

## TEBLİĞ

**Maliye Bakanlığından:**

### TEDAVİ YARDIMINA İLİŞKİN UYGULAMA TEBLİĞİ

(Sıra No.: 8)

#### 1.Amaç, kapsam ve dayanak

##### 1.1. Amaç

Bu Tebliğın amacı; kapsama dâhil 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 Hâkimler 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) 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılınması Hakkında Kanun kapsamındaki hak sahipleri, (3816 sayılı Kanun ile Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılınması ve Yeşil Kart Uygulaması Hakkında Yönetmelik hükümlerine aykırı olmamak kaydıyla),

hakkında uygulanır.

233 sayılı Kamu İktisadi Teşebbüsleri Hakkında Kanun Hükmünde 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.

##### 1.3. Dayanak

Bu Tebliğ; 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 5234 sayılı Kanunla değişik 209 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 ile kapsama dahil kişilerin tedavi yardımı sağlanmasına ilişkin ilgili diğer mevzuatları hükümleri çerçevesinde düzenlenmiştir.

## **2. Hasta sevk işlemleri ve tanımlar**

### **2.1. Kısaltmalar**

**Bu Tebliğde geçen;**

**Yönetmelik:** Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliğini,

**TEB:** Türk Eczacıları Birliğini,

ifade eder.

### **2.2 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, sağlık merkezi, toplum sağlığı merkezleri ile aile hekimliği sözleşmesi yapmış aile hekimleri, 112 acil sağlık hizmeti birimi, üniversitelerin mediko-sosyal birimleri, Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağlık üniteleri, birinci basamak resmi sağlık kuruluşları olarak kabul edilir.

**Birinci basamak özel sağlık kuruluşu:** Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik kapsamında açılan özel poliklinikleri, Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik kapsamında açılan ağız ve diş sağlığı hizmeti veren özel sağlık kuruluşları, birinci basamak özel sağlık kuruluşları olarak kabul edilir.

**İkinci basamak resmi sağlık kurumu:** Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri, özel dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, entegre ilçe hastaneleri, Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri, tıp fakültelerinin bulunduğu ilin dışında yer alan uygulama ve araştırma merkezleri (üniversite hastaneleri), ile Türk Silahlı Kuvvetlerinin eğitim ve araştırma hastanesi olmayan hastaneleri, ikinci basamak resmi sağlık kurumları olarak kabul edilir.

**İkinci basamak özel sağlık kurumu:** Özel Hastaneler Yönetmeliğine göre ruhsat almış hastaneler ile Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik kapsamında açılan tıp merkezleri, özel dal merkezleri ikinci basamak özel sağlık kurumları olarak kabul edilir.

**Üçüncü basamak sağlık kurumu:** Eğitim ve araştırma hastaneleri, özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri, üniversite tıp fakültelerinin bulunduğu ilde kurulu sağlık uygulama ve araştırma merkezleri (üniversite hastaneleri) ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri ve üniversitelerin diş hekimliği fakülteleri, Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı tıp fakültesi hastanesi ile eğitim ve araştırma hastaneleri, üçüncü basamak sağlık kurumları olarak kabul edilir.

### 2.3. Tedavi kategorileri

**Yatarak tedaviler;** sağlık kurumlarında yatış ve taburcu işlemleri yapılarak uygulanan tedaviler, yatarak tedavi olarak değerlendirilir.

Aşğıda belirtilen ve sağlık kurumlarında yatış ve taburcu işlemleri yapılmadan, 24 saatlik zaman dilimi içinde yapılan tedaviler, günübirlik tedavi olarak değerlendirilir.

G n birlik tedavi kapsamındaki işlemler;

a) Kemoterapi tedavisi,

b) Radyoterapi tedavisi (radyoterapi tedavi planlaması hariç),

c) Genel anestezi, bölgesel anestezi, intravenöz veya inhalasyon ile sedasyon gerçekleştirilen tanısal veya cerrahi tüm işlemler,

) Diyaliz tedavileri,

d) İntreven z ilaç infüzyon uygulaması.

**Ayaktan tedavi;** yukarıda açıklanan durumlar dışında kalan ve hastaların sağlık kurum ve kuruluşlarında veya bulunduğu yerde yatırılmaksızın sağlık hizmetlerinin sağlanması, ayaktan tedavi olarak kabul edilir.

### 2.4. Sevk işlemleri

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  c nc  basamak sağlık kurumlarına aile hekimince sevk yapılması teşvik edilecektir. Pilot uygulamanın sağlıklı bir şekilde yerleşmesini temin etmek ve sağlık hizmetlerine erişimi engellemek amacıyla bu süreçte aile hekimliği uygulamasına başlanan illerde sevk zorunluluğu olmayıp sevk işlemleri bu maddedeki diğer hükümlere göre yapılabilir.

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  c nc  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  c nc  basamak sağlık kurum ve kuruluşuna doğrudan başvurabilirler. Kurum hekimliği veya diğer birinci basamak sağlık kuruluşundan ikinci veya  c nc  basamak sağlık kurumlarına yapılacak sevk işlemlerinde hastane ve hekim adı belirtilmez.

Memurun bakmakla yükümlü olduğu aile fertleri, kurum hekimliğine veya belediye sınırları ve mücavir alan içerisindeki birinci, ikinci veya  c nc  basamak sağlık kurum ve kuruluşlarına kurumu tarafından düzenlenen muayene istek formu ile birlikte doğrudan veya sevkli olarak 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 ve kontrole çağırılmasına esas olan ilk sevk işleminin usule uygun olması 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.

## **2.5. 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, mutlak taşıt ile seyahat edememe ve ambulans veya uygun görülen herhangi bir taşıtla gitmesinin gerekçelerini belirten ayrı bir rapor düzenlenmesi ve bu raporun başhekimlik tarafından da onaylanması halinde ambulans ücreti veya uygun görülen taşıt bedeli ilgilinin kurumunca ödenecektir.

Ayrıca bunlara anılan Kanununun 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 07/12/2006 tarih, 26369 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları İle Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği”nin 28 inci maddesi gereği belirlenen fiyatlar 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.

## **2.6. 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 başhekimlik tarafından imzalanması halinde, hastaya biri eşlik ettirilir. Eşlik eden kimseye de memurun bağlı olduğu kurumca 6245 sayılı Harcırah Kanunu hükümlerine göre harcırah ödenecektir.

## **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 kuruluşuna 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 haller; ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlarda, olayın meydana gelmesini takip eden 24 saat içinde en yakın sağlık kurum veya kuruluşuna başvurulmasını gerektiren ve ivedilikle tıbbi müdahale yapılmadığında hayatın ve/veya sağlık bütünlüğünün kaybedilme riskinin doğacağı kabul edilen durumlardır.

Acil vakalara ilişkin tedavilerde, sağlık kurumu tarafından verilen hizmetlerin bedelleri Tebliğ eki “Paket İşlem Fiyat Listesi”nde (EK-9) yer alması durumunda bu liste fiyatları, bu fiyat tarifesinde yer almıyorsa Tebliğ eki “Sağlık Kurumları Fiyat Listesi” (EK-8) esas alınarak

ödenir. Acil haller dışında Maliye Bakanlığı ile sözleşme imzalamayan sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılan tedavilere ait bedeller ödenmez.

#### **4. Yurt dışına tedaviye gönderme**

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 Milli 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.

Yurt dışına tedavi amacıyla gönderilenlerin tedavi süreci kurumlarınca izlenerek Kanun ve Yönetmelik hükümlerine uygun işlem tesisi yönünde azami hassasiyet gösterilecektir. Her bir yurt dışı tedavisi sonrasında hastaların yurda dönmelerini müteakip 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. Diş tedavileri**

### **5.1. Resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılacak diş tedavileri**

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

**5.1.2.** Resmi sağlık kurumlarında yapılan diş tedavileri için (EK-7) sayılı listede yer alan “Diş Tedavileri Fiyat Listesi” 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 diş tedavileri sonucu doğan giderlerden;

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

b) Diğer diş 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 diş hekimliklerinde yaptırılan tedaviler için ayrıca döküm işçilik ücreti ödenmeyecektir.

**5.1.5.** Diş tedavileri sırasında; altın, platin, palladyum+platin, iridyum+platin, iropal 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 Listesindeki 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 kron ve protez tedavisine 90 gün, dolgu tedavisine 30 gün, diğer diş tedavilerine ise 45 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.



Yukarıda belirtilen diş tedavilerine ait giderlerin ödenebilmesi için, tedavi sağlandıktan sonra sevk kağıdında 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 veya özel sağlık kurum veya kuruluşlarına sevk yapılabilecektir. Bu şekilde sağlanan tedavilerde, sevk kağıdında ve faturada/serbest meslek makbuzunda belirtilen tedavinin usulüne uygun yapıldığının ilçenin bağlı olduğu bölge diş hekimleri odasının temsilcisi tarafından onaylanması gerekmektedir. 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 listesindeki kadar karşılanacak, bunu aşan kısmı ise hasta tarafından ödenecektir.

**5.2.6.** Bu Tebliğin eki “Diş Tedavileri Fiyat Listesi”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 kurum/kuruluşlarında yaptırabilmeleri için, tedavilerinin o yerde bulunan ve bünyesinde diş hekimi olan resmi sağlık kurumlarının sadece birinde yapılamayacağını belgelendirilmesi yeterlidir.

**5.2.10.** Serbest dış hekimlikleri veya özel sağlık kurum/kuruluşlarında yapılan dış 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.** % 40 ve üzerinde özürlü kişiler, dış tedavileri için özürlülük durumunu belgelendirmek suretiyle, tüm sağlık kurum ve kuruluşlarına veya serbest dış hekimliklerine doğrudan başvurabilirler. Ancak başta zihinsel özürlü olmak üzere iletişim kurulamayan veya algılama güçlüğü yaşanan özürlü kişilerin dış 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 kurumlarında yapıldığının belgelendirilmesi gerekmektedir.

Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırılması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmeliğe uygun olarak alınan raporun onaylı bir örneği düzenlenecek faturaya eklenecektir.

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

**5.2.12.** Hastalar, başvurdukları sağlık kurum ve kuruluşlarında görevli ilgili hekim tarafından, dış tedavileri yapılmak üzere, hekimin kendisinin, eşinin veya bunların ortaklarının özel muayenehanelerine/özel sağlık kurum ve kuruluşlarına sevk edilemezler. Bu şekilde, sevki yapan ve tedaviyi sağlayan hekimin aynı olduğu veya eşi veya ortakları tarafından yapıldığı belirlenen tedavilere ait giderler ödenmeyecektir. Tek özel dış hekiminin veya özel sağlık kurum veya kuruluşunun bulunduğu yerleşim birimlerinde bu tür sevkler en yakın diğer bir yerdeki başka bir sağlık kurumuna yapılacaktır.

## **6. Göz tedavileri**

**6.1.** Yönetmeliğin 33 üncü maddesi gereğince göz hastalıkları uzman hekimleri (ihtisas yapmakta olan hekimler dâhil) 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 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 takdirde, 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.

Göz hastalıkları uzmanı hekimce düzenlenen sağlık raporu ile zorunlu görülmesi şartıyla puva, prizmatik ve teleskopik gözlük camları, Sosyal Güvenlik Kurumunca tespit edilen fiyatları aşmamak üzere ödenecektir.

**6.10.** Aşağıda belirtilen tıbbi endikasyonların varlığında, göz hastalıkları uzman hekimi tarafından sağlık raporu düzenlenmesi halinde kontakt lens bedeli ödenir.

Lenslerin yenilemesine ait ödemeler, alış tarihinden itibaren 12 ay geçmeden yapılamaz. Bu süre içerisinde ayrıca gözlük cam ve çerçeve bedeli ödenmez.

Bir çift kontakt lens için ödenecek tutar 50 YTL' nı geçemez.

Kontakt lens solüsyonlarının bedelleri karşılanmaz.

**6.11.** Kontakt lens bedeli ödenecek tıbbi durumlar:

· Keratokonüsler,

- 7 ve 7 diyoptriden yüksek miyopiler ile 3–4 diyoptriden fazla hipermetroplar,
- İki göz sırasında en az 3 diyoptri fark olan anizometroplar,
- Düzeltilemeyen mixt astigmatizmalar,
- Tek taraflı afaki operatuvar vakalar,
- Kornea hastalıklarında (Bülloz keratopati, kornea ülseri)

**6.12** Kurum ve kuruluşlar, 5193 sayılı Optisyenlik Hakkında Kanun hükümlerine uygun olarak faaliyetlerini sürdüren ve Sosyal Güvenlik Kurumu ile optik sözleşmesi imzalayan optikçilerden/firmalardan personelin gözlüklerini temin edeceklerdir.

## **7. Organ ve doku 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.

Organ nakli tedavileri, bünyesinde “Organ Nakli Merkezi” bulunan sağlık kurumlarında gerçekleştirilecektir.

Yurtdışında veya yurtdışında organın bulunması halinde organın bulunduğu yere en kısa sürede ulaşabilmelerinin temini veya gerek yurtiçi gerekse yurtdışında bulunan organın, organ nakli yapılacak merkezin bulunduğu yere getirilmesi için kullanılacak mutad vasıta, özel uçak veya helikopter ile ilgili nakliye/transfer masrafları hastanın kurumunca karşılanır.

Organ nakli için, hastanın ve/veya organın, naklin yapılacağı organ nakli merkezine ulaştırılmasıyla ilgili olarak, Ulusal Koordinasyon Merkezi veya Bölge Koordinasyon Merkezi tarafından, ulaşım aracı belirlenerek tutanak altına alınacaktır. Nakliye/transfer bedelinin ödenebilmesi için söz konusu tutanağın nakliye/transfer faturasının ekinde gönderilmesi gerekmektedir.

Sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilere kadavradan organ naklinde, kadavradan organ alımının, naklin yapıldığı sağlık kurumunca yapılması ve fatura edilmesi halinde, Tebliğ eki EK-9 Listesinde P911145 kodu ile yer alan “transplantasyon için kadavradan organ alımı” işlem bedeli ödenir. Kadavradan organ alımının nakli yapan sağlık kurumunca yapılmaması durumunda organ alımının yapıldığı sağlık kurumunca, organın sağlık yardımlarından yararlandırılan kişiye nakil yapıldığının belgelenmesi ve Kuruma fatura edilmesi halinde, söz konusu işlem bedeli, organ alımının yapıldığı sağlık kurumuna Tebliğ eki EK-9 Listesinde P911145 kodu ile yer alan “transplantasyon için kadavradan organ alımı” işlemi üzerinden ödenir.

Kemik iliği nakli tedavilerinde, hastaların anne, baba, kardeş ve çocuklarından HLA doku grubu uyumlu vericisi bulmak amacı ile yapılan doku uyumluluk testlerinin giderleri (düşük rezolüsyon DNA veya serolojik testler) ile bu adaylar arasından uygun vericisi bulunamayan

hastaların toplam 10 adayı geçmemek üzere dördüncü dereceye kadar akrabalarından (dördüncü derece dâhil) ek HLA doku grubu belirleme testlerinin giderleri hastanın kurumu tarafından ödenir.

Aile içi ve/veya genişletilmiş aile taraması sonucu uygun verici bulunamadığı takdirde; Tebliğ eki “Kemik İliği Doku Bilgi Bankaları Listesi”nde (EK-1/Ç) yer alan Sağlık Bakanlığı tarafından yetkilendirilmiş yurt içindeki Kemik İliği Doku Bilgi Bankalarınca, öncelikle yurt içi verici kaynakları taranacak olup tarama sonucu uygunluk gösteren kemik iliği verici adayı bulunamaması veya tarama süresi 1 ayı geçtiğinde, yurt dışı verici kaynaklarının taranmasına da başlanabilecektir.

Yurt içi ön taramalarda belirlenen verici adaylarının, “Doku Tipleme Laboratuvarları Listesi”nde (EK-1/F) yer alan Sağlık Bakanlığınca ruhsatlandırılmış laboratuvarlarda yapılan yüksek çözünürlüklü DNA testi ile HLA doku grubu doğrulama testleri giderleri, toplam 20 adayı geçmemek üzere hastanın kurumu tarafından karşılanır.

Akraba dışı kemik iliği vericisinin ülkemizde bulunması halinde vericinin ileri testleri, sağlık kontrol masrafları, kemik iliğinin toplanması, saklanması, alınan kemik iliğinin yine Türkiye’deki bir nakil merkezine götürülmesi ve gerektiğinde vericinin ya da kemik iliğinin taşınması için görevlendirilen kuryenin ulaşım ve konaklaması dâhil olmak üzere “yurt içi kemik iliği temini” bedeli olarak 15.000 YTL kemik iliği doku bilgi bankasına fatura karşılığı ödenir.

Tedavisi için kemik iliği nakli gereken ve yurt içinde uygun vericisi bulunmadığı ülkemizdeki kemik iliği doku bilgi bankalarınca rapor edilen hastalar için, yurtdışındaki kemik iliği bankaları aracılığı ile 8/8 veya 7/8 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 (bir defada en fazla 10, toplamda 25 kişiyi geçmemek üzere) beklemeden getirtilerek Tebliğ eki EK-1/F listesinde yer alan yurt içi laboratuvarlarda yüksek çözünürlükte DNA yöntemi ile HLA doku grubu analizine tabi tutulur. Bu testlerin ücretleri hastanın kurumu tarafından karşılanır. Bu hüküm, geçmiş yıllarda gerçekleştirilmiş ancak ödemeleri yapılamamış nakil, tarama ve testler için, ilgili yıllardaki nakillere, tarama ve testlere ilgi kurularak, 2007 yılında fatura edilecek nakil, tarama ve test işlemleri için de geçerlidir.

Uluslararası kemik iliği bankalarından yapılan taramalarda 8/8 veya 7/8 uyumlu verici adayı bulunamayan hastalar için, eğer hastaya nakil yapacak merkez ve hekimi onaylıyorsa daha az HLA uyumu gösteren kordon kanı araştırılır ve uygun bulunursa getirtilir.

Kemik iliği/kordon kanının yurt dışından Türkiye’deki nakil merkezlerine getirilmesi Türkiye’deki kemik iliği doku bilgi bankasının görevlendireceği bir kurye tarafından gerçekleştirilir. Kemik iliğinin Türkiye’deki nakil merkezine getirilme masrafları Amerika ve Avustralya için 3000 Euro karşılığı YTL, diğer ülkeler için 1500 Euro karşılığı YTL sını geçmemek şartıyla fatura karşılığı hastanın kurumunca ödenir. Masraflara; yurtdışı birimi ile yapılacak organizasyon işlemleri (telefon, faks vb.), kemik iliği bankası kuryesince taşınması ve konaklama ücreti dâhildir. Bankanın kuryesinin olmadığı durumlarda kemik iliği/kordon kanı Türkiye’deki nakil merkezine yabancı ülkenin kuryesi tarafından getirtilir.

Yurtdışından kemik iliği/kordon kanı getirtilme sürecinde, yurt dışı kaynaklı verici taraması, vericinin ileri testleri, sağlık kontrol masrafları, kök hücre toplanması gibi işlemlerin her biri

için WMDA (Dünya Kemik İliği Vericileri Birliği) tarafından belirlenmiş bedel hastanın kurumunca, yurt içi kemik iliği doku bilgi bankasına ön ödeme şeklinde ödenir. Ön ödeme bir ay içerisinde belge karşılığında kapatılır.

Kemik iliği nakli (hematopoietik kök hücre nakli) tedavisi Sağlık Bakanlığınca ruhsatlandırılmış ve çalışma izni almış Tebliğ eki “Kemik İliği Nakli Merkezleri Listesinde” (EK-1/G) yer alan merkezlerce uygulanır.

## **8. Kan ve kan bileşenlerinin temini ve bedelinin ödenmesi**

Kan ihtiyacının karşılanmasında güvenli kan temini esas olup, hasta yakınlarının kan verecek kişileri bulmasının sebep olduğu sağlık ve sosyal sorunları önlemek için, Kızılay kan birimlerinde kan ve kan bileşenlerinin bulunduğu durumlarda, replasman kan alınma yöntemi tercih edilmeyecektir.

İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarınca, hastalar için hekimler tarafından gerekli görülen kan ve kan bileşenleri (eritrosit süspansiyonu, tam kan, trombosit, plazma, vb.), Sağlık Bakanlığınca ruhsatlandırılmış kan merkezleri ile Kızılay’a ait kan birimi bulunan yerlerde, bu birimlerden temin edilir. Sağlık kurumlarınca, hastalara kan temin ettirilmeyecektir.

Sağlık kurumunca temin edilmesi zorunlu olduğu halde sağlık kurumlarınca temin edilmeyerek hastaya aldırılan kan ve kan bileşenlerine ait fatura bedeli hastaya ödenir ve ilgili sağlık kurumundan mahsup edilir.

Tebliğ eki EK-8 Listesi üzerinden faturalandırılan tedaviler için kullanılması gerekli görülen ve sağlık kurumlarınca temin edilen kan ve kan bileşenlerinin bedelleri, epikrizde kan bileşeninin adı, sayısı, ünite numaralarının belirtilmesi kaydıyla, EK-8 Listesi fiyatları esas alınarak sağlık kurumuna ödenir.

Tebliğ eki EK-9 Listesi kapsamında yer alan işlemler için sağlık kurumlarında kullanılan kan ve kan bileşenleri, paket işlem fiyatına dâhil olduğundan kuruma fatura edilemez.

Resmi sağlık kurumlarınca Kızılay kan birimlerinden temin edilen kan ve kan bileşenlerine ilişkin bedel; bu Tebliğin eki Sağlık Kurumları Fiyat Listesindeki (EK-8) birim fiyatlar üzerinden % 10 indirimli olarak resmi sağlık kurumunca Kızılay kan birimine ödenir.

## **9. 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 en az bir hematoloji uzman hekiminin imzasının da bulunduğu sağlık kurulu raporu düzenlenecektir. Hemofili hastaları için düzenlenen sağlık kurulu

raporlarında, faktör düzeyleri ve hematoloji uzman hekimi ibaresi mutlaka belirtilecektir. Hematoloji uzman hekiminin olmadığı hastanelerde sağlık kurulu raporu üç iç hastalıkları ya da üç çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından da düzenlenebilir.

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

**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 uzman hekimi 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 imkânı olmadığından, tedaviden sonra hastaların, 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 bağılı bulunduğu kurumun değişmesi halinde, bu değişiklik ilgili kurum tarafından Sağlık Bakanlığına bildirilecektir.

m) Kan ürünleri ve faktörlerden hasta katılım payı alınmayacaktır.

## **10. Üremeye yardımcı yöntemler (Tüp bebek tedavisi)**

Evli olmakla birlikte eşlerden herhangi birinin evlat edinilmiş çocukları hariç soybağı kurulmuş sağ çocuğunun olmaması ve uygulamaların kadının 40 (kırk) yaşına kadarki yaşamında yapılmış olması koşuluyla üremeye yardımcı yöntemler ile tedavileri ve buna ilişkin ilaç giderleri, en fazla üç uygulama (siklus) olmak üzere karşılanır.

### **10.1. Tüp bebek tedavisi öncesi işlemler**

#### **10.1.1. Klasik ovulasyon indüksiyonu**

Her siklus için kadın hastalıkları ve doğum uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenecektir. Raporla, kaçınıcı siklus olduğu belirtilecek ve gerekli ilaçlar kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimi tarafından reçete edilecektir.

Raporla; tanı, uygulanacak tedavi, kullanılacak ilaçların günlük ve maksimum dozları belirtilecektir.

En fazla 3 (üç) siklus ve toplamda 4500 üniteye kadar kullanılacak gonadotropin bedelleri karşılanır. Üç uygulamadan (siklus) sonra yapılan klasik ovulasyon indüksiyonu tedavisi için uygulanan gonadotropin bedelleri ödenmez.

Ovulasyon tetiklemesi için kullanılan Hcg (Human korionik gonadotropin) dozu, maksimum dozun dışında olup, 5000–10000 üniteyi geçemez. Üriner Hcg kullanılması halinde rapor aranmaksızın reçete edilebilir.

#### **10.1.2. İntra uterin inseminasyon (IUI)**

Klasik ovulasyon indüksiyonu için belirlenen kriterler, intrauterin inseminasyon (artifisiel inseminasyon) için de geçerlidir.

### **10.2. Tüp bebek tedavisi işlemleri**

Tüp bebek tedavisine esas teşkil edecek sağlık kurulu raporları, kadın hastalıkları ve doğum kliniği ile üroloji kliniği (bünyesinde üroloji kliniği bulunmayan ancak, üroloji uzman hekiminin konsültan olarak görev yaptığı, eğitim veren kadın-doğum hastaneleri dâhil) bulunan üçüncü basamak sağlık kurumları tarafından düzenlenecektir.

Sağlık kurulları, iki kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimi ve bir üroloji uzman hekiminin katılımı ile en az üç uzmandan oluşacaktır.

Sağlık kurulu raporlarında, hasta yaşı, kimlik bilgilerinin yanında, tanı, endikasyon, uygulanacak tedavi, kullanılacak ilaçların günlük ve maksimum dozları da belirtilecektir.



Sağlık kurulu raporlarında, tüp bebek tedavisini gerektiren kadına ve/veya erkeğe ait faktörlerin belirtilmesi yeterli olup, ekinde veya raporda teşhise esas belge ve bilgiler ayrıca aranmayacaktır. Ancak bu belgelerin hasta dosyasında bulunması ve gerektiğinde ibraz edilmesi zorunludur.

Tüp bebek tedavi bedelleri, sağlık kurulu raporuna istinaden Sağlık Bakanlığınca ruhsatlandırılmış üremeye yardımcı tedavi merkezlerinde yapılması halinde ödenir.

Tebliğ eki ilaç listelerinde yer almak kaydıyla tüp bebek tedavisinde kullanılacak ilaçlar, sağlık kurulu raporuna istinaden tüp bebek tedavisinin yapıldığı üremeye yardımcı tedavi merkezi uzman hekimlerince yazılacaktır.

Tüp bebek ve klasik ovulasyon indüksiyonu + intrauterin inseminasyon uygulamalarında kullanılan ilaçlar hasta katılım payından muaf değildir.

En fazla 3 (üç) siklus ve toplamda 9000 üniteye kadar kullanılacak gonadotropin bedelleri karşılanacaktır. Üç uygulamadan (siklus) sonra yapılan tüp bebek tedavisine ait giderler karşılanmaz.

3 (üç) siklus boyunca yapılan klasik ovulasyon indüksiyonu ve gerektiği hallerde IUI tedavisine rağmen hastanın gebe kalamaması halinde veya 10.2.1 inci maddede belirlenen istisnalara ve kriterlere göre tüp bebek tedavisine başlanabilecektir.

Kadının yaşı 38 ve üzerinde olduğu takdirde; doğrudan tüp bebek tedavisine başlanabilir.

### **10.2.1. Tüp bebek tedavisine başlama kriterleri**

A- Erkek faktörü:

Üro-androlojik tedaviye cevap vermeyen, oligoastenozoospermi, azoospermi, % 100 globozoospermia,

Oligoastenozoospermi vakalarında tekrarlanan incelemelerde yıkama sonrası total progresif motil sperm sayısının 5 milyondan az olması gerekmektedir.

**B- Kadın faktörü:**

#### **1- Tubal faktör**

a) Primer silier diskinezi - Kartegener Sendromu varlığı, eğitim ve araştırma veya üniversite hastanelerinden alınan sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmiş olgular ile laparoskopi ile onaylanmış bilateral tam tubal tıkanıklık saptanan (ağır distal tubal hastalık, bilateral organik proksimal tubal tıkanıklık, bilateral bipolar tubal tıkanıklık) veya tüp yokluğu olan olgular,

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

olgulardır.

## 2- Endometriozis

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

## 3- Hormonal – ovulatuvar bozukluklar

a) Oligo – anovulasyon ,

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

Tüp bebek uygulamasına geçilmeden önce anovulasyon nedeni ile (özellikle; PCOS olgularında tanıya dayanak teşkil eden klinik ve laboratuvar bulgularının belgelenmesi koşuluyla) klasik ovulasyon indüksiyonu için gonadotropin kullanımında, ilaveten intrauterin inseminasyon (IUI) işlemi yapma zorunluluğu yoktur. Hasta üç siklus gonadotropin uygulaması sonrası (IUI olsun veya olmasın) gebe kalamıyor ise tüp bebek tedavisine başlanabilir.

C- Açıklanamayan infertilite:

Hem erkek, hem de kadının tetkiklerinin normal olmasına ve en az üç siklus gonadotropinlerle IUI uygulanmasına rağmen evlilik tarihinden itibaren 3 yıl (evlenme yaşı 35 ve üzerinde ise 1 yıl) veya daha uzun süreli gebe kalamama halinde sağlık kurulu raporu ile tüp bebek tedavisine başlanabilir.

## D- Diğer endikasyonlar:

Kadın veya erkekte genetik bir hastalığın bulunması nedeniyle sağlıklı çocuk sahibi olmak amacıyla veya bir hastalığın tedavisinin başka tıbbi bir yöntemle mümkün olmaması halinde allojenik amaçlı kordon kanı temini için preimplantasyon genetik tarama yapılarak tüp bebek tedavi yöntemi uygulanabilir. Bu uygulama için, eğitim ve araştırma hastaneleri ile üniversite hastanelerinde, içinde genetik uzman hekiminin bulunduğu kurullar tarafından sağlık kurulu raporu düzenlenecektir.

### 10.2.2. Tüp bebek tedavisi işlem bedeli ve ödeme esasları

Tüp bebek tedavisi Tebliğ eki EK–9 Listesinde belirtilen fiyat esas alınarak ödenir. Fiyata; tüp bebek tedavisi kapsamında yapılan ovulasyon indüksiyonu, oosit aspirasyonu, sperm-oosit hazırlanması ve inkübasyonu, embriyo transferi, ICSI (mikro enjeksiyon), invaziv sperm elde etme yöntemleri, tüp bebek işlemi öncesi kadın ve erkeğe yapılan tetkik ve tahlil bedelleri ile kullanılan her türlü sarf malzemesi dahildir. Birinci ve ikinci denemelerde en fazla birer yıla kadar embriyo freezing bedeli ayrıca ödenir.

Tüp bebek tedavi bedelleri, kadın ve erkeğin farklı kamu sağlık güvencelerine sahip olması halinde tedaviye başlanılmasını gerektiren faktörlere bağlı olmaksızın, kadının kurumunca karşılanır.

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

Üremeye yardımcı tedavi merkezlerinde, 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 muhafazasında, merkez sorumlusu ve ruhsat (uygunluk belgesi) sahibi kişiler, müşterek ve müteselsilen yükümlüdür. Ayrıca, evli çiftlerin çocuklarının olup olmadığı ile kadının yaşını tespit etmek için vukuatlı nüfus kayıt örneği, merkezde tutulan hasta dosyasında saklanacaktır.

40 yaşın hesaplanmasında doldurulmuş yaş esas alınacaktır. Örneğin, 08 Mart 1967 doğumlu kadının, üremeye yardımcı yöntemleri ile tedavi giderlerinin karşılanabilmesi için 08 Mart 2007 tarihinden önce tedaviye başlanmış olması gereklidir. Bu tarihten sonra uygulanacak olan takip eden denemelere (tüp bebek uygulamalarına) ait giderler ve ilaç bedelleri karşılanmaz.

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 ilgili adına tutulan sağlık dosyasına işlenmek suretiyle takibi yapılır.

## **11. Kaplıca tedavileri**

Kaplıca tedavileri için gerekli sağlık kurulu raporları, fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekiminin de yer aldığı en az üç uzman hekimden oluşan sağlık kurullarınca düzenlenecektir. Sağlık kurulu raporunda, tanı, önerilen tedaviler, seans ve gün sayısı bilgilerinin yer alması zorunludur.

Yönetmeliğin 28 inci maddesine göre, sağlık kurulları tarafından kaplıcalarda tedavilerine gerek görülenler, Sağlık Bakanlığınca tespit edilen ve (EK-4) de yer alan kaplıcalarda tedavi ettirilirlir. Tebliğ eki listede yer almayan kaplıcalarda tedavi görenlerin kaplıca tedavilerine ait bedeller ödenmez.

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.

Kaplıca tedavilerine ait giderler, hasta tarafından karşılanacak olup tedaviye ilişkin fatura ve sağlık kurulu raporuna dayanılarak, her bir gün için, bir adet olmak üzere Tebliğ eki EK-8

Listesinde 702.020 kodu ile yer alan “banyo-kaplıca” bedeli üzerinden hastaya ödenir. Tebliğde yer alan diğer işlemler faturalandırılrsa dahi bedelleri ödenmez.

## **12. Reçete ile ilaç kullanım raporu ve ilaç yazım ilkeleri**

İlaç bedellerinin Kurum tarafından ödenebilmesi için, reçete yazımında ve rapor düzenlenmesinde aşağıda belirtilen hususlar uygulanacaktır.

### **12.1. Reçete ve ilaç kullanım raporlarının düzenlenmesi**

#### **12.1.1. Ayaktan tedavilerde reçetelerin düzenlenmesi**

Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilere ayakta tedavi sırasında kullanılması gerekli görülen ilaçlar için, sağlık karnelerinde bulunan reçetelerin kullanılması zorunludur.

Düzenlenen reçetelerde mutlaka teşhis yer alacaktır. Teşhislerde kısaltma yapılmayacaktır. Reçetede yazılı ilaçlar ile teşhis arasında, Tebliğde teşhise dayalı düzenleme yapılan ilaçlar hariç endikasyon uyumu aranmayacaktır.

Reçetelerde, hekimin adı soyadı, kuruluş/kurumun adı, hekimin ana uzmanlık dalı ile birlikte var ise yan uzmanlık dalı, asistanlar için ihtisas yaptığı uzmanlık dalı ve hekimin diploma numarası veya Sağlık Bakanlığınca verilen doktor diploma tescil numarası bilgileri ve hekimin ıslak imzası mutlaka yer alacaktır. Ayrıca reçetelerde hasta adı soyadı, reçete tanzim tarihi ve protokol numarası yer alacaktır. İmza dışındaki bilgiler, el yazısı ile yazılabileceği gibi kaşe veya bilgisayar ortamında veya hastane otomasyon sistemleri tarafından basılan etiketin/barkodun yapıştirılması şeklinde olabilir. Bu reçetelerde, kurum başhekiminin onayı ve mühür aranmayacaktır.

Teşhisi yazılmayan, ilgili hekimin ıslak imzası ve bilgileri bulunmayan reçeteler eczaneler tarafından kabul edilmeyecektir.

Üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde ihtisas yapan asistanlar ile üst ihtisas yapmakta olan uzman hekimler, eğitim aldıkları branş uzman hekiminin yazması gereken ilaçlar ile Tebliğ ve eki listelerde 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.

Sağlık Bakanlığınca aile hekimliği sözleşmesi yapılan veya yetkilendirilen hekimler, aile hekimliği uzman hekiminin yazabildiği tüm ilaçları reçete edebilirler.

İlaç kullanım raporuna istinaden yazılacak ilaçlar, Tebliğ ve eki listelerde aksine bir hüküm olmadıkça, tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.

### **12.1.2. Yatarak tedavilerde reçetelerin düzenlenmesi**

Yatarak tedavilerde hastanede kullanılacak ilaçların hastane tarafından temini zorunludur.

Sağlık kurumlarında yapılan tedavilerde kullanılan ilaçların sağlık kurumunca temin edilme zorunluluğu, resmi sağlık kurumları için Tebliğin yürürlük tarihinden itibaren 120 gün sonra uygulamaya konulacaktır. Bu süre içerisinde; resmi sağlık kurumlarınca çeşitli nedenlerle temin edilemeyen ilaçlar, hak sahiplerinin sağlık karnelerine, reçete düzenleme ilkelerine uyularak yazılması halinde “ECZANEMİZDE YOKTUR, YATAN HASTA” kaşesi basılıp başhekimlik onayı ile temin edilebilir. Sağlık kurumlarında yatan hastalar için düzenlenen reçete muhteviyatı ilaçların rasyonel kullanımını sağlamak amacıyla, eczanelerden dönüşümlü olarak temini hususunda sağlık kurumları, Türk Eczacıları Birliği Merkez Heyeti ile işbirliği yapabilir. Bu şekilde düzenlenen reçeteler 5 günlük maksimum tedavi dozunu geçmeyecektir. Bilahare ilacın hastane eczanesince temin edilememesi ve tedavinin devam ettiği durumlarda “doz” bitiminde yeniden reçete yazılması mümkündür. Ancak, sağlık kurumlarında uzun süre yatarak tedavi gören tüberküloz hastalarına, kullanım dozu belgelenmek kaydıyla 1 (bir) aylık miktarda tüberküloz ilaçları yazılabilir.

Yatarak tedavilerde kullanılan ilaçlar için, 12.2 nci maddede belirtilen 4 kalem ilaç sınırlaması dikkate alınmaz.

### **12.1.3. İlaç kullanım raporlarının düzenlenmesi**

İlaç kullanım rapor formatları konusunda Sağlık Bakanlığı düzenlemelerine uyulacaktır.

İlaç kullanım raporlarının düzenlenmesinde, Tebliğin 19 uncu maddesi dikkate alınacaktır. Bu raporlar, Tebliğde yer alan istisnalar saklı kalmak kaydıyla 19.1 inci madde doğrultusunda uzman hekim tarafından düzenlenecek olup 19.2 nci maddeye göre düzenlenen sağlık kurulu raporları da geçerli kabul edilecektir.

İlaç kullanım raporlarında, Tebliğ ve eki listelerde özel düzenleme yapılmış ilaçlar hariç olmak üzere, ilaç dozlarının belirtilmesi şart olmayıp, etken madde adının yazılması yeterli olacaktır. İlaç kullanım raporuna etken madde adının yazılmasının yeterli olduğu ilaçlar için hastanın kullanacağı ilacın etken madde miktarı ve günlük kullanım dozu reçete ile düzenlenecektir. Ancak raporda ilacın etken madde miktarının ve günlük kullanım dozunun ayrıntılı olarak belirtilmiş olması halinde belirtilen doz miktarı aşılamaz.

Hasta katılım payı muafiyeti için düzenlenen ilaç kullanım raporlarında, teşhis ve ICD-10 kodu yer alacaktır. Teşhislerde ve etken madde isminde kısaltma yapılmayacaktır.

İlaç kullanım raporları, Tebliğde özel düzenlemeler hariç olmak üzere en fazla iki yıl süre ile geçerlidir.

Hasta kimlik bilgileri veya ilaç adına ilişkin yazım hataları ile Tebliğ hükümlerine göre eksikliği bulunan ilaç kullanım raporları (ilacın kullanım dozu, etken madde, kullanım süresi, ilgili hekim onayı veya tedavi şeması), aslına sadık kalmak kaydıyla raporun çıktığı hastanede raporu düzenleyen hekimin kaşe ve imza onayı ile düzeltilmesi ve bunun başhekimlik mührü ve ıslak imza ile onaylanması koşuluyla düzeltmeye esas reçete tarihinden itibaren rapor süresinin sonuna kadar geçerlidir.

İlaç kullanım raporlarına dayanılarak reçete edilen ilaçlar için, hastalardan ve raporu düzenleyen sağlık kurum ve kuruluşlarından, Tebliğ ve eki listelerde belirtilen özel durumlar haricinde ek bilgi ve belge talep edilmeyecektir.

## **12.2. Reçetelere yazılabilecek ilaç miktarı**

Ayaktan yapılan tedavilerde, 12.3 üncü maddede belirtilen durumlar dışında, bir reçetede en fazla dört kalem ilaç ve her kalem ilaçtan bir kutunun (ilaçların parenteral ve topikal formları ile 12.5 inci maddede belirtilen durumlar hariç) bedeli ödenir. Parenteral formların reçeteye yazılması durumunda en fazla 10 günlük tedavi bedeli ödenir. Reçetede mutlak surette günlük kullanım dozu belirtilecektir.

Tetrasiklinler (doksisisiklin ve tetrasiklin), amfenikoller (kloramfenikol ve tiamfenikol), ampicilin (kombine preparatlar hariç), amoksisilin (kombine preparatlar hariç), fenoksimetilpenisilin, eritromisin, klindamisin, sülfonamid ve trimetoprim kombinasyonlarını içeren klasik antibiyotikler 10 güne kadar tedaviyi sağlayacak miktarda reçete edildiği takdirde bedelleri ödenecektir.

Antiinflamatuvar ve antiromatizmal grubu ilaçların solid-oral formlarında büyük ambalaj kapsamına giren ilaçlar ayaktan tedavide, tek uzman hekim tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporuna dayanılarak reçete edildiklerinde, küçük ambalajlı formları ise rapor aranmaksızın reçete edildiklerinde bedelleri ödenir.

İlacın reçete edilmesindeki özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla, “Ayaktan Tedavide İlaç Kullanım Raporu ile Verilebilecek İlaçlar Listesi” (EK-2/C) ve “Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi”nde (EK-2) yer almamakla birlikte, uzun süreli kullanımı ilaç kullanım raporu ile belgelendirilen ilaçlar, katılım payı alınmak koşuluyla en fazla üç aylık tedavi dozunda reçete edildiği takdirde bedeli ödenir.

### **İlaç kullanım raporu aranmaksızın:**

a) Menopozda ve/veya disfonksiyonel uterin kanamalarda kullanılan ilaçlar, Tebliğ ve eki listelerdeki özel düzenlemeler hariç olmak üzere, kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimleri veya aile hekimliği uzman hekimleri tarafından en fazla üç aylık tedavi dozunda,

b) Yanıklar, anemiler, sistemik olmayan mantar enfeksiyonları, reflü ve GIS ülserlerinde kullanılan ilaçlar; yalnız dermatoloji uzman hekimlerince reçete edilebilen oral retinoidler, taburcu edilen hastaların idame tedavisi için düzenlenen reçetelere yazılan ilaçlar, hekim tarafından tedavi süresi belirtilmek kaydıyla en fazla bir aylık dozda,

reçete edildiği takdirde bedeli ödenir.

Bir ilacın ruhsatlı endikasyonları ve prospektüs dozu dışında kullanımı ancak Sağlık Bakanlığınca verilen onayla mümkündür. Ancak Tebliğ eki “Sağlık Bakanlığı Onayı Alınmaksızın Endikasyon Dışı Kullanılabilecek İlaçlar Listesi” nde (EK-2/E) yer alan ilaçların Tebliğ eki EK-2 Listesinde belirtilen hastalıklarda kullanımı halinde Sağlık Bakanlığının endikasyon dışı kullanım onayı aranmaz.

### **12.3. Hasta katılım payından muaf ilaçlar**

Tebliğ eki “Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi”nde (EK–2) yer alan hastalıklarda kullanılacak ilaçlar, Tebliğ ve eki listelerde yer alan özel hükümler saklı kalmak kaydıyla, ilaç kullanım raporuna dayanılarak en fazla 3 aylık tedavi dozunda reçete edilmesi halinde bedelleri ödenir.

Bu listede yer alan etken maddeler için, ilgili başlıktaki tanılarına uygun olacak şekilde ilaç kullanım raporu düzenlenmesi halinde katılım payından muaf tutulur.

İlaç kullanım raporuna istinaden EK–2 Listesinde yer alan hastalıklarda kullanılan ilaçlar için, 12.2 inci maddede belirtilen 4 kalem sınırlaması dikkate alınmaz.

İlacın reçete edilmesi ile ilgili Tebliğ ve eki listelerde belirtilen özel hükümler saklı kalmak kaydıyla; EK–2 Listesinde yer alan ilaçlar, ilaç kullanım raporuna dayanılarak tüm hekimlerce de reçete edildiğinde bedelleri ödenecektir.

Ayaktan yapılan intravenöz piyelografi (I.V.P) ve histerosalıngografi (HSG) tetkiklerinde kullanılacak non-iyonik radyo-opak maddelerden 50 ml.lik bir kutu kullanılması halinde yalnızca tetkiki isteyen uzman hekim veya radyoloji uzman hekimi tarafından reçete düzenlenmesi ve reçeteye radyo-opak madde ve yapılacak tetkikin ne olduğunun açıkça yazılması halinde bedelleri ödenir. 50 ml.yi aşan dozda non-iyonik radyo-opak madde kullanılması halinde ise ayrıca kullanılma gerekçesinin reçeteye yazılması halinde bedelleri ödenir. Söz konusu maddelerin, resmi sağlık kurumlarınca temin edilerek fatura edilmesi halinde reçete aranmaksızın bedelleri ödenir.

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.

### **12.4. Sadece yatan hastalarda kullanımı halinde bedelleri ödenecek ilaçlar**

Tebliğ eki “Sadece Yatan Hastalarda Kullanımı Halinde Bedelleri Ödenecek İlaçlar Listesi”nde (EK–2/B) yer alan ilaçların (anestezikler dâhil) bedelleri, sadece sağlık kurumlarında yatan hastalarda ve/veya tedavisi klinik şartlarda yapılabilen hastalarda kullanımı halinde ödenecektir.

Tebliğ eki EK–2/B Listesinde yer alan ilaçların reçete edilmesinde, Tebliğin 12.1.2 maddesindeki esas ve usullere uyulacaktır. Bu ilaçların ayakta tedavilerde reçetelere yazılması durumunda ödeme yapılmayacaktır.

### **12.5. Ayakta tedavide kullanımı ilaç kullanım raporuna bağlı ilaçlar**

Tebliğ eki “Ayaktan Tedavide Sağlık Kurulu Raporu İle Verilebilecek İlaçlar Listesi” nde (EK–2/C) yer alan ilaçların ayakta tedavilerde kullanımı gerektiği durumlarda, Tebliğ ve eki listelerde yer alan özel hükümler saklı kalmak kaydıyla, düzenlenen ilaç kullanım raporuna dayanılarak reçete edilmesi halinde bedelleri ödenir.

Tebliğ eki EK–2/C Listesinde yer alan ilaçlar için raporda, ayrıca ilaç/ilaçların kullanım dozu, uygulama planı ve süresi de belirtilecektir. Düzenlenen raporlar, tedavi süresi boyunca geçerlidir. Ancak, bu süre iki yılı geçemez.

Tebliğ eki EK–2/C Listesinde yer almakla birlikte, “Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi”nde (EK–2) yer almayan ilaçlardan hasta katılım payı alınacak, Tebliğ eki EK–2 Liste kapsamında olanlardan ise katılım payı alınmayacaktır.

Uzman hekim tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporu ile sürekli periton diyalizi tedavisinde kullanılması zorunlu görülen diyaliz solüsyonu ve sarf malzemelerinin, ayaktan tedavide reçete edilmesi halinde de bedelleri ödenir.

## **12.6. Bedeli ödenecek ilaçlar**

Bedeli ödenecek olan ilaçlar bu Tebliğe ekli (EK–2/D) “Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi”nde belirtilmiştir. Bu listede ticari isimleri ve barkot numaraları yer almayan ilaçların bedelleri ödenmez. Yurt dışından temin edilen ilaçlar için özel düzenlemeler saklıdır.

## **12.7. Bazı özel hastalıklara ve ilaç kullanımına ilişkin düzenlemeler**

### **12.7.1. Altın preparatları, biyolojik ajanlar, leflunomid ve subkutan metotreksat kullanım ilkeleri**

**a) Subkutan metotreksat kullanım ilkeleri;** romatoid artritli hastalarda; fiziksel tıp ve rehabilitasyon, romatoloji veya immünoloji (erişkin veya çocuk) uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

**b) Leflunomid kullanım ilkeleri;** romatoid artritli hastalarda, diğer hastalık modifiye edici ilaçlarla kontrol altına alınamadığı veya bu ilaçların kullanımının kontrendike olduğu iç hastalıkları, romatoloji, immünoloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenecek ilaç kullanım raporunda belirtilmek şartıyla bu uzman hekimler tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Raporda ilacın kullanım dozu ve kullanım süresi belirtilecektir.

**c) Altın preparatları kullanım ilkeleri;** altın preparatları kullanımından önce diğer antiromatizmal ilaçlar ile tedavi yapılacaktır. Bu tedaviye cevap alınamaması durumunda ve tedavinin devamı gerektiğinde; ilaç kullanım raporu düzenlenecek, raporda ayrıca daha önce yapılan tedaviden alınan sonuçlar, tedavinin ne kadar süredir devam ettiği, yeni kullanılacak ilacın kullanım dozu, kullanım süresi ve ayrıntılı tedavi şeması da belirtilecektir.

### **ç)Biyolojik ajanlardan Anti TNF (infliksımab, etanarsept, adalimumab gibi) ilaçların kullanım ilkeleri;**

**a) Romatoid artritli hastalarda,** en az 2 farklı hastalık modifiye edici antiromatizmal ilacı, en az 3’er ay olmak üzere kullanmış olmasına rağmen hastalık aktivitesinin kontrol altına alınamadığı (Hastalık Aktivite Skoru (DAS) 28 > 5.1) veya yan etki nedeniyle bu ilaçların kullanılmadığı hallerde (poliartiküler juvenil romatoid artritte DAS aranmaz),



**b) Aksiyel tutulumlu ankilozan spondilitli hastalarda**, biri maksimum doz indometazin olmak üzere en az 2 nonsteroid antiinflatuar ilacı maksimum dozunda kullanmasına rağmen yeterli cevap alınamayan veya yan etkileri nedeniyle bu ilaçların kullanılmadığı hallerde,

**c) Periferik eklem tutulumlu ankilozan spondilitli hastalarda**, sulfasalazin veya metotreksat kullanılmasına rağmen cevap alınamayan veya yan etkileri nedeniyle bu ilaçların (Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi (BASDAİ) > 4, Visual Analog Skoru (VAS) 0-10cm) kullanılmadığı hallerde,

**d) Psöriatik artritli hastalarda**, 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 kalınmışsa;

bu durumların ilaç kullanım raporunda belirtilmesi halinde Anti TNF ilaçlar kullanılabilir.

Bu maddenin (c) ve (ç) bentlerinde belirtilen ilaçlar; erişkin/pediyatrik romatoloji veya erişkin/pediyatrik immünoloji uzman hekimlerinden biri veya üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimi tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerden biri veya iç hastalıkları uzman hekimi tarafından reçete edilebilir.

Söz konusu ilaçların;

İntravenöz formları, immünoloji veya romatoloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya iç hastalıkları uzman hekiminin bulunduğu sağlık kurumunda uygulanır.

Subkütan formlarının ilk dozları immünoloji veya romatoloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya iç hastalıkları uzman hekiminin bulunduğu sağlık tesisinde hekim gözetiminde yapılır, uygun enjeksiyon tekniği konusunda hastaya veya hasta yakınına eğitim verildikten sonra ilgili uzman hekim uygun gördüğü ve ilaç kullanım raporunda “Mahallinde tedavisi sürdürülebilir” ibaresine yer verdiği takdirde hastane dışında uygulanmak üzere üç aylık dozlar halinde reçete edilebilir.

İlacın etkinliği, ilaca başlandıktan üç ay sonra bu ilaç için ilaç kullanım raporu düzenlemeye yetkili hekim tarafından değerlendirilir, 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 edilmesi durumunda bedeli ödenmeyecektir.

Bu ürünler ve diğer antiromatizmal ilaçlar, gerekli olduğu hallerde raporda belirtilmek koşuluyla ve yukarıda belirtilen şartlarda, kombine olarak da kullanılması halinde bedeli ödenir.

**Psoriyazis vulgariste;** üniversite hastaneleri veya eğitim ve araştırma hastanelerinde dermatoloji uzman hekimince düzenlenen, diğer hastalık modifiye edici ilaçlara dirençli

olduğunu, kullanılacak ilacın günlük doz ve süresini belirten ilaç kullanım raporuna dayanılarak dermatoloji uzman hekimlerince reçete edildiğinde bedeli ödenir.

**Crohn hastalığında;** diğer tedavilere cevap vermeyen fistülize vakalarda bu durumun ve daha önce almış olduğu ilaçların günlük kullanım dozu ve kullanım süresini belirten gastroenteroloji veya genel cerrahi uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ve kullanılacak ilacın dozu ve süresini gösteren ilaç kullanım raporuna dayanılarak sağlık tesislerinde klinik koşullarda uygulanması ve iç hastalıkları veya genel cerrahi uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

Söz konusu ilaçların yatan hastalara kullanılması halinde de ilaçların verilebilmesine ilişkin kriterler aranacaktır.

Yukarıda bahsedilen durumların tedavisi için düzenlenen ilaç kullanım raporlarının süresi bir yılı aşmayacaktır, raporun tekrarı halinde aynı kriterler geçerlidir.

### **12.7.2. Antidepresanlar ve antipsikotiklerin kullanım ilkeleri**

a) Trisiklik, tetrasiklik ve SSRI grubu antidepresanlar tüm hekimlerce yazılabilir.

SNRI, SSRE, RIMA, NASSA grubu antidepresanlar, psikiyatri (erişkin ve çocuk), nöroloji (erişkin ve çocuk) uzman hekimlerinden biri tarafından veya bu hekimlerden biri tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edildiğinde bedeli ödenir.

b) Yeni nesil (atipik) antipsikotiklerin (klozapin, olanzapin, risperidon, amisülpirid, ketiapin, ziprosidon, aripiprazol, zotepine) oral formlarının, psikiyatri (erişkin ve çocuk) veya nöroloji (erişkin ve çocuk) uzman hekimleri tarafından, parenteral formlarının ise yalnızca psikiyatri (erişkin ve çocuk) uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri ödenir.

Yeni nesil (atipik) antipsikotikler, psikiyatri (erişkin ve çocuk) veya nöroloji (erişkin ve çocuk) uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporuna dayanılarak diğer hekimler tarafından da reçete edilmesi halinde bedelleri ödenir.

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

Acil hallerde, acil servislerde, yeni nesil (atipik) antipsikotiklerin parenteral formlarının, (uzun salınımlı/depo etkili formları hariç) klinik şartlarda, tek doz olarak, diğer hekimler tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri ödenir.

Demansta, atipik antipsikotik ilaçlar, psikiyatri, nöroloji veya geriatri uzman hekimi tarafından veya bu hekimlerden biri tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporuna dayanılarak diğer hekimler tarafından da reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

c) Antidepresanlar ve antipsikotikler için düzenlenecek ilaç kullanım raporunda ilacın kullanılacağı süre belirtilecektir.

### 12.7.3. Aşı ve serum temini uygulaması

Zehirlenmelerde kullanılan antitodların bedelinin tamamı sağlık raporu aranmaksızın ödenir.

Aşı bedelleri (Sağlık Bakanlığı Genişletilmiş Bağışıklama Programı kapsamına dahil olan; kızamık, difteri, boğmaca, tetanos, hepatit B, polio, BCG, MMR ve HİB aşıları hariç); kronik böbrek yetmezliği, kistik fibrozis, KOAH, kanser, HIV/AIDS enfeksiyonu, splenektomi olanlar ve immünsupresif tedaviye bağlı olarak bağışıklık durumu olumsuz etkilendiği için enfeksiyon hastalıklarının daha ağır seyrettiği yüksek riskli kişilerin bu durumlarını belgeleyen sağlık raporuna istinaden ödenir.

Enjektabl yolla alınan alerji aşılarının bedeli; bronşiyal astma, alerjik rinit, alerjik konjonktivit ve benzeri atopik (akar) duyarlılığı olan hastaların tedavisinde kullanılması immünoloji, alerji, çocuk sağlığı ve hastalıkları, kulak burun boğaz, göz hastalıkları veya göğüs hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporu ile belgelendirilen hastalara, bu uzman hekimlerden biri veya iç hastalıkları uzman hekimi veya aile hekimliği uzman hekimi tarafından reçete edildiğinde hasta katılım payı alınması kaydıyla ödenir.

Alerji aşılarının oral formları ödenmez.

3 ay süre ile uygulanan medikal tedavi ve izlem sonrası laboratuvar testlerine göre aşı uygulaması başlanmasına yönelik ilaç kullanım raporu, ikinci veya üçüncü basamak resmi sağlık kurumu immünoloji, alerji, çocuk sağlığı ve hastalıkları, kulak burun boğaz, göz hastalıkları veya göğüs hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenecektir. Tedavi arı venom alerjisi hariç 5 yılı geçemez.

Arı venomları, resmi sağlık kurumları immünoloji, çocuk sağlığı ve hastalıkları, kulak burun boğaz, göz hastalıkları veya göğüs hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporu ile belgelendirilen hastalara, bu uzman hekimlerden biri tarafından reçete edilmeleri halinde bedeli ödenir.

Grip aşıları için; 65 yaş ve üzerindeki kişiler ile yaşlı bakımevi ve huzurevinde kalan kişilerin durumlarını belgelendirmeleri halinde rapor aranmaksızın; astım dâhil kronik pulmoner ve kardiyovasküler sistem hastalığı olan erişkin ve çocuklar, diabetes mellitus dahil herhangi bir kronik metabolik hastalığı, kronik renal disfonksiyonu, hemoglobinopatisi veya immün yetmezliği olan veya immünsupresif tedavi alan erişkin ve çocuklar ile 6 ay–18 yaş arasında olan ve uzun süreli asetil salisilik asit tedavisi alan çocuk ve adolesanların hastalıklarını belirten sağlık raporuna istinaden, tüm hekimlerce reçete edildiğinde aşıların bedelleri Kurumca yılda bir defaya mahsus olmak üzere ödenir.

Pnömonokok aşıları (polisakkarit); iki yaş üstü çocuklarda ve erişkinlerde, aspleni, dalak disfonksiyonu, splenektomi (medikal, cerrahi ve otosplenektomi) yapılan veya planlanan olgular, orak hücre hastalığı, çölyak sendromu, immünsupresif tedavi, radyasyon tedavisi, organ transplantasyonu ve HIV tüm evreleri dâhil tedaviye veya hastalıklara bağlı immün yetmezlik ve immün baskılanma durumları, kronik renal hastalık ve nefrotik sendromu, kronik kalp hastalıkları, astım dâhil kronik akciğer hastalıkları, siroz dâhil kronik karaciğer hastalıkları, diabetes mellitus dâhil herhangi bir kronik metabolik hastalığı, hemoglobinopati, doğuştan ve edinilmiş kraniyal defektler ve dermal sinüsler dâhil beyin omurilik sıvısı sızıntısına sebep olan durumlarda, hastalıklarını belirten sağlık raporuna dayanarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde 5 yılda bir bedelleri ödenir.

#### 12.7.4. Rasburicase kullanım ilkeleri

Myeloablatif dozda çoklu ajanlı kemoterapi uygulanan, tümör yükü olan hematolojik maligniteli veya akut lösemi tanısı almış ve beyaz küre sayısı 100.000/mm<sup>3</sup>'den fazla olan, allopurinol ve hidrasyon tedavisine rağmen böbrek fonksiyonları bozulmuş (kreatin > 2 mg/dl, kreatin klerensi < 50 ml/dakika) veya allopurinolün kontrendike olduğu hastalarda prospektüs şartlarına (en fazla 5 günlük tedavi) göre yatan hastalarda kullanılır. Çocuk veya erişkin hematoloji, tıbbi onkoloji veya nefroloji uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporu doğrultusunda bu uzman hekimlerden birinin yazdığı reçeteye göre, raporda laboratuvar sonuçlarının yer alması kaydıyla bedeli 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 uygulamayı yapacak göz hastalıkları, nöroloji ile fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerinin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak;

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

olgularında üniversite hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri ile erişkin veya çocuk spastisite dal hastanelerinde yukarıda belirtilen uzman hekimler tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

b) Pediatrik serebral palside kullanımı:

- Üniversite hastaneleri veya eğitim ve araştırma hastaneleri ile erişkin veya çocuk spastisite dal hastanelerinde; ortopedi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, çocuk nörolojisi veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak belirtilen uzman hekimlerden biri tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

- 10 yaşa kadar; sistemik hastalığı, kemiksel deformite, kanama diyatezi, fiks kontraktür olmayan hastalarda en fazla iki adaleye uygulanır.

- Tedaviden yarar görüp tekrarı düşünülen hastalarda 6 ay sonra yeni bir sağlık kurulu raporu düzenlenerek en fazla iki uygulama ve tek seansta botoks için toplam 300 üniteyi, dysport için 1000 üniteyi aşmamak üzere yapılabilir.

## 12.7.6. Büyüme hormonu kullanım esasları

Çocuk veya erişkin endokrinoloji uzman hekimleri tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporu ile bu hekimlerden biri tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Bu raporda, ilacın kullanım dozu, uygulama planı ve süresi de belirtilir. Rapor, en fazla bir yıl süreyle geçerli olup hastanın yaşı ve fiziki boy uzunluğu bu rapora yazılacaktır.

İlaçların günlük doz miktarı belirtilmek suretiyle en fazla 3'er aylık dozlar halinde reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

### 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 endokrinolojisi 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 Kıstasları: 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 belirtildiği ilaç kullanım raporu ile 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 raporda belirtilmesi kaydıyla hedeflenen yaş grubu ortalama boy skalasına göre 25 percentile ulaşana kadar her yıl ilaç kullanım raporu yenilenecektir.

### **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,
- 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 erişkin endokrinoloji uzman hekimi tarafından hazırlanan ilaç kullanım raporuna dayanılarak başlanabilecek ve müteakiben erişkin endokrinoloji uzman hekimi tarafından reçete edildiğinde bedeli ödenecektir. Rapora tedavi şeması ile ilgili ayrıntılı bilgi yazılacaktır. Bu rapor en fazla bir yıl süreyle geçerli olacaktır.

### **12.7.7. Düşük molekül ağırlıklı heparinlerin kullanım ilkeleri**

Bu ilaçların, uzman hekimler tarafından reçete edilmesi halinde veya uzman hekim tarafından düzenlenen, kullanılacak ilacın dozu ve süresini gösteren ilaç kullanım raporuna dayanılarak diğer hekimler tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

Bu ilaçlar, hastanede yatan hastalarda veya acil müdahale gerektiren durumlarda acil servislerde rapor aranmaksızın tüm hekimler tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri ödenir.

Diyaliz tedavilerinde, heparinler paket işleme dâhil olduğundan reçete edilse dahi bedeli ödenmez.

### **12.7.8. Enteral ve parenteral beslenme ürünleri verilme ilkeleri**

#### **a) Enteral beslenme ürünleri;**

Normal çocuk beslenmesinde kullanılanlar hariç olmak üzere ayaktan tedavide, malnütrisyonu olanlar, malabsorpsiyonlu olanlar veya oral beslenemeyen ancak enteral beslenmesi gereken hastalar ile doğuştan metabolik hastalığı olanlar ve/veya kistik fibrozisi olanlara ilaç kullanım raporuna dayanılarak uzman hekimlerce reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

Raporda, beslenme ürününün adı, günlük kalori ihtiyacı ve buna göre belirlenen günlük kullanım miktarı açıkça belirtilerek reçeteye en fazla 30 günlük dozda yazılacaktır.

Raporda belirtilmek kaydıyla;

- Son 3 ayda ağırlığında %10 ve daha fazla kilo kaybı olanlar veya
- “Subjektif global değerlendirme kategorisi” C veya D olanlar veya
- Çocukluk yaş grubunda, yaşına göre boy ve/veya kilo gelişimi 2 standart sapmanın altında (< -2SD) olanlar,

malnütriyon tanımı içerisinde kabul edilecektir.

#### **b) Parenteral beslenme ürünleri;**

Yatan hastalar dışında, oral ve tüple beslenemeyen hastalara, bu durumun sağlık kurulu raporunda belirtilmesi kaydıyla uzman hekim tarafından en fazla 30 günlük dozda reçete edilmesi halinde parenteral beslenme ürünlerinin bedeli ödenir.

### **12.7.9. Eritropoietin alfa-beta, darbepoetin, sevelamer, parikalsitol kullanım ilkeleri**

#### **a) Eritropoietin ve darbepoetin kullanım ilkeleri;**

##### **1) Kronik böbrek yetmezliğinde;**

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 gr/dl altında ise tedaviye başlanır. Hedef hemoglobin değeri 11–12 gr/dl arasındır. Hemoglobin değeri 11 gr/dl'ye ulaşıncaya kadar başlangıç dozunda tedaviye devam edilir ve Hb seviyesini 11–12 gr/dl arasında tutabilmek için idame dozda tedaviye devam edilir. Hb seviyesi 12 gr/dl'i aşınca tedavi kesilir. Hasta Hb seviyesi için takibe alınacak ve Hb seviyesi 11–12 gr/dl'nin arasına gelince hastaya idame dozda tedaviye tekrar başlanabilir. İdame tedavi sırasında ve/veya tedaviye yeniden başlandığında TSAT > %20 ve/veya ferritin > 100 µg/L olmalıdır. Bu değerlere 3 ayda bir bakılır ve tetkik sonuç belgesi reçeteye eklenir.

Eritropoietin alfa-beta ve darbepoetin, nefroloji uzman hekimi veya diyaliz sertifikalı uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporuna dayanılarak, nefroloji uzman hekimi veya diyaliz merkezinde görevli diyaliz sertifikalı tüm hekimlerce yazılabilir.

Tedaviye başlama ve idame dozu, sırasıyla: darbepoetin için 0.25–0.75 mcg/kg/hafta ve idame dozu 0.13–0.35 mcg/kg/hafta, eritropoietin alfa-beta için ise ile tedaviye başlangıç dozu 50–150 IU/kg/hafta ve idame dozu 25- 75 IU/kg/haftadır.

Eritropoietin alfa-beta ve darbepoetin endikasyon muadili olarak birbirlerinin yerine kullanılabilirler.

Söz konusu ilaçların yatan hastalar için reçete edilmek suretiyle hastane dışından temin edilmesi halinde de bu hükümler geçerlidir.

## **2) Kronik böbrek yetmezliğinin dışında;**

Eritropoietin alfa-beta ve darbepoetin içeren ilaçların kronik böbrek yetmezliği dışında kullanımında, Sağlık Bakanlığınca belirlenen endikasyonlara ve kurallara uyulacaktır.

Eritropoietin alfa-beta içeren ilaçların başlangıç dozu, haftada 3 kez 5000 IU (toplam 15.000 IU) olarak verildiğinde bedeli ödenir, en az bir aylık kullanımdan sonra, gerektiğinde doz arttırılabilir.

Yeni doğanda eritropoietin alfa-beta kullanımı: doğum ağırlığı 1500 gr'ın altında veya 32 gebelik haftasından önce doğan bebeklere 200 IU/kg/hafta 3 kez 6 hafta süre ile uygulanabilir.

İlaç kullanım raporlarında ilacın kullanım dozu ve süresi belirtilir. Bir defada en fazla 1 aylık ilaç verilir.

Söz konusu ilaçların yatan hastalar için reçete edilmek suretiyle hastane dışından temin edilmesi halinde de bu hükümler geçerlidir.

## **b) Sevelamer kullanım ilkeleri:**

Tedaviye başlamak için diğer fosfor düşürücü ilaçların en az 3 ay süreyle kullanılmış olması gerekir. Bu süre sonunda:

1. Kalsiyum ve fosfor çarpımı 72 ve üzerinde olan veya



2. PTH düzeyinin 100 pg/ml değerinin altında olan adinamik kemik hastalığı olguları veya
3. Hastanın Kt/V değeri 1.4'ün üzerinde olmasına rağmen düzeltilmiş kalsiyum ve fosfor çarpımı 55'in üzerinde olan veya
4. Kt/V değeri 1.4'ün üzerinde olan hastanın PTH değeri 300 pg/ml ve üzerinde ve D3 kullanma endikasyonu olan,

hemodiyaliz tedavisi altındaki hastalara nefroloji veya diyaliz sertifikalı iç hastalıkları/çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinden birinin düzenlediği ilaç kullanım raporuna dayanılarak nefroloji uzman hekimi veya diyaliz sertifikalı tüm hekimler tarafından reçete edildiğinde bedeli ödenir. Fosfor düzeyi 3.5mg/dl'nin altında olduğu durumlarda sevelamer tedavisi kesilir.

#### **c) Parikalsitol kullanım ilkeleri:**

- 1) Diyalizat kalsiyumunun 1.25 mmol/l ile kullanılmasına rağmen albümin ile düzeltilmiş serum kalsiyumu 9.2 mg/dl altında ve serum fosfor 5 mg/dl altında ve parathormon (PTH) düzeyi 300 pg/dl'nin üzerinde olan hemodiyaliz tedavisi altındaki hastalarda başlanır.
- 2) Aynı hasta grubunda düzeltilmiş serum kalsiyum düzeylerinin 10.2 mg/dl veya serum fosfor düzeylerinin 6 mg/dl'yi geçtiği durumlarda kesilir.
- 3) İlgili koşulların söz konusu olduğu hastalarda hemodiyaliz raporuna istinaden 3 aylık dozda nefroloji uzman hekimi veya diyaliz sertifikalı tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.

Tetkik sonuçları reçete ekinde yer alacaktır. Reçete tekrarında yeni tetkik sonuçlarının reçeteye eklenmesi gerekmektedir.

#### **12.7.10. Lizozomal hastalıklar için tedavi ilkeleri**

Çocuk metabolizma hastalıkları veya erişkin endokrinoloji ve metabolizma veya gastroenteroloji (çocuk veya erişkin) uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı, teşhis ve tedavi ile ilgili tüm bilgileri içeren sağlık kurulu raporu düzenlenecektir.

Bu rapora dayanılarak hastanın tedavisi için gerekli ilaçlar adı geçen uzman hekimler tarafından 3 aylık miktarı aşmayacak miktarda reçeteye yazılabilir. Hastanın takip ve tedavi edildiği sağlık kurumlarında, hastalar adına dosyalar açılacak ve tüm bilgiler bu dosyada muhafaza edilecektir. Hasta takibi 3 ayda bir yapılır.

Hastanın tedavisi raporunda belirtilen tedavi şemasına göre adı geçen uzman hekimlerce, bu hekimlerin bulunmadığı yerlerde çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince klinik koşullarda uygulanır.

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

1) Teşhis için:

a) Hastanın enzim düzeyi (Glucocerebrosidase) belirlenecek (enzimatik teşhis) veya

b) Mutasyon analizi yapılacaktır.

2) Enzim tedavisi uygulama kriterleri:

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.

3) İlk tedavi başlangıcından 6 ay sonra, bu rapordan sonra da yılda bir kez rapor yenilenecektir.

4) İzleme kriterleri:

Tedaviye başlamadan önce karaciğer-dalak boyutları, tam kan sayımı, karaciğer enzimlerinin tayini, karaciğer-dalak boyutlarının volumetrik ölçümü, kemik lezyonları yönünden gerekli tetkikler yapılacaktır. Bu sonuçlar ilk düzenlenecek raporda belirtilecektir. Tedavi sırasında klinik ve laboratuvar değerlendirmeleri ile hastalığın ilerlemesinin durması veya düzelme gözlenmesi tedaviyi veren hekim tarafından tedavi sonrası devam kriteri olarak müteakip raporda ifade edilecek, tedavinin devamına veya kesilmesine hekim karar verecektir.

5) Halen tedavi almakta olan hastaların tedaviye devam edip etmeyecekleri bu Tebliğ'de yer alan kriterlere göre değerlendirilecektir.

6) Enzim dışındaki tedavi seçenekleri (substrat inhibisyonu tedavisi gibi) çocuk metabolizma hastalıkları veya erişkin endokrinoloji ve metabolizma veya gastroenteroloji (çocuk veya erişkin) uzman hekimlerinden birisinin bulunduğu üç imzalı ilaç kullanım raporunda enzim tedavisinin mümkün olmama gerekçelerinin (enzime karşı anaflaktik reaksiyon, tedavi etkinliğini bozan antikor varlığı vb) belirtilmesi halinde uygun endikasyonları doğrultusunda reçete edildiğinde bedeli ödenecektir.

## **B) Fabry hastalığı tedavi esasları**

Hastanın enzim düzeyi (Galactosidase) belirlenerek enzimatik tanı konulacaktır. Uygulanacak maksimum enzim dozu 2 haftada bir 1mg/kg'dır.

## **C) Mukopolisakkaridoz Tip I hastalığı tedavi esasları**

1) Hastanın enzim düzeyi (L-İduronidase) belirlenerek enzimatik tanı konulacaktır.

2) 0-5 yaş grubu hastalarda tedaviye başlamada "Denver Gelişim Envanteri", "Ankara Gelişim Envanteri" ve "Stanford-Binet Testi" uygulanarak zihinsel gelişim durumu esas alınacaktır. 6 yaş ve üzeri hastalarda ise enzimin kullanılabilmesi için "Çocuklar İçin Weshcler Zeka Ölçeği" (WISC-R) ve "Raven Standart Progresif Matrisler Testi" kullanılarak tespit edilen IQ seviyesinin 70 ve üzerinde olması gerekmektedir

3) Enzim tedavi dozu tek başına Hurler-Schie ve Schie formlarında haftada bir 0.58 mg/kg'dır.

Hurler tipinde enzim tedavisi esnasında en kısa sürede kemik iliği transplantasyonu yapılmalıdır. Enzim tedavisine başlandıktan 1 yıl sonra transplantasyonun yapılamaması halinde tedaviye devam edilip edilmeyeceği, yukarıda belirtilen uzman hekimlerden en az birinin bulunduğu sağlık kurulu raporunda belirtilecektir. Transplantasyondan sonra gerekliliği halinde enzim tedavisine 3 ay daha devam edilecek, klinik düzelme olduğu takdirde tedavi sonlandırılacaktır. Transplantasyonun etkisi olmamış ise enzim tedavisine devam kararı hekim tarafından verilecektir.

#### **D) Diğer lizozomal depo hastalıklarının tedavi esasları**

Pompe, Mukopolisakkaridoz tip II, VI, VII, Niemann-Pick, Wolman hastalığı ve Kolesterol Ester Depo Hastalığı gibi hastalıkların tedavisine çocuk hastalar için çocuk metabolizma hastalıkları, çocuk gastroenterolojisi, çocuk nörolojisi; erişkin hastalar için endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları, gastroenteroloji, nöroloji uzman hekimlerinden oluşan sağlık kurulu tarafından karar verilecektir. Tedavinin sonuçları hakkında yıllık rapor yazılacak ve bu rapor kurul tarafından değerlendirilerek tedavinin devamına karar verilecektir.

#### **12.7.11. Glokom ilaçları**

Glokom ilaçları ile tedaviye göz hastalıkları uzman hekimi tarafından başlanacaktır. Göz hastalıkları uzman hekimi tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporuna dayanılarak diğer hekimlerce de reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

#### **12.7.12. İmmünglobulinlerin kullanım ilkeleri**

##### **A) Spesifik/hiperimmün iv immünglobulinlerin kullanım ilkeleri**

Spesifik/hiperimmün immünglobulinler ayaktan tedavide, sadece Sağlık Bakanlığının onay verdiği endikasyonlarda, düzenlenecek ilaç kullanım raporuna dayanılarak uzman hekim tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Hepatit B, tetanos ve kuduz immünglobulinlerinde ilaç kullanım raporu şartı aranmayacaktır.

Anti-HEP B IG klinik uzman hekimler 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 bedeli ödenir.

Hepatit B İmmünglobulinin, Hepatit B virüs yüzey antijeni taşıyan (Hbs Ag) hastalarda karaciğer transplantasyonu sonrası enfeksiyon profilaksisi endikasyonunda kullanımı, söz konusu ilaçların prospektüsünde de belirtildiği gibi ameliyat süresince karaciğersiz fazda 10.000 IU, ameliyattan sonra ise her gün (yedi gün boyunca) 2.000 IU şeklindedir. Takip eden uzun dönem tedavi süresince aylık Anti HBs serum seviyesi kontrolleriyle, 100 IU/litre serum seviyesi olacak şekilde sürdürülmelidir. Bu uzun dönem tedavi süresince aylık toplam 2000 IU dozuna kadar kullanılması uygundur.

##### **B) Spesifik olmayan/gamma/polivalan immünglobulinler**

1. Pediatrik HIV enfeksiyonunda pediatrik enfeksiyon hastalıkları uzman hekimi,

2. Guillan-Barre sendromunda, bulber tutulumu olan myastenia graviste nöroloji (yetişkin ve çocuk ) uzman hekimi,

3. Gebeliğe sekonder immün trombositopeni veya gebelik ve ITP beraberliğinde kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimi,

4. Prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebeklerin nasokomiyal enfeksiyonları ile anne ve fetus arasındaki kan grubu uyumsuzluklarında hemolizin azaltılmasında, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından,

tarafından reçete edilebilir.

Diğer endikasyonlar için, hematoloji, tıbbi onkoloji, immünoloji veya romatoloji uzman hekimlerinden (bu uzman hekimlerin bulunmadığı eğitim ve araştırma hastanelerinde diğer uzman hekimler) biri tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporuna dayanılarak uzman hekimler tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

### **12.7.13. İnterferon kullanım ilkeleri**

#### **A) Kronik viral hepatitlerde alfa interferon kullanım ilkeleri**

İnterferonlar, kronik hepatit tedavisinde çocuk veya erişkin gastroenteroloji veya enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporuna dayanılarak bu uzman hekimler veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilir.

#### **1- Kronik hepatit B'de;**

a) Biyopsi ile “kronik aktif hepatit” (KNOPELL aktivite indeksi 4’ün üzerinde veya fibrozis skoru 2 ve daha üzerinde) tanısı konmuş ve HBV DNA pozitif [HBe Ag negatif olanlarda, 104 kopya/ml (2.000IU/ml) ve üzerinde; HBe Ag pozitif olanlarda ise 105 kopya/ml (20.000IU/ml) ve üzerinde] olanlarda,

bu durumları gösteren ilaç kullanım raporuna istinaden konvansiyonel veya pegil interferon tedavisine başlanabilir.

b) Kompanse evre karaciğer sirozlarında;

HBV DNA düzeyi 103 kopya/ml (200IU/ml) veya daha yüksek ve ALT düzeyi 2 kat veya daha yüksek ise HBe Ag’ine bakılmaksızın,

bu durumları gösteren ilaç kullanım raporuna istinaden konvansiyonel veya pegil interferon tedavisine başlanabilir.

Tedavi süresi;

interferon tedavisinin ilk defa başlanıldığı tarihten itibaren HBe Ag pozitif hastalarda 6 ay, (6 ay sonunda HB e Ag titrasyonunda düşme halinde 6 ay daha kullanılabilir),

HBe Ag negatif hastalarda en az 12 ay-en fazla 2 yıl,

HBe Ag negatif kompanse evre karaciğer sirozunda ise en az 6 ay en fazla 1 yıl olmak üzere, yukarıdaki kriterler doğrultusunda 18 yaş ve üzerindeki hastalarda hayatı boyunca 1 kür kullanılabilir.

Klasik interferonların toplam dozu haftada 30 milyon ayda 120 milyon üniteyi geçemez.

## **2- a) Akut hepatit C;**

Akut hepatit C olduğu kanıtlanan olgularda 2–4 üncü aydan itibaren pegil interferonlar 6 ay süreyle, Kronik B ve Kronik C hepatitinde kullanıldığı dozlarda reçete edildiği zaman bedeli ödenir.

## **b) Kronik hepatit C;**

Anti HCV ve HCV RNA'sı pozitif, histolojik olarak kronik hepatit saptanan (KNOCELL aktivite indeksi 4'ün üzerinde veya fibrozis skoru 2 ve daha üzerinde) ve kompanse karaciğer hastalığı bulguları olan hastalara ribavirinle kombine uygulanır. Tek başına ribavirin kullanım endikasyonu yoktur.

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

Gerek monoterapide gerekse ribavirin + interferon kombine tedavisinin 3 üncü ayı sonunda HCV RNA düzeylerinde 2 log veya daha fazla düşüş olmaması veya 6 ncı ayda HCV RNA pozitifliği devam ediyorsa tedavi kesilir.

Tedavi süresi 12 ayı geçmeyecektir. Eğer konvansiyonel interferonlar kullanılırsa, tedavi dozu haftada 3 gün, günde 4.5-5 milyon ünite şeklinde verilir. Bu durumda doz haftada 15 milyon ayda 60 milyon üniteyi geçemez. İndüksiyon tedavisi durumunda 3 ay süreyle her gün 4.5-5 milyon ünite/m<sup>2</sup> dozunda verildiğinde bedeli ödenir.

Ribavirin 18 yaş ve üzerindeki hastalar 75 kg'ın üzerinde ise en fazla 1200 mg/gün, 75 kg'ın altında iseler en fazla 1000 mg/gün, 18 yaşından küçük olan hastalarda ise 15 mg/kg/gün dozda reçete edildiğinde bedeli ödenir.

Genotip 2 veya 3 olduğu bilinen hastalarda ribavirin dozu en fazla 800 mg olacak şekilde verilir. Gerek interferonun gerekse ribavirinin tedavi süresi 6 aydır.

3) Hepatit-D'de 6 aydan fazla süredir ALT düzeyi normalin en az 2 katından fazla veya biyopsi ile (KNOCELL aktivite indeksi 4'ün üzerinde veya fibrozis skoru 2 ve daha üzerinde) tanı konmuş, anti deltası pozitif olan ve kronik hepatit saptanmış kompanse karaciğer hastalığı bulguları olan hastalara uygulanır. Konvansiyonel interferonlar kronik hepatit B ile aynı dozda kullanılır. HBV DNA >10<sup>4</sup> kopya/ml bulunan vakalarda tedaviye antiviral ilaçlardan biri eklenebilir.

İlaç kullanımı 104 haftalık toplam tedavi dozunu geçemez.

4) 1 inci, 2/b ve 3 üncü maddede belirtilen kronik hepatit B, kronik hepatit C ve hepatit D tedavisine başlama kriterlerine uygun olarak 18 yaşın üzerindeki hastalarda veya klasik

interferon tedavisine cevap vermeyen ve/veya nüks eden hastalarda pegil interferonlar kullanılabilir. Kronik hepatit B, C veya D tedavisinde, daha önce tedavi almamış hastalarda pegil interferonlar ile tedaviye başlanabilir.

Yukarıda belirtilen tüm şartlardaki kullanımlarında; pegil interferon alfa 2a en fazla 180 mikrogram/hafta; pegil interferon alfa 2b en fazla 1,5 mikrogram/kilogram/hafta dozunda reçete edildiğinde bedeli ödenir.

5) Kronik hepatit-B’de:

6 aydan daha uzun süredir ALT düzeyinin 2 katından yüksek, HBV DNA seviyesi HBe Ag pozitif olanlarda 105 kopya/ml ve daha yüksek, HBe Ag negatif olanlarda 104 kopya/ml ve daha yüksek olması koşuluyla biyopsi şartı aranmaksızın çocuk veya erişkin gastroenteroloji veya enfeksiyon hastalıkları uzman hekimleri tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporuna dayanılarak bu uzman hekimler veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde antivirallerin bedeli ödenir.

6) Teşhise esas olan bulgular ilaç kullanım raporunda belirtilecektir.

Söz konusu ilaçların yatan hastalar için reçete edilmek suretiyle hastane dışından temin edilmesi halinde de bu hükümler geçerlidir.

### **B) Multipl skleroz hastalığında beta interferon ve copolymer-1 kullanım ilkeleri**

Multipl skleroz hastalığında beta interferon ve copolymer-1 ilaç bedellerinin Kurumca ödenebilmesi için;

a) Disabilite skorunun (E.D.S.S.) 0–5,5 arasında olması ve

b) Olguların remitting-relapsing türü olması,

şartlarının birlikte gerçekleşmesi, bu durumun nöroloji uzman hekimi tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporunda belirtilmesi ve nöroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi gerekmektedir.

Söz konusu ilaçların yatan hastalar için reçete edilmek suretiyle hastane dışından temin edilmesi halinde de bu hükümler geçerlidir.

### **12.7.14. Kanser ilaçları verilme ilkeleri**

a) Ayaktan kemoterapi yapılacak kanserli hastalara tedavi protokolünü gösterir ilaç kullanım raporuna dayanılarak kür tanımına uyacak tedavi uygulanıyor ise bir kürlük, kür tanımına uymayan tedavi uygulanıyor ise en fazla 3 aylık dozda ilaç verilebilir. ((c) bendinin birinci fıkrasında bulunan ilaçlar için uzman hekim raporu, ikinci ve üçüncü fıkralarında belirtilen ilaçlar için ise sağlık kurulu raporu düzenlenecektir.)

Kanser tedavisinde kullanılacak hormonlar ve hormon antagonistleri ile maligniteye bağlı metastatik olgularda kullanılan yardımcı ilaçlar, tedavi protokolünü gösterir ilaç kullanım raporuna dayanılarak 3 aylık dozlarda verilebilir.

b) Sağlık Bakanlığı tarafından, endikasyon dışı kemoterapi kullanımında, tedavi protokolünü ve daha önce uygulanan kemoterapi dahil diğer tedavileri de gösteren tıbbi onkoloji veya çocuk onkolojisi (hematolojik maligniteler için tıbbi onkoloji, çocuk onkolojisi, hematoloji veya çocuk hematolojisi) uzman hekimlerinden birinin bulunduğu sağlık kurulu raporu aranır.

c) Kanser tedavisinde kullanılan ilaçların bedellerinin ödemesinde aşağıdaki esaslar uygulanacaktır:

1) Tedavi protokolünü gösteren ilaç kullanım raporuna dayanılarak kullanılan ilaçlar: Adriamisin, asparaginaz, bleomisin, busulfan, dakarbazin, daktinomisin, daunorubisin, epirubisin, estramustin, etoposid, fluorourasil, folinik asit, ifosfamid, hidroksiüre, karboplatin, karmustin, klorambusil, lomustin, metotreksat, melfalan, merkaptourin, mesna, mitoksantron, mitomisin, prokarbazin, siklofosfamid, sisplatin, sitozin arabinosid, streptozosin, tamoksifen, tioguanin, tiotepa, vinblastin, vinkristin.

Bu ilaçların endikasyon dışı kullanımı için Sağlık Bakanlığı izni aranmaz.

2) Üç uzman hekim tarafından düzenlenen ve tedavi protokolünü gösterir sağlık kurulu raporuna dayanılarak sadece ruhsatlı endikasyon alanlarında kullanılabilen ilaçlar: Amifostin, anagrelid, anastrazol, bikalutamid, buserelin, dosetaksel, eksemestan, filgrastim, fludarabin, flutamid, fotemustin, FUDR, gemsitabin, goserelin, idarubisin, interferon alfa 2a-2b, irinotekan, kapesitabin, kladribin, klodronat, lenograstim, letrozol, lipozomal doksorubisin, löprolid asetat, medroksiprogesteron asetat, paklitaksel, pamidronat, pemetreksed, pentostatin, raltidreksed, oksaliplatin, siproteron asetat, tegafur-urasil, topotekan, tretinoin, triptorelin asetat, vinorelbin, (vinorelbin tartaratın oral formları kür protokolünde belirtilmesi ve tedaviye enjektabl form ile başlanması şartıyla tedavinin 8 inci günü oral formları maksimum 120 mg/21 gün dozda kullanılır.) zolendronik asit.

3) Tıbbi onkoloji, çocuk onkolojisi, hematoloji veya çocuk hematolojisi uzman hekimlerinin bulunduğu hastanelerde bu uzman hekimlerden en az birinin yer aldığı, bu uzman hekimlerden hiçbirinin bulunmadığı eğitim ve araştırma hastanelerinde ise hastalıkla ilgili branşlardaki uzman hekimlerce düzenlenmiş ve tedavi protokolünü gösterir sağlık kurulu raporuna dayanılarak sadece ruhsatlı endikasyon alanlarında kullanılabilen ilaçlar: Alemtuzumab, bevasizumab, bortezomib, darbepoetin, eritropoietin alfa-beta, erlotinib, fulvestrant, gefinitib, ibritumomab tiuksetan, interleukin-2, imatinib, imiquimod, okreotid, rituksimab, setuksimab, talidomid, temozolomid, trastuzumab.

**Alemtuzumab:** Kemik iliği tutulumu gösterir biyopsi sonucuyla, yeterli doz ve sürede alkilleyici ajanlar alan ve fludarabin fosfat kürlerini tamamlayan yada fludarabin temelli kombinasyon rejimlerine kesin olarak dirençli hale gelmiş (Evre III veya Evre IV Kronik Lenfoid Lösemi-KLL) hastalarında hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporunda belirtilmesi şartıyla, sekiz haftalık tedaviyle cevap alınması durumunda raporda belirtilmesi koşuluyla tedavinin on iki haftaya kadar uzatılabilmesi, cevap alınmaması durumunda ise tedavinin sekiz haftayla sınırlandırılması, bu rapora istinaden hematoloji veya tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilebilir.

**Fulvestrant:** Doğal veya yapay postmenapozal kadınlarda, lokal veya metastaz yapmış hormon reseptör pozitif meme kanserinde, endokrin tedaviden (anastrozol, tamoksifen) sonra ilerlemeye devam etmiş hastalarda, hazırlanan raporda bunların belirtilmesi koşuluyla reçete edilebilir.

Kanser tedavisindeki ilaç kullanım raporlarında tedavi protokolü ve 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 bulunmalıdır.

**Ritüksimab:** Nükseden veya kemorezistan CD20 pozitif foliküler lenfoma, diffüz büyük B hücreli lenfoma, mantle hücreli lenfoma teşhisi konmuş hastaların tedavisinde, evre III veya evre IV CD20 pozitif foliküler lenfomalı hastalarda CVP (siklofosomid, 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 doza kadar kullanımı halinde geri ödenir. Bu iki durumda rituximab kullanımına cevap veren ancak progresif hastalık gelişen vakalarda ilave olarak 4 doz daha kullanılabilir. CD20 pozitif diffüz büyük B hücreli lenfomada maksimum 8 doza kadar geri ödenir.

**İbritumomab tiuksetan:** terapötik rejiminin bir parçası olarak kullanıldığında maksimum iki doza kadar geri ödenir.

**Imatinib:** Tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen en fazla 6 ay süreli ilaç kullanım raporu ile bu uzman hekimler tarafından reçete edilir.

**Oktreotid ve lanreotid:** akromegali tedavisinde endokrinoloji ve metabolizma uzman hekimlerince reçete edilir.

**Temozolomid:** Radyoterapi ile birlikte ve/veya sonrası kullanımında radyasyon onkolojisi uzman hekiminin bulunduğu sağlık kurulu raporuna dayanılarak reçete edilir.

4) Yukarıda isimleri veya endikasyonu belirtilmeyen kemoterapi ilaçlarının ödemesinde bu bendin 3. fıkra hükümleri uygulanır.

5) Söz konusu ilaçların yatan hastalar için reçete edilmek suretiyle hastane dışından temin edilmesi halinde de bu hükümler geçerlidir.

### 12.7.15. Klopidoğrel kullanım ilkeleri

a) Koroner artere stent uygulanacak hastalarda kardiyoloji veya kalp damar cerrahisi uzman hekimleri tarafından rapor aranmaksızın bir defaya mahsus olmak üzere 24 saat öncesinden başlanabilir. Stent takılan hastalarda hastanın taburcu olmasından itibaren rapor aranmaksızın 4 haftalık dozun bu hekimler tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

b) Akut koroner sendrom tanısıyla hastaneye yatırılan veya müşahedeye alınan hastalarda EKG değişikliği veya troponin pozitif olan ST yükselmesiz miyokard enfarktüsü veya anstabil anginalı hastalar ile ST yükselmeli miyokard enfarktüsü hastalarında kardiyoloji, kalp damar cerrahisi veya acil tıp uzman hekimleri tarafından rapor aranmaksızın bir defaya mahsus olmak üzere reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Bu durumlarda hasta taburcu olduktan sonra 4 haftayı geçmemek üzere bu hekimlerden biri tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporu ile diğer hekimler tarafından da reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

c) Kalp kapak biyoprotezi bulunanlarda, anjiyografik olarak belgelenmiş koroner arter hastalığı, tıkaçıcı periferik arter hastalığı veya serebral iskemik olay (iskemik inme) saptanan



ve gastrointestinal intoleransı olduğu raporda belirtilen hastalarda, kardiyo­loji, iç hastalıkları, nöroloji, kalp damar cerrahisi veya acil tıp uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ve 12 ayı geçmemek üzere kullanım süresinin belirtildiği ilaç kullanım raporu ile diğer hekimler tarafından da reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Raporun yenilenmesi halinde yukarıda belirtilen hususlar geçerlidir.

ç) 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 radyoloji uzman hekimleri tarafından rapor aranmaksızın bir defaya mahsus olmak üzere 24 saat öncesinden başlanabilir. Bu işlemler ile stent takılan hastanın taburcu olmasından itibaren rapor aranmaksızın 4 haftalık doz bu hekimler tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

#### **12.7.16. Doğuştan metabolik hastalıklar ile çölyak hastalığı**

Doğuştan metabolik hastalıklar ile çölyak hastalığında;

a) Çocuk mamaları, gıda olması nedeniyle Tebliğ eki EK-2/D Listesine dahil edilmemiştir. Ancak, doğuştan metabolik hastalığı 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, öncelikle çocuk metabolizma hastalıkları veya erişkin endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları yada çocuk veya erişkin gastroenteroloji uzman hekimleri tarafından, bu uzman hekimlerin bulunmaması halinde çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından yazılması halinde bedeli ödenir.

b) Protein metabolizması bozukluklarında (aminoasit metabolizması bozuklukları- üre siklus bozuklukları- organik asidemiler), (a) bendinde belirtilen özel tıbbi mamalara ilave olarak, hastaların kısıtlı diyetleri sebebi ile hayati öneme haiz özel formüllü un ve özel formül içeren ürünler (makarna, şehriye, bisküvi, pirinç, yumurta ikamesi, çikolata, gofret vb.) bir aylık;

0-12 ay için: 1 kg.1 un, 1300 gr.1 mamul (şehriye, bisküvi, pirinç, yumurta ikamesi), 2300 gr;

1-5 yaş için: 2 kg.1 un, 2 kg.1 mamul (makarna, şehriye, bisküvi, pirinç, yumurta ikamesi), 200 gramı da çikolata, gofret vb olmak üzere toplam 4200 gr.;

5-15 yaş için: 3 kg.1 un, 2,5 kg.1 mamul (makarna, şehriye, bisküvi, pirinç, yumurta ikamesi ), 250 gramı da çikolata, gofret vb olmak üzere toplam 5750 gr;

15 yaş üstü için: 4 kg.1 un, 3 kg.1 mamul (makarna, şehriye, bisküvi, pirinç, yumurta ikamesi) olmak üzere toplam 7 kg

olacak şekilde en fazla üçer aylık dozlar halinde verilecektir.

Bu ürünlerin bedeli, katkı payı alınmaksızın karşılanır.

c) **Çölyak hastalığında**; özel formüllü un ve özel formüllü un içeren ürünlerin (makarna, şehriye, bisküvi, çikolata, gofret vb.) bedelleri, çocuk veya erişkin gastroenteroloji uzman hekimi tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak bir aylık;

0-5 yaş için: 2 kg.1 un, 1,5 kg.1 mamul (makarna, şehriye, bisküvi), 250 gramı çikolata, gofret vb olmak üzere toplam 3750 gr.;

5-15 yaş için: 3 kg.1 un, 2 kg.1 mamul (makarna, şehriye, bisküvi ), 250 gramı çikolata, gofret vb olmak üzere toplam 5250 gr.;

15 yaş üstü için: 4 kg.1 un, 2 kg.1 mamul (makarna, şehriye, bisküvi ) olmak üzere toplam 6 kg.

olacak şekilde en fazla üçer aylık dozlar halinde verilecektir. Unun 1 kg'ı için ödenecek tutar 5 YTL'nı geçemez.

Bu ürünlerin bedeli, katkı payı alınmaksızın karşılanır.

Doğuştan metabolik hastalıklar ile çölyak hastalığı için düzenlenecek uzman hekim raporu, ilaç kullanım rapor formatına uygun olarak, bir ayda kullanılacak en fazla miktarın ve kullanım süresinin un ve ürün olarak ayrı ayrı belirtilerek düzenlenecektir. Bu ürünler en fazla üçer aylık dozlar halinde raporda belirtilen kullanım süresi ve miktarlara uygun olarak tüm hekimlerce reçeteye yazılabilecektir.

#### **12.7.17. Osteoporozda ilaç kullanım ilkeleri**

İlaç kullanım raporuna dayanılarak reçete edilirler. Aşağıdaki hasta gruplarında bifosfonatların veya diğer osteoporoz ilaçların (raloksifen, calcitonin, stronsiyum ranelat) kullanımında raporda tedavi süresi belirtilir, omurgadan ve femurdan yapılan tetkiklerle ilgili KMY ölçümünün bir örneği reçeteye eklenir. Rapor süresi 1 yıldır. Bu grup ilaçların birlikte kombine kullanımı halinde sadece birinin bedeli ödenir.

Aktif D vitaminleri osteoporoz teşhisinde ödenmez.

#### **A. Senil, postmenopozal ve cerrahi menapoza bağlı osteoporozda:**

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

2) Lomber bölgeden posteroanterior veya lateral yapılan KMY ölçümünde L1-4 veya femoral bölgeden yapılan femur total veya femur boynu KMY ölçümünde "T" değerlerinden herhangi birinin -2,5 veya daha düşük olduğu hastalarda,

ilaç kullanım raporuna dayanılarak reçete edilir.

## **B. Senil, postmenopozal ve cerrahi menapoza bağlı osteopenide (T-skorunun -1 ile**

### **-2.5 arasında olması)**

Aşağıdaki hasta gruplarında bifosfonatların veya diğer osteoporoz ilaçların (raloksifen, stronsiyum ranelat) kullanımında raporda tedavi süresi belirtilir, omurgadan ve femurdan yapılan tetkiklerle ilgili KMY ölçümünün bir örneği ile belirlenen hastalıklara ait raporun bir örneği reçeteye eklenir.

Romatoid artrit, çölyak hastalığı, kronik inflamatuvar barsak hastalığı (Crohn Hastalığı veya Ülseratif Kolit), ankilozan spondilit, hipertiroidi, hipogonadizm, hipopituitarizm, anoreksia nervroza, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, tip I diyabet, uzun süreli (en az 3 ay) ve > 5mg/gün sistemik kortikosteroid kullanımı veya organ nakli uygulanmış hastalara sağlık kurulu raporuna dayanılarak reçete edilir.

### **C. Sudek atrofisinde:**

Altı ay boyunca uygulanan standart tedavilere (analjezik, fizyoterapi) rağmen yeterli cevap alınmadığının ve lokal kırığın raporda belirtilmesi halinde ilaç kullanım raporuna dayanılarak reçete edilir.

Yukarıda belirtilen durumlar için düzenlenen raporların süresi 1 (bir) yıldır. Osteoporozda ilaç tedavisi son 6 ay içinde yapılan KMY ölçümüyle planlanır. Ölçüm en erken 1 yıl sonra tekrar edilebilir ve yılda bir defadan daha sık yapılamaz. 75 yaş ve üzerindeki hastalarda KMY ölçümüne gerek yoktur. KMY ölçümü bir kalçasında protez olan hastada diğer kalçadan, her iki kalçasında da protez olan hastada vertebradan yapılabilir.

Söz konusu ilaçların yatan hastalar için reçete edilmek suretiyle hastane dışından temin edilmesi halinde de bu hükümler geçerlidir.

### **12.7.18. Orlistat ve sibutramin etken maddesi içeren ilaçların kullanım ilkeleri**

Endokrinoloji ve metabolizma uzman hekiminin bulunduğu resmi sağlık kurumlarınca düzenlenen en fazla üç ay süreli ilaç kullanım raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Yazılan her reçeteye, hastanın bir önceki reçeteye göre kaybettiği kilo, diyet ve egzersize uyduğu, BMI değeri hekim tarafından yazılarak kaşe ve imza onayı yapılacaktır.

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

- Obez hastalarda vücut kitle indeksi (BMI) ? 40 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. Bu etkin maddelerin kullanımları hastanın hayatı boyunca her şartta 2 yılı geçmeyecektir.

Söz konusu ilaçların yatan hastalar için reçete edilmek suretiyle hastane dışından temin edilmesi halinde de bu hükümler geçerlidir.

#### **12.7.19. Migrende ilaç kullanım ilkeleri**

a) Triptanların oral formlarının nöroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Bu grup ilaçlardan yalnız bir etken madde reçete edilebilir ve ayda en fazla 6 doz/adet (tablet, sprey veya kartuş) yazılabilir. Aynı ilacın farklı farmasötik formlarının aynı anda reçete edilmesi halinde birisinin bedeli ödenir.

b) Topiramate diğer profilaktik migren ilaçların 6 ay süreyle kullanılıp etkisiz kaldığı durumlarda nöroloji uzman hekimince düzenlenen ilaç kullanım raporunda belirtilerek tedaviye başlanır.

İlaç kullanım raporları 1 yıl süreyle geçerlidir ve nöroloji uzman hekimince düzenlenen ilaç kullanım raporuna dayanılarak diğer hekimler tarafından da reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

#### **12.7.20. Palivizumab kullanım ilkeleri**

Palivizumab etken maddesini taşıyan preparatın neonatoloji (yenidoğan), çocuk alerjisi, çocuk enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından reçete edilmesi ve belirtilen koşullarda kullanılması halinde bedelleri hasta katılım payı alınmadan ödenir.

Yüksek RSV riski taşıyan çocuk 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 bronkodilatatör 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.

Söz konusu ilaçların yatan hastalar için reçete edilmek suretiyle hastane dışından temin edilmesi halinde de bu hükümler geçerlidir.

#### **12.7.21. Anagrelid kullanım ilkeleri**

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 tıbbi onkoloji uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporuna dayanılarak bu uzman hekimler tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

### **12.7.22. Aktive Protein C kullanım ilkeleri**

Yoğun bakım ünitelerinde, anestezi ve reanimasyon, enfeksiyon hastalıkları, iç hastalıkları, göğüs hastalıkları, genel cerrahi hekimlerinden en az üçünün onayının bulunduğu, en az iki organ yetmezliği gelişmiş ağır sepsis hastalarının tedavisinde, ilk 48 saat içerisinde, hastalığın teşhisi, günlük kullanım dozu ve süresini belirten onaylı epikriz raporuna dayanılarak reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. (24 µg/kg/saat IV x 96 saat). Yeniden kullanım gerektiğinde yukarıda belirtilen hekimlerden en az üçü tarafından ilaç kullanım raporu düzenlenecektir. Bu raporda, günlük kullanım dozu ve süresi ile epikriz raporuna dayanılarak verilen ilacın kullanıldığının belirtilmesi gereklidir.

### **12.7.23. Amfoterisin-B ve kaspofungin ve vorikanazol kullanım ilkeleri**

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

Klasik amfoterisin-B'ye alerjik reaksiyon gösterdiğinin ilaç kullanım raporu ile belgelenmesi yada hastanın karaciğer veya böbrek fonksiyon testlerinin laboratuvar verileri ile bozuk olduğunun belgelenmesi halinde raporda belirtilen lipozomal veya lipid kompleks amfoterisin-B veya kaspofungin veya vorikanazol bedeli ödenir.

Kaspofungin, vorikanazol, lipozomal amfoterisin-B ve lipid kompleks amfoterisin-B'nin parenteral formları yukarıdaki şartları sağlayan ilaç kullanım raporu ve 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 ilaçları kullanım ilkeleri**

Bu grup ilaçların ayaktan tedavide kullanımını aşağıdaki ilkelere göre yapılacaktır.

#### **1. Astım tedavisinde;**

Formeterol, salmeterol ve kombinasyonları, göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi, alerji, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca ödenir. Bu uzman hekimlerden en az birinin bulunduğu ilaç kullanım raporu mevcut ise tedavinin devamı için diğer hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri ödenir.

Montelukast, zafirlukast, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, göğüs hastalıkları ve alerji uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporuna dayanılarak diğer hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri ödenir.

#### **2. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) tedavisinde;**

Formeterol, salmeterol ve tiotropium, göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları veya kardiyoloji uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporuna dayanılarak diğer hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri ödenir.

Formeterol ve salmeterol'ün inhaler kortikosteroidlerle kombinasyonları, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporuna dayanılarak diğer hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri ödenir.

### **3. Mevsimsel alerjik rinit tedavisinde:**

Montelukast kulak burun boğaz uzman hekimleri, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, göğüs hastalıkları, alerji uzman hekimlerinden biri tarafından veya bu uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporuna dayanılarak diğer hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri ödenir.

### **12.7.25. Antiepileptik ilaçların kullanım ilkeleri:**

#### **a) Epilepside:**

Yeni nesil antiepileptikler (Lamotrigin, topiramat, vigabatrin, levatirasetam gabapentin, pregabalin gibi) nöroloji (erişkin veya çocuk), beyin cerrahisi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, çocuk sağlığı ve hastalıkları, psikiyatri (erişkin veya çocuk) uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimler tarafından çıkarılan ilaç kullanım dozu ve süresini belirten ilaç kullanım raporu mevcut ise diğer hekimler tarafından reçete edildiğinde bedeli ödenecektir.

#### **b) Nöropatik ağrıda:**

Gabapentin; nöroloji, beyin cerrahisi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, anestezi ve reanimasyon, immünoloji, romatoloji veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimi tarafından veya bu uzman hekimlerden birinin düzenlediği ilaç kullanım raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edildiğinde bedeli ödenir.

Pregabalin; üçüncü basamak sağlık kurumlarında romatoloji, endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları, nöroloji, fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimlerden birinin düzenlediği ilaç kullanım raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edildiğinde bedeli ödenir.

### **12.7.26. Levosimendan kullanım ilkeleri**

İnvaziv hemodinamik monitarizasyon yapılabildiği yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalar için veya akut kalp yetmezliği, dekompanse kalp yetmezliğinin akut dönemindeki yatan hastalar için;

Kardiyoloji, kalp damar cerrahisi, anestezi ve reanimasyon, iç hastalıkları ile acil uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ve bu durumlarını belirtir ilaç kullanım raporuna dayanılarak bu hekimlerce tabela/ reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

### **12.7.27. Faktör ve diğer kan ürünlerinin reçete edilme ilkeleri**

#### **A ) Faktörler**

Hastanın tanısı, faktör düzeyi, varsa inhibitör düzeyini belirten hematoloji uzman hekimince düzenlenen ilaç kullanım raporuna dayanılarak;

- Akut kanaması olduğu durumlarda ya da cerrahi girişimler öncesi,
- Faktör düzeyi % 1' in altında ve/veya ayda üçten fazla kanaması olan hastalarda proflaksi 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 ilaç kullanım raporu düzenlenecektir.

Acil müracaatlarda; hastanın tam teşekküllü sağlık kurumlarına başvurması halinde Hemofili Takip Karnesinin mevcut olmaması veya bu belge mevcut, ancak ilaçta doz arttırılmasını 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 hastaneye sevk edilecektir.

Faktör VIIa, hastanın tanısı, faktör düzeyi, varsa inhibitör düzeyini belirten hematoloji uzman hekimi tarafından düzenlenen ilaç kullanım 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 bedeli ödenir.

## **B ) Anti Rh kullanım ilkeleri**

a) Doğum sonu, düşük veya küretaj sonrası ve antenatal kullanım;

anne ve babanın kan gruplarının hasta dosyasında yer alması gerekmektedir.

b) Idiopatik (İmmün) trombositopeni’de kullanımı;

İntravenöz formu Rh pozitif ve splenektomisiz hastalarda hematoloji veya çocuk hematolojisi uzman hekimince düzenlenen doz ve kullanım süresi belirtilen ilaç kullanım raporuna dayanılarak bu hekimlerce reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

## **C ) Antitrombin III kullanım ilkeleri**

İlacın günlük kullanım dozu ve süresini belirten hematoloji veya çocuk hematolojisi uzman hekimince düzenlenen ilaç kullanım raporuna dayanılarak en fazla 3 günlük dozda reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Yeniden kullanımı gerektiğinde bir önce verilen ilacın kullanıldığıının yeni düzenlenecek raporda belirtilmesi ve bu raporda günlük kullanım dozu ve süresinin kayıtlı olması gereklidir.

## **Ç) Human albumin kullanım ilkeleri**

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. Tebliğ yürürlük tarihinden itibaren 120 günlük süre içerisinde hastane eczanesinde bulunmadığı durumlarda, günlük doz ve tedavi protokolünü ve kan

albümin düzeyinin 2.5g/dl ve altında olduğunu gösterir ilaç kullanım raporuna dayanılarak en fazla 3 (üç) günlük dozda reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Plazmaferezde kan albümin düzeyi şartı aranmaz.

D) Bu maddede yer alan faktörler ile diğer kan ürünlerinin reçete edilmesinde Tebliğin faktör ve diğer kan ürünlerinin reçete edilmesi ve hemofili hastalarının bildirim zorunluluğu maddesinde belirtilen koşullara da uyulacaktır.

### **12.7.28. Lipid düşürücü ilaçların kullanım ilkeleri**

Aşağıda belirtilen hastalıklardan birini gösteren belgenin reçete veya ilaç kullanım raporuna eklenmesi ile;

A- Daha önce ilaç kullanmayan hastalarda ilaca başlanma kriterleri:

a) Statinler (antihipertansiflerle kombinasyonları dahil) LDL düzeyinin 160 mg/dl'ın (Diabetes mellitus, akut koroner sendrom, geçirilmiş MI, geçirilmiş inme, koroner arter hastalığı, periferik arter hastalığı, abdominal aort anevrizması veya karotid arter hastalığı olanlarda 100 mg/dl, 65 yaş ve üzerindeki hipertansiyon hastalarında 130 mg/dl) üstünde olduğu durumlarda;

b) Statin dışındaki lipid düşürücü ilaçlar (Fenofibrat, gemfibrozil, kolestramin) trigliserit düzeyinin 300 mg/dl'ün (Diabetes mellitus, akut koroner sendrom, geçirilmiş MI, geçirilmiş inme, koroner arter hastalığı, periferik arter hastalığı, abdominal aort anevrizması veya karotid arter hastalığı olanlarda 200 mg/dl) üstünde olduğu durumlarda;

B- İlaç kullanım raporu iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, kardiyoloji, kalp damar cerrahisi veya nöroloji uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenir ve rapor süresi boyunca tetkik sonuçları değerlendirmeye alınmaz. İlk ilaç kullanım raporuna son 6 ayda yapılmış, kan lipid düzeylerinin yüksek olduğunu gösteren tetkik eklenir. 01x01 dozda reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

C- Raporsuz reçete edilmesi; A bendinde belirtilen şartlarda son 6 ayda yapılan tetkik sonucunun, yazılacak her reçeteye eklenmesi kaydı ile tüm hekimler tarafından 01x01 dozda reçete edildiğinde bedeli ödenir ve bu hastalarda, LDL veya trigliserid düzeyi 100 mg/dl'nin altına düşükten sonra reçete edildiğinde bedeli ödenmez.

Ç- Ezetimib (statinlerle kombinasyonları dâhil);

a) En az 3 ay boyunca statinlerle tedavi edilmiş olmasına rağmen LDL düzeyi 100 mg/dl'nin üzerinde kalan hastalarda bu durumun belgelenmesi koşuluyla ve kardiyoloji, iç hastalıkları, nöroloji ya da kalp ve damar cerrahisi uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporuna istinaden tüm hekimlerce reçete edildiğinde bedeli ödenir.

b) Karaciğer enzimlerinden en az birinin (AST/SGOT ya da ALT/SGPT) normal değer aralığının üst sınırının en az 3 kat üstüne çıkması yada,

c) Kreatin fosfokinaz düzeylerinin normal aralığının üst katının en az 2 kat üzerine çıkması,



durumlarında, b) ve c) alt bentlerinde belirtilen nedenler ile statin kullanılmadığının belgelenmesi koşuluyla ve kardiyoloji, iç hastalıkları, nöroloji yada kalp ve damar cerrahisi uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporuna istinaden tüm hekimlerce reçete edildiğinde bedeli ödenir.

### **12.7.29. Kadın cinsiyet hormonları kullanım ilkeleri**

Bu grup ilaçların bütün formlarından;

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

Östradiol ya da konjüge östrojen ve progestojen kombinasyonları,

Yalnız östrojen içerenler,

Tibolon içerenler.

#### **2. Progestojenler,**

Kadın hastalıkları ve doğum, iç hastalıkları, ortopedi ve travmatoloji, fiziksel tıp ve rehabilitasyon ve aile hekimliği uzman hekimleri tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

### **12.7.30. Pulmoner hipertansiyonda iloprost trometamol (inhaler formu) ve bosentanın kullanım ilkeleri:**

a) Hastaların fonksiyonel kapasiteleri NHYA sınıf III ve IV olmalı,

b) Kalsiyum kanal blokeri ile yapılan vazodilatasyon testi başarısız ( etkisiz olmalı),

c) Üçüncü aylık tedavi sonrası kontrolünde klinik efor kapasitesi (6 dakika yürüme testi veya treadmill efor testi), hemodinami veya ekokardiyografik verilerinde düzelme olması gerekmektedir. Ayrıca yine üçüncü ay kontrolünde PAB (Pulmoner arteriyel basınç)'ta azalma olmaması (PAB'ın değişmemesi veya artması) halinde ve yukarıdaki verilerde düzelme olmaması halinde tedavi sonlandırılmalıdır. Uygulanacak tedavi 3'er aylık periyotlar halinde yukarıda açıklanan hususlar doğrultusunda sağlık kurulu raporunda belgelenecektir.

ç) İlgili ilaçlar kardiyoloji, kalp damar cerrahisi, göğüs hastalıkları, çocuk kardiyolojisi uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporu ile adı geçen hekimlerce reçete edilmesi halinde bedeli ödenecektir. Bu koşullar yatan hastalar için de geçerlidir.

Skleroderma gibi bağ dokusu hastalıklarına sekonder pulmoner hipertansiyon hastalarında yukarıdaki uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenecek ilaç kullanım raporuna istinaden bu hekimler veya romatoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilir.

### **12.8. Güvenlik ve endikasyon formu**

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.

### **12.9. Yurtdışından ilaç getirilmesi**

Yurt içinden sağlanması mümkün olmayan ilaçların (yurt içinde bulunmadığı ve kullanılmasının zorunlu olduğu Sağlık Bakanlığınca onaylanarak ilaç teminine izin verildiği takdirde) yurt dışından temini mümkündür.

Sağlık Bakanlığınca, yurtdışından getirilebilecek ilaç listesi yayımlanması halinde listede yer alacak ilaçlar için ayrıca onay aranmayacaktır.

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

İlacın yurt dışından Türk Eczacıları Birliği tarafından getirilmesi halinde, ilaç bedelinin ödenmesinde TEB tarafından düzenlenen faturalara göre işlem yapılır.

Hastaların kendi imkânları ile Sağlık Bakanlığının ilaç temin iznine dayanarak temin ettikleri ilaçların bedeli de bu maddedeki esaslar dâhilinde kendilerine ödenir.

Bu ilaçlardan Tebliğ eki EK-2 Listesi kapsamında olanlardan hasta katılım payı alınmaz.

Tedavi için yurtdışından getirilecek ilaçların, Tebliğ ve eki listelerde yer alan özel hükümler saklı kalmak kaydıyla, uzman hekim tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporuna dayanılarak uzman hekim tarafından reçeteye en fazla 90 günlük doza kadar yazılması halinde bedelleri ödenir. Bu raporlarda ilacın etken maddesi, günlük kullanım dozu, uygulama planı ve süresi de belirtilecektir.

Onkoloji ilaçlarının en fazla 90 gündeki kür sayısı kadar dozda getirilmesi halinde bedelleri ödenir.

Daha önce şahsi reçete bazında, Sağlık Bakanlığı izni ile yurt dışından getirilen ilacın, ülkemizde satış izni almasından itibaren EK-2/D Listesine giriş talebinin sonuçlandırılacağı en çok 6 aylık süre içinde ilaç kullanım raporuna dayanılarak en fazla birer aylık miktarlarda reçete edilmesi halinde, Sağlık Bakanlığınca ilaca verilen perakende satış fiyatı üzerinden %3,5 eczane indirimi uygulanarak ödemesi yapılacaktır.

### **12.10. İntravenöz ilaç tedavisi**

Sağlık kurumlarında intravenöz tedaviler, hastanın yatışı yapılmadan uygulanabilir. Bu uygulama için tedavide kullanılacak ilaçlar ve sarf malzemelerinin tedaviyi yapan sağlık kurumu tarafından temin edilmesi halinde günübirlik tedavi kapsamında Kuruma fatura edilir.

İntravenöz ilaç tedavisi; kan, kan bileşenleri, kan ürünleri, kemoterapötikler, damar yolu ile kullanılan antibiyotikler gibi ürün ve ilaçların uygulamaları sonucunda hastalığın adı, verilen ilacın günlük dozu ve miktarına ilişkin bilgiler hasta dosyasında yer alacaktır.

### **13. Eczanelerle yapılacak anlaşma**

**13.1.** Yönetmelik gereğince, kurumlarca ilaçların sağlanması mümkün olmadığı hallerde, kurumlarla eczaneler arasında yapılacak anlaşmaya esas teşkil etmek üzere Bakanlığımız ile Türk Eczacıları Birliği Merkez Heyeti arasında 5/4/2006 tarihinde imzalanan ve 29/4/2006 tarihli ve 26153 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan (6) sıra numaralı Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliğinin ekinde (EK-3) yer alan Protokol hükümleri, yeni bir protokol imzalanıncaya kadar uygulanmaya devam edilecektir. Bu Tebliğde “Eczane Protokolü” olarak yapılmış olan atıflar; anılan Protokole yapılmış sayılacaktır.

Bu protokol esas alınarak kurum ve kuruluşlar ile eczaneler arasında imzalanmış olan sözleşmeler, yeni bir sözleşme imzalanmasına gerek kalmaksızın uygulanmaya devam edilecektir.

Bu Tebliğin yayımlanmasından sonra ilk defa imzalanacak olan sözleşmeler de bu bölümde belirtilen esaslara göre yapılacaktır.

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

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

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

**13.7.** 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.

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

### **14. İlaçlarda uygulanacak indirim oranları ve eşdeğer ilaç uygulaması**

#### **14.1. Uygulanacak indirim 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 dâhil) 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 Türkiye’de ilk ruhsatlandığı tarihten itibaren 6 tam yılı doldurmamış ilaçlarda perakende satış fiyatı (KDV dâhil) 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,

01.07.2007 tarihinden itibaren eczacı indirimi, 2006 yılı satış hâsılatı (KDV hariç);

240.000 YTL’ye kadar olan eczaneler tarafından %3,

240.000 YTL ile 480.000 YTL arasında olan eczaneler tarafından %3,5,

480.001 YTL ile 600.000 YTL arasında olan eczaneler tarafından %4,

600.001 YTL ve üzerinde olan eczaneler tarafından %4,5,

oranında uygulanacaktır.

1/7/2007 tarihinden itibaren eczanelere yapılacak olan ödemelerde yukarıda belirtilen miktar ve indirim oranları uygulanacaktır. Bu tarihe kadar, yürürlükteki eczacı indirimi geçerli olmaya devam edecektir.

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 dâhil perakende satış fiyatı 3,56 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 dâhil), bu ilacın perakende satış fiyatının 3,56 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 barkot 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 2007 yılı içerisinde 6 yaşını dolduracak ilaçların 6 yaşını doldurdıkları 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 imalatçı/ithalatçı indirimi ile %3,5 oranında eczacı indirimi uygulayarak fatura edeceklerdir. Serbest eczane satışı olmayan ve Sağlık Bakanlığı tarafından “depocu fiyatlı ilaçlar” şeklinde tanımlanan ürünlere, depocu satış fiyatı üzerinden 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.

Reçetede, 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) ilaç uygulaması**

17/09/2004 tarihli ve 5234 sayılı Kanununun 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 dâhil 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 dâhil 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 dâhil olan en ucuz ilacın birim fiyatı 1 YTL olduğu için, birim fiyat olarak ödenebilecek üst limit  $(1*1,22)=1,22$  olacak, gruba dâhil 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 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 dâhil 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 dâhil 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 dâhil kurumlara satış fiyatı 13,09 YTL (% 8 KDV dâhil) olacaktır. Aynı fiyata ulaşmak için 14,71 YTL olan KDV dâhil 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 ( $12,63 \times \%20 = 2,52$ ) 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 dâhil kurumlara satış fiyatı 14,13 YTL (% 8 KDV dâhil) olacaktır. Aynı fiyata ulaşmak için 14,71 YTL olan KDV dâhil 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 dâhil olan ilaçların; etken madde miktarları ile tablet sayılarının aynı, KDV dâhil 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 dâhil 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 ( $103,06 \times 1,22 = 125,73$ ) 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 dâhil olan ilaçların; üçüncü örnekte olduğu gibi etken madde miktarları ile tablet sayılarının aynı, KDV dâhil 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 ilaç temini**

**15.1.** Hekimler tarafından reçete ile gerekli görülen ilaçlar, Türk Eczacıları Birliği Merkez Heyeti ile imzalanan protokol çerçevesinde sözleşme yapılan eczanelerden temin edilecektir.

Bilgisayar sistemine (barkot okuyucu) geçmiş kurumların eczanelerden yazılı istekte bulunmaları halinde eczaneler tarafından ilaç ambalajları üzerindeki barkot (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 barkot 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 barkot diyagramları mürekkepli bir kalemle çizilecektir.

Reçeteler üzerinde, ilaç isim ve dozlarının değiştirilmesi, karalama, düzeltme, silinti, kazıntı ve ekleme yapılması hallerinde (ilgili hekim tarafından reçete tashihinin 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.

İlaç kullanım raporuna dayanılarak yazılan reçetelerde, Tebliğ eki EK–2 Listesinde bulunan veya bulunmayan (kür ve tedavi planı olan ilaçlar hariç) ilaçlar, ilaç bitim tarihinden 7 gün öncesinde verilebilir.

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 %4,5 oranında 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 yapılandırılacaktır. Eczane tarafından verilen ilaçları ve tutarını gösteren faturanın da ilaç fiyat kupürleri yapılandırılmış 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 %20 oranında 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 onay aranmaksızın eklenecek, bu reçetelerden hiç bir şekilde hasta katılım payı alınmayacaktır.

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 görülse dahi, Yönetmelik gereğince bedellerinin hasta katılım payı düşüldükten sonraki kalan kısmı kurumlarca ödenecektir.

**16.3.** 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.

**16.4.** 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. Kurumca bedeli ödenecek bazı tedavi yöntemlerinin usul ve esasları**

### **17.1. Diyaliz tedavileri**

#### **17.1.1. Hemodiyaliz tedavileri**

Kronik böbrek yetmezliği tanısı konulan ve diyaliz tedavisi alması gerektiği erişkin/çocuk nefroloji uzman hekimi, iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinden birisi tarafından düzenlenecek tek hekim raporu ile belgelendirilen diyaliz hastaları, bu tedavilerini resmi sağlık kurumlarında veya 8/5/2005 tarihli ve 25809 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik” hükümlerine uygun olarak açılan özel diyaliz merkezlerinde yaptırabilirler. Akut böbrek yetmezliği tanısıyla yapılan diyaliz işlemlerinde hekim raporu aranmaz.

Hemodiyaliz tedavileri, yukarıda belirtilen “Diyaliz Merkezleri Hakkındaki Yönetmelik” hükümlerine uygun olarak yürütülecektir.

Paket işlem kapsamında olan ilaçlar hariç, hastaya kullanılması gerekli görülen ilaçlar, Tebliğ ve eki listelerde belirtilen esaslara uygun olarak bu merkezlerde görevli hekimlerce de reçete edilebilecektir.

Hemodiyaliz tedavisine yönelik raporlar, öngörülen seans sayısının veya diyaliz tipinin değişmesi durumunda yenilenecek, bunun dışında yeniden rapor düzenlenmeyecektir.

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

Böbrek yetmezliği için yapılan asetatlı ve bikarbonatlı hemodiyaliz tedavi giderleri Tebliğ eki EK-9 Listesinde yer alan fiyatlar üzerinden fiyatlandırılır. Belirtilen ücretlere; 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 ), Sağlık Bakanlığınca yayımlanan Diyaliz Merkezleri Hakkındaki Yönetmelik gereğince yapılması zorunlu olan tetkikler ile kullanılan her türlü serum ve hemodiyaliz işlemi ile ilgili endikasyon ve komplikasyonlarda hemodiyaliz tedavisi esnasında kullanılması

gereken (Eritropoietin-Darbopoetin, demir preparatları, vit-D preparatları hariç) ilaçlar dahildir.

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

### **17.1.2. Periton diyalizi**

#### **17.1.2.1. Sürekli ayaktan periton diyalizi (sapd)**

Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi (SAPD) için gerekli tek hekim raporu erişkin/çocuk nefroloji, iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenecektir. 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, biyouyumlu solüsyonlarda ise ayda maksimum 130 adet olacak şekilde karşılanır. Aminoasit içerikli ile isodextrin içerikli solüsyonlar günde en fazla 1 defa karşılanır.

Yatan hastalarda bu şart aranmayacaktır.

#### **17.1.2.2.Aletli periton diyalizi (APD)**

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

APD cihaz bedelleri ve cihaza ait bakım, onarım ve yedek parçalarının bedelleri karşılanmaz.

Böbrek yetmezliği için yapılan periton diyalizi, hemofiltrasyon ve plazmaferezis giderleri ile bunlara ait tetkik ve tahlil giderleri ve diyalize ilişkin diğer tedaviler, Tebliğ eki EK-8 Listesi esas alınarak ödenir.

### **17.2. ESWL Metodu ile yapılacak taş kırılma tedavileri**

Bu Tebliğ kapsamındaki kişilerin böbrek ve üreter taşlarından kaynaklanan rahatsızlıklarının ESWL yöntemi ile yapılacak taş kırılma tedavileri için gerekli olan tek hekim raporu, üroloji çocuk cerrahisi veya çocuk üroloji uzman hekimlerince düzenlenecektir. Bu rapora istinaden ESWL tedavileri sağlık kurum veya kuruluşlarında yapılabilir.

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 Paket İşlem Fiyat Listesindeki (EK-9) fiyatlar esas alınarak faturalandırılacaktır. Altı aylık zaman dilimi içerisinde aynı böbrek veya üreterdeki taş için toplam üç seanstan fazlasına ödeme yapılmayacaktır. Hastaya birden fazla seans uygulanması halinde tüm seanslar aynı dönem faturasında belirtilecektir. Tedavi sonucunu ve ilave tedavi gerekip gerekmediğini bildirir

rapor ilgili hekim tarafından düzenlenir. Düzenlenen raporun aslı hasta dosyasında kalmak üzere bir örneği hastaya verilir.

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

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

### **17.3. Hiperbarik oksijen tedavisi**

Hiperbarik oksijen tedavisi, “Hiperbarik Oksijen Tedavisi Uygulanan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” de belirtilen esaslar doğrultusunda gerçekleştirilecektir.

Hiperbarik oksijen tedavisi için, ikinci veya üçüncü basamak sağlık kurumları tarafından sağlık kurulu raporu düzenlenecek olup, sağlık kurulu raporunda;

- Tanı
- Öncesinde uygulanan tıbbi ve/veya cerrahi tedaviler,
- Tedavi süresi,
- Uygulanması istenilen seans sayısı, süresi

bilgileri mutlaka yer alacaktır.

Dekompresyon hastalığı, hava ve gaz embolisi, karbon monoksit zehirlenmesi, siyanit zehirlenmesi, akut duman inhalasyonu gibi acil durumlarda, bu durumların tedaviyi yapan hekim tarafından imzalanmış bir belge ile belgelendirilmesi şartıyla sağlık kurulu raporu aranmaz.

Hiperbarik oksijen tedavisi, Hiperbarik Oksijen Tedavisi Uygulanan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik esaslarına göre açılan merkezlerde yapılabilir.

Hiperbarik oksijen tedavisi bedelleri, Tebliğ eki EK–8 Listesinde yer alan fiyatlar esas alınarak ödenir.

### **17.4. Radyo cerrahi yöntemleri ile tedavi**

- a) Lokal tedavi endikasyonu bulunan intrakranial malign ve benign lezyonlar,
- b) Metastatik beyin tümörlerinde (primeri kontrol altında olan 1–3 metastazı olan) cerrahi, medikal ve klasik radyoterapiye cevap vermeyen veya uygun olmayan olgular,

nedeniyle uygulanacak radyo cerrahi yöntemleri ile tedavi için gerekli olan sağlık kurulu raporları, radyasyon onkolojisi uzman hekimi ile beyin cerrahisi uzman hekimlerinin katılımı ile oluşturulacak sağlık kurullarınca düzenlenecektir.

Radyo cerrahi yöntemleri ile tedaviye ilişkin ücretler, düzenlenen rapora istinaden Tebliğe ekli Paket İşlem Fiyat Listesinde (EK-9) yer alan fiyatlar üzerinden faturalandırılır.

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

Hastanın müracaat ettiği sağlık kurumunca sağlık kurulu raporu düzenlenerek radyo cerrahi yöntemleri için başka bir sağlık kurumuna sevk edilmesi halinde, tedaviyi gerçekleştiren sağlık kurumunca MR, BT, DSA, PET-CT ücreti fatura edilemez.

### **17.5. Ekstrakorporeal fotoferez tedavisi**

- Kutanöz T Hücreli Lenfomalarda,
- Graft Versus Host Hastalığı,
- Sezary Sendromu,
- Pemfigus Vulgaris,
- Psöriasis,
- Solid Organ nakillerinde doku reddinin önlenmesi (kalp, akciğer, böbrek nakillerinde)

nedeniyle uygulanacak ekstrakorporeal fotoferez tedavisi için gerekli sağlık kurulu raporları, üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastaneleri tarafından düzenlenecektir.

Raporda uygulanacak tedavi programı ve süresi ayrıntılı olarak belirtilecek ve Sağlık Bakanlığınca oluşturulan Aferez-Fotoferez Danışma Komisyonunun uygun görüşü alınacaktır.

Kutanöz T hücreli lenfoma ve bunun alt grupları olan mikozis funguodis, sezary sendromu endikasyonlarında Sağlık Bakanlığı Aferez-Fotoferez Danışma Komisyonunun uygun görüşüne gerek yoktur.

Ayakta veya yatarak tedavi gören hastalara uygulanan her bir seans ekstrakorporeal fotoferez tedavisi, Tebliğ eki EK-8 Listesinde yer alan 704.941 kod numaralı ve 704.940 kod numaralı işlemler üzerinden sağlık kurumlarınca faturalandırılır ve bedelleri Kurumca ödenir. Tebliğ eki EK-8 Listesi 704.941 kod no'lu "Ekstrakorporeal Fotoferez Tedavisi" işlem fiyatına, tedavide kullanılan işlem kiti, fistül iğnesi, uvadex, UV-A lambaları, izotonik serum, heparin, erişim katateri dâhildir. Yatan hastalar için yatak ve benzeri diğer hizmetler, Tebliğ eki EK-8 Listesi üzerinden ayrıca faturalandırılır.

Ekstrakorporeal fotoferez tedavisi 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 tespit edilmesi ve Aferez-Fotoferez Danışma Komisyonunca da onaylanması kaydıyla tedavi kesin sonuç alınana kadar uzatılabilir.

## 17.6. İnvaziv kardiyolojik tetkik ve girişimler

İnvaziv kardiyolojik tetkik ve girişim öncesinde hastaya yapılan EKG, tele, biyokimyasal, serolojik ve hematolojik tetkiklerin sonuçları, yapılan girişime ait rapor ile elektronik görüntü kaydı ve elektrofizyolojik çalışma-ablasyon traseleri hastaya verilmelidir.

Anjiyografi ile aynı seansta perkütan koroner girişim (PTCA ve/veya stent), trombektomi yapılabilir. Bu durumda PTCA ve/veya stent işleminin tamamı, koroner anjiyografi işleminin ise % 25'i Tebliğ eki EK-9 Listesi üzerinden fiyatlandırılır.

Perkütan koroner girişim birden fazla damara uygulanması gerekiyorsa aynı seansta yapılmalıdır. Aynı seansta yapılamıyorsa, tıbbi gerekçesi sağlık kurumu kayıtlarında yer almalıdır.

Anjiyografi ve perkütan koroner girişim için, işlemi yapan ve sağlık kurumunda görevli ilgili hekim sayısı esas alınarak, her bir hekim için günlük en fazla 20 işlem bedeli ödenir.

## 17.7. Kardiyovasküler cerrahide ödeme ilkeleri

Tebliğ eki EK-9 Listesinde P604.180'den P605.050'ye ve P605.680'den P607.510'a kadar olan kodlu işlemlerin bedelleri, aşağıda belirtilen EUROSCORE kriterlerine göre düşük risk, orta risk ve yüksek risk kategorisinde değerlendirilip, hasta epikrizinde risk kategorisi belirtilmek suretiyle;

· Düşük risk grubuna, Tebliğ eki EK-9 Listesinde ilgili kodlar için belirtilen ücretlerin %10 eksigi,

· Orta risk grubuna listede ilgili kodlar için belirtilen ücretlerin tamamı,

· Yüksek risk grubuna ise listede ilgili kodlar için belirtilen ücretlerin %10 fazlası,

üzerinden ödenir.

Sağlık kurumları, risk sınıflamasına esas teşkil eden bilgi ve belgeleri hasta dosyasında saklamak zorundadır.

### 17.7.1. Risk Faktörleri (EUROSCORE):

HASTA İLE İLGİLİ FAKTÖRLER		PUAN
Yaş	60 yaşın üstünde her 5 yaş için 1 puan ilave	
Cinsiyet	Kadın	1
Kronik Akciğer Hastalığı	En az 3 aydır bronkodilatör ya da steroid kullanıyor olması	1
Ekstrakardiyak Arteriopati	%50'nin üzerinde karotis lezyonu, geçirilmiş veya kalp ameliyatı sonrasında planlanan abdominal aorta, karotis ya da periferik damar operasyonu, radyolojik tanı	2
Geçirilmiş Kardiyak	Perikardın açılmasını gerektiren	3

Operasyon		
Serum Kreatinin	>2.26mg/dl	2
Aktif Endokardit	Hasta kalp ameliyatına alınır iken hala daha endokardit nedeniyle antibiyotik kullanıyor olması, ekokardiyografik tanı	3
Kritik Preoperatif Durum	Ventriküler taşikardi ya da fibrillasyon yada ani kardiyak ölümden müdahale ile kurtulma, preoperatif kalp masajı, ameliyathaneye gelmeden preoperatif ventilatöre bağlanma, preoperative inotropik destek, İABP yada preoperatif akut böbrek yetmezliği (anüri yada oligüri <10 ml/saat) durumlarından biri yada birkaçının varlığı	3
<b>KARDİYAK FAKTÖRLER</b>		
Unstabil anjina	Ameliyathaneye geldiğinde istirahat ağrısı nedeniyle İV nitrat alıyor olması	2
LV Disfonksiyonu	orta yada EF %30-%50 arasında	1
	Kötü yada LVEF < %30	3
Son 90 gün içindeki Miyokard Enfarktüsü		2
Pulmoner Hipertansiyon	Sistolik Pulmoner Arter Basıncı >60 mmHg	2
<b>OPERASYONLA İLGİLİ FAKTÖRLER</b>		
Acil Operasyon	Başvurduktan sonra, bir sonraki iş günü başlamadan ameliyat	2
İzole Baypas Dışında Kalp Ameliyatı	Yada baypasa ek kalp operasyonu	2
Torasik Aorta Cerrahisi	Asendan, arkus yada desendan aort patolojilerine girişim	3
Post MI VSD		4

Beklenen Mortalite (Lojistik skor): TOPLAM Risk Puanı:

Düşük Risk: 0-2 puan, Orta Risk: 3-5 puan, Yüksek risk: 6 ve üzeri puan

### 18. Enjeksiyon-röntgen-tahlil bedelleri

Sağlık kurum ve kuruluşlarında yaptırılan tetkik, tahlil veya görüntüleme işlemlerine ilişkin bedellerinin Tebliğ eki (EK-8) fiyat tarifesinde yer almaması halinde, bu bedeller kurumlar 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 eczacı tarafından reçetenin arkasına, verilen enjektörlerin (en fazla reçetedeki ampul sayısı kadar) alındığına dair bir kayıt düşülmek suretiyle ilgiliye imzalatılır. İlacın ampul veya şişe (Flakon) olarak verilmesinde enjektör sayısının ilaç miktarına ve dozuna uygun olup olmadığı dikkate alınacaktır.

#### 18.1. İleri tetkik işlemleri için sevk esasları

Sağlık kurum ve kuruluşları, hastaları sadece tetkik veya tahlil için başka bir sağlık kurum veya kuruluşuna sevk edemezler. Bu hüküm, resmi sağlık kurum ve kuruluşları için, Tebliğin yürürlük tarihinden itibaren 120 gün sonra uygulamaya konulur. Bu süre içerisinde, resmi sağlık kurumlarınca, Tebliğ eki “Tomografi, MR, vb. İleri Tetkik İşlemleri Sevk Formu” (EK-1/D) eksiksiz olarak düzenlenerek sevk işlemi yapılabilecektir.

Sağlık kurum ve kuruluşları, bünyelerinde yapılamayan tetkik ve tahlilleri hizmet alınması yoluyla başka sağlık kurum veya kuruluşlarından alabilirler.

## **19. Sağlık raporlarının düzenlenmesi**

### **19.1. Uzman hekim raporlarının düzenlenmesi**

İlgili tek uzman hekim tarafından düzenlenecek olup başhekimlik mührü ve ıslak imza onayının bulunması zorunludur.

### **19.2. Sağlık kurulu raporlarının düzenlenmesi**

İlgili 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 uzman hekimlerin katılımı ile en az üç uzman hekimden oluşan sağlık kurullarınca düzenlenir. Sağlık kurulu raporlarında başhekimlik mührü ve ıslak imza onayının bulunması zorunludur. İstisnai sağlık kurulu raporlarına ait düzenlemeler Tebliğde ayrıca belirtilmiştir.

## **20. Tıbbi malzeme, protez ve ortezlerin temini ve ödeme esasları**

### **20.1. Tıbbi malzeme temin esasları**

Tedavi sırasında hastaya hastanede kullanılan her türlü tıbbi **malzemelerin** hastane tarafından temin edilmesi zorunludur. Bu şekilde hastalara kullanılan tıbbi malzemeler hastanın kurumuna fatura edilir.

Sağlık kurumlarında yapılan tedavilerde kullanılan tıbbi malzemelerin sağlık kurumunca temin edilme zorunluluğu, resmi sağlık kurumları için Tebliğin yürürlük tarihinden itibaren 120 gün sonra uygulamaya konulacaktır. Ancak bu süre içerisinde de Tebliğ eki “Fiyatlandırılmış Tıbbi Sarf Malzemeleri Listesi”nde (EK-5/A) yer alan tıbbi malzemeler kesinlikle hastalara aldırılmayacaktır. Tıbbi malzemenin hastaya dışardan aldırılması halinde ilgili fatura tutarı hastaya ödenerek sağlık kurumundan mahsup edilecektir.

Tedaviyi yapan sağlık kurumu tarafından temin edilerek hastalara kullanılan tıbbi malzemeler Tebliğ esaslarına göre hastanın kurumuna fatura edilir. Tebliğ eki (EK-5/A) Listesinde belirtilen tıbbi malzemeler bu listede belirtilen birim fiyatları aşmayacak şekilde fatura edilir.

Resmi sağlık kurum ve kuruluşları tarafından; Tebliğ eki listelerde yer almayan tıbbi malzemeler, malzemenin KDV dâhil alış fiyatı üzerine; % 15 işletme gideri ilave edildikten sonra, bulunan tutar üzerinden hazine kesintisi ve Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu kesintisi ilave edilerek kurum ve kuruluşlara fatura edilir.



Özel sağlık kurumları tarafından; Tebliğ eki listelerde yer almayan tıbbi malzemeler, varsa Sosyal Güvenlik Kurumunca tespit edilen birim fiyatlar üzerinden, yoksa KDV dâhil alışı fiyatı üzerinden fatura edilir.

Sağlık kurumunca temin edilmesi zorunlu olduğu halde temin edilmeyerek hastaya aldırılan tıbbi malzemelere ait fatura bedeli hastaya ödenir ve ilgili sağlık kurumundan mahsup edilir.

Yukarıda belirtilen 5/A listesi dışında kalan ve 120 günlük geçiş süresi tamamlanana kadar; sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmek kaydıyla hastane dışından hastaya aldırılan tıbbi malzemelerin bedelleri; varsa Sosyal Güvenlik Kurumunun tespit ettiği birim fiyatlar üzerinden, yok ise yapılacak piyasa araştırması sonucu bulunacak en düşük bedel üzerinden ödenir.

## **20.2. Basit sıhhi sarf malzemelerinin temini**

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

## **20.3. Organ protez ve ortezlerinin temini**

Hastalara tedavileri amacıyla gerekli görülen organ protez ve ortezlerinin listesi Tebliğe ekli (EK-5) ve (EK-5/C) sayılı listelerde gösterilmiştir.

Protez ve ortezler öncelikle sağlık kurumları tarafından temin edilmek suretiyle hastalara kullanılır. Bu şekilde hastalara kullanılan protez ve ortezler 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.

Sağlık kurumlarındaki tedavi sırasında hastanın hastane dışındaki tedavisine bağlı olarak sağlık kurulu raporu ile kullanılması gerekli görülen tıbbi malzeme ve cihazların (oksijen tüpü ve başlığı, oksijen konsantratörü, nebulizatör, aspiratör, ev tipi ventilatör, CPAP, Auto CPAP, BPAP, vb.) bedelleri; varsa Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından tespit edilen birim fiyatlar üzerinden, yoksa yapılacak piyasa araştırması sonucu bulunacak en düşük bedel üzerinden ödenir.

Sağlık raporları (Tebliğde geçerlilik süreleri ayrıca belirtilen sağlık raporları hariç) en fazla 2 yıl süre ile geçerlidir.

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.

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.

#### **20.4. Bazı tıbbi malzemelerin temin edilme esasları**

##### **20.4.1. Tekerlekli sandalye temini**

Ayakta durmak ve/veya yürümek için alt ekstremitelerini kullanamayacak hastalığı veya sakatlığı olduğu ortopedi ve travmatoloji, beyin cerrahisi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, erişkin veya çocuk nöroloji uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenecek uzman hekim raporu ile belgelenenlere bu hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri ödenir.

Hastanın özürülük durumu nedeniyle özellikli tekerlekli sandalyeye gereksiniminin bulunduğu ve özürülüğünün sürekli olduğunun, yukarıda belirtilen uzman hekimlerden en az birinin yer aldığı sağlık kurullarınca düzenlenen 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.

##### **20.4.2. Motorlu malul arabası verilmesini gerektiren hastalık ve arızalar**

- El, ön kol ve kolun tek taraflı fonksiyonuna mani olan haller,
- Kalp yetmezliği veya koroner arter hastalıkları,
- Kronik obstrüktif akciğer hastalıkları,

gibi standart tekerlekli sandalyeyi hareket ettirememesi ya da hareket ettirmesi halinde kişinin sağlığının tehlikeye gireceği durumlarda, bu durumlarının ortopedi ve travmatoloji, beyin cerrahisi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, erişkin veya çocuk nöroloji uzman hekimlerinden

birinin yer aldığı sağlık kurullarınca düzenlenen sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla motorlu malul arabası verilmesi mümkündür.

Ancak;

-Her iki üst ekstremitenin fonksiyonlarının çeşitli nedenlerle tam olmaması,

-Epilepsi tanısı konulmuş hastalar,

-Serebroskleroz ve seniliteler,

-Debilite,

-Şizofreni ve sklofreniler,

-Dekompanse kalp yetmezlikleri,

-Renk körlüğü,

-Düzeltilmesi mümkün olmayan görme ve işitme bozuklukları,

durumlarından herhangi birinin mevcut olması halinde, motorlu malul arabası verilmez.

Motorlu malul arabasının verilmesi için düzenlenecek sağlık kurulu raporlarında, ayrıca yukarıda sayılan ve kullanıma engel teşkil edecek durumların olmadığı belirtilmesi gerekmektedir.

Motorlu malul arabası verilecek kişilerce, arabanın teslimi sırasında (H) sınıfı sürücü belgesinin olması gerekmektedir.

Motorlu malul arabalarının bedelleri, ilgili firma tarafından iki yıl garanti, on yıl yedek parça bulunurluk garantisi, teknik destek taahhünamesi verilmiş olması halinde, Tebliğ eki EK-5/C Listesinde belirtilen tutarı aşmamak kaydıyla ödenir.

#### **20.4.3. Myoelektrik kontrollü kol protezleri**

Bilateral üst ekstremiten ampute hastalar veya tek taraflı üst ekstremiten amputasyonu ile birlikte karşı ekstremiten kullanamayacak hastalar için fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji ve psikiyatri uzman hekimlerinin bulunduğu üçüncü basamak sağlık kurumları sağlık kurullarınca düzenlenen sağlık kurulu raporu ile bu durumlarının belgelendirilmesi (Raporda hastanın durumuna ilişkin ayrıntılı değerlendirmeleri içeren ilgili uzman hekimlerin görüşünün yer alması zorunludur) ve Sağlık Bakanlığına bağlı Ankara veya İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanelerince onaylanması kaydıyla, myoelektrik kontrollü kol protezlerinin bedelleri, Maliye Bakanlığının onayına bağlı olarak Tebliğ eki EK-5/C Listesinde belirtilen tutarları aşmamak koşuluyla ödenir.

#### **20.4.4. 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 gerektiğinin belirtildiği

uzman hekim raporuna dayanılarak reçete düzenlenmesi halinde, ihtiyaca binaen kullanılması öngörülen hasta alt bezine ait fatura bedelleri; günde 4 adedi ve her bez için 60 YKr geçmemek üzere birer aylık devreler halinde ödenecektir.

Sağlık kurumlarınca temin edilmesi halinde, rapor aranmaz.

#### **20.4.5. Kolostomi, ürostomi torbası ve diğer yardımcı malzemeler**

Kolostomi ve ürostomi torbası için uzman hekim raporu düzenlenecek olup raporda, teşhis, yapılan ameliyatın adı, malzemenin adı, kullanım süresi ve günlük kullanım miktarı belirtilecektir. Hastada ikinci bir stoma söz konusu ise bu durum raporda açık olarak belirtilecektir.

İlgili uzman hekim tarafından, en fazla iki aylık dozlar halinde reçete edilebilir.

Sağlık kurumlarınca temin edilmesi halinde rapor aranmaz.

#### **20.4.6. Yara bakım ürünleri**

Tedavi sırasında kullanılması gerekli görülen yara bakım ürünlerinin bedelleri, sağlık kurulu raporuna istinaden aşağıda belirtilen usul ve esaslara göre karşılanır.

1.Yara bakım ürünleri için düzenlenecek sağlık kurulu raporları;

a) Yatarak tedavide; takip ve tedaviyi yapan branş uzman hekimi ile genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji ve plastik ve rekonstrüktif cerrahi uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı,

b) Ayaktan tedavide; genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji ve plastik ve rekonstrüktif cerrahi uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı,

sağlık kurullarınca düzenlenecektir.

2.Yara bakım ürünleri kullanımına dair düzenlenecek sağlık kurulu raporlarında; hasta kimlik bilgilerinin dışında;

a) Etyolojik tanı (diyabetik ayak yarası v.b.),

b) Yara ve/veya yaraların anatomik lokalizasyonu,

c) Yara ve/veya yaraların ebatları,

**d)** Klinik bulgular ( eksüdasyon, kavitasyon gibi özellikler ayrıca belirtilecektir.),

e) Öncesinde, medikal ve/veya cerrahi tedavi uygulanıp uygulanmadığı,

f) Tercih edilen yara bakım ürününün, tercih gerekçesi, tipi (kategori), ebatları, değiştirilme süresi,

bilgilerinin yer alması zorunludur.

3. Sağlık kurulu raporunda belirtilen yara bakım ürünü dışında bir başka yara bakım ürünü kullanılması gerektiğinde, yeniden sağlık kurulu raporu düzenlenecek ve gerekçesi belirtilecektir.
4. Sağlık kurulu raporları ayaktan tedavide 2 (iki) ay süreyle, yatarak tedavilerde ise yatış süresince geçerlidir.
5. Ayaktan tedavide kullanılacak yara bakım ürünleri için, sağlık kurulu raporuna dayanılarak genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji ile plastik ve rekonstrüktif cerrahi uzman hekimlerinden biri tarafından reçete düzenlenmesi gerekmektedir.
6. Tek reçetede en fazla 15 (onbeş) günlük miktar yazılabilecektir.
7. Reçete tekrarında, yara ve/veya yaraların ebatları, reçeteyi yazan uzman hekimce sağlık kurulu raporu arkasına yazılacak, imzalanacak ve kaşelenecektir.
8. Ayaktan tedavide, sadece hydrocolloid, hydrogel ve fiber içerikli yara bakım ürün bedelleri karşılanacaktır.
9. Bal ve bal içerikli yara bakım ürünlerinin bedelleri, yatan hastalar dahil karşılanmayacaktır.
10. V.A.C (Vacuum Assisted Closure) tıbbi sarf malzemelerinin, taburcu sonrası ayaktan tedavide kullanımı gerektiği sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi halinde bedelleri karşılanır.
11. 100 cm<sup>2</sup> ye kadar olanlar küçük, 100-225 cm<sup>2</sup> ye kadar olanlar orta, 225 cm<sup>2</sup> üstünde olanlar büyük, yara örtüsü olarak kabul edilecektir.
12. Usulüne uygun düzenlenmeyen sağlık kurulu raporları kabul edilmeyecek ve bu raporlara istinaden temin edilen yara bakım ürünü bedelleri karşılanmayacaktır.

#### **20.4.7. Şeker ölçüm çubukları**

Tip I diyabetli ve tip II diyabetliler, hipoglisemili hastalar, gestasyonel diyabetliler ile sadece oral antidiyabetik ilaç kullanan diyabetes mellituslu hastaların kullanmakta olduğu kan şekeri ölçüm çubuklarına ait bedeller, aşağıda belirtilen esas ve şartlarda ödenecektir;

a) Tip I diabetli, Tip II diabetli, hipoglisemili, gestasyonel diabetli hastalar ile sadece oral antidiyabetik ilaç kullanan diyabetes mellituslu hastalar için, endokrinoloji ve metabolizma, iç hastalıkları, çocuk sağlığı hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından uzman hekim raporu düzenlenmesi gerekmektedir.

b) Şeker ölçüm cihazlarına ait bedeller karşılanmayacaktır.

c) Şeker ölçüm çubukları;

1) Tip I diyabetes mellituslu hastalar için ayda 100 adet,

2) Tip II diyabetes mellituslu insülin kullanan hastalar için üç ayda 100 adet,

- 3) Hipoglisemi hastaları için ayda en fazla 50 adet,
  - 4) Gestasyonel diyabet için gebelik süresince ayda en fazla 100 adet,
  - 5) Sadece oral antidiyabetik ilaç kullanan diyabetes mellituslu hastalara üç ayda 50 adet,
- hesabıyla, en fazla üç aylık miktarlarda reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

d) Kan şekeri ölçüm çubuklarına ait faturalara, sağlık raporunun fotokopisi ile reçetenin asılları ödeme evrakına eklenecektir. Her bir şeker ölçüm çubuğu için ödenecek bedel 55 Yeni Kuruşu geçmeyecektir.

Kan şekeri ölçüm çubuklarının, sözleşmeli eczanelerce de hastanın kurumuna fatura edilmesi halinde bedelleri ödenir.

e) Sağlık raporları en fazla iki yıl geçerli olacaktır.

#### **20.4.8. Mikro infüzyon pompası**

Mikro infüzyon pompası, infüzyon seti ve rezervuar bedellerinin ödenebilmesi için sağlık kurulu raporu düzenlenmesi gerekmekte olup bu raporlarda;

- 1) Hastanın tip I diabetli veya insüline bağımlı tip II diabetli olması ile birlikte kan şekerinin oynak (briatle) seyrettiğinin ya da gebelikte gestasyonel diyabet (hamilelik diabeti) olduğunun belirtilmesi,
  - 2) Hastanın kendi kendine veya yakınlarının cihazı kullanma yeteneğini kazanmış olduklarının belirtilmesi,
  - 3) Raporda endokrinoloji ve metabolizma, iç hastalıkları, çocuk sağlığı hastalıkları, var ise diyabet bilim dalları uzman hekimlerinden birinin yer alması,
- şartları aranacaktır.

Sağlık kurulu raporuna dayanılarak reçete edilen infüzyon seti ve rezervuar bedelleri, en fazla 3 günde 1 adet üzerinden hesaplanmak suretiyle ödenir.

#### **20.4.9. Kendinden jelli sonda**

Nörojenik mesane ve rekürrent üretra darlığı olan hastaların, ayaktan tedavilerinde kullanılması gerekli görülen kendinden jelli sondaların, üroloji, çocuk hastalar için çocuk ürolojisi veya çocuk cerrahisi uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri ödenir.

Raporda, teşhis, kullanım süresi ve günlük kullanım miktarı belirtilecektir.

Günlük en fazla 6 (altı) adet ücreti karşılanır.

Kendinden jelli sondaların, en fazla iki aylık miktarda reçete edilmesi halinde bedelleri ödenir. Sağlık kurumlarınca temin edilmesi halinde rapor aranmaz.

#### **20.4.10. İşitme cihazları**

Sağlık kurulu raporuyla her bir kulak için verilen işitme cihazı için kalıp ve altı adet şarj edilebilir pil dâhil en fazla 800 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 ayrıca gerek görülmesi kaydıyla ödenir.

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.

Her iki kulak için işitme cihazı bedeli ödenebilmesi için, düzenlenmesi gereken sağlık kurulu raporunun teşhis bölümünde iki kulakta işitme kaybının bulunduğu belirtilmesi yeterli olmayıp, her iki kulak için, işitme cihazı kullanılması gerektiğinin belirtilmesi gerekmektedir.

#### **20.4.11. Desferal pompası**

-Serum ferritin düzeylerinin 750 ng/ml seviyelerine yükselmiş olması veya

-Aşırı demir birikimine bağlı, organ fonksiyonlarının (kalp, karaciğer) bozulmaya başladığının klinik belirtilerinin bulunması,

hallerinde, kullanım gerekliliğinin belirtildiği ve hematoloji uzman hekiminin de yer aldığı sağlık kurullarınca düzenlenen sağlık kurulu raporuna dayanılarak, ilgili uzman hekimler tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

Deferoksamine flakon için kullanılan uygulama setinin, desferal pompası için düzenlenen sağlık kurulu raporuna dayanılarak kullanımını gerektiren ilaç ile birlikte reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Hekim tarafından ilaç bitimine kadar, en fazla 3 aylık miktarlarda 60 adeti geçmemek üzere reçete edilecektir.

Her bir set için ödenecek bedel 5 YTL sınırı geçmeyecektir.

Sağlık kurumlarınca temin edilmesi halinde, sağlık raporu aranmaz.

#### **21. Sağlık hizmetlerinin karşılanma yöntemi**

Tebliğ ve eki listelerde yer almayan her türlü tahlil, tetkik, işlem ve tedavi bedelleri ödenmez.

Üniversitelerin mediko-sosyal birimleri, Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağlık üniteleri ve kamu idareleri bünyesindeki kurum hekimlikleri tarafından, sağlık yardımlarından

yararlandırılan kişilerin muayeneleri, tetkik ve tedavileri ile ilgili olarak, her hangi bir ücret talep edilemez. Bu birimlerde görevli hekimler tarafından, Tebliğ ve eki listelerde yer alan usul ve esaslar dâhilinde reçete edilmiş ilaç bedelleri karşılanır.

5258 sayılı Kanun gereği aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde, aile hekimlerince verilen sağlık hizmetleri ile birinci basamak özel sağlık kuruluşlarınca verilen sağlık hizmetlerinin bedeli karşılanmayacaktır. Bunların dışındaki sağlık kurum ve kuruluşlarınca verilen Tebliğ kapsamındaki sağlık hizmetlerinin bedeli Tebliğ esaslarına uygun olarak ödenecektir.

### **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 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 kuruluşları hariç Sağlık Bakanlığınca ilan edilen hastalıkların sınıflandırılmasına (ICD-10) ait hastalık sınıf adı ile kodu faturalarda bulunacaktır.

## **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. Birinci basamak sağlık kuruluşlarının faturaları**

Birinci basamak resmi ve özel sağlık kuruluşlarında yapılabilecek laboratuvar ve radyolojik görüntüleme işlemleri ile bunların birim fiyatları Tebliğ eki (EK-8/A) listesinde belirtilmiştir. Birinci basamak resmi ve özel sağlık kuruluşlarında laboratuvar ve radyolojik görüntüleme işlemleri dışında yapılan diğer işlemler için Tebliğ ekli (EK-8) sayılı Fiyat Listesi uygulanacaktır. Özel tıp merkezleri, özel dal merkezleri ile Kızılay tıp merkezlerinde Tebliğ ekli (EK-8) sayılı Fiyat Listesi uygulanacaktır. Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında verilen hizmetler ise ücretlendirilmeyecektir.

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

Tedavinin bitiminde, sevk kâğıdı 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.

### **21.3.2. Fiyat tarifesi üzerinden ödeme**

Tebliğ eki EK-5/B Listesinde yer alan malzemeler hariç olmak üzere her türlü sarf malzemeleri ile ilaçların bedelleri ayrıca ücretlendirilir.

Yatak ücretlerine yemek masrafları dâhildir.

Refakat, hekimin lüzum göstermesi şartıyla kabul edilebilir. Özel, 1 inci sınıf ve 2 nci sınıf odalarda yatak ücretlerinin yarısı kadar, diğer sınıflarda ise yatak ücretinin üçte biri kadar ücret alınır.

Yönetmeliğin 36 ncı maddesi gereğince “Estetik bakımdan yapılan tıbbi ve cerrahi müdahalelerin parası” ödenmez. Bu işlem için müracaat eden kişiler ücretlerini kendileri öderler. “Estetikten kasıt tedavi maksadıyla olmayan düzeltme, güzelleştirme vb. tür ameliyatlardır.”

24 saatten kısa süren yatarak tedavilerde, gündüz yatak ücreti ödenir.

Tebliğin 2.3 maddesinde belirtilen gününbirlik tedavilerde, “gündüz yatak ücreti” bedeli ödenir.

Yoğun bakım (temel yaşam desteği) veya kardiyopulmoner resüsitasyon ücretlendirildiğinde, moniterizasyon, hastanın mekanik ventilatöre bağlanması, ventilatör ile takip, nebulizatör, oksijen tedavisi ve derin trakeal aspirasyon ücreti ayrıca tahakkuk ettirilemez.

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

İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında verilen sağlık hizmetlerinin bedelleri, Tebliğ eki “Paket İşlem Fiyat Listesi”nde (EK-9) yer alıyorsa bu fiyat listesi fiyatları esas alınarak, EK-9 Listesinde yer almıyorsa, Tebliğ eki “Sağlık Kurumları Fiyat Listesi” (EK-8) fiyatları esas alınarak ödenir. Üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastaneleri için EK-9 Listesinde yanında (\*) işareti bulunan işlemlerin paket fiyatlar esas alınarak ödenmesi zorunludur.

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 Listesi" (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 listesinin "8. Radyoloji Görüntüleme ve Tedavi" ile "9. Laboratuar İşlemleri" bölümlerinde yer alan işlemler, listede belirtilen tutarlara %10 oranında ilave edilerek faturalandırılır.

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

### **21.3.3. Paket işlem fiyatları üzerinden ödeme**

Sağlık kurumlarında bu Tebliğe ekli Paket İşlem 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, Tebliğin 22 nci maddesinde belirtilen uygulama ilkeleri 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 tedavilere ait bedeller; Tebliğ ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarını temsil eden derneklerle imzalanan Özel Tedavi Protokolü hükümleri çerçevesinde, bu Tebliğ ve anılan protokol ve eklerinde yer alan usul ve esaslara göre ödenecektir.

Söz konusu Protokol ve ekleri, 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.

## **22. Paket işlem fiyat listesinin uygulama ilkeleri**

### **22.1. Paket işlem tanımı**

Paket işlemler; dâhili ve cerrahi branşlarda sık karşılaşılan hastalıkların tedavisi sırasında hizmet içeriği bakımından hasta bazında çok fazla değişiklik göstermeyen ve bu nedenle yaklaşık maliyeti önceden tahmin edilebilen tüm işlemleri kapsar. Paket işlem fiyatları ortalama fiyatları gösterdiğinden, bazı hastalar için yapılacak olan teşhis ve tedavi giderlerinin ortalama fiyat üstüne çıkma ihtimali bu hizmetlerin verilmesine hiçbir şekilde engel teşkil etmeyecektir. Zira diğer bazı hastaların teşhis ve tedavi giderleri de ortalama fiyatın altında kalabilecektir.

Sağlık kurumları, uygulama çerçevesinde vaka seçimi yapamazlar, hastanın tedavisi tamamlanıncaya kadar hastaneden taburcu edemezler.

Sağlık kurumu, tedavi ile ilgili bilgi, belge ve raporların bir örneğini isteği halinde hastaya vermek zorundadır.

### **22.2. Paket işlemlerin kapsamı**

Paket işlem fiyatlarına; yatak ücreti, poliklinik, operasyon ve girişimler, anestezi ilaçları, ilaç, kan bileşenleri (eritrosit süspansiyonu, tam kan, trombosit, plazma, v.b.), sarf malzemesi, anestezi ücreti, laboratuvar, patoloji ve radyoloji tetkikleri, refakatçi ücreti gibi tedavi kapsamında yapılan tüm işlemler dâhildir. Ancak, fiyatlar, her paket işlem fiyatı için ayrı ayrı belirtilen istisnaları kapsamaz. Bu istisnalar, ayrıca faturada gösterilerek faturalandırılır.

### **22.3. Ameliyat öncesi hazırlık işlemleri**

Tebliğ eki EK-9 Listesinde yer alan işlem fiyatlarına, sağlık kurumlarına yatış tarihinden önce yapılan, tanı sonrası ameliyata yönelik hazırlık (preoperatif) işlem ücretleri dahil olup ayrıca faturalandırılmaz.

### **22.4. Hizmetin iptal olması veya yarım kalması**

Hastanın tetkik aşamasında ölmesi veya ortaya çıkan başka sağlık sorunları nedeniyle, paket işlem kapsamına giren bir müdahalenin yapılamaması halinde verilen hizmetler ile ameliyat / girişim kararı verilen hastanın, herhangi bir nedenle tedaviden vazgeçmesi halinde (hastanın hastaneden ayrılmasından 10 gün sonra) o zamana kadar yapılan işlemler, Tebliğ eki EK-8 Listesi fiyatları üzerinden % 10 indirimli olarak fatura edilecektir.

### **22.5. Ameliyat sonrası kontroller ve testler**

Hastanın taburcu olduktan sonraki 15 gün içerisinde, ilk kontrol amaçlı muayenesi ve bu muayene sonucunda gerekli görülen rutin biyokimyasal, bakteriyolojik, hematolojik, kardiyolojik (EKG, EKO, efor) ve radyolojik tetkikler paket işlem fiyatına dahildir.

### **22.6. Paket işleme dâhil olmayan tıbbi malzemeler**

Paket işlem fiyatına dâhil olmayan malzemeler; plak+çivi, external fixatör, her türlü eklem implantı, omurga implantı, kalp pili, pace elektrodu, koroner stentler, kalp kapakları, intraaortik balon, kapaklı kapaksız kondüvit, valv ringi, her türlü greft (shunt ve suni damar), protezler, atarektomi cihazı, dual meshler (karın duvarının kapatılamadığı intraabdominal hernilerde ve diyafragmatik hernilerde sağlık kurulu raporu ile) ve paket işlem tanımlarında dahil olmadığı belirtilen malzemelerdir.

Paket işlem fiyatına dahil olmayan her türlü tedavi edici ve iyileştirici tıbbi malzemeler, Tebliğde belirtilen esaslara göre ödenir.

### **22.7. Komplikasyonlar ve eşlik eden hastalıklar**

a) Paket işlem kapsamında tedavisi yapılan hastaya, Tebliğ eki EK-9 Listesinde yer almayan bir tedavi gerektiren komplikasyon ortaya çıkması durumunda, komplikasyonun tedavisine ait ücret, Tebliğ eki EK-8 Listesinde yer alan tutarların %10 eksikliğiyle faturalandırılır.

b) Hastanın önceden bilinen risk faktörleri (diabetes mellitus, hipertansiyon, morbid obezite, alkolizm, vb) veya eşlik eden hastalıklarının (hemofili, lösemi, immun yetmezlikler, organ yetmezlikleri, maligniteler, immun ve otoimmün, romatolojik hastalıklar vb) bulunması ve bunlarla ilgili olarak gelişen komplikasyonlarda bu indirim uygulanmaz. Bu hastalarda eşlik eden hastalıklarla ilgili (hemofili, lösemi, immun yetmezlikler, organ yetmezlikleri, maligniteler vb) teşhis ve tedavi hizmetleri Tebliğ eki EK-8 Listesi üzerinden ayrıca faturalandırılır.

c) Hastanın tedavisi sırasında ortaya çıkan komplikasyonlar nedeniyle, aşağıda belirtilen tedavi süresinin aşılması halinde;

A Grubu ameliyatlarda; ameliyat gününden sonra: 15 günü,

B Grubu ameliyatlarda; ameliyat gününden sonra: 10 günü,

C Grubu ameliyatlarda; ameliyat gününden sonra: 8 günü,

D Grubu ameliyatlarda; ameliyat gününden sonra: 5 günü,

E Grubu ameliyatlarda; ameliyat gününden sonra: 3 günü,

geçen her bir yatış günü için verilen tedavi hizmetleri, Tebliğ eki EK-8 Listesi fiyatları esas alınarak ayrıca fatura edilir.

ç) Hastaya uygulanan işlem sonrasında, işleme bağlı olarak ortaya çıkabilecek komplikasyon (yara revizyonu gibi) nedeniyle ikinci bir müdahaleye gerek duyulması halinde bu müdahalenin aynı sağlık kurumu tarafından gerçekleştirilmesi durumunda ilave ücret talep edilemez.

### **22.8. Birden fazla kesi ve birden fazla ameliyat**

Aynı seansta aynı kesi ile birden fazla ameliyat yapılması halinde; en üst gruptaki paket işlem fiyatı tam olarak, diğer işlemler ise kendi paket işlem fiyatının %25'i olarak fiyatlandırılır.

Aynı seansta ayrı kesi ile birden fazla ameliyat yapılması halinde; en üst gruptaki paket işlem fiyatı tam olarak, diğer ameliyatlara ise kendi paket işlem fiyatının %50'si olarak fiyatlandırılır.

Ayrı seans veya aynı seansta ayrı kesiden farklı klinikler tarafından yapılan işlemlerde tanımlanmış paket işlem fiyatları ayrı ayrı uygulanacaktır.

Anatomik olarak göğüs bölgesinde yapılacak planlı ameliyatlarda, kapalı göğüs drenajı veya göğüs tüpü takılması ayrıca fatura edilmeyecektir.

## **22.9. Üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerindeki uygulama**

Üniversite hastaneleri ile Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde, Tebliğ eki EK-9 listesinde yanında (\*) işareti olan işlemlerin bu liste fiyatları esas alınarak fatura edilmesi zorunlu olup, bu fiyatlara %10 ilave edilecektir.

Eğitim ve araştırma hastaneleri ile üniversite hastanelerinde aynı veya ayrı seansta birden fazla ameliyatın yapıldığı durumlarda;

· En üst gruptaki ameliyat, eğitim ve araştırma hastanelerinde Tebliğ eki EK-9 Listesine göre yapılması gereken (\*) işaretli ameliyatlardan ise, yapılan diğer ameliyat veya ameliyatların (\*) işaretli olup olmadığına bakılmaksızın, hastaya yapılan tüm ameliyatlar, Tebliğ eki EK-9 Listesinde yer alan fiyatlara % 10 ilave edilmek suretiyle, bu ilkelere belirtilen indirim oranları ve esaslarına göre ücretlendirilerek faturalandırılır.

· En üst gruptaki ameliyat, eğitim ve araştırma hastanelerinde Tebliğ eki EK-9 Listesine göre yapılması gereken (\*) işaretli ameliyatlardan değilse, yapılan diğer ameliyat veya ameliyatların (\*) işaretli olup olmadığına bakılmaksızın, hastaya yapılan tüm ameliyatlar, paket işlem uygulamasından çıkarılıp, Tebliğ eki EK-8 Listesinde yer alan birim fiyatlar üzerinden ücretlendirilerek faturalandırılır.

## **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. Duyurular**

Bu Tebliğ ve ekleri ile Tebliğde yapılan değişiklikler Bakanlığımız Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğünün “[www.bumko.gov.tr](http://www.bumko.gov.tr)” adresinde duyurulacaktır.

## **26. Yürürlük**

Bu Tebliğ 15/06/2007 tarihinde yürürlüğe girer.

Tebliğ olunur.

## **EKLER**