektedir.

Memur ve aile fertlerinin, yurt içinde muayene ve tedavisi için başvurdukları hekim ve sağlık kurumlarına sağlık karnesini ibraz etmeleri zorunlu bulunmaktadır.

Kurum hekimlikleri, resmi sağlık kuruluşları, sağlık ocakları ve hastaneler, kendilerine müracaat eden kişilere verilen ilaçları, protez-ortezleri ve sağlık durumlarına ait

bilgileri, tarih sırasıyla sağlık karnelerine işlemekle yükümlüdürler.

Muayene ve tedaviyi gerçekleştiren hekim tarafından yazılan ilaçlar, daha önce verilen ilaçlar da dikkate alınarak yazılacaktır.

### **23.2. Sağlık Dosyası**

Yönetmeliğin 39 uncu maddesine göre, her Devlet memuru için kurumların özlük işlerini yürüten ünitelerince biri memura, diğeri bakmakla yükümlü olduğu kişilere ait olmak üzere iki sağlık dosyası tutulması gerekmektedir.

### **24. Tedavi Giderlerine Ait Katma Değer Vergisi**

Bu Tebliğde yer alan fiyat tarifeleri ve birim fiyatlar katma değer vergisi hariç olarak tespit edilmiştir. Katma değer vergisi, ilgili mevzuatı çerçevesinde ayrıca ödenecektir.

### **25. Yürürlük**

Bu Tebliğ 1/5/2006 tarihinde yürürlüğe girer. İlaç yazılım kuralları, eşdeğer ilaç uygulaması ve eczacı indirimine ilişkin olarak yapılan düzenlemeler ise 15/5/2006 tarihinde yürürlüğe girer. Bu süre içerisinde mevcut uygulamaya devam edilir.

Tebliğ olunur.

### **EKLER**